



Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Documento de Consenso sobre la

Consulta de Enfermería de Trasplante Renal

© 1975-2015 SEDEN. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Título: *Documento de consenso sobre la consulta de enfermería de trasplante renal.*

Edita: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.

Dirección: Calle Lira nº 1, Escalera centro, 1º C. 28007 Madrid.

Diseño y maquetación: Exce Comunicación.

ISBN-13: 978-84-606-7323-1

Fecha de Publicación: 10-04-2015

Documento de Consenso sobre la

Consulta de Enfermería de Trasplante Renal

Coordinadores

Fernando Ramos Peña

Isusko Eguren Penin

Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.

Expertos

M^a Teresa Alonso Torres

Fundación Puigvert. Barcelona.

José Berlango Jiménez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Maribel Delgado Arranz

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Mercedes Domínguez Gómez

Complejo Asistencial de Palencia.

M^a Celia Julve Ibáñez

Hospital de Bellvitge. Barcelona.

M^a José Puga Mira

Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

M^a Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico de Valladolid.

Pilar Ruiz Guerra

Hospital Carlos Haya. Málaga.

Filo Trócoli González

Hospital La Paz. Madrid.

Revisor Externo

Rodolfo Crespo Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.



Índice

1. Introducción	6
2. Enfoque	6
3. Objetivos	7
3.1. Mejorar el control y seguimiento clínicos	7
3.2. Responder a las necesidades de salud de los trasplantados renales desde una perspectiva holística	7
3.3. Comprometer al paciente trasplantado renal en su propio cuidado	8
3.4. Desarrollar una relación coordinada con un equipo de trabajo multidisciplinar	8
3.5. Canalizar información previa al trasplante	8
4. Recomendaciones	9
4.1. Recursos humanos	9
4.2. Recursos materiales	9
4.3. Recursos organizativos y de gestión	9
4.4. Líneas estratégicas de trabajo.....	9
a. Apoyo psicológico	10
b. Apoyo al autocuidado y a la autonomía.....	10
c. Gestión clínica	11
d. Uso de protocolos y guías	11
5. Tabla resumen	12
6. Bibliografía citada	14

1. Introducción

El trasplante renal es la mejor opción para los pacientes afectados de insuficiencia renal crónica terminal en términos generales. Mejora tanto la supervivencia como la calidad de vida de esos pacientes en comparación con las otras técnicas sustitutivas de la función renal [1-2]. En España existe un sólido programa de trasplante con muchos años de experiencia habiéndose realizado, hasta 2012, 86.180 trasplantes renales [3].

En España, la mitad de los pacientes que necesitan tratamiento renal sustitutivo tienen un trasplante renal funcional [4]. Los trasplantados renales requieren de unos cuidados individualizados que exigen centrarse no sólo en la función del injerto en sí, sino también en otros problemas que son muy prevalentes, más atípicos en la forma de presentarse y más graves que en la población en general, pudiendo condicionar a largo plazo la supervivencia del injerto renal y del paciente. Entre los problemas más prevalentes tenemos las enfermedades cardiovasculares, los procesos neoplásicos malignos, las infecciones, el rechazo crónico, complicaciones óseas y problemas emocionales [5]. Aunque las tasas de supervivencia, tanto de injerto como de paciente, han mejorado en los últimos 10 años, uno de los objetivos que tenemos ahora es la mejora de la calidad de vida de esos pacientes [6].

Es importante recalcar que, aunque el post-trasplante renal no es una enfermedad crónica si constituye una condición crónica para el trasplantado que tendrá que recibir cuidados y recomendaciones de por vida para aumentar en lo posible la supervivencia del injerto. Lo más habitual es que un paciente, en función de la edad, pueda necesitar más de un trasplante a lo largo de su vida.

Está documentado que las intervenciones que obtienen mejores resultados cuando hablamos de enfermedades crónicas son aquellas que, entre otros elementos, cuentan con una enfermera con experiencia adicional o formación en el tratamiento clínico y en terapias de apoyo para modificar patrones de compor-

tamiento que puedan comprometer la salud en esos pacientes [7-9]. Hay evidencia de que los pacientes encuentran altos niveles de satisfacción en las consultas de enfermería.

[10] y que están aceptando sistemas alternativos de atención [11]. Claramente los pacientes que son atendidos por enfermeras en consultas muestran altos niveles de satisfacción relacionado con el estilo de consulta de las mismas pues las enfermeras dedicaban más tiempo que el médico a discutir problemas psicosociales, proporcionaban información y asesoramiento que incluía referencias a otros tratamientos y servicios de atención social [12].

2. Enfoque

El enfoque de la Consulta de Trasplante renal debe estar influenciado por 3 elementos principales:

- La **promoción de la autogestión** enfocada al autocuidado.
- La **atención multidisciplinar**.
- **Visión holística e integral** del individuo.

La promoción de la autogestión, mediante el empoderamiento del paciente permite mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud [13-15].

Para el paciente, el trasplante no representa simplemente una solución. Implica una transición a una nueva serie de retos. Todos estos factores, combinados con problemas personales y psicológicos, pueden tener un gran impacto y deben ser abordados por la Unidad de Trasplante. La perspectiva del paciente es de gran importancia tomarla en consideración. El mejor enfoque es construir una relación con el receptor de trasplante en todo el proceso desarrollando un entorno propicio y de apoyo en el que los pacientes se sientan capaces de discutir los problemas. Tienen importancia las necesidades, perspectivas, experiencias, expectativas, percepciones, creencias, valores, preocupaciones y prioridades de cada paciente [16-17].



Así pues, las consultas de enfermería deben configurarse como ese espacio en el que se trate de dar respuesta a las necesidades planteadas por la población desde una perspectiva holística, en la que su participación es fundamental [18].

3. Objetivos

La Consulta de Enfermería de Trasplante Renal tiene como objetivos principales mejorar la calidad de vida y aumentar la duración del injerto renal. Para conseguirlo es importante tener los siguientes objetivos secundarios:

1. Mejorar el **control y seguimiento clínico** de los enfermos trasplantados renales.
2. Responder a las **necesidades de salud** de los trasplantados renales desde una perspectiva holística.
3. Comprometer al paciente trasplantado en su **propio cuidado**.
4. Desarrollar una relación coordinada con un **equipo de trabajo** multidisciplinar.
5. **Canalizar información** previa al trasplante renal.

3.1 Mejorar el control y seguimiento clínicos

Como objetivos específicos de este punto tenemos:

- Disminuir la **morbilidad** asociada al trasplante renal.
- Disminuir el **fallo del injerto** debido a causas evitables.
- Aumentar la **concordancia terapéutica**.
- Orientar en el uso eficiente de los **recursos del sistema**.

Las enfermeras tienen mayor interacción con los pacientes que cualquier otro profesional de la salud [19-21], dándoles una ventaja en el seguimiento de los efectos secundarios, como los factores de riesgo cardiovascular, que pueden no ser inmediatamente evidentes para el paciente percibiéndolos éste como problemas superficiales.

Las enfermeras tienen un papel importante y clave para ayudar a los pacientes a adaptarse a los regímenes inmunosupresores, maximizando la supervivencia del paciente y del injerto renal. Aunque lograr la concordancia es una tarea multidisciplinar debe resaltar-se el papel de la enfermera por las implicaciones que conlleva [22].

Las evidentes mejoras en el arsenal terapéutico para lograr unos resultados óptimos en el trasplante renal pueden desaprovecharse si no hay garantizado un acceso fluido a los recursos del sistema por parte de los pacientes. En este sentido la consulta de enfermería puede ser una ayuda importante a la hora de orientar al paciente al consumo responsable de los recursos sanitarios. También puede facilitar la accesibilidad mediante la asunción de funciones que no sean de excesiva complejidad médica que puede sobrecargar la consulta de los médicos [23].

3.2. Responder a las necesidades de salud de los trasplantados renales desde una perspectiva holística

Los resultados de salud no dependen sólo de variables biológicas. Existen otros factores como son los emocionales y sociales, sobre todo cuando hablamos de enfermedades crónicas.

En el fondo la relación clínica que establece el paciente con los profesionales de la salud es una relación de confianza. Ésta puede desarrollarse cuando el paciente percibe que la enfermera es alguien capaz de comprenderle mediante la incorporación en la estrategia de atención de otros aspectos relacionados con la salud además de los biológicos. Hay varios trabajos que abundan en las relaciones entre los comportamientos de los pacientes y los constructos socioculturales [24-25]. Ser conscientes de esas relaciones y explicitarlas en la atención es importante para conseguir una atención integral que no busque hegemonizar al paciente sino empoderarlo para su autocuidado. Es en este contexto de respuesta integral cuando la enfermera se constituye en un punto de apoyo para el paciente tanto a nivel profesional como afectivo.

Distinguir entre patología y padecimiento [26] es una herramienta útil de análisis e intervención que debería incorporarse al pensar y hacer de enfermería [27-28].

La creciente diversidad cultural también es un factor relevante para incentivar el logro de una consulta con competencia cultural [29-31].

3.3. Comprometer al paciente trasplantado renal en su propio cuidado

El paciente debe lograr los siguientes objetivos específicos:

- Adquirir los **conocimientos y habilidades necesarias** para favorecer la adaptación a su nueva situación.
- Conocer los **signos y síntomas del rechazo** para favorecer un diagnóstico precoz.
- Conocer la **medicación inmunosupresora** que esta tomando y la importancia de la adherencia al tratamiento en general.
- Asumir el **autocuidado responsable**.

La literatura muestra que, cuando los pacientes están más involucrados con su propia gestión de las enfermedades crónicas, mejoran los resultados de salud [32]. El concepto de autogestión fomenta un entendimiento compartido entre el paciente y la enfermera en los regímenes terapéuticos, pudiendo conseguir resultados tangibles negociando objetivos a corto y medio plazo [33].

Los pacientes deben asumir la responsabilidad de la situación en que se encuentran convirtiéndose en una parte activa dentro de su proceso. Debemos familiarizarlos con estilos de vida saludables, animándolos a participar en su cuidado, dando confianza lo que les ayudará a darse cuenta de su responsabilidad en el cuidado post-trasplante [6]. Además de un mejor control objetivo de la enfermedad, añade la satisfacción personal de no depender tanto de los servicios sanitarios, por lo que este debe ser el objetivo principal de las consultas de enfermería.

La autogestión no puede lograrse sin un empoderamiento del paciente, lo cual debe ser otro objetivo de la enfermería: capacitar y dotar al paciente de las herramientas y habilidades para asumir el autocuidado en su propio proceso de salud-enfermedad.

La gestión de crónicos por parte de la enfermería incrementa el conocimiento de los pacientes de su propia condición, promueve la adhesión a un plan de tratamiento, alienta la toma de decisiones compartida con profesionales de la salud y anima a la monitorización y gestión eficaz de los síntomas [34].

3.4. Desarrollar una relación coordinada con un equipo de trabajo multidisciplinar

Ofrecer un entorno integrado de atención multidisciplinar es un objetivo clave.

Una adecuada articulación de la consulta de enfermería en el Sistema de Salud mejorará la accesibilidad, la eficiencia y la seguridad del sistema. En los contextos actuales, donde tenemos identificados factores biológicos, emocionales y sociales que influyen en los resultados de salud, sólo una respuesta multidisciplinar será capaz de dar una atención satisfactoria [35]. El papel de la enfermera en esta respuesta es crítico pues, a través de la educación y prevención de riesgos, puede desempeñar un papel importante en ayudar al paciente a disfrutar de una mejor calidad de vida [36-38]. También puede jugar un papel importante en la coordinación de esa atención [39].

3.5. Canalizar información previa al trasplante

La Consulta de Enfermería de Trasplante Renal puede ser una excelente herramienta de canalización de información relativa al trasplante renal para pacientes en prediálisis o en tratamiento sustitutivo renal.

En estos momentos en España estamos experimentando un gran crecimiento del trasplante de donante vivo (en sus diversas variantes) como alternativa viable que puede optimizarse mejor cuando se produce en la etapa de prediálisis. La coordinación en-



tre consulta prediálisis y trasplante renal aparece así como una conexión sumamente necesaria.

4. Recomendaciones

Una Consulta de Enfermería de Trasplante Renal debe contar con los siguientes recursos si quiere tener un impacto positivo en la asistencia al paciente trasplantado:

4.1. Recursos humanos

Debe contar con una enfermera de nefrología con formación adicional, experta, responsable, con habilidades docentes y comunicativas, con experiencia en el trabajo multidisciplinar, con implicación en el proyecto, alto nivel de conocimientos y cuya práctica esté basada en la mejor evidencia disponible y en un ánimo investigador.

Una referencia en la literatura de origen anglosajón es la Enfermera de Práctica Avanzada (“Advance Nurse Practitioner”) usada en otros países para dar respuestas a las necesidades en los nuevos contextos asistenciales y al devenir del propio desarrollo de la Enfermería [40-43].

La Enfermera de Práctica Avanzada es una figura asentada desde hace más de 40 años y apoyada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) que la define como “una enfermera graduada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas de toma de decisiones y competencia clínica para expandir su práctica, cuyas características están configuradas por el contexto y/o el país en el que está acreditada para ejercer y a la que se exige una formación universitaria” [44].

4.2. Recursos materiales

Debe disponer de una sala con luz natural que permita la confidencialidad con el paciente, donde la enfermera pueda realizar la valoración y el seguimiento de los pacientes. Debe contar con un mobiliario de oficina adecuado, equipo informático con

acceso a la intranet del servicio de salud, línea telefónica, archivo, soporte papel y diverso material de oficina.

Debe tener asimismo los elementos sanitarios necesarios para llevar el control de los pacientes: camilla, lavabo, báscula, tallímetro, monitor de presión arterial, glucómetro, sistemas de extracción sanguínea, tubos para analítica de sangre y orina, material de cura, recetarios, guías y protocolos, material educativo audiovisual y escrito para la educación sanitaria de los pacientes en autocuidado, dietas, medicación inmunosupresora, estilos de vida saludable y signos de alarma.

4.3. Recursos organizativos y de gestión

Debe contar con un esquema claro de los circuitos de interrelación entre servicios / profesionales para coordinar visitas y pruebas.

Debe disponer de un sistema de evaluación que permita la valoración de los resultados y el control de la calidad asistencial y seguridad del paciente, para comprobar el alcance del logro de objetivos propuestos y la satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida.

Se deben desarrollar propuestas de mejora periódicas necesarias para conseguir un nivel de excelencia de los cuidados y la asistencia al paciente trasplantado.

4.4. Líneas estratégicas de trabajo

Es necesario el desarrollo de intervenciones de enfermería que ayuden a los pacientes a: aprender cómo identificar los síntomas, determinar estrategias para controlarlos, comunicar esta información a las enfermeras y recibir una retroalimentación positiva de las mismas. Las enfermeras deben dirigir la atención al paciente fuera de los paradigmas tradicionales para desarrollar programas que incorporen técnicas de autogestión y autocuidados.

Las líneas de trabajo que deben ser de aplicación preferente por la enfermera son:

- a. Apoyo psicológico
- b. Apoyo al autocuidado y la autonomía
- c. Gestión clínica
- d. Uso de procedimientos protocolos y guías

a. Apoyo psicológico

El mejor enfoque es construir una relación con el receptor de trasplante en todo el proceso y desarrollar un entorno propicio y un apoyo para que los pacientes se sientan capaces de analizar los problemas [45]. Particularmente importante es ayudar al paciente a la gestión de las emociones negativas (como el miedo o la depresión) [46].

Existe una mayor predisposición entre los pacientes a hablar con la enfermera de sus preocupaciones [47], a la vez que valoran el tiempo y asesoramiento de las enfermeras que ofrecen apoyo para gestionar mejor el impacto emocional de los procesos de enfermedad [48]. Está documentado que la relación de respeto mutuo entre paciente y enfermera/médico es un aspecto clave de la promoción de la salud del paciente [49].

Se han de construir relaciones sólidas con los pacientes formulando de común acuerdo los planes de atención que los capaciten para cuidar de si mismos.

En todas las condiciones crónicas se presentan una serie de desafíos para los enfermos y sus familias: tratar los síntomas, la discapacidad, el impacto emocional, complejos regímenes de medicación, ajustes difíciles en el estilo de vida y la obtención de atención médica útil. Muchos enfermos crónicos luchan con las exigencias físicas, psicológicas y sociales de su enfermedad sin mucha ayuda o apoyo desde la atención médica. Con frecuencia, la ayuda recibida, aunque bien intencionada, no satisface las necesidades de las personas para que se conviertan en gestores eficaces de su enfermedad. Una atención de calidad a los pacientes crónicos no puede basarse en modificaciones hechas sobre un modelo que tradicionalmente se ha centrado en enfermedades agudas en el que la prioridad era la curación y no la gestión de un proceso crónico [50-51].

Una atención de alta calidad se caracteriza por que existen interacciones productivas entre el equipo y el paciente. Esas interacciones deben fomentarse.

b. Apoyo al autocuidado y la autonomía

Las interacciones entre sanitario y paciente son más productivas si los pacientes participan activamente en su cuidado brindándoles una información competente, atinada y contextualizada [52]. Debe establecerse como otro objetivo fundamental para el paciente la incorporación de las habilidades necesarias para el autocuidado en el que el desarrollo de una mutua confianza es esencial. La consulta debe integrarse en una estrategia en la que una de sus líneas fundamentales es facilitar la autogestión de los pacientes actuando a nivel organizativo, asistencial, educacional, motivacional integrando a la familia y cuidadores de los pacientes [53].

El enfoque dirigido al empoderamiento de los pacientes para manejar su propia enfermedad ha demostrado mejorar el control de la misma [54-55].

Las intervenciones dirigidas a los pacientes deben influir positivamente en el bienestar del paciente incluyendo esfuerzos sistemáticos para conseguir incrementar su conocimiento, habilidades y confianza para manejar su condición. Ese plan de atención debe ser mutuamente entendido y compartido precisando un cuidadoso seguimiento continuo [56]. Es necesario implicar a los pacientes y sus familias para colaborar en un plan de atención con el objeto de desarrollar objetivos de salud realistas, alcanzables y centrados en el paciente.

La educación de los pacientes después del trasplante renal debe incluir toda la gama de herramientas que les permitan conocer los estilos de vida saludables, autoevaluarse, manejar eficazmente la medicación, prevenir efectos secundarios, detectar precozmente potenciales complicaciones, debiendo tener claro cual es la sistemática de búsqueda de ayuda profesional. La información debe de ser clara, sencilla, veraz, breve, precisa y adaptada al nivel sociocultural y de conocimientos del paciente y su familia.



Edward H. Wagner y Cols. usan una ilustración muy sugerente. El paciente debe ser el piloto, debido a que el otro piloto posible, el profesional de la salud, está sólo en el avión unas pocas horas cada año, y este avión rara vez toca tierra. Si los pacientes con enfermedades crónicas deben pilotar sus aviones, el papel de la atención de salud es asegurar pilotos expertos, aviones seguros, planes de vuelo que guíen con seguridad a los pilotos a sus destinos y un tráfico aéreo de vigilancia y control para evitar y prevenir contratiempos y mantenerlos en curso [50].

El apoyo a la autogestión implica la provisión por parte del profesional de educación junto con intervenciones de apoyo para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluyendo evaluaciones regulares de los progresos y problemas, el establecimiento de metas compartidas y el apoyo en la resolución de problemas [57].

El apoyo para la autogestión de procesos crónicos (como es el trasplante renal) implica [58]:

1. Dar **información**.
2. Educación de **habilidades específicas** de manejo de la enfermedad.
3. Negociación del **cambio de comportamiento** saludable.
4. Proporcionar entrenamiento en **técnicas de resolución de problemas**.
5. Asistencia por el **impacto emocional** de tener una condición crónica.
6. Proporcionar **seguimiento regular**.
7. Animar a una **participación activa** en el manejo de la enfermedad.

c. Gestión clínica

La enfermera de la consulta de enfermería de trasplante renal debe de ser capaz de identificar precozmente las complicaciones, derivar a otro profesional si fuera preciso, ajustar la medicación ayudando al paciente a elaborar estrategias que aseguren la adherencia terapéutica, y gestionar eficazmente los síntomas.

Sería conveniente un desarrollo competencial que contemplara un perfil de enfermera de práctica avanzada que fuera competente para llevar a cabo evaluaciones integrales de salud dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades [59]. Para ello colabora con los pacientes para establecer las prioridades para la prestación y coordinación de la atención a lo largo del continuo salud-enfermedad, selecciona las intervenciones apropiadas de una serie de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, apoya, educa, entrena y asesora a sus pacientes sobre la autogestión de la salud [60].

La gestión clínica de la enfermera debe incluir:

- **Gestión precoz de las complicaciones** y derivación a otro profesional si procede.
- Identificación precoz de los **signos de alerta**.
- Promoción de **estilos de vida saludables**.
- Asegurar la **adherencia terapéutica**.

d. Uso de procedimientos protocolos y guías

La investigación apoya la idea de que las guías clínicas, protocolos y/o procedimientos, pueden ayudar a facilitar la transferencia de tareas de los médicos a las enfermeras, manteniendo la calidad [61-62], aunque hay divergencias sobre la forma de hacerlo [63-64].

Las guías clínicas y protocolos facilitan el desempeño de los nuevos roles de enfermería que son necesarios para el manejo y seguimiento de manera autónoma de un paciente crónico sin impedir que, en caso de necesitarlo, se trabaje en colaboración con otros profesionales. Además, permite una mejora en la eficiencia del sistema que debe valorarse adecuadamente [65].

5. Tabla resumen

<p>OBJETIVO</p>	<p>Asegurar la adaptación del paciente a la nueva situación de salud, la disminución de la ansiedad generada por el trasplante renal y la fidelización al tratamiento y cuidados del paciente mediante el logro de la concordancia con él.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad relacionada con el proceso de trasplante renal. • Falta de conocimientos relacionados con el tratamiento. • Potencial de incumplimiento terapéutico. • Falta de conocimientos sobre la dieta, higiene, autocuidados de la FAVI y vacunaciones. • Cambios en los roles provocados por la enfermedad y consecuencias psicológicas de la condición crónica.
<p>OBJETIVOS DEL PACIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente manifestará no tener ansiedad ni temor al proceso terapéutico. • Será capaz de identificar los alimentos recomendados y elaborar su dieta de forma adecuada así como las medidas higiénicas básicas. • Demostrará saber los cuidados básicos del trasplante, identificando signos y síntomas de complicaciones relacionadas con éste. • Comprenderá la importancia de las acciones de profilaxis y prevención de procesos infecciosos. • Comprenderá la importancia del seguimiento clínico y asistirá a las revisiones programadas. • Participará activamente en la toma de decisiones compartidas con el profesional.
<p>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción del paciente. • Valoración integral del paciente en la primera visita. • Información sobre el trasplante y posibles complicaciones. • Educación del paciente: dieta, medicación, higiene, vacunaciones, hábitos de vida saludable, uso de recursos. • Elaboración de un plan de cuidados consensuado con el paciente. • Administración de medicación si procede. • Cuidados de la herida quirúrgica y retirada de puntos si procede.



COMPETENCIAS ENFERMERAS	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiopatología renal. • Proceso terapéutico Trasplante renal. • Terapia Inmunosupresora. • Dietética y nutrición. • Promoción de la Salud. • Formulación y aplicación del proceso enfermero. • Liderazgo. • Legislación (Marco legal). • Gestión de recursos.
	Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación terapéutica. • Educación para la Salud. • Negociación. • Colaboración. • Evaluación de las necesidades de atención. • Trabajo en equipo. • Elaboración de planes de cuidados consensuados entre el equipo y el paciente. • Coaching. • Toma de decisiones autónomas.
	Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad. • Responsabilidad. • Negociación. • Cooperación. • Juicio crítico. • Motivador. • Empatía. • Organización. • Educador. • Flexible. • Aprendizaje y mejora continua.

6. Bibliografía citada

- Sayegh MH, Carpenter CB. Transplantation 50 years later—progress, challenges, and promises. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(26): 2761-6.
- Landreneau K, Lee K, Landreneau MD. Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation—a meta-analytic review. *Nephrol Nurs J* 2010; 37(1): 37-44.
- Organización Nacional de Trasplantes. Balance de actividad. Nota de prensa. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- Registro español de enfermos renales; disponible en <http://www.registorenal.es/>. Visitado el 15 de marzo de 2013.
- Bottomley MJ, Harden PN. Update on the long-term complications of renal transplantation. *Br Med Bull* 2013; 106: 117-34.
- Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *J Adv Nurs* 2010, Apr; 66 (4): 828-38.
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002, Apr 6; 324 (7341): 819-23.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 (2): CD001271.
- Istria J, Bonnel G, Gentile S, Durand AC, Feuerstein S, Raymond JJ, et al. A study comparing care between nurses and doctors in the french prehospital setting: The case of hypoglycemia. *J Emerg Nurs* 2013, Jul; 39 (4): 384-8.
- Ryan S, Hassell AB, Lewis M, Farrell A. Impact of a rheumatology expert nurse on the wellbeing of patients attending a drug monitoring clinic. *J Adv Nurs* 2006, Feb; 53 (3): 277-86.
- Hewlett S, Kirwan J, Pollock J, Mitchell K, Hehir M, Blair PS, et al. Patient initiated outpatient follow up in rheumatoid arthritis: Six year randomised controlled trial. *BMJ* 2005, Jan 22; 330 (7484): 171.
- Gage H, Scott C, Manthorpe J, Iliffe S. Nurses as case managers in primary care: The contribution to chronic disease management. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme 2010.
- Rossi MC, Gentile S, Vespasiani G, Lucisano G, Fontana L, Marra G, Nicolucci A. Patient empowerment is associated with better quality of life, higher satisfaction with care and better metabolic control in individuals with type 2 diabetes. Conference: 72nd Scientific Sessions of the American Diabetes Association Philadelphia, PA United States 2012.
- Camerini L, Schulz PJ, Nakamoto K. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. *Patient Educ Couns* 2012, Nov; 89 (2): 337-44.
- McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd C. Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 157.
- Tong A, Howell M, Wong G, Webster AC, Howard K, Craig JC. The perspectives of kidney transplant recipients on medicine taking: A systematic review of qualitative studies. *Nephrol Dial Transplant* 2010, Jun 27; 26 (1): 344-54.
- MacInnes J. Relationships between illness representations, treatment beliefs and the performance of self-care in heart failure: A cross-sectional survey. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013, Jan 11. ISSN: 1873-1953; PMID: 23315127.
- Stenner KL, Courtenay M, Carey N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. *Int J Nurs Stud* 2011, Jan; 48 (1): 37-46.
- DeLucia PR, Ott TE, Palmieri PA. Performance in nursing. *Reviews of Human Factors and Ergonomics* 2009; 5 (1): 1-40.
- Samina M, Qadri GJ, Tabish SA, Samiya M, Riyaz R. Patient's perception of nursing care at a large teaching hospital in india. *International Journal of Health Sciences* 2008; 2 (2): 92.
- Hamilton SJ, Martin DJ. A framework for effective communication skills. *Nurs Times* 2007; 103 (48): 30-1.
- Russell CL. A clinical nurse specialist-led intervention to enhance medication adherence using the plan-do-check-act cycle for continuous self-improvement. *Clin Nurse Spec* 2010; 24 (2): 69-75.
- Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. Doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs* 2013, Mar 21.
- Engebretson J. Clinically applied medical ethnography: Relevance to cultural competence in patient care. *Nurs Clin North Am* 2011, Jun; 46 (2): 145-54, v.
- Cabassa LJ, Hansen MC, Palinkas LA, Eli K. Azúcar y nervios: Explanatory models and treatment experiences of hispanics with diabetes and depression. *Social Science & Medicine* 2008; 66 (12): 2413-24.
- Ware NC, Kleinman A. Culture and somatic experience: The social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychosom Med* 1992; 54 (5): 546-60.
- Egerod I, Christensen D, Schwartz-Nielsen KH, Agård AS. Constructing the illness narrative: A grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. *Crit Care Med* 2011, Aug; 39 (8): 1922-8.
- Shapiro J. Illness narratives: Reliability, authenticity and the empathic witness. *Med Humanit* 2011, Dec 1; 37 (2): 68-72.
- Nardi DA, Rooda LA. Diversity and patient care in a shrinking world. *Advances in Renal Replacement Therapy* 2004; 11 (1): 87-91.
- Crespo ML, Malo RG, Martínez IC, Antón MDM. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia* 2004; 1 (3).
- Baladeras M, Busquets JM, Almuedo A, Bilbeny N, Collazos F, Francesc JM, Pacheco V. Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2007.



32. Costantini L. Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *CANNT J* 2006; 16 (4): 22-6.
33. Thomas-Hawkins C, Zazworsky D. Self-Management of chronic kidney disease: Patients shoulder the responsibility for day-to-day management of chronic illness. How can nurses support their autonomy? *American Journal of Nursing* 2005; 105 (10): 40-8.
34. Coulter A, Parsons S, Askham J. Policy brief: Where are the patients in decision-making about their own care? In: WHO 2008 and WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008. Denmark; 2008.
35. Mendelssohn DC. Coping with the CKD epidemic: The promise of multidisciplinary team-based care. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2005; 20 (1): 10-2.
36. White C, Gallagher P. Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. *J Adv Nurs* 2010, Nov; 66 (11): 2550-9.
37. Lakdizaji S, Hassankhni H, Agdam AM, Khajegodary M, Salehi R. Effect of educational program on quality of life of patients with heart failure: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences* 2013; 2 (1): 11-8.
38. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* 2006, Mar; 18(3):116-23.
39. Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Nephrology. Nursing standards and practice recommendations. 2008, Aug. Disponible en http://www.cannt.ca/en//files/CANNT_Nursing_Standards_2008.pdf. Descargado el 14 de Julio de 2013.
40. Ramírez García P, Hernández Vián, De Ormijana Hernández AS, Reguera Alonso AI, Teresa Meneses Jiménez M. Enfermería de práctica avanzada: Historia y definición. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (6): 286-9.
41. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Medical Journal of Australia* 2006; 185 (1): 10.
42. Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Aff (Millwood)* 2010, May; 29 (5): 893-9.
43. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42 (1): 31-9.
44. International Council of Nurses. Advanced practice nursing: A global perspective. 2002.
45. Olbrisch ME, Benedict SM, Ashe K, Levenson JL. Psychological assessment and care of organ transplant patients. *J Consult Clin Psychol* 2002, Jun; 70 (3): 771-83.
46. Lorig K. Self-management education: More than a nice extra. *Med Care* 2003, Jun; 41 (6): 699-701.
47. Eley DS, Del Mar CB, Patterson E, Synnott RL, Baker PG, Hegney D. A nurse led model of chronic disease care - an interim report. *Aust Fam Physician* 2008, Dec; 37 (12): 1030-2.
48. Fraser DD, Kee CC, Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: Insiders' perspectives. *J Adv Nurs* 2006, Sep; 55 (5): 550-8.
49. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006, Apr; 54 (2): 151-8.
50. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20 (6): 64-78.
51. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002, Oct 9; 288 (14): 1775-9.
52. Mettler M, Kemper DW. Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Stud Health Technol Inform* 2006; 121: 373-83.
53. Novak M, Costantini L, Schneider S, Beanlands H. Approaches to self-management in chronic illness. *Semin Dial* 2013, Mar; 26 (2): 188-94.
54. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, Wagner EH. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin* 2011; 61 (1): 50-62.
55. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician* 2005, Oct 15; 72 (8): 1503-10.
56. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: What is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003; 138(3):256-61.
57. Bodenheimer T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA* 2007, Nov 7; 298 (17): 2048-55.
58. Ghorob A, Vivas MM, De Vore D, Ngo V, Bodenheimer T, Chen E, Thom DH. The effectiveness of peer health coaching in improving glycemic control among low-income patients with diabetes: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011; 11: 208.
59. Buppert C. Nurse practitioner's business practice and legal guide. Jones & Bartlett Publishers; 2011.
60. Association CN. Canadian nurse practitioner core competency framework. Ottawa, ON: CNA. Retrieved March 2005; 2: 2009.
61. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N, Thomas LH. Guidelines in professions allied to medicine. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1999.
62. Sirota T. Nurse/physician relationships: Improving or not? *Nursing* 2007; 37 (1): 52-6.
63. Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions: A systematic review of the literature. *Qual Saf Health Care* 2008, Aug; 17 (4): 296-300.
64. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008, Oct; 14 (5): 888-97.
65. Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, Ettner SL. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *Journal of Nursing Administration* 2006; 36 (2): 79-85.



www.seden.org

© 1975-2015 SEDEN. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica