

# ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen 23 / Suplemento I / 2020

**Comunicaciones del  
XLV Congreso Nacional  
de la Sociedad Española de  
Enfermería Nefrológica**  
Congreso Virtual, 12-15 de noviembre de 2020

Editores Especiales:

**Francisca Pulido Agüero  
Patricia Arribas Cobo**



Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica



# ENFERMERÍA **NEFROLÓGICA**

Volumen nº 23 / Suplemento I / 2020

## **Comunicaciones del XLV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica**

**Congreso Virtual, 12-15 de noviembre de 2020**

Editores Especiales:

**Francisca Pulido Agüero  
Patricia Arribas Cobo**

# Enfermería Nefrológica

## DIRECTOR

### Rodolfo Crespo Montero

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

## SUBDIRECTOR

### José Luis Cobo Sánchez

Enfermero. Subdirección de Cuidados. Servicio Cántabro de Salud. Santander  
jlcs.enfermerianefrolologica@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-3695-9216>

## EDITORES ADJUNTOS

### Antonio Ochando García

Enfermero. Servicio de Nefrología Hospital U. Fundación Alcorcón. Madrid\*  
aochondoseden@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-9292-8185>

### Ian Blanco Mavillard

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

## CONSEJO EDITORIAL NACIONAL:

### Ana Isabel Aguilera Flórez

Enfermera. Diálisis Peritoneal Complejo Asistencial U. de León\*  
aaguilera@saludcastillayleon.es

### M<sup>a</sup> Teresa Alonso Torres

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

### Sergi Aragó Sorrosal

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

### Patricia Arribas Cobo

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

### Manuel Ángel Calvo Calvo

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

### María José Castro Notario

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

### Francisco Cirera Segura

Enfermero. Servicio de Hemodiálisis Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla\*  
paco.cirera@gmail.com

### Antonio José Fernández Jiménez

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

### Rosario Fernández Peña

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

### Fernando González García

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

### José María Gutiérrez Villaplana

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

### David Hernán Gascueña

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

### M<sup>a</sup> Encarnación Hernández Meca

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

### Ernestina Junyent Iglesias

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

### Antonio López González

Enfermero. Servicio de Hemodiálisis Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña\*  
alopez.gonzalez@quironsalud.es

### Pablo Jesús López Soto

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

### Esperanza Melero Rubio

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

### María Victoria Miranda Camarero

Enfermera. Unidad de Agudos: Hospitalización y Diálisis Hospital U. de la Princesa. Madrid\*  
maria victoria.miranda@salud.madrid.org

### Guillermo Molina Recio

Experto en Bioestadística Facultad de Enfermería. Córdoba\*  
en1moreg@uco.es

### M<sup>a</sup> Teresa Moreno Casba

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

### Cristina Moreno Mulet

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

### Miguel Núñez Moral

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

### Mateo Párraga Díaz

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

### Raquel Pelayo Alonso

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

### Concepción Pereira Feijoo

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

### Juan Francisco Pulido Pulido

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

### M<sup>a</sup> Jesús Rollán de la Sota

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

### Isidro Sánchez Villar

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

### Mercedes Tejuca Marengo

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

### Antonio Torres Quintana

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

### Filo Trocoli González

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

### Esperanza Vélez Vélez

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

\*España

# CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL:

## Gustavo Samuel Aguilar Gómez

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

## Ilaria de Barbieri, RN, MScN, pHD

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

## Nidia Victoria Bolaños Sotomayor

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

## M<sup>a</sup> Isabel Catoni Salamanca

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

## Martha Elena Devia Rodríguez

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

## Ana Elizabeth Figueiredo

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

## Clemente Neves Sousa

Profesor. Escuela de Enfermería de  
Oporto. Portugal  
clementesousa@esenf.pt

## Daniel Lanzas Martín

Enfermero. Especializado en  
Enfermería Pediátrica  
Centro Amadora. Lisboa. Portugal  
daniel\_lanzas@hotmail.com

## Rosa María Marticorena

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

## Edita Noruisiene

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

## Paula Ormandy

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

## M<sup>a</sup> Teresa Parisotto

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

## Marisa Pegoraro

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

## M<sup>a</sup> Cristina Rodríguez Zamora

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

## María Saraiva

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

## Nicola Thomas

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

## DIRECTORA HONORÍFICA:

### Dolores Andreu Pérez

Profesora Titular. Facultad de Enfermería. Barcelona\*  
lolaandreu@ub.edu

## JUNTA DIRECTIVA SEDEN:

**Presidente:** Juan Francisco Pulido Pulido

**Vicepresidenta:** Patricia Arribas Cobo

**Secretaria General:** Francisca Pulido Agüero

**Tesorero:** Fernando González García

**Vocalía de Educación y Docencia:** M<sup>a</sup> Ángeles Alcántara Mansilla

**Vocalía de Publicaciones de SEDEN:** Francisco Cirera Segura

**Vocalía de Trasplantes y Hospitalización:** M<sup>a</sup> Isabel Delgado Arranz

**Vocalía de Relaciones con otras Sociedades:** David Hernán Gascuña

**Vocalía de Investigación:** Sergi Aragó Sorrosal

**Vocalía de Diálisis Peritoneal:** Miguel Núñez Moral

**Vocalía de Hemodiálisis:** Cristina Franco Valdivieso

### Edita:

Sociedad Española de Enfermería  
Nefrológica.

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

### Secretaría de redacción:

#### SEDEN

Calle de la Povedilla nº 13, Bajo Izq  
28009 Madrid. España  
Tel.: 00 34 91 409 37 37  
Fax: 00 34 91 504 09 77  
E-mail: seden@seden.org  
http://www.seden.org

### Tarifas de suscripción:

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

Publicado el 1 de noviembre de 2020  
Fundada en 1975. BISEAN, BISEDEN,  
Revista de la Sociedad Española de  
Enfermería Nefrológica y Actualmente  
Enfermería Nefrológica

© Copyright 2020. SEDEN

Enfermería Nefrológica en versión electrónica es una revista Open Access, todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario o su institución. La propiedad intelectual de los trabajos aceptados para su publicación será de sus autores y de Enfermería Nefrológica en el momento de su publicación de acuerdo a los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional. 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 anteriormente citada.



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

Esta revista está indizada en:

CINAHL, IBECs, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), Sherpa/RoMEO, C17, RECOLECTA, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Rebiun, Redib, MIAR, Wordcat, Google Scholar Metric, Cuidatge, Cabells Scholarly Analytics, AmeliCa y JournalTOCS

Maquetación: Seden

ISSN: (Versión Impresa): 2254-2884

ISSN: (Versión Digital): 2255-3517



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

## Colaboraciones Científicas:



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



Asociación Portuguesa de Enfermeros  
de Diálisis y Trasplante (APEDP)



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



Sociedad de Enfermeras Especialistas  
en Nefrología del Perú (SEENP)



Sociedad Argentina  
de Enfermería Nefrológica (SAEN)

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

<b>Editorial</b> .....	<b>8</b>
<b>Trabajos Premiados SEDEN 2020</b> .....	<b>9</b>
Análisis de la retirada del catéter peritoneal después del trasplante renal en población adulta <i>Premio SEDEN sobre Diálisis Peritoneal</i> .....	<b>9</b>
Clorhexidina acuosa versus clorhexidina alcohólica: experiencia en un centro <i>Premio Accesos Vasculares y Nuevas Tecnologías</i> .....	<b>10</b>
Estado nutricional del paciente en hemodiálisis en relación con su cuidador principal <i>Premio de Investigación sobre Innovación en técnicas diálíticas, resultados en salud</i> .....	<b>11</b>
Factores pronósticos de reingreso y supervivencia en pacientes trasplantados renales <i>Premio SEDEN Donación y Trasplante</i> .....	<b>12</b>
Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica en estadios prediálisis de un hospital público <i>Premio SEDEN Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)</i> .....	<b>13</b>
<b>Comunicaciones Orales</b> .....	<b>14</b>
<b>Atención integral</b>	
Conociendo las necesidades formativas en relación con la atención sanitaria de las personas con enfermedad renal crónica .....	14
Perfil de la diada: cuidador familiar - persona con insuficiencia renal crónica en diálisis .....	15
<b>Diálisis peritoneal</b>	
Utilidad de la herramienta apoyo entre iguales en pacientes candidatos a diálisis peritoneal que presentan conflicto en la toma de decisiones o problemas de afrontamiento .....	16
<b>Enfermedad renal crónica avanzada</b>	
Alteraciones del sueño en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada .....	17
Efectividad de la intervención de enfermería para el control electrolítico en la insuficiencia renal crónica avanzada. ¿existen diferencias entre pacientes nacionales y extranjeros? .....	18
Evaluación de la consulta multidisciplinar de pacientes en tratamiento conservador de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) .....	19
Fragilidad y nutrición en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) .....	20
Influencia del proceso educativo en la consulta de enfermería erca sobre la elección de tratamiento renal sustitutivo .....	21

## Hemodiálisis

Análisis de la fibrinólisis a dosis bajas con uroquinasa en catéteres venosos centrales para hemodiálisis .....	22
Análisis de la variación de los niveles de glucemia en la sesión de hemodiálisis según su acceso vascular .....	23
Aportación de las nuevas tecnologías como ayuda a la predicción de hipotensión intradiálisis .....	24
Descripción epidemiológica de los pacientes en una unidad de diálisis hospitalaria durante la pandemia por COVID-19 .....	25
Diálisis sin calcetines: detección de úlceras y amputaciones en hemodiálisis .....	26
Efectividad de una intervención educativa sobre el estado nutricional de los pacientes en programa de hemodiálisis .....	27
Estrategias de prevención y control de la infección por COVID-19 en una unidad de hemodiálisis .....	28
Estudio de prevalencia de COVID-19 en pacientes en diálisis en nuestra provincia .....	29
Experiencia de un equipo de enfermería nefrológica durante la pandemia del COVID-19 .....	30
Gestionar un equipo a través de una herramienta de coaching .....	31
Hacia la hemodiálisis cardioprotectora. Estudio del ventrículo derecho de los pacientes en programa regular de hemodiálisis .....	32
Herramientas para la recogida de datos en diálisis ¿se adaptan a nuestro trabajo diario? .....	33
Impacto de la pandemia por la COVID-19 en una unidad de diálisis. Estudio descriptivo .....	34
Importancia del papel de enfermería en el seguimiento de la fistula arteriovenosa durante el periodo pre diálisis .....	35
Incidencia de infección por SARS-COV-2 en paciente hemodializado en un área sanitaria y su abordaje desde la enfermería .....	36
Nivel de adaptación del paciente en hemodiálisis del modo auto concepto de Callista Roy 2019 .....	37
Prevalencia de neoplasias malignas en pacientes de hemodiálisis. Estudio descriptivo trasversal .....	38
Valoración del estado de malnutrición-inflamación y su relación con la presencia de infección por SARS-COV-2, en consultade ERCA .....	39
Valoración del nivel de humanización de las enfermeras del servicio de nefrología de un hospital de tercera categoría .....	40

## Trasplante renal

Análisis comparativo entre la calidad de vida del paciente trasplantado renal y el paciente en hemodiálisis .....	41
Incidencia de infección del tracto urinario y su etiología durante el periodo inmediato tras un trasplante renal .....	42
Necesidad de un rol de enfermería de práctica avanzada en el cuidado de las personas candidatas a trasplante renal .....	43
Seguimiento y control a personas con trasplante renal y sospecha de infección por COVID-19 .....	44

<b>Comunicaciones Posters</b> .....	<b>45</b>
<b>Atención integral</b>	
Contagio de COVID-19 del personal sanitario de una unidad de hemodiálisis .....	45
Nivel de conocimientos de la enfermedad renal en niños de diez y once años .....	46
<b>Diálisis Peritoneal</b>	
Aumento en la elección de terapias renales sustitutivas domiciliarias .....	47
Catéteres de diálisis peritoneal. Veinte años de experiencia .....	48
Hipertensión arterial y sobrehidratación relacionado con bioimpedancia en diálisis peritoneal .....	49
<b>Enfermedad Renal Crónica Avanzada</b>	
Importancia del trabajo multidisciplinar en consulta ERCA. Análisis de un centro .....	50
<b>Hemodiálisis</b>	
Análisis DAFO sobre la metodología de trabajo instaurada para aplicar cuidados en una unidad de hemodiálisis durante la pandemia de COVID-19 .....	51
Comparación internacional de las recomendaciones para el manejo del COVID-19 en unidades de hemodiálisis: revisión bibliográfica .....	52
Detectar la necesidad de actualización de conocimientos diabeticos en enfermeros de hemodialisis .....	53
Diálisis sin calcetines: prevención de úlceras y amputaciones en hemodiálisis .....	54
Enfermeras de práctica avanzada. Equipo coordinador para la gestión del acceso vascular .....	55
Enfermería y autogestión de la salud del paciente en hemodiálisis .....	56
Evaluación de los registros de enfermería como indicador de calidad en la gestión clínica .....	57
Guía para la elección del material de punción de la FAVI nativa/protésica .....	58
Identificación de todos los pacientes de hemodiálisis mediante pulsera ZEBRA .....	59
Implantación de hemodiálisis domiciliaria (HDD) en nuestro centro: primeros casos de Physidia S3 .....	60
Incorporación de información sobre SARS-COV-2 en la acogida a profesionales de nueva incorporación para mejorar la seguridad asistencial al paciente renal hospitalizado .....	61
Kt como indicador de dosis adecuada de diálisis frente al KT/V y PRU, diferencias obtenidas según el sistema y membrana usados .....	62
Medición flujo fistular con técnicas de segunda generación. Usando BTM® y NEFROLINK® .....	63
¿Mejorará la sintomatología de los pacientes en HD al usar el Hemocontrol® en comparación con el tratamiento de hemodiálisis convencional? .....	64
Monitores de hemodiálisis: una mirada de los profesionales .....	65
Perfil actual del paciente en hemodiálisis extrahospitalaria .....	66
“Píldoras informativas”: educación dietética al paciente renal .....	67
¿Practicamos una hemodiálisis segura? Listado de verificación de seguridad .....	68
Registros de seguimiento de punciones. El uso del ecógrafo como gran aliado .....	69

Resultado de la entrevista sobre entretenimiento y ocio en pacientes con tratamiento crónico de hemodiálisis .....	70
<b>Trasplante</b>	
Diseño de la guía de cuidados post trasplante teniendo en cuenta la opinión de los pacientes .....	71
Donante subóptimo: perfusión hipotérmica pulsativa en el injerto renal .....	72
Fragilidad y prehabilitación en pacientes sometidos a un trasplante renal .....	73
Incorporación metodológica del mindfunless a la gestión de cuidados del paciente sometido a trasplante renal .....	74
Seguridad en la administración de inmunosupresores en trasplante renal .....	75
<b>Casos clínicos</b>	
Alergia a las agujas de hemodiálisis .....	76
Aprendizaje de hemodiálisis domiciliaria en hospital versus domicilio .....	77
Caso clínico: Infección por coronavirus en trasplantado renal .....	78
Caso clínico: cuidados de enfermería en lesiones por arteriopatía urémica calcificante en paciente trasplantada renal que retorna a hemodiálisis .....	79
La lucha en tratamiento renal sustitutivo. A por el cuarto trasplante renal .....	80
Mieloma múltiple: a propósito de un caso .....	81
Ocho años de catéter venoso central. A propósito de un caso .....	82
Paciente portador de catéter transitorio, por retirada de permanente, el reto de una FAVI inmadura. Caso clínico .....	83
¿Toxicidad neurológica por Aciclovir o por VHZ? .....	84
Trasplante, embarazo y SHUA; una combinación potencialmente letal .....	85
<b>Criterios de valoración de trabajos científicos .....</b>	<b>86</b>

## Editorial

**Francisco Cirera-Segura**

Vocal de Publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

### Estimados compañeros:

**E**l año 2020 estaba destinado a ser un año señalado para la Enfermería, nuestro año, el año de la Enfermería... y por muchos motivos será un año que todos recordaremos.

La pandemia que estamos viviendo ha puesto en evidencia las carencias que tiene nuestro sistema sanitario y ha resaltado la excelencia y profesionalidad de todo el personal sanitario que lo sostiene. Igualmente ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la investigación en nuestro ámbito, así como la importancia que tienen en estos momentos las sociedades científicas, que actúan como órgano asesor, medio para transmitir los conocimientos que se van generando y agente para la formación continuada de los profesionales, que son las únicas herramientas útiles para afrontar retos sanitarios como el que estamos viviendo.

Incluso en momentos tan duros como este, la ENFERMERÍA NEFROLÓGICA ha continuado investigando y generando evidencia para ayudar a cuidar a nuestros pacientes. Como sociedad no podíamos quedarnos atrás y si hace dos años nos enfrentamos al reto de celebrar el I Congreso Iberoamericano de Enfermería Nefrológica, este año nos proponemos celebrar el I congreso virtual de nuestra sociedad, ya que consideramos fundamental en este momento, proporcionaros un medio adecuado para transmitir vuestras experiencias.

Sirva este suplemento para presentaros los resúmenes de los trabajos enviados al 45 Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrología.

Este año hemos recibido 87 trabajos, de los que han sido aceptados 79 de los cuales 2 se han retirado finalmente. Pudiendo disfrutar de 36 comunicaciones orales y 31 comunicaciones en formato posters y 10 casos clínicos que nos ilustrarán sobre diversos temas de todas las áreas de la Nefrología. Contaremos con interesantes conferencias y mesas redondas, en las que participarán tanto ponentes nacionales como internacionales de gran prestigio y se tratarán temas de máxima actualidad para la Enfermería Nefrológica. De igual forma, todos los socios disfrutaran de una gran oferta de cursos de formación en metodología y escritura científica, sin olvidar los talleres destinados a conocer los últimos avances técnicos disponibles en Nefrología.

Os deseamos en nombre de la Junta Directiva de la SEDEN unas fructíferas jornadas de trabajo de excelente nivel científico.

# Análisis de la retirada del catéter peritoneal después del trasplante renal en población adulta

“PREMIO SEDEN SOBRE DIÁLISIS PERITONEAL”

**Mónica Fernández, Beatriz Peláez, Adela Suárez, Reyes Fernández, Aránzazu Goncalves, Miguel Núñez**

Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España

## Introducción:

Las guías de práctica clínica aconsejan mantener el catéter peritoneal entre 2-3 meses después del trasplante renal, cuando haya garantía de viabilidad del injerto, recomendando su retirada en el mismo acto quirúrgico en población pediátrica.

Nos parece oportuno saber si nuestros pacientes (adultos) se podrían beneficiar de la retirada durante el trasplante.

El objetivo del estudio es comparar la necesidad de utilización del catéter peritoneal frente a las posibles complicaciones tras el trasplante renal, así como valorar la oportunidad de su retirada sistemática en el mismo acto quirúrgico.

## Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo entre enero de 2014 y noviembre de 2019. Incluimos a todos los pacientes mayores de 18 años en programa de diálisis peritoneal que recibieron un trasplante renal.

Las variables analizadas fueron: edad; sexo; tiempo hasta retirada del catéter; utilización del catéter, considerada esta como la realización de diálisis después del trasplante; complicaciones, relacionadas con el catéter y/o con la diálisis peritoneal; características del trasplante renal.

Para este trabajo contamos con la aprobación del comité de ética de nuestro hospital.

Las variables cuantitativas fueron analizadas como medias o medianas, según necesidad y las cualitativas como porcentajes. Utilizamos el programa Excell®, para el que disponemos de licencia.

## Resultados:

Se incluyeron 124 pacientes en diálisis peritoneal con una edad media de  $55,9 \pm 12,6$  años en el momento del trasplante, de los que 77 eran hombres (62,1%). Tiempo medio (mediana) hasta el trasplante desde el implante del catéter de 13,5 meses. El catéter fue retirado en el momento del trasplante a 22 pacientes (17,7%), de los cuales 2 (9%) necesitaron hemodiálisis; se retiró en un segundo tiempo a 102 pacientes (82,3%). Tiempo medio hasta la retirada de  $148 \text{ días} \pm 69,6$ . De estos 102 pacientes, 15 (12,1%) necesitaron algún tipo de diálisis, de los que 10 (8%) fue diálisis peritoneal. Complicaciones relacionadas con el catéter o la técnica se produjeron en 14 pacientes (13,7%).

## Conclusiones:

Teniendo en cuenta que aproximadamente el 14% de los pacientes presentó complicaciones relacionadas con el catéter peritoneal y que el 92% de los pacientes trasplantados no utilizó el catéter peritoneal, valoramos como beneficioso, tanto para el paciente como para la institución, su retirada en el mismo acto quirúrgico.

De esta manera, evitaríamos una intervención quirúrgica posterior, con los riesgos que ello conlleva (no valorados en este trabajo) y que 1 de cada 6-7 pacientes sufriera alguna complicación relacionada con el acceso peritoneal. Optimizaríamos la lista de espera quirúrgica, evitando entre 22-27 intervenciones anuales.

# Clorhexidina acuosa versus clorhexidina alcohólica: experiencia de un centro

“PREMIO ACCESOS VASCULARES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS”

**Carolina Santana, Paula Mateos, Óliver Rodríguez, Elsa Perdomo, Tania Monzón**

AVERICUM NEGRÍN. Las Palmas. España

## Introducción:

El cuidado del acceso vascular en los pacientes en hemodiálisis constituye una de las principales responsabilidades de la enfermería. Esto adquiere una importancia capital en los casos en los que el catéter venoso central (CVC) es la única alternativa para acceder al tratamiento.

Según las guías clínicas de acceso vascular publicadas por la Sociedad Española de Nefrología en 2017 (1) el antiséptico recomendado para la manipulación del CVC es la clorhexidina en una concentración que puede ser del 0,5-2% y dejando, a nuestro criterio, el uso del alcohol como excipiente.

Nuestro trabajo tiene como objetivo valorar los efectos físicos sobre el CVC según se realice la desinfección con clorhexidina alcohólica o con clorhexidina acuosa al 2%.

## Material y Método:

Diseñamos un estudio de tipo cohorte prospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes de nuestro centro portadores de CVC (N=77). Se perdieron 21 CVC por recambio, traslado de pacientes o trasplante. Se establecieron 2 periodos de seguimiento: primeramente, se utilizó clorhexidina alcohólica durante un mes en todos los CVC y posteriormente se cambió a clorhexidina acuosa para la realización de la desinfección otro mes.

Los CVC analizados fueron Glidepath® (72,2%), Duramax® (16,7%), Symetrex® (5,6%), Arrow® (2,8%) y Vax-Cel® (2,8%). En todos ellos según las especificaciones de sus fichas técnicas se puede emplear antisépticos que contengan alcohol supervisando la exposición. La afectación de los CVC se valoró de manera subjetiva comparando el mismo catéter en los dos periodos mediante la siguiente escala: NADA (sin presencia de residuos), LEVE (Presencia de residuos en menos del

25% de la superficie visible del catéter), MEDIA (Presencia de residuos en menos del 50% de la superficie visible del catéter) y ALTA (Presencia de residuos más del 50% de la superficie visible del catéter).

El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS® Statistics versión 23. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

## Resultados

Un total de 56 pacientes portadores de CVC fueron incluidos en el estudio, 25 hombres (44,6%) y 31 mujeres (55,4%). La media de edad fue de 65,05±14,65 años. Presentaron diabetes mellitus 25 pacientes (44,6%). La localización de los accesos fue: vena yugular interna derecha (N=44), vena yugular interna izquierda (N=7), femoral derecha (N=3) y femoral izquierda (N=2). Los catéteres presentaron una media de tiempo de duración de 12,82±18 meses.

Se compararon los grados de afectación de los CVC después de un mes de tratamiento con Clorhexidina alcohólica y acuosa. Se objetivó menos afectación de los catéteres cuando se empleó la solución acuosa (p=0,001).

Cuando analizamos dichos resultados según la presencia o no de DM, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

## Conclusiones:

Nuestro estudio evidenció un mayor deterioro del material de los catéteres venosos centrales tras la utilización de clorhexidina alcohólica al 2% en comparación con clorhexidina acuosa al 2%.

# Estado nutricional del paciente en hemodiálisis en relación con su cuidador principal

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

**Patricia Martínez-Álvarez, Raquel Pelayo-Alonso, Marta Portilla-Sánchez, Sandra Pacheco-Martínez, María José Cagigas-Villoslada, José Luis Cobo-Sánchez**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

## Introducción:

La población que se encuentra en tratamiento renal sustitutivo (TRS) con hemodiálisis sufre frecuentemente de cierto grado de desnutrición calórico-proteica debido a las restricciones dietéticas y a la mala elección de alimentos a la hora de elaborar los menús. Esta desnutrición unida a la inflamación repercute en la calidad de vida del paciente incrementando su mortalidad.

## Objetivos:

- Conocer el grado de desnutrición entre los pacientes de una sala de hemodiálisis.
- Conocer la relación entre el grado de cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas y su estado sérico.
- Conocer si existe relación entre el estado nutricional del paciente y quién se encarga de su alimentación.

## Material y Método:

El estudio es de corte transversal y tipo descriptivo. La muestra está conformada por 34 pacientes en TRS con hemodiálisis al menos durante 6 meses en la Unidad de Hemodiálisis de un hospital de referencia. El periodo de estudio fue de agosto 2019 a enero 2020. La recogida de datos se realizó a través de la entrevista personal y la revisión de la historia clínica. Se obtuvieron datos socio-demográficos: edad, sexo, nefropatía, comorbilidad, antecedentes personales, índice de masa corporal, tiempo en hemodiálisis, con quién vive, quién se encarga de su alimentación, parámetros de diálisis (KT/V, ganancia de peso interdialítica (GPI)) y parámetros séricos (potasio, albúmina, transferrina).

Como herramientas de medición utilizamos el Índice de Comorbilidad de Charlson, la Escala de Desnutrición MIS y la Bioimpedancia eléctrica.

A partir de las variables estudiadas se elaboró una base de datos tipo Excel y se realizó un análisis descriptivo (media, desviación y mediana) e inferencial.

## Resultados:

De los 34 pacientes estudiados, el 58,8% fueron hombres. La edad media se situó en  $69,5 \pm 15,1$  años. El índice de comorbilidad medio fue  $4,82 \pm 1,5$  y el tiempo medio en tratamiento con hemodiálisis  $59,82 \pm 77,29$  meses. El valor medio de KT/V fue  $1,68 \pm 0,20$ .

El 32,4% (n=34) de los pacientes presentó niveles de desnutrición según la escala MIS. No se encontró significación estadística entre el estado nutricional y el cuidador principal.

Pese a que el 76,5% refirió seguir las recomendaciones dietéticas tan solo un 44% tenía los valores séricos de potasio adecuados y el 34,7% cumplía con la GPI recomendada. No hay significación estadística entre quien se encarga de la alimentación (paciente o cuidador) y el estado sérico y la GPI.

## Conclusiones:

Según nuestros datos, la desnutrición es un problema considerable en nuestra unidad. No existe relación entre quien se encarga de la alimentación y el estado de desnutrición. Se deben tomar medidas para reducir esta desnutrición ya sea con acciones educativas sobre alimentación o incluso valorar el uso de suplementos dietéticos. Enfermería debe seguir reforzando las recomendaciones dietéticas para que ese cumplimiento referido por nuestros pacientes pueda objetivarse y verse reflejado en sus estados séricos. En muchos casos estas recomendaciones dietéticas se dan solo al paciente, no involucrando a sus cuidadores principales que son los que finalmente se encargan de su alimentación.

# Factores pronósticos de reingreso y supervivencia en pacientes trasplantados renales

## “PREMIO SEDEN DONACIÓN Y TRASPLANTE”

**Emilia Ferrer-López, Diana Modrego-Iranzo, Francisco Javier Rubio-Castañeda, Víctor Cantín-Lahoz, Alex Gutiérrez-Dalmau**

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

### Introducción:

El trasplante renal es el tratamiento de elección para un grupo seleccionado de pacientes que presentan enfermedad renal crónica (ERC), presenta la mejor relación coste/efectividad para la ERC, se relaciona con un aumento de la supervivencia y una mejora la calidad de vida, además de ser el tratamiento más eficiente, ya que su coste es inferior al de las demás técnicas.

La tasa de reingresos se ha considerado como un indicador que mide indirectamente la calidad y eficiencia de la prestación sanitaria. Los reingresos pueden definirse como las admisiones o ingresos a un hospital dentro de un cierto periodo después de haber egresado del mismo. Los reingresos hospitalarios constituyen un problema relevante para los servicios de salud, instituciones hospitalarias y pacientes por su impacto en la morbilidad, mortalidad, recursos económicos y cobertura de sus costes.

Aunque, algunos estudios han descrito la rehospitalización después del trasplante, pocos se han centrado en los factores de riesgo y sus consecuencias. El conocimiento de estos factores y la corrección de los modificables ayudarían a disminuir la tasa de reingresos.

### Objetivos:

Describir el perfil del paciente previo al trasplante.  
Determinar las causas más frecuentes de reingreso.  
Identificar si existe relación entre reingreso y morbi-mortalidad.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo, transversal post-trasplante; se describieron características generales de los pacientes, se estudiaron los factores de riesgo para ERC. Se identificaron las principales causas de reingreso. Se analizó la supervivencia utilizando el método Kaplan-Meier en receptores

de injerto renal trasplantados entre el 1 de enero 2010 y 31 diciembre 2012, los datos fueron recogidas hasta 16 de agosto de 2016.

### Resultados:

Se analizaron 203 pacientes, edad media  $54,79 \pm 15,13$  años, 65,5% varones, estancia media en terapia renal sustitutiva (TRS)  $26 \pm 20,9$  meses, tiempo medio permanencia lista espera (LE)  $9,31 \pm 11,28$  meses, 89,2% trasplante de donante cadáver. Un 58,1% tasa global reingresos, 69,2% varones, 47,6% una única vez, el 25,42% tempranos (<30 días). La edad mostró relación positiva con reingreso ( $p=0,019$ ). Supervivencia de donante vivo 100%, 86,2% donante cadáver. Se encontró relación en supervivencia general por grupos de edad menores vs mayores 65 años 96,5% y 66,1% ( $p<0,000$ ), para supervivencia del injerto en obesos de  $IMC>30$  (Mantel-Cox  $p=0,011$ ).

La infección respiratoria fue tanto factor de riesgo para reingreso (Mantel-Cox  $p=0,016$ ) como para la supervivencia del paciente (Mantel-Cox  $p=0,000$ ).

### Conclusiones:

La tasa global de reingreso 58,1%, de ellos 34,7% a partir de los 90 días. La disfunción del injerto e infección urinaria, son las principales causas de reingreso, si bien las infecciones en su conjunto le superan.

Existen factores de riesgo para la supervivencia del injerto y del paciente, evolución previa de la ERC, comorbilidades asociadas, la propia cirugía, suponen un mayor riesgo de reingreso postrasplante. Los reingresos evitables constituyen un coste económico y son indicador de la calidad de la asistencia prestada. Conocer los factores de riesgo postrasplante que, puedan afectar a la supervivencia del injerto y del paciente, sirve para establecer estrategias de prevención que ayuden a minimizar los reingresos evitables.

# Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica en estadios prediálisis de un hospital público

“PREMIO SEDEN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA)”

**Luis Huamán-Carhuas**

Universidad Peruana Cayetano Heredia y Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Callao. Lima. Perú

## **Introducción:**

Los pacientes con enfermedad renal crónica en estadios prediálisis se ven gravemente afectados en su calidad de vida y, a menudo implican riesgo de muerte. La intervención educativa que realiza enfermería en esta fase de la enfermedad, es muy importante para la evolución y la supervivencia.

## **Objetivo:**

Evaluar el impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada pre diálisis de un hospital público durante 2017.

## **Material y Método:**

Se realizó un estudio pre experimental de corte longitudinal y prospectivo. La muestra no probabilística incluyó a 60 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 3b, 4 y 5 pre diálisis a quienes se aplicó 3 tipos de cuestionario previamente validados, antes y después de la intervención de enfermería que consistió de tres sesiones educativas y consejería en consulta externa. Las tres dimensiones que se tomaron para la investigación fueron: conocimiento sobre la enfermedad, autocuidados y adherencia farmacológica. Para el análisis de datos, en conocimiento se utilizó la prueba de Wilcoxon; en autocuidados la prueba T de student, y la prueba de McNemar para medir la adherencia. Para el procesamiento de resultados se utilizó el software SPSS v.20.

## **Resultados:**

Posterior a la intervención, el conocimiento sobre autocuidado se incrementó hasta un 71,7% respecto al momento pre intervención. Con una significancia del 5% se determinó que la intervención de enfermería mejora el nivel de autocuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en estadios prediálisis. Respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico se encontró mejoría significativa en los pacientes que se sometieron al estudio.

## **Conclusión:**

La intervención de enfermería basada en actividades educativas y de consejería produce impacto positivo en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica en estadios prediálisis.

## Conociendo las necesidades formativas en relación con la atención sanitaria de las personas con enfermedad renal crónica

**Pilar Díaz de Argote-Cervera, Isabel Martínez-Dios, Rodrigo Muñoz-Blázquez, Alfredo José Sáenz-Santolaya, María Begoña Bermejo-Yunquera, Ana María Ramos-Domínguez**

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

### Introducción:

La enfermedad renal crónica (ERC) es muy prevalente y tiene un curso progresivo. La educación e implicación del paciente es clave en el éxito del tratamiento. La elaboración de un plan de educación para la salud renal ayudará, no sólo a un mejor manejo de estos pacientes, sino también a la prevención y disminución de la progresión de la enfermedad renal. La pandemia COVID 19 ha obligado a modificar nuestra forma de atender a los pacientes, incrementando la atención telemática. No sabemos el efecto que esta ha tenido sobre los pacientes, aunque si sabemos que la comunicación y el nivel de información tiene un claro impacto en su salud. La elección de técnicas domiciliarias es un claro ejemplo de la importancia de esta información en la toma de decisiones.

### Objetivo:

Conocer las necesidades de formación que tienen los pacientes atendidos por el Servicio de Nefrología de un Hospital de 2º nivel, con una población de 345.206 habitantes, para diseñar estrategias formativas adecuadas a sus necesidades y demandas.

### Pacientes y Método:

- Pacientes con ERC atendidos en el Servicio de Nefrología de nuestro hospital.
- Método de recolección de datos: encuesta presencial o escrita mediante cuestionario estructurado de preguntas cerradas dicotómicas o múltiples.
- Datos objetivos: edad, sexo, nivel educativo, si tiene acceso a internet, estadio de ERC y tratamiento renal sustitutivo.
- Datos subjetivos: grado de conocimiento, interés por los temas de educación (conocimiento de la enfermedad, dieta, medicación...), forma de adquirir los conocimientos/educación (entrevista personal sanitario,

entrevista otro paciente con igual situación, folleto informativo, videos informativos, páginas webs), modalidad (presencial, virtual, semipresencial).

- Análisis: programa estadístico SPSS.

### Resultados:

64 encuestados, 37(57,8%) hombres y 27(42,2%) mujeres, edad: 45 (70,3%) >65 años.

Nivel de estudios: 20 (31,3%) estudios primarios o graduado escolar; 16 (25%) estudios secundarios; 15 (23,4%) sabe leer y escribir, pero sin estudios; 7 (10,9%) estudios universitarios y 6 (9,4%) no sabe leer ni escribir.

La mayoría de los pacientes estaban jubilados (73,4%), en hemodiálisis en el hospital (65,6%) y tenían acceso a internet (79,7%).

El 77,7% considera tiene un nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal bueno o excelente.

Los temas que más les interesan sobre las características de la enfermedad fueron: la enfermedad renal en general (47,5%), cómo evitar la progresión de la enfermedad renal (29,5%) y el funcionamiento de los riñones (28,3%).

Los temas que más les interesan en relación al tratamiento son: la dieta (53,4%) y las opciones de tratamiento renal sustitutivo (32,2%).

La forma en la que más les gustaría recibir la información es la entrevista personal (64,1%) y la modalidad: presencial (53,1%).

### Conclusiones:

La población encuestada tiene la percepción de conocer bien la enfermedad renal.

El tema que despierta mayor interés a nuestros pacientes es la dieta.

A pesar de que un 79,7% de los pacientes dispone de conexión a internet, la entrevista personal y la modalidad presencial es la forma en la que la mayoría de nuestros pacientes prefieren recibir la información.

## Perfil de la diada: cuidador familiar-persona con insuficiencia renal crónica en diálisis

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

Universidad Surcolombiana Huila-Colombia. Colombia

### Introducción:

La Insuficiencia Renal Crónica afecta de manera integral al individuo, quien por el deterioro progresivo de la función renal requiere de terapias de reemplazo para mantener la homeostasis y la vida. La persona dializada necesita del apoyo del cuidador (diada), con quien mantiene una relación estrecha y de mutualidad, el asume la responsabilidad de cuidar y apoyar en casa, para satisfacer las múltiples necesidades de cuidado, garantizar la seguridad en las terapias y lograr mejores desenlaces en salud, por la complejidad en el manejo del control de factores de riesgo.

### Objetivo:

Determinar el perfil de la diada cuidador-persona con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis en relación a las características sociodemográficas y condiciones clínicas.

### Material y Método:

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 68 diadas, asistentes regulares a diálisis en una unidad al sur de Colombia. La información se obtuvo previo consentimiento informado con la aplicación del instrumento: Ficha caracterización de la diada persona con ECNT– cuidador familiar, constituido por 42 ítems y tres dimensiones: identificación de condiciones de la diada, perfil sociodemográfico, percepción de carga y apoyo, medios de información y comunicación; con validez facial y de contenido para América Latina. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

### Resultados:

La mayoría de la población en hemodiálisis 52,2%, conformada por hombres 55,9%, los cuidadores 77,9% mujeres. El promedio de edad de las personas dializa-

das 61,8 años (DE 16,9), mediana 61,5 (Mín. 17; Máx. 90) y en los cuidadores 49,4 años (DE 13,5) con una mediana de 50,5 (Mín. 21; Máx. 77).

Las personas cuidadas con nivel medio de dependencia 52,9%; y función mental intacta 89,7%; las diadas con grado de escolaridad y nivel socioeconómico bajo, dedicados al hogar, estado civil casados, religión profesada católica 77,6% con nivel medio de compromiso 52,2%, residentes en el área urbana y quienes cuidan principalmente esposos(a) e hijos(a).

El 31,3% de las personas enfermas perciben ser una carga moderada para sus cuidadores; la mayoría de los cuidadores sin apoyo en la labor del cuidado; y llevan 37 meses o más cuidando a su familiar 44,1%, dedican más de 20 horas diarias a la atención 63,2%, y sin experiencia anterior para desempeñar el rol 68,7%; con nivel de percepción de sobrecarga intensa 38,8%. En cuanto a la satisfacción de las personas dializadas para los diferentes apoyos de máximo a mínimo: económico 40,3%, social 31,3%, religioso 29,9%, familiar y psicológico 26,9%; mientras que los cuidadores manifestaron satisfacción para los apoyos así: familiar y económico 47,8%, religioso 43,3%, social y psicológico 26,9%. En cuanto a las TICs para apoyar su cuidado reportaron el uso del teléfono con alto conocimiento 65,7%, acceso 59,7%, frecuencia en el uso 56,7%, y utilidad para su cuidado 47,8%.

### Conclusiones:

Las personas dializadas y sus cuidadores viven en contextos que aumentan la vulnerabilidad, por lo cual se ratifica la importancia de desarrollar estrategias educativas y psicosociales, que impacten en el empoderamiento de los involucrados, fomenten la adherencia a las terapias, eviten complicaciones para así lograr mejores desenlaces en salud.

## Utilidad de la herramienta apoyo entre iguales en pacientes candidatos a diálisis peritoneal que presentan conflicto en la toma de decisiones o problemas de afrontamiento

**Mercedes Tejuca-Marengo, Carmen Flores-Oneto, Esther Salces-Sáez, Antonio Ochando-García**

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España

### Introducción:

El apoyo entre iguales es una herramienta muy utilizada en el ámbito de la Psicología. Personas que tienen o han tenido experiencias similares comparten sus vivencias en un espacio seguro para poder ser uno mismo, en el que la versión del otro se asimila a su propia realidad, resultando útil para encontrar la propia comprensión personal y favorecer el afrontamiento.

### Objetivo:

Evaluar la utilidad de una herramienta de ayuda basada en el apoyo entre iguales, en personas candidatas a diálisis peritoneal que presentan conflicto en la toma de decisiones y/o problemas de afrontamiento ante la elección de terapia renal sustitutiva (TRS).

### Material y Método:

Estudio observacional descriptivo realizado entre 15/01/2012 y 31/01/2020 en la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Se han incluido en el estudio todos los pacientes mayores de 18 años, procedentes de consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y aquellos que eran trasferidos desde hemodiálisis por problemas con la técnica o por haber iniciado ésta de forma urgente/no programada, que eran candidatos a diálisis peritoneal y que tras la realización de la valoración de Enfermería según el modelo de Virginia Henderson y la elaboración del Plan de Cuidados utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC, presentaban conflicto en la toma de decisiones y/o problemas de afrontamiento ante la elección de TRS.

Tras el consentimiento informado por parte de los pacientes, la enfermera de la Unidad de Diálisis peritoneal ponía en contacto a los pacientes "diana" con pacientes "tutores", quienes tenían experiencia en diálisis peritoneal y presentaban características psicosociales muy similares a

los pacientes "diana". Ambos pacientes compartían experiencias e inquietudes sin la influencia de los profesionales sanitarios.

Se ha recogido la evolución de las puntuaciones de los indicadores de resultado NOC, así como la experiencia de los pacientes "diana", mediante una entrevista semiestructurada. También se diseñó un cuestionario para conocer el grado de satisfacción y la experiencia de los pacientes "tutores".

### Resultados:

Durante el periodo de estudio han participado 182 pacientes, de los que 142 fueron pacientes con conflicto en la toma de decisiones ante el TRS; de ellos, 130 resolvieron el conflicto (la puntuación de los indicadores de resultado evolucionó de 1 a 4-5), y 12 continuaron con dudas (la puntuación de los indicadores de resultado evolucionó de 1 a 2-3).

Los otros 40 fueron pacientes con problemas de afrontamiento ante la técnica de Diálisis Peritoneal, 38 de ellos mejoraron el afrontamiento (la puntuación de los indicadores pasó de 1 a 4-5) y 2 continuaron con el mismo nivel de afrontamiento (la puntuación de los indicadores permaneció en 1-2).

El 100% de los pacientes tutores mostraron un grado de satisfacción elevado tras comprobar la ayuda prestada, ofreciéndose para reuniones posteriores.

### Conclusiones:

El apoyo entre iguales puede ser una herramienta útil para pacientes que presentan conflicto en la toma de decisiones y/o problemas de afrontamiento ante la elección de TRS. Los pacientes manifiestan sentirse comprendidos y ayudados bajo una visión real de otra persona con su mismo rol. Los pacientes tutores se sienten satisfechos calificando esta experiencia como gratificante.

## Alteraciones del sueño en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Ana Moreno-Egea, Mónica Romero-Reyes, Rosa González-Tamajón, Victoria Gómez-López, Rafael Casas-Cuesta, Rodolfo Crespo-Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

### Introducción:

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada, (ERCA) sufren una amplia variedad de síntomas físicos y psicológicos, siendo los más frecuentes, debilidad, prurito, estreñimiento, dolor, cambios en el patrón del sueño, ansiedad, disnea, náuseas, piernas inquietas y depresión. Al llegar a estadios finales, sufren alteraciones significativas en la salud física, mental, emocional y social, destacándose el impacto en la calidad del sueño.

### Objetivo:

Analizar las principales alteraciones del sueño en pacientes con ERCA en estadios 4-5.

### Material y Método:

Se llevó a cabo un estudio un estudio descriptivo transversal en pacientes con ERCA en estadios 4-5 en un Servicio de Nefrología de un Hospital de tercer nivel. Se realizó un muestreo no probabilístico accidental. Se estudio como variable de resultado, las alteraciones del sueño, con el cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSI). Se han estudiado además otras variables como edad, sexo, filtrado glomerular (FG), Índice de Masa de Corporal (IMC), Creatinina Sérica, Hemoglobina (Hgb) y comorbilidad, mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson.

### Resultados:

Se estudiaron 119 pacientes con una media de edad de 67,61(±)14,89; 67 hombres (56,3%) y 52 mujeres (43,7%). Del ICC 6,08(±)2,40 puntos, del FG 18,83(±)

5,87 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, de creatinina sérica 3,41(±)0,88 mg/dl, de Hgb 11,87(±)1,65 gr/dl y de IMC 29,8(±)5,6. El valor medio del Índice de Calidad de Sueño fue de 9,66(±)4 puntos. La Puntuación total del PSQI se correlacionó estadísticamente con la edad (r=0,211; p<0,05) y el ICC (r=0,224; p<0,05).

Para analizar la influencia del FG en las distintas variables se dividió a los pacientes de acuerdo a los estadios 4 y 5 de la ERCA. Se incluyeron en el estadio 4 a los pacientes con un FG>15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y en estadio 5 con FG<15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. En estadio 4 se encontraron 37 pacientes (31,1%) y en estadio 5, 82 pacientes (68,9%), sin que se encontraran diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas entre ambos grupos.

Utilizando el punto de corte de 5 en la Puntuación Total del PSQI, se dividió a los pacientes en 2 grupos: pacientes con <5 puntos a los que denominamos Sin alteración del sueño y pacientes con >5 puntos a los que denominamos Con alteración del sueño, encontrándose diferencias significativas en el ICC (5,00(±)2,26 frente a 6,28(±)2,39 puntos, p<0,05) y en la edad (61,50(±)18,53 frente a 68,84(±)13,82 años, p<0,05), entre ambos grupos.

No se encontraron relaciones entre las alteraciones del sueño con el sexo, aclaramiento renal ni Índice de Masa Corporal.

### Conclusiones:

Las alteraciones del sueño son un problema importante que afecta a buena parte de los pacientes en estadio 4 y 5 de la ERCA. En nuestra muestra el 83% de los pacientes padecen alteraciones del sueño.

Estas alteraciones están relacionadas con mayor comorbilidad y tener más edad, sin que el sexo, el aclaramiento renal, la Creatinina sérica, la Hgb o el IMC tengan relación con esta alteración, al menos en la muestra estudiada.

## Efectividad de la intervención de enfermería para el control electrolítico en la insuficiencia renal crónica avanzada. ¿Existen diferencias entre pacientes nacionales y extranjeros?

**Antonia Gil-Gil, María del Mar Baeza-Valero, Davinia Flores-Bastias, Elena Gisbert-Rosique**

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante. España

### Introducción:

Un inadecuado control electrolítico con niveles elevados de sodio, fósforo y potasio se asocia a mayor morbimortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Retrasar la progresión de la enfermedad es uno de los objetivos de la consulta ERCA. Entre las actividades destacadas se encuentra una estrecha e individualizada educación y seguimiento nutricional.

Nos planteamos conocer si la intervención educativa realizada a pacientes que son derivados a ERCA es efectiva. Para ello se realiza un estudio cuasiexperimental de 3 años y 11 meses de duración.

### Objetivos:

Objetivo principal: conocer la efectividad de la educación nutricional en el control de fósforo, potasio y sodio en pacientes con seguimiento en ERCA.

Objetivos específicos: establecer si existen diferencias por grupo de edad y nacionalidad en el cumplimiento de las recomendaciones.

### Material y Método:

Se realiza un estudio retrospectivo analítico longitudinal cuasiexperimental incluyendo a los pacientes de ERCA desde enero 2015 a noviembre 2018 con un seguimiento mínimo de 6 meses.

Las variables a estudio fueron: edad (se clasificaron en 2 grupos, hasta 65 años inclusive y mayores de 65), nacionalidad (española y extranjera) y niveles sanguíneos de sodio, potasio y fósforo preinclusión en ERCA y tras 6 meses.

Los niveles objetivo de la excreción de sodio fue  $\text{Na} \leq 100$  mEq/tiempo, fósforo  $\leq 5$  mg/dl y potasio  $\leq 5,1$  mg/dl.

Los datos fueron recogidos en hoja Excel y analizados posteriormente por el programa estadístico SPSS.

### Resultados:

La muestra estudiada fue de 141 pacientes con edad media de  $69,84 \pm 11,79$  años (27-93), el 66,7% fueron hombres. La muestra de pacientes hasta 65 años fue de 42 y mayores de 65 de 99. El 51% eran españoles y 49% extranjeros

Para determinar la efectividad de la intervención se calculó la media, desviación típica con intervalo de confianza de 95% y la prueba de chi-cuadrado.

Los resultados globales obtenidos tras 6 meses reflejan una ligera mejora en los niveles basales. El sodio mejora sin significación estadística ( $p=0,57$ ), con el potasio y fósforo sí se obtiene un descenso significativo ( $p<0,001$ ). La misma tendencia se objetiva al analizar aquellos pacientes con iones fuera de rango pre inclusión en ERCA y su descenso hasta niveles adecuados a los 6 meses.

Con respecto a los grupos de edad no se objetiva cambio significativo de los niveles de sodio en pacientes hasta 65 años ( $p=0,84$ ), si en el grupo mayor de 65 con  $p=0,07$ . Con el P y K se observan resultados similares en ambos grupos.

En pacientes nacionales no se observa bajada significativa del sodio ( $p=0,55$ ), si ocurre en extranjeros  $p=0,04$ . En ambos grupos de población el k y el P bajan significativamente.

### Conclusión:

En todos los casos se observa tras la intervención nutricional una mejora general en los parámetros analíticos.

Respecto al sodio destaca un descenso significativo en la población extranjera general y además el grupo de mayor edad tanto en pacientes nacionales como extranjeros. Por tanto, prevalece que los hábitos nutricionales y sociales influyen en la adherencia a la dieta.

Sería un punto destacable a estudio el seguimiento de estos pacientes a largo plazo.

## Evaluación de la consulta multidisciplinar de pacientes en tratamiento conservador de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

Ana Romero-Valero, Francisco Javier Gallego-Montes, Dolores Vázquez-Franco, Elena Carbayo-Pérez, Sofía Vergara-Santos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

### Introducción:

Es un hecho constatado el envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida. Este dato tiene un impacto en el ámbito sanitario ya que el envejecimiento se asocia a enfermedad renal y dependencia, y en el ámbito nefrológico provoca la llegada cada vez de mayor número de pacientes de edad avanzada a desarrollar ERCA, que hace que nos planteemos la idoneidad de la realización de tratamiento renal sustitutivo.

Debemos entender que el manejo renal conservador o "no inicio de la diálisis" es una importante opción dentro del manejo de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) para aquellos pacientes que cumplen una serie de criterios: pacientes añosos, con elevada comorbilidad, deteriorado perfil funcional, malnutrición o institucionalizados. En nuestro hospital hemos estructurado la atención a los pacientes que eligen tratamiento conservador en una consulta multidisciplinar con funcionamiento coordinado con Atención Primaria y Cuidados Paliativos.

### Objetivo:

Analizar los resultados globales de la consulta de ERCA-conservador.

### Material y Método:

Análisis descriptivo de pacientes en seguimiento de la consulta ERCA-CONSERVADOR durante un período de 28 meses. Se recogen variables demográficas y clínicas, necesidades de ingreso hospitalario, consultas a urgencias, cambios en la decisión terapéutica y éxitos.

### Resultados:

Se recogen datos de 111 pacientes que eligieron manejo conservador de ERC. Edad media 86 años: 41,4% hombres, 58,6% mujeres. Comorbilidad asociada: 100%

hipertensión arterial, 56,8% Diabetes Mellitus, 31,5% hipotiroidismo, 2,7% hipertiroidismo.

El 19% de los pacientes precisó ingreso hospitalario: 66,7% un ingreso, 9,5% dos, 14,3% tres y 9,5% cuatro.

Los motivos de ingreso fueron: procesos infecciosos 40%, Insuficiencia cardíaca 22,9%, deplección de volumen 14,3%, eventos coronarios 8,6% y tan solo 2,9% por sintomatología urémica.

Un 26% ha consultado en el Servicio de Urgencias sin necesidad de ingreso hospitalario.

Ningún paciente cambió de opinión respecto a la decisión de terapia renal sustitutiva.

Se registraron 9 éxitos de los cuales en un 22,2% la causa inmediata responde directamente a su patología renal.

### Conclusiones:

La elección del tratamiento conservador de la ERCA representa un porcentaje elevado en nuestra área (32%). La mayoría de los pacientes no precisó atención en Urgencias hospitalarias ni hospitalización durante el seguimiento.

Una minoría de las consultas se relacionó con causa renal y se relacionó con el fallecimiento tan solo en uno de cada 4 pacientes. Todos mantuvieron la decisión terapéutica elegida.

Pensamos que nuestros resultados apoyan la necesidad de estructurar adecuadamente la atención ERCA-CONSERVADOR en unidades multidisciplinarias que garanticen la asistencia integral y proporcionen los cuidados y apoyos necesarios de atención urgente en esta población.

La labor de la enfermería nefrológica en el manejo conservador del paciente con ERCA es fundamental, tanto desde el punto de vista de la información inicial en el periodo de inclusión del paciente como en el seguimiento posterior en consulta y en la etapa final de la enfermedad.

## Fragilidad y nutrición en el paciente con enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

**Graciela Álvarez-García, Ángel Nogueira-Pérez, Miguel Ángel Moral-Caballero, Guillermina Barril-Cuadrado**

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

### Introducción:

Existe evidencia de que la ERC se asocia con aumento de la morbimortalidad fundamentalmente a través del riesgo cardiovascular aumentado.

Ante el impacto que los problemas de salud tienen sobre la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), es de suma importancia evaluar el estado funcional de cada paciente ante el riesgo de discapacidad.

Utilizamos unos instrumentos de medida, el índice de fragilidad o Índice de Fried, la escala de Barthel (independencia) y el índice de comorbilidad de Charlson, relacionándolos con la edad, sexo, presencia de diabetes mellitus y parámetros de nutrición incluyendo parámetros de composición corporal con bioimpedancia.

### Objetivos:

- Determinar número de pacientes frágiles en la consulta de ERCA según Escala FRIED.
- Establecer la correlación con otras escalas I.Charlson, I.Barthel Valoración con la escala IF-VIG estableciendo diferencias en la utilización y tiempo requerido para realizarlas.
- Utilidad para homogeneizar y utilizar protocolos de trabajo y herramientas (e instrumentos) de valoración adecuados.

### Material y Método:

Hemos valorado 207 pacientes de una unidad ERCA.

Utilizando el índice de fragilidad (INDICE DE FRAGILIDAD DE FRIED (estratificado)).

Relacionamos con: Edad, Sexo, DM-No DM. Parámetros bioquímicos: albumina, pre albúmina, PCR, hemoglobina, linfocitos,...

Índice comorbilidad de Charlson y escala de dependencia de Barthel, Parámetros de composición corporal con bioimpedancia, fuerza muscular (dinamometría).

Comparamos además los resultados del fenotipo Fried con la escala IF-VIG.

Estudio de mortalidad en función de la fragilidad.

### Resultados :

En la valoración realizada a 207 pacientes de la consulta ERCA se encuentran:

- 76 (36,7)% de No frágiles.
- 96 (46,9)% de Pre-frágiles.
- 36 (16,9)% de frágiles.

Existe una elevada prevalencia de pacientes pre-frágiles en la muestra analizada de pacientes ERCA.

Hemos encontrado que hay más fragilidad en mujeres que en hombres.

No encontramos diferencias entre diabéticos y no diabéticos.

Existe una relación entre fragilidad, comorbilidad y discapacidad, apareciendo como factor de mortalidad.

El Índice de Barthel ofrece perfiles diferentes útiles en la valoración de comorbilidad y dependencia que son complementarias.

Apreciamos perfiles de correlación entre fragilidad y composición corporal y fuerza muscular que deben ser valorados para su prevención y tratamiento.

### Conclusiones:

La valoración de escalas de fragilidad, comorbilidad y de dependencia nos ayuda para adecuar el cuidado integral y en la toma de decisiones posteriores, mejorando la calidad de vida del paciente.

La escala de Frieda presenta mayor facilidad de ejecución dando resultados coherentes con el estado de nutrición.

La escala IF-VIG en los grados de fragilidad precisa más tiempo de ejecución por lo que a día de hoy parece más operativa la de FRIED

Son instrumentos de valoración sencillos, universales y rápidos en la valoración, pudiendo adaptarse a las necesidades cambiantes de la población a la que va destinado.

# Influencia del proceso educativo en la consulta de enfermería ERCA sobre la elección de tratamiento renal sustitutivo

Raquel Pelayo-Alonso, Rosa Ana Sainz-Alonso, José Luis Cobo-Sánchez, Patricia Martínez-Álvarez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

## Introducción:

La consulta de enfermería de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) busca llevar a cabo un proceso educativo para fomentar en el paciente una toma de decisiones que garantice la elección de la opción de Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) que mejor se adapte a sus preferencias, valores y estilo de vida.

Actualmente la distribución de la incidencia de las distintas modalidades de TRS no es equilibrada, siendo la hemodiálisis en centro la opción más común para iniciar TRS. La bibliografía refiere una mayor elección de técnicas domiciliarias cuando el paciente recibe un proceso educativo previo.

## Objetivo:

Determinar la opción de tratamiento renal sustitutivo elegida por el paciente en función del proceso educativo que recibe el paciente.

## Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes seguidos en consulta ERCA, candidatos a TRS, desde febrero 2015 a enero 2020 en un hospital de referencia. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de la historia clínica del paciente: edad, sexo, nefropatía, diabetes, comorbilidad, elegibilidad de opciones de TRS, filtrado glomerular al inicio de la formación, proceso educativo recibido (nefrólogo o nefrólogo y enfermera) y decisión del paciente. A partir de las variables estudiadas, se elaboró una base de datos tipo Excel. Se realizó análisis descriptivo e inferencial (test chi-cuadrado y T de Student, contraste bilateral, con significación estadística si  $p < 0,05$ ) mediante el paquete estadístico PSPP v1.2.

## Resultados:

De los 586 pacientes seguidos en consulta ERCA durante el periodo de estudio se incluyeron 294 pacientes candidatos a TRS que recibieron proceso educativo. La edad media de la muestra fue  $67,24 \pm 12,9$  años; 70,75% eran hombres. El índice de comorbilidad medio fue de  $4,36 \pm 1,95$  y el filtrado glomerular al inicio de la formación fue de  $15 \pm 4,69$  ml/min.

La hemodiálisis fue la opción de TRS más frecuente en el periodo de estudio, elegida por el 51% de los pacientes. La elección del paciente entre las distintas opciones de TRS varió en función del proceso educativo recibido: Trasplante renal 18,9%; Diálisis Peritoneal 19,4%; Hemodiálisis 56,7%; Tratamiento Conservador 5,1% -si lo realiza el nefrólogo- Trasplante 23,4%; Diálisis Peritoneal 19,5%; Hemodiálisis 36,4%; Tratamiento Conservador 18,2% -si lo realizan nefrólogo y enfermera de forma conjunta- ( $p < 0,01$ ).

## Conclusiones:

La hemodiálisis sigue siendo la opción de TRS más elegida por el paciente.

Cuando el paciente recibe un proceso educativo adecuado, la incidencia de las distintas modalidades de TRS tiende a equilibrarse.

Un proceso educativo correcto permite al paciente y a su entorno contemplar el tratamiento conservador como una alternativa de tratamiento posible.

## Análisis de la fibrinólisis a dosis bajas con uroquinasa en catéteres venosos centrales para hemodiálisis

Marina Burgos-Villullas<sup>1</sup>, Mónica Pereira-García<sup>2</sup>, Emilio González-Parra<sup>3</sup>, Ana María Sacristán-Román<sup>3</sup>, Susana Simón-Becerro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>FRIAT Centro Los Pinos, Valladolid. <sup>2</sup>Unidad FRIAT Fundación Jiménez Díaz, Madrid. <sup>3</sup>Centro FRIAT Los Pinos, Valladolid. España

### Introducción:

La complicación más frecuente de los catéteres venosos centrales (CVC) es la obstrucción parcial o total de la luz del catéter por depósitos de fibrina. Cuando los lavados no son eficaces debemos de llevar a cabo protocolos de administración de fibrinolíticos. El más utilizado es la uroquinasa (UK), fibrinolítico no específico que transforma plasminógeno en plasmina, rompiendo así el coágulo, pero a su vez provoca una alteración sistémica de la coagulación. El cálculo de la dosis de uroquinasa no siempre es sencillo para evitar efectos secundarios. En nuestro centro tenemos un protocolo de fibrinólisis con uroquinasa y hemos analizado nuestros propios resultados.

### Objetivos:

**1)** Demostrar que una dosis reducida de UK consigue la permeabilidad completa de la luz del CVC. **2)** Valorar la evolución de los datos de dosis de diálisis y pautas de diálisis durante las sesiones. **3)** Observar la existencia o no de sangrado y trombosis del acceso vascular.

### Material y Método:

En un centro de diálisis localizado en una población sin hospital con cirugía vascular ni radiología intervencionista, se realiza un estudio observacional y analítico, en el que se analizan de manera prospectiva en 200 sesiones de 4 pacientes con catéter venoso durante 4 meses. En las diálisis con catéter venoso tunelizado con flujos de sangres inferiores a 300 ml/min, después de lavado con suero salino, se procedió a realizar el protocolo de enfermería de uroquinasa de la unidad. Se realizaron jeringas de 1ml, con un concentrado de 10.000 UI de uroquinasa,

en la propia unidad, usando viales de 100.000 unidades y finalizando el sellado de las ramas con heparina al 1%. Se mantuvo 20 min en cada rama, y en caso de que, el primer sellado no fuera efectivo, se realizó un segundo sellado con la misma cantidad de uroquinasa durante el mismo tiempo. En todos los pacientes se registraron los datos del flujo de sangre y KT cuatro meses anteriores y cuatro posteriores a la realización del protocolo enfermero de fibrinólisis. Para hacer el análisis de los datos se ha utilizado el paquete Excel 2010.

### Resultados:

Se observó un aumento del Kt en todos los casos entre un 9,3% y un 14,1%. En tres de los pacientes aumentó entre un 5-10% del flujo de sangre. En un paciente descendió el flujo un 2,422%. Ningún paciente sufrió trombosis completa del acceso ni reposición del catéter, así como tampoco padeció alteraciones analíticas en hemoglobina ni hematocrito.

### Resultados:

**1)** El uso de uroquinasa a dosis bajas es una práctica sencilla, segura y eficaz para la desobstrucción de catéteres venosos centrales malfunctionante por depósitos de fibrina. **2)** No hubo ningún efecto secundario relacionado con alteraciones analíticas en hemoglobina y/o hematocrito. **3)** Mejoró el flujo y el KT durante el periodo de estudio. Administrar una menor cantidad de uroquinasa, garantiza la seguridad del paciente, disminuyendo los posibles efectos secundarios y el coste económico, teniendo en cuenta que el precio de este medicamento es elevado.

# Análisis de la variación de los niveles de glucemia en la sesión de hemodiálisis según su acceso vascular

Marina Burgos-Villullas, Ana María Sacristán-Román

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

## Introducción:

Actualmente, la principal causa de la enfermedad renal crónica es la Diabetes Mellitus. En España, un 79% de los pacientes renales en estadios finales de su enfermedad optan por el tratamiento de hemodiálisis (HD). La hemodiálisis es un tratamiento renal sustitutivo que puede conllevar complicaciones, entre las que cabe destacar la hipoglucemia en pacientes diabéticos durante la sesión. Por otro lado, la inflamación que padecen los enfermos renales conlleva riesgos cardiovasculares, así mismo, el paciente portador de un Catéter Venoso Central (CVC) presenta mayores niveles de inflamación. La asociación de grandes variaciones en los niveles de glucosa y la elevada inflamación del paciente renal puede producir graves consecuencias. En nuestro centro más de la mitad de los pacientes, son diabéticos y hemos realizado el estudio de las variaciones de glucosa en sangre durante la sesión.

## Objetivos:

1. Observar las variaciones de las glucemias pre y post- sesión de hemodiálisis en diabéticos.
2. Analizar si la disminución de la glucemia es más pronunciada en pacientes portadores de CVC frente a portadores de Fístula ArterioVenosa (FAV).
3. Estudiar la relación entre la disminución de la glucemia durante la hemodiálisis y diferentes parámetros analíticos relacionados con la inflamación.

## Material y Método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, utilizando como muestra las glucemias de 15 pacientes diabéticos de un centro extrahospitalario de hemodiálisis durante 4 meses. Se

analizaron 777 sesiones, de las cuales el 62,93% eran de pacientes portadores de CVC y el 37,06% de FAV. Para llevar a cabo dicho análisis, se utilizó el paquete Excel 2010. En cada sesión, se analizó el porcentaje de variación de la glucemia antes y después del tratamiento, así como el promedio de variación de cada paciente. Las glucemias se obtuvieron al comenzar la sesión y justo antes de terminar, extrayendo sangre de la línea arterial del circuito sanguíneo y analizada con el equipo de glucemia de la marca "ACME". También, se tuvieron en cuenta parámetros analíticos relacionados con la inflamación destacando los valores de la Proteína C Reactiva (PCR).

## Resultados:

Al analizar los datos de los pacientes, el 66,6% sufrió descenso de la glucemia durante la hemodiálisis, de ellos el 70% portan CVC, frente al 30% con FAV. Dentro de los resultados obtenidos en los pacientes con FAV, el 50% sufrían un aumento entre un 3% y un 20% respecto a la cifra inicial. En la otra mitad se observó un descenso entre un 5% y un 29%. Por otro lado, el 77,7% de los pacientes con CVC sufren un descenso que abarca del 4 al 25% frente a un 22,2% que sufre aumento de los niveles de glucemia durante la sesión. Al contrario que en los pacientes con FAV, el 33,3% de los portadores de CVC presentan niveles de PCR elevados.

## Conclusiones:

1. Los niveles de glucosa en sangre disminuyen a lo largo de la sesión de HD en la mayoría de los pacientes portadores de CVC.
2. Se observa relación entre los pacientes con un alto descenso de la glucemia y altos niveles de PCR.

## Aportación de las nuevas tecnologías como ayuda a la predicción de hipotensión intradiálisis

María de la Trinidad Quesada-Armenteros, Beatriz Liébana-Pamos, Vanessa Rojas-Peinado, María Isabel Pérez-Villar, Natalia Sánchez-Fernández, Sonia Ruiz-Almería

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

### Introducción:

La práctica habitual de enfermería en nuestra unidad para prevenir las hipotensiones, se basa en no exceder la tasa de ultrafiltración máxima (TUmáx) ni la pérdida de volumen porcentual (VRS) estimada para cada paciente, junto con la monitorización de la presión arterial (PA) y la vigilancia estrecha.

Diariamente trabajamos con múltiples monitores y sus propios biosensores, pero actualmente contamos con un monitor que ofrece un novedoso sensor no invasivo Hemox® y la aplicación Soglia®, que podrían predecir la aparición de hipotensión. Hemox® mide el hematocrito, determinando la pérdida de volumen porcentual (VRS) y la saturación venosa de oxígeno (SvO2). Soglia® informa sobre la variabilidad de la SvO2, expresada como desviación estándar (DESvO2).

Para utilizar Soglia® y estimar VRS hay que realizar entre 3 y 6 sesiones para determinar la DESvO2 que precede a la hipotensión, fijándose ésta como un valor individualizado.

### Objetivo:

Determinar la utilidad de Hemox® y Soglia® en la detección y predicción de hipotensión para mejorar la tolerancia, adelantando y orientando las intervenciones de enfermería frente a nuestra práctica clínica habitual, en la cual respetamos la TUmáx y VRS.

### Material y Método:

Estudio prospectivo en 13 pacientes en HD crónica, 10 de ellos presentaban más de un 20% de sesiones con hipotensión en los 2 meses previos al estudio y 3 eran grupo control. 6 hombres, con edad media 65,4±19,6 años, diabéticos: 8, cardiopatía isquémica: 6. Catéteres tunelizados (CT): 8, hemodiafiltración on-line (HDFOL): 11.

Mantuvimos la misma pauta de hemodiálisis (HD) pasando a dializarse monitorizados con Soglia® durante un mes. Recogimos en cada sesión PA pre y post-HD, ultrafiltración (UF), DESvO2 máxima, VRS mínimo y la aparición de hipotensión clínica, definida como una bajada del 30% de la PA sistólica (PAS) con respecto a la inicial y sus características (sintomática /asintomática). Calculamos: tasa de ultrafiltración/Kg de peso/hora, diferencia entre peso post y peso inicial (incremento de peso), bajada de PAS (incremento de PASHipotensión) y su porcentaje (%PASHipotensión).

### Resultados:

Se recogieron 138 sesiones con una ultrafiltración 2,4±0,8 l, tasa de ultrafiltración (TU) 8,6±2,5m L/kg/hora, VRS mínimo -10±4,9%, SvO2 86±17,8%, DESvO2 0,52±0,6, Δpeso 0,3±0,5 kg.

Durante la hipotensión clínica hallamos: PAS 92±16 mm/Hg, incremento de PASHipotensión 49±16 mm/Hg, %PASHipotensión 34±9%, DESvO2 0,53±0,7 y VRS -8,7±4,8%. Encontramos que en las sesiones en las que hubo hipotensión, la UF era mayor (2,6±1 vs. 2,2±0,6 l, p<0,02), pero no la TU, que los pacientes se llevaban más peso (incremento de peso: 0,5±0,5 vs. 0,2±0,3 l, p<0,002) y que al final de la sesión VRS era más negativo (-11,4±5 vs. -9±4,8%, p<0,03). No encontramos diferencias en la DESvO2, sólo en una sesión observamos una espiga con DESvO2 de 4 que predijo hipotensión.

### Conclusiones:

En nuestro caso Hemox® y Soglia® no nos ha ayudado a predecir con antelación la aparición de hipotensiones. La hipotensión es un problema grave que impide alcanzar el peso seco y, por tanto, dificulta el correcto manejo de un elemento esencial: la volemia.

# Descripción epidemiológica de los pacientes en una unidad de diálisis hospitalaria durante la pandemia por COVID-19

**M<sup>a</sup> Ángeles Martínez-Terceño**

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España

## Introducción:

El SARS-CoV-2 fue detectado en la ciudad de Wuhan, China, a finales de 2019 y la infección producida por SARS-CoV-2 se denomina COVID-19.

En la actualidad se sabe que hay una serie de condicionantes que favorecen una peor evolución de los pacientes contagiados entre las que destacan la edad, la HTA, la DM, la obesidad, y las enfermedades cardiovasculares. Como los pacientes en diálisis, presentan con frecuencia alguno de estos factores y habitualmente varios en un mismo sujeto, era esperable que la infección por SARS-CoV-2 les afectara en una mayor proporción que al resto de la población.

## Objetivo:

Describir la situación epidemiológica de los pacientes de una unidad de hemodiálisis hospitalaria durante los tres primeros meses de la pandemia ocasionada por COVID-19.

## Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico, de todos los pacientes con enfermedad renal crónica (129) que recibieron hemodiálisis crónica en una unidad de hemodiálisis hospitalaria desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 24 de mayo de 2020. Variables recogidas: edad, sexo, altura, peso, IMC (índice de masa corporal), existencia de HTA y diabetes, consumo de vitamina D, IECA o ARA-II, aislamiento, mortalidad.

## Resultados:

Han recibido 3 sesiones semanales de hemodiálisis crónica 129 pacientes (86 hombres y 43 mujeres).

Han presentado infección por SARS-Cov-2 25 pacientes.

De estos 25 pacientes, 3 han fallecido por neumonía bilateral asociada al Covid19, todos hombres. Se han infectado un 19'4% de los pacientes y de ellos han fallecido el 12%, respecto al total del grupo supone casi un 2%.

En estos 25 pacientes no se observan diferencias entre los factores que podrían asumirse como protectores: toma de IECA o ARA-II, consumo de vitamina D.

La media de vitamina D de estos 25 pacientes a lo largo de los tres meses es de  $31'72 \text{ ng/mL} \pm 9'83$ , cuando  $30 \text{ ng/mL}$  es el límite considerado adecuado como protector desde el punto de vista inmunológico.

Se detectaron 25 pacientes que estuvieron en contacto con el SARS-Cov2, pero solo se aislaron a 19, ya que entre ellos alguno fue asintomático y se detectaron en analíticas de control cuando ya habían superado la enfermedad.

## Conclusiones:

A pesar de que los pacientes en hemodiálisis tienen varios factores que les hacen más proclives a padecer COVID-19, el número de afectados ha sido relativamente bajo (casi el 20% frente a otras series publicadas).

La mortalidad ha sido baja. Solo 3 (todos hombres) de 25 pacientes infectados.

No se pueden sacar conclusiones sobre el efecto protector de la vit D, debido a que el número de pacientes infectados ha sido bajo y al ser un estudio retrospectivo no se han extraído las muestras de vit D de forma sistemática.

Debido a que el protocolo inicial para detectar Sars-Cov-2 no se realizaba a todos los pacientes, sino solo a pacientes sintomáticos, hay una discrepancia entre el número de pacientes infectados y el número de pacientes que fueron aislados.

## Diálisis sin calcetines: detección de úlceras y amputaciones en hemodiálisis

**Cristina Ledesma-Torre, Rocío Zamora-González-Mariño, Antonio Santos-Wilhelmi, Gala Fernández, Laura Rodríguez-Osorio-Jiménez, Rosa Sánchez-Hernández**

Unidad FRIAT Hospital de Villalba. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Madrid. España

### Introducción:

Los pacientes en diálisis tienen un riesgo muy alto de isquemia en miembros inferiores y úlceras en pies (14,4%) que muy frecuentemente preceden a complicaciones severas, incluyendo amputaciones (5,9%), hospitalizaciones y mortalidad. Según una encuesta realizada por la SEN-SOMANE un 5% de los pacientes en HD presentan úlceras y otro 5% sufren amputaciones de Miembros Inferiores. La isquemia crítica en dicha localización supone un 20% de las causas de muerte anual en hemodiálisis, produce dolor de difícil control y reduce enormemente la calidad de vida.

### Objetivos:

El objetivo primario es reducir la incidencia de amputaciones en las unidades de hemodiálisis mediante la elaboración de un protocolo de rutina para la detección precoz de úlceras y problemas isquémicos en pacientes en hemodiálisis.

La hipótesis es que mediante una buena prevención basada en el simple examen de los pies durante las sesiones de diálisis junto con otros métodos diagnósticos complementarios y un tratamiento adecuado se puede reducir el número de amputados en HD.

El objetivo secundario es promover la educación del paciente y el autocuidado de los pies.

### Material y Método:

El protocolo "Diálisis sin Calcetines" se basa en el cuidado de los pies de los pacientes en diálisis basándonos en los siguientes pilares: anamnesis dirigida, exploración física, neurológica y vascular.

Participación multidisciplinar: Enfermería, auxiliares, nefrólogos, cirujanos vasculares, rehabilitadores, podólogos.

Controles mensuales de los pies durante las sesiones de diálisis. Dichos controles se realizarán más frecuentemente si hay úlceras visibles.

La exploración física se basará en una inspección general del pie, evaluación del zapato e inspección de calcetines.

Con la exploración Neurológica valoraremos la sensibilidad táctil (monofilamentos de Semmes-Weinstein) y vibratoria (diapasón).

La exploración Vascular consiste en la medición de pulsos pedios e índice tobillo-brazo.

Se realizará un registro de datos específico de las exploraciones realizadas.

Derivación precoz y seguimiento por Cirugía Vascular en caso de detección de úlceras o clínica isquémica.

Seguimiento anual por Podología de pacientes diabéticos en diálisis y derivación precoz cuando se detecten lesiones o deformidades de riesgo.

Rehabilitación precoz del paciente amputado.

### Conclusión:

La implementación del programa "Diálisis sin Calcetines" basado en un protocolo de detección precoz de úlceras e isquemia en miembros inferiores en pacientes en diálisis, puede asociarse con una reducción del número de amputaciones y de las complicaciones asociadas incluida la mortalidad.

## Efectividad de una intervención educativa sobre el estado nutricional de los pacientes en programa de hemodiálisis

Sonia Elvira-Carrascal, Judit Bou-Folgarolas, Laureà Pérez-Oller, Marta Colomer-Codinachs, Emma Puigoriol-Juventeny, Merçè Homs-del Valle

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

### Introducción:

Los pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis presentan una alta prevalencia de malnutrición aumentando la hospitalización y la mortalidad. Es por esta razón, que los cuidados de enfermería de estos pacientes tienen como objetivo, entre otros, prevenir desequilibrios nutricionales o ingestas diarias insuficientes para las necesidades corporales. Así, se contempla el estado nutricional como una de las intervenciones de enfermería, ya que la nutrición se considera un marcador pronóstico fundamental de la enfermedad y, la desnutrición afecta la calidad de vida de los pacientes, aumentando la morbimortalidad.

Hay diferentes métodos para evaluar el estado nutricional de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis. A parte de la bioimpedancia, también se utiliza la escala "Malnutrition Inflammation Score" (MIS).

### Objetivo:

En este contexto, nos planteamos como objetivo de estudio: evaluar el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis según la escala MIS, y evaluar la efectividad de una intervención educativa dietética de enfermería.

### Material y Método:

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo en el Servicio de Nefrología de el Servicio de Nefrología del Consorcio Hospitalario de Vic (Barcelona). Se introdujeron los pacientes sometidos a hemodiálisis entre enero del 2017 y diciembre del 2018. Se recogieron variables sociodemográficas y de estado nutricional.

Instrumentos de valoración:

Escala MIS: se trata de un test cuantitativo que valora globalmente la nutrición y la inflamación. Intervención dietética: se realiza un programa de intervención edu-

cativa nutricional después de dar información verbal y escrita sobre la dieta hiperproteica a los pacientes que presentan unos resultados de la escala MIS $\geq$ 6 mientras el paciente realiza tratamiento de hemodiálisis.

Se recogieron datos basales de abril de 2017 y de abril de 2018 y siempre con seguimientos a los 6 meses.

### Resultados:

Se han realizado un total de 74 valoraciones basales y a los 6 meses del test MIS en los 2 años. La media de edad fue de 71,55 $\pm$ 13,4 y el 36,5% fueron mujeres. En el momento basal, el 52,7% (n=39) de medidas presentaban un valor MIS $\geq$ 6, hecho que implicaba la necesidad de una intervención dietética.

Si analizamos el valor medio de los valores globales de la escala MIS sin tener en cuenta la intervención, no existen diferencias entre el momento basal y a los 6 meses. Los valores MIS del grupo en que se realizó la intervención dietética presentan diferencias entre el basal i el mes 6, ya que estos resultados disminuyeron, siendo 8,49 $\pm$ 3 y 7,36 $\pm$ 3,8 respectivamente (p=0,018). El grupo en que no se realizó la intervención también presenta diferencias entre el basal y el mes 6, siendo 2,94 $\pm$ 1,5 i 4,46 $\pm$ 2,3 respectivamente (p=0,001), pero en este grupo los valores aumentaron.

### Conclusión:

Los pacientes, después de realizar una intervención educativa nutricional, mejoran el estado nutricional. Estos resultados son muy positivos para los pacientes ya que mantener un buen estado nutricional mejora la calidad de vida, la tolerancia a las diálisis y el control de las complicaciones, esto comporta una menor morbilidad, que repercute en una disminución del coste sanitario. Por este motivo la dieta siempre ha de ser una herramienta terapéutica de primera elección.

## Estrategias de prevención y control de la infección por COVID-19 en una unidad de hemodiálisis

**Sara Hussein-Cobos, Rosa María Ratia-Hueso**

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

El Sistema Sanitario Español ha sufrido y soportado una pandemia sin precedentes debido a la infección por el SARS-Cov-2. La atenuación de las consecuencias de esta infección ha supuesto un reto a todos los niveles para los servicios sanitarios.

Los pacientes en tratamiento con terapia renal sustitutiva son considerados uno de los grupos de riesgo para contraer y desarrollar la enfermedad por COVID-19. La alta probabilidad de comorbilidades y pluripatologías representa un problema que les hace más vulnerables frente a la infección.

Este estudio descriptivo retrospectivo, se llevó a cabo entre 21 de marzo del 2020 y el 24 de mayo del 2020, en una unidad de hemodiálisis de un hospital de referencia ante la pandemia del COVID-19. En él se desarrollan los cambios que se llevaron a cabo en materia de prevención y control frente al contagio y propagación del mismo.

El objetivo de este estudio es proporcionar las recomendaciones para prevención y control frente al COVID-19 para hacer de la hemodiálisis una técnica segura y eficaz.

Entre las medidas implementadas destacan, la anticipación en la activación de protocolos, la prevención precoz de pacientes en riesgo, la identificación temprana de pacientes COVID-19, así como, modificaciones a nivel organizativo de profesionales y de la gestión de los espacios de trabajo.

Tras implementación estas medidas de prevención y control, se concluye que han tenido un impacto positivo ralentizando la propagación de la infección, protegiendo a los pacientes en programa de hemodiálisis y a los profesionales sanitarios que aseguraron la continuidad de los servicios sanitarios.

## Estudio de prevalencia de COVID-19 en pacientes en diálisis en nuestra provincia

David Blanco-Pérez, Virginia Pérez-Quintanilla, María Luz Hernando-Ayuso, David Llorente-Sáez, María del Pilar Valladares-Martín, María del Carmen Angona-Miguel

Complejo Asistencial de Burgos. Burgos. España

### Introducción:

Desde el mes de enero, una alerta internacional ocupa todos los medios informativos, redes sociales y noticias de la OMS: la emergencia de un nuevo coronavirus, denominado Covid-19, que se propaga rápidamente de persona a persona, produce un cuadro respiratorio febril, con síntomas generales, rinorrea, tos intensa y disnea, pueden existir vómitos y diarreas, y donde entre 10% a 25% aproximadamente de los casos, según reportes iniciales, sufren un Síndrome de dificultad respiratoria aguda o grave por neumonía severa que puede llevar a un fallo de órganos multisistémico con una letalidad elevada. Los casos más severos se dan en personas con edades avanzadas y pacientes con comorbilidades. La Junta Directiva de la SEN considera que las personas sometidas a tratamiento renal sustitutivo son pacientes de mayor riesgo de contagio por su situación de inmunosupresión, por la edad y la comorbilidad asociada, que son factores de riesgo que influyen en el riesgo de complicaciones.

### Objetivo:

Conocer la prevalencia de Covid-19 en los pacientes de diálisis de nuestra provincia.

### Material y Método:

Nuestra provincia tiene una extensión de 14.000 kilómetros cuadrados con una población de 355.420 habitantes. Nuestra población en diálisis es un total de 191 pacientes, con 12 pacientes en diálisis peritoneal, 4 en hemodiálisis domiciliaria y el resto en hemodiálisis convencional.

Al inicio de la pandemia activamos un plan de contingencia, se dieron recomendaciones a los pacientes y al personal incidiendo en el lavado de manos, uso de mas-

carilla y pantallas protectoras, toma de temperatura al entrar en la unidad y establecimos un circuito de entrada y otro de salida. Primeramente realizábamos la prueba de PCR a los pacientes sintomáticos, pero durante la semana del 19 al 26 de abril hicimos una búsqueda activa realizando la prueba de PCR a todos los pacientes.

Para el análisis de los datos utilizamos el software estadístico IBM SPSS 19 con un intervalo de confianza del 95%. Previamente se empleó para la recogida y tratamiento de los mismos Microsoft Office Excel 2010.

### Resultados:

La primera confirmación de COVID-19 en nuestros pacientes se realizó el día 7 de marzo y se iniciaron las sesiones de diálisis en una zona aislada el día 9 de marzo de 2020. Tuvimos un total de 20 pacientes con COVID-19 de 191 pacientes, es decir una prevalencia del 10,47%.

El 75% hombres y el 25% mujeres. El 30% de los pacientes estaban institucionalizados.

La edad media de los pacientes es de 72 años. El 30% de los pacientes fallecieron y el 70% se recuperaron. Se hicieron un total de 245 sesiones con una media de 12 sesiones por paciente.

### Conclusiones:

Todavía no hay muchos estudios sobre la prevalencia de pacientes en diálisis infectados para comparar, en nuestra provincia fue del 10,47%.

El inicio precoz de medidas de prevención nos ayudó a evitar la aparición de nuevos casos y seguimos manteniendo el protocolo para evitar nuevos rebrotes ya que seguimos en época de incertidumbre.

## Experiencia de un equipo de enfermería nefrológica durante la pandemia del COVID-19

Graciela Álvarez-García, M<sup>a</sup> Teresa Andrino-Llorente, Miguel Ángel Moral-Caballero, Ángel Nogueira-Pérez, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

### Introducción:

La pandemia por COVID-19 "es una de las mayores tragedias humanas y sanitarias que ha vivido la humanidad en los tiempos modernos". Para casi todos los profesionales de la salud, esto es completamente nuevo.

El motivo de este trabajo es reflejar y reflexionar sobre nuestra experiencia de enfermería en la atención a pacientes afectados por la enfermedad COVID-19 en el servicio de nefrología y hemodiálisis de un hospital público.

### Objetivos:

- Analizar resultados de la experiencia de enfermería en el Servicio de Nefrología en la atención a pacientes afectados por la enfermedad COVID-19 durante los meses de marzo y abril.
- Analizar lo que hemos aprendido de esta experiencia.

### Material y Método:

- Cuestionario auto administrado anónimo
- Estudio observacional, prospectivo con los datos obtenidos de una encuesta que hemos realizado entre el personal de Servicio de Nefrología de nuestro Hospital durante los meses de Marzo y Abril de la Pandemia COVID

### Resultados:

Muestra de 32 profesionales de enfermería 65% enfermeras/os y 35% TCAES. El 70% de los profesionales hemos estado trabajando en hospitalización y hemodiálisis con pacientes COVID positivo y el otro 30% en hemodiálisis con pacientes NO COVID.

Los resultados de recogidos en las encuestas deja de manifiesto, la ansiedad que la mayoría de nosotros sentíamos al llegar al hospital 73,9% de los dos grupos COVID y NO COVID y el 32,8% del grupo COVID sentía miedo.

Repercusión de uso de EPIS en los cuidados de enfermería, si se han visto afectados en el grupo COVID positivo 83% debido a la distancia personal

El personal del grupo COVID un 52% hemos percibido que la situación de los pacientes ingresados era muy triste debido a la soledad y el aislamiento, en el grupo no COVID 78% percibieron que sus pacientes eran más vulnerables

EL 100% del personal de enfermería coincidimos en que hemos hecho un buen equipo. Respecto a que haríamos diferente, hemos coincidido 78,2% en que lo más importante es la adecuada información, organización y la prevención.

La salud mental también se ha visto también afectada, al frente en la unidad COVID, pérdida de energía física o psíquica en los 2 grupos de enfermería (40,7%) seguida de cambios emocionales bruscos en el y bajo estado de ánimo también más predominante en el grupo COVID (22%).

Las respuestas cognitivas experimentadas durante la pandemia, los dos grupos hemos experimentado falta de concentración (39%) y bloqueo mental solo en el grupo COVID positivo (22%).

En cuantas respuestas en el comportamiento la pérdida de sueño ha sido lo más frecuente 72% en los dos grupos.

### Conclusiones:

De esta experiencia hemos aprendido que es imprescindible y necesaria la planificación, información y formación al personal de enfermería para sucesivos escenarios asistenciales futuros.

Es necesaria la dotación adecuada de las máximas medidas de protección y prevención a los profesionales en el futuro.

Es fundamental que se cuente con las enfermeras como agentes de salud que potencien la promoción, prevención de la salud y educación sanitaria

Destacar la importancia del trabajo en equipo del personal de enfermería todos estábamos unidos por una misma causa.

## Gestionar un equipo a través de una herramienta de coaching

**María Ruiz Carbonell, Natalia Almendros-Valera, Javier García-Pérez, Elisabet Marcos-Ballesteros, Silvia Chopite-Urtueta**

Hospital Germans Universitari Trias I Pujol. Barcelona. España

### Introducción:

En el año internacional de enfermería mirando hacia nuestro colectivo podemos decir que cuenta con escasos soportes donde el cuidador se sienta cuidado

La OMS reconoce el síndrome de Burnout como un trastorno a consecuencia de un estrés laboral crónico y que se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. Los profesionales de una Unidad de hemodiálisis podrían tener riesgo de desarrollar este síndrome, ya que se trabaja con pacientes "crónicos", frágiles y críticos.

### Objetivo:

Describir la experiencia de incorporar sesiones de coaching en los profesionales de una unidad de hemodiálisis.

### Material y Método:

Las sesiones de coaching se desarrollaron según los modelos SIKKHONA i BRIDGE, mediante 2 sesiones de 3 horas separadas por un intervalo de una semana, al terminar la jornada laboral.

El modelo BRITGET se basa en el concepto "Trata a los demás como creas que quieras ser tratados" Para ello necesitamos una herramienta que nos permita conocernos a nosotros y conocer al resto. Se centra en los cuatro estados relacionables, utilizando como metáfora los elementos: Tierra (Racional-Reflexivo), Fuego (Racional-Activo), Agua (Emocional-Activo), Aire(Emocional- Reflexivo).

El modelo SIKKHONA Se basa en una herramienta 102 imágenes y un manual de ejercicios prácticos que se utilizan en función del estadio del equipo (simulando

un carril con varias estaciones) las imágenes impulsan a una comunicación fluida intuitiva i creativa que ayuda en la expresión de ideas y conceptos difíciles de expresar, solamente con palabras.

El facilitador conduce al grupo a un nivel de confianza y este empieza a soltar posturas establecidas, el formador consigue un formato ameno y divertido donde el participante llega a conocer el estado relacional propio y el del resto del grupo. Una vez llegado a este punto cobra importancia el reconocimiento del grupo y el lugar que ocupa cada uno de sus miembros.

### Resultados:

Se hizo una encuesta previamente del inicio vía online y tabulada por el propio sistema BRITGET, la encuesta determino que tanto % predominaba en su forma de relación.

Participaron un total de 20 enfermeras (11 del turno de mañana y 9 del turno de tarde).

En la mañana el modelo predominante fue el Agua/Aire= Emocional Activo\Reflexivo.

En la tarde el modelo predominante fue el Agua /Tierra Emocional/Racional-Reflexivo.

### Conclusión:

El Equipo se sintió muy motivado y satisfecho con la dinámica de formación. Las sesiones de coaching fueron de máxima utilidad, aun sin haberlo programado, en la actual crisis "COVID-19", el equipo se ha sentido durante toda la crisis cohesionado.

Dentro del sistema sanitario se hace necesario un soporte especializado para cuidar al cuidador, el conocimiento del otro me da informes de mí.

# Hacia la hemodiálisis cardioprotectora. Estudio del ventrículo derecho de los pacientes en programa regular de hemodiálisis

Noelia Ania-González, Begoña del Villar-Torrens, Elena Osácar-Crespo, Ana Sabalza-Ortiz-Roldán, María Pilar Amezcua-Goñi

Clínica Universidad de Navarra. Navarra. España

## Introducción:

Uno de los retos de la enfermería renal consiste en la realización de una hemodiálisis cardioprotectora. Aunque la evidencia sobre las alteraciones del ventrículo izquierdo en los pacientes en hemodiálisis es abundante, actualmente existe poca información sobre la patología del ventrículo derecho (VD) en esta población.

## Objetivos:

- 1º. Analizar el remodelado del VD y su impacto funcional (mediante el análisis del acoplamiento entre el VD y la arteria pulmonar [AP]) en pacientes en hemodiálisis.
- 2º. Analizar las asociaciones entre las alteraciones del VD y diversos parámetros bioquímicos, antropométricos y hemodinámicos.

## Material y Método:

Estudio descriptivo con una muestra de conveniencia (n=41) de pacientes en programa regular de hemodiálisis. Tras la realización de un ecocardiograma (modo M 2D, Doppler y Speckle tracking) al finalizar la hemodiálisis del día intermedio de la semana los pacientes se clasificaron según presentasen o no remodelado del VD (definido como ligero si presentaban dilatación [diámetro basal  $\geq 40$  mm] o disfunción sistólica [excursión sistólica del plano anular tricúspide o ESPAT  $< 17$  mm] y como severo si presentaban las dos alteraciones). El acoplamiento VD-AP se estimó mediante el cociente entre la ESPAT y la presión sistólica estimada en la AP (PSAP). El análisis estadístico consistió en la utilización del test de Cuzick y Altman para estimar las tendencias de las variables continuas conforme aumentaba la severidad del remodelado del VD. La comparación entre

grupos se realizó mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis seguido del test de U de Mann-Whitney. La comparación entre variables categóricas se realizó mediante el test de  $\chi^2$ . Las correlaciones entre las variables continuas se evaluaron mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson.

## Resultados:

Se identificaron tres grupos de pacientes: sin remodelado (n=26), con remodelado ligero-moderado (n=11) y con remodelado severo (n=4). Comparados con los pacientes de los dos primeros grupos, los del tercer grupo presentaban valores inferiores de ESPAT ( $p < 0,001$ ), tendencia a valores superiores de PSAP ( $p = 0,054$ ) y valores inferiores del cociente ESPAT: PSAP ( $p = 0,012$ ). Los niveles de proteína C reactiva se correlacionaban directamente con los valores de PASP ( $r = 0,405$ ,  $p = 0,012$ ) e inversamente con los de ESPAT ( $r = -0,321$ ,  $p = 0,041$ ) y con los del cociente ESPAT: PSAP ( $r = -0,392$ ,  $p = 0,015$ ). No se hallaron asociaciones de estos parámetros ecocardiográficos con otros parámetros estudiados.

## Conclusión:

Un 38% de los pacientes en HD presentan remodelado del VD. La severidad del remodelado afecta desfavorablemente la función del VD y se asocia con la inflamación sistémica. Aunque pendientes de confirmación, nuestros hallazgos sugieren que para una efectiva cardioprotección de los pacientes en hemodiálisis es preciso conocer el estado anatómico-funcional del VD y adoptar medidas orientadas a minimizar el impacto sobre el mismo de la inflamación sistémica relacionada con la propia diálisis y con la enfermedad renal subyacente.

# Herramientas para la recogida de datos en diálisis ¿se adaptan a nuestro trabajo diario?

**Beatriz Liébana-Pamos, María Trinidad Quesada-Armenteros**

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

## Introducción:

Vivimos en la llamada "Era tecnológica" donde casi todo está informatizado. En el ámbito sanitario y en concreto en diálisis, trabajamos con multitud de dispositivos. Disponemos de programas informáticos específicos para el seguimiento y registro de las sesiones de Hemodiálisis (HD), que son herramientas de ayuda para los profesionales, pero posiblemente, no todas se adaptan a nuestras necesidades de trabajo.

En nuestro caso, el programa que utilizamos presenta algunas deficiencias que se podrían mejorar para optimizar nuestro trabajo como: errores de transmisión entre los monitores y dicho programa, lo que supone la transcripción de datos de forma manual, consumiendo tiempo, generando equivocaciones e interfiriendo en la atención prestada a los pacientes.

Esta realidad nos llevó a lanzar una encuesta on line a nivel nacional a otros profesionales que trabajan en unidades de HD para conocer su opinión acerca de las herramientas que utilizan diariamente en el registro de sus sesiones.

## Objetivo:

Conocer el nivel de informatización en las unidades de HD y la percepción que tienen los profesionales con respecto a la transcripción de datos y como esto repercute en la atención de los pacientes.

## Material y Método:

Enviamos un cuestionario anónimo de 14 ítems con múltiples respuestas a través de un enlace web, que consta de los siguientes ítems:

Categoría profesional. Comunidad autónoma (CCAA). Herramientas disponibles y dificultad en la recogida de datos. Problemas con el sistema informático. Centro de trabajo. Tipo de centro. Existencia de sistema informático exclusivo para diálisis. Repercusión en la atención al

paciente y su calidad de vida. Necesidad de un nuevo sistema informático para trabajar. Percepción de mejoría del trabajo con la existencia de un nuevo sistema informático.

Utilizamos escalas de valoración (1 mínimo/10 máximo) en los siguientes: Nivel de recomendación del sistema informático actual. Tiempo que dedican al sistema informático e inserción de datos. Necesidad de un nuevo sistema informático.

## Resultados:

152 participantes, 144 enfermeras, 4 facultativos, 4 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. 118 encuestados trabajan en hospitales públicos, 34 en centros concertados. Conseguimos respuestas de todas las CCAA obteniendo una mayor representación en Madrid 60, Andalucía y Cataluña 17 y Castilla y León 10.

37 encuestados no utilizan sistemas informáticos específico para HD: 30 realizan la recogida de datos en gráficas de papel (12 en Madrid, 5 Castilla y León, 4 Andalucía, 3 Extremadura y 1 en País Vasco), 7 emplean programas no específicos.

115 encuestados utilizan sistemas informáticos específico, no obstante, un 65,2 % tienen que transcribir datos. El 62% opina que disminuye la atención que se presta a los pacientes, aunque un 84% no cree que esto disminuya la calidad de vida de los pacientes.

## Conclusiones:

La transcripción de los datos de las sesiones es un problema por resolver, ya sea en las unidades que disponen de sistemas informáticos, como en aquellas que a día de hoy continúan trabajando con gráficas de papel. Este motivo genera una disminución en la atención a los pacientes, por lo que pensamos que un sistema informático adecuado mejoraría nuestro trabajo ofreciéndonos más tiempo para su cuidado.

# Impacto de la pandemia por la COVID-19 en una unidad de diálisis. Estudio descriptivo

Sandra Cereceda-García, Raquel Díaz-Sarabia-Ruiz, Mónica Martín-Vesga, María Cristina Barrios-Rebollo

Complejo Asistencial de Burgos. Burgos. España

## Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal, conforman una población de riesgo para la adquisición de infección y extensión de la enfermedad por SARM-Cov-2.

Las unidades de diálisis son puntos críticos en la transmisión de la enfermedad por necesidad de recibir tratamientos reiterativos que no se pueden demorar.

## Objetivo:

Describir cómo se planificó la realización de la diálisis en toda el área de nuestro Hospital.

## Material y Método:

Con fecha 4 de marzo teníamos elaborado un plan de contingencia con varios protocolos, medidas de prevención y detección de la enfermedad. Todo ello en referencia a los pacientes, el personal sanitario y a las salas de diálisis. Dicho plan, se inició el día 9 de marzo de 2020 y consistió:

**Aislamiento de paciente:** se realizaron tomas de agua con depuradoras portátiles en dos habitaciones de la planta de infecciosos. En total 4 tomas de agua. Se estableció acceso directo mediante un ascensor independiente.

**Personal sanitario:** se extremaron las medidas de lavado en la entrada de la unidad, mascarillas quirúrgicas, toma de temperatura y pantallas faciales protectoras para todo el personal.

**Salas de diálisis:** se cerraron los vestuarios y se establecieron circuitos independientes de entrada y salida. Se proveyó de mascarillas a todos los pacientes a la entrada, así como pantallas faciales protectoras. Se intentó que vinieran por sus propios medios.

Se incrementó el seguimiento telefónico de los pacientes domiciliarios en diálisis peritoneal.

## Resultados:

Se realizaron 245 sesiones de diálisis a pacientes SARS-Cov-2 positivos, con un tiempo de enfermería aproximado de 1.225 horas de atención de enfermería. Se realizaron además 102 sesiones de diálisis de agudos en Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de Aislamiento respiratorio, con un tiempo de enfermería aproximado de 510 horas de atención de enfermería.

De 191 pacientes en programa de hemodialisis, se infectaron 21 pacientes de los que 4 fallecieron (19%). De los 12 pacientes en programa de diálisis peritoneal, se infectó 1 paciente (8%). Las encuestas epidemiológicas efectuadas revelaron que la infección era comunitaria. Del total del personal sanitario (68 personas), sufrieron la COVID 19, 2 enfermeras y 1 técnico en cuidados auxiliares de enfermería (4,4%).

## Conclusiones:

El establecimiento de unas medidas preventivas, permitió manejar con cierto desahogo los pacientes infectados.

Las medidas establecidas evitaron un contagio cruzado entre pacientes y personal sanitario.

La buena coordinación entre los equipos sanitarios y de mantenimiento del hospital solucionaron las necesidades en cualquier medio.

# Importancia del papel de enfermería en el seguimiento de la fístula arteriovenosa durante el periodo pre diálisis

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

Hospital Infanta Elena. Madrid. España

## Introducción:

El buen funcionamiento del acceso vascular (AV) de un paciente en hemodiálisis (HD) es un aspecto fundamental para su supervivencia y calidad de vida. La vigilancia de dicho AV por parte de Enfermería desde el momento de su realización hasta que el paciente entre en programa de HD, se hace imprescindible para la detección precoz de estenosis con el fin de evitar la trombosis del acceso, lo cual ayuda a la disminución de gasto sanitario, preservación del árbol vascular y disminución de la morbimortalidad.

## Objetivos:

- 1º. Analizar el registro de la incidencia de complicaciones diagnosticadas una vez realizada la fístula arteriovenosa (FAV) hasta la primera punción.
- 2º. Comprobar la eficacia del seguimiento por Enfermería protocolizado desde la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en la detección precoz de complicaciones de las FAV.

## Material y Método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de reporte de casos tomando como periodo 21 meses en los cuales se realizó una FAV a 10 pacientes que optaron por tratamiento de HD en consulta de ERCA.

Se realiza exploración física y seguimiento sistemático basado en la guía GEMAV 2017 que incluye: inspección, palpación, auscultación y registro en un documento que se ha creado para tal fin.

Desde la creación de la FAV se les ha hecho revisión y exploración del AV tras la intervención quirúrgica (en unidad de reanimación), a los 7, 14, 30 y 60 días desde la intervención.

## Resultados:

La incidencia de complicaciones derivadas del AV fue de un 50%. Un 20% presentaron estenosis yuxtastomática. Un 10% desarrollaron ramas venosas colaterales, otro 10% fallo precoz y el 10% restante, linfedema. Mediante una buena colaboración multidisciplinar, se solicitó revisión por Nefrología y posteriormente se confirmó con Cirugía Vascular el diagnóstico, lo que nos permitió realizar las acciones oportunas de reparación del AV antes de la entrada del paciente en el programa de HD.

## Conclusiones:

Desde la creación de una FAV en un paciente renal la prevención y detección precoz de complicaciones son características fundamentales, así como la educación para la necesidad del autocuidado, que deben estar presentes en toda consulta de ERCA de Enfermería.

Tras analizar los resultados obtenidos se confirma la necesidad de realizar un protocolo de seguimiento del AV para consulta de ERCA, teniendo como finalidad la detección precoz de estenosis y otras complicaciones potenciales derivadas del acceso, que pueden causar la trombosis de la FAV.

La realización de un documento informatizado nos ha permitido obtener un registro de dicho seguimiento protocolizado, siendo éste de fácil acceso y consulta por el personal de Enfermería.

Las consultas de ERCA deben incorporar herramientas de ayuda protocolizadas y basadas en las guías de práctica clínica que nos permitan optimizar los cuidados.

## **Incidencia de infección por SARS-COV-2 en paciente hemodializado en un área sanitaria y su abordaje desde la enfermería**

**Sara Viganò-Mulinelli, Marta Moro-Velasco, María Rosario del Pino-Jurado, Javier Martín-Mendoza, Eulalia Teresa Lope-Andrea**

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

### **Introducción:**

Los pacientes de hemodiálisis (HD) son una población vulnerable y susceptible al contagio por COVID-19 debido al tratamiento dialítico en salas comunes y agravado porque, la mayoría de ellos, acude a sus sesiones en medios de transporte comunitarios; son subsidiarios de desarrollar formas más severas de la enfermedad por la elevada media de edad, su comorbilidad asociada y el efecto en la inmunidad propia de la uremia. El objetivo del estudio es conocer la incidencia de infección por COVID-19 en los pacientes en HD y describir los protocolos de actuación implementados durante la pandemia, destacando sus posibles mejoras.

### **Material y Método:**

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo a todos los pacientes en HD crónica de nuestra área de salud durante el periodo comprendido entre el 1 marzo y el 28 de mayo 2020. A fin de describir la incidencia se llevaron a cabo dos fases: en una primera se realizó PCR de SARS-Cov-2, analítica y radiografía de tórax a todos los pacientes con síntomas compatibles referidos espontáneamente o mediante un triaje protocolizado; en una segunda fase se realizó un screening de la infección a todos los pacientes que habían permanecido asintomáticos mediante PCR de SARS-Cov-2 y test serológicos (IgG con técnica de ELISA). En relación a la actuación de enfermería implementada se recopilamos todas las actuaciones indicadas por el servicio de Consejería de Sanidad, Normas Ministeriales y su adaptación a la Unidad. Los datos cuantitativos fueron obtenidos de la historia clínica y se analizaron mediante descripción de frecuencias absolutas y relativas. La información relacionada con los procedimientos fue recopilada y descrita mediante análisis de contenidos.

### **Resultados:**

La muestra obtenida fue de 194 pacientes, 60 en HD hospitalaria y 134 con HD extrahospitalaria. Presentaron infección por COVID-19 un total de 52 (26,8%), 44 de estos (84,6%) con afectación clínica y 8 (15,4%) asintomáticos. Del total de pacientes sintomáticos 44 (90,9%) requirieron ingreso hospitalario. De estos fueron alta por curación 32 (80%) siendo el resto por exitus (20%). 150 pacientes (77,3%) fueron asintomáticos, resultando positivos en screening un 5,3% (6 exclusivamente con IgG, 1 con PCR y 1 con ambas).

Desde el inicio de la pandemia se llevaron a cabo 4 modificaciones de los procedimientos entre los que están distribución de los espacios, triaje individualizado de sintomatología COVID pre-sesión, aplicación sistemática de medidas de prevención para pacientes y profesionales.

### **Conclusiones:**

El estudio nos ha permitido conocer el porcentaje de pacientes infectados por COVID-19 y los resultados de la actuación general frente a esta infección llevada a cabo por el servicio. La información obtenida permitirá además detectar puntos críticos en la atención ante crisis sanitarias como la vivida a fin de establecer las medidas de mejora suficientes para reducir los índices de contagio, seguridad del paciente y profesionales.

## Nivel de adaptación del paciente en hemodiálisis del modo auto concepto de Callista Roy 2019

**Aida Domínguez Sánchez, Marta Quintela-Martínez, María Pilar Cardona-Blasco, Marta del Vas-García, Núria Clemente-Juan, Adriana Patricia Mejía-Díaz**

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

### Introducción:

En las unidades de hemodiálisis, se observa la expresión de preocupación por parte de los pacientes, sobre su imagen corporal, autoestima, situación familiar, sentimental y/o laboral, por tal razón, estudiar los niveles de adaptación del modo auto concepto de Callista Roy, en el paciente en terapia de hemodiálisis, contribuye al desarrollo de intervenciones de enfermería que mejoren su salud y calidad de vida.

### Objetivos:

Identificar y describir el nivel de adaptación del modo auto concepto de Callista Roy de los individuos con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que realizan hemodiálisis(HD) y la relación con las variables socio demográficas y clínicas.

### Material y Método:

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Muestreo de conveniencia; 68 participantes con ERCA; con más de un año en tratamiento en las unidades de hemodiálisis, del 1 de junio al 31 julio de 2019. Instrumento: escala validada Viveros 03 del autoconcepto de personas con enfermedad crónica utilizando los niveles de adaptación de Roy: comprometido, compensatorio e integrado y datos socio demográficos y clínicos a través de una ficha informativa. Análisis de los datos: frecuencias, porcentajes, media, análisis de varianzas. Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), Vcrame para la fuerza de asociación; intervalo de confianza del 95% considerando que la diferencia era significativa cuando el error fuese menor o igual 5%.

### Resultados:

68 pacientes, edad media 66 años, sexo masculino 69,1%. En cuanto al nivel de adaptación del modo auto concepto

el 73,5% (n=50) nivel adaptativo integrado y el 26,5% (n=18) nivel compensatorio, ninguno obtuvo nivel comprometido.

Los niveles adaptativo compensatorio e integrado se contrasto con la  $\chi^2$  las variables socio demográficas y clínicas respecto con un margen de error 0,05> no existe asociación significativa. Por otra parte, a través de la  $\chi^2$  y la V Cramer se contrasto las unidades de diálisis con las variables socio demográficas con una dependencia fuerte y directamente proporcional: estado civil ( $p>0,001$ ); en la religión la relación fue débil e inversamente proporcional (-385  $p<0,002$ ) y las variables clínicas: técnica de tratamiento, tiempo en hemodiálisis ( $p<0,000$ ) y número de trasplantes recibidos ( $p<0,009$ ).

### Conclusión:

Se revela una evidente adaptación de los ERCA al tratamiento de HD a los niveles adaptación comprometido e integrado, mayormente en el nivel adaptativo integrado del modo auto concepto de Callista Roy, pero éstos no están relacionados con las variables socio demográficas y clínicas, por lo que el paciente con ERCA en HD activa mecanismos reguladores y cognitivos, con respuestas adaptativas al tratamiento crónico. Además existe una asociación en las distintas unidades de diálisis con respecto a la religión, estado civil, técnica, tiempo y trasplante recibido, es decir, estas variables influyen directamente en la adaptación al tratamiento, debido que integra a sus necesidades humanas e integrativa del modo auto concepto como es su imagen, su autoestima, moral, ético y espiritual; por lo tanto, esta muestra está en los niveles y respuesta adecuadas de adaptación, no siendo necesario la implementación de intervenciones de enfermería que propone la teórica.

## Prevalencia de neoplasias malignas en pacientes de hemodiálisis. Estudio descriptivo trasversal

**Elena Guerrero, Bárbara Alonso, José Guerrero**

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

### Introducción:

Como evidencia la literatura científica, el mero hecho de someterse a un tratamiento renal sustitutivo, ya sea hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal o trasplante renal, aumenta por sí solo el riesgo de sufrir neoplasias malignas. El estado de inmunosupresión en el que se encuentran los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis parece ser la principal causa que predispone a desarrollar estas anomalías. Cada vez existe más interés por parte de la comunidad científica en explicar y evidenciar la relación entre enfermedad renal crónica y cáncer, y en concreto la relación de este con la hemodiálisis, para así poder mejorar el tratamiento y la atención de nuestros pacientes.

### Objetivo:

Evaluar la prevalencia de neoplasias malignas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben tratamiento de hemodiálisis.

### Material y Método:

Se trata de un estudio descriptivo trasversal, denominado también estudio de prevalencia. Se han revisado las historias clínicas electrónicas de pacientes activos que reciben tratamiento de hemodiálisis durante el mes de enero de 2020. Los datos se han analizado mediante una consulta creada en la aplicación Query Builder, en la que se reconocían aquellos diagnósticos asignados por el médico responsable que indicaban explícitamente presencia de cáncer o neoplasia maligna. No se han considerado como neoplasias malignas los diagnósticos incompletos o mal formulados, las neoplasias en estudio o las neoplasias catalogadas como benignas.

### Resultados:

De los 423 pacientes analizados, un 22,22% presentaban o habían presentado en el pasado alguna neoplasia maligna. No se han encontrado diferencias significativas respecto al sexo de los pacientes, pero la edad sí parece ser un factor determinante y/o influyente, ya que los pacientes con más de 66 años presentaban un porcentaje superior (30,63%) de neoplasias que el resto de rangos analizados. Respecto al tipo de neoplasia, predominan las neoplasias renales y aquellas relacionadas con la piel. A nivel comparativo el porcentaje de neoplasias malignas que presenta la población general de la misma zona geográfica (1,58%) es notoriamente inferior al de aquellos pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis.

### Conclusiones:

El hecho de padecer insuficiencia renal crónica y recibir tratamiento de hemodiálisis parece ser un factor predisponente a la hora de presentar neoplasias malignas, ya que la prevalencia de neoplasias en esta población es notoriamente superior a la presentada por la población general. La edad avanzada de los pacientes también puede considerarse como un factor influyente y/o determinante para el desarrollo de las mismas. Las neoplasias más comunes entre los pacientes de hemodiálisis son aquellas relacionadas con el riñón y la piel. Debido a la elevada prevalencia de neoplasias presentada por los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, es necesario que la Enfermería Nefrológica disponga de los conocimientos precisos para poder proporcionar cuidados específicos que aseguren el bienestar de estos pacientes.

## Valoración del estado de malnutrición-inflamación y su relación con la presencia de infección por SARS-COV-2, en consulta de ERCA

Almudena Pérez-Torres, Ana Castillo-Plaza, M<sup>a</sup> Auxiliadora Bajo-Rubio, Gloria del Peso-Gilsanz, Filo Troccoli-González, Rafael Selgas-Gutiérrez

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

### Introducción:

La prevalencia de malnutrición en pacientes con ERCA oscila entre 18,5% y 30,1%. Su relación con la inflamación ha sido analizada en algunos estudios, pero ninguno ha evaluado su repercusión en la infección por SARS-CoV2.

### Objetivo:

Evaluar el estado de malnutrición-inflamación mediante la escala de Malnutrición-Inflamación (MIS) en una cohorte de pacientes con ERCA y establecer su relación con la infección por SARS-CoV-2.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo de 195 pacientes (55,9% hombres) a los que se realizó una valoración nutricional entre octubre 2019-febrero 2020. Se recogieron las siguientes variables: estado de malnutrición-inflamación medido por escala MIS, pérdida de peso involuntaria en los últimos 6 meses, grado de apetito referido (malo/regular/bueno), así como incidencia posterior de infección por SARS-CoV-2.

### Resultados:

La edad media de los pacientes fue de 71,9±15,9 años (rango 21-94) y su filtrado glomerular (CKD\_EPI) < 20 ml/min. El rango de puntuación de la escala MIS fue de 0-16, con una mediana de 3. El 13,3% de los pacientes presentó un MIS>5 y el 6,1% un MIS>7. El grado de malnutrición fue moderado en el 6,1%, grave en el 6,1% y extremo en el 1%. Un 20% de los pacientes habían perdido peso (media de pérdida de peso 1,0±0,32 kg) y un 29,2% refirió apetito regular o malo. Veinte pacientes (10,3%) fueron diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 durante la pandemia. Solamente la pérdida de peso mostró relación con la aparición de la infección (p=0,049).

### Conclusión:

La prevalencia de malnutrición e inflamación fue del 13,3%. La presencia de pérdida involuntaria de peso previa se mostró como un factor de riesgo para la aparición de infección por SARS-CoV-2, evidenciando la necesidad de detección y tratamiento precoz de estado de malnutrición para prevenir complicaciones posteriores.

## Valoración del nivel de humanización de las enfermeras del servicio de nefrología de un hospital de tercera categoría

**Mónica Brazalez-Tejerina, Cristina Franco-Valdivieso, Julia Hernando-García, María Nuria Martín-Chico, María Jesús Rollán-de la Sota**

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

### Introducción:

La Organización Mundial de la Salud, así como los diferentes Servicios Sanitarios de nuestras comunidades, abogan por la humanización de la asistencia sanitaria. Para ello, se están desarrollando diferentes estrategias y programas de intervención, que conllevan la modificación de sus instalaciones o la formación de los profesionales. Entre estos últimos, hay que destacar a las enfermeras, uno de los grupos más sensibilizados por su trato y cercanía con el paciente.

### Objetivo:

Cuantificar el grado de humanización de las enfermeras de nefrología de un hospital de tercera categoría mediante la escala HUMAS (Healthcare Professional Humanization Scale).

### Material y Método:

Estudio descriptivo transversal mediante la cumplimentación de una encuesta anónima, que incluye datos sociodemográficos (sexo, rango de edad, estudios complementarios, años de experiencia, situación laboral y la escala HUMAS que valora 5 esferas relacionadas con la humanización (disposición al optimismo, sociabilidad, comprensión emocional, autoeficacia y afectación).

La escala HUMAS valora con un sistema de puntuación, cada esfera y el total, distribuyéndolo en tres grados: alto (82-95), medio (74-81) y bajo (hasta 73).

La población de estudio es la plantilla de enfermeras del servicio de nefrología que en el momento del estudio se encontraran en activo.

### Resultados:

Obtuvimos 31 encuestas (96,9%), 4 hombres, el 45,16% con edad comprendida entre 20-34 años y otro 45,16%

con edad comprendida entre 35-49 años. El 19,35% era personal fijo. El 48,38% tenía una experiencia de 11-20 años. El 29% no tenía titulación extra.

En la escala HUMAS se consiguió una media de 73,4 puntos, considerada un grado de humanización bajo. Con una desviación típica de 4,44 y una varianza de 19,79. Del total de las encuestas, el 5,7% de enfermería muestra un grado de humanización alto y el 56% presenta un grado de humanización bajo.

Los resultados se analizaron según sexo, edad, situación y experiencia laboral y cada una de las cinco esferas del test.

Analizado por esferas:

- Disposición al optimismo: el 29% presentó bajo grado y el 71% un grado medio.
- Sociabilidad: el 12,9% presentaron un grado alto de sociabilidad y el 74,2% un bajo grado.
- Comprensión emocional: el 64,6% presentaron una baja comprensión emocional y el 19,4% un grado alto.
- Autoeficacia: el 45,2% presentaba un bajo nivel. El 48,4% un nivel medio y el 6,4% un nivel alto de autoeficacia.
- Afectación: un 67,8% del total se ve con un grado bajo de afectación por las circunstancias. El 29% se encontró en la media.

### Conclusiones:

Los resultados obtenidos establecen como bajo el nivel de humanización de las enfermeras. Sin diferencias significativas entre sexos, grupos de edad o situación laboral. Con relación a las 5 esferas que valora la escala HUMAS podemos señalar que el personal tiende a la negatividad y la comprensión emocional no va relacionada con la experiencia laboral. La autoeficacia sí parece estar relacionada con la experiencia laboral y tienen mayor afectación las enfermeras con mayor experiencia laboral.

Según nuestro estudio, consideramos necesario el continuar promoviendo la cultura de la humanización, así como la formación del personal sanitario.

## Análisis comparativo entre la calidad de vida del paciente trasplantado renal y el paciente en hemodiálisis

Mónica Romero-Reyes, Ana Moreno-Egea, Victoria Eugenia Gómez-López, Carolina Muñoz-Macías, Rodolfo Crespo-Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

### Introducción:

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) está disminuida en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en tratamiento con hemodiálisis (HD). Sin embargo, los pacientes con ERCA con un Trasplante Renal funcionante (TR) presentan mejor CVRS en cuanto a aspectos generales y síntomas específicos de la enfermedad; aunque los estudios que comparan la CVRS entre pacientes en HD y TR suelen tener un sesgo de selección importante, pues a menudo comparan poblaciones diferentes en cuanto a variables sociodemográficas y de comorbilidad. Por este motivo planteamos este estudio por emparejamiento.

### Objetivo:

El objetivo del presente estudio fue comparar la calidad de vida relacionada con la salud del paciente TR frente al paciente en HD.

### Material y Método:

Se realizó un estudio observacional comparativo por emparejamiento (1:2) en 240 pacientes, 80 en HD y 160 TR, como muestra representativa de la distribución de estos pacientes en el área de influencia de un Servicio de Nefrología de Hospital de tercer nivel. El muestreo fue no probabilístico intencionado por emparejamiento. El emparejamiento se realizó por: edad, sexo y comorbilidad (diabetes). Para el análisis de la CVRS se utilizó el cuestionario validado para enfermedades renales KDQOL-SF. Otras variables estudiadas fueron edad, sexo, tiempo en diálisis y en TR, y comorbilidad mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

### Resultados:

Los pacientes tenían una edad media de  $59,64 \pm 12,5$  años en HD y  $59,88 \pm 12,4$  años en TR. 25 mujeres en HD y 50 en TR. 12 diabéticos en HD y 24 en TR. El ICC fue de  $5,74 \pm 2,98$  puntos en los pacientes en HD frente a  $3,91 \pm 1,57$ , con TR ( $p < 0,001$ ).

Los pacientes con TR presentaron mejores puntuaciones, con diferencias significativas, en todas las dimensiones de las Escalas específicas para las enfermedades renales, excepto en Apoyo Social. También, puntuaron mejor con diferencias significativas, los pacientes TR en todas las dimensiones en el cuestionario SF-36. Los pacientes diabéticos trasplantados puntuaron peor en las dimensiones Carga de la enfermedad renal y Dolor; y los pacientes diabéticos en diálisis, en el Rol emocional. En el grupo TR, las mujeres puntuaron peor de forma significativa, en las dimensiones Listado de síntomas/problemas, Efectos de la enfermedad, Dolor y Vitalidad; y en HD, las mujeres puntuaron peor en la Función física. Los pacientes en HD con catéter tenían peores puntuaciones en varias dimensiones.

### Conclusiones:

Los pacientes con TR presentan mejor CVRS que los pacientes en HD, tanto en las Escalas específicas para la enfermedad renal como en las dimensiones del cuestionario genérico SF-36. Además, los pacientes con TR presentan menos comorbilidad que los pacientes en HD. El aumento de edad, y ser diabético se asoció a más comorbilidad y peor CVRS.

En los pacientes con TR, peor CVRS se asoció a más edad, sexo femenino, diabetes y comorbilidad. Sin embargo, a más tiempo trasplantados mejores puntuaciones en Efectos de la enfermedad renal y Función física. En los pacientes en HD, los pacientes que llevan más tiempo en HD y los que se dializan con un catéter presentaron peor CVRS.

## **Incidencia de infección del tracto urinario y su etiología durante el periodo inmediato tras un trasplante renal**

**Araceli Faraldo-Cabana, María del Carmen Jiménez-Romero, María Ibáñez-Rebe, María Dolores Rico-del Vas, Ana María Fernández-Cruz, Teresa Lope-Andrea**

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

La enfermedad renal crónica se ha convertido en un problema de salud en la sociedad actual, y el trasplante renal representa el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

El receptor de un trasplante renal es un paciente que presenta dos importantes factores de riesgo para sufrir infecciones, por un lado las potenciales complicaciones quirúrgicas y, por otro lado, el impacto de la inmunosupresión.

Los pacientes trasplantados que sufren una infección tienen un riesgo aumentado de pérdida del injerto, así como de la mortalidad.

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte retrospectiva de todos los pacientes que fueron sometidos a un trasplante de riñón, en un hospital terciario de Madrid, durante el periodo comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2019.

El objetivo principal del estudio fue describir la incidencia de infección del tracto urinario (ITU) durante el periodo postrasplante inmediato. El objetivo secundario fue conocer cuáles fueron los microorganismos más prevalentes en aquellos casos en los que se produjo ITU.

Durante el periodo de estudio se realizaron 221 trasplantes, 57,5% fueron hombres y 42,5% mujeres, con una edad media de 54,2 años. De ellos, presentaron urocultivo positivo en un 50% de los casos.

Fueron identificados 24 microorganismos en los urocultivos, siendo mayoritarias las infecciones bacterianas (65,1%), especialmente las ocasionadas por bacilos gramnegativos (46,1%). En concreto, el microorganismo más frecuentemente implicado fue la *Escherichia Coli*, que apareció en un 13,1% de las ITU.

Es de destacar que un 19,4% de los pacientes presentaron infección polimicrobiana en el urocultivo.

En la población estudiada, el 98,2% eran portadores de una sonda vesical, que permaneció insertada una mediana de 7 días (RI:6-7).

Las infecciones en el paciente con un trasplante renal pueden suponer un problema importante a corto y largo plazo. Lograr una inmunosupresión adecuada tiene un precio, ya que puede aumentar el riesgo de padecer una infección. Por eso, conocer la etiología de las ITU nos puede ayudar a prevenirlas, de esta forma podremos evitar la degeneración del injerto e influir positivamente en la supervivencia del paciente y en su calidad de vida, así como reducir los costes sanitarios.

## Necesidad de un rol de enfermería de práctica avanzada en el cuidado de las personas candidatas a trasplante renal

**Guillermo Pedreira-Robles, María José Pérez-Sáez, Ernestina Junyent-Iglesias, Anna Bach-Pascual, María Dolores Redondo-Pachón, Marta Crespo-Barrio**

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

El reconocimiento y desarrollo de la nefrología como especialidad y los avances farmacológicos y tecnológicos han permitido una atención de mayor calidad a las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Al mismo tiempo, asistimos a un envejecimiento de la población acompañado de un incremento paralelo de la prevalencia de ERC en individuos con más comorbilidades y con un requerimiento de adecuación de los cuidados más especializados en el tratamiento en nefrología en general y enfocado al Trasplante Renal (TR) de forma específica.

### Objetivos:

Describir el perfil actual de las personas con ERC candidatas a TR y sus necesidades específicas, para así valorar la necesidad de instaurar cambios en la asistencia proporcionada.

### Material y Método:

Se realizó una revisión de la literatura disponible para analizar el perfil actual de la persona candidata a TR y sus potenciales necesidades específicas.

### Resultados:

El número de TR en España se ha incrementado desde los 1.039 en 1989 hasta los 3.423 en 2019. En nuestro hospital, este incremento ha sido más acusado en los últimos años (hasta un 400% en los últimos 10 años). Esto es debido al cambio en los criterios de evaluación de las personas candidatas a TR donde la edad, obesidad o patologías asociadas ya no suponen una contraindicación per se para el TR. De esta manera, se ha descrito extensamente el cambio en el perfil de la persona candidata a TR y se han derivado unas necesidades de cuidados especiales relacionadas con la cronicidad, el envejecimiento, la pluripatología y la fragilidad.

### Conclusión:

Un rol de Enfermería de Práctica Avanzada en el cuidado de las personas candidatas a TR se hace indispensable en el contexto actual si se pretende garantizar la calidad en los procesos vividos por las personas con ERC y ofrecer respuestas efectivas a las necesidades de esta población. Este proyecto permitirá aumentar la eficiencia y aportará mejores resultados clínicos.

# Seguimiento y control a personas con trasplante renal y sospecha de infección por COVID-19

Anna Bach-Pascual, Guillermo Pedreira-Robles, Dolores Redondo-Pachón, M<sup>a</sup> José Pérez-Sáez, Marta Crespo-Barrio, Ernestina Junyent-Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción:

Las personas trasplantadas requieren seguir un tratamiento inmunosupresor para lograr la supervivencia del injerto. Esto los clasifica como población de riesgo para enfermedades causadas por virus y/o bacterias. La infección por SARS-CoV-2, conocida como la COVID19 e identificada como pandemia mundial en marzo de 2020, es causada por un virus de reciente identificación de la familia de los coronavirus. Desde su identificación, se han notificado más de 5 millones de casos en el mundo, produciendo casi 350.000 muertes y causando colapso en los sistemas sanitarios del mundo. Estos datos suponen una tasa de mortalidad media global de alrededor al 6-8% de la población infectada.

## Objetivo:

Describir el seguimiento realizado a personas trasplantadas con sospecha de infección por COVID-19 desde la consulta de enfermería de trasplante renal.

## Material y Método:

Estudio observacional descriptivo. Se incluyó a todas las personas con trasplante renal que consultaron por sintomatología compatible con la COVID-19. Se registraron datos sociodemográficos y clínicos en una base de datos de diseño específico para la valoración, control y seguimiento de los casos.

## Resultados:

Se incluyó a un total de 56 pacientes, 34 hombres y 22 mujeres, con una media de  $62,73 \pm 13,01$  años y una mediana de 39,5 [7,5;93] meses trasplantados. Se realizaron una media de  $2,48 \pm 2,69$  llamadas por paciente durante un periodo medio de  $3,46 \pm 4,41$  días. Se realizó seguimiento virtual con el 100% (n=56) y el 71,43% (n=40) requirió de ingreso hospitalario en algún momento. El 28,57% (n=16) de las personas valoradas se logró controlar en domicilio. Se realizó el test PCR al 85,71% (n=48) de la población estudiada, siendo positivo su resultado en el 48,21% (n=27). El 29,62% (n=8) de los casos positivos requirió de ventilación mecánica invasiva y el 33,33% (n=9) de los casos confirmados resultó en fallecimiento.

## Conclusiones:

La tasa de mortalidad en la población estudiada es 4,17 veces superior a la presentada en los datos de los registros en población general. Según este dato, se hace indispensable mantener el contacto estrecho con el objetivo principal de derivar el caso al sistema hospitalario a la menor sospecha de complicación. El seguimiento a distancia se ofrece como una oportunidad positiva para el control de las personas trasplantadas que requieran de un seguimiento estrecho por parte del equipo de enfermería.

## Contagio de COVID-19 del personal sanitario de una unidad de hemodiálisis

Patricia Arribas-Cobo, Esther Rodríguez-Suárez, María Martínez-González, Juan Jesús Montoro-López, Patricia Rodríguez-Presa, Raquel Cerrajero-Calero

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

### Introducción:

El 12 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró como pandemia el brote infeccioso causado por el nuevo coronavirus llamado SARS-CoV2 (COVID-19).

El primer caso en nuestro hospital se diagnosticó el día 4 de marzo, el 9 de marzo presentó sintomatología un profesional de la unidad y el 10 de marzo se diagnosticó al primer paciente en programa de hemodiálisis (HD). El personal sanitario ha estado muy expuesto al contagio.

El objetivo de este estudio es describir el diagnóstico y contagio por SARS-CoV-2 entre el personal sanitario de una Unidad de Hemodiálisis (UH).

### Material y Método:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo que se llevó a cabo entre marzo y mayo de 2020.

La muestra la representan todos los profesionales sanitarios que estuvieron en activo en la UH durante los meses de estudio.

Se recogieron las variables: categoría profesional, síntomas de COVID-19, fecha de aparición de síntomas, determinación de PCR y presencia de IGG.

Durante la pandemia, los profesionales que presentaban sintomatología acudían al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) y se determinaba si era preciso realización de PCR. Entre el 28 de abril y el 6 de mayo de 2020 se realizó en todos los profesionales el test rápido cualitativo para determinación de IGG e IGM con la prueba de BIOZEK.

Se presentan los resultados de las variables cualitativas como valores absolutos y porcentajes.

### Resultados:

El total de profesionales fueron 48; 9 (18,75%) médicos, 14 (29,16%) auxiliares y 25 (52,08%) enfermeras.

La distribución de casos por categorías y métodos de diagnóstico fue:

#### • Presencia de sintomatología:

- Médicos: 3 (33,33%)
- Auxiliares: 7 (50%)
- Enfermeras: 10 (40%)
- Total: 20 (41,66%)

#### • Diagnóstico por PCR (se realizaron 16 PCR):

- Médicos: 0 (0%)
- Auxiliares: 3 (21,42%)
- Enfermeras: 1 (4%)
- Total: 4 (8,33%)

#### • Diagnóstico por IGG:

- Médicos: 1 (11,1%)
- Auxiliares: 7 (50%)
- Enfermeras: 11 (44%)
- Total: 19 (39,58%)

Hay sintomatología en 19 de los casos diagnosticados por IGG. La aparición de sintomatología en 17 (89,47%) de los casos fue entre el 9 y el 20 de marzo, los otros 2 (10,52%) casos empezaron con síntomas el 25 de marzo y el 30 de abril.

### Discusión y Conclusiones:

Existe una elevada incidencia de contagio entre los profesionales sanitarios de nuestra unidad (39,58%), siendo mayor en el personal de enfermería que médico.

Casi el 90% de la sintomatología aparece en los 10 primeros días del primer diagnóstico, lo que podría tener que ver con el desconocimiento que había de la enfermedad y escaso uso de la mascarilla en las primeras fases de la pandemia.

Algunos profesionales presentaron algún tipo de sintomatología correspondiente con clínica COVID-19, pero se detectaron pocos casos con PCR positiva. En algunos casos por falsos negativos de PCR y en otros porque se realizaron pocas determinaciones por el SPRL al no considerar que presentaban sintomatología suficiente. De 10 enfermeras que presentaban sintomatología e IGG positiva solo se realizaron 3 determinaciones de PCR.

Hubo 3 profesionales que, a pesar de presentar sintomatología, no fueron diagnosticados ni por PCR ni por IGG, por lo que se podría pensar que podría corresponder a falsos negativos o sintomatología de otro proceso infeccioso.

## Nivel de conocimientos de la enfermedad renal en niños de diez y once años

Moisés Reula-Ratia, Alicia Moreno-Madueño

Avericum S.L. Chiclana de la Frontera. Cádiz. España

### Introducción-Justificación:

El caso de la enfermedad renal crónica (ERC), una de las patologías que tienen mayor impacto en la expectativa de supervivencia y el bienestar de las personas afectadas y que representa una importante carga para el sistema sanitario, pero que sin embargo es una gran desconocida para nuestra sociedad, que no sabe que afecta ya a siete millones de españoles.

Uno de los principales objetivos es, por tanto, sensibilizar a la sociedad desarrollar estrategias y actuaciones de prevención que impliquen una formación en estilos de vida saludable desde la infancia, por lo que es importante incluir acciones como campañas de educación sobre salud renal dirigidas a escolares.

Muchas de estas conductas se adquieren en la infancia o en la adolescencia, implantándose de tal forma que tratar de cambiarlas posteriormente resulta difícil.

Esta promoción de hábitos de vida saludables para prevenir enfermedades es una labor primordial de los profesionales de la salud.

### Objetivos:

- Determinar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad renal y su prevención en niños de 10 – 11 años.
- Valorar los conocimientos adquiridos tras actividad educativa de enfermería.
- Evaluar los conocimientos adquiridos tras visita y divulgación en centro de hemodiálisis.

### Material y Método:

Se realizó un estudio de intervención antes-después, donde se invitó a participar a 46 alumnos de 10-11 años. La actividad consistía en un taller de 60-90 minutos de duración, vídeo y explicación de la IRC y su tratamiento in-situ en la unidad de hemodiálisis. El instrumento de medida fue un cuestionario elaborado, adaptado y comprensible a su edad.

### Resultados:

En el estudio recibimos la visita de un total de 46 alumnos, obteniendo 276 respuestas en la encuesta pre-test y post -test. Se observó un incremento significativo de las respuestas correctas pasando del 57,6% al 93,5%, y reduciendo el número de errores pasando del 46,3% al tan solo el 6,5%.

En relación con el ítem 3 sobre "hábitos y aptitudes saludables" objeto principal del estudio se observó después de la intervención una mejora significativa pasando del 65% al 98% de los alumnos conocedores de estos hábitos.

### Discusión:

Se constata el aprendizaje de los conocimientos de la a IRC y su tratamiento especialmente las relacionadas con las recomendaciones preventivas.

Podemos confirmar la efectividad de la intervención educativa.

Las actividades preventivas en forma de talleres participativos son un buen instrumento para aumentar los conocimientos y mejorar las actitudes respecto a la IRC.

Entre los resultados más evidentes del presente trabajo destaca la gran curiosidad a estas edades por conocer la enfermedad y su tratamiento.

Se pretende hacer extensivo la actividad formativa preventiva a un grupo de TCEA en próximas visitas a la unidad.

### Conclusiones:

Los resultados permiten concluir que la intervención formativa en ámbitos fuera del aula y la participación de profesionales en la materia generan un ambiente más distendido y mejoran la motivación y la participación de los alumnos.

## Aumento en la elección de terapias renales sustitutivas domiciliarias

Mar Blázquez-Rodríguez, Anna Luque-Hernández, Alex Andújar-Asensio

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

### Introducción:

La enfermedad renal crónica constituye un problema de salud pública por su elevada incidencia y prevalencia, importante morbimortalidad y coste asistencial. Un aspecto fundamental para el paciente es la elección de modalidad de terapia sustitutiva renal.

La finalidad de cualquier técnica de sustitución renal es obtener la menor morbi-mortalidad con la mejor calidad de vida posible para el paciente.

El hecho de dializarse en el domicilio hace que se eviten traslados a los centros de hemodiálisis con el consiguiente ahorro en recursos, así como el ahorro en tiempos de espera previos y posteriores a la realización del tratamiento. El paciente puede gestionar su tiempo, adecuando la terapia a su propia vida e incrementando su autonomía.

### Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con ERC (enfermedad renal crónica) en estadio 5, durante los meses de enero del año 2017 a diciembre 2019.

Como criterios de inclusión eran pacientes con ERC en estadio 5 y que no se habían decantado previamente por el trasplante renal de vivo. Se informó sobre las diferentes TRS (terapias renales sustitutivas) dando a conocer las ventajas/desventajas de las TRS hospitalaria (hemodiálisis) frente a las TRS domiciliarias (la hemodiálisis domiciliaria: HDD, como algo innovador en nuestro centro y la diálisis peritoneal: DP). Se reforzó información de terapia domiciliaria por ser ésta más desconocida.

Una vez recibida la información, se aclararon sus dudas y si era necesario se le citaba para una nueva visita. Mediante consulta telefónica a distancia se les preguntó qué TRS decidían y se iniciaba el circuito de preparación según la elección.

### Resultados:

Durante este período estudiamos a 369 pacientes, con una edad media de 71 años. Con un 70,6% de hombres.

De los cuales 198 pacientes (53,66%) se declinan por la terapia hospitalaria y 171 (46,34%) optaron por terapia domiciliaria.

Siendo la evolución por años, en la elección de terapia domiciliaria: 45,45% (año 2017), 46,55% (año 2018) y 47,02% (año 2019).

Las cifras muestran que la elección de TRS es muy similar en DP y HD. A pesar que sigue estando por delante la HD, se ha incrementado notablemente la elección de DP y HDD respecto a años anteriores, lo que ha fortalecido nuestro programa de DP.

### Conclusiones:

No cabe duda de que la popularidad de la diálisis domiciliaria está aumentando en los últimos años (tanto la hemodiálisis como la peritoneal). Se trata de una técnica eficaz, que aporta una serie de ventajas para los pacientes y para el sistema sanitario.

Aún persisten importantes barreras en el desarrollo de esta técnica, pero un abordaje multidisciplinar (educación de pacientes, formación de profesionales, mejoras técnicas como la monitorización de la diálisis y el desarrollo de equipos de diálisis de más fácil manejo, etc.) puede hacer que esta perspectiva vaya cambiando en los próximos años.

Creemos que es necesario promover las terapias domiciliarias (diálisis peritoneal y HD domiciliaria) como primera opción, siempre que sea posible.

## Catéteres de diálisis peritoneal. Veinte años de experiencia

Juan Ramón Guerra-Ordóñez, Aranzazu Sastre-López, Ana Cristina Alonso-Rojo, Blanca Linares-Fano, Ana Isabel Aguilera-Flórez, Mario Alfredo Prieto-Velasco

Complejo Asistencial de León. León. España

### Introducción:

El catéter de diálisis peritoneal es fundamental para el éxito de la técnica. Nos planteamos conocer los resultados de los catéteres implantados en nuestra unidad en los últimos 20 años.

### Material y método:

Realizamos un estudio retrospectivo desde 1/1/1999 al 31/12/2019 de todos los catéteres colocados en nuestra Unidad, recogimos la causa de retirada del catéter y el tiempo que el catéter estuvo funcionando.

### Resultados:

Del 1 enero de 1999 al 31 dic 2019, se han implantado por el Servicio de C General con técnica quirúrgica abierta un total de 362 catéteres, 39 segundos y 2 terceros catéteres. Debido a las siguientes causas: 11 reinicio de diálisis postrasplante renal fallido, 12 por atrapamiento del previo, 2 por rotura de catéter y 16 por causa infecciosa, 321 incidentes. 7 catéteres nunca se usaron, 31 están actualmente en diálisis o en pre-diálisis.

54 pacientes habían tenido intervención abdominal previa.

Las causas de retirada de catéter fueron:

- 135 por trasplante renal (37,3%),
- 69 por éxitus (19%),
- 6 cese de tratamiento,
- 2 por decisión del paciente,
- 9 por pérdida de autonomía o problema social,
- 2 peritonitis esclerosantes,
- 53 por infecciones (14,6%): 50 por peritonitis, 3 por infección del cuff,

21 catéteres atrapados, 5 desplazados no funcionantes (7,2%), de ellos 5 liberados laparoscópicamente con 2 reatrapamientos, resto retirados, 3 recuperaron función renal, 10 (2,7%) retirados por problemas intestinales (obstrucción, isquemia), 9 por problemas mecánicos (2,5%) (fuga, hernia, hidrotórax).

El tiempo promedio entre la colocación y la retirada del catéter 792 días con un rango (22-3.174 días).

### Conclusión:

En 20 años en nuestra unidad de diálisis se han colocado un número importante de catéteres, la principal causa de retirada es el trasplante, el porcentaje de catéter disfuncionante muy aceptable y un promedio de uso de 2 años.

## Hipertensión arterial y sobrehidratación relacionado con bioimpedancia en diálisis peritoneal

Sandra Peña-Blázquez, Sara Arranz-Arroyo, Sandra Rubio-López, Eva Campín-Antón, Noriko Issey Laos-Chung, Piedad Arias-Barroso

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

### Introducción:

La hipertensión arterial (HTA) representa el primer factor de riesgo cardiovascular, siendo una presión arterial (PA) media más baja al comienzo un predictor, de mejor supervivencia, independiente de la técnica de diálisis.

El análisis de la composición corporal en pacientes con enfermedad renal crónica ha ido ganando interés en los últimos años como consecuencia del gran impacto que tiene como factor de morbimortalidad. La bioimpedancia eléctrica (BIE) ocupa un lugar destacado por su sencillez, coste, inmediatez, capacidad de repetición e inocuidad. Los instrumentos para su análisis han ido mejorando significativamente.

Para un mejor control de las comorbilidades propias en diálisis peritoneal (DP) como son la sobrehidratación (OH) e HTA, la utilización de la BIE nos permite analizar, complementando a la evaluación clínica, la composición corporal y el estado de hidratación de forma precisa y objetiva.

### Material y método:

Estudio observacional de corte. Inclusión 47 pacientes DP del 2019. Se registraron datos al iniciar DP, a los 3 meses y al año. Mediante BIE se determinó el estado de hidratación, sobrecarga hídrica en litros e índice de masa corporal (IMC). Se registró la PA revisando el tratamiento hipotensor.

### Resultados:

De los pacientes estudiados, el 62% eran hombres y el 38% mujeres. El 85% con antecedentes de HTA. La media de PA al inicio fue de 148/85 mmHg, a los 3 meses 128/79 mmHg y al año 124/80 mmHg. El IMC medio 26 Kg/m<sup>2</sup>.

De los pacientes con HTA, se pudo registrar un 85% del total de datos. De éstos, un 56% presentaban una presión arterial sistólica (PAS) >135 mmHg. A los 3 meses del inicio de la DP, el 89% registraron PAS <135 mmHg. Al año se completaron los datos del 79%, el 20% con PAS >135 mmHg.

De los pacientes con HTA, el 73,7% presentaban una OH >1,5 l. A los 3 meses, el 100% disminuyó las cifras de PA, el 93% pacientes con una OH <1,5 l. Al año se observó que el 13% de pacientes mostraron una OH >1,5 l.

Se revisaron los datos de los pacientes que al año presentaban HTA, y en la mayoría se observó que cuando PAS <135 mmHg la OH era <1,5 l y cuando los valores de PAS >135 mmHg la OH >1,5 l.

Existieron cambios en el tratamiento hipotensor. A los 3 meses, al 10% se le cambió de familia hipotensora, al 42% se le aumentó tratamiento, al 42% se le mantuvo la misma pauta y al 5% se le disminuyó tratamiento. Al año, al 6% se le cambió de familia hipotensora, al 27% se le aumentó tratamiento, al 60% se le mantuvo misma pauta y al 6% se le disminuyó el tratamiento.

### Conclusiones:

La OH se ha relacionado con mayores cifras de PA.

La BIE nos permitió estimar con mayor precisión el estado de hidratación y distinguir pacientes con HTA volumen dependiente.

Respecto al tratamiento hipotensor destacar su incremento a los 3 meses del inicio de DP y misma pauta al año.

## Importancia del trabajo multidisciplinar en consulta ERCA. Análisis de un centro

Begoña Thomas-Erviti, Maitane Undiano-López, Teresa Blanco-Nagore

Complejo Hospitalario de Navarra. Navarra. España

La consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, ERCA, desde hace unos años representa la piedra angular donde se basa la atención integrada y educación al paciente con enfermedad renal avanzada.

Dada la efectividad demostrada del trabajo multidisciplinar, la consulta ERCA facilita el proceso de información y educación al paciente con el objetivo de alcanzar el máximo grado de independencia del paciente en su vida diaria y en la toma de decisiones.

El trabajo multidisciplinar en la consulta ERCA favorece la adaptación del paciente y su núcleo familiar, que también se ve afectado, a las nuevas situaciones. Además de favorecer la elección del tratamiento renal sustitutivo que más se adapte a sus circunstancias personales.

Como objetivos de este trabajo se plantean:

- Analizar la incidencia de pacientes en diálisis durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 1 de enero de 2020.
- Identificar el número de pacientes atendidos en consulta ERCA antes de iniciar cualquier modalidad de tratamiento renal sustitutivo
- Identificar el número de pacientes asociados a cada modalidad elegida.

Se realizó un estudio descriptivo, unicéntrico y de carácter retrospectivo en un servicio de nefrología. Inicialmente se creó un grupo de trabajo compuesto por tres enfermeras, que diseñaron los grupos de pacientes en diálisis según modalidad (hemodiálisis hospitalaria, hemodiálisis domiciliaria y diálisis peritoneal), y procedencia (consulta externa, consulta ERCA, hospitalización y trasplante). Posteriormente el grupo de trabajo se encargó de revisar y analizar la incidencia de pacientes en diálisis en un periodo de 5 años comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 1 de enero del 2020.

La muestra analizada fue de 580 pacientes, representando las mujeres el 31,5% y los hombres el 68,5 % del total, con una edad media global de 64 años. Destacar que más del 70% de los pacientes incidentes en diálisis fueron atendidos previamente en consulta ERCA, por lo que se beneficiaron de una adecuada educación e información antes de iniciar el tratamiento renal sustitutivo. Lo que benefició en su elección de modalidad de tratamiento, siendo el 48% hospitalario y el 52% domiciliario. Por lo que se evidencia que es fundamental una temprana derivación a consulta ERCA y un trabajo multidisciplinar en equipo para garantizar una atención integral, continuada y de la máxima calidad posible. Además, el análisis de los datos recogidos facilitó la detección de áreas de mejora sobre las cuales trabajar en un futuro.

## Análisis DAFO sobre la metodología de trabajo instaurada para aplicar cuidados en una unidad de hemodiálisis durante la pandemia de COVID-19

Patricia Arribas-Cobo, Elena Herrera-Martín, Marian Bernabé-Villena, María Trinidad Quesada-Armenteros, Beatriz Liébana-Pamós, Vanessa Rojas-Peinado

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

El DAFO es una herramienta que permite analizar la realidad de un proceso para poder tomar decisiones de futuro y puede ser un buen comienzo para establecer las estrategias de viabilidad o que nos permita establecer áreas de mejora.

Se divide en dos partes:

1. Análisis interno: (Fortalezas y Debilidades).
2. Análisis externo: (Amenazas y Oportunidades).

Una vez realizado el análisis, es necesario definir una estrategia para que lleve a potenciar fortalezas, superar debilidades, controlar amenazas y beneficiarse de las oportunidades.

Durante la pandemia de COVID-19 se establece en la unidad de Hemodiálisis (HD) una sistemática de trabajo diferente a la habitual para la aplicación de cuidados a los pacientes de hemodiálisis para intentar minimizar el contagio entre pacientes y profesionales. Dicha sistemática se pone en marcha de forma precipitada y sin un protocolo previo debido a la situación emergente.

Una vez pasada la situación de pandemia nos planteamos realizar un análisis DAFO que nos ayude a establecer áreas de mejora en la sistemática de trabajo habitual, así como en la sistemática de trabajo en el caso de tener que afrontar una nueva situación de pandemia viral de características similares a la del COVID-19.

La sistemática establecida fue la siguiente:

- Se inició un triaje previo a la entrada de los pacientes en la Unidad para detectar signos o síntomas que hicieran sospechar de infección.
- Se estableció una zona diferenciada de la unidad para realizar el tratamiento de HD a aquellos pacientes confirmados/sospechosos/probables.
- Se distinguía entre personal de atención directa al paciente y personal "espejo", siendo este último el encargado de facilitar material, manejo de historia clínica, preparación de medicación, etc.
- Las medidas de protección para el personal en esta zona, aunque fueron cambiando en función de la disponibilidad que ofrecía el hospital.

- En esta zona la proporción de personal era distinta al resto de la unidad, para facilitar la atención y disminuir el riesgo de contaminación, pasando a ser de 1 enfermera de atención directa cada 3-4 pacientes, 1 enfermera "espejo" cada 6-8 pacientes y 1 auxiliar cada 5-7 pacientes.
- En el triaje y atención directa a pacientes negativos se ha ampliado el uso de EPIs de cómo se realizaba habitualmente.

Se envía a los profesionales de enfermería de la unidad se determinan:

- 11 debilidades, relacionadas con miedos, falta de comunicación, dificultad de trabajo con EPI.
- 15 amenazas, relacionadas con transporte sanitario, desprotección de Salud Laboral, cambios en los protocolos de preventiva y EPI.
- 11 fortalezas, relacionadas con compañerismo y organización de los profesionales.
- 8 oportunidades, relacionadas con la nueva sistemática de trabajo establecida.

Se determinan algunas áreas de mejora:

- Circuito de comunicación entre mandos intermedios y profesionales para aumentar la seguridad y mitigar miedos.
- Mejora del circuito de información de médicos al personal de enfermería; detección de casos, actualización de pautas, etc.
- Comunicación con ALCER para colaborar en la mejora del transporte sanitario en situaciones similares.
- Establecer la sistemática de actuación de profesionales y los responsables de la toma de decisiones ante la aparición de nuevos casos.
- Organización con el servicio de psicología clínica que facilite el acceso a los profesionales y pacientes.

# Comparación internacional de las recomendaciones para el manejo del COVID-19 en unidades de hemodiálisis: revisión bibliográfica

Francisco Javier Rubio-Castañeda, Víctor Cantín-Lahoz, Emilia Ferrer-López, Manuel Fernández-Núñez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

## Introducción:

El SARS-CoV-2, es un coronavirus de transmisión respiratoria, su sintomatología se engloba en la denominada COVID-19 siendo el cuadro más característico fiebre, tos y dificultad respiratoria. La población más vulnerable a la enfermedad COVID-19 son los ancianos y los pacientes pluripatológicos especialmente a aquellos con diabetes mellitus, hipertensión y enfermedad cardiovascular.

Los pacientes en hemodiálisis (HD) son grupo de riesgo ante esta enfermedad, por ello, se han desarrollado guías con recomendaciones para mitigar y evitar la infección por SARS-CoV-2 en las unidades de HD.

Asimismo, el Centro de prevención y control de Enfermedades (CDC) desarrolló un Check-List para certificar que las unidades de HD disponen de personal e instalaciones que permitan prevenir la propagación del SARS-CoV-2, garantizando así la seguridad del paciente y de los profesionales sanitarios (PS).

## Material y Método:

Revisión bibliográfica no sistemática, abril-junio 2020. Se realizó una búsqueda de guías desarrolladas por Sociedades Científicas o Instituciones Sanitarias en el campo de la nefrología. Se empleó la lista de las actividades de prevención y control de la infección por COVID-19 en las unidades de HD del CDC y se organizó siguiendo los 3 objetivos propuestos por Rombola (proteger al paciente, proteger al PS, y garantizar la seguridad y funcionamiento de la unidad de HD).

Se añadió un cuarto objetivo (reinserción segura en área no COVID-19 de pacientes y PS COVID-19 positivos). En el apartado educación del paciente de la lista aportada por el CDC se incluyeron otras actividades que no aparecían originalmente en la lista del CDC.

Además, se realizó una búsqueda bibliográfica con las palabras clave, sin encontrar nuevas guías.

## Objetivos:

Comparar las guías encontradas sobre las recomendaciones para prevenir, mitigar y contener al SARS-CoV-2 en las unidades de HD.

Adaptar el Check-list del CDC a nuestra unidad de HD empleando las recomendaciones de las guías consultadas y estructurándolo en los 4 objetivos marcados en este estudio.

## Resultados:

Las guías comparadas coincidieron en: educación en medidas básicas de higiene, formación al PS, creación de áreas de triaje y desarrollo de áreas de HD COVID-19. En la composición del EPI existió unanimidad en elementos mínimos de seguridad (mascarilla FFP2, gafas o pantalla, bata impermeable y guantes). Nuestra unidad de hemodiálisis instauró todas las recomendaciones de las guías, y adoptó medidas adicionales a las recomendadas. La principal discrepancia fue la realización de test PCR a toda la unidad de HD, a consecuencia del contagio de 9 trabajadores sanitarios. El Check-list incluyó actuaciones de detección precoz del SARS-CoV-2, prevención y protección de pacientes y PS, y las medidas a desarrollar por la institución sanitaria.

## Conclusiones:

La educación sanitaria a pacientes y PS, y la creación de áreas de triaje y áreas COVID-19 son las medidas básicas a adoptar en unidades HD ante el COVID-19. El check-list es una herramienta que garantizará la seguridad de pacientes y PS. Es imprescindible desarrollar planes de contingencia ante rebrotes del COVID-19 en unidades de HD.

## Detectar la necesidad de actualización de conocimientos diabéticos en enfermeros de hemodiálisis

M<sup>a</sup> del Carmen Domínguez-Berruezo, Laura Infantes-Gutiérrez, Fatima Martínez-Cortázar

Clínica de Diálisis Diaverum Axarquía. Málaga. España

### Introducción:

El porcentaje de pacientes diabéticos en nuestras clínicas de diálisis es de un 41,88%.

Por lo que hemos detectado la necesidad de realizar un programa de educación diabética para hemodiálisis, donde los enfermeros trabajan la prevención y educación de la diabetes en los pacientes que la sufren. Para su realización es necesario valorar los conocimientos en diabetes de nuestros enfermeros.

### Objetivo:

Detección de las necesidades formativas de enfermería en diabetes con el fin de garantizar el éxito de un programa específico de educación sanitaria dirigido a nuestros pacientes.

### Material y Método:

Es un estudio multicéntrico dirigido a cuatro centros de hemodiálisis de la provincia de Málaga, de tipo, descriptivo, transversal, observacional. En el que participan 33 enfermeros de hemodiálisis a los que se le realiza examen pre para valorar la necesidad de reciclaje de los conocimientos diabéticos.

### Resultados:

De la muestra de 33 enfermeros, 25 son mujeres y 8 hombres con edades comprendidas entre 23 y 48 años con una media de 9,92 años de experiencia en hemodiálisis y 12,42 años que finalizaron la carrera de enfermería. El examen tipo test con 24 preguntas sobre 10 puntos. Cada pregunta tiene 3 respuestas posibles. Por lo que cada acierto vale: 0,416 y cada error descuenta: 0,208 puntos.

La nota media obtenida por los enfermeros antes descritos en el examen es de 5,86.

### Conclusión:

La enfermera tiene un papel imprescindible dentro del equipo sanitario como agente educador para poder empoderarse como esta figura cada vez más activa e imprescindible es necesario reforzar y actualizar periódicamente sus conocimientos. En cuanto a la detección de necesidades formativas con respecto a la diabetes, tras analizar los resultados, entendemos que es necesario diseñar un programa bien estructurado y unificado para que la educación sanitaria recibida por nuestros pacientes y cuidadores principales sea óptima.

## Diálisis sin calcetines: prevención de úlceras y amputaciones en hemodiálisis

**Cristina Ledesma-Torre, Rocío Zamora-González-Mariño, Antonio de Santos-Wilhelmi, Gala Fernández, Laura Rodríguez-Osorio-Jiménez, Rosa Sánchez-Hernández**

Unidad FRIAT Hospital de Villalba. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Madrid. España

### Introducción:

Los pacientes en diálisis tienen un riesgo muy alto de isquemia en miembros inferiores y úlceras en pies (14,4%) que muy frecuentemente preceden a complicaciones severas, incluyendo amputaciones (5,9%), hospitalizaciones y mortalidad. La isquemia crítica en dicha localización supone un 20% de las causas de muerte anual en hemodiálisis, produce dolor de difícil control y reduce enormemente la calidad de vida.

El objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia, los factores asociados con amputaciones en pacientes en hemodiálisis y valorar la evolución tras la amputación.

### Material y Método:

Desde la SEN y SOMANE se envió una encuesta por correo electrónico a todas las unidades de hemodiálisis a nivel nacional. Contestada por 47 Centros.

Estudio retrospectivo transversal. Multicéntrico. Se realizó en los meses de enero y febrero de 2020.

Los criterios de exclusión fueron las amputaciones traumáticas u oncológicas.

### Resultados:

El 50% de las unidades tienen más de 70 pacientes.

Un 40% son diabéticos.

Un 5% de los dializados presentan úlceras.

El 70% de los centros contestan que un 5% presentan amputaciones menores y otro 5% amputaciones mayores.

El 63% de los centros contesta que un 5% de los pacientes presentan más de una amputación

Los factores de riesgo asociados a esas amputaciones fueron edad mayor de 60 años, el sexo masculino, la diabetes, tabaquismo activo, hiperfosfatemia, desnutrición y cardiopatía isquémica.

Menos del 10% de los pacientes con amputaciones se han protetizado.

La mortalidad anual en pacientes con isquemia crónica es de un 20%.

La mayoría de las unidades utiliza alguna (aunque no todas) medidas diagnósticas de despistaje de úlceras y/o isquemia crónica de miembros inferiores.

### Conclusiones:

La mayoría de las unidades de diálisis tienen pacientes con úlceras en miembros inferiores que preceden a amputaciones, mortalidad y dependencia.

Tener pacientes amputados en la Unidad conlleva reorganización del trabajo y un esfuerzo de recursos humanos y materiales.

Además de tratar los factores de riesgo modificables, es necesario implementar protocolos de detección y prevención de úlceras y problemas isquémicos en pacientes en diálisis.

## Enfermeras de práctica avanzada. Equipo coordinador para la gestión del acceso vascular

Alicia Rey-Miguel, Ramón Sans-Lorman

Hospital de Figueras. Gerona. España

### Introducción:

La Enfermería es una profesión que está constantemente definiendo sus objetivos y su espectro de actuación. En el caso de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) el reto es demostrar el nivel de experiencia y formación necesaria para cumplir con dicho rol. En nuestra Unidad aplicamos la gestión por resultados. Esta se trata de definir los objetivos, de la elección de las acciones y la toma de decisiones todo ello de forma participativa. Pensamos que es necesario para conseguir unos buenos resultados, empoderar a los profesionales. En nuestro Centro incorporamos el grupo coordinador en el año 2015 y con este trabajo queremos valorar como ha influido esta gestión de los accesos vasculares, si han mejorado los resultados y si ha habido un ahorro derivado de esta gestión.

### Objetivo:

Valorar el impacto del equipo coordinador de accesos vasculares en nuestra Unidad con respecto a la mejora de la supervivencia de los accesos vasculares.

### Material y Método:

Estudio descriptivo y retrospectivo, sobre una población de paciente en programa de hemodiálisis donde estudiaremos el impacto en nuestra Unidad, de la incorporación de enfermeras de práctica avanzada en un equipo coordinador de accesos vasculares, tanto en términos de calidad asistencial como económicos.

### Resultados:

Valoraremos los costes y unidades de agujas biseladas metálicas, catéteres fistulas y agujas de buttonhole en el periodo comprendido entre el año 2015 y el 2018 rela-

cionándolo con la cantidad de diálisis realizadas cada año. Los precios en este periodo se han mantenido sin incrementos excepto el IPC. En el segundo apartado vemos los resultados del porcentaje de pacientes en HD portadores de una FAVI funcionando según el centro de tratamiento entre el mismo periodo, en el tercer apartado la duración de la FAV en nuestro centro en relación a media de Cataluña, en el cuarto la media de accesos vasculares utilizado por pacientes en HD según el centro, en el quinto la colocación de catéteres permanentes en este periodo y en el sexto la diferencia de costes según tipo de acceso vascular.

### Conclusiones:

En nuestro Centro se realizan punciones más individualizadas y por ese motivo se han elaborado protocolos de punción y guías para saber con que aguja se debe realizar la punción. Para la ayuda a la decisión hemos contado con la ecografía para decidir en el lugar donde se deben realizar las punciones, posteriormente se consensua con el grupo coordinador como y con que se debe pinchar a cada paciente. Como consecuencia de ello, nos mantenemos en la parte más alta de la tabla, entre el 70 y el 80% cuando nos referimos al porcentaje de pacientes portadores de una FAVI en nuestro centro. Por otra parte, cuando hablamos de la duración media de los accesos vasculares observamos que desde el año 2015 al 2018 mejoramos considerablemente la posición en la tabla incrementando el tiempo de duración de las fistulas. La repercusión de enfermeras de práctica avanzada en la gestión de los accesos vasculares, ha tenido como resultado un incremento en la duración media de los accesos vasculares en nuestro Centro.

## Enfermería y autogestión de la salud del paciente en hemodiálisis

M<sup>a</sup> José Rubio-Montuenga, Leticia Grima-Serrano, Lorena Martínez-Arnedo, Alejandro Cortés-Sáez, M<sup>a</sup> Asunción Morte-Romero, M<sup>a</sup> Cruz Esteban-Guajardo

Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza. España

### Introducción:

Las personas afectadas por Enfermedad Renal Crónica (ERC) en hemodiálisis (HD) afrontan grandes cambios en su vida diaria, por lo que tienen que aprender a convivir con ella, conocer mejor su tratamiento y adaptar su estilo de vida. Para identificar y satisfacer sus necesidades, es necesario que los profesionales de enfermería lleven a cabo una serie de intervenciones estableciendo un vínculo tanto con los pacientes como con la familia. La promoción de su autonomía y empoderamiento resulta clave para que tomen las decisiones más adecuadas y gestionen su enfermedad.

### Objetivo:

Demostrar la importancia del papel de enfermería en el empoderamiento y adherencia al tratamiento del paciente en nuestra unidad de HD.

### Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, transversal, con una muestra de 28 pacientes, de los cuáles participaron 24. La práctica enfermera llevada a cabo en nuestra unidad a través de distintas intervenciones van encaminadas a estimular el logro de una correcta autogestión de la salud de nuestros pacientes. Para medir la eficacia de las actividades enfermeras los instrumentos utilizados fueron la escala de empoderamiento sobre la salud adaptada y el test de Morisky-Green para evaluar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico.

### Resultados:

Respecto al empoderamiento, sobre un total de 40 puntos se obtuvo una puntuación media de 37,20. Realizando un análisis más específico dentro de las 7 Propiedades de Empoderamiento, se obtuvo mayor puntuación en la propiedad de "Apoyo" incluida en el ítem "puedo solicitar ayuda para cuidar y mantener mi salud cuando lo necesito". Por el contrario, la propiedad que menor puntuación obtuvo es "Motivación", detallada en el ítem "reconozco lo que me motiva para cuidar mi salud". En cuanto a la adherencia terapéutica, el 79,16% de los pacientes es cumplidor frente a un 20,84% no cumplidores.

### Conclusión:

Tras la obtención y estudio de nuestros resultados, podemos afirmar que la relación enfermería-paciente junto a las actividades y herramientas utilizadas por el personal influyen positivamente en la adaptación del paciente a su situación, mejorando así el empoderamiento y la adherencia terapéutica; siempre mostrando empatía con las diferentes limitaciones que puedan tener.

## Evaluación de los registros de enfermería como indicador de calidad en la gestión clínica

Antonio David Caparrós-Florido, Rafael Barrios-García

Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol. Málaga. España

### Introducción:

Son muchas las organizaciones de salud las que establecen estrategias para reducir riesgos en la actuación sanitaria y mejorar la salud. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) recomienda la importancia de los ciclos de mejoras en la evaluación de la calidad. Es por ello que se debe realizar una evaluación del registro de los informes de enfermería en el servicio de diálisis como indicadores de calidad asistencial.

### Objetivos:

Evaluar el registro de enfermería de los pacientes de hemodiálisis durante el año 2019.

### Material y Método:

En el primer trimestre del año se asigna a tres compañeros el objetivo de revisión de historias clínicas. Es la comisión de revisión de H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> quien nos envía un listado de 44 H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> para su evaluación. Los softwares utilizados son: HCIS y Nexadia Braun. Los ítems evaluados son:

**Valoración enfermería:** incluyendo Escalas Barthel, Braden, cribado de caídas y escalas MIS

**Plan de Atención de Enfermería:** según NANDA-NOC-NIC.

**Informe de continuidad:** Registrando la evaluación y diagnóstico, cuidados del acceso vascular, aspecto de la dieta y la medicación y otros aspectos de interés

**Valoración en Nexadia Braun:** registro de comentarios según precise, EVA y reevaluación EVA si >4, constantes vitales horarias, peso inicial y final, medicación, si Kt/v por debajo del objetivo, lavados de ramas, uso de uroquinasa y mediciones de Crit Line, observaciones de enfermería y firma. La evaluación se realiza seleccionando un día al azar en el registro histórico del programa. El registro de

estos ítems a evaluación se realizará en una hoja Excel especialmente estructurada puntuando con un 1 en el apartado "SI" si está presente y viceversa.

### Resultados:

Los resultados obtenidos son comparados con el último registro analizado, el segundo semestre del 2018. Se mejora en aspectos de educación sanitaria (84% frente 76%), plan de continuidad (80%-79%) e informes al alta (82%-79%). Existe una disminución en el registro de la valoración de enfermería de un 93% frente a un 94% al inicio y de las observaciones en los informes de continuidad relacionados con cuidados de los accesos vasculares, dietas y medicación reflejándose un 62% frente a un 69% de los casos. Se registran nuevos ítems por primera vez, evaluándose el uso de lavados de ramas, uso de uroquinasa y uso de Crit Line en un 5%, 2% y 14% respectivamente. La ausencia de lavados de ramas y uso de uroquinasa se entiende como un catéter venoso completamente funcional.

### Conclusión:

En aspectos generales el grado de cumplimiento de los ítems evaluados es superior al 90% de los casos. Aunque a pesar de ello no se debe disminuir la alerta en otros ítems donde es necesario mejorar. En comparación al último registro se observa una adherencia al registro de un 81,25% en el año 2019 frente a un 76,72% en el segundo semestre del 2018.

## Guía para la elección del material de punción de la FAVI nativa/protésica

Isabel Perez-Garcia, Alicia Rey-Miguel, Ramón Sans-Lorman, Hilda Fernández-Punset, Laia Reixach-Aumatell

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

Es imprescindible preservar y evitar el fracaso de la fístula arteriovenosa interna (FAVI), mediante vigilancia y una adecuada técnica en su manipulación, ya que en el caso de que el fracaso se produzca, al paciente se le ha de insertar un acceso temporal, que suele ser un catéter venoso central (CVC). Además, durante este periodo la morbimortalidad del paciente aumenta exponencialmente debido a la alta tasa de complicaciones que ocasiona un CVC.

En el año 2015 creamos en nuestra Unidad, un equipo interdisciplinar coordinador del acceso vascular (AV) formado por 3 enfermeras y 2 nefrólogos. El cirujano vascular y el radiólogo intervencionista son externos. La función de este equipo es el seguimiento del AV desde su creación hasta su maduración, así como la planificación de la punción y la detección de las posibles complicaciones, coordinándose con el resto de profesionales.

La incorporación de la ecografía nos ha permitido puncionar venas más profundas, no palpables, generando la necesidad de disponer de agujas, con o sin bisel, de mayor longitud y de diferentes calibres que permiten acceder a tramos más profundos, evitando procedimientos quirúrgicos para acceder a estas venas. El ecógrafo y las diferentes técnicas de punción como el butthole y el nuevo material, han hecho que pasáramos de cuatro a doce tipos de agujas diferentes, generándonos la necesidad de establecer un consenso que nos ayudara en la toma de decisiones en cuanto a la técnica y el material de punción a escoger. Ante esta situación, nos planteamos la actualización de los protocolos, así como establecer un consenso basado en el tipo de material elaborando un árbol de decisiones. Dicho árbol fue creado basándonos en cuatro variables: el tipo de AV, técnica de punción, profundidad y diámetro del vaso.

El objetivo de este trabajo ha sido elaborar un documento que sirva de guía para optimizar la elección del tipo de material de punción para cada acceso vascular (AV).

Para ello realizamos un estudio observacional y descriptivo en una población de hemodiálisis con una prevalencia anual que oscila entre 90 y 95 pacientes año, de los cuales entre el 80 y el 85% son portadores de una fístula nativa/protésica.

Como conclusiones decir que el echo de implantar un árbol de decisiones nos ha permitido la unificación de criterios de punción y la planificación individualizada, mejorando la supervivencia del AV. Las enfermeras del equipo coordinador del AV han obtenido nuevos conocimientos para el crecimiento como profesionales, empoderándose y tomando decisiones. Generando también una mejora en todo el equipo de trabajo, ya que pueden contar con su apoyo y experiencia a la vez que tienen la posibilidad de aprender de ellas. Otras acciones que se han sumado a la mejora de los resultados, son la coordinación enfermeras/médicos, organización de turnos, capacidad de decisión sobre el material, no tener miedo al cambio, el buen entendimiento y la disponibilidad de todo el servicio.

## Identificación de todos los pacientes de hemodiálisis mediante pulseras ZEBRA

María Ruiz-Carbonell, Natalia Almendros-Valera, Javier García-Pérez, Laura Soto-Fernández, Rocío Aguilera-Jiménez, Rosa B. Maldonado-Páez

Hospital Germans Universitari Trias I Pujol. Barcelona. España

### Introducción:

En 2018 en nuestra unidad de hemodiálisis se hizo indispensable la elaboración de un plan para identificar a todos los pacientes que durante su sesión de HD i su itinere permanecían dentro del recinto hospitalario entre 5 y 6 horas.

Elaboramos para ello una estrategia sencilla e implementamos un protocolo con resultados muy satisfactorios, debido a la implicación del personal de la unidad y la de los pacientes.

La idea era dotar a todos nuestros pacientes crónicos ambulatorios de una tarjeta donde constaban los datos inequívocos.

Pudimos observar que un porcentaje importante de los pacientes que acudían a nuestro centro, que no eran crónicos propios y que se dializaban durante un periodo de tiempo, seguían sin estar identificados.

### Objetivo:

Tener a la totalidad de nuestros pacientes identificados al 100%, tanto a los crónicos que son el 60%, como a los pacientes que puntualmente acuden a nuestra unidad para dializarse de forma ambulatoria; también a los pacientes ingresados y a todos los pacientes que acuden a la unidad de diálisis peritoneal para realizar cualquier intervención propia de su terapia peritoneal.

### Material y Método:

Elevamos nuestro propósito al departamento de calidad del hospital.

Hicimos un listado de todos los pacientes crónicos de zona, tratados en nuestra unidad, de los ingresados y de los tratados en diálisis peritoneal.

Elegimos como método de identificación única e inequívoca la Pulsera ZEBRA.

Conseguimos una impresora conectada a los ordenadores situados a la entrada de la unidad.

Realizamos un protocolo de implementación, que pusimos en marcha en diciembre del 2019.

Durante tres meses realizamos controles del cumplimiento del protocolo establecido.

Durante las catorce semanas de observación hicimos controles los lunes y viernes de cada semana obteniendo como resultado el 100% de cumplimiento del protocolo.

Se hizo observación de los pacientes crónicos ambulatorios de hemodiálisis y los de diálisis peritoneal. También fueron controlados los demás pacientes ingresados en planta y los pacientes ambulatorios a los que se les había hecho alguna intervención (tratamientos curas, ecos, bioimpedancia, etc.) a los cuales también se les identificó les hicimos con pulsera ZEBRA.

### Resultados:

Actualmente la identificación activa con pulsera ZEBRA es una rutina totalmente consolidada para todos nuestros pacientes.

Podemos constatar que los pacientes de nuestra unidad, durante su estancia en el hospital, con un tiempo variable entre media hora y seis horas están todos identificados.

La mayoría de veces después de la diálisis tienen pruebas complementarias y circulan por el hospital de una forma segura, al llevar la pulsera.

### Conclusión:

La Pulsera ZEBRA es un método fácil y sencillo que establece una Seguridad para identificar a todos los pacientes, no solo a los ingresados sino también a nuestros pacientes de hemodiálisis, que estando en régimen ambulatorio permanecen en el hospital una media de 6 horas, también a los que permanecen durante un tiempo con nosotros por patologías varias y a los que acuden a diálisis peritoneal.

## Implantación de hemodiálisis domiciliaria (HDD) en nuestro centro: primeros casos de Physidia S3

Anna Luque-Hernández, Mar Blázquez-Rodríguez

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

### Introducción:

Actualmente en España la HDD tiene un desarrollo escaso. Por el contrario, la prevalencia de la técnica ha sido siempre elevada en Australia y Nueva Zelanda, existiendo un aumento progresivo en países del norte de Europa como Dinamarca, Finlandia, Holanda, Suecia o el Reino Unido. Aunque las cifras globales siguen siendo todavía muy bajas, el crecimiento en los últimos tiempos ha sido muy importante y se espera un mayor desarrollo de la técnica.

La finalidad de cualquier técnica de sustitución renal es obtener la menor morbi-mortalidad con la mejor calidad de vida posible. La HDD favorece la prescripción de una HD más frecuente, suministrando al paciente una dosis global de diálisis mayor con un coste menor que si esta se realizara en un centro, evitándole además traslados innecesarios y largos tiempos de espera, lo que repercute inevitablemente en su calidad de vida.

### Objetivo:

Describir la implantación del programa de HDD en pacientes con insuficiencia renal crónica en nuestro centro.

### Material y Método:

Estudio piloto cuantitativo cuasi experimental realizado en el servicio de diálisis desde junio 2019 a diciembre 2019. En la selección de la muestra se incluyeron 4 pacientes que inician programa de HDD y portadores de acceso vascular. Tres pacientes provenientes de HD convencional y 1 de diálisis peritoneal.

Se utilizó como material educativo el proporcionado por la casa comercial Palex®, adaptándolo a las necesidades individuales del paciente. La duración del

programa educativo fue de 6 semanas, distribuido en las 2 primeras en conocimiento de la máquina de HDD (montaje, alarmas, complicaciones, etc) y las cuatro siguientes en el manejo de su acceso vascular (pincharse o dominio del catéter, conexión y desconexión de la máquina).

Las variables a estudio fueron edad, sexo y como variable principal el Kt/v.

Los datos se recogieron y analizaron con Excel 2017.

### Resultados:

En la selección de la muestra se incluyeron 4 pacientes, todos hombres con edades comprendidas entre 48 y 63 años, con un promedio de 56,5 años. Los accesos vasculares fueron: 3 de ellos portadores de FAVI y 1 con catéter tunelizado yugular (posteriormente pasó a FAVI).

La duración del aprendizaje fue de 6 semanas e iniciaban en su domicilio. El tratamiento domiciliario prescrito fue: 6 sesiones semana, 2,30 de duración.

Se realizó una visita a domicilio de preinicio, en la que se valoraron instalaciones y recursos y una de inicio de la técnica. Consecutivamente se realizaron controles hospitalarios semanales durante el primer mes y posteriormente mensuales, objetivizando en cada visita control kt/v, analítica general y bioimpedancia.

Los valores de kt/v fueron desde 2,43 a 3,08. Se vieron mejoras analíticas y mejoría verbalizada del paciente. No apareciendo complicaciones durante este período.

### Conclusiones:

La HDD es una técnica que fomenta la autonomía del paciente y consigue importantes mejoras clínicas y de calidad de vida.

El corto número de pacientes y tiempo estudiado hace aconsejable proseguir con el estudio ampliando el tiempo y la población a estudiar.

# Incorporación de información sobre SARS-CoV-2 en la acogida a profesionales de nueva incorporación para mejorar la seguridad asistencial al paciente renal hospitalizado

Trinidad López, Susana Fuentes, Marta Pérez, M<sup>a</sup> Luz Amoedo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

## Introducción:

Los planes de acogida a profesionales de nueva incorporación (PANP), sustituciones y nuevos contratos, constituyen una herramienta informativa y formativa sobre gestión de riesgos que contribuye a la reducción de eventos adversos debidos a la información incompleta, sesgada o variable que a menudo tienen estos profesionales eventuales y que pueden comprometer la seguridad de los pacientes renales hospitalizados.

En el actual contexto de pandemia y posibles rebrotes la infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) resulta necesario incorporar una información adicional basada en buenas prácticas actualizadas para minimizar riesgos relacionados con este virus y su propagación.

## Objetivos:

**General:** homogeneizar y garantizar la seguridad en la gestión de cuidados al PRH.

**Específico:** Incorporar un documento que contenga la información imprescindible sobre infección por (SARS-CoV-2).

## Material y Método:

**Diseño:** Documento anexo incorporado al plan de acogida a nuevos profesionales. PANP.

**Población DIANA:** enfermeras y auxiliares de enfermería, con cualquier tipo de contrato y turno con participación en la gestión de cuidados a pacientes renales hospitalizados. PRH

**Principios:** enfermería basada en la evidencia externa (búsquedas bibliográficas; procedimientos y protocolos actualizados), evidencia interna de los profesionales experimentados y con formación básica y acreditada en prevención de riesgos por este virus.

## Estrategias de elaboración:

Reuniones de los enfermeras integrantes del grupo de formación y seguridad: (revisión, análisis y consenso por pares):

Reconocimiento de:

- La evidencia e errores, omisiones o demoras debidas a la falta de información actualizada.
- Revisión necesaria en función de evolución y nuevas informaciones sobre (SARS-CoV-2).

Establecimiento de compromiso recíproco: difusión al PNI y recepción/firma del nuevo profesional con disponibilidad e interés por aprender y mejorar.

Reflexión y concreción final sobre los aspectos principales que debe incluir este documento.

## Resultados:

– Edición y entrega (desde junio 2010) del documento sobre SARS-CoV-2 incorporado en el PANP con información básica y flexible sobre:

■ Características del virus:

- Tipo de virus, formas de transmisión.
- Periodo de incubación y tiempos medios de infección, resolución o agravamiento.
- Daños para la salud: síntomas en casos leves, graves o muy graves.

■ Medidas preventivas y de protección laboral:

- Distancia, higiene respiratoria, limpieza ambiental, higiene de manos.
- Uso de equipos de protección personal e individual: en relación al nivel de riesgo del puesto (Consultar con la UPRL y Vigilancia de la Salud).

■ Recomendaciones generales a PRH con Covid19/sospecha:

- Bata, mascarilla (tipo, ajuste, FFP2/P3 si aerosol), Protección ocular antisalpicaduras/ facial completa (si aerosol), uso correcto guantes.
- Secuencia de colocación/retirada de equipos EPI (dibujo ilustrativo).
- “Mindfulness colaborativo”: pautas de gestión del estrés.
- Hoja de recepción del documento que debe firmar en su recogida (anexo 1).
- Enlaces web formativos de interés: OMS, CDC, Ministerio Salud, etc.

Contactos: UPRL hospitalario (para incidentes), Vigilancia de la Salud/Medicina Preventiva. (si síntomas).

## Conclusiones:

La protocolización de los contenidos y buenas prácticas actualizadas sobre COVID-19 permite cimentar una base sólida y segura en el conocimiento incipiente y progresivo sobre la gestión de cuidados en PRH afectados y propicia un clima laboral que facilite la consecución de objetivos de forma eficaz y segura.

## KT como indicador de dosis adecuada de diálisis frente al Kt/V y PRU, diferencias obtenidas según el sistema y membrana usados

Javier Cristian Perales, Pablo Bringas, Carlota Merayo, María Jesús Sánchez, Jovita González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

### Introducción:

Una dosis de diálisis adecuada se define como el tratamiento sustitutivo renal que satisface los requisitos de ser eficaz y suficiente, mejorando la calidad de vida del paciente y prolongando su supervivencia.

El Kt/V, Kt y PRU se utilizan como marcadores de medición de dosis de diálisis adecuado, siendo el Kt/V el más utilizado. Debido a la dificultad y variedad de fórmulas existentes para calcular la V y en consiguiente el Kt/V, la dosis de diálisis recibida puede variar significativamente.

### Objetivo:

Observar, si la hubiera, la diferencia de Kt medidos en diferentes sistemas terapéuticos y diferentes membranas y compararlos con las mediciones del Kt/V y PRU obtenidos mediante analítica mensual.

### Material y Método:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes que reciben diálisis de forma crónica en la unidad de diálisis durante el año 2019.

Las variables estudiadas son: género, tipo de diálisis, tipo de sistema y membrana utilizados, tipo de acceso vascular, flujo de sangre y flujo de baño, tiempo de diálisis, ultrafiltración, peso post-sesión de diálisis, urea pre y post diálisis y volumen de sangre.

### Resultados:

Con respecto a la población estudiada, un 83,3% del total son varones, siendo el CVC, el acceso vascular mayormente utilizado, un 84,66% del total. Con respecto a la etiología, un 50,95% de la muestra total es de origen vascular, siendo la principal causa de la insuficiencia renal crónica.

Una vez analizado los datos obtenidos, se observa que el 100% de la muestra cumple los valores mínimos marcados por las guías europeas tanto para el Kt/V como para el PRU, obtenidos mediante analítica mensual según el protocolo.

Sin embargo, de los cuatro trimestres valorados, en ambos dializadores y con ambos sistemas terapéuticos, solo en un trimestre (un 6,25% del total) cumple con los valores mínimos recomendados.

La comparativa entre ambos dializadores no hay apenas diferencias significativas ( la diferencia es del 2,63% ), sin embargo si que la hay con respecto al sistema utilizado, siendo esta una diferencia del 5,46% y siendo el OCM el único sistema con el que se llego al Kt mínimo.

### Conclusiones:

Con los resultados obtenidos se demuestra que la mayoría de usuarios medidos utilizando la diálisis iónica de ambos sistemas están infradializados con respecto a la dosis de diálisis obtenido mediante analítica.

Aunque el uso del Kt/V está ampliamente usado como valor de dosis de diálisis, aumenta el riesgo de no detectar a usuarios que estén infradializados, con la consiguiente disminución de la supervivencia del usuario y aumento del riesgo de muerte.

Por lo tanto el Kt, medido en cada sesión mediante la diálisis iónica, se plantea como el marcador de dosis de diálisis más exigente y más seguro, ya que es independiente de otros valores que puedan alterar el resultado.

También es importante el papel de la enfermera en la diálisis del usuario, ya que hay factores modificables durante la sesión que puede determinar el que se alcancen los valores mínimos de Kt o no.

# Medición flujo fistular con técnicas de segunda generación usando BTM® y NEFROLINK®

Raquel Rodríguez, Alicia Sánchez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España

## Introducción:

La ERC (Enfermedad Renal Crónica) predominante en la actualidad afecta a un porcentaje importante de la población y está relacionada con fenómenos o enfermedades de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes o la enfermedad cardiovascular.

De las Terapias Renales Sustitutivas (TRS), la hemodiálisis es la modalidad con mayor número de pacientes, en la que el acceso vascular de preferencia es la Fístula Arteriovenosa (FAV).

Las causas más frecuentes de disfunciones de las FAV son la trombosis agudas o estenosis. Unos buenos cuidados de la misma, por parte del paciente en su domicilio y por el personal de enfermería durante las sesiones podrán prolongar la vida del acceso y prevenir las posibles estenosis/trombosis. El control del buen funcionamiento de la fistula puede realizarse a partir de las mediciones de flujo fistular por termodilución (BTM®).

## Objetivos:

- Implantar un protocolo de manejo y cuidado de la fístula
- Mejorar la comunicación con el personal médico para actuar precozmente ante variaciones para disminuir las complicaciones de la FAV
- Formar al paciente sobre el cuidado que debe realizar en su casa sobre el acceso vascular y sepa reconocer las variaciones que puedan significar alarma para acudir al servicio de urgencias.

## Material y Método:

- Búsqueda bibliográfica de los estudios referentes a la medición del flujo fistular
- Realización de un protocolo para realizar las mediciones trimestralmente

- Medición del flujo vascular a todos aquellos pacientes que cumplen los requisitos.

## Resultados:

- Se ha llevado a cabo una revisión sistematizada en diversas bases de datos (PubMed, CINALD, Revista Nefrológica) identificándose 41 estudios relevantes. A partir de su lectura, se ha realizado un protocolo para realizar la medición del flujo fistular en la unidad trimestralmente.
- Los datos quedan registrados en NEFROLINK® para ser analizados y realizar una evolución personalizada de cada paciente. Se registran mediciones trimestrales a partir de octubre del 2019.
- Se incluyen 22 pacientes (2 fueron descartados por ser prótesis); 12 hombres, con una edad media de 67,3 años y 9 mujeres con una edad media de 69,88 años.

## Conclusiones:

- El objetivo de la monitorización y vigilancia de la FAV es diagnosticar precozmente la patología. El seguimiento de la FAV debe reducir la prevalencia de la trombosis mediante la detección precoz de la estenosis significativa y aumentar su supervivencia.
- El acceso vascular de estos pacientes es una de las piezas claves para el buen funcionamiento de la terapia, y ayudará a la mejor supervivencia del paciente, además de evitar ingresos y disminución de la eficacia de la técnica.

## ¿Mejorará la sintomatología de los pacientes en HD al usar el Hemocontrol® en comparación con el tratamiento de hemodiálisis convencional?

Ángel Jiménez-Maldonado, Ana Dorado-García, Almudena Merino-Saiz, Yolanda Perales-Feliz, Ana Belén Rupérez-Pérez, M<sup>a</sup> Esther Sánchez-Mesonero

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

El Hemocontrol® es un sistema de biofeedback realizado por los monitores Gambro® para controlar la eliminación de líquido de una forma más fisiológica en las sesiones de hemodiálisis convencional. En nuestro hospital se ha comenzado a usar en pacientes que padecen cardiopatías o con aquellos que tienen un exceso de volumen de líquidos entre sesiones e hipotensiones intradiálisis y calambres, los cual acaba produciendo un aumento del número de sesiones de hemodiálisis semanales o UF aisladas frecuentes.

Con el Hemocontrol® tratamos de monitorizar de forma no invasiva y continua la variación de volumen sanguíneo (VS). Dicho volumen se puede controlar modificando la tasa de UF y la concentración de Na<sup>\*</sup> del líquido de diálisis que se deben ajustar en tiempo real según la tolerancia de cada paciente para favorecer la tasa de relleno plasmático manteniendo el volumen real del paciente a lo largo de una curva teórica predefinida.

Para valorar la eficacia del Hemocontrol® se seleccionó a aquellos pacientes que tuviesen el tratamiento en Hemodiálisis convencional (HC), que llevasen más de tres meses con la diálisis y presentasen patología vascular, grandes ganancias de peso interdiálisis y presentasen casos de hipotensiones graves durante el tratamiento.

Se estudió a los pacientes durante un periodo de catorce días para así poder ajustar lo máximo posible el peso corporal seco y para estudiar las evoluciones de la reducción del volumen sanguíneo de cada paciente.

Tras el estudio de las evoluciones de las VS se estableció los VS óptimos individuales.

Se seleccionaron 17 pacientes y se les realizó un seguimiento de los tratamientos durante 4 semanas, 2 semanas en diálisis convencional y 2 semanas en hemodiálisis convencional con el Hemocontrol® activado.

Durante el mes del seguimiento de los pacientes se recogieron las variables y se aplicaron las correspondientes pruebas estadísticas dando como resultado que no hay diferencias entre ambos tratamientos. Esto puede deberse a que el periodo de estudio debería haberse realizado durante un periodo mayor de tiempo, aunque cabe destacar que también hay otros estudios que no han encontrado diferencias significativas entre ambos tipos de tratamiento.

El punto de vista de la enfermería sin embargo es positivo, ya que el uso del Hemocontrol® nos ha hecho implicarnos más en el manejo de las sesiones de HD de los pacientes.

Además con el Hemocontrol® ya no solo tenemos la medición de la presión arterial para valorar la situación hemodinámica de los pacientes, porque al permitirnos ver y controlar el VS, somos más conscientes de la misma hemodinámica de cada paciente pudiendo así dar un tratamiento individualizado y adelantarnos a posibles situaciones de hipotensiones, calambres y pérdidas de consciencia.

## Monitores en hemodiálisis: una mirada de los profesionales

Felipe Llorente de Miguel, Yolanda Fernández Jimeno, Cristina Lucas Rodríguez, Beatriz Ruiz Sanz, Raquel Talaya Moya

Hospital del Tajo. Madrid. España

### Introducción:

Los monitores de hemodiálisis son el principal instrumento de trabajo de los profesionales en diálisis. Por su variedad, complejidad tecnológica y por la particularidad que supone trabajar con monitores, es interesante conocer lo que piensan las/os enfermeras/os sobre éstos.

### Objetivo:

Principal: Conocer la opinión de los profesionales.  
Secundario: Abrir una vía para posteriores investigaciones.

### Material y Método:

Formulario auto administrado, anónimo y voluntario.

### Resultados:

- Contestaron 289 profesionales:
  - 73,3% de hospitales, 17,3% de centros de diálisis, 9% de ambos.
  - 87,2% con 3 años de experiencia, 10,7% entre 1 y 3 años y 2,1% menos de 1 año.
  - 82% enfermería asistencial y 18% de gestión.
- Características de los monitores:
  - El 79% manejan más de un modelo de monitor, el 21% sólo uno.
  - El 52,5% usan 3 o más modelos y el 27% dos.
  - El 60% piensan que sus monitores son actuales, el 33,8% antiguos y el 6% lo desconocen.
- Participación profesional:
  - El 59,2% da mucha importancia al buen manejo de los monitores, el 40 % poca importancia y el 2% ninguna.
  - El 60,7% nunca ha sido consultado por parte de las casas comerciales sobre monitores, un 33,7% alguna vez, el 6,6% ha sido consultado por todas.
  - El 91,2% considera que estas consultas son muy importantes.
- Formación:
  - El 77,8% siempre reciben formación de nuevo monitor. El 22,8% alguna vez.
  - Un 87% de las veces suele encargarse la casa comercial. El 4,9% un formador del propio centro y el 8,1% algún compañero de forma informal.

La formación para el 63,1% es suficiente pero para para el 36,3% deficiente.

Un 81,3% considera que debe impartirse a todo el equipo. El 15,3% a un número limitado y un 3% piensa que serían mejores otras formas de transmitirla.

El 65,6% usan algunas de las funciones de los monitores. El 17,4% usa todas y el 17% las imprescindibles.

Un 88,5% considera necesario que otros profesionales (a parte de las enfermeras) reciban formación.

### ■ Carga de trabajo:

Casi el 68% considera que la carga en su trabajo es alta o muy alta. El 32% ligera o nula.

Respecto a la sobrecarga por trabajar con distintos modelos de monitores: El 33,9% la considera baja o muy baja. El 37,5% considera que supone una sobrecarga alta.

Actualizarse en el manejo de monitores: Más del 70% consideran que supone una carga de trabajo entre ligera y nula. El 27,3% consideran que puede incrementar la carga laboral.

Formar a otros compañeros: El 43,9% lo consideran una carga alta. El 13,7% de los entrevistados muy alta. El 42,4% ligera o nula.

El 80% consideran que habría que aumentar las actualizaciones sobre monitores.

El 61% considera que en sus centros se actualiza y se forma de manera adecuada.

### Conclusión:

La mayoría de los centros usan más de un modelo y normalmente actuales.

Consideran que es importante el buen uso de los monitores y conocer sus funciones.

Son necesarias más consultas por parte de las casas comerciales sobre monitores.

Los profesionales reciben la formación necesaria y adecuada.

Actualizarse en el manejo de los monitores no aumenta la carga de trabajo.

Enseñar a otros compañeros es motivo de sobrecarga laboral.

Aumentar la información y las actualizaciones es importante para los profesionales.

## Perfil actual del paciente en hemodiálisis extrahospitalaria

Pablo Bringas, Javier Cristian Perales, Carlota Merayo, María Jesús Sánchez, Jovita González

Fresenius Medical Care Services Cantabria Centro de Dialisis Santander S.L. Cantabria. España

### Introducción:

La esperanza de vida de la población ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que ha determinado que un mayor número de pacientes con enfermedades crónicas como HTA o diabetes desarrollen IRC y precisen de tratamiento renal sustitutivo.

La atención a pacientes con comorbilidad y pluripatología supone un reto para los profesionales en las clínicas extrahospitalarias de hemodiálisis.

### Objetivo:

Evaluar cómo ha evolucionado el perfil de los pacientes sometidos a TRS en nuestra clínica desde 2015 hasta 2020.

### Material y Método:

Estudio descriptivo transversal en pacientes que reciben Hemodiálisis extrahospitalaria durante 2 periodos.

Utilizaremos la base de datos de nuestro programa de registro (Euclid) para medir los siguientes ítems: N° de pacientes, edad media, sexo, tipo de nefropatía, Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI), Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado a la edad (AaCCIs), acceso vascular e inclusión en lista de espera de trasplante renal.

### Resultados:

El aumento de pacientes que precisan TRS ha aumentado un 25% en 5 años.

La edad media de los pacientes ha pasado de ser en 2015 de  $68,4 \pm 13,4$  a  $71,1 \pm 12,2$  años en 2020.

El incremento de pacientes con edad comprendida entre 75-84 años, con patología vascular/HTA o diabética, portador de Catéter venoso central (CVC) ha aumentado un 10%.

El CVC se ha convertido con un 60,5% en el acceso vascular más utilizado.

El ICC y el AaCCIs se ha visto incrementado del  $4,2 \pm 1,8$  y  $6,6 \pm 2,4$  al  $4,8 \pm 2,1$  y  $7,5 \pm 2,6$  respectivamente.

La lista de espera de trasplante en nuestro centro ha disminuido del 25,4 % en 2015 al 11,9% en 2020.

### Conclusiones:

Podemos concluir que los pacientes sometidos a hemodiálisis extrahospitalaria en nuestra CCAA actualmente presenta un rango de edad más alto, mayor patología asociada y por lo tanto más dependencia. Esto hace que el personal sanitario que atiende a esta población deba adaptarse a un nuevo perfil de paciente con muchas más necesidades.

## “Píldoras informativas”: educación dietética al paciente renal

Cristina Penas-García, Juan Orviz-González

Centro de Hemodiálisis de Cruz Roja de Oviedo. Asturias. España

### Introducción:

La dieta es un pilar básico en el tratamiento del paciente sometido a terapia renal sustitutiva con hemodiálisis. Un buen conocimiento y manejo de la misma, será fundamental, tanto para el éxito del programa como para mejorar la calidad de Vida. Enfermería juega un papel esencial en el campo de la educación dietética.

### Objetivo:

Cuantificar los conocimientos adquiridos, tras la visualización de breves sesiones educativas que resulten amenas y repetidas en el tiempo (píldoras informativas), en pacientes en terapia de hemodiálisis. Papel de la enfermería.

### Material y Método:

#### 1. Tipo de estudio

Se lleva a cabo un estudio cuasiexperimental de tipo pre/post intervención.

#### 2. Población y muestra

De una población de 92 pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva con hemodiálisis, se selecciona una muestra de 88 personas siguiendo los siguientes criterios de inclusión:

- Ser conocedor del idioma español (se elimina 1 persona).
- No tener deterioro cognitivo que impida entender la información (se eliminan 3 personas).

#### 3. Material

- Presentación en Power Point.
- Cuestionario.

#### 4. Procedimiento

En un primer momento se pasa un cuestionario sobre conocimiento dietético adaptado a personas con patología renal, compuesto de once ítems tipo test con tres respuestas por pregunta siendo solamente una la verdadera.

Tras descartar 5 candidatos por mostrar cierto dominio del tema (contestan bien a todas las preguntas), se proyecta al resto (83), una “píldora informativa”, elaborada en la propia unidad, bajo el título “Escuela de Pacientes”, de 4:30 minutos de duración en formato power point, compuesta de 16 diapositivas con animación y sonido donde se muestra de forma muy esquemática los consejos básicos sobre nutrición que deben manejar nuestro tipo de pacientes. La visualización se realiza durante 9 sesiones de hemodiálisis consecutivas (3 semanas cronológicas) en la primera hora de la sesión, por considerar que el paciente pueda estar más reactivo al mensaje; y con el apoyo de enfermería para aclarar dudas.

Pasada una semana desde la fecha de la última emisión, se repite el mismo cuestionario.

### Resultados:

Se realiza la comparativa global entre las respuestas obtenidas en los cuestionarios pre y post intervención y se observa un incremento de conocimientos sobre el tema abordado en 59 pacientes, lo que supone el 71,08%. El resto (24) permanece en el mismo estado y ninguno empeora.

Se analiza también cada ítem del cuestionario, observando que el 68% mejora sus conocimientos en el manejo del sodio/potasio, el 85% en el manejo del agua y apenas cambia el resultado en cuestiones relacionadas con el fósforo, calcio y proteínas.

### Conclusión:

El estudio muestra como un mensaje corto y repetido que resulte agradable y ameno, modifica y mejora los conocimientos acerca de un tema concreto (principio básico del Marketing). La enfermería, por su lugar de cercanía al paciente, es pieza clave en la intervención para modificar hábitos de vida. Sírvase de nuevas tecnologías y estrategias para alcanzar tal fin.

## ¿Practicamos una hemodiálisis segura? Listado de verificación de seguridad

Rubén Sierra-Díaz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

La realización de la técnica de hemodiálisis lleva consigo la utilización de tecnología y la aplicación de cuidados especializados por parte de enfermería, no estando exenta de aparición de eventos adversos por variabilidad en la práctica clínica o errores en cualquier etapa del tratamiento. Estos pueden traer consigo aumento de morbilidad, de coste económico y/o problemas legales.

Para poder minimizar la aparición de estos eventos adversos, la práctica sanitaria ha implementado en distintos ámbitos, checklist de seguridad, entendido como una herramienta de ayuda en el trabajo diseñada para reducir los errores provocados por los potenciales límites de la memoria y la atención en el ser humano, ayudando así a asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea.

El personal de enfermería con más experiencia, en las unidades de hemodiálisis frecuentemente realiza su labor de forma rutinaria, lo cual puede incrementar la posibilidad de que surjan incidentes con el paciente. Esto asociado a situaciones en las que parte de la plantilla de enfermería está constituida por profesionales con menor experiencia, nos llevó a plantearnos la utilización de un checklist de seguridad adaptado a la asistencia en pacientes de hemodiálisis.

### Objetivo:

Elaboración e implementación en nuestra unidad de hemodiálisis, de un listado de verificación de seguridad (Checklist), con el fin de minimizar los posibles eventos adversos que pudieran aparecer durante la asistencia.

### Material y Método:

Realización de varias reuniones de grupo de trabajo, tras la creación de una comisión (formada por enfermeras/os de la unidad de hemodiálisis) para informar de los ítems

que enfermería deberá de comprobar en las diferentes etapas del procedimiento de hemodiálisis: pre, intra y post.

**Etapa Prediálisis:** Comprobación de instalación correcta del monitor, del material de oxigenoterapia y aspiración asociada al puesto de diálisis, identificación del paciente, verificación de serología, de necesidad de aislamiento, de modalidad de diálisis prescrita y de tipo de dializador prescrito, revisión del circuito extracorpóreo cebado completamente con pinzas de seguridad cerradas y tubos del dializador (hansem) colocados correctamente, programación de esquema de diálisis (tiempo, Ultrafiltración), preparación de heparinización y de botes de analíticas prediálisis si precisa.

**Etapa Intradiálisis:** verificación de fijación segura de agujas en Fístulas, valoración de signos de infección en catéteres venosos centrales, registro de constantes vitales (TA, FC, temperatura), comprobación de parámetros de monitor (flujo de bomba arterial, presiones arteriales y venosas, temperatura, conductividad), registro de complicaciones y medicación intradiálisis.

**Etapa postdiálisis:** analítica extraída e identificada, administración de medicación, sellado de catéter según prescripción, peso postdiálisis registrado y valorado, parámetros del monitor anotados y constantes vitales postdiálisis valoradas.

Una vez identificados estos controles de seguridad sencillos, objetivables y efectivos son verificados en cada etapa del proceso antes de la realización de la siguiente quedando constancia de la enfermera/o responsable que realiza la validación.

### Resultados:

Se elabora un checklist de seguridad adaptado al trabajo desempeñado por enfermería en la terapia de hemodiálisis, con la intención de implementarlo y realizar a posteriori una evaluación semestral tanto del grado de implementación del mismo como del número de eventos adversos ocurridos durante la realización de las sesiones de hemodiálisis.

## Registros de seguimiento de punciones. El uso del ecógrafo como gran aliado

José Manuel Sánchez-Oliva, María Josefa Valle-Hidalgo, Olga Garrido-Serrano, Juan Manuel Romero-Gazo, Raquel Fernández-Aparicio, Carlos Javier García-Linares

Centro Hemodiálisis Aljarafe. Sevilla. España

### Introducción:

Para el desarrollo de las punciones tradicionalmente solo contábamos con la naturaleza de un buen árbol vascular, la Habilidad del personal de Enfermería y la Experiencia ganada en años de profesión. Los registros se limitaban en abordar los problemas que nos íbamos encontrando sesión tras sesión.

Actualmente se ha incorporado a la dinámica de la sala de hemodiálisis elementos técnicos que nos ayudan, diariamente, a tener un mejor juicio técnico y crítico de nuestro trabajo. En este caso, haremos referencia al uso del Ecógrafo como elemento técnico que nos permite poder confirmar o advertir, corrigiendo, nuestro criterio de palpación. Para ello hemos desarrollado un registro que pretende servir de tutor a la hora de desarrollar y definir una fístula.

### Registro:

Se han elaborado dos registros, que con el apoyo de fotografías que se realizan tras la punción, nos permite comparar la intuición propia del registro por palpación con la descripción objetiva que nos muestran las imágenes por ecografía.

Cada uno de los registros tratan de destacar aquellos elementos, que para el profesional de Enfermería, son necesarios tener en cuenta a la hora de pinchar una FAVi. Esos criterios son:

La identificación de la vena por palpación se define por:

- Trayecto
- Longitud
- Consistencia
- Profundidad
  - ángulo de punción
  - ángulo de canalizar
  - centímetros para tocar la vena
  - hay que calzarla
- Movilidad
- Aneurisma
- Diámetro
  - de la vena
  - del brazo
- Fragilidad
  - inmadurez
  - años desarrolladas
  - paciente diabético

- vena hiperreactiva, se inflama al tocarla
  - se rompe con facilidad
  - sangra al pincharla
  - Resistencia a la punción
  - Resistencia al comprobar la punción:
  - Late al canalizar la aguja:
  - Referencias físicas (lunar,...)
  - Pinchar con aguja heparinizada
  - Estructuras y/o complicaciones próximas a la punción
    - Hematomas, compromete:
  - Si
  - No
    - zonas trombosadas
    - edema
    - cicatrices
    - arteria próxima
- Diagnóstico de la vena según el ecógrafo
- Trayecto
    - curvo
    - recto
    - colaterales
    - bifurcaciones
  - Longitud. centímetros
  - Profundidad, trayectoria de la vena en profundidad
  - Aneurisma. Luz
    - limpia o Con deformidades
    - diámetro de la luz
    - íntima desprendida
  - Diámetro
    - de la vena
    - del brazo
  - Referencias físicas (cicatriz,...)
  - Estructuras y/o complicaciones próximas a la punción
    - hematomas
    - zonas trombosadas
    - edema
    - cicatrices
    - arteria próxima

### Conclusiones:

Gracias al uso de unos registros completos, revisables y consensuados con todo el equipo de Enfermería, en donde se ha podido plasmar aquellos criterios propios de la experiencia de años de profesión, el resultado ha sido un lograr un recurso eficaz, útil y crítico. El apoyo de la Ecografía en el día a día de una sala de hemodiálisis se ha revelado como esencial para un mayor y mejor trabajo profesional en el cuidado de nuestros accesos vasculares.

## Resultado de la entrevista sobre entretenimiento y ocio en pacientes con tratamiento crónico de hemodiálisis

Francisco Javier Gallego-Montes, Amparo Garrido-Martos, Miguel Ángel Ramírez-López, Rosalía Alemany-Alfonso, Matilde Díaz-Zaldúa, María José Marín-Caballero

Centro Periférico de Diálisis Virgen Macarena. Sevilla. España

### Introducción:

La inclusión en un programa de hemodiálisis implica la aparición de nuevos factores estresantes y un aumento del esfuerzo adaptativo. Problemas con el entorno social, dificultades laborales, cambios en los hábitos, estilo y calidad de vida favorecen la aparición de alteraciones emocionales. El tiempo intradiálisis puede ser aprovechado para la realización de un programa de actividades de entretenimiento y ocio.

### Objetivos:

Conocer las diferentes maneras de entretenimiento y ocio de los pacientes durante las sesiones para valorar la creación de un programa de actividades lúdicas y terapéuticas intradiálisis.

### Material y Método:

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal a lo largo del mes de abril de 2020, partiendo de un cuestionario (ad hoc), diseñado y elaborado por nuestro personal. Se registran las actividades que habitualmente realizan los pacientes durante las sesiones, así como la respuesta a las propuestas sugeridas.

### Resultados:

Se han realizado 56 entrevistas presenciales (42 hombres y 14 mujeres) con una edad media de 62,2 años.

Actualmente el centro dispone de televisores en las diferentes salas y de una biblioteca de reciente creación dotada de libros y revistas donadas por pacientes y personal del centro. No disponemos de wifi de libre acceso.

La mayoría de nuestros pacientes pasan el tiempo de tratamiento realizando actividades con dispositivos electrónicos, viendo la televisión, leyendo libros o prensa. El

20,7% manifiestan no leer por dificultades visuales e incomodidad. Más del 65% de los que no usan la biblioteca, valoran usarla si se amplía.

Ante la idea de crear un programa de actividades y realizarlas con personas externas el 50% de los pacientes dijo que sí y el 37,5% manifestó que tal vez. Entre las opciones más interesantes están la música en vivo, las lecturas, los monólogos, las charlas sobre temas variados, sobretodo nutrición y dieta.

La realización de alguna actividad física durante la sesión tuvo solo un 7% de acogida por la dificultad que los pacientes perciben a priori.

Las actividades de ambientación y decoración del centro en fechas señaladas tuvo una 55% de aceptación (Está bien, me gusta) y un 19% de participación (Está muy bien, intento participar).

### Conclusiones:

Entendemos que la creación de un programa de actividades intradiálisis adaptado a las respuestas recogidas podría mejorar la percepción hacia el tratamiento, el estado emocional y la calidad de vida. Para ello debemos crear un grupo de trabajo (profesionales y pacientes) con el objeto de crear las actividades y buscar los recursos necesarios (Alcer, Asociaciones culturales y sociales, Hospital, etc). El fin es cubrir la necesidad de actividades recreativas y de ocio mejorando el estado de ánimo y la relación con los compañeros.

## Diseño de la guía de cuidados post trasplante teniendo en cuenta la opinión de los pacientes

Anna Bach-Pascual, Aida Martínez-Sáez, Ernestina Junyent-Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

El perfil de las personas sometidas a un trasplante renal (TR) ha cambiado y esto hace necesaria la actualización de toda la información y educación que se les proporciona. El objetivo principal de la educación durante el período post TR más temprano es empoderar a los pacientes para mejorar su autocuidado y al mismo tiempo mejorar su percepción de calidad de vida consiguiendo a la vez, ayudar al correcto funcionamiento del órgano trasplantado el mayor tiempo posible. En nuestro hospital la formación y educación se realizan desde el 1<sup>er</sup> día de ingreso y sigue durante todo el período post trasplante más reciente (aproximadamente hasta los 3 meses); durante este período se forma al paciente y su entorno más cercano con: pautas para mantener un estilo de vida saludable, cómo tomarse la medicación, cuándo debe consultar a su equipo de trasplante. Hasta el momento toda esta información se daba de forma muy esquemática en formato tríptico para que lo tuvieran de apoyo una vez son dados de alta.

### Objetivo:

Actualizar el material de apoyo para la educación sanitaria post trasplante según la opinión de los pacientes trasplantados mediante una encuesta ad-hoc.

### Material y Método:

Con un cuestionario ad-hoc se evaluó el grado de satisfacción de los pacientes sobre la educación e información recibida y material utilizado durante la hospitalización. La muestra fueron todos los pacientes trasplantados entre julio y diciembre del 2019. Una vez conocida la opinión de los pacientes, se procedió a la elaboración del nuevo material con un panel de expertos.

### Resultados:

La muestra fue de 57 pacientes. El 100% estaba satisfecho con la información recibida. El 31,6% (n=18) le hubiese gustado recibir más información sobre hábitos saludables; el 14% (n=8) necesitaría profundizar sobre signos de alarma y consulta. Finalmente, el 47,4% (n=27) opina que sería mejor una guía informativa con la información relacionada con el trasplante y sus cuidados.

Con los resultados obtenidos, las enfermeras referentes en trasplante renal del hospital en colaboración con otros profesionales expertos, diseñaron una guía informativa y formativa con toda la información sobre cómo mantener un estilo de vida saludable y que cuidados debe mantener para lograr una pronta recuperación, así como colaborar en la correcta supervivencia del injerto.

### Conclusiones:

La opinión y visión de la persona trasplantada debe estar presente en todas las acciones y estrategias que se diseñen para conseguir los objetivos que como profesionales enfermeros nos marcamos. Este estudio nos ha permitido elaborar un material de soporte teniendo en cuenta las necesidades expresadas por los usuarios, así como sus conocimientos previos y nivel sociocultural. El siguiente paso es pilotarlo y establecer un método de valoración continua.

# Donante subóptimo: perfusión hipotérmica pulsativa en el injerto renal

Estefanía Iglesias-González

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

## Introducción:

En España más del 50% de los donantes son mayores de 60 años. Este aumento de edad conlleva que más de la mitad de los riñones generados provengan de donantes subóptimos. Estos órganos menos adecuados son más difíciles de preservar y son necesarios nuevos métodos de preservación. El mantenimiento de la viabilidad de los órganos durante la preservación se convierte en un reto.

Estudios recientes sugieren que la máquina de perfusión podría tener un beneficio clínico durante el primer año postrasplante y una menor tasa de función renal retardada en comparación con el almacenamiento en frío. El futuro puede ser la perfusión en máquina, por este motivo, nuestro centro impulsó un nuevo proyecto basado en la preservación renal pulsativa, con el objetivo de lograr una perfusión intravascular continua con una preservación más efectiva.

## Objetivos:

- Dar a conocer la preservación renal pulsativa.
- Enumerar sus beneficios ante el donante actual.
- Exponer nuestra experiencia en su uso.

## Material y Método:

- Revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, MEDLINE, CINAHL y CUIDEN a partir del año 2007 en adelante.
- Consenso con expertos del área.

## Resultados:

La preservación renal mediante perfusión continua hipotérmica fue descrita por Humphries y desarrollada por Belzer en los años 60. Supuso un nuevo paradigma en la preservación pero su complejidad y alto coste inicial minimizaron su uso. No obstante, en las últimas décadas ha ha-

bido un renovado interés basado en la mejor preservación de riñones provenientes de donantes a corazón parado y las limitaciones de los criterios histológicos.

En nuestro hospitalario se inició el programa de perfusión renal pulsativa utilizada en donantes mayores de 55 años o con algún criterio expandido como hipertensión arterial, diabetes mellitus o fallecimiento por accidente cerebro vascular. El aumento de edad de los donantes hace que el 60% de los riñones generados en el centro provengan de criterios expandidos de los que un 40% se sitúan entre los 50-70 años con algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular. Con una media de edad de 55,8 años de nuestro donante hospitalario la utilización de estos dispositivos ha permitido al centro obtener unos óptimos resultados en los receptores de estos órganos reduciendo significativamente la función retardada del injerto a un año respecto al método tradicional.

## Conclusión:

La edad del donante influye en la calidad del órgano. El método de conservación es crucial para el resultado del trasplante renal, especialmente, para los riñones de donantes con criterios expandidos. Con el creciente número de potenciales receptores, a muchos equipos de trasplante se les pide que utilicen riñones de donantes con criterios expandidos, en consecuencia, parece apropiado buscar estrategias como la perfusión pulsátil para optimizar el trasplante de riñones añosos y mejorar resultados.

## Fragilidad y prehabilitación en pacientes sometidos a un trasplante renal

Anna Andreu-Colominas, Carlos López-Pablo

Hospital Clínic. Barcelona. España

El aumento de la prevalencia de la ERCT en paralelo a la disminución de la disponibilidad de órganos ha supuesto un aumento del tiempo medio de espera del trasplante. Cada año son más los pacientes de edad avanzada que se inscriben en la lista de trasplante de riñón, garantizándoles una vez trasplantados un aumento de la supervivencia y una mejor calidad de vida en comparación con la diálisis. Por lo tanto, es crucial seleccionar qué pacientes de edad avanzada pueden beneficiarse de un trasplante renal y cuáles presentan un riesgo elevado de complicaciones posteriores al trasplante, así como desarrollar estrategias que permitan disminuir este riesgo.

Este trabajo está enfocado a establecer cómo influye el nivel de fragilidad en el pronóstico de los pacientes sometidos a un trasplante renal y a poder detectar posibles estrategias previas al proceso quirúrgico, como el ejercicio físico, que influyan de una manera positiva en la fragilidad y, como consecuencia, en una mejor recuperación después del trasplante renal.

El concepto de fragilidad puede utilizarse para identificar el conjunto de adultos de avanzada edad que requieren un mayor cuidado. La fragilidad se caracteriza por pérdida de peso, cansancio, debilidad muscular, marcha lenta y poca actividad física. La relación entre enfermedad crónica y fragilidad no es clara y, aunque a menudo comparten la misma etiología y vías biológicas, ya que muchas enfermedades crónicas contribuyen a la fragilidad, la presencia de enfermedad crónica no significa necesariamente fragilidad.

La fragilidad preoperatoria está asociada a un mayor riesgo de presentar complicaciones postoperatorias. Por lo tanto realizar una valoración de la fragilidad puede ayudar a pacientes y personal sanitario a realizar un programa de prevención y toma de decisiones que ayuden al propio paciente. En este sentido se pone de manifiesto la importancia de la prehabilitación en los pacientes en lista de espera de trasplante renal. Un programa de prehabilitación mejora la capacidad cardiopulmonar, reduciendo los eventos adversos post trasplante y como consecuencia los días de hospitalización.

Los individuos que están en peor forma física y los más sedentarios muestran mejoras más relevantes cuando inician un programa de ejercicios. En este caso, pequeñas cantidades de actividad física tienen efectos importantes. Se observa, por ejemplo, que los pacientes frágiles que han seguido unas pautas sencillas de ejercicio de marcha y respiración experimentan mejoras notables en su capacidad de caminar. Los pacientes más frágiles tienden especialmente el descanso y la inactividad física debido a su capacidad funcional ya baja; por lo tanto, son una población de pacientes que se beneficia especialmente de una intervención dirigida.

# Incorporación metodológica del mindfulness a la gestión de cuidados del paciente sometido a trasplante renal

Trinidad López, Susana Fuentes, M<sup>a</sup> Luz Amoedo, Auxiliadora Luque

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

## Introducción:

El proceso del trasplante renal constituye una experiencia en la que intervienen factores estresantes que se traducen en una alta prevalencia de manifestaciones de sufrimiento, insomnio, pérdida de control o ansiedad expresada a menudo con respiración acelerada y superficial, como respuesta de "lucha o huida" fruto de pensamientos distorsionados o anticipatorios irreales sobre los que debemos intervenir para que la unidad psicosomática mente-cuerpo pase a una respuesta de relajación del sistema nervioso SN que permita un afrontamiento más adaptativo y saludable.

El mindfulness es una técnica que se centra en focalizar la atención en el "aquí y ahora" enfocada en la resistencia emocional y que proponemos incluir en la gestión de cuidados a estos pacientes vulnerables e inmunodeprimidos.

Objetivo general: mejorar y mantener el equilibrio biopsicoemocional del paciente sometido a trasplante renal (PTXR).

Objetivos específicos :

- Dar a conocer los principios, técnicas y beneficios del mindfulness en salud.
- Incorporarlos en las intervenciones NIC sobre los criterios NOC: 0410 Estado respiratorio y 1402/4 Autocontrol de la ansiedad/miedo durante la recuperación postquirúrgica y al alta a domicilio (fomento del hábito).

## Material y Método:

Revisión sistemática en bases de datos: IBECS, MEDES, IME, ENFISPO, CUIDEN, COCHRANE LIBRARY PLUS, DIALNET, MEDLINE Y SCIELO del término "mindfulness en salud" con selección aplicable al plan de cuidados. Población Diana: PTEX en proceso de recuperación postquirúrgica hospitalaria hasta el alta domiciliaria (promedio de 9 a 15 días).

- Evidencia interna de enfermeros con más de 10 años de experiencia con formación básica: técnicas cognitivo-conductuales de 3<sup>o</sup> generación, counselling y prácticas de mindfulness basado en los principios de la bioética en una relación empática deliberativa con diálogo y simetría moral.
- Análisis NANDA/NIC/NOC y revisión/selección taxonómica NIC focalizada en la "relajación física" y "toma

de conciencia plena" mediante la herramienta: anclar la mente en la "Respiración pausada y profunda".

- Continuidad de cuidados: registrado diario en módulo de cuidados y fomento del hábito progresivo como diagnóstico: "disposición para mejorar el afrontamiento/ bienestar".

## Resultados:

Edición de sesión clínica interdisciplinaria bibliográfica: Principios y beneficios del "mindfulness" como procedimiento novedoso que pretende "prestar atención de manera intencional al momento presente".

\* Edición e incorporación del protocolo "ASISTENTE DE RESPIRACION" en NIC:3230 Fisioterapia respiratoria", 5960 Facilitar la meditación.

1460 Relajación muscular progresiva, inicialmente en "ronda de seguridad" antes del descanso nocturno, "refuerzos diarios" y edición en las Recomendaciones al alta. Consta de:

1. Respiraciones diafragmáticas profundas (con mano en vientre y pecho), postura cómoda y condiciones ambientales (luz, tranquilidad) centrando la atención: contar inspiraciones/contener aire/exhalaciones seguidas de respiraciones lisas sin esfuerzo.
2. Observación del pensamiento: minimeditaciones guiadas verbales o a través del dispositivo móvil dejando fluir/soltar percepciones y emociones sin juicios ni opiniones y asumiendo que pueden resultar incómodas o desagradables.
3. Añadir visualizaciones y toma de conciencia corporal (ojos, mandíbula, suelo pélvico, manos y pies) junto con relajación muscular progresiva.

## Conclusiones:

La incorporación del mindfulness permite activar la respuesta de relajación corporal/calmar la mente (modo de crecimiento del SN) y proporciona unos cuidados avanzados con beneficios directos sobre la inmunidad, el descanso y el equilibrio psicoemocional determinantes de salud en la recuperación de los pacientes sometidos a trasplante renal.

"No se trata de detener la tormenta, sino de aprender a danzar bajo la lluvia".

## Seguridad en la administración de inmunosupresores en trasplante renal

Emilia Ferrer-López, Francisco Javier Rubio-Castañeda, Alicia Mayoral-Lacoma, Víctor Cantín-Lahoz, Sheila Bailo-Gómez, Ana María Sánchez-Arnás

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

### Introducción:

En el área de la salud la infografía se ha convertido en un recurso importante para explicar procedimientos de atención, enfermedades, procesos médicos, funcionamiento de órganos y sistemas.

Para la supervivencia del injerto renal es imprescindible la correcta toma del tratamiento inmunosupresor.

Enfermería es la encargada de administrar el tratamiento en los primeros días postrasplante, explicar al paciente su importancia y la manera correcta de tomarlos.

Es de suma importancia conocer estos fármacos, algunos ellos comparten mismo principio activo, pero difieren en su liberación y forma de actuar, pudiendo en caso de error influir en los niveles sanguíneos y, en la seguridad del paciente.

### Objetivos:

- Detallar los fármacos utilizados dentro de cada familia farmacológica.
- Describir las diferentes presentaciones disponibles de cada medicamento y sus dosis.
- Conocer la forma correcta de administración, las interacciones farmacológicas y los efectos secundarios.

### Material y Método:

Búsqueda bibliográfica de la evidencia científica relacionada con la toma de inmunosupresores en trasplante renal (Pubmed, Scielo, Cochrane, Embase, Google Scholar), tras ello, se realizará una de infografía incluyendo, esquema farmacológico, tanto de la fase de inicio como en la de mantenimiento, descripción, posología, presentaciones y efectos secundarios.

### Resultados:

Fármacos inmunosupresores:

- Inhibidores MTOR (MTO): Everolimus Sirolimus.
- Inhibidores de la Calcineurina (ICN): Ciclosporina o Tacrolimus.
- Antiproliferativos: Micofenolato mofetil o sódico y Azatioprina.
- Esteroides: Corticoesteroides.

### Conclusiones:

Cuanto más visual y esquemática sea la representación de la información, mejor será la asimilación de los conocimientos sobre este tema, disminuyendo los potenciales errores en el manejo y administración de la medicación.

- El tratamiento no se suspenderá por completo en ningún caso, sin orden médica.
- Se administrará la menor dosis posible para minimizar los efectos secundarios y su toxicidad.
- Es necesario realizar analíticas de control de los niveles en sangre para ajustar la dosis necesaria para garantizar la supervivencia del injerto y minimizar los efectos secundarios. Asimismo, son una medida indirecta de adherencia al tratamiento.
- Existe un mayor riesgo de infección o neoplasia (cutánea principalmente).
- Es importante conocer las interacciones medicamentosas y metabólicas del tratamiento (ej. pomelo...).
- Añadido al tratamiento inmunosupresor, puede ser necesaria la toma de fármacos coadyuvantes para prevenir o disminuir los efectos secundarios de éstos, antihipertensivos, hipolipemiantes, profilaxis antiinfecciosa, antianémicos, etc...

## Alergia a las agujas de hemodiálisis

Silvia Torio-Mateos, Amelia Martín-Lorenzo, Almudena Ríos-Cotorruelo, Cristina Bartolomé-Rapado

Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España

### Introducción:

Las alergias en hemodiálisis han disminuido debido a la evolución de los materiales, cada vez más biocompatibles. No obstante, los materiales utilizados desde hace tiempo, como las agujas, producen reacciones nuevas como sucede en el caso que presentamos. En nuestra unidad, con una trayectoria de 34 años, es la primera vez que sucede y no hemos encontrado ningún caso similar documentado.

Una vesícula es una cavidad llena de líquido que se forma debajo de una capa fina de piel muerta como respuesta a una lesión mecánica, térmica o alérgica. La vesícula mayor de 0,5cm se denomina ampolla.

### Caso clínico: intervenciones/resultados:

Varón de 78 años con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. En el transcurso del año 2019 presenta recurrentemente en la zona de punción de las agujas ampollas cuyo diámetro oscila entre 0,5 cm y 2 cm, alrededor de las cuales se producía un leve eritema de aproximadamente 0,1 cm. Las más pequeñas se reabsorbieron espontáneamente en 48 horas, sin embargo, la de mayor tamaño precisó drenaje del líquido y un reconstituyente epitelial.

Nuestro objetivo es identificar el agente causante de la reacción con el fin de poder evitarlo y, de este modo, procurar al paciente un mayor confort dialítico.

Inicialmente sospechamos una intolerancia alérgica al esparadrapo, por lo que se sustituye varias veces.

Posteriormente, se sospechó que el origen podía ser el contacto de la piel con algún componente de las agujas (acero, cromo, níquel o la parte plástica de las alas estabilizadoras). Procedemos a aislar las agujas lo máximo posible de la piel; para ello colocamos esparadrapo siliconado debajo de la aguja, y éste mismo lo usamos para su fijación. Se utilizaron diferentes tipos de marcas comerciales de agujas. A pesar de estas medidas, de vez en cuando aparecía alguna ampolla.

El paciente es derivado a dermatología, donde le hacen un test epicutáneo en la espalda en el cuál no se detectó ninguna reacción a esparadrapos, gasas ni agujas (se toman pequeñas virutas de la parte metálica). El resultado no fue concluyente y se atribuyó a una lesión de origen mecánico.

En octubre, se vuelve a producir otra ampolla, por lo que es derivado a alergología, con el siguiente resultado: es alérgico a cloruro de cobalto, sulfato de níquel, tiosulfato sódico de oro y diferentes esencias presentes en algunos perfumes.

### Conclusión:

Las agujas en su parte metálica están compuestas de acero inoxidable, que contiene una pequeña parte de níquel, por lo que llegamos a la conclusión de que la reacción cutánea de nuestro paciente podría deberse a una alergia al níquel.

A pesar de los resultados obtenidos en las pruebas alérgicas, en la actualidad se le realizan punciones con las agujas habituales, sin gasa debajo de las mismas y se fijan con el esparadrapo de silicona que utilizamos regularmente. Desde octubre del año pasado, no ha vuelto a aparecer ninguna reacción. Si volviese a aparecer, recomendamos el uso de cánulas de hemodiálisis.

## Aprendizaje de hemodiálisis domiciliaria en hospital versus domicilio

Alba Serrano-Espigares, Laura Casuso-Jiménez, José Javier Padilla, Inmaculada Caro-Rodríguez, Sonia García-Hita

Hospital de Poniente. Almería. España

### Introducción:

El tratamiento con Hemodiálisis domiciliaria (HDD) ha quedado demostrado a lo largo de los años que aporta grandes beneficios para el paciente tanto para su salud física como psicosocial. Con respecto a la salud física el aumento del número de diálisis favorece tanto por el mejor control de la tensión arterial como por el mejor control de metabolismo óseo mineral y por supuesto en la mejoría de la tolerancia al tratamiento. En el caso de la salud psicosocial, nos encontramos a un paciente que al no tener que desplazarse al hospital, el consumo del tiempo que rodea al tratamiento es menor, además de una mayor conciliación de su vida laboral y familiar ya que el tratamiento se ajusta a su vida y no al contrario.

### Objetivos:

Comparar los beneficios y dificultades que representan el aprendizaje en el domicilio en comparación con el hospital como se venía haciendo habitualmente.

### Material y Método:

Hasta el momento se había realizado el aprendizaje de la técnica de HDD en el hospital, en una zona habilitada para ello. Para eso disponíamos de un tiempo ilimitado que resulto variar entre 6-8 semanas según las habilidades de los pacientes/cuidadores. Para esta comparativa, teníamos dos pacientes espera el aprendizaje para irse al domicilio.

Con respecto al primer paciente: resulto ser un paciente joven, con patología respiratoria, no incluido en LET y que inicio su aprendizaje en febrero de 2020. Se realizo una semana de aprendizaje en el hospital, para asegurar la tolerancia a la técnica y una buena canalización del acceso vascular con la técnica de buttonhole

(BH), tras la cual nos desplazamos al domicilio para terminar de afianzarla dentro del entorno habitual en el que la iban a realizar junto con una enfermera especializada en la técnica con el monitor Phydidia S3.

Con el segundo paciente: hablamos de un paciente previamente con HDD con otro monitor y que retoma la técnica tras un periodo de enfermedad aguda que le impidió continuar en casa, así como un problema con el anterior acceso vascular que requirió uno nuevo y realización de nuevo BH para minimizar riesgos en el domicilio. Igualmente, estuvimos una semana en el hospital y después se desplazaron al Domicio en las mismas condiciones del anterior.

### Resultado:

En ambos casos se preciso de dos semanas mas en el domicilio, resultando un total de 3 semanas de aprendizaje total, frente a las 6-8 semanas de aprendizaje en el domicilio. Con respecto a la percepción de los pacientes se paso un test compuesto de 8 ítems, siendo en el caso del segundo paciente, una comparación entre ambos aprendizajes.

En ambos casos el resultado fue muy positivo el aprendizaje en el domicilio ya que la percepción de seguridad y tranquilidad se ve aumentada cuando la enfermera se va del domicilio y se quedan solos, por resultar ser el entorno habitual del tratamiento prácticamente desde el inicio.

### Conclusiones:

El aprendizaje en el domicilio resulta ser mejor elección que en el hospital por la tranquilidad y seguridad que aporta al paciente/cuidador por ser el entorno habitual en el que desarrollan la técnica.

## Caso clínico: infección por coronavirus en trasplantado renal

Sara Mencía-Prendes, María Ruiz-García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

### Introducción:

Un virus RNA betacoronavirus se designó como el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-CoV-2) y la enfermedad fue denominada Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19). Los pacientes pueden desarrollar alteraciones en el sistema respiratorio, pudiendo llegar a padecer neumonía severa, edema pulmonar o síndrome de dificultad respiratoria. Las manifestaciones, el tratamiento y el pronóstico de la neumonía por COVID-19 en los trasplantados renales pueden ser diferentes de los del resto de la población debido a su inmunosupresión.

**Presentación del caso:** Varón de 50 años con ERC no filiada, trasplantado renal en 2016 que acudió a urgencias por fiebre de 38°C, tos, rinorrea, diarrea con pérdida de peso y molestia en injerto renal en fosa iliaca derecha. Se diagnosticó de COVID positivo tras realización de placa de tórax y PCR SARS-COV-2 (+). Ingresó en nuestra unidad de trasplante renal y se realizó una valoración inicial mediante los patrones funcionales de Gordon.

**Plan de cuidados:** Se identifican diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía NANDA, algunos de los cuales son hipertermia, deterioro intercambio de gases, riesgo desequilibrio electrolítico, patrón respiratorio ineficaz, desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. Se identifican los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

**Evaluación del plan:** El paciente estuvo ingresado durante 21 días durante los cuales se llevaron a cabo las intervenciones necesarias para resolver los diagnósticos de enfermería. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró una disminución de la dificultad respiratoria, una mejoría en el patrón respiratorio, disminución de la temperatura corporal y una disminución de la ansiedad.

### Conclusiones:

En este caso se logró el objetivo planteado en cuanto a los diagnósticos relacionados con el patrón respiratorio ineficaz y el desequilibrio electrolítico (causante en parte del deterioro de la función del injerto), aunque aún queda la parte de la rehabilitación en domicilio. Uno de los factores de mayor peso fue la ansiedad provocada por la incertidumbre de la enfermedad y el aislamiento al que el paciente se veía sometido, y que también fue solventando intentando disminuir estos factores emocionales estresantes con nuestras intervenciones realizadas.

## Caso clínico: cuidados de enfermería en lesiones por arteriopatía urémica calcificante en paciente trasplantada renal que retorna a hemodiálisis

Yessica Advíncula-Pomcaja, Ignacia Chércoles-López, Ana Calleja-Baeza, Ernestina Junyent-Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

La arteriopatía urémica calcificante o calcifilaxis, se caracteriza por necrosis isquémica y calcificaciones de la capa media de las arteriolas dermo-epidérmicas, es poco frecuente asociado a personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo renal o trasplante renal con una mortalidad del 80% de los casos en pocos meses por compromiso séptico.

Se presenta el caso de una paciente trasplantada renal con disfunción del injerto y retorno a hemodiálisis a los 6 meses del trasplante. Que ingresó en nuestra unidad por presentar desarrollo de úlcera en región pretibial derecha de 1 mes de evolución sobreinfectada e intensamente dolorosa y en región pretibial izquierda mancha equimótica. Diagnosticada de calcifilaxis. Con evolución tórpida durante el ingreso.

### Objetivo:

- Describir los cuidados de enfermería en las curas de las lesiones por arteriopatía urémica.
- Gestionar el alta para un manejo ambulatorio de las heridas para mejorar la calidad de vida de la paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario.

### Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo, se recogieron los datos a través de la historia clínica electrónica de nuestro centro y los registros de hemodiálisis.

### Presentación del caso:

Paciente de 73 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis desde febrero de 2015 que fue trasplantada en junio de 2019 y reinició hemodiálisis en diciembre del mismo año mediante fístula arteriovenosa húmero cefálica. Independiente para las actividades de la vida diaria, No alergias medicamentosas conocidas y fumadora de 10 cigarrillos día.

Como factores de riesgo presentaba:

- Ser trasplantada renal con tratamiento con corticoterapia.
- Sexo femenino.
- Insuficiencia renal crónica que precise hemodiálisis.
- Tratamiento con quelantes del fósforo
- Hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal.
- Hipoalbuminemia que se agudizó durante el ingreso.

Tras desbridamiento quirúrgico por el Servicio de Cirugía y biopsia cutánea por el Servicio de Dermatología se diagnosticó Calcifilaxis con sobreinfección bacteriana.

La paciente presentaba tres úlceras en las extremidades inferiores:

- Pierna inferior derecha externa 8 cm x 4 cm.
- Pierna inferior derecha interna 12 cm x 7 cm.
- Pierna inferior izquierda externa 3 cm x 2,5 cm.

Todas ellas presentan piel perilesional íntegra con bordes irregulares, lecho de las heridas: tejido calcificado color amarillento con zonas necróticas.

Durante el ingreso se realizaron curas por parte de enfermería según pauta del dermatólogo mediante desbridamiento enzimático realizado por enfermería asistencial con evolución tórpida. Como tratamiento coadyuvante se intensificó la hemodiálisis a 5 sesiones por semana. Una vez resuelta la sobreinfección se coordinó el alta domiciliar haciendo coincidir las curas con las sesiones de hemodiálisis. Asumidas por la enfermera Gestora de casos de heridas. La paciente presentó gran mejoría en pocos días.

### Conclusiones:

Incluir en el equipo a la enfermera gestora de curas favorece un seguimiento continuado de las lesiones permitiendo modificar las curas según la evolución y necesidades de las mismas para una correcta evolución.

La intensificación de las sesiones de hemodiálisis, el control del dolor y evitar la infección es fundamental.

La coordinación multidisciplinar del equipo sanitario permite el alta hospitalaria favoreciendo la calidad de vida de la paciente.

# La lucha en tratamiento renal sustitutivo. A por el cuarto trasplante renal

M<sup>a</sup> Luz Sánchez-Tocino

Centros Las Encinas y El Castañar. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Salamanca. España

## Introducción:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica hacen de la diálisis una forma de vida, muchos describen a la cicladora de peritoneal, como "tu pareja" de las noches y la hemodiálisis, cómo ir a trabajar, cuatro horas tres veces por semana. Pero la mayoría vive pensando en cambiar esa involuntaria vida nocturna de pareja o laboral y volver a la libertad que te da el trasplante renal. Este relato bibliográfico narra la lucha constante de una mujer cuya "enfermedad rara", el síndrome de Alport, la llevo a recibir ambos tratamientos dialíticos antes de los veinte y treinta años después, aun con sus limitaciones auditivas y visuales, tres trasplantes y varios hospitales en los que ha ido dejando amigos, no pierde la sonrisa y el optimismo, a la espera de que su sueño de un cuarto trasplante "biónico" vuelva a dejarla en la lista del paro del oficio de dializarse.

## Objetivo:

Puede ayudar a otras personas en situaciones similares a afrontar con optimismo, como ella lo hace, los nuevos retos y a darse cuenta que, ante situaciones de adversidad, no tiene que ser el final.

A los profesionales, nos mostrará cómo nuestros pacientes se enfrentan al día a día del tratamiento renal sustitutivo, para que no olvidemos que detrás de cada uno, está su historia.

## Material y Método:

Este relato biográfico se obtuvo mediante una entrevista en profundidad realizada en la clínica en la que se dializa actualmente. A petición de la paciente se hizo un día que no tenía tratamiento, para estar más tranquila

y sin que cualquier incidencia que se pudiera producir durante la diálisis de ese día, afectara el contenido de la misma. Se creó un ambiente adecuado para el encuentro, evitando ruido e interrupciones. A pesar de su hipocausia, la paciente puede seguir una conversación sin ningún tipo de problema, hablándole claro y a la cara. Su participación fue voluntaria y confidencial. El contenido final de la entrevista fue verificado por la paciente y su identidad fue preservada mediante un pseudónimo, anonimizando además los centros sanitarios en los que recibe atención.

La entrevista duró una hora y fue grabada para su posterior transcripción literal según las recomendaciones de Amezcua y cols. La información ha sido completada con notas de campo sobre el ambiente creado y aspectos del lenguaje no verbal. La paciente se mostró tranquila, con actitud sonriente y positiva, sólo en determinadas situaciones, cuando se refiere a los sentimientos de su madre aflora la emoción en sus ojos.

En el relato se describen 14 categorías temáticas, que se van desarrollando según van aconteciendo los sucesos en la vida de María. Presentación. La llegada de la insuficiencia renal. El Síndrome de Alport. La entrada en diálisis. El primer trasplante. Llegó el segundo trasplante. La experiencia otro rechazo. El cambio de peritoneal a hemodiálisis. El tercer trasplante. La vida sin diálisis y la dura vuelta de nuevo. Lo peor, que se hace más duro. Lo positivo, aprendiendo de todo. La nueva esperanza, un sueño. El secreto y que enseñar.

## Mieloma múltiple: a propósito de un caso

Sofía Ferrero-Hidalgo, Natalia Almendros-Valera, Javier García-Pérez, María Vicenta Ruiz-Carbonell

Hospital Germans Universitari Trias I Pujol. Barcelona. España

### Introducción:

Enfermedad neoplásica progresiva, que se caracteriza por tumores de células plasmáticas en la medula ósea y por la sobreproducción de una inmunoglobulina (IG) monoclonal completa (IgG, IgA, IgD o IgE) o de proteínas Bence-Jones (cadenas ligeras kappa y lambda monoclonales libres, a menudo asociadas a lesiones osteológicas múltiples, hipercalcemia, anemia, lesión renal y aumento de la susceptibilidad a las infecciones bacterianas.

Los síntomas son dolor o malestar generalizado y fatiga física.

### Caso clínico:

Varón de 62 años sin AMC, hipertensión en tratamiento con ramipril e hiperplasia benigna de próstata. Acude a su médico por malestar general y astenia.

Es diagnosticado el 12/6/2019 IgA con proteinuria de Bence-Jones, estadio III-B, ISS Lambda a raíz de ingreso por fracaso renal agudo con filtrado glomerular de 2ml/h y creatinina de 17 mg/dl.

Se inicia hemodiálisis convencional por insuficiencia renal en contexto de mieloma múltiple de altos flujos de cuatro sesiones de duración con filtro vitapes 210 HF.

Se planteó la necesidad de hacer diálisis diaria de seis horas con filtro especial.

### Objetivos:

1. Eliminar las cadenas ligeras kappa y lambda.
2. Evitar la coagulación del circuito.

### Material y Método:

Realizamos cinco sesiones de 6 horas de duración. A las tres horas realizábamos un cambio de filtro ya que las cadenas kappa y lambda se adhieren a las membranas perdiendo mucha capacidad.

El filtro utilizado era BK.2100F (81031015) con un cuf-off de doble poro y membrana biocompatible de polimetilmetaquilato.

El cebado consistía en pasar 2000 cc de suero fisiológico y el primero heparinizado (1000 UI/ml 5 ml 1%).

Los flujos de sangre se mantuvieron a 250 ml/min para realizar una depuración lenta, el flujo del baño a 500 ml/h.

Para evitar la coagulación del circuito administrábamos un 1 cc de heparina sódica al 1% en bolus (sólo en el primer filtro) y manteníamos una perfusión continua 1 ml/h (15 ml SF + 5 ml heparina 1%) parando la bomba una hora antes de finalizar la sesión. No se coaguló ningún circuito.

Media hora antes de iniciar la diálisis administrábamos 40 mg de urbasón ev. Y una ampolla de dexclorfeniramina ev.

Una vez finalizada cursábamos una analítica, coagulación, niveles de cadenas ligeras, calcio y albúmina.

Luego administrábamos una ampolla de seroalbúmina 20% y una amp. De gluconato cálcico.

Mantuvo constantes vitales.

Las cadenas ligeras se redujeron considerablemente.

El día 13/12/2019 fue sometido a autotrasplante de medula ósea.

### Conclusiones:

El propósito de nuestro estudio fue debido a la poca literatura que encontramos para diálisis largas y las dudas que nos planteaba la coagulación de los circuitos.

Queremos hacer hincapié que el dializador utilizado es muy eficaz.

La dosis de heparina utilizada fue mínima, no se causó ningún trastorno de la coagulación y evito la coagulación de los circuitos.

Somos conscientes de que era una técnica muy cara, pues nos comentaron el elevado coste del dializador y nosotras necesitamos dos por sesión.

El paciente ha mejorado considerablemente pero sigue en programa de diálisis en nuestro servicio.

## Ocho años de catéter venoso central. A propósito de un caso

Paula Mateos, Carolina Santana, Jorge Trujillo, Tania Monzón

AVERICUM NEGRIN. Las Palmas. España

Presentamos el caso de una mujer de 68 años natural de El Sahara con enfermedad renal crónica de etiología no filiada, probablemente secundaria a nefroangioesclerosis. Entre sus antecedentes personales más significativos encontramos hipertensión arterial, lúes latente, útero miomatoso y linfedema crónico de miembros inferiores y postoperada de dos cesáreas. Inicia tratamiento renal sustitutivo mediante hemodiálisis en septiembre de 2010 a través de un catéter venoso central (CVC) tunelizado yugular derecho.

Posteriormente se realizan dos intentos de acceso vascular definitivo mediante fístula arteriovenosa nativa humero-cefálica en miembro superior derecho en Marzo del 2011 que se trombosa sin llegar a usarse.

En junio de 2012 se procede al recambio del CVC por disfunción, en la misma localización, colocando en su lugar un CVC tunelizado Vax-Cel® de poliuretano, carbonato y poliéster de 23 cm.

En abril de 2013 se realiza un nuevo intento de acceso vascular definitivo mediante prótesis de PTFE humero-humeral en miembro superior izquierdo el cual presenta a los pocos días fallo primario y no es recuperable. Tras esto, se decide no realizar más intentos de acceso vascular definitivo y mantener el CVC. Desde entonces la paciente continúa con dicho CVC como acceso vascular único.

Hasta la fecha no tenemos registro de ninguna incidencia en cuanto a infección ni del orificio del catéter ni de bacteriemias relacionadas con el CVC presentadas a lo largo de estos 8 años. Sí ha presentado episodios puntuales de disfunción que han sido solucionados tras protocolos de sellado con uroquinasa en nuestro centro permitiendo su buen funcionamiento. El CVC ha permitido una adecuación de diálisis con Kt promedio de 60 en estos años.

## Paciente portador de catéter transitorio, por retirada de permanente, el reto de una FAVi inmadura. Caso clínico

José Manuel Sánchez-Oliva, María Josefa Valle-Hidalgo, Olga Garrido-Serrano, Juan Manuel Romero-Gazo, Raquel Fernández-Aparicio, Carlos Javier García-Linares

Centro Hemodiálisis Aljarafe. Sevilla. España

### Introducción:

Los accesos vasculares son vitales para los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis. Actualmente contamos con la ayuda de técnicas de imagen, como la Ecografía Vascular, que permiten sacar adelante FAVIs anteriormente deshauciadas, como es nuestro caso.

Los signos de disfunción vascular son habitualmente poco sensibles a la palpación, lo que suele traducirse en punciones traumáticas y problemas para las siguientes sesiones.

### Situación clínica, antecedentes:

Paciente de 69 años con ERC estadio V en tratamiento con hemodiálisis, diagnosticada de Poliquistosis Hepatorrenal Autosómica Dominante.

La paciente tras varios años con una muy buena FAVi HB MSI se trombosa. Se canaliza catéter permanente, disfuncionante. Refiere percepción de su calidad de vida disminuida. Se realiza una nueva FAVi HB MSD, viviéndose un postoperatorio tórpido. Mientras, sufre un catéter femoral también disfuncionante.

El Reto fue desarrollar una FAVi inmadura. Para ello se recurrió al estudio ecográfico que junto a nuestro propio registro de seguimiento de punciones lo contrastábamos con lo que nos marcaba las imágenes ecográficas.

Como Plan de Cuidados se identificaron los siguientes Diagnósticos de Enfermería, recogidos en la NANDA.

- Riesgo de Baja autoestima (00153)

Para ello ayudaremos a la paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo.

- Trastorno de la imagen corporal (00118)

Ayudaremos a la paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento y valoraremos su ajuste a los cambios de imagen corporal.

- Temor (00148)

Control del miedo, proporcionaremos ayuda a la paciente y al cuidador durante un procedimiento.

- Ansiedad (00146)

Ayudaremos a la paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella; y propiciaremos la implicación familiar.

Al inicio del seguimiento le pasamos el TEST HADS (Ansiedad: 10, límite de trastorno de ansiedad / Depresión 14, trastorno depresivo). Mejorando los resultados al conseguir demostrar el desarrollo de su FAVi.

### Conclusiones:

El rol de enfermería en el cuidado del acceso vascular del enfermo renal crónico requiere en gran parte, la detección y reconocimiento temprano de las complicaciones técnicas propias de los accesos venosos.

Tras observar los acontecimientos y analizarlo con el equipo llegamos a la conclusión de que el desarrollo de una FAVi inmadura, en una paciente especialmente sensible, dada su historia clínica reciente, era un reto que debíamos abordar con determinación y trabajo riguroso. Para ello decidimos hacer uso de forma habitual del ecógrafo, fotografías y una hoja de seguimiento de punción propia que íbamos actualizando cada vez que observábamos algún cambio.

Gracias al apoyo técnico, y a los registros usados, hemos podido ver y anticiparnos a la maduración y complicaciones propias de este acceso y estudiar con un enfoque más objetivo y tecnificado.

Con lo que a fecha de hoy, un acceso que a juzgar por nuestra experiencia se hubiera visto obligado a abandonar, se ha conseguido madurar y definir.

## ¿Toxicidad neurológica por Aciclovir o por VHZ?

Dolores Piña-Simón

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

La infección del virus de la varicela zóster (VHZ) puede manifestarse como dos cuadros principalmente: la primoinfección, conocida como varicela y consiste en lesiones vesiculares en diferentes estadios distribuidos por tronco, cara y extremidades y su posterior reactivación que da lugar al herpes zóster.

La varicela es una complicación frecuente en los pacientes trasplantados e inmunodeprimidos.

Ante una alta sospecha clínica puede ser recomendable iniciar tratamiento específico y temprano, el ACICLOVIR parece ser el agente más efectivo. Es una molécula que presenta una absorción oral baja, con escasa unión a proteínas plasmáticas, lo que la convierte en una molécula fácilmente dializable.

Fármaco bien tolerado con escasos efectos secundarios, pero se han descrito casos de insuficiencia renal aguda, afectación neurológica en relación a la administración intravenosa.

Presentamos un caso en paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) en hemodiálisis (HD), que tras la administración oral del fármaco presenta encefalitis.

Mujer 73 años, en programa de HD desde 10/2015. Diagnósticos: HTA, obesidad, DM, IRC, calcifilaxis.

Múltiples ingresos, este último por Sepsis de foco abdominal secundario a celulitis. Absceso de pared abdominal.

Comienza con un único brote de lesiones, dispersas en tronco y algunas aisladas en MMSS, de aparición simultánea. Todas ellas en el mismo estadio evolutivo, monomorfas, no lesiones vesículas activas.

Se le recoge cultivo de virus, solicitando serología VHZ. Se le diagnostica de varicela, serología y PCR positivas. Se le pauta 200 mg Aciclovir c/12 h, durante

12 días, después pasó a tomar 200 mg c/24 h, durante 3 días. Retirada del medicamento.

La paciente refiere, mayor confusión y nivel de conciencia fluctuante, no tiene fuerzas en MMSS, no coordina bien, está con disartria e irritabilidad, desorientada, se sospecha toxicidad por Aciclovir, pero ya han cumplido 14 días y se encuentra en dosis de descenso.

Pedido TAC por desconexión del medio, mirada pirada, bradipsiquia, mioclonías escasas, impresiona de encefalopatía de muy probable etiología metabólica, congruente con la comorbilidad de la paciente. No parece tener crisis epilépticas intercurrentes, no focalidad neurológica, tampoco hace sospechar afectación de SNC por varicela, ya que la evolución dérmica es ya casi resolución, toxicidad por ACICLOVIR®. Se le solicita amonio. Se le pauta enemas c/ 6 horas y diversos laxantes por la encefalopatía. Se le retira Aciclovir, se le aumenta dosis de diálisis (diarias), se consigue una mejoría del nivel de conciencia. La paciente se recuperó bien, a su condición neurológica basal.

En conclusión podemos decir que la diseminación visceral de HZ es una complicación de frecuencia variable en pacientes inmunodeprimidos, con elevada morbimortalidad, que requiere un manejo terapéutico rápido y es necesario un ajuste de la dosis del fármaco (Aciclovir®) en pacientes con IR, tanto para la administración oral como iv, para evitar la aparición de complicaciones neurológicas.

La prevención es la vacuna, que es bien tolerada y que ha mostrado una protección alta frente a la varicela. Está indicada en niños y adultos con enfermedades crónicas.

## Trasplante, embarazo y SHUA: una combinación potencialmente letal

Pablo González-Pereira, María Jesús Rollán-de la Sota, Armando Coca-Rojo

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

### Introducción:

El síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) es un cuadro clínico definido por anemia hemolítica, plaquetopenia y fracaso renal agudo, condicionado por el desarrollo de microangiopatía trombótica sistémica y debido a una disregulación de la vía alternativa del complemento.

El SHUa asociado a la gestación afecta uno de cada 25000 embarazos y asocia mal pronóstico materno, pudiendo ocasionar lesión renal y fallo multiorgánico. Adicionalmente, el trasplante supone un importante factor de riesgo para el desarrollo de SHUa, pudiendo aparecer asociado a inmunosupresores como inhibidores de la calcineurina, infecciones virales o rechazo mediado por anticuerpos. El SHUa tras el trasplante asocia mal pronóstico del injerto, debido a su efecto sobre la función renal y al elevado riesgo de recurrencia.

Presentamos el caso de una trasplantada gestante que desarrollo SHUa a las 15 semanas de gestación.

### Caso Clínico:

Mujer, 30 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de ERC secundaria a glomerulonefritis membranosa y extracapilar sobreañadida que precisó hemodiálisis crónica. A los 28 años recibe trasplante renal, con buena evolución tras el mismo, sin proteinuria y con Cr: 0,9 mg/dl.

En febrero de 2019 comunica su deseo de ser madre por lo que se modifica el tratamiento inmunosupresor, que se limita a corticoides y tacrólimus. En septiembre y con 15 semanas de gestación la paciente ingresa en el servicio de nefrología por deterioro de la función del injerto, trombopenia severa y anemia hemolítica. Durante el ingreso el feto fallece y la paciente empeora, siendo diagnosticada de síndrome HELLP y realizándose legrado que se complicó con sangrado siendo nece-

saria histerectomía de urgencia. El estudio diagnóstico descartó púrpura trombótica trombocitopénica, siendo diagnosticada de SHUa asociado al embarazo. Se inició tratamiento con plasmaféresis en la unidad de diálisis, valorando inicio de eculizumab que se retrasó debido a aparición de clínica respiratoria que resultó secundaria a tuberculosis pulmonar. Adicionalmente, la paciente desarrolló insuficiencia hepática aguda grave secundaria al tratamiento antituberculoso y colecistitis aguda que se manejó de forma conservadora. En previsión al posible uso de eculizumab la paciente fue además vacunada frente al meningococo.

Tras varias semanas de tratamiento médico de la tuberculosis de acuerdo con la unidad de infecciosos y ante la mejoría de función del injerto tras 10 sesiones de plasmaféresis, la resolución del embarazo y la mejoría de la función hepática se decidió no iniciar eculizumab, siendo dada de alta tras 55 días de ingreso hospitalario con una creatinina de 1,3 mg/dl pasados tres meses tras el episodio.

### Discusión:

El SHUa es una complicación con creciente incidencia en trasplantados renales. En este caso, la gestación fue el principal factor desencadenante del episodio. La finalización del embarazo y la administración de plasmaféresis permitieron estabilizar la situación clínica de la paciente en un momento en el que su vida corría peligro y la administración de eculizumab suponía un riesgo vital adicional. La vigilancia clínica continuada durante las sesiones de plasmaféresis permitió optimizar la tolerancia a dicha técnica y por la tanto la consecución del tratamiento previsto.

## Criterios de valoración de trabajos científicos SEDEN

### EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

#### 1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA: (Evalúan los aspectos formales del trabajo).

##### 1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

##### 1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos, o que no son demostrados estadísticamente.

##### 1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de: **Introducción (opcional), Material y Método, Resultados y Conclusiones.**

En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

##### 1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

##### 1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

### 2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

#### 2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

### EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

#### 1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

##### 1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

##### 1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

### 1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

### 1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

### 1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

## 2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

### 2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

## PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos podrán ser presentados atendiendo a la siguiente clasificación:

- Hemodiálisis
- Diálisis peritoneal
- Trasplante renal
- Atención integral
- ERCA (Consulta Prediálisis)
- PÓSTER-Casos Clínicos

Una vez recibidos, son enviados a los miembros del Comité Evaluador, formado por grupos de expertos en estas seis áreas, de forma que cada trabajo será valorado por tres evaluadores diferentes. (Sistema triple ciego).

Junto a los trabajos, se enviarán a los evaluadores unas planillas en las que deben anotar las puntuaciones que adjudican a cada uno de los criterios antes descritos, según la siguiente escala de puntuación:

**1. Criterios de estructura:** Cada criterio se puntuará bajo el siguiente baremo.

**1. a. ORIGINALIDAD:** se puntuará de 0 a 2 puntos.

**1. b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS:** se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

**1. c. METODOLOGÍA:** se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

**1. d. CLARIDAD DE RESULTADOS:** se puntuará de 0 a 2 puntos.

**1. e. TÍTULO:** se puntuará de 0 a 1 puntos.

**2. Criterios de contenido:** (se puntuará de 0 a 10 puntos).

Las planillas con las puntuaciones serán enviadas a la SEDEN, y a un coordinador que será designado en cada grupo de "expertos", cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

Posteriormente, se hará la media entre las dos puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la **puntuación final**, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.

La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una **reunión conjunta** entre la Junta Directiva de la SEDEN y los coordinadores del comité evaluador, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del Comité Evaluador.

## EVALUACIÓN DE TRABAJOS “PÓSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados completos para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El Comité Evaluador tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pie de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla “**NOTA**” de la planilla de puntuación, si considera el trabajo en cuestión “**APTO**” o “**NO APTO**” para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato PDF (final) en el mes de septiembre.

Para esta segunda valoración los evaluadores cumplimentarán las planillas de puntuación correspondientes, puntuando de 0 a 10 los siguientes criterios:

- **Interés para la práctica de la enfermería.**
- **Metodología e interés científico.**
- **Originalidad.**
- **Calidad artística.**

## EVALUACIÓN PÓSTER - CASOS CLÍNICOS

Los trabajos “**CASOS-CLÍNICOS**” solamente podrán ser presentados como **COMUNICACIÓN PÓSTER**, siendo los criterios de evaluación los siguientes:

- **Originalidad.** Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

- **Relevancia.** Se valorará el interés del tema tratado, y si los resultados del estudio son aplicables en la práctica clínica diaria independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

- **Estructura / Redacción científica.** Se valorará el rigor científico en la redacción del resumen.

- **Valoración del caso.** En este apartado se valorará la exposición del caso, valorándose de forma positiva el uso de un modelo enfermero, y la exposición organizada (por necesidades, patrones, etc), coherente y completa.

- **Enunciado del problema/as.** Se valorará la adecuación y coherencia entre la valoración presentada y la identificación del problema, siendo más favorable el uso de taxonomía enfermera para su exposición.

- **Intervención/Resultados.** En este criterio se evaluará la descripción de la/s intervención/es y su coherencia para dar respuesta al problema/s descrito/s, y de los resultados obtenidos tras la implantación de esa/s intervención/es. Se valorará de forma muy positiva el uso de taxonomía enfermera NOC/NIC.

- **Conclusiones.** ¿Se derivan de los resultados? ¿Son relevantes? ¿Dan respuesta al problema planteado en el caso? Es decir: son significativas, importantes, pertinentes.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de poder cambiar este formato (Comunicación Poster-Caso Clínico) a Comunicación Oral, si así se considerara de interés especial para la práctica de la enfermería o por otras circunstancias.



