

CURSO

2013-2014

AUTOR: MARIO ÁLVAREZ MERINO

TUTORA: EMILIA CASTRO MANRIQUE

TRABAJO

FINAL DE

GRADO

ENFERMERÍA

**[PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE
UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA
NEFROLÓGICA EN ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA AVANZADA EN EL HOSPITAL
CLÍNICO UNIVERSITARIO DE
VALLADOLID]**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

GLOSARIO.....	Pág. 2
RESUMEN.....	Pág. 3
1. Justificación.....	Pág. 4
2. Objetivos.....	Pág. 5
2.1 Objetivos generales.....	Pág. 5
2.2 Objetivos específicos.....	Pág. 5
2.3 Objetivos del paciente.....	Pág. 6
3. Estado de la cuestión.....	Pág. 9
3.1 HCUV y el Servicio de Nefrología.....	Pág. 9
3.2 Situación actual del paciente nefrológico.....	Pág. 10
3.3 Consulta de enfermería nefrológica.....	Pág. 13
4. Propuesta de implementación de la consulta de enfermería nefrológica	Pág. 16
4.1 Concepto y desarrollo.....	Pág. 16
4.2 Evaluación de la consulta.....	Pág. 22
5. Conclusiones.....	Pág. 23
6. Agradecimientos.....	Pág. 24
7. Referencias bibliográficas.....	Pág. 25

ANEXO I

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. CAPÍTULOS II, III Y IV.

ANEXO II

Consentimiento informado catéter hemodiálisis.

ANEXO III

Consentimiento informado catéter peritoneal.

ANEXO IV

Última memoria de la unidad de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

GLOSARIO

HCUV: Hospital Clínico Universitario Valladolid

ERCA: Enfermedad renal crónica avanzada

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

HD: Hemodiálisis

DP: Diálisis peritoneal

TR: Trasplante renal

SEN: Sociedad Española de Nefrología

SEDEN: Sociedad Española De Enfermería Nefrológica

TRS: Tratamiento renal sustitutivo

FAVI: Fístula arterio-venosa interna

ALCER: Asociación Nacional de Pacientes en Lucha Contra la Enfermedad Renal

FRR: Función renal residual

IRC: Insuficiencia renal crónica

CRE: Clasificación de Resultados Enfermeros

CCr: Clearance Creatinine (Aclaramiento de Creatinina)

DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

DPA: Diálisis Peritoneal Automática

RESUMEN

Actualmente casi todos los profesionales sanitarios relacionados con la nefrología aceptan la necesidad de la existencia de una consulta específica de enfermería nefrológica, además de un equipo multidisciplinar como parte de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (consulta ERCA), para pacientes en su etapa pre-diálisis en la que la referencia precoz, la educación y la información al paciente son unos de los fines primordiales.

Por ello propongo en este trabajo la implementación de esta consulta de enfermería nefrológica dentro del Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, la consulta ERCA, que tendrá como objetivo general aumentar y mejorar su calidad de vida.

Ha sido mediante la bibliografía nefrológica como he obtenido la información acerca de este tipo de consultas nefrológicas, así como he clasificado mediante diagnósticos enfermeros normalizados NANDA los problemas en este tipo de pacientes, así como los objetivos y las intervenciones que debe realizar un enfermero en su consulta nefrológica.

En esta consulta de enfermería se realizará un trabajo propio en cuidados de enfermería como son la educación sanitaria, información al paciente, registro, control y referencia precoz del paciente ERCA, así como resolver las dudas que a menudo estos pacientes tienen sobre el tipo de tratamiento renal sustitutivo, sobre los cuidados del acceso vascular o sobre la dieta, pudiendo de esta forma mejorar la calidad del atendimento al paciente en este hospital vallisoletano.

PALABRAS CLAVE:

- Enfermería nefrológica
- Consulta ERCA
- Equipo multidisciplinar
- Cuidados de enfermería

1. JUSTIFICACIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado consiste en una propuesta de mejora dentro de la atención de cuidados de enfermería del Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, desde ahora HCUV, mediante la propuesta de implementación de una consulta de enfermería que forme parte de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada, de ahora en adelante, consulta ERCA.

En Febrero de 2014 comencé el periodo de prácticas en el Servicio especial de Nefrología del HCUV. Tuve mucha suerte al llegar a este servicio ya que para muchos de nosotros, los estudiantes de enfermería, era algo desconocido anteriormente. El personal de este servicio se volcó con los estudiantes que estuvimos allí, enseñándonos la importancia y la gravedad de la enfermedad renal así como la función de los distintos tratamientos como la hemodiálisis, a partir de ahora HD, y sus variantes: Hemofiltración y Hemodiafiltración; la diálisis peritoneal, a partir de ahora DP, y por supuesto el trasplante renal, a partir de ahora TR. Al final del periodo de prácticas llegué a conocer el funcionamiento y la utilidad de cada uno de ellos, así como sus cuidados.

Durante este tiempo también pude entablar conversación con algunos de los pacientes de HD, DP y TR. Durante algunas de estas conversaciones pude darme cuenta de que, sobre todo los pacientes en HD, no tienen todos los conocimientos necesarios sobre su enfermedad, sus cuidados, su dieta, sus opciones de tratamiento, en fin, muchas carencias que parece se iban a quedar sin subsanar.

Todo esto me sirvió para darme cuenta de la relevancia que tiene la enfermería en este servicio y también sus cuidados. Desde ahí me impulsé a realizar este trabajo de implementación de una consulta de enfermería para atender a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.

Para plantear una implementación de una consulta de enfermería ERCA, primero tengo que definir en qué consiste esta consulta así como la función de enfermería en ella. La consulta ERCA promueve una mayor implicación del paciente con fallo renal en la

formación y en el autocuidado para que, a la hora de iniciar los tratamientos sustitutivos renales, pueda afrontarlo adecuadamente y para tratar a pacientes cuya función renal se encuentra dañada, con una patología ya crónica, por lo que requiere cuidados y vigilancia médica a lo largo de su vida.

El presente trabajo está pensado para ofrecer un punto de vista diferente sobre el papel de enfermería en nefrología, concretamente en el HCUV, donde la enfermería no dispone de un espacio propio específico para llevar a cabo todas las funciones que realizaría a cabo dentro de una consulta de enfermería ERCA.

El papel de la enfermería en la consulta ERCA es fundamental puesto que informa en positivo al paciente sobre todos los aspectos de su patología y lo forma en autocuidados, especialmente en lo relacionado con la nutrición para hacerle participe de su evolución; controla y hace seguimiento de la información que el paciente asimila durante las consultas, además de ayudar en la toma de decisiones y coordinar las citas sucesivas en consulta y las previas al inicio de un tratamiento renal sustitutivo.

El método que he realizado para la consecución de este trabajo ha sido la revisión de documentos obtenidos de revistas especializadas en nefrología, guías nefrológicas y demás artículos relacionados con la enfermería nefrológica, donde ya he encontrado trabajos de revisiones enfermeras de este tipo de consultas ERCA. Decidí plantear también las funciones de la enfermería en la consulta ERCA con diagnósticos enfermeros normalizados¹ mediante la taxonomía NANDA en los que recojo los principales problemas que presentan los pacientes en tratamiento renal sustitutivo, desde ahora TRS, también los objetivos que se van a marcar en esta propuesta de consulta y las intervenciones principales de la enfermería que se realizarían en ella.

Para poder realizar este trabajo he tenido que recurrir a fuentes documentales que me han sido gran utilidad pero ciertamente ha habido ciertas limitaciones ya que en mi búsqueda he tenido que delimitar el campo de búsqueda exclusivamente a documentos de Nefrología. He tenido que reducir aún más el campo de búsqueda a la enfermería nefrológica y las guías SEN (Sociedad Española de Nefrología) y SEDEN (Sociedad Española de Enfermería Nefrológica).

Sé que es solo un trabajo entre muchos otros y que quizá no pueda contribuir a que se implante dicha consulta pero me siento orgulloso de haber elegido este tema tan cercano y relacionado a mi paso por el Servicio de Nefrología del HCUV y haber contribuido al estudio de la ERCA y de la función enfermera en ella. Creo que es un motivo para sentirse realizado como futuro enfermero, para mi propio aprendizaje y para, quizá en un futuro, poder desarrollar este proyecto de implementación de consulta de enfermería nefrológica.

En el presente trabajo de fin de Grado marco como objetivos aumentar y mejorar la calidad de vida de los pacientes, incluyéndolos con tiempo en una diálisis programada y no urgente, gracias a la implementación del servicio con una consulta de enfermería nefrológica que contribuirá a que el enfermero forme parte como integrante del equipo multidisciplinar para el adecuado tratamiento del paciente renal.

Facilitará la información y la educación requerida en cuanto a la insuficiencia renal y sus distintos tratamientos, pudiendo elegir cualquiera de ellos en caso de no haber ninguna contraindicación que lo imposibilite.

A parte de estos objetivos, marco también otros que el paciente ERCA tendrá que realizar en la nueva consulta de enfermería nefrológica ERCA para conseguir alcanzar la mejor formación en este tipo de pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES

- Aumentar y mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de la consulta de enfermería ERCA.
- Garantizar la satisfacción del derecho que el paciente tiene por ley a ser informado acerca de las opciones de tratamiento disponibles y elegir la que mejor se adapte a su estilo de vida (Ley de Autonomía del Paciente).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

- Potenciar los autocuidados y la autonomía del paciente.
- Conservar el mayor tiempo posible la función renal, retrasando en lo posible la progresión de la enfermedad.
- Optimizar la calidad de vida del paciente en el periodo previo al tratamiento renal sustitutivo (TRS).
- Disminuir la comorbilidad.
- Disminuir los costes sanitarios mediante:
 - Reducción de la desprogramación debida a descoordinación de la planificación del acceso vascular y/o peritoneal (con potencial impacto positivo en hospitalización al inicio de diálisis y morbi/mortalidad de los pacientes)
 - Aumento de la elección de la DP por parte de los pacientes por mejora en el proceso informativo y educativo de los pacientes para la elección del TRS.

2.3. OBJETIVOS DEL PACIENTE

- Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para favorecer la adaptación a la nueva situación de salud, así como la dieta del paciente renal, para conseguir en la medida de lo posible el autocuidado responsable en las mejores condiciones bio-psicosociales.
- Conocer los principales cuidados de su acceso vascular (fístula artero-venosa interna o FAVI, catéter peritoneal y catéter permanente).

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.1. HCUV Y EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

Situado en pleno centro vallisoletano, el HCU de Valladolid es un centro hospitalario universitario de titularidad pública, Sanidad de Castilla y León (SACYL), que gestiona las prestaciones sanitarias públicas en la comunidad autónoma española de Castilla y León, perteneciente al Sistema Nacional de Salud, establecido en 1986 y heredero del Instituto Nacional de la Salud.

Este hospital tiene un área de población asignada de aproximadamente 235.000 habitantes, que integra tanto al medio urbano como al medio rural.

La finalidad última del Hospital Clínico Universitario de Valladolid es dar cobertura a las necesidades asistenciales de la comunidad a la que sirve, asegurando la excelencia y eficiencia en el desarrollo de su actividad y consolidando la integración de las dimensiones asistencial, docente e investigadora.

El Hospital impulsará líneas de actuación que permitan potenciar el prestigio de su cartera de servicios y de sus profesionales, consolidando su condición de Hospital de Referencia de la Comunidad Autónoma de Castilla y León ².

Teniendo en cuenta todo esto, vemos que la ausencia de una consulta de enfermería nefrológica en pre-diálisis es un punto importantísimo en la propia identidad del hospital, siendo reconocido como referente a nivel estatal.

El Servicio de Nefrología está situado en la primera planta en el ala sur del hospital, y el espacio del que actualmente se dispone parece quedarse escaso.

Existe la previsión de trasladar algunos servicios de la misma planta a un edificio de nueva construcción situado junto al mismo hospital, que formará los anexos, por lo que se dispondría del espacio físico necesario para la implantación de la consulta de enfermería nefrológica.

3.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE NEFROLÓGICO

La enfermedad renal crónica representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por la importante morbi/mortalidad y coste socioeconómico. Según los datos del año 2012 del registro nacional de pacientes renales que coordina la Organización Nacional de Trasplantes, en España hay 51.300 pacientes en TRS, de los cuales, casi la mitad están trasplantados. Estos pacientes, que suponen el 0,1% de la población, consumen casi el 2,5% del gasto sanitario ³.

Se calcula que un 10% de la población adulta española padece enfermedad renal crónica, una cifra que se incrementa hasta el 20% a partir de los 60 años, según indica la SEN. Las estimaciones indican que debido al envejecimiento progresivo de la sociedad y al incremento de factores de riesgo vascular como la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial, aumentará el número de personas con esta patología.

La situación actual en España nos dice que todavía un 23% de pacientes son referidos tardíamente al nefrólogo, muchas veces por falta de un seguimiento previo y en otras porque el seguimiento fue a través de otros especialistas médicos ⁴.

En cualquier caso, todos estos pacientes podrían haber sido referidos por un enfermero nefrológico que les ayude, informe y controle antes del inicio en el tratamiento renal sustitutivo.

Si el paciente acudiera a la consulta de enfermería ERCA, esta referencia al nefrólogo se realizaría a tiempo y se podría ayudar a retrasar la progresión del deterioro de la función renal, disminuir la morbi/mortalidad de los pacientes con complicaciones cardiovasculares y actuar sobre las causas de insuficiencia renal potencialmente reversible, y lo más importante, preparar al paciente de forma programada para la diálisis, evitando que ésta sea de manera urgente o no programada y así poder incluirle en el programa de trasplante renal (si procede) a tiempo. De hecho la referencia tardía al nefrólogo se asoció a una menor posibilidad de ser trasplantado en el primer año ^{3,4}.

Y es precisamente por estas y otras razones como la necesidad de informar en cuidados, establecer dietas específicas, disminuir la ansiedad en el paciente, y otras funciones de la consulta enfermera que veremos más adelante que se hace necesaria la

implementación de esta consulta ERCA; y es que en algunos casos los pacientes no conocen todas las posibilidades de tratamiento de su enfermedad.

De hecho, según una encuesta promovida por la Asociación Nacional de Pacientes en Lucha Contra la Enfermedad Renal, ALCER, en el año 2009, más del 65% de los pacientes conocen bien o muy bien la técnica de Hemodiálisis, mientras que solo alrededor del 20% conocen bien la Diálisis Peritoneal en domicilio ⁵.

En el HCUV el número de pacientes que se someten a HD, en el caso de este hospital vallisoletano, son un 76%, cifra muy superior al de los pacientes que se someten a DP, que es un 4%, datos obtenidos a través de la memoria última de la unidad del 2013, pese a las ventajas que presenta este último y que contaré a continuación.

El hecho es que cuando un paciente inicia diálisis de forma aguda (no programada), donde no hay tiempo para la realización y maduración de un acceso vascular o peritoneal permanente, lo normal es que la modalidad de TRS de manera definitiva sea la HD en un 95% de los casos ⁶, desconociendo la existencia de otras alternativas de TRS, sin haber podido iniciar al paciente en este cambio biopsicosocial al cual se enfrenta.

La información acerca de la enfermedad y los distintos tipos de tratamiento que existen se recibe en un tipo específico de consultas, llamadas consultas ERCA, y que en el caso del HCUV esta consulta es atendida solamente por el personal médico, sin contar con una consulta específica de enfermería.

Es por ello que se hace casi imprescindible la implementación de una consulta de enfermería nefrológica ERCA que ofrezca la consecución de los objetivos marcados, informar, educar en autocuidados, vigilar, mantener calidad de vida y reducir costes.

Según una encuesta realizada recientemente entre nefrólogos de diversos países europeos, la mayoría de los profesionales cree que la diálisis peritoneal domiciliaria es la mejor opción de tratamiento para iniciar diálisis ⁷. De hecho la DP puede ser la técnica de elección para muchos pacientes debido a diversos factores:

- Los pacientes en DP mantienen mejor la función renal residual, desde ahora FRR. El mantenimiento de la FRR es un hecho importante con repercusiones clínicas demostradas: se asocia con mayor supervivencia, permite una mejor adecuación de la diálisis, evita el uso de concentraciones elevadas de glucosa para obtener mejor ultrafiltración y disminuye los requerimientos de factores estimuladores de la eritropoyesis, entre otras ventajas.
- Aunque, a largo plazo, la supervivencia de HD y DP es comparable, la DP proporciona una mayor supervivencia durante los primeros años de tratamiento.
- Esto hace que se trate de una técnica muy adecuada para pacientes jóvenes, con vida laboral activa, ya que les permite un tránsito hacia el trasplante renal sin alterar en demasía sus condiciones de vida.
- La DP de inicio permite, además, preservar los accesos vasculares para el futuro, en el caso de que el paciente precise HD.
- Muchos pacientes en DP pueden tener mejor calidad de vida, ya que les permite mantener su vida laboral y personal, mayor libertad, independencia y más intimidad en su tratamiento.

A pesar de las ventajas que puede tener la DP, existen algunas barreras para la implantación de la técnica de DP como principal opción de tratamiento. La principal barrera que dificulta una mayor presencia e implantación en el centro hospitalario obedece a aspectos organizativos. Como segundo freno que dificulta el adecuado desarrollo de la DP se cita la falta de respaldo de los especialistas hacia la técnica, seguido por la deficiente capacitación de los facultativos en lo referente a la DP ⁸.

Según el estudio de opinión⁵ a pacientes con insuficiencia renal crónica, desde ahora IRC, realizado recientemente por la Fundación ALCER España, los pacientes en DP conocen todas las modalidades de tratamiento renal sustitutivo y han optado por dializarse en casa, mientras que los pacientes de HD demuestran un nivel de desconocimiento muy elevado sobre los tratamientos sustitutivos renales disponibles para los enfermos con IRC.

Esta información del estudio la podemos extrapolar al caso de los pacientes nefrológicos del HCUV, donde, desde mi propia experiencia, se conoce que los pacientes en HD no tienen los conocimientos adecuados sobre los distintos tipos de tratamientos que tiene su enfermedad, mientras que los pacientes en DP tienen un nivel alto de información acerca de la enfermedad y sus tratamientos y por eso deciden escoger DP frente a HD.

3.3. LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

La consulta de enfermería ERCA constituye un escenario especialmente complejo^{9,10} tanto para el paciente como para los profesionales.

A principios de los años 90, se desarrollaron las Consultas ERCA. Aunque la intervención de profesionales de enfermería ha sido bastante desigual durante este periodo, se han demostrado grandes logros en diferentes aspectos relacionados con la enfermedad.

El ejercicio profesional de la enfermería nefrológica ha ido evolucionando en las últimas décadas, de forma paralela al desarrollo científico y tecnológico experimentado en el ámbito hospitalario, para adaptarse a la nueva realidad sanitaria.

Esta evolución se ha visto reflejada en un cambio de rol, de modo que la enfermera ha pasado de realizar actividades puramente asistenciales a encaminarse hacia la prevención, promoción y rehabilitación de la salud de forma integral, con la participación del paciente, promoviendo el autocuidado y la independencia y adaptando a su labor un abordaje multidisciplinar¹¹.

Conviene recordar que la información sobre la enfermedad y las distintas opciones de tratamiento que ésta tenga es un derecho de todo paciente que está recogido en la legislación vigente¹². Igualmente es obligación de los profesionales sanitarios que les atienden proporcionar esa información, adaptándola además al nivel de comprensión de cada paciente. En este análisis de la legislación quiero indicar que, dentro de las enfermedades renales en concreto, es necesario que los profesionales provean al

paciente de un consentimiento informado escrito (que debe complementar a la información oral y no sustituirla) casi para cualquiera de las decisiones importantes que concurren en el tratamiento de la enfermedad renal. Así pues, nada más diagnosticarse la enfermedad renal crónica, el profesional ya debe informar al paciente sobre ésta y, conforme sus datos clínicos aconsejan la necesidad de un TRS, la información y elección del tratamiento debe hacerse también por escrito.

Toda la información así como educación sanitaria en cuanto a la enfermedad renal crónica es obtenida principalmente en las consultas ERCA por parte de un equipo multidisciplinar que puede constar de médicos nefrólogos, enfermeros, farmacéuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos; de ahí que en los hospitales con una consulta ERCA funcional y multidisciplinar el porcentaje de pacientes en DP aumenta considerablemente frente a HD.

No obstante, el porcentaje de la utilización de DP es bajo, principalmente, señalan los expertos ¹³, por la falta de información del paciente y del propio profesional médico. Por eso hay que darle información y posibilidades, las cuales sólo van a ser posibles cuando existe una consulta ERCA multidisciplinar.

Desde la SEDEN recomiendan la creación de consultas de Enfermería Nefrológica dotándolas de los suficientes recursos humanos y materiales para “garantizar el derecho a la información que tienen todos los pacientes, potenciar los autocuidados y la autonomía del enfermo, retrasar en lo posible la progresión de la enfermedad, optimizar la calidad de vida del paciente, disminuir la comorbilidad, programar el inicio de diálisis y ofrecer apoyo psicológico para el afrontamiento de la enfermedad y su tratamiento”, recuerda Filo Trocoli ¹⁴.

La SEN ha puesto en marcha el proyecto “Elección” con el objetivo de informar sobre este tipo de diálisis. En esta línea, Carmen Rodríguez Suárez, presidenta de la VIII Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal, ha señalado que es necesario ofrecer información a los profesionales sanitarios, la administración y los pacientes así como dar a conocer los últimos avances en la consulta ERCA.

Los procesos informativos y educativos deben realizarse en unidades de ERCA ¹⁵, incluyendo profesionales expertos que dediquen el tiempo necesario para que los pacientes comprendan las distintas modalidades y elijan libremente aquella que mejor se adapte a su estilo de vida. Especialmente necesario es incorporar a los profesionales de la enfermería en estos procesos educativos, según la SEDEN.

La creación de las consultas de Enfermería es, por tanto, clave para que el paciente reciba un adecuado cuidado enfermero en la etapa previa a diálisis. Sin embargo, la implantación de estas consultas es hoy en día insuficiente, a pesar del interés por parte de SEDEN para su puesta en marcha.

En esta fase pre-diálisis, la educación en el auto-cuidado, la educación sanitaria, la información básica sobre el tratamiento y el proceso de toma de decisión del tipo de tratamiento es muy importante.

Y es que los profesionales de enfermería disponen del perfil óptimo para realizar estas actividades y dedicarles la atención y el tiempo que precisan. De hecho, las Guías SEN para el manejo de la ERCA y Pre-Diálisis, y el Proceso Asistencial Integrado para el TRS del Servicio Andaluz de Salud ¹⁶, incluyen apartados específicos sobre el papel y el perfil del profesional de enfermería en este tipo de consultas.

Por lo tanto resulta casi imprescindible que en todos los hospitales, concretamente en el HCUV, existan estas consultas ERCA contando con una consulta de enfermería nefrológica¹⁷.

4. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA ERCA

4.1. CONCEPTO Y DESARROLLO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA ERCA

El concepto de Consulta de Enfermería se debe entender en una doble acepción:

- Un lugar donde el enfermero realiza prevención, promoción y rehabilitación de la salud a personas de una forma integral, con una participación activa del usuario, buscando el auto-cuidado y la independencia dentro de un abordaje multidisciplinar.
- Acción de atender por parte de la enfermería a la persona o familia en un espacio de tiempo determinado, en el que se solicitan sus servicios para la resolución de un problema de salud en el ámbito de sus competencias y funciones.

La labor de enfermería es fundamental en los pacientes nefrológicos donde debe jugar un papel crucial con ellos, aportándoles la información que precisen, resolver dudas, miedos, dándoles una educación sanitaria sobre su enfermedad y sus muchos cuidados como la dieta, el ejercicio, el cuidado en las FAVI o del catéter peritoneal etc.

Recursos necesarios:

- Un enfermero/a con agenda propia
- Un espacio físico adecuado para atender al paciente como a sus familiares.
- Mobiliario adecuado y una línea de teléfono que facilite el contacto con los pacientes.
- Material clínico: esfigmomanómetro, peso con talla, bioimpedancia, medios audiovisuales, folletos informativos, historias clínicas comunes, hojas de valoración los pacientes, consentimiento informado, cuestionarios de evaluación del conocimiento del paciente.
- Red informática.
- Canales de comunicación entre enfermería y nefrólogos
-

El perfil enfermero recomendado para las unidades de ERCA ¹⁸:

- Técnicas de entrevista clínica
- Habilidades para la educación sanitaria
- Metodología enfermera
- Conocimientos en nefrología
- Técnicas de comunicación

Entre las cualidades que debe tener el entrevistador (enfermero) son:

- Empatía: capacidad para comprender y entender al usuario.
- Calidez: proximidad afectiva.
- Concreción: capacidad de delimitar objetivos mutuos y compartidos.
- Respeto: capacidad para transmitir que los problemas del usuario le atañen y se preocupa de preservar su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- Asertividad: desempeño pleno y con seguridad de los deberes y derechos concernientes a un determinado papel o rol social.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (TAXONOMÍA NANDA)

- 00148 Temor
- 00069 Afrontamiento ineficaz
- 00083 Conflicto de decisiones
- 00126 Conocimientos deficientes

La Clasificación de Resultados Enfermeros (CRE) nos proporciona un lenguaje estandarizado para los resultados que pueden medirse a lo largo de todo el proceso asistencial continuo, a la vez que aporta información esencial necesaria para que el resto del equipo multidisciplinar, consiga la continuidad y evaluación de los cuidados¹⁹.

RESULTADOS ESPERADOS (NOC) en el paciente son:

- N-1302 Superación de problemas: Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo
- J-0906 Toma de decisiones: Capacidad para escoger entre dos o más alternativas
- O-1404 Control del miedo: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma, secundarios a una fuente identificable
- S-1803 Conocimiento del proceso de enfermedad: Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta
- S-1813 Conocimiento régimen terapéutico: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico
- S-1802 Conocimiento dieta: Grado de comprensión transmitido sobre la dieta
- S-1814 Conocimiento procedimiento terapéutico: Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN ERCA ²⁰

- 5510 Educación sanitaria
- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita
- 5606 Enseñanza: individual
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
- 5618 Enseñanza: procedimiento tratamiento
- 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
- 5604 Enseñanza: Grupo
 - 00001 *Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades*
 - 00002 *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades*
- 5520 Facilitar el aprendizaje
- 4920 Escucha activa
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes
- 1160 Monitorización nutricional
- 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento:

- ✓ Preservación venosa
- ✓ Automedida de la presión arterial
- ✓ Opciones de tratamiento renal sustitutivo
- ✓ Tratamiento no farmacológico
- ✓ Cuidado acceso vascular
- ✓ Autoadministración subcutánea (agentes estimulantes eritropoyesis)

Para la consecución de los objetivos marcados, las actividades y tareas que el enfermero realizará en la consulta serán de carácter:

Informativo, Educativos y Asistencial ²¹.

En fase más avanzada de la enfermedad, cuando la FRR del paciente está en un aclaramiento de creatinina (CCr) < 15 debemos dar información acerca de todas las opciones de Terapia Renal Sustitutiva ²¹, incluso en cumplimiento de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica ¹², de aquellas que no vaya a poder elegir (explicando el motivo que las desaconseja) y deteniéndonos especialmente en que no hayan sido contraindicadas por el Nefrólogo y entre las que tendrá que elegir.

Las opciones que se le explicaran son:

- Hemodiálisis
 - Hospitalaria
 - Domiciliaria
- Diálisis Peritoneal
 - Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)
 - Diálisis Peritoneal Automática (DPA)
- Trasplante Renal
- Tratamiento Conservador

HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis es una técnica de depuración renal extracorpórea. Es un proceso que elimina los desechos y el exceso de líquidos de la sangre supliendo las funciones renales como son la eliminación de toxinas, eliminación de líquido retenido y la regulación del equilibrio ácido-base y electrolitos.

No supe sin embargo la función endocrina ni la metabólica.

Durante la hemodiálisis vamos a llevar la sangre del paciente hacia el dializador, que es un filtro especial que elimina las toxinas, desechos y exceso de líquido. Una vez que la sangre ya está limpia se devuelve al cuerpo por un sistema de tubos conectores.

En la hemodiálisis se dializan moléculas de pequeño y mediano tamaño o peso molecular como la urea, CCr, ácido úrico... Además del exceso de líquido acumulado en el organismo. Las moléculas grandes (hematíes, hormonas) no se dializan.

Durante la hemodiálisis vamos a poner en contacto a través de una membrana semipermeable la sangre y el líquido de hemodiálisis.

Los mecanismos de transporte de los solutos a través de la membrana son la difusión, la convección, la ósmosis y la ultrafiltración.

DIALISIS PERITONEAL

Es una de las opciones del tratamiento de la insuficiencia renal crónica. La filtración de la sangre se realiza en el peritoneo, la sangre no sale del sistema vascular. Precisa de colocación de un catéter en la cavidad peritoneal en la que se introduce el líquido de diálisis.

El peritoneo es una membrana serosa y suave que recubre la superficie del interior de la cavidad abdominal y de los órganos abdominales como estómago, intestino, hígado y bazo.

La cavidad peritoneal es virtual, en condiciones normales, las paredes de esta membrana están adosadas sin que exista espacio entre ellas. Si introducimos líquido a través de un catéter en esta cavidad, las hojas de la membrana se separan creando un espacio que puede albergar más de dos litros.

El peritoneo puede realizar la función de filtración gracias a que está muy vascularizado por lo que permite el paso de sustancias de la sangre al líquido de diálisis, y porque es semipermeable, permitiendo solo el paso de determinadas sustancias como agua, CCr, urea, iones etc. y no a elementos más grandes como células sanguíneas u hormonas.

Los mecanismos físico-químicos que permiten este intercambio son la difusión y la ósmosis.

Existen dos tipos de diálisis peritoneal, la continua ambulatoria que se realiza mientras el paciente lleva a cabo sus actividades, y la automática que se realiza durante unas 9 horas seguidas generalmente a la noche y precisa de una máquina cicladora automática.

Tanto HD como DP serán las opciones que se tendrán que escoger una vez que el trasplante renal haya sido descartado por razones médicas o haya surgido un rechazo, o en caso de que no hayan escogido el tratamiento conservador, que son cuidados paliativos en el paciente renal aunque nunca suele llegar a ser una verdadera opción.

Para alcanzar los objetivos también debemos escuchar al paciente y conocer sus miedos y sus dudas, saber resolverlas, y hacer partícipe de todo el proceso también a la familia del paciente, ya que en ella puede encontrar un apoyo a la hora de tomar decisiones y consultar las mejores opciones de tratamiento. No nos olvidamos de la importancia del papel que desempeñan los grupos, como sistemas sociales, en las conductas de salud y enfermedad les convierten en instrumentos fundamentales para la promoción, la prevención, el tratamiento, la recuperación y la intervención en los múltiples ámbitos de la salud psicosocial²³.

Respecto a la enseñanza de la dieta tenemos que cerciorarnos de que el paciente adquiere los conocimientos sobre ésta y se implica en su cumplimiento para conseguir un mejor manejo de la enfermedad, retrasar la progresión de la insuficiencia renal evitar la toxicidad urémica y mantener nutrido al paciente.

Se le explicará al paciente que su dieta, que principalmente contemplará los siguientes aspectos:

- Limitar los líquidos

- Consumir una dieta baja en proteínas dependiendo de la diuresis (se puede recomendar restringir proteínas dependiendo de la IRC)
- Restringir la sal, el potasio, el fósforo y otros electrolitos
- Obtener suficientes calorías si está bajando de peso

La dieta recomendada puede cambiar con el tiempo si la enfermedad renal empeora o si el paciente necesita diálisis²⁴.

Los pacientes con insuficiencia renal avanzada también tienen anemia y por lo regular necesitan hierro extra.

Debemos contar con material didáctico como trípticos, folletos, carteles, vídeos explicativos, talleres... Todo lo que nos pueda facilitar la tarea de la enseñanza al paciente ya que no es tarea fácil la de aprender todo, por eso es necesario utilizar material adicional para complementar la formación y la enseñanza.

4.2. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA

Es necesario realizar un registro y una evaluación periódica de la consulta y establecer unos parámetros de calidad asistencial.

1. Porcentaje de pacientes programados y no programados.
2. Porcentaje de pacientes educados en las diferentes modalidades de tratamiento con respecto a los que ya han iniciado diálisis.
3. Porcentaje de pacientes que eligen HD en centro, HD en domicilio, DPCA y DPA), especificando su procedencia (pacientes nuevos en diálisis y procedentes de TR).

Es también recomendable la realización de encuestas sobre grado de ansiedad, satisfacción, calidad de vida, de valoración sobre su nivel educativo y el cumplimiento del tratamiento prescrito.

5. CONCLUSIONES

Con la implementación de la Consulta de enfermería nefrológica ERCA dentro del Servicio de Nefrología del HCUV podrá ofrecer una completa cobertura en su cartera de servicios para la Enfermedad Renal, aumentando así la calidad y seguridad asistencial y mejorando los cuidados en todos los tratamientos de sustitución renal.

Otra conclusión que saco después de toda la documentación revisada, es que la presencia de un equipo multidisciplinar en la consulta donde la enfermería va a realizar una importante misión, es fundamental para su correcto funcionamiento.

Además, el enfermero controla y hace seguimiento de la información que el paciente asimila durante las consultas y ayuda en la toma de decisiones y en coordinar las citas sucesivas en consulta y las previas al inicio de un tratamiento renal sustitutivo.

No hay que olvidarse de que el enfermero aporta a este tipo de pacientes con ERCA una mayor proximidad con un apoyo biopsicosocial que se traduce en una mayor confianza con el enfermo y su familia, y un mejor uso de los recursos sanitarios.

Asimismo, la atención telefónica es una herramienta que permite una mejor facilidad en el acceso, evitando desplazamientos constantes del usuario al centro hospitalario.

A pesar de mi condición como estudiante y tras solo un breve período de tiempo de dos meses en la Unidad de Nefrología, llego a creer, a pesar de la brevedad de este periodo, en que la necesidad de una consulta ERCA que cuente con un equipo multidisciplinar enfocado a los pacientes nefrológicos en el HCU de Valladolid, aportará beneficios para el paciente y concretamente mejoraría la calidad y el grado de la información que tienen estos pacientes, así como la educación sanitaria y aspectos físico y psicológicos de la enfermedad, produciendo posiblemente una reversión en la tendencia de la elección del tratamiento, predominantemente HD en este hospital vallisoletano, aumentando seguramente el porcentaje de pacientes que se decanten por DP ya que la mayoría de los profesionales, entre los que me quiero incluir como futuro enfermero, creemos que la DP es la mejor opción de tratamiento para iniciar diálisis.

6. AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al equipo de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid que me ha ayudado en la elaboración de las líneas de estrategia para la mejora del Servicio y especialmente a M^a Jesús Rollán de la Sota, supervisora del servicio de Nefrología, que me inició a la hora de emprender este trabajo y me puso en contacto con los trabajos y guías de nefrología, mostrando una gran amabilidad conmigo.

Mención aparte y mi más sincero agradecimiento a la tutora que me ha dirigido y aconsejado en el Proyecto, por su dedicación y profesionalidad, pero sobre todo por su apoyo en todos los ámbitos.

Gracias Emilia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arribas A. Diagnósticos enfermeros normalizados. Proyecto Cenes. 1ª Edición Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del cuidado (FUDEN); 2012.
2. Portal de Salud de Castilla y León [Internet]. Valladolid. [cited 2014 Enero 31] Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/HCUValladolid>
3. XLIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología: Informe de Diálisis y Trasplante 2012. Palacio Euskalduna Bilbao; 05-08 de Octubre 2013.
4. Guías SEN para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Pre-Diálisis. Nefrología, Vol. 28 Suplemento 3 Año 2008
5. Pastor JL, Julián JC. Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Supl. Rev. Soc. Esp. Nefrol. 20 PTE.
6. Lameire N, Van Biensen W, Dombors N y cols: The referral pattern of patients with ESRD is a determinant in the choice of dialysis modality. Perit Dial Int 17 (Supl. 2): S161-166, 1997.
7. Ledebro I. The best dialysis therapy. Results from an international survey among nephrology professionals. Nephrol Dial Transplant Plus 2008; 6:40.3-8
8. Arrieta J, Julián JC, Otero A, Portolés J, Ortigosa A, Sánchez A. Situación perspectivas de la Diálisis Peritoneal domiciliaria en los centros hospitalarios. Resultados de una encuesta nacional a gerentes de hospital 2010; Pag. 23-28.
9. Bardón-Otero E, Martí i Monros A. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) Nefrología. 2008; Supl. 3, 53-56.
10. Orte-Martínez L, Barril-Cuadrado G. Unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Concepto de una unidad multidisciplinaria. Objetivos de la consulta de ERCA. Nefrología. 2008; Supl 3, 49-52.
11. Gutiérrez JM. Consulta ERCA. Papel de enfermería. Diálisis peritoneal. VIII Reunión Nacional. Oviedo; 22-24 de Diciembre, 2012.
12. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
13. Pulido F, Arribas P, Fernández A. Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2008; 11 (3): 167/172.

14. Helena García Llana, Rocío Rodríguez Rey, Filo Trocoli González y otros. Consulta de enfermería interdisciplinar de enfermedad renal crónica avanzada: Apuntes para un modelo integral de cuidados. Nº 2, Volumen 16, II Trimestre 2013.
15. Simó R.Mª, Gallego S, Gómez E. VIII seminario español EDTNA/ERCA. Aspectos éticos y legales del tratamiento sustitutivo en la IRC. Oviedo; 13-15 de Abril, 1998.
16. Proceso Asistencial Integrado para el Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica. Procesos Asistenciales Integrados. Servicio Andaluz de Salud
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos.asp?idp=154>
17. Bardón E, Martí i Monros A, Vila MªL. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Hospital de La Princesa. Madrid. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. Nefrología 2008; Supl. 3, 53-56
18. Neyhart C, McCoy L, Rodegast B, Gilet C, Roberts C, Downes K. A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease: the UNC Kidney Center Nephrology Nursing Initiative. Nephrol Nurs J. 2010 Mar-Apr;37(2):121-30;
19. Bulechek GM. Nursing interventions: effective nursing treatments. Philadelphia; Ed. Saunders; 2000.
20. Ledebro I. The best dialysis therapy. Results from an international survey among nephrology professionals. Nephrol Dial Transplant Plus 2008; 6:40.3-8.
21. Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Pre-Diálisis Guías S.E.N. 53
<http://www.senefro.org> Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. 2008.
22. Julián JC. Información y proceso de decisión del tratamiento sustitutivo renal: el punto de vista del paciente renal. Fundación renal ALCER España. Pag.17-22;
23. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de Enfermería (CIE).Madrid: Ed.Har-court Mosby; 2002.
24. National Kidney Foundation. Dietary Guidelines for Adults Starting on Hemodialysis. 2009. Accessed September 22, 2009.

ANEXO I

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

CAPÍTULO II

El derecho de información sanitaria

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

CAPÍTULO III

Derecho a la intimidad

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

CAPÍTULO IV

El respeto de la autonomía del paciente

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general.

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin

embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. Información en el Sistema Nacional de Salud.

1. Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

2. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos.

Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

3. Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo.

Artículo 13. Derecho a la información para la elección de médico y de centro.

Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS

Don/Dña.

.....
.....

Usted padece una insuficiencia renal en fase muy avanzada. Esta situación conduce irreversiblemente a la muerte si no se utiliza la diálisis como tratamiento.

Su médico cree necesario la práctica de Hemodiálisis. Para ello, es preciso colocarle un catéter (tubo de material sintético) en una vena central que generalmente se localizan en cuello (Vena Yugular) o en la ingle (Vena Femoral). Para el procedimiento se emplea anestesia local. Este tipo de acceso se utiliza para pacientes agudos que van a necesitar hemodiálisis sólo temporalmente o para pacientes crónicos que están a la espera de la realización de una fístula arterio-venosa definitiva.

Este procedimiento puede presentar complicaciones: algunas frecuentes pero leves como punción arterial o hematomas y otras muy poco frecuentes pero más graves como, neumotórax, hemorragias, estenosis venosas, fístulas arterio-venosa, embolismos o infecciones, que pueden excepcionalmente poner en peligro su vida.

Declaro que he sido informado por los médicos que me van atender Dr./Dra. en fecha

..... del procedimiento de COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS, igualmente de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que comporta su realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

En consecuencia doy mi consentimiento a que me practiquen el procedimiento arriba mencionado y les autorizo a tomar las medidas oportunas en caso de complicaciones para mantenerme con vida o evitarme daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en a de..... de 20.....

Firma del paciente

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

DNI n°..... en calidad de

.....

Firma de la persona autorizada Fecha

NEGATIVA PARA LA PRÁCTICA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS

Don/Dña.

.....

..... manifiesto, que he sido informado por el

Dr./Dra. en fecha

..... del procedimiento de colocación de catéter para la hemodiálisis

así como de los beneficios y riesgos que se esperan de su aplicación e igualmente de las

consecuencias que se derivarán de su no realización. He comprendido toda la

información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas. Declarando mi

negativa para que se practique el procedimiento arriba mencionado, asumiendo las

complicaciones que de esta decisión puedan derivarse. Por incapacidad o renuncia a la

toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

..... DNI n°

..... en calidad de

Firma del paciente o persona autorizada. Fecha

Si Vd. Reconoce haber recibido una información adecuada y acepta la colocación de

catéter para la hemodiálisis, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos

alguna indicación concreta, indique, por favor, los motivos de esta decisión.

.....

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL

Don/Dña.

.....

Este procedimiento se realiza para iniciar o continuar la diálisis peritoneal, después que esta haya sido elegida por usted y su médico como tratamiento sustitutivo de su insuficiencia renal crónica. Para ello, es preciso colocarle un catéter (tubo de material sintético) en la cavidad abdominal.

Se realiza con anestesia local, mediante una incisión en el abdomen, a través de la cual se introduce el catéter en el peritoneo (membrana que recubre el interior de la cavidad abdominal). Se trata de un procedimiento sencillo que solo le ocasionará ligeras molestias propias del pinchazo de la anestesia y la incisión. Su duración es aproximadamente de una hora. Este procedimiento puede presentar complicaciones: algunas frecuentes pero leves como pequeños sangrados o hematomas y otras muy poco frecuentes pero más graves como, hemorragias por punción de un vaso de mayor calibre o perforación de algún tramo del intestino, necesitando en estos casos una intervención quirúrgica para ser reparada, situación que puede excepcionalmente poner en peligro su vida.

Declaro que he sido informado por los médicos que me van atender Dr./Dra. en fecha del procedimiento de COLOCACIÓN DE CATETER PERITONEAL PARA LA REALIZACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL, igualmente de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que comporta su realización.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

En consecuencia doy mi consentimiento a que me practiquen el procedimiento arriba mencionado y les autorizo a tomar las medidas oportunas en caso de complicaciones para mantenerme con vida o evitarme daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en a de de 20

Firma del paciente

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):
..... DNI n°
..... en calidad de

Firma de la persona autorizada. Fecha

NEGATIVA PARA LA PRÁCTICA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA
DIÁLISIS PERITONEAL

Don/Dña.....
..... manifiesto, que he sido informado por el Dr./Dra.
..... en fecha del
procedimiento de colocación de catéter para la diálisis peritoneal así como de los
beneficios y riesgos que se esperan de su aplicación e igualmente de las consecuencias
que se derivarán de su no realización. He comprendido toda la información que se me
ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

Declarando mi negativa para que se practique el procedimiento arriba mencionado,
asumiendo las complicaciones que de esta decisión puedan derivarse.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):
..... DNI
n°..... en calidad de
.....

Firma del paciente o persona autorizada. Fecha

Si Vd. Reconoce haber recibido una información adecuada y acepta la colocación de
catéter para la diálisis peritoneal, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere
hacernos alguna indicación concreta, indique, por favor, los motivos de esta decisión.

Nombre y firma del médico.....

Nombre y firma del testigo.....

ANEXO IV

Datos Demográficos

Población **277.345**

Tratamiento Renal Sustitutivo Inicial	HD	PD	Tx	Total
Incidencia Absoluta	28	1	8	37
Incidencia p.m.p.	101	4	29	133

Acceso Funcionante al Inicio de Diálisis	FAVI	Catéter Permanente	Catéter Peritoneal	Catéter Temporal	Total Inicio Diálisis
Nº de Pacientes	8	5	1	16	30
% de Pacientes	26%	16%	3%	52%	

Inicio en Diálisis	HD	PD	Total Inicio Diálisis
Nº Pacientes Programados	0	1	1
% de Pacientes Programados	0%	4%	3%
Nº Pacientes No Programados	29	0	29
% de Pacientes No Programados	100%	0%	97%

Recursos Humanos	HD	PD
Nº Total Enfermeras/os	11	1
Nº Total de Pacientes	45	9
Ratio Pacientes/Enfermera	4	9