

cumpliéndose que aumentaría la capacidad funcional para realizar actividad física relacionada con la vida diaria. También se ha cumplido que mejoraría la calidad de vida de los pacientes, aunque hay que decir que se ha cumplido sólo a medias, ya que ha mejorado sólo la calidad de vida en la esfera física y no en la mental. Se esperan cambios tróficos en la masa muscular en programas de entrenamiento de mayor duración y mayor intensidad. Como conclusión, un programa de trabajo de fuerza resistencia intra-diálisis aumentó la capacidad funcional y mejoró el componente físico de la calidad de vida de los pacientes, por lo que se justificaría la incorporación a los tratamientos habituales de diálisis una pauta de ejercicios totalmente personalizada.

Bibliografía

- Ikizler Alp T, Himmelfarb J. Muscle wasting in kidney disease: let's get physical. *J Am Soc Nephrol.* 2006;17:2097-8.
- Painter PL, Nelson-Worel JN, Hill MM, Thornberry DR, Shelp WR, Harrington AR, et al. Effects of exercise training during hemodialysis. *Nephron.* 1986;43:87-92.
- Kouidi EJ. Central and Peripheral adaptations to physical training in patients with end-stage renal disease. *Sports Med.* 2001;31:651-65.
- Segura E, Rodilla-Alama V, Lisón JF. Fisioterapia durante la hemodiálisis: resultados de un programa de fuerza-resistencia. *Nefrología.* 2008;28:67-72.
- Hislop H. Daniels & Worthingham. En: *Técnicas de balance muscular.* 7ª ed Elsevier; 2003. p. 2.
- Statement ATS. Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:111-7.
- Baldini M, Bernal A, Jiménez R, Garatachea N. Valoración de la condición física en ancianos. *Revista Digital-Buenos Aires [serie en Internet].* 2006;103 [citado Dic 2006] Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd103/condic.htm>
- Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Armin N, y Carter WB. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A manual for Use and Scoring.* 1995; Santa Mónica, CA: RAND, P-7994.
- Fuller NJ, Hardingham CR, Graves M, Screatton N, Dixon AK, Ward LC, et al. Predicting composition of leg sections with anthropometry and bioelectrical impedance analysis, using magnetic resonance imaging as reference. *Clin Sci.* 1999;96:647-57.
- Headley S, Germain M, Mailloux P, Mulhern J, Ashworth B, Burris J, et al. Resistance Training Improves Strength and Functional Measures in Patients With End-Stage Renal Disease. *Am J Kidney Dis.* 2002;40:355-64.
- Painter P, Moore G, Carlson L, Paul S, Myll J, Phillips W, et al. Effects of exercise training plus normalization of hematocrit on exercise capacity and health-related quality of life. *Am J Kidney Dis.* 2002;39:257-65.
- Magaz Lago A. Efectos psicológicos de la insuficiencia renal: diferencias en función de los tratamientos médicos [tesis doctoral]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
- Nindl BC, Headley SA, Tuckow AP, Pandorf CE, Diamandi A, Khosravi MJ, Welles R, Jones M, Germain M. IGF-I system responses during 12 weeks of resistance training in end-stage renal disease patients. *Growth Horm IGF Res.* 2004 Jun; 14(3): 245-50.
- Bax L, Staes F, Verhagen A. Does neuromuscular electrical stimulation strengthen the quadriceps femoris? A systematic review of randomised controlled trials. *Sport Med.* 2005;35:191-212.
- Herrero JA. Efectos inducidos por el entrenamiento de fuerza con la estimulación neuromuscular en la fuerza y la potencia muscular [tesis doctoral]. Universidad de León; 2006.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.003

91.3

Recepción y cuidados al paciente en su primera diálisis*

Reception and care patients on their first dialysis

J. Flores, A. López, T. Álvarez, D. Reyes, J. Molina, M. Martínez, M. Muñoz, A. Gallardo, A. Romero

Hospital Universitario San Cecilio Granada, España

Correo electrónico: juliafloresgimenez@hotmail.com
(J. Flores).

Sabemos que cualquier patología orgánica o sistémica que afecta a un individuo, produce en él unas alteraciones físicas específicas de la patología causal y como consecuencia de éstas, alteraciones psíquicas. Podemos decir que el individuo está enfermo y por ello sufre.

Como es lógico, la enfermedad renal no va a ser una excepción y como en el resto de las enfermedades, este sufrimiento debe ser entendido como la suma de los problemas físicos derivados de la alteración fisiológica renal y una serie de sensaciones, emociones, sentimientos y reacciones psicósomáticas.

Este nuevo mundo, dependiente de la diálisis, en el que se adentra el enfermo renal a cambio de su supervivencia, se le presenta cruda y realmente, cuando es dializado por primera vez. Sabemos poco de cuales son en realidad las percepciones, miedos, temores... en definitiva como vive el paciente esta primera diálisis... lo que sabíamos sobre esto se reduce a nuestra intuición y a la experiencia de nuestro trabajo pero realmente... ¿Qué significa para él? ¿Cómo la afronta?... ¿Que recuerda de esa primera diálisis?... ¿Contaba con la información necesaria?

Creemos muy interesante para nuestro trabajo de enfermeros, dar una respuesta fidedigna a estas preguntas, si así lo hacemos, podremos ser más útiles a estos pacientes ya que estaremos más capacitados, al conocer lo que realmente necesitan, de dar respuesta a sus necesidades y hacerle menos traumático este difícil y doloroso momento¹⁻³.

Objetivos

- Conocer el significado que la primera diálisis tiene para el paciente y cómo la vive, averiguando que factores son los que, según su propia interpretación y percepción influyen en la vivencia de esta primera diálisis.
- Conseguir que la toma de contacto del paciente con su nuevo tratamiento se realice de manera individualizada y lo menos estresante posible, y para ello analizaremos si las medidas utilizadas son las correctas para dar respuesta a sus necesidades, y si no lo son, poder modificarlas.

* Presentado XXXIII Congreso Anual de la SEDYT. Granada, 13 de mayo de 2011.

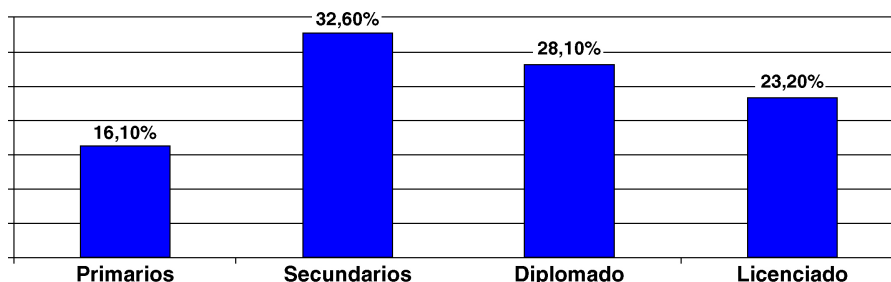


Figura 1 Formación académica de los pacientes.

Material y métodos

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo-observacional y de corte transversal, para ello, a los 43 pacientes seleccionados se les pasó un cuestionario anónimo estructurado y cerrado con 17 ítems, con tres apartados de preguntas;

- Personales,
- Sobre su experiencia en prediálisis y la información recibida.
- Sobre su experiencia en su primera diálisis

Resultados

A) Los datos obtenidos en el apartado de información de tipo personal, son los siguientes;

De los pacientes estudiados, 16 era mujeres y 27 hombres, con una edad comprendida entre los 23 y los 78 años, siendo la media de edad de 63 años.

De estos pacientes el 16% tienen estudios primarios, el 32,6% estudios secundarios y el resto estudios superiores (diplomados un 28,1% y licenciados el 23,2%) (fig. 1).

- Los resultados obtenidos en el apartado de preguntas sobre su experiencia en pre-diálisis y la información recibida, ha sido:

El tiempo medio en tratamiento por su patología renal oscila entre los 4 años en consulta de prediálisis, y 6 años y medio de tratamiento en diálisis. El 72,09% llegó a diálisis de forma programada y un 27,91% de forma urgente.

Sobre **la información recibida por parte de la enfermería** el 46,6% contestó que le resultó de gran utilidad, el 22,4% dijo algo de utilidad, siendo poca ésta para el 5,5% y un 25,5% que se abstiene de contestar (fig. 2).

Sobre **la importancia que creen que puede tener el conocer previamente la ubicación del servicio de diálisis**, a un 65,1% le parece importante conocer la ubicación de la sala de diálisis y ese primer contacto con la unidad antes de pertenecer a ella, un 21,2% piensa que no es importante y un 13,7% NS/NC.

C.- Los datos obtenidos en el tercer grupo de preguntas, siguientes directados:

Respecto a si el personal de enfermería que le iba a realizar el tratamiento se presentó o no, un 79,1% dice que lo hizo, un 16,2 no lo hizo, y un 4,7 NS/NC

A la pregunta de si el personal de enfermería que le asistió en su primera diálisis, se limitó únicamente a conectarle y desconectarle de la máquina, El 72,2% de los pacientes y desconectar el personal de enfermería no sólo se limitó a conectar y desconectar el monitor de diálisis, el 23,2% dice que solo se limitó a eso y un 4,6% NS/NC

Cuando se les pregunta sobre la influencia que tuvo la actuación del personal de enfermería para que su actitud de afrontamiento de la 1ª diálisis fuera positiva o negativa, el 83,7% expresa que la actuación del personal de enfermería le influyó positivamente 6,9% dice que le influyó negativamente, el 9,4% NS/NC... (fig. 3).

De igual forma el 79,1% considera que recibió una adecuada información sobre su tratamiento en esos momentos el 13,9 la considera insuficiente, el 4,5% cree que fue mala la información recibida y el 2,5 NS/NC

Los términos más utilizados por los pacientes para valorar su vivencia en la primera diálisis fueron; **Preocupación, miedo, incertidumbre, nerviosismo**. En menor medida expresan **soledad o tristeza**, 3 pacientes no sintieron nada de lo anterior y 4 no saben decirlo en el momento de la encuesta (fig. 4).

Se les pregunta si hubiesen necesitado para afrontar su primera diálisis algún tipo de ayuda medicamentosa, tipo tranquilizante. Un 18,60% de forma afirmativa. Un 76,7% no lo cree necesario. Un 4,7% NS/NC. Y en cuanto a si les hubiese gustado recibir ayuda psicológica un 37,3% si que les habría gustado tener esta ayuda., un 55,8% no la considera necesaria. y un 6,9% NS/NC

En cuanto al recuerdo que tienen de esta primera diálisis; El 46,6% tienen un recuerdo positivo. El 41,8% negativo. El 11,6% se abstienen de contestar. (fig. 5)

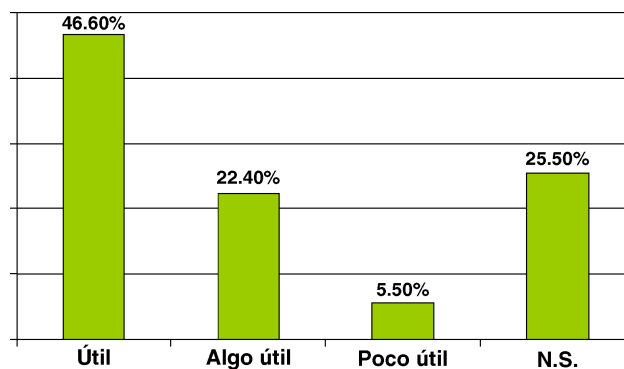


Figura 2 Información del personal de enfermería.

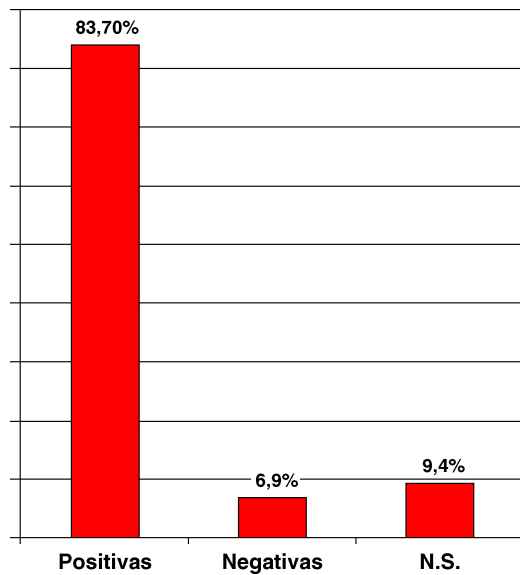


Figura 3 Actuación de enfermería.

Manifestaciones que presentan

- Incertidumbre* – 20 pacientes
- Preocupación* – 23 pacientes
- Miedo* – 20 pacientes
- Nerviosismo* – 22 pacientes
- Soledad/tristeza* – 6 pacientes

Figura 4 Manifestaciones ante la 1ª diálisis.

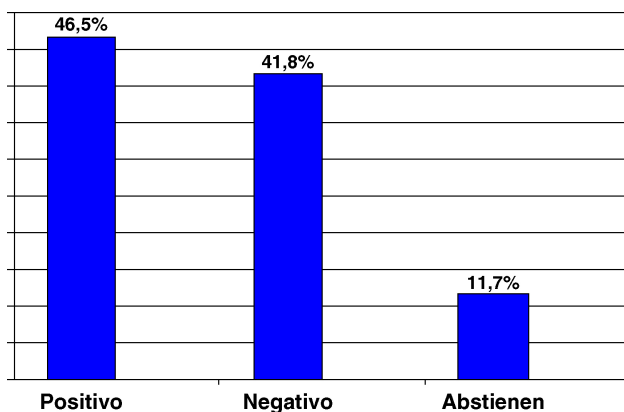


Figura 5 Recuerdo de la 1ª diálisis.

Discusion

Una vez analizados los resultados vemos:

- La información recibida por los pacientes en la consulta de prediálisis sobre la enfermedad renal, sus consecuencias y el tratamiento de diálisis fue suficiente y muy válida para afrontar su primer tratamiento.
- A la mayoría les pareció muy importante tener un conocimiento previo de la sala de HD.
- Una mayoría considera que no les hubiera gustado esperar junto a otros pacientes en la sala de espera de diálisis.
- Consideran que fue muy positivo el recibir una atención individualizada por parte de su enfermer@ y auxiliar referentes.
- Los pacientes que comenzaron su tratamiento dialítico de forma urgente, que fueron los que menos información tuvieron y presentaron mayor estrés.
- No es muy relevante la necesidad de tomar medicación ansiolítica ni tratamiento psicológico previo a la entrada en diálisis
- Llama la atención de que, el recuerdo que tienen sobre su primera diálisis, estén muy igualado el porcentaje positivo y negativo.

Conclusiones

De todo lo analizado anteriormente llegamos a la conclusión:

1. Consideramos que es muy positivo para la aceptación de la enfermedad por parte del paciente **la información que posee sobre la enfermedad renal y su tratamiento**
2. Creemos necesario que el paciente conozca con antelación el servicio de hemodiálisis.
3. Destacar la importancia que tienen la actuación de enfermería en esta primera diálisis para que sea mejor o peor vivida por parte de los pacientes
4. En general la actuación de enfermería es bien valorada, pero teniendo en cuenta que en el recuerdo que tienen de su primera diálisis, los porcentajes positivo y negativo están muy igualados, **nos hace plantearnos la necesidad de revisar de nuevo nuestras actuaciones,**
5. También creemos que sería interesante fijar en qué momento sería conveniente hacer la encuesta (en la 2ª HD, al mes,...) ya que el paso del tiempo altera el recuerdo.

Bibliografía

1. Miguel M, de Castro N, et al. Importancia de la información que reciben de inicio de la hemodiálisis periódica. En: En comunicaciones presentadas en el XVII Congreso Nacional de SEDEN. Barcelona: Hostal SA; 1993, 159-165.
2. Manuel Ángel Calvo, Josefina Cuenca. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Comunicación presentada en la revista de SEDEN.
3. Martínez A, Atares JA. Aspectos psicológico y psiquiátrico en el enfermo Renal. En: Andrés J, Fortuna C, editores. Cuidados de

enfermería en la Insuficiencia Renal, Primera edición. Madrid: Gallery /Health com SA; 1993. p. 344-58.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.004

91.4

Trasplante de páncreas - riñón ¿La solución?*

Pancreas – kidney transplant solution?

Pedro García-Cosmes

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Correo electrónico: pgcosmes@yahoo.es.

Está fuera de toda duda que el trasplante renal, siempre que pueda llevarse a cabo, es el tratamiento de elección de la insuficiencia renal crónica terminal (IRC). También es así en el caso de la IRC producida por nefropatía diabética; aunque hay que distinguir si se trata de Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 o tipo 2. La diabetes tipo 2, en la actualidad, significa la primera causa de entrada de pacientes en tratamiento dialítico, sin embargo la indicación de trasplante renal está limitada por la edad y por la importante comorbilidad que presentan estos pacientes.

La nefropatía diabética inducida por DM tipo 1 se presenta en individuos más jóvenes y su incidencia como causa de IRC permanece estable durante los últimos años por debajo del 10%. En la DM tipo 1 es donde se contemple fundamentalmente en trasplante de páncreas/riñón. El trasplante de páncreas (TPA-trasplante páncreas aislado) o, en menor medida, de islotes pancreáticos en algunas ocasiones puede tener cabida antes de que la enfermedad produzca lesiones viscerales severas. Cuando la nefropatía es avanzada es el momento de plantear el trasplante renal simultáneo con el páncreas (TPRS-trasplante páncreas/riñón simultáneo) o con trasplante del páncreas en un tiempo posterior (TPDR-trasplante páncreas después del riñón).

El trasplante de islotes pancreáticos consiste en la inoculación de islotes de un páncreas de un donante cadáver, separados en un proceso costoso, a través de la vena porta. Quedan anclados en el sistema portal del hígado desde donde excretan insulina. Es un procedimiento no invasivo, aunque costoso y de escasa eficacia. Sólo un 7.5% de los enfermos tratados consiguen independencia insulínica a los 5 años. Por el contrario, precisan tratamiento inmunosupresor e mantenimiento.

El trasplante de páncreas consiste en el implante de un páncreas extraído en un donante cadáver en un paciente sin daño visceral muy evidente pero con una DM de difícil control (TPA) o en combinación con un trasplante renal de forma simultánea (TPRS) o posterior a un TR previo (TPDR).

Las maniobras quirúrgicas tanto en el donante como en el receptor son muy laboriosas.

En resumen, consiste en una anastomosis arterial entre el sistema arterial el injerto y la arteria iliaca del receptor, una

anastomosis del sistema venoso del injerto a la vena iliaca o cava o porta del receptor, y una derivación de la secreción exocrina del injerto hacia el intestino del receptor o hacia la vejiga del receptor.

El trasplante de páncreas se inició en la década de los 70. Hasta la actualidad se han trasplantado cerca de 30.000 pacientes, la gran mayoría en EE.UU. Según el informe anual de OPTN/SRTR durante los últimos años se han realizado en EE.UU más de 1200 trasplantes/año pancreáticos de los que la mayoría corresponden a TPRS. En España, el trasplante de páncreas adquirió significación en los años 80 y 90 pero se expandió de forma significativa en la década 2000. También en España, según datos de la ONT, la mayoría de los trasplantes son del tipo TPRS.

Este tipo de trasplante tiene unas características que difieren del trasplante renal estándar: Los injertos proceden de donantes más jóvenes y seleccionados; los receptores suelen ser también más jóvenes y deben pasar una selección clínica muy meticulosa; los tiempos de isquemia de los injertos suelen ser muy cortos; sin embargo, la mayor complejidad quirúrgica y la mayor intensidad de inmunosupresión hacen que el riesgo en estos pacientes sea más elevado.

Es importante conocer qué puede aportar el trasplante de páncreas en los pacientes con DM tipo 1. Con respecto a la retinopatía, si el trasplante se realiza de forma precoz, puede prevenir su desarrollo o su progresión. A largo plazo, mejoran los índices de neuropatía periférica y del sistema nervioso autónomo. Hay alguna comunicación que el TPA puede revertir lesiones de neuropatía, y el TPRS o TPDR puede prevenir o frenar lesiones de neuropatía el injerto renal. El impacto sobre la calidad de vida de los enfermos es incuestionable, derivado del control glucémico sin necesidad de controles y pinchazos, y de sus efectos beneficiosos en los demás órganos.

Para analizar las curvas de supervivencia de las distintas modalidades de trasplante recurrimos al 2009 OPTN/SRTR Annual Report. La supervivencia del paciente a 1,3,5 y 10 años es parecida en las tres modalidades de trasplante, aunque la supervivencia del páncreas es claramente superior desde el tercer año en el caso de TPRS con respecto a TPA y TPDR.

Cuando se comparan estos datos con otras modalidades de trasplante en estos enfermos, TR con donante vivo o con donante cadáver, el TPRS y el TR con donante vivo presentan tasas de supervivencia del paciente y del injerto renal similares, y superiores al TR con donante cadáver a los 10 años. A partir de los 10 años la supervivencia del paciente con TPRS supera claramente a la del TR con donante vivo, como expresión del mejor control glucémico y las complicaciones derivadas, fundamentalmente cardiovasculares.

En resumen, en la DM tipo 1 con IRC por nefropatía diabética se debe proponer el trasplante páncreas/riñón simultáneo y, si es posible, antes de la inclusión del paciente en programa de diálisis. El trasplante de páncreas aislado está indicado en determinadas situaciones relacionadas con diálisis y tormentoso control glucémico, o con gran repercusión visceral

* Presentado XXXIII Congreso Anual de la SEDYT. Granada, 13 de mayo de 2011.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.005