

- Cepeda Piorno J, Pobes Martínez de Salinas A, González García ME, Fernández Rodríguez E. Utilidad de la ecuación MDRD para detectar insuficiencia renal oculta y disminuir el riesgo de sobredosificación digitalis. *Nefrología* 2009;29(2):150-5.
- Antman EM, Wenger TL, Butler VP, et al. Treatment of 150 cases of life-threatening digitalis intoxication with digoxin-specific Fab antibody fragments. Final report of a multicenter study. *Circulation* 1990;81:1744.
- Mehta RN, Mehta NJ, Gulati A. Late rebound digoxin toxicity after digoxin-specific antibody Fab fragments therapy in anuric patient. *J Emerg Med* 2002;22:203.

A. Suárez Laurés, A. Pobes Martínez, L. Quiñones Ortiz, R. Forascepi

Servicio de Nefrología.
Hospital Cabueñes. Gijón.

Correspondencia: Luis Quiñones Ortiz
Servicio de Nefrología.
Hospital Cabueñes. Gijón.
luysquio@hotmail.com

Figura del coordinador sociosanitario: experiencia en una unidad satélite de hemodiálisis

Nefrología 2010;30(1):132

Sr. Director:

La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad con una gran carga biológica, psíquica y social¹⁻⁴. Las características de los pacientes afectados de ERC en hemodiálisis (HD) han cambiado en los últimos años. Edad y comorbilidad han aumentado, lo que tiene implicaciones sobre aspectos funcionales. Los centros de hemodiálisis están atendiendo a pacientes con un importante grado de dependencia⁵. El mayor porcentaje de pacientes ancianos hace que la adaptación a la técnica dialítica sea más difícil, requiriendo en mayor medida asistencia social⁶. Por estos motivos, y con afán de mejorar la calidad asistencial a nuestros pacientes, surge la idea de crear la figura del coordinador sociosanitario en nuestra unidad allá por el año 2006. Inicialmente atendía a 5 pacientes,

con una jornada a tiempo parcial, aunque su ayuda ha resultado tan inestimable que recientemente se ha incrementado a jornada completa. Actualmente está implicado en la gestión de las tareas encomendadas y atiende a un total aproximado de 75 pacientes. Entre sus labores se encuentra la de servir de enlace con el hospital de referencia, tramitando la solicitud de pruebas complementarias y consultas de otras especialidades, acompañando a los pacientes si fuera preciso, con lo que se evita la continua pérdida de citas y ayuda a que el nefrólogo se comunique con el resto de especialistas. En ocasiones también ejerce de enlace con los centros de atención primaria y, si fuera preciso, con los asistentes sociales del ayuntamiento en caso de detectar carencias sociales. Asimismo, realiza tareas de organización de traslados, vacaciones, etc., lo que resulta de gran ayuda para los pacientes que se ven inmersos en trámites burocráticos complejos, y se facilita de esta forma su adaptación dentro de las limitaciones propias de su enfermedad.

Con todo, los pacientes de nuestra unidad se benefician de una mejor atención que va más allá de las sesiones de hemodiálisis, con una visión más global de los problemas que presentan.

Nosotros, como nefrólogos, hemos visto una clara mejoría organizativa y asistencial, dando calidad y acercándonos a las necesidades sociosanitarias de nuestros pacientes.

Por ello animamos a otros centros de hemodiálisis a considerar la figura del coordinador sociosanitario entre su personal en plantilla.

- Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001;59(5):1599-613.
- Schieppati A, Remuzzi G. Chronic renal diseases as a public health problem: epidemiology, social, and economic implications. *Kidney Int* 2005;68(Supl. 98):S7-S10.
- Eknoyan G, Lameire N, Barsoum R, Eckardt KU, Levin A, Levin N, et al. The burden of kidney disease: improving global outcomes. *Kidney Int* 2004;66(4):1310-4.
- Barsoum RS. Chronic kidney disease in the developing world. *N Engl J Med* 2006;354(10):997-9.

- Arenas MD, Álvarez-Ude F, Angoso M, Berdud I, Antolín A, Lacueva J, et al. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. *Nefrología* 2006;26(5):600-8.
- Martín de Francisco AL. Hemodiálisis en el anciano. *Nefrología* 1998;18(Supl. 4):10-4.

C. Rodríguez Adanero¹, S. Estupiñán Torres¹, R. Pérez Morales¹, S. García Rebollo², V. Lorenzo Sellarés²

¹Unidad Satélite de Hemodiálisis.
del Hospital Universitario de Canarias.

²Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de Canarias.

Correspondencia:

Concepción Rodríguez Adanero
Unidad Satélite de Hemodiálisis.
Hospital Universitario de Canarias.
cradanero@senefro.org
luysquio@hotmail.com

Diez años de experiencia del Curso Intensivo Teórico-Práctico de Formación Continuada en Diálisis Peritoneal

Nefrología 2010;30(1):132-3

Sr. Director:

A pesar de que la diálisis peritoneal (DP) hoy en día es una técnica sustitutiva renal reconocida, su utilización sigue siendo minoritaria respecto a la hemodiálisis. Según datos de la S.E.N. del año 2007, de 4.543 casos incidentes en tratamiento sustitutivo el 12,4% lo inició con DP; de 36.388 casos prevalentes, el 46% comenzó hemodiálisis (HD), el 47,9% fue sometido a trasplante y el 6,1% recibió DP¹, proporciones similares a las de algunos países europeos².

Entre los factores de esta desproporción, uno muy importante es la falta de conocimientos y experiencia de muchos profesionales, lo que lleva a algunos a no ofrecer la DP como una posible opción de diálisis.

Según la Ley General de Sanidad (*Ley 14/1986 del 25 de abril*), «todo paciente

tiene derecho a la libre elección entre las diferentes opciones de tratamiento». La Ley de Autonomía del paciente (*Ley 41/2002, de 14 de noviembre*) habla de «... derechos y obligaciones de pacientes y profesionales en materia de información y documentación clínica, con el objeto de ofrecer a todos los ciudadanos del Estado las mismas garantías...». Está comprobado que el 50% de los pacientes a los que se les permite elegir, eligen la DP³⁻⁵. Así, el hecho de no ofrecerles todas las posibles técnicas pone en desventaja a unos pacientes respecto a otros.

El Dr. Rafael Selgas, tras 20 años de experiencia y haber formado a numerosos especialistas, se planteó, junto al Dr. Sánchez Tomero, la necesidad de extender y facilitar la formación de esta técnica. Conociendo la existencia del *Peritoneal Dialysis University. Educational Session* realizado en Holanda, de reconocimiento internacional, y la ausencia de un curso de tales características en lengua castellana, decidieron iniciar en el año 1999 esta andadura en nuestro país.

El curso, de presencia física, dura 4,5 días (40 h) de 09.00 a 19.30 horas. Las clases teóricas (de 20 a 50 min) abordan cada tema desde los conocimientos más básicos hasta las últimas actualizaciones en clínica e investigación. Abarcan todos los aspectos relacionados con la DP: anatómicos, fisiológicos y patológicos. En las prácticas, cada alumno asiste una mañana a la unidad de DP de uno de los hospitales

Todos los años el número de solicitudes recibidas es muy superior al de plazas ofertadas. Hemos descartado aumentar dicho número para conservar al máximo su aprovechamiento. Un grupo pequeño en régimen de «semiinternado» hace que la participación activa sea mayor, realizando los asistentes una labor no sólo de audición sino también de intercambio de experiencias. Se mantienen grupos de prácticas de 5 alumnos con el mismo objetivo

Cada día asisten al curso dos de los organizadores: uno modera las clases y el otro se encarga de asegurar el buen funcionamiento del curso (coordinación de profesores, cumplimiento de horarios, solución

de problemas). Esta combinación hace que el desarrollo del curso se lleve a cabo de una forma eficaz, lo que es valorado por los asistentes de forma muy positiva.

Si bien el curso se desarrolla en castellano, todos los años acuden 3-4 asistentes portugueses y dos de Centroamérica o de Suramérica, y la diferencia de idiomas no supone un problema.

Cada año asiste algún diplomado de enfermería interesado en el tema que trabaja en DP. Aunque se tratan muchos aspectos no específicos de enfermería, los asistentes coinciden en una valoración muy positiva de su aprovechamiento. En cuanto a los médicos, además de contribuir a la formación de aquellos que inician DP, también resulta muy útil para aquellos familiarizados con la técnica (formación continuada con últimas actualizaciones)

A petición de los diferentes participantes, con los años se han ido añadiendo casos prácticos diarios con una participación cada vez mayor de los asistentes, a pesar de realizarlos al final de cada jornada, tras más de 8 horas de trabajo.

La valoración global del curso en una puntuación de 1 (mínimo) a 4 (máximo) es siempre superior a 3,7.

El curso está acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, que no permite su realización a los MIR. Esto, unido a los tiempos, totalmente insuficientes, empleados en algunos centros en la rotación por esta parte de la especialidad nos llevó a diseñar el curso de DP para MIR (programa de formación de la S.E.N.) que ha tenido lugar en sus dos primeras convocatorias y que a partir de este año se llevará a cabo con una periodicidad anual.

Algunos comentarios de los asistentes al curso, como «Una visión integral de la DP», «Considero un acierto el curso y os animo a que no decaiga», «He aprendido mucho» o «Enhorabuena por la excelente organización e interés del curso», nos animan a seguir compartiendo nuestra experiencia con todos aquellos que sigan estando interesados.

1. Informe Preliminar de Diálisis y Trasplante 2007. Registro Español de Enfermos Renales. XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología. San Sebastián, 4 a 7 de octubre de 2008.
2. Stel VS, Kramer A, Zoccali C, Jager KJ. The 2006 ERA-EDTA Registry annual report: a précis. *J Nephrol* 2009;22(1):1-12.
3. Jager KJ. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in the Netherlands. *Am J Kidney Dis* 2004;43:891-9.
4. Little J, Irwin A, Marshall T, Rayner H, Smith S. Predicting a patient's choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom Renal Department. *Am J Kidney Dis* 2001;37:981-6.
5. Pritchard S. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Perit Dial Int* 1996;16:69-72.

C. Hevia Ojanguren¹, M.A. Bajo Rubio¹, A. Cirugeda García², A. Fernández Perpén², G. del Peso Gilsanz¹, J.A. Sánchez Tomero², R. Selgas Gutiérrez¹

Servicio de Nefrología.
Hospitales Universitarios ¹ La Paz y ² de La Princesa. Madrid.

Profesores participantes (por orden alfabético):

A. Alonso Melgar, V. Álvarez Chiva, M.A. Bajo, E. Bardón, D. Bernabeu, J. Cannata, F. Caravaca, M.J. Castro, O. Celadilla, A. Corbí, F. Coronel, A. Cirugeda, T. Doñate, A. Fernández Perpén, P. Gallar, R. García Ramón, M.T. González Álvarez, C. Hevia, J.A. Jiménez Heffernan, M. López Cabrera, J.M. López Gómez, A. Miguel, J. Montenegro, A. Ortiz, A. Otero, M. Pérez Fontán, G. del Peso, J. Portolés, C. Remón, A. Rodríguez Carmona, M. Ruperto, C. Sánchez, S. Sánchez, J.A. Sánchez Tomero, R. Selgas, J. Teixidó, F. Vara, N. Vega.

Prácticas: T. Andriño, T. Carrascoso, A. Fernández Duvá, A. García Merino, P. García Velasco, A. Gómez Gómez, T. Hernán, T. Luengas, V. Martínez, P. Medina, M. Mínguez, I. Muñoz, S. Rodríguez, N. Rodrigo, M.L. Vila.

Correspondencia:
Covadonga Hevia Ojanguren
Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de La Paz.
Madrid.
cheviao@hotmail.com