

# IMPLEMENTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

**FRANCISCO CIRERA SEGURA**  
**FRANCISCO BARBOSA MARTÍN**

**JESÚS LUCAS MARTÍN ESPEJO**  
**M<sup>a</sup> LUISA SOLER JUNCO**

**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA URO-NEFROLÓGICA. H.H.U.U. VIRGEN DEL ROCÍO  
SEVILLA**

## 1. INTRODUCCION.

Dentro del proceso asistencial integrado "Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal: Diálisis y trasplante Renal"<sup>1</sup>, se definen las actuaciones de Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (E.R.C.A.) para el seguimiento y control de los pacientes, así como para el enlentecimiento del desarrollo de la enfermedad, evitando la aparición de síntomas y complicaciones.

Cuando valoramos la información con la que cuentan los pacientes que llegan por primera vez a la consulta, comprobamos que tienen un gran desconocimiento sobre todos los aspectos que conlleva la Enfermedad Renal, sus autocuidados y las diferentes formas de tratamiento renal sustitutivo. Enfermería debe recopilar estos conocimientos, ampliándolos de forma adecuada en el tiempo, ya que en muchas ocasiones al proporcionar mucha información en un breve espacio de tiempo, esta no es asimilada por el paciente. También ocurre que en algunos casos duplicamos la información en algunos aspectos obviando otros.

Con el propósito de ofrecer a los pacientes una atención de calidad con garantías de seguridad, necesitamos un registro del trabajo que realizamos durante nuestra práctica clínica, condición necesaria aunque no suficiente para asegurar la calidad de los cuidados, ya que un mal registro deja incompleto el trabajo de Enfermería. Con estas dos premisas nos planteamos como objetivo de este trabajo la implementación de un listado de verificación que recoja las intervenciones de Enfermería que realizamos a los pacientes de nuestra consulta, asegurando así que todos reciben una información completa, unificada y adecuada en el tiempo en función de las necesidades de cada paciente, que completa la valoración y el plan de cuidados de Enfermería.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se formó un grupo de trabajo de Enfermería para definir qué información sería necesario proporcionar a los pacientes de la consulta E.R.C.A. Se procedió a revisar la bibliografía, el funcionamiento del servicio y de los registros existentes en la unidad (Hoja de Valoración Inicial y Plan de Cuidados Estandarizado). Estableciendo los diagnósticos e intervenciones enfermeras más frecuentes<sup>2</sup>, para elaborar el listado de verificación.

- **00126** Conocimientos deficientes r/c falta de exposición, comprensión o actitud.
  - o 5520 Facilitar el aprendizaje. 5606 Enseñanza individual. 5602 Enseñanza proceso de la Enfermedad. 5616 Enseñanza de medicamentos prescritos.
- **00082** Manejo efectivo r/cumplimiento de tratamiento y dieta.
  - o 5510 Educación Sanitaria. 7400 Guías de Sistema Sanitario.
- **00078** Manejo inefectivo r/c falta de confianza en el equipo, tratamiento o complejidad del mismo.
  - o 5602 Enseñanza Proceso de la Enfermedad. 7400 Guías de Sistema Sanitario. 4470 Ayuda en la Modificación de sí mismo
- **00069** Afrontamiento inefectivo r/c falta de confianza en las propias posibilidades.
  - o 5230 Aumento del Afrontamiento. 5250 Apoyo en la Toma de Decisiones.

## 3. RESULTADOS.

Basándonos en los diagnósticos e intervenciones más frecuentes, así como en la bibliografía y la dinámica de nuestra consulta, hemos elaborado un listado de verificación de la información que reciben nuestros pacientes, donde se recogen las intervenciones realizadas. Este registro

se acompaña de la identificación del paciente, del enfermero y médico referente, junto con un check-list para verificar la actuación realizada y la fecha, así como la firma de la persona que la realiza.

#### **4. DISCUSIÓN.**

Hemos implementado en nuestra práctica clínica un listado de verificación con las intervenciones educativas a realizar con los pacientes que llegan a nuestra consulta E.R.C.A, de forma que la información que se proporciona queda registrada, unificando el proceso de educación para todos los profesionales de la consulta. La información es proporcionada de forma adecuada en el tiempo para cada paciente y/o cuidador principal, en función de sus características individuales y de las necesidades prioritarias a la entrada en la consulta. Toda la información se proporciona por escrito junto con un dossier explicativo. De esta forma, en consultas posteriores todo el personal puede comprobar la adquisición de los nuevos conocimientos e incorporar nuevos. Como conclusión, creemos que con el listado de verificación, la valoración inicial y el plan de cuidados estandarizado de cada paciente, conseguimos una continuidad de los cuidados así como un registro enfermero de calidad en nuestra práctica asistencial.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Varios Autores. Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal: Diálisis y Trasplante Renal. 2005. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
2. NANDA: Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificaciones 2005-2006. Revisión por Luis Rodrigo, MT. Edición 2005. Editorial Elsevier.

