

A la atención de los Supervisores de Diálisis, Direcciones Médicas y Direcciones de Enfermería de los Hospitales con Tratamiento de Diálisis en su cartera de Servicios.

## **ASUNTO: RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA (SEDEN) RESPECTO A LA CREACIÓN DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA Y DOTACIÓN DE LAS UNIDADES DE DIÁLISIS PERITONEAL CON RECURSOS DE ENFERMERÍA**

### **Situación**

La **Enfermedad Renal Crónica Avanzada** conduce a miles de pacientes cada año a la elección de una modalidad de diálisis. Tan solo **45.000 pacientes, el 0,1% de la población, consumen casi el 2,5% del gasto sanitario.**

Dado que el trasplante renal solo está indicado para menos del 20% de los pacientes en diálisis y que, mientras esperan un donante, también los pacientes en lista de espera deben dializarse, **casi todos los pacientes tendrán que elegir entre la Hemodiálisis** (modalidad atendida por especialistas en hospitales o centros de tratamiento especializados y en solo pocas ocasiones puede ser también domiciliaria) **o la Diálisis Peritoneal** (modalidad domiciliaria).

Cada año, casi 6.000 nuevos pacientes ven progresar su Insuficiencia Renal hasta la necesidad de recibir uno de los **tres tipos de tratamiento sustitutivo** de la función renal:

1. **Trasplante Renal (TR):** Cada año se realizan alrededor de 2200 trasplantes renales y hay algo más de 4000 pacientes en lista de espera. Por motivos clínicos, menos del 20% de los pacientes que están en diálisis pueden acceder a un riñón. El 80% restante nunca podrá trasplantarse y tiene que recibir tratamiento de diálisis para sobrevivir.
2. **Hemodiálisis (HD):** En esta modalidad, la sangre se depura empleando una máquina que la extrae del cuerpo, la filtra y la devuelve al paciente. Para ello, éste tiene que desplazarse a un hospital o centro especializado al menos tres veces por semana. Cada tratamiento se prolongará unas cuatro horas en las que el paciente permanecerá conectado a la máquina. La inmensa mayoría de los pacientes en diálisis usan esta modalidad.
3. **Diálisis Peritoneal (DP):** Esta modalidad de tratamiento es domiciliaria. La eliminación de sustancias tóxicas se realiza a través de la membrana peritoneal del paciente, y se puede realizar de forma manual o de manera automatizada, durante la noche, aprovechando las horas de sueño, mientras duerme. El paciente solo acude al hospital para revisión, cada uno o dos meses. Un escaso porcentaje de pacientes se dializa en su hogar.

Según datos del año 2007 de la Sociedad Española de Nefrología, la población en tratamiento crece entre un 3% y un 4% cada año. En el registro nacional de pacientes renales que coordina la Organización Nacional de Trasplantes, en España hay 45.000 pacientes en tratamiento renal sustitutivo, de los que casi la mitad están trasplantados.

- 48% están Trasplantados
- 46% en Hemodiálisis
- 6% en Diálisis Peritoneal

A pesar de que **la DP es un tratamiento que ofrece igual o superior supervivencia que la HD, proporciona la misma calidad de vida, presenta muy pocas contraindicaciones y permite al paciente realizar una vida más activa**, las oportunidades de los pacientes para realizar tratamiento domiciliario (DP) varían mucho entre las distintas Comunidades, e incluso dentro de cada comunidad, en función del hospital de referencia. Algunas Comunidades tratan en domicilio a una gran parte de los pacientes que están en diálisis, mientras que en otras el porcentaje es casi anecdótico. De hecho, **la estructura sanitaria favorece la utilización de la Hemodiálisis, a pesar de que es un 44% más costosa que la Diálisis Peritoneal**, según un estudio realizado recientemente por la consultoría médica independiente BAP, especializada en la Investigación de Resultados en Salud.

La ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que **los pacientes tienen el derecho de ser informados sobre todas las posibles opciones de tratamiento para poder decidir el que mejor se**

**adapte a su estilo de vida.** Sin embargo, en muchas ocasiones, **los pacientes no reciben la información adecuada sobre todas las opciones posibles de tratamiento antes de iniciarlo.** Sobre todo el grupo de pacientes que no pueden programarse desde las consultas de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, que suponen casi el 50% del total. Según una encuesta promovida por la Asociación Nacional de Pacientes ALCER en el año 2007, 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.**

Diversos estudios han demostrado que, aproximadamente, **la mitad de los pacientes inician diálisis en condiciones de urgencia,** ingresando en el hospital y consumiendo muchos más recursos. Lamentablemente además, con un peor pronóstico que aquél que acude a su primera diálisis, en domicilio o en centro, de forma programada. Las causas por las que esto ocurre son otro motivo de preocupación en la comunidad nefrológica, porque este número, el 50%, es alarmantemente alto, y porque **el inicio de diálisis de manera no programada se traduce en mayor mortalidad, mayor morbilidad, mayor costo para la administración y menor eficiencia organizativa** en los Servicios de Nefrología.

Aunque **la creación de las consultas de enfermería** es necesaria para que el paciente, en la fase previa a diálisis, disponga del adecuado cuidado enfermero, hay que lamentar que a día de hoy la implantación de estas consultas sea todavía limitada, a pesar del interés por parte de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN) para su creación. La creación de estas consultas de enfermería nefrológica permite atender adecuadamente al paciente en esta etapa de ERCA (Enfermedad Renal Crónica Avanzada), en la que 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 tan importante. Y es precisamente el perfil del profesional de enfermería el que está profesionalmente preparado para realizar estas actividades y dedicarles la atención y el tiempo que precisan. De ahí que, tanto las Guías SEN (Sociedad Española de Nefrología) para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Pre-Diálisis, como el Proceso Asistencial Integrado para el Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica, iniciativa del Servicio Andaluz de Salud (SAS), incluyan apartados específicos sobre el papel y el perfil del profesional de enfermería en este tipo de consultas.

Hay que tener en cuenta, además, que **gran parte de los profesionales sanitarios que hoy informan al paciente en opciones de tratamiento, no conoce en profundidad la DP.** Asimismo, tampoco está desarrollada en los hospitales españoles la figura del educador o informador sobre las opciones de tratamiento, figura que la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica y la Asociación de pacientes reclaman, así como la Sociedad Española de Nefrología, en el capítulo 10 de las Guías SEN para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Prediálisis.

A pesar de que **el ratio pacientes/enfermero/a es 5 veces más eficiente en diálisis peritoneal** que el equivalente para el tratamiento de HD, la falta de profesionales de enfermería de DP dedicados a esta modalidad es un factor limitante del número de pacientes que puedan recibir tratamiento de DP. Adicionalmente, en diálisis peritoneal existe un alto recambio de pacientes, debido fundamentalmente a que esta modalidad mantiene a muchos de ellos en estado óptimo mientras esperan un órgano contribuyendo así en gran medida al éxito del trasplante. Tanto es así, que las guías de práctica clínica DP de la SEN establecen como ratio adecuado 15 pacientes prevalentes por profesional de enfermería en la unidad de DP. De hecho, **resulta un contrasentido que la opción de tratamiento más eficiente en coste y, más en concreto, en ratio de pacientes por enfermero/a, se esté limitando precisamente por escasez de recursos de enfermería.**

Por otra parte, mientras que los profesionales de enfermería de HD están presentes mañana y tarde en los hospitales, en la mayoría de los casos no ocurre así con los de DP, siendo los recursos dedicados a DP claramente insuficientes. Muchas veces, debido a la falsa percepción de que, al tratarse los pacientes en DP en su domicilio, éstos necesitan menos cuidados o atención que los pacientes que se tratan en el hospital. Además, para poder atender los ingresos de pacientes de DP de forma adecuada, la enfermería de hospitalización debe estar cualificada para DP, al menos al mismo nivel que lo está en HD.

### **Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica para garantizar la equidad en la accesibilidad de los pacientes a las diferentes opciones de tratamiento de diálisis y facilitar la sostenibilidad del Sistema Sanitario:**

- 1- **Creación de consultas de enfermería nefrológica para garantizar los siguientes objetivos en la etapa previa al inicio del tratamiento de diálisis:**
  - **Garantizar el derecho que todos los pacientes tienen por ley (inicien de forma programada o urgente la diálisis), a recibir información reglada sobre las opciones de tratamiento renal sustitutivo,** guiándoles en un proceso educacional que les permita tomar una decisión de calidad y consistente con su estilo de vida respecto a la elección de la opción de tratamiento de diálisis

- Asegurar que este proceso de información, la elección del tratamiento de diálisis y la realización de los accesos vascular o peritoneal del paciente, quedan recogidos en los correspondientes **consentimientos informados** que se solicitarán al paciente de forma explícita por escrito una vez se constate que el paciente ha comprendido la información Potenciar los auto-cuidados 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 pre-diálisis.
  - Disminuir la co-morbilidad
  - Coordinar la planificación del acceso vascular y/o catéter peritoneal
  - Programar la entrada en el TRS elegido, evitando complicaciones y el uso de accesos temporales, reduciendo la hospitalización y la mortalidad y mejorando la eficiencia de los recursos sanitarios
- 2- **Dotar con suficientes recursos de enfermería las unidades de Diálisis Peritoneal de los hospitales con oferta de Diálisis en su cartera de servicios** para equilibrar las plantillas actuales y garantizar que se dispone de personal cualificado, del mismo modo y con la misma disponibilidad que lo está el de Hemodiálisis. Para ello se debe plantear una cobertura equitativa de ambas modalidades de diálisis en función de la población atendida en cada hospital y no al número actual de pacientes que reciben este tratamiento, dotando los recursos de enfermería necesarios para garantizar que todos los pacientes que elijan DP como tratamiento de diálisis son atendidos adecuadamente, como actualmente ocurre en HD.

## Bibliografía

- Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades de Riñón, ALCER. [www.alcer.org/es/](http://www.alcer.org/es/)
- Guías SEN para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Pre-Diálisis. Nefrología, Vol. 28 Suplemento 3 Año 2008
- 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>
- Bajo MA, Vega N, González-Parra E. Estructura y necesidades de una unidad de diálisis peritoneal. Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Nefrología. 2006. Volumen 26 Suplemento 4.
- BAP Health Outcomes Research. Evaluación Económica del Programa Integrado de Tratamiento Sustitutivo Renal en España. 2008.
- Bustamante, J. Guías de práctica clínica en diálisis peritoneal. Nefrología. 2006. 26 (4), 1ª parte.
- Doñate T, et al. Diálisis Peritoneal. Consenso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante. Diálisis y Trasplante. 2006. 27 (1): 23-34.
- Juergensen E, et al. Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: Patient's Assessment of their Satisfaction with Therapy and the Impact of the Therapy on their lives. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2006. 1: 1191-1196.
- Górriz JL, et al. Significado pronóstico de la diálisis programada en pacientes que inician TSR. Un estudio multicéntrico español. Nefrología. Vol 22. Número 1. 2002
- Marrón B, Ortiz A, de Seguera P, et al. Impact of end-stage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy, a Spanish multicentre experience. Nephrology Dialysis Transplantation. 2006. 21 (2) 51 – 55
- Molina A, Montenegro J, Remón-Rodríguez C. Inicio de la diálisis peritoneal. Indicaciones y contraindicaciones de la diálisis peritoneal. Tipos de diálisis peritoneal. Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Nefrología. 2006. Volumen 26 Suplemento 4.
- Registro español de Enfermos Renales de la Sociedad Española de Nefrología. 2007.
- Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Encuesta sobre el conocimiento de las modalidades de tratamiento de diálisis. 2007.
- Lucas J. ¿Qué demanda el paciente de prediálisis de la consulta de enfermería?. Nuestra Experiencia. Revista SEDEN nº 18, 2002/17.
- G.Barril. Aplicación de una encuesta de satisfacción del usuario en una unidad de ERCA como objetivo de calidad. Nefrología. Vol 26. Sup.6- 219. 2006
- Rodríguez-Carmona A, Pérez-Fontán M, Valdés-Cañedo F. Estudio comparativo de costes de las diferentes modalidades de diálisis. Nefrología. 1996. Volumen XVI Número 6.
- Ronco C, Ledebro I. The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals. Nephrology Dialysis Transplantation Plus. 2008. 6:403-408.
- Selgas R, Aguilar J, Julián JC, Toledo A. Realidad y futuro en el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Nefrología. 2007. Volumen 27 Número 6.
- Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Encuesta sobre el conocimiento de las modalidades de tratamiento de diálisis. 2007.
- Van Biesen W, Veys N, lamiere N, Vanholder R. Why less success of the peritoneal dialysis programmes in Europe? Nephrology Dialysis Transplantation. 2008 May. 23 (5) : 1478-81.

- Van Biesen W, Vanholder RC, Veys N, Dhondt A, Lameire NH. An evaluation of an integrative care approach for end-stage renal disease patients. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2000. 11:116-125.
- Selgas R, Aguilar J, Julián JC, Toledo A. Realidad y futuro en el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrología*. 2007. Volumen 27 Número 6