



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

**Proyecto de implementación
de una Consulta Enfermera en el
Post-Trasplante Renal
en el Hospital de Bellvitge**
Mercedes López Novoa

Tutor/a: Tarsila Ferro García

Curs acadèmic 2011-2012

ÍNDICE

<i>Justificación</i>	3-4
<i>Objetivos</i>	5
<i>Introducción</i>	6
<i>Situación Actual</i>	7-8
<i>Implementación de Consulta Enfermera en post-trasplante Renal</i>	9-18
<i>Conclusiones</i>	19
<i>Agradecimientos</i>	20
<i>Bibliografía</i>	21
<i>Anexo</i>	22

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España), presenta una incidencia entre un 10 y un 13% en la población adulta.

Cuando la Enfermedad Renal llega a los estadios 4 y 5, es decir, cuando el paciente presenta un filtrado glomerular < 30 ml/min, es necesario un tratamiento de sustitución renal.

El Trasplante Renal es uno de los tres tratamientos de sustitución existentes para la Insuficiencia Renal Crónica Avanzada. Es el tratamiento de elección, siempre que sea posible, ya que supone una disminución de la tasa de mortalidad importantísima. Dicha tasa es, entre un 48 y un 82% menor que en los tratamientos de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

En Cataluña, el programa de trasplante se inició en 1984 con la autorización de centros extractores y trasplantadores.

A principios de los años 90, se desarrollaron las Consultas de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (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 enfermera 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 multidisciplinar.

En esta línea, se pensó que las Consultas de Trasplante Renal eran el complemento ideal a los cuidados y seguimiento global de la patología, entendiendo el trasplante como un tratamiento sustitutivo y no como una curación. Dicho concepto se convierte en una importante novedad. Un concepto en el que hay que incidir a los pacientes, ya que el injerto no es para siempre y la Insuficiencia renal crónica es irreversible.

Igual que hay evidencia científica de que se produce una adaptación más rápida y saludable en pacientes que previamente han sido atendidos en las Consultas de ERCA, también queda demostrado que las consultas de Trasplante Renal son necesarias para garantizar el control y mayor supervivencia del injerto.

El paciente y la familia han de recibir la información necesaria, acorde con sus necesidades y de manera individualizada. Ello les permitirá ejercer su derecho a la autonomía para realizar un cuidado responsable del nuevo riñón

En la mayoría de los pacientes, entre un 60 y un 80% aparece hipertensión grave lo que puede suponer un riesgo para la supervivencia del injerto. Las medicaciones inmunosupresoras, también tienen sus efectos secundarios e indeseables

La prednisona, provoca aumento del apetito, puede subir por tanto los niveles de colesterol, subir la glicemia y en algunos casos, llegar incluso a provocar diabetes, La ciclosporina produce hipertrofia gingival, la prevalencia de procesos cancerígenos en pacientes trasplantados es cuatro veces mayor, sobre todo carcinoma de piel, linfomas no Hodgkin etc..(J.M. Grinyó Boira. A. Alonso Hernández, J. J. Amenábar y otros. Guías Clínicas SEN. Complicaciones Crónicas del T. Renal)

Por todo lo anteriormente mencionado, la implementación de la Consulta de Trasplante Renal nos servirá para vigilar y controlar signos y síntomas, hacer partícipe al paciente de sus cuidados para potenciar su responsabilidad y autonomía y optimizar la calidad asistencial y la seguridad a fin de conseguir una mayor supervivencia del injerto y por consiguiente mejor calidad de vida para el paciente.

Se ha de seguir un protocolo donde queden establecidos los controles y cuidados necesarios y especificar las actuaciones de la enfermera respecto al cuidado del paciente, aplicando una metodología sistematizada que nos ayude a realizar valoraciones precisas y planificar la asistencia con rigor.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo global de la Consulta Post- Trasplante Renal es:

- Aumentar y mejorar la calidad de vida y la duración del injerto en pacientes trasplantados renales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Disminuir la morbilidad asociada al trasplante renal.
- Disminuir el fallo del injerto debido a causas evitables.
- Contribuir a mejorar el coste- efectividad de trasplante renal.
- Ofrecer un entorno integrado al paciente de la atención multidisciplinaria.

OBJETIVOS DEL PACIENTE

- Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para favorecer la adaptación a la nueva situación de salud.
- Conocer los principales signos y síntomas de rechazo (fiebre, oliguria, dolor etc.) y la importancia del tratamiento.
- Saber como actúa la medicación inmunosupresora y como detectar los efectos adversos.
- Conocer los efectos del no cumplimiento terapéutico para conseguir en la medida de lo posible el autocuidado responsable en las mejores condiciones bio-psicosociales.

INTRODUCCIÓN

Situado en L'Hospitalet de Llobregat, en la zona sur de la Región Sanitaria de Barcelona, el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) es un centro hospitalario y universitario de titularidad pública que pertenece al Institut Català de la Salut (ICS). Está acreditado como centro de tercer nivel y dispone de todas las especialidades médico quirúrgicas excepto pediatría y obstetricia.

Es hospital de referencia para unos 350.000 habitantes de L'Hospitalet y el Prat de Llobregat, pero también es centro de referencia para los procesos que requieren alta tecnología (Cirugía cardíaca, torácica, neurocirugía y trasplantes) es decir, para más de 2 millones de habitantes de las áreas Metropolitana Sur, Camp de Tarragona y Terres de L'Ebre. Ingresa anualmente más de 48.000 pacientes, y atiende a casi 123.000 urgencias.

La misión del HUB, es la de “Responder a las necesidades asistenciales de su población, haciendo de forma excelente aquello que es correcto y tomando como guías, la profesionalización y la innovación”.

Su objetivo estratégico es promover la innovación tecnológica y asistencial y aquella actividad médica y quirúrgica de mayor complejidad (terciarismo).

Teniendo en cuenta todo esto, vemos que el programa de trasplantes es un puntal importantísimo en la propia identidad del hospital, siendo reconocido como referente a nivel estatal.

En concreto la unidad de trasplante renal tiene un prestigio relevante a nivel internacional destacando como una de las más importantes y con mejores resultados en número de trasplantes anuales, supervivencia del injerto e innovación de sus programas de investigación sobre diferentes tratamientos inmunosupresores.

SITUACIÓN ACTUAL

El Servicio de Nefrología está situado en la planta 3ª del hospital, el espacio del que se dispone actualmente está muy ajustado, pero existe la previsión de trasladar el área quirúrgica de esta planta al edificio de nueva construcción (anexo de Urgencias Quirófanos y Críticos).

En el año 2010 se realizaron 95 trasplante renales y en el año 2011, el número ascendió a 128. Aunque las donaciones de órganos han disminuido en parte gracias a la reducción de los accidentes de tráfico, la cifra de trasplantados renales en nuestro hospital es más elevada debido a la aplicación del programa de “Trasplante de Vivo”, actualmente en funcionamiento con resultados óptimos.

Los diferentes estudios publicados demuestran que el trasplante renal presenta mejor supervivencia cuando éste se realiza de manera precoz, es decir, antes de entrar en programa de diálisis y además, se obtiene mejor supervivencia del injerto procedente de donante vivo que de donante cadáver. Esto es debido, sobre todo a los tiempos de isquemia que sufre el riñón desde su extracción hasta el acto quirúrgico del trasplante.

Teniendo en cuenta estos datos de evidencia clínica, se impulsó el programa de “Trasplante de Vivo” que contribuye a mejorar sustancialmente la morbi-mortalidad cardiovascular a largo plazo, la mayor supervivencia del órgano trasplantado y por consiguiente los costes sanitarios.

La envergadura en número de trasplantes, la inversión que se hace en ellos y la especificidad de la patología, hacen necesaria la Consulta Enfermera Post-Trasplante Renal.

Como se ha comentado anteriormente, en el servicio de Nefrología se realizará a corto plazo, una nueva distribución estructural, lo que permitirá disponer del espacio físico necesario para poder iniciar el proyecto de la nueva Consulta.

En la actualidad, dado el entorno de limitación económica general, no parece indicado iniciar un nuevo programa.

En este sentido, debe considerarse el impacto del coste-oportunidad que supone el programa de trasplante renal en el tratamiento de la IRC y su impacto en los AVAC (años de vida ajustados por calidad de vida) de los pacientes. Es por ello que este proyecto es por sí mismo coste-efectivo, contribuyendo así a una mayor efectividad y eficiencia en los trasplantes renales.

Según diferentes estudios, un tratamiento de Hemodiálisis tiene un coste anual aproximado de 47.000 euros por paciente y el de Diálisis Peritoneal 32.500 euros.

Es la terapia crónica más cara, el coste medio por paciente es seis veces mayor que el del sida. El trasplante renal sin embargo, tiene un coste de unos 20.000 euros, contando incluso el tratamiento de algún episodio de rechazo. Esto, solo sería el primer año. En los años sucesivos, el gasto, será únicamente el de la medicación y los controles indicados.

Es un tratamiento coste-efectivo, por consiguiente, todos los esfuerzos han de dirigirse hacia conseguir las condiciones óptimas a fin de mantener la supervivencia del injerto el máximo tiempo posible, aplicando medidas de protección renal y cardiovascular que lleven a preservar la función renal durante más tiempo.

No hemos de olvidar que un paciente trasplantado, continua siendo un paciente crónico, y que si el injerto fracasa, el paciente ha de volver a necesitar un tratamiento alternativo de sustitución renal.

IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA ENFERMERA EN POST-TRASPALNTE RENAL

Función principal:

Desarrollar un programa de cuidados específicos, en el marco de la atención multidisciplinaria, a los pacientes trasplantados, para mejorar la calidad de vida y la duración del injerto.

Perfil de los pacientes:

-Paciente adulto trasplantado renal en el Hospital de Bellvitge y dado de alta la semana anterior a la primera visita.

-Paciente adolescente trasplantado renal en el Hospital de Bellvitge y dado de alta tres días antes de la primera visita.

Objetivos de los pacientes:

- Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para favorecer la adaptación a la nueva situación de salud.
- Conocer los principales signos y síntomas de rechazo (fiebre, oliguria, dolor etc.) y la importancia del tratamiento.
- Saber como actúa la medicación inmunosupresora, el efecto droga – nutriente (interferencias en la absorción) y como detectar los efectos adversos.
- Conocer los efectos del no cumplimiento terapéutico para conseguir en la medida de lo posible el autocuidado responsable en las mejores condiciones bio-psicosociales.

Fases de Implementación

1. Creación y presentación del proyecto en el Servicio de Nefrología para análisis y consenso final
2. Preparación de la logística de la Consulta (programación de las agendas, visitas urgentes, atención telefónica, actividades en grupo, etc..)
3. Convocatoria de RRHH y Resolución.
4. Puesta en marcha de la Consulta.

FASE 1

Creación y presentación del proyecto en el Servicio de Nefrología para análisis y consenso final.

- Crear un grupo de trabajo para compartir el proyecto y desarrollarlo conjuntamente.
- Formar una Comisión multidisciplinar de trasplante renal que incluya al Jefe de Servicio, la Cap d'àrea, la Responsable de Consultas Externas, la Supervisora, los Nefrólogos responsables del àrea de trasplantes, la enfermera responsable de los estudios clínicos y la autora del proyecto.
- Reuniones periódicas para establecer la operativa del proyecto y establecer prioridades.
- Contacto con otros profesionales con experiencia en el funcionamiento de Consultas Enfermeras de Trasplante Renal. (Fundació Puigvert de Barcelona, Hospital 12 de Octubre de Madrid).
- Asistencia a las Consultas médicas de Nefrología para recopilar y conocer paciente tipo y demandas del equipo médico.

- Diseño del plan de visitas, controles y pruebas que se realizarán según protocolo establecido.
- Preparación de los Registros de Enfermería específicos para la Consulta: Valoración de inicio, Plan Educativo, Plan de Cuidados, Seguimiento de la Medicación, Encuesta dietética, Encuesta de satisfacción, etc.
- Fijación estándares de calidad.
- Recopilación de material docente existente: Pósteres, libros, folletos, guías, DVD etc.
- Realización de PNT (Procedimientos Normalizados de Trabajo), para la buena organización y funcionamiento de la Consulta.

FASE 2

Preparación de la logística de la Consulta y recursos materiales

- Se precisa de un espacio exclusivo para la Consulta en la tercera planta del Hospital de Bellvitge. Àrea de Nefrología.
- Despacho con mobiliario habitual. Creación de un ambiente agradable.
- Zona para exploración física. Lavamanos.
- Báscula, tallímetro, monitor de presión arterial, glucómetro.
- Soporte informático SAP.
- Soporte escrito (guías para el paciente).
- Línea telefónica y servicio de FAX.
- Sistemas para extracción de sangre y los tubos de analíticas necesarios.

Servicios de apoyo convencionales a este tipo de actividad:

- Programación. Agenda SAP.
- Servicio radiodiagnóstico y laboratorio.
- Nutrición y Dietética, rehabilitación, etc.
- Diseñar los circuitos de interrelación entre servicios para coordinar visitas y pruebas.

FASE 3

Recursos humanos. Convocatoria interna para optar a Responsable de la Consulta Enfermera de Trasplante Renal. Requisitos:

- Diplomatura de Enfermería
- Habilidades docentes y comunicativas
- Experiencia en el trabajo multidisciplinar
- Fuerte implicación en el proyecto.
- Elección según requisitos, Currículum vitae y entrevista personal.
- Resolución.

Perfil del profesional de enfermería:

- Enfermera con amplia experiencia en Enfermería Nefrológica (7 años) y conocimientos consolidados sobre el paciente con enfermedad renal y trasplantado.

- Persona capaz de adoptar modelos que fomenten la bidireccionalidad en la comunicación y promuevan la actividad propia y la asunción de responsabilidades en la salud del paciente.
- Persona capaz de basar su trabajo en la colaboración con los pacientes, los familiares, los médicos y los distintos profesionales que en algún momento formen parte del proceso
- Debe de ser capaz de establecer relaciones empáticas con todos ellos.
- Capacidad para el trabajo en equipo y multidisciplinar.
- Cuidado y consideración de los aspectos humanos de la situación y la necesidad de conocer y trabajar sobre aspectos emocionales.
- Tener habilidades que garanticen la comunicación interpersonal terapéutica y que conozca la técnica de la entrevista clínica.
- Tener habilidades que faciliten el manejo del trabajo grupal y sus procesos.
- Tener capacidad para la reflexión y aprendizaje en la acción, improvisación ante situaciones impredecibles, desarrollo de habilidades creativas y resolución de problemas.
- Ha de presentar habilidades como docente para la transmisión de conocimientos.
- Tener conocimientos consolidados sobre el paciente con enfermedad renal y trasplantado.

FASE 4

Puesta en marcha de la Consulta

Agenda de trabajo.

- Asistir a las sesiones clínicas de trasplante para tener conocimiento de los pacientes que se incluirán en el programa, post- operatorio inmediato y posibles incidencias.
- Contactar con ellos el día del alta, programarlos en la agenda e informarles de la fecha y hora de la primera visita.
- Teleasistencia. Administrar en el momento del alta el teléfono de la consulta para comentar cualquier duda o problema que pueda surgir dentro del horario de 8 a 15h.(fuera de ese horario llamar al teléfono del hospital, a la unidad de trasplante renal) .
- Primera visita, anamnesis completa, y controles analíticos protocolarizados.
- Durante el primer mes post- trasplante, una visita semanal, excepto en el caso de los adolescentes que por su idiosincrasia se realizarán controles “a demanda” de necesidades detectadas.
- Los siguientes dos meses, una visita cada 2- 3 semanas.
- Durante el segundo trimestre y hasta final de año, una vez al mes.
- A partir del primer año, aumentar el intervalo hasta llegar a 2 ó 3 veces anuales (dichos intervalos, son movibles según criterios analíticos).
- Primeras visitas ,60 Minutos.
- Visitas sucesivas, 30 minutos (El tiempo es aproximado y se individualizará según características del paciente).

- Puesta en marcha de los Registros específicos.
- Recogida de datos de los indicadores de calidad creados.

Registros específicos.

- Controlar la PA y ajustar el tratamiento para conseguir el objetivo diana (130-139 / 80-85 mm Hg. En muchos casos se necesitarán más de 2 fármacos.
- Analítica completa perfil nefrológico (hemograma, fórmula leucocitaria, glucosa, creatinina, filtrado glomerular, urea, sodio, potasio, calcio, fosfato, colesterol LDL y HDL y triglicéridos) Orina de 24h, sedimento y ACR en primera orina de la mañana)
- Control de niveles de medicación inmunosupresora.
- Control de pacientes con serologías positivas en Hepatitis B y C y HIV.
- Revisar la medicación ajustando la dosis según resultados analíticos con especial énfasis en ancianos y/o diabéticos.
- Revisar hábitos dietéticos, orientando al paciente sobre la necesidad de controlar el peso en todos los casos y sobre el tipo de dieta adecuada.
- Se recomiendan dietas hiposódicas en caso de HTA y/o insuficiencia cardiaca.
- Revisar con el paciente su pauta de medicación, dosis y horarios a fin de detectar precozmente cualquier error. Aplicación de la escala ITBS validada para conocer las barreras para la toma de inmunosupresores.

Actividades:

- Proporcionar al paciente y la familia, los conocimientos necesarios para el manejo de la nueva situación de salud.
- Fomentar y reforzar los conocimientos sobre el autocuidado.(dieta adecuada, ejercicio, medicación y horarios, etc.
- Promover y supervisar los conocimientos sobre el nuevo tratamiento inmunosupresor horarios e interacción con los alimentos, y efectos adversos.
- Educación sanitaria (individual o grupal), sobre estilos de vida, embarazos, vida sexual, riesgos etc.
- Aumentar la competencia de apoyo de la familia al paciente y acompañarlos en la adaptación a la nueva situación de salud.
- Trabajar con el paciente y familia la adherencia al tratamiento.

Primera evaluación

- Evaluación y modificación si fuera necesario, de los Registros de Enfermería específicos.
- Porcentaje de cumplimiento de los Registros.
- Porcentaje de cumplimiento de las agendas de trabajo de acuerdo con el horario establecido.
- Promedio de tiempo por paciente.
- Análisis de los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción.
- Creación de indicadores de calidad según estándares establecido.

- Análisis de los distintos indicadores de calidad creados.
- Realizar cuestionarios validados sobre calidad de vida (Euro Qol 5-D) para conocer el grado de satisfacción y la calidad de vida alcanzada tras el trasplante.
- Los resultados son analizados periódicamente en la Comisión Multidisciplinar para establecer la mejora continua.

Seguimiento de la Consulta

- Mantener nº de visitas/ día (primeras visitas según necesidad y visitas de control, acopladas en la agenda).
- Seguir manteniendo contactos periódicos con otros profesionales de diferentes Consultas Enfermeras
- Formar un nuevo profesional de enfermería que sea capaz de tomar las riendas de la Consulta ante ausencias del titular y colabore junto a éste en la progresión de la Consulta.
- Seguir valorando y creando nuevos indicadores de calidad según los estándares establecidos.
- Proyectar la realización de conferencias a pacientes sobre temas relacionados con el trasplante a fin de promover el contacto entre pacientes con expectativas parecidas.
- Instaurar un seguimiento especial, al paciente adolescente como hecho diferencial, debido al mayor riesgo de abandono del tratamiento inmunosupresor y crear grupos en los que puedan compartir inquietudes y experiencias.

- Proyectar un trabajo de investigación en colaboración con otras Instituciones para analizar la evolución en los tratamientos y realizar difusión externa.
- Instaurar la figura del paciente experto según programa del Pla de Salut 2012-2015 (extensión del programa como mínimo al 90% del ámbito territorial metropolitano) e impulsar reuniones periódicas de grupos de pacientes trasplantados.

Evaluación al año de funcionamiento.

Identificar los indicadores de evaluación a tres niveles:

1. Implementación del proyecto.
2. Indicadores clínicos de calidad asistencial (resultados de adherencia al tratamiento, estilos de vida, etc.
3. Indicadores de efectividad eficiencia (números de injertos y su supervivencia, número de episodios de rechazo, etc.)

Posteriormente, se realizarán valoraciones continuadas de resultados y controles de calidad asistencial y seguridad del paciente, se desarrollarán las propuestas de mejoras periódicas necesarias para conseguir un nivel de excelencia de cuidados y atención al paciente trasplantado.

CONCLUSIONES

Con la implementación de la Consulta Enfermera de Post – Trasplante, el servicio de Nefrología del Hospital de Bellvitge 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.

Es importante, desde la consulta enfermera, tener en cuenta que el trasplante como tratamiento constituye un nuevo reajuste del paciente tanto a nivel físico como psicológico y social. Se le ha de proporcionar a él y a la familia nuevos conocimientos referentes a alimentación, ejercicio físico y sobre todo a cumplir correctamente las indicaciones sobre la medicación.

El paciente ha de ser completamente responsable de su autocuidado, y conocer los riesgos de no seguir un estilo de vida saludable. Ha de conocer los principales signos y síntomas de alarma, por los que ha de consultar o acudir directamente al hospital, de manera inmediata a fin de disminuir la morbilidad asociada al trasplante.

Es vital, y nunca mejor dicho, la adherencia al tratamiento y el seguimiento continuado del paciente. Esto nos ayudará a conocerle mejor y a detectar precozmente si hay algún fallo con las tomas de la medicación (voluntario o involuntario) orientarlo de la mejor manera, o contactar con otro profesional (nefrólogo, psicólogo etc.) si lo consideramos necesario. Se ha de intentar disminuir al máximo el fallo de injerto por causas evitables lo que contribuirá a mejorar el coste – efectividad de trasplante renal.

Por último, plantear que una vez demostrada la validez y los resultados de la Consulta Enfermera de Trasplante Renal, el siguiente paso sería realizar un proyecto para la creación de una Consulta de Enfermedad Renal e HTA. Entre las dos Consultas se cubrirían las necesidades sanitarias en cuanto a cuidados enfermeros, de todos los pacientes nefrológicos atendidos en nuestro Hospital, colaborando para aumentar la calidad asistencial ofrecida a todos ellos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al equipo de Nefrología del Hospital de Bellvitge que me ha ayudado en la elaboración de las líneas de estrategia para la mejora del Servicio. A Tânia, enfermera de estudios clínicos adherida a IDIBELL por su interés y colaboración.

Mención aparte, 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, incluso en el personal. Sin ella, este proyecto, seguramente hoy no sería una realidad.

Gracias Tarsi.

BIBLIOGRAFIA

1. Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Auto-eficacia y Auto-cuidado de los comportamientos y la calidad de vida de los receptores de trasplante renal. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. J. Adv Nursing 2010 Apr; 66 (4) :828-38.
2. Cofán Pujol F, Ya estoy trasplantado de riñón: ¿Y ahora qué? Información práctica después del trasplante renal 2ª ed. P Permanyer 2009.
3. Arend SM, Mallat MJ, Westendorp RJ, van der Woude, van Es LA. Supervivencia de los pacientes tras el trasplante renal, más de 25 años de seguimiento. Departamento de Epidemiología Clínica, Hospital Universitario del Eiden. Países Bajos. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423370>
4. Fernández Lucas M, López Sánchez S, Miranda B. MR. Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. Nefrología. 1998; XVIII: 316 - 325.
5. Memoria 2011. Hospital Universitari de Bellvitge. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial Metropolitana Sud. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
6. Andreu Pérez L, Force Sanmartín E. La Enfermería y el trasplante de órganos. Médica Panamericana, S.A. 2004.
7. Grinyó Boira J.M., Alonso Hernández A, Amenábar J.J. y otros. Complicaciones crónicas del trasplante renal. Sociedad Española de Nefrología (Guías S.E.N)
8. Otero González A, De Franco A, Ganoso P, García F. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España: Resultados del estudio EPIRCE. Nefrología 2010;30(1): 78-86.
9. Keown P. Calidad de vida, pronóstico y costos en trasplante) University of British Columbia, Vancouver 2003. <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2003.05.1317>

ANEXO

Diagrama de Gant. Puesta en marcha del proyecto.

Año 2013	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Actividades									
Creación grupo de trabajo	●								
Definir cartera de servicios		●							
Definir perfil del profesional		●							
Logística, C. Externas			●						
Agendas SAP			●						
Ubicación física consulta				●					
Preparación de la consulta				●					
Convocatoria interna enfermera				●					
Resolución					●				
Inicio de la consulta					●				
Primera Evaluación									●
Segunda Evaluación									Abril 2014