

XXIX SEDYT 2007

Palencia



Situación actual de la enfermería nefrológica en España

M. Victoria Miranda-Camarero

Departamento de Enfermería. Universidad de Alcalá. SEDEN. Madrid. España.

Resumen

Tratar de concretar con exclusividad el análisis de la situación actual de la enfermería nefrológica en nuestro país sólo se puede realizar en ciertos aspectos muy concretos sobre el cuidado del paciente renal. Los cambios que se están produciendo en la profesión enfermera y en la sociedad española afectan a toda la enfermería, sea cual sea su campo de actuación.

La reflexión sobre este estudio planteó varios interrogantes: ¿Cuál es la situación actual de la profesión enfermera? ¿Qué cambios se están produciendo? ¿En qué van a influir estos cambios? ¿Cuál es la situación en comparación con Europa? ¿Qué cambios se han producido en la sociedad española y en que han cambiado los cuidados enfermeros? ¿Qué nos demanda, actualmente, la sociedad?

Los cambios que están modificando la situación profesional de la enfermería en España están generados por: la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), el proceso de Convergencia de los Estudios Superiores de la Universidad Española al Espacio Europeo de Educación Superior y el desarrollo de las Especialidades en Enfermería.

En cuanto al número de enfermeras en activo en España, si lo comparamos con el resto de Europa, mientras en Europa hay una media de 843 enfermeras cada 100.000 habitantes, la proporción en España es de 500/100.000 habitantes.

Otro aspecto es el de los cambios demográficos y de hábitos de vida que se han producido en la sociedad español-

la y han modificado los cuidados enfermeros en cantidad, diversidad y calidad.

Centrándonos en el paciente renal crónico, actualmente se sabe que la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública en todo el mundo y cada año se registra un aumento de entre el 4 y el 5 %. La ERC es además uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, y muchos de los pacientes que desarrollan algún grado de insuficiencia renal crónica fallecen incluso antes de llegar a diálisis por un infarto de miocardio o una hemorragia cerebrovascular sin que se llegue a sospechar la ERC. Según los primeros datos de un estudio piloto sobre epidemiología de la insuficiencia renal crónica en España (EPIRCE), el 12 % de la población sufre ERC oculta. De esta forma, nos encontramos con una población con numerosos factores de riesgo sobre los que no se está actuando y que pueden dar lugar a una nueva epidemia. Todo indica que es preciso intervenir con un programa de salud renal que implique todas las estructuras y niveles sanitarios.

Palabras clave: Cambios profesionales y en la sociedad. Enfermedad renal crónica. Factores de riesgo. Educación para la salud. Prevención. Programa de salud renal.

Introducción

La reflexión sobre este estudio planteó varios interrogantes. ¿Cuál es la situación actual de la profesión enfermera? ¿Qué cambios se están produciendo? ¿En qué van a influir estos cambios? ¿Cuál es la situación en comparación con Europa? ¿Qué cambios

Correspondencia: Dra. M.V. Miranda Camarero.
Pérez de Ayuso, 22, bjo. dcha. 28002 Madrid. España.
Correo electrónico: victoria.miranda@uah.es

Recibido el 20-6-2007; aceptado para su publicación el 10-8-2007.

se han producido en la sociedad española y en qué han cambiado los cuidados enfermeros? ¿Qué nos demanda, actualmente, la sociedad?

En este trabajo se utiliza el término enfermería para referirse al profesional diplomado universitario en enfermería.

Tratar de concretar con exclusividad el análisis de la situación actual de la enfermería nefrológica en nuestro país sólo se puede realizar en ciertos aspectos muy concretos sobre el cuidado del paciente renal. Los cambios que se están produciendo en la profesión enfermera y en la sociedad española afectan a toda la enfermería, sea cual sea su campo de actuación.

Objetivos

- Analizar el momento actual de la profesión enfermera en España y los cambios que la están desarrollando.
- Considerar los cambios que ha sufrido la sociedad española y determinar cómo han influido en los cuidados enfermeros en la actualidad.

Bases de la profesión enfermera

La profesión enfermera está fundamentada en tres relaciones:

La enfermería y el ser humano. Según Orem, los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. Cuando nos planteamos los cuidados que precisan los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), estamos hablando de cuidar a una persona dependiente con una afección general que requiere unos cuidados holísticos, muy específicos por un lado y muy generales por otro, en cuanto

a que cuidamos a una persona crónicamente enferma, teniendo en cuenta siempre la individualidad de cada paciente, su vivencia de la enfermedad y sus consecuencias personales.

La enfermería y la sociedad. Son los cuidados humanos el objeto de atención de la enfermería y lo que nos proporciona el reconocimiento social como expertos en este campo. Los cuidados de salud de las personas y los grupos es el rasgo distintivo de la enfermería en la sociedad, pero es un rasgo con conocimientos específicos de la profesión, reglados, especializados y evaluables, y no una habilidad innata, femenina o vocacional.

La enfermería y el ejercicio profesional. Nuestra titulación^{1,2} capacita al alumno para el ejercicio profesional como enfermero responsable de cuidados generales, y las competencias que debe adquirir son evaluadas a lo largo de la carrera. Es precisa, en cualquier profesión, la definición de su perfil. Este perfil concreta la identidad profesional de la titulación, explica las funciones principales que dicha profesión cumple, así como las tareas más habituales en las que se plasman esas funciones. Por lo tanto, es necesario también tener definidas las competencias que debe poseer la enfermería, tanto desde el punto de vista de su utilidad docente, de la planificación y gestión de los servicios sanitarios, así como de la regulación del derecho al ejercicio de la profesión.

Se puede definir competencia³ como un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo, por el cual una persona utiliza conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio inherentes a su profesión con la finalidad de desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica. Representa, por tanto, un estado de su práctica profesional.

Las competencias específicas de la enfermería en el cuidado renal no difieren de las del enfermero en general, si no se especifican nuestras actividades en este campo del cuidado.

Según se desprende del *Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería*⁴ de la Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (ANECA), el perfil de la enfermería de cuidados generales debe reunir las siguientes competencias:

- Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermería. Primordialmente significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto las actividades autónomas como las interdependientes.
- Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. Supone, entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.
- Capacidad para utilizar un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estarían también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.
- Conocimiento y competencias cognitivas. Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.
- Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación). Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte

emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

- Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo. Supone la capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, las familias y los grupos optimizando los recursos.

Situación real de la enfermería en España

La situación laboral⁵ de los más de 220.000 diplomados en enfermería españoles difiere entre lo que auguran las estadísticas y la realidad. En teoría, es una profesión de futuro por el envejecimiento de la población y las necesidades de la sanidad pública. En la práctica, un cuarto de los profesionales sufre de precariedad laboral y debe encadenar varios contratos temporales al año.

Del número de profesionales de enfermería colegiados en España (todos deben estarlo para poder ejercer), más del 80 % son mujeres, lo que confirma que ésta sigue siendo una profesión eminentemente femenina. La mayoría de ellas, algo más de 150.000, trabajan para la sanidad pública, principalmente en hospitales y, en menor medida, en centros de salud, servicios de emergencias y centros asistenciales para mayores, enfermos mentales y crónicos. El resto desarrolla sus funciones en el sector privado.

Cada año, la cifra de diplomados aumenta en 9.000 personas que salen de las aulas de 102 centros de formación homologados. Mientras, las personas que abandonan la profesión, casi siempre al alcanzar la edad de jubilación, son aproximadamente la mitad de esa cifra.

El impacto que tienen estos datos sobre la profesión es paradójico. Por población, nivel de desarrollo socioeconómico y necesidades establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enferme-

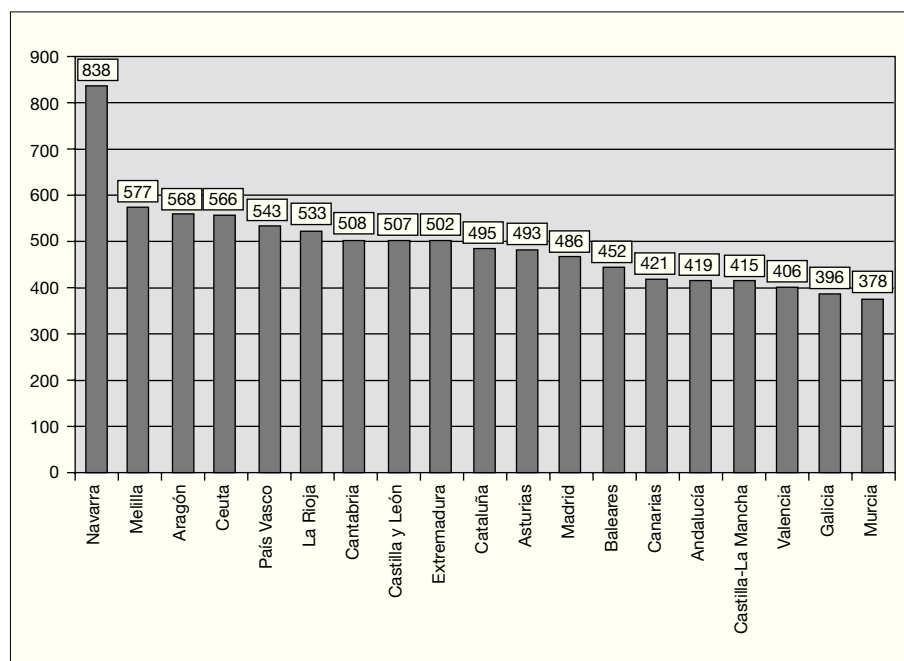


Figura 1. Número de enfermeras por 100.000 habitantes desglosados por comunidad autónoma.

ría debería ser en España una cotizada profesión, con profesionales disfrutando de abundantes ofertas laborales; además, la necesidad de profesionales aumentaría si se tiene en cuenta el envejecimiento de la población y la creciente cartera de servicios asistenciales que tanto el sector público como el privado ofrecen a determinados colectivos (minusválidos, enfermos mentales, mayores...).

En cambio, el paro entre las enfermeras se acerca al 5 % y 1 de cada 4 se ve obligada a alternar contratos temporales y meses de inactividad.

Según la OMS⁶, un país como España debería tener 1 enfermera/140 habitantes, cuando actualmente apenas se acerca a 1/250. España sigue un patrón mediterráneo muy alejado del ideal del norte de Europa. La sanidad pública debería contar con 3 profesionales de enfermería por cada médico. Según estos criterios, España necesitaría entonces unas 100.000 enfermeras más en activo de las que en realidad tiene. La realidad es que el número de médicos en la sanidad pública española es prácticamente igual al número de enfermeras.

Esta situación favorece la emigración a países como Francia, Italia o Reino Unido, que llevan años reclutando profesionales españoles para cubrir las necesidades de sus respectivos servicios sanitarios públicos y favorece también la realización, por muchos diplomados de enfermería, de tareas que están por debajo de su formación en centros sanitarios en los que asumen labores de auxiliares.

Si observamos los datos desglosados por comunidades autónomas (fig. 1), encontramos que hay grandes contrastes entre todas ellas, un dato que pone en evidencia el principio de equidad en el que supuestamente se basa el Sistema Nacional de Salud.

Cabe destacar⁷ que Navarra es la comunidad autónoma que tiene mayor número de enfermeras (833) cada 100.000 habitantes, a tan sólo 5 enfermeras de la media europea. El contraste citado anteriormente queda de manifiesto cuando comparamos el dato anterior con la proporción de Murcia (378) que es la comunidad autónoma con la más baja y necesitaría 465 enfermeras más cada 100.000 habitantes para igualarse con la media europea.

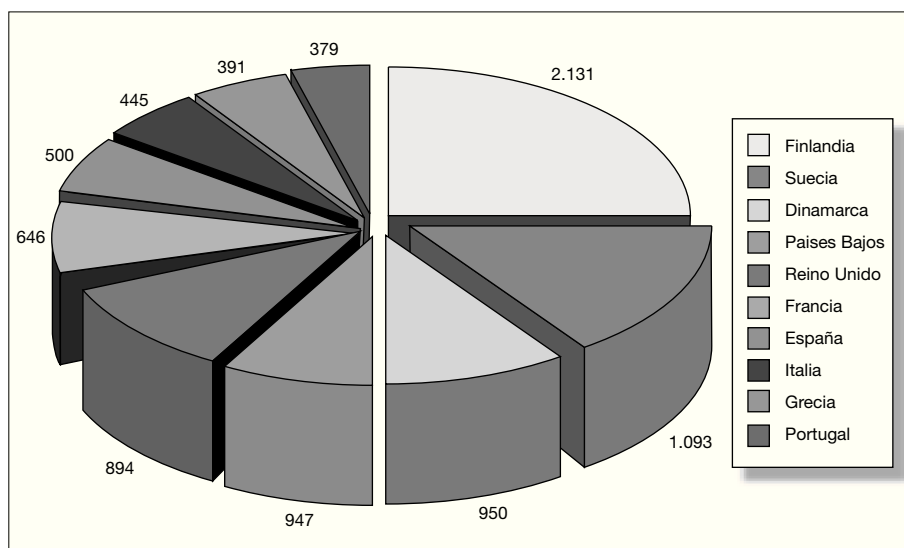


Figura 2. Número de enfermeras por 100.000 habitantes en los 10 principales países de la Unión Europea.

Navarra supone un dato aislado respecto al resto de las proporciones observadas en España. Así, a Navarra sigue con mucha diferencia la Ciudad Autónoma de Melilla (577 enfermeras/100.000 habitantes), Aragón (568), Ceuta (566), País Vasco (543), La Rioja (533), Cantabria (508), Castilla y León (507) y Extremadura (502). Todos ellos están a falta de más de 260 enfermeras por cada 100.000 habitantes para acercarse a la media europea, lo que supone un 32-40 % menos profesionales.

Las comunidades autónomas con menor razón de enfermeras por habitante son Andalucía (419), Castilla-La Mancha (415), Valencia (406), Galicia (396) y Murcia (378). Todas ellas tienen más de un 50 % menos enfermeras que la media europea, es decir entre 424 y 465 enfermeras menos cada 100.000 habitantes.

Se mantienen cerca de la media nacional comunidades autónomas como Castilla y León (507), Extremadura (502), Cataluña (495), Asturias (493), Madrid (486) y Baleares (452). No obstante, cabe destacar que todas ellas mantienen una diferencia de entre 336 y 391 enfermeros con la razón media de Europa, es decir, entre un 40 y un 46 % menos profesionales.

Situación comparativa con el resto de Europa

Si analizamos los 10 principales países de la Unión Europea (fig. 2), observamos el importante contraste que hay entre todos ellos, puesto que encontramos que el número de enfermeras por cada 100.000 habitantes que tiene Finlandia (2.181) es más de 5 veces mayor que los de Portugal (379), Grecia (391) e Italia (446) y 4,3 veces mayor que el de España (500).

Los dos siguientes países con más enfermeras cada 100.000 habitantes siguen estando muy lejos de las razones más bajas, entre las que está España. Así, Suecia (1.093), Dinamarca (950), Irlanda (947) y Reino Unido (894) tienen unas proporciones que prácticamente suponen el doble que en España (500) e Italia (446) y casi el triple que en Grecia (391) y Portugal (379).

En Europa hay una media de 843 enfermeras cada 100.000 habitantes, muy superior a la española. España dispone de 500/100.000 habitantes, es decir, un total de 343 profesionales menos que la media europea, lo que supone el 40,67 % menos. Como ejemplo ilustrativo para cuantificar este importante

diferencial, cabe destacar que con la diferencia que nos separa de la media europea se podría abrir un hospital de 300 camas.

Cambios que están modificando la situación profesional de enfermería

Los cambios que están modificando la situación profesional de la enfermería en España están generados por varios factores:

– La Ley de Ordenación las Profesiones Sanitarias (LOPS)⁸ establece que a “las enfermeras les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades...”. La carrera profesional⁹⁻¹² es uno de los derechos establecidos en la LOPS; este sistema de reconocimiento individual de méritos se aplicará a profesionales de medicina y enfermería, que podrán ascender cada 6 años. A través de este sistema de desarrollo profesional, los servicios de salud y la propia sociedad podrán reconocer a los profesionales que trabajan bien, siguen una formación continuada acreditada y se comprometen con las instituciones en las que trabajan. El desarrollo profesional lleva aparejado un sistema de incentivos económicos que deberán ser reconocidos y aplicados por cada servicio autonómico de salud y por las empresas privadas.

La LOPS supone para la enfermería: el máximo reconocimiento como profesión sanitaria, y por tanto la máxima garantía de calidad; la equipara a las otras profesiones tituladas y reguladas; la considera no una profesión dependiente, sino que goza de autonomía; la evaluación y la dirección de los cuidados debe estar en sus propias manos; la enfermera trabajará de forma creciente en equipo multidisciplinario, la jerarquía dentro del equipo se establecerá básicamente por las competencias individuales de cada uno, y no

de forma automática por la simple titulación, y una vez acreditada una capacidad determinada, será posible la delegación de actuaciones dentro del equipo; regula las especialidades en ciencias de la salud, y posibilita el desarrollo de la carrera profesional (4 niveles).

– En Europa^{13,14} se están produciendo cambios importantes en el ámbito universitario, el proceso de convergencia de los estudios superiores de la Universidad Española al Espacio Europeo de Educación Superior constituye un proceso histórico y una oportunidad para situar los estudios de enfermería en el nivel que les corresponde. La aparición de los decretos que regulan la formación de grado y posgrado de la enseñanza universitaria, que se completará con la legislación relativa al doctorado, abre una oportunidad de remodelación de las enseñanzas universitarias.

– Las enseñanzas de grado constituyen el primer ciclo de los estudios universitarios y comprenderá enseñanzas básicas y de formación general junto a otras orientadas a la preparación para el ejercicio profesional. La superación del ciclo dará derecho a la obtención del título correspondiente de grado. Los títulos de grado sustituirán a las diplomaturas y licenciaturas actuales, tendrán 240 créditos y se cursarán en 4 años. Las enseñanzas de grado en enfermería tendrán 180 créditos de formación académica básica, 60 créditos de formación adicional de orientación académica o profesional de los cuales al menos 45 deben corresponder al prácticum clínico.

– Las enseñanzas de posgrado constituyen dos ciclos:

1. El segundo ciclo de los estudios universitarios estará dedicado a la formación avanzada dirigida a una especialización académica o profesional o a promover la iniciación en tareas investigadoras. La superación del ciclo dará derecho a la obtención del título de máster.

2. El tercer ciclo de los estudios universitarios tendrá como finalidad la formación avanzada del estudiante

en las técnicas de investigación, podrá incluir cursos, seminarios u otras actividades dirigidas a la formación investigadora e incluirá la elaboración y presentación de la correspondiente tesis doctoral. La superación del ciclo dará derecho a la obtención del título de Doctor, que representa el nivel más elevado en la educación superior, acredita el más alto rango académico y faculta para la docencia y la investigación.

El Plan de Convergencia pide a las universidades:

1. La definición de perfiles profesionales y resultados académicos deseables a través de competencias específicas y diseño de proyectos formativos adecuados para el desarrollo de los perfiles.
2. La definición de competencias genéricas (transversales) comunes a todas las titulaciones universitarias.
3. El diseño y programación de los currículos tomando como referencia el trabajo del alumno (crédito europeo o ECTS).
4. La elaboración de diseños metodológicos docentes que favorezcan el aprendizaje activo del estudiante garantizando la calidad de la enseñanza y de los resultados del aprendizaje en cada titulación.

– El otro factor que influye en el progreso de nuestra profesión es el desarrollo de las especialidades^{15,16} en enfermería. La normativa establece siete especialidades: Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Salud Mental, Geriátrica, del Trabajo, de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Familiar y Comunitaria, y Pedriátrica. Instaura un sistema de formación de residencia para los nuevos titulados y regula el procedimiento especial por el que los enfermeros que acrediten su ejercicio profesional y superen una prueba de evaluación, puedan acceder al título de especialistas.

Todos estos cambios contribuyen al desarrollo de la profesión enfermera y por lo tanto a proteger y mejo-

rar la salud, la seguridad y el bienestar de la población, prevenir la enfermedad y sus consecuencias, aumentar la calidad de los cuidados y favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario.

Cambios producidos en nuestra sociedad y cambios en los cuidados enfermeros

En la sociedad española¹⁷ se han producido importantes cambios en estos últimos años: el descenso de la natalidad y la mortalidad, y el aumento de la esperanza de vida (transición demográfica); el desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles; el incremento de las enfermedades crónicas con sus secuelas y discapacidades; el movimiento migratorio actual en España, y el aumento de los hábitos de vida no saludables.

La OMS en 1999 ya señalaba que “el rápido aumento de las enfermedades no transmisibles representaría uno de los desafíos más importantes del próximo siglo”. Las enfermedades no transmisibles tienen factores determinantes vinculados al estilo de vida: tabaquismo, estrés, alcoholismo, dietas no saludables, sedentarismo; factores que, modificados preventivamente, reducen el riesgo de episodios cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, hipertensión arterial, dislipemias o enfermedad renal. Es obvio que el campo sobre el que se debe actuar es la promoción de la salud y la modificación de los hábitos no saludables.

Por lo tanto, las estrategias de prevención deben ir dirigidas a dos grupos de población: la población general, adulta e infantil, a la que debemos dirigir la promoción de hábitos saludables para evitar la aparición de factores de riesgo, y la población que presenta factores de riesgo que tratar o modificar y en los que se debe diagnosticar la enfermedad tempranamente.

España tenía 44.708.964 habitantes el 1 de enero de 2006, según el Instituto Nacional de Estadística

(INE). La media de edad de la población residente en España en 2005 era 40 años. El 15,2 % de la población tiene menos de 16 años, el 67,9 % tiene entre 16 y 65 años, mientras que el 16,6 % de la población tiene más de 65 años. La esperanza de vida en España está situada en los 78,71 años de media.

La llegada de inmigrantes desde los años noventa ha frenado este proceso de envejecimiento: la media de edad de la población extranjera residente en España era de 32,8 años en 2004, frente a 41 años de media de los nacionales.

Los problemas de salud de la población española son los de la población de un país desarrollado, con una renta per cápita de 20.838 euros en 2005 y con las necesidades sanitarias básicas cubiertas.

La pirámide demográfica (fig. 3) propia de países desarrollados presenta un predominio progresivo de personas mayores. Según las previsiones del INE, la población de 65 o más años prácticamente duplicará su peso relativo sobre el total de la población al pasar al 30,85 % en el año 2050, a pesar del fenómeno de la inmigración.

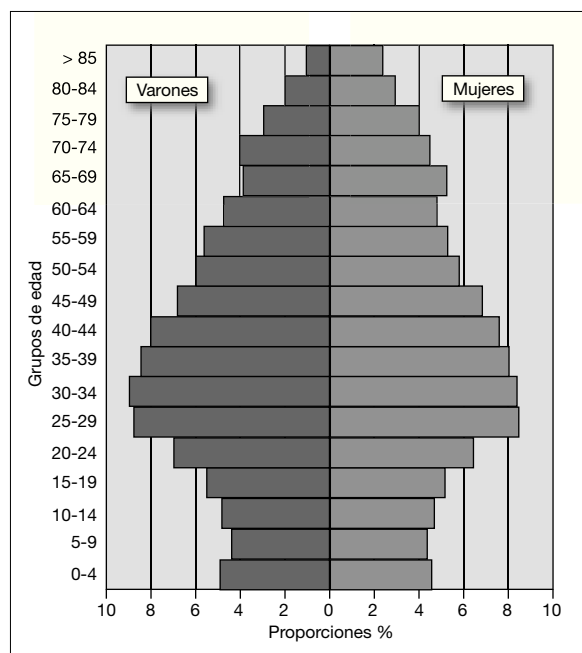


Figura 3. Pirámide demográfica de los países desarrollados.

En resumen, el envejecimiento de la población y el cambio del patrón epidemiológico, junto con la cronificación de enfermedades agudas y que las personas que anteriormente hubieran fallecido por diferentes enfermedades ahora pueden vivir muchos más años, durante los que se añaden otras enfermedades, son elementos relevantes en el escenario de la salud en nuestro país. Los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), recogidos por el INE, revelan que 19 millones de españoles padecen enfermedades crónicas, independientemente de si son tratadas o no. De ellos, 5-7 millones de personas reciben asistencia de forma sistemática y continua, aunque hay un gran número de enfermos que no acuden a recibir asistencia sistemática y que incluso no están en tratamiento alguno.

Otros aspectos importantes que considerar en este análisis son: el autoconsumo de medicamentos sin prescripción médica o asesoramiento farmacéutico, el incumplimiento terapéutico, el aumento de pacientes polimedicados, la insuficiente información de los ciudadanos sobre las posibles interacciones de los medicamentos entre sí o la idiosincrasia de cada individuo ante los efectos adversos e indeseados, todo ello conduce al aumento de la producción de efectos nocivos derivados de la mala utilización de los medicamentos. Como consecuencia se produce el correspondiente ingreso en urgencias de los centros hospitalarios sanitarios por errores en el consumo de medicamentos y, como primera causa, por la dosificación incorrecta, que llega a suponer en España el 2,2 % de los ingresos en urgencias.

Para estimar el aumento de la demanda de servicios sanitarios en España, es necesario tener en cuenta no sólo los cambios demográficos, sino también la innovación tecnológica (nuevas técnicas y medicamentos), el uso de las nuevas tecnologías, la modificación de las expectativas ciudadanas y la “medicalización” de los procesos vitales; todo ello ha acrecentado el nivel de exigencia de las prestaciones en cantidad, calidad y diversidad.

Educación para la salud

Los individuos y las comunidades necesitan información y asesoramiento para aumentar su responsabilidad sobre su salud y su autocuidado, el papel de la enfermería es fundamental en este campo, ya que es un agente educador y entrenador en conductas, actitudes y hábitos. Es evidente que un paciente informado y protagonista principal de su enfermedad afrontará mejor su enfermedad, asumirá sus autocuidados, se adaptará y cumplirá mejor su tratamiento y será a su vez una persona activa, exigente y participativa en el proceso de su enfermedad.

La intervención enfermera¹⁸ en la educación para la salud debe: propiciar la autonomía de la persona en sus cuidados; aportar la información necesaria para que sea capaz de tomar decisiones respecto a su salud, su enfermedad y su tratamiento; tener una relación de ayuda en el proceso de adaptación a la enfermedad, y poner al alcance de la persona todos los recursos sanitarios y sociales de los que dispone.

Todos los datos presentados indican que urge que la población tome conciencia con respecto a los malos hábitos de vida y alimentarios, que propician el desarrollo de ciertas alteraciones en la salud.

Centrándonos en el paciente renal crónico, sabemos que en la actualidad la ERC es un problema de salud pública mundial y cada año se registra un aumento de entre el 4 y el 5 %. Es una enfermedad con mal pronóstico, ya que la mayoría de los pacientes fallecen o precisan diálisis o trasplante. En la actualidad¹⁹, hay en nuestro país unas 40.000 personas sometidas a diálisis en 327 unidades y cada año unas 5.500 personas entran en diálisis. La supervivencia de este grupo de población a los 5 y los 10 años se sitúa en el 34 y el 12 %, respectivamente. La tasa de hospitalizaciones es de 14 días año/paciente y los costes directos del tratamiento de la ERC superan al año los 800 millones de euros. La ERC es además uno de los principales factores de riesgo²⁰ cardiovascular; muchos de los pacientes que desarrollan al-

gún grado de ERC fallecen incluso antes de llegar a diálisis por un infarto de miocardio o una hemorragia cerebrovascular sin que se llegue a sospechar la enfermedad.

Según los primeros datos de un estudio piloto²¹ sobre epidemiología de la insuficiencia renal crónica en España (EPIRCE), el 12 % de la población sufre ERC oculta. La media de edad es de 49 años y el 62 % vive en un hábitat urbano. La fotografía que ha arrojado este estudio es alarmante, ya que, además del alto porcentaje de la población con ERC no conocida, el 31 % padece hipertensión arterial, el 8 % es diabético, el 12 % presenta altas cifras de colesterol, el 13 % es obeso, el 22 % fuma, el 24 % consume alcohol en exceso y el 19 % no realiza ningún ejercicio físico. De esta forma, nos encontramos con una población con numerosos factores de riesgo sobre los que no se está actuando y que pueden dar lugar a una nueva epidemia.

Factores de riesgo

De los factores de riesgo de ERC, los grupos de más alto riesgo sobre los que debe centrar su mayor atención el equipo sanitario lo constituyen los diabéticos, los hipertensos y las personas mayores:

Unos 2,5 millones de personas en España padecen diabetes²², cifra que se duplicará en 2025. La edad, el índice de masa corporal y la hipertensión arterial son los principales factores de riesgo que determinan la diabetes mellitus. La prevalencia de la diabetes en España se estima en 10 % para grupos de edad entre 30 y 89 años. Por lo que se calcula que son 2.600.000 personas las que tienen diabetes en España. El 27 % de los españoles son hipertensos^{23,24}, lo que sitúa a España como el país europeo con mayor prevalencia de esta afección, por la que anualmente se gastan 1.200 millones de euros en atención sanitaria, de acuerdo con la Sociedad Española de Hipertensión.

Como ya hemos dicho, la media de edad de la población residente en España en 2005 era 40 años y será 52 años en 2050. Las causas más frecuentes de mortalidad de las personas mayores son las cardiovasculares y las relacionadas con el estado de nutrición. Actualmente el 87 % de los pacientes mayores de 65 años es susceptible de tratamiento dialítico y una gran parte no es candidata al trasplante renal, sólo el 12,3 % entra en lista de espera. El 7-8 % de estos pacientes en hemodiálisis tienen episodios depresivos severos relacionados con: dependencia, estrés, problemas sociales y falta de apoyo familiar. Los pacientes mayores de 80 años con ERC en diálisis tienen una supervivencia de 25,9 meses, y a los 60 meses la supervivencia es del 18 %.

Realidad en las unidades de diálisis

En la actualidad, las unidades de diálisis tienen una población mayoritariamente anciana y con múltiples afecciones. La dotación de personal de enfermería debería ser la suficiente para satisfacer las necesidades de cuidado de estos pacientes y garantizar la seguridad del tratamiento.

Las cargas de trabajo de la enfermería se van a ver modificadas dependiendo de:

- El grado de dependencia y comorbilidad de los pacientes.
- La configuración del espacio donde se trabaja.
- Las necesidades de aislamiento de algunos pacientes.
- Las características del tratamiento renal sustitutivo.
- Las peculiaridades de cada paciente.
- Las nuevas tecnologías aplicadas (telemedicina, informática, etc.).
- La asistencia en domicilio y telefónica.

Las Guías de Centros de Hemodiálisis de la SEN recomiendan 1 enfermera cada 4-5 pacientes en hemodiálisis y 1 auxiliar cada 8-10, y las Guías de

Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal recomiendan un mínimo de 1/15 pacientes en programa y 1 auxiliar. La dotación se modificaría según las características de los pacientes.

La calidad de los cuidados aplicados depende de las competencias adquiridas del personal que los aplica. Por ello es necesaria la experiencia en este campo del cuidado y requiere una formación previa. El perfil de este profesional incluirá todas las competencias descritas anteriormente, por lo que, situándonos en la realidad y no en la retórica, sería recomendable valorar las cargas de trabajo de cada centro para analizar la dotación precisa de personal de enfermería, con el objetivo de garantizar la calidad de los cuidados que aplicamos a nuestros pacientes y a la vez exigir que todos los centros tengan un programa de formación inicial y continuada para todos los profesionales que integran el equipo de enfermería.

Intervención prioritaria ante los datos descritos

Reflexionando y analizando los datos sobre la situación actual de salud renal de la población española, creo que es vital intervenir desde varios frentes:

- La educación de la población en hábitos saludables.
- La prevención de la enfermedad renal crónica en los grupos de riesgo.
- La formación de los profesionales incidiendo en la prevención y detección precoz de esta enfermedad.

Considerando los tres niveles de prevención²⁵ sobre los que debe actuar el equipo sanitario hablaremos de:

- Prevención primaria cuando nos referimos a la promoción general de la salud y la protección específica contra las enfermedades, y suele estar basada en propiciar cambios de estilo de vida mediante la promoción de hábitos de vida saludables en la población general.

– Prevención secundaria, si nos referiremos a las medidas que deben tomar los profesionales para diagnosticar la enfermedad precozmente en una población de riesgo y actuar con rapidez evitando la progresión de la enfermedad en estadio inicial. Es decir, consiste en procurar un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad con objeto de revertir o retardar su progresión. Los objetivos²⁶ fundamentales del tratamiento conservador en personas con ERC son: detener o enlentecer el deterioro de la función renal; detectar y corregir los factores que deterioran la función renal de forma reversible; prevenir y tratar las complicaciones urémicas; decidir la inclusión en programa de diálisis/trasplante; seleccionar el método de tratamiento inicial junto al paciente; educar al paciente y familia, y dar soporte psicológico y social; preparar con antelación e iniciar oportunamente su inclusión en tratamiento renal sustitutivo. En esta fase preclínica de la enfermedad, también será preciso considerar la promoción de hábitos de vida saludables.

– Prevención terciaria, cuando ya es irreversible la progresión de la enfermedad, en nuestro caso de la ERC, y sólo es posible realizar la inclusión del paciente en tratamiento dialítico en las mejores condiciones, disminuyendo la posibilidad de complicaciones y favoreciendo la adaptación del paciente a la cronicidad del tratamiento y a su nuevo rol. La educación para la salud vuelve a estar presente en este nivel de prevención y es importante considerar que se dirige a un grupo de pacientes con una enfermedad crónica para la cual el aprendizaje de competencias y comportamientos de salud son necesarios para vivir.

La ERC cumple con las premisas que avalan la necesidad de un programa de prevención (Frame y Carlson):

- Es una enfermedad de alta prevalencia.
- Los efectos de la enfermedad en la calidad y esperanza de vida son importantes.

– El coste del diagnóstico precoz y la prevención es menor que el coste de los cuidados y el tratamiento que precisa la enfermedad.

– Es frecuentemente asintomática y sus manifestaciones se presentan en muchas ocasiones en fase avanzada.

– La detección y el tratamiento precoces disminuyen la morbimortalidad general.

Todo indica que es preciso intervenir con un programa de salud renal que implique a todas las estructuras y niveles sanitarios. Realizar un programa de salud renal requiere recursos humanos y económicos suficientes para llevarlo a cabo y el compromiso de los profesionales junto a su coordinación y formación tanto en atención primaria como en especializada, es decir, el programa de salud renal debe hacer sostenible la asistencia integral de los pacientes con posibilidad de sufrir enfermedad renal y de los que ya la sufren, teniendo en cuenta sus aspectos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y culturales. Forzosamente ha de aplicarse una atención individualizada, continuada e integrada, interrelacionando los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, coordinando funcionalmente las estructuras y niveles del sistema sanitario y garantizando a la persona la continuidad de cuidados.

Resumiendo, el objetivo que debemos perseguir es mejorar, en este caso, la salud renal de la población española promoviendo la educación para la salud y los hábitos saludables, suscitando la integración de los cuidados de salud renal en los centros de atención primaria y de especializada, detectando precozmente la enfermedad renal en las poblaciones de riesgo y optimizando el cuidado de los pacientes en todas las etapas de la enfermedad renal.

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Granero Molina J. El desarrollo de competencias y la elaboración de la guía docente en enfermería médico-quirúrgica. *Desarrollo Científ Enferm*. 2005;13.
2. Solá Pola M, Molins Mesalles A, Martínez Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica en enfermería: bases conceptuales y experiencias. *Revista Rol de Enfermería*. 2005;28:493-8.
3. Palomino Moral PA, Frías Osuna A, Grande Gascón ML, Hernández Padilla ML, Del Pino Casado R. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería*. 2005;48-9.
4. Bernués Vázquez L, Peya Gascons M. Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería. Universidad de Zaragoza y Universidad de Barcelona. Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y Acreditación. 2004.
5. Ovalle Bernal M. Las Especialidades de Enfermería en Europa. *Revista Especialidades Enfermeras*. 2006;2.
6. OMS (www.who.int/es)
7. Donner GJ, Wheeler M. Es tu carrera profesional: ocúpate de ella. Planificación y desarrollo de la carrera profesional. Ginebra: 2001.
8. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://www.msc.es/>)
9. Kleinknecht MK, Hefferin EA. Assisting nurses toward professional growth: A career development model. *Journal of Nursing Administration*. 1982;12:30-3.
10. Hudson F. Career coaching. *Career Planning and Adult Development Journal*. 1999;15:69-86.
11. Donner GJ. Career development and mobility issues. En: Baumgart A, Larsen J, editores. *Canadian nursing faces the future*. St. Louis: Mosby Year Book; 1992. p. 345-63.
12. Donner GJ. Taking control of your future: The time is now. En: Donner GJ, Wheeler M, editores. *Taking control of your career and your future: for nurses by nurses*. Ottawa: Nurses Association of Canada; 1998. p. 3-11.
13. Yaniz C. Convergencia europea de las titulaciones universitarias. El proceso de adaptación fases y tareas. *Revista de la red estatal de docencia universitaria*. 4.
14. Zabalza M. Competencias docentes del profesorado universitario. Madrid: Narcea; 2003.
15. Especialidades de Enfermería. Sindicato de Enfermería SATSE (www.satse.es/)
16. Revista de Especialidades Enfermeras (www.especialidadesenfermeras.com)
17. Pirámide poblacional española. Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>)
18. Educación para la salud. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (www.asanec.org)
19. López Revuelta K, Saracho R, García López F, Gentil MA, Castro P, Castilla J, et al. Informe de diálisis y trasplante año 2001 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. *Nefrología*. 2004;1:21-33.
20. National Kidney Foundation: K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002; 39 supl 1:1-266.
21. Estudio EPIRCE. Sociedad Española de Nefrología (dwww.senefro.org/)
22. Datos estadísticos en España. Sociedad española de diabetes (www.sediabetes.org/)
23. Datos estadísticos en España. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial (www.seh-lilha.org/)
24. Grupo de enfermería de hipertensión y riesgo cardiovascular (www.ehrca.org/)
25. Guía Clínica de la Insuficiencia Renal en Atención Primaria (www.semergen.es). Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España. *Nefrología*. 2002;22:521-30.
26. Normas de Actuación Clínica de la Sociedad Española de Nefrología (www.senefro.org)