



Guía Clínica de Enfermería – Consulta de Nefrología Ambulatoria

GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Consulta de Nefrología Ambulatoria

Autora: Ana M^a Sánchez Arnas

<https://enfermeriaconana.org/blog/>

Año: 2025

1. Introducción

1.1 Justificación de la guía

El paciente con enfermedad renal crónica (ERC) constituye un perfil de alta complejidad clínica, social y emocional, que requiere de un abordaje integral, sistematizado y centrado en la persona.

La atención de enfermería en la consulta externa de Nefrología representa un pilar fundamental para el seguimiento, la educación terapéutica y la optimización del tratamiento conservador o sustitutivo.

La elaboración de esta guía responde a la necesidad de unificar criterios, optimizar la práctica clínica enfermera y ofrecer un marco de actuación profesional basado en la evidencia científica, contribuyendo así a la mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente.

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Proporcionar una herramienta de referencia para la actuación enfermera en la consulta externa de Nefrología, en el seguimiento del paciente con enfermedad renal crónica.



Objetivos específicos

- Estandarizar los procedimientos de valoración, intervención y seguimiento enfermero.
- Facilitar el autocuidado del paciente a través de una educación terapéutica estructurada.
- Detectar precozmente complicaciones asociadas a la progresión de la enfermedad renal.
- Fomentar la continuidad de cuidados en colaboración con el equipo multidisciplinar.

1.3 Perfil del paciente renal crónico en consulta externa

El perfil del paciente atendido en consulta de Nefrología puede incluir:

- Enfermedad renal crónica en estadios 3-5.
- Preparación y educación para técnicas de terapia renal sustitutiva (hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal).
- Control de factores de progresión de la ERC (HTA, diabetes, dislipemia).
- Manejo de complicaciones (anemia, trastornos electrolíticos, hiperparatiroidismo secundario).
- Educación en hábitos de vida saludables y adherencia terapéutica.

Estos pacientes suelen requerir un seguimiento programado periódico y actuaciones personalizadas según su evolución clínica.

1.4 Rol estratégico de la enfermera en la atención renal

La enfermera en la consulta externa de Nefrología no solo desarrolla tareas de asistencia directa, sino que también ejerce un rol de:

- Educadora sanitaria.
- Coordinadora de cuidados.
- Promotora del autocuidado.
- Observadora clínica para la detección precoz de descompensaciones.
- Referente de apoyo emocional y acompañamiento terapéutico.



Su actuación contribuye de forma decisiva a ralentizar la progresión de la enfermedad, a mejorar la adherencia terapéutica y a preparar de forma anticipada la transición a terapias sustitutivas cuando sea necesario.

2. Organización de la consulta de enfermería en Nefrología

2.1 Estructura y flujo de pacientes

La consulta de enfermería en Nefrología ambulatoria se organiza como un espacio asistencial específico, destinado a la atención programada de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y/o en situación de preparación para terapias sustitutivas. Su objetivo principal es garantizar la continuidad de cuidados, el seguimiento clínico y la educación para el autocuidado.

El flujo habitual incluye:

- Derivación del paciente desde la consulta médica de Nefrología.
- Valoración inicial enfermera.
- Planificación de citas periódicas de control (mensuales, trimestrales o según necesidad).
- Registro y evaluación de parámetros clínicos.
- Coordinación con otros niveles asistenciales si procede (Atención Primaria, Trabajo Social, Nutrición, etc.).

Este modelo permite una atención longitudinal, centrada en la persona, que complementa la intervención médica y potencia la capacidad de autocuidado del paciente.

2.2 Coordinación con el equipo multidisciplinar

La enfermería nefrológica trabaja en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinar para garantizar una atención integral. Los principales canales de coordinación incluyen:

- Reuniones clínicas periódicas.



Guía Clínica de Enfermería – Consulta de Nefrología Ambulatoria

- Registros compartidos en historia clínica electrónica.
- Comunicación directa con el equipo médico, dietistas, psicología clínica y trabajo social.
- Derivaciones consensuadas según criterios clínicos.

Esta coordinación es especialmente importante en fases avanzadas de la enfermedad o en preparación para técnicas de diálisis y trasplante renal.

2.3 Agenda y tiempos asistenciales

La agenda de consulta de enfermería debe ser flexible, estructurada y adaptada a la carga asistencial. Suele incluir:

- Valoraciones iniciales: 30–45 min
- Consultas de seguimiento: 15–20 min
- Educación prediálisis: sesiones educativas estructuradas (45–60 min)
- Revisión de accesos vasculares o diálisis peritoneal: según protocolos

Se recomienda incluir espacios para registro, análisis de datos, y coordinación interna, sin saturar la agenda diaria.

2.4 Herramientas de valoración enfermera

En la consulta se aplican diversas herramientas para la valoración sistemática del paciente renal:

Área de valoración	Herramienta / Indicador
Funcionalidad	Índice de Barthel, escala de Lawton
Nutrición	Valoración del IMC, pérdida ponderal
Riesgo cardiovascular	Cálculo de riesgo, control TA, perfil lipídico
Adherencia terapéutica	Escala de Morisky, entrevista dirigida



Área de valoración

Herramienta / Indicador

Estado emocional

Escala de ansiedad y depresión (HADS)

Autocuidado y conocimiento Preguntas dirigidas, checklists educativos

Estas herramientas permiten diseñar un plan de cuidados individualizado y realizar un seguimiento basado en indicadores.

3. Valoración integral del paciente renal

3.1 Historia clínica de enfermería

La primera toma de contacto con el paciente incluye una entrevista clínica exhaustiva que permita recoger información relevante para planificar los cuidados. Debe contemplar:

- Antecedentes personales y familiares.
- Comorbilidades asociadas (diabetes, hipertensión, dislipemia, enfermedades cardiovasculares).
- Medicación habitual y adherencia.
- Función renal estimada (estadio de ERC).
- Ritmo de vida, entorno sociofamiliar y recursos personales.
- Conocimientos previos sobre la enfermedad y grado de implicación.

Esta historia clínica debe quedar registrada de forma estructurada y actualizada en la historia digital o soporte de registro habitual del centro.

3.2 Signos vitales y parámetros clave

En cada visita se valoran de forma sistemática los siguientes indicadores:

- **Presión arterial** (en reposo y en condiciones adecuadas).
- **Peso corporal** (idealmente a la misma hora y condiciones).
- **Perímetro abdominal** (en pacientes con riesgo metabólico).
- **Diuresis diaria**: volumen, color, frecuencia.
- **Estado de la piel**: presencia de edemas, palidez, sequedad.



Guía Clínica de Enfermería – Consulta de Nefrología Ambulatoria

Estos datos permiten hacer un seguimiento de la progresión de la enfermedad y ajustar las recomendaciones terapéuticas.

3.3 Detección de signos de deterioro

La enfermera debe estar entrenada para identificar signos clínicos que indiquen un empeoramiento o una descompensación:

- Aumento de la tensión arterial no controlado.
- Ganancia rápida de peso (>1-2 kg en pocos días).
- Disminución de la diuresis o anuria.
- Aparición de edemas, disnea, fatiga.
- Mareos, náuseas, prurito persistente o síntomas urémicos.
- Mal control metabólico (hiperpotasemia, acidosis, anemia sintomática).

Ante estos hallazgos, se debe actuar de forma inmediata y notificar al equipo médico si es necesario.

3.4 Escalas y herramientas clínicas útiles

Para una valoración más completa, se pueden aplicar escalas clínicas validadas, como:

Dimensión	Herramienta recomendada
Autonomía funcional	Índice de Barthel, escala Lawton
Estado nutricional	MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), IMC
Riesgo cardiovascular	Escala SCORE, Framingham
Adherencia terapéutica	Escala Morisky-Green
Síntomas depresivos/ansiosos	HADS, GAD-7, PHQ-9



Estas herramientas complementan la entrevista clínica y ayudan a orientar el plan de cuidados y educación individualizada.

Esta valoración enfermera es clave para detectar precozmente riesgos, planificar intervenciones efectivas y coordinar acciones con el resto del equipo.

4. Educación terapéutica y autocuidado

4.1 Adherencia al tratamiento farmacológico

La correcta adherencia al tratamiento es uno de los pilares para retrasar la progresión de la enfermedad renal y prevenir complicaciones cardiovasculares.

La labor de enfermería incluye:

- Explicar el objetivo de cada medicamento de forma clara y adaptada al nivel de comprensión del paciente.
- Revisar periódicamente el cumplimiento y detectar posibles barreras (olvidos, efectos secundarios, polimedicación).
- Enseñar técnicas de apoyo como el uso de pastilleros semanales o recordatorios móviles.
- Implicar al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento siempre que sea posible.

Una adherencia efectiva mejora los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente renal.

4.2 Control de la tensión arterial en casa

El autocontrol domiciliario de la tensión arterial es esencial para un buen manejo de la ERC.



La educación debe contemplar:

- Enseñar cómo medir correctamente la tensión (reposo previo, mismo brazo, condiciones estables).
- Entregar o recomendar dispositivos validados y fáciles de usar.
- Proporcionar un registro de anotaciones sencillo para llevar a consulta.
- Explicar los valores objetivo y cuándo consultar ante registros alterados.

Una buena monitorización permite detectar descompensaciones de forma precoz.

4.3 Control hídrico y peso

La sobrecarga hídrica puede desencadenar edema, hipertensión, insuficiencia cardiaca y acelerar el deterioro renal.

La enfermera debe:

- Educar sobre la importancia del control de la ingesta líquida (adaptado al estado clínico y función renal).
- Explicar técnicas de control de sed (higiene oral, chupetes de hielo, infusiones frías sin azúcar).
- Promover el autocontrol del peso diario, registrándolo en condiciones similares (mañana, después de orinar, sin ropa).

Un aumento brusco de peso puede alertar sobre retención hídrica.

4.4 Educación dietética básica

Aunque la educación nutricional suele requerir soporte del servicio de Dietética, la enfermería desempeña un rol fundamental en reforzar los conceptos clave:

- Limitar la ingesta de sodio para mejorar el control tensional y reducir la retención de líquidos.
- Controlar el potasio en casos de riesgo de hiperpotasemia.
- Adecuar la ingesta proteica a la función renal y necesidades individuales.



Guía Clínica de Enfermería – Consulta de Nefrología Ambulatoria

- Fomentar una hidratación adecuada según indicaciones médicas.
- Promover hábitos alimentarios saludables y adaptados a la situación clínica del paciente.

Se debe utilizar material educativo sencillo y adaptado a la comprensión de cada paciente.

4.5 Autocontrol y detección de alertas

Empoderar al paciente para reconocer signos de alarma es clave para una atención segura:

Alertas a instruir:

- Ganancia de peso de más de 1-2 kg en pocos días.
- Disminución marcada de la diuresis.
- Edema de tobillos, piernas o cara.
- Disnea o dificultad para respirar.
- Valores de tensión arterial muy altos o bajos fuera de rango habitual.
- Náuseas persistentes, confusión o síntomas urémicos.

Se recomienda facilitar un documento con las alertas principales y los teléfonos de contacto disponibles.

El paciente formado y apoyado tiene mayor autonomía, reduce sus visitas a urgencias y mejora sus resultados en salud.



5. Técnicas sustitutivas: Acompañamiento enfermero

5.1 Preparación para la hemodiálisis

La hemodiálisis es una de las principales terapias sustitutivas en pacientes con enfermedad renal avanzada. El papel de la enfermería en la fase prediálisis es fundamental para:

- Informar de forma clara y progresiva sobre el tratamiento.
- Acompañar emocionalmente al paciente en el proceso de aceptación.
- Coordinar la creación de un acceso vascular adecuado (fístula arteriovenosa o catéter venoso central).
- Instruir sobre los cuidados del acceso vascular (prevención de infecciones, signos de alarma).
- Enseñar pautas de autocuidado específicas para pacientes en hemodiálisis.

La educación debe iniciarse precozmente, cuando el filtrado glomerular cae por debajo de 20 ml/min/1,73 m², para facilitar una transición segura y planificada.

5.2 Entrenamiento en diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal es una técnica que ofrece autonomía y flexibilidad, especialmente para pacientes que desean mantener una vida laboral o familiar activa.

El rol enfermero incluye:

- Valoración de la idoneidad del paciente para diálisis peritoneal.
- Educación intensiva sobre la técnica de intercambio peritoneal manual o automática.
- Enseñanza de normas de asepsia y prevención de infecciones (peritonitis).
- Entrenamiento en el reconocimiento precoz de signos de infección o complicaciones.
- Revisión periódica de la técnica en domicilio o consulta.

El éxito de la diálisis peritoneal depende en gran medida de la calidad de la formación recibida y del apoyo continuado por parte del equipo de enfermería.



5.3 Educación y orientación para trasplante renal

El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal terminal.

La enfermera debe:

- Proporcionar información realista sobre el proceso de inclusión en lista de espera.
- Explicar los criterios de selección y los estudios pretrasplante necesarios.
- Resolver dudas sobre la cirugía, la recuperación y el tratamiento inmunosupresor posterior.
- Preparar emocionalmente al paciente y su entorno para el postrasplante inmediato.

La educación debe ser continua, personalizada y basada en la confianza y la comunicación abierta.

5.4 Coordinación de pruebas y accesos vasculares

La enfermería de consulta de Nefrología juega un rol clave en:

- Gestionar las pruebas complementarias necesarias para cada técnica (ecografía vascular, estudios peritoneales, analíticas específicas).
- Coordinar citas quirúrgicas para la creación de fístulas o colocación de catéteres.
- Hacer seguimiento postquirúrgico de los accesos y su funcionalidad.
- Detectar precozmente complicaciones relacionadas con accesos vasculares (trombosis, estenosis, infección).

Una coordinación eficaz mejora los tiempos de acceso a tratamiento y reduce las complicaciones en pacientes con enfermedad renal avanzada.

El acompañamiento enfermero personalizado durante todo el proceso de terapia renal sustitutiva es un factor clave en el éxito de las técnicas y en la calidad de vida del paciente.



6. Seguimiento clínico y registros

6.1 Plan de cuidados individualizado

Cada paciente atendido en consulta de Nefrología debe contar con un plan de cuidados enfermero personalizado, basado en:

- Valoración integral inicial (valoración de Virginia Henderson o modelos similares).
- Detección de necesidades alteradas y factores de riesgo.
- Establecimiento de diagnósticos enfermeros NANDA-I relevantes (ej. Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de infección).
- Formulación de objetivos terapéuticos específicos, medibles y alcanzables (según NIC-NOC).
- Planificación de intervenciones educativas, preventivas y asistenciales.

Este plan debe ser revisado periódicamente y adaptado a los cambios en el estado clínico o social del paciente.

6.2 Evaluación continua y ajustes

La evaluación sistemática en cada visita de consulta debe incluir:

- Análisis de los datos de autocontrol (peso, TA, diuresis).
- Detección de signos o síntomas de deterioro renal.
- Revisión de adherencia al tratamiento y autocuidados.
- Identificación de nuevas necesidades educativas o de apoyo psicosocial.
- Ajuste del plan de cuidados en función de la evolución.

Se recomienda usar escalas validadas para seguimiento de síntomas, adherencia o calidad de vida cuando esté indicado.



6.3 Registros clínicos y comunicación

Todo acto asistencial debe quedar registrado de forma precisa y objetiva en la historia clínica digital o soporte que utilice el centro.

Los registros deben contener:

- Datos relevantes de valoración clínica.
- Actividades educativas realizadas.
- Intervenciones de enfermería aplicadas.
- Recomendaciones específicas al paciente.
- Derivaciones o interconsultas realizadas.

Además, la comunicación eficaz con el equipo multidisciplinar garantiza la continuidad y coherencia del proceso asistencial.

6.4 Derivación y coordinación con otras consultas

La enfermera de Nefrología debe ser proactiva en la coordinación con otros servicios cuando el paciente presente necesidades adicionales:

- **Trabajo Social:** Apoyo en recursos sociales, transporte, ayudas técnicas.
- **Nutrición Clínica:** Reeduación dietética especializada en ERC.
- **Psicología Clínica:** Apoyo emocional, manejo de la ansiedad o depresión.
- **Unidad de Trasplante:** En fase de preparación pretrasplante renal.

Esta colaboración fluida mejora la calidad de la atención y optimiza los recursos asistenciales disponibles.

Un seguimiento enfermero estructurado, documentado y dinámico mejora la adherencia, la autonomía y el pronóstico de los pacientes renales.



7. Casos clínicos y ejemplos prácticos

7.1 Caso 1: Paciente con enfermedad renal crónica avanzada

Perfil:

- Mujer de 65 años.
- Antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
- ERC estadio 4 (filtrado glomerular estimado 22 ml/min/1,73 m²).

Situación clínica: Acude a consulta de enfermería para seguimiento de su enfermedad renal. Presenta cifras tensionales elevadas en autocontrol domiciliario (150/95 mmHg) y ligera ganancia de peso en los últimos 7 días.

Actuaciones enfermeras:

- Revisión de técnica de medición de TA domiciliaria.
- Refuerzo educativo en control de ingesta hídrica y dieta hiposódica.
- Plan de autocontrol de peso y tensión diaria.
- Derivación a nutricionista por necesidad de ajuste dietético.
- Registro en historia clínica y planificación de revisión en 4 semanas.

7.2 Caso 2: Paciente joven en preparación para diálisis peritoneal

Perfil:

- Varón de 35 años.
- Diagnóstico de glomerulonefritis crónica.
- Inminente inicio de diálisis peritoneal (DP).

Situación clínica: Paciente motivado pero con escasos conocimientos previos sobre técnicas de diálisis. Programado para colocación de catéter peritoneal.

Actuaciones enfermeras:

- Educación intensiva sobre principios básicos de la DP.



Guía Clínica de Enfermería – Consulta de Nefrología Ambulatoria

- Instrucciones de cuidados pre y postquirúrgicos.
- Formación en asepsia para prevención de infecciones.
- Organización de un plan de entrenamiento práctico en consulta.
- Coordinación con equipo de diálisis domiciliaria para seguimiento.

7.3 Caso 3: Paciente frágil y polimedicado

Perfil:

- Mujer de 79 años.
- ERC estadio 5, insuficiencia cardiaca, pluripatología.
- Dependencia parcial para actividades básicas.

Situación clínica: Alta vulnerabilidad clínica, dificultad para cumplir correctamente el tratamiento farmacológico y dietético.

Actuaciones enfermeras:

- Simplificación de la pauta farmacológica en coordinación con el equipo médico.
- Apoyo en organización del pastillero semanal.
- Educación al cuidador principal sobre signos de alarma y control de líquidos.
- Derivación a Trabajo Social para gestión de ayuda domiciliaria.
- Seguimiento telefónico complementario para asegurar adherencia.

Los casos clínicos permiten aplicar los conocimientos teóricos a situaciones reales, facilitando la toma de decisiones enfermeras fundamentadas y centradas en el paciente.



8. Recursos anexos

8.1 Plantillas de seguimiento y registro

Se recomienda facilitar a los pacientes y al equipo de enfermería plantillas sencillas y estructuradas para mejorar la continuidad asistencial.

Ejemplos:

- **Registro diario de tensión arterial** (mañana y noche).
- **Control de peso corporal y diuresis.**
- **Registro de ingesta hídrica.**
- **Ficha de autocontrol semanal.**
- **Checklist de síntomas de alerta.**

Estas herramientas deben ser adaptables según el estadio de la enfermedad y la técnica sustitutiva prevista.

8.2 Material educativo para pacientes

La educación al paciente es más efectiva cuando se complementa con materiales visuales y escritos claros.

Material sugerido:

- Folletos informativos sobre la enfermedad renal crónica.
- Guías de autocuidado en hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Carteles educativos sobre control de líquidos y dieta renal.
- Manual básico sobre el trasplante renal.
- Instrucciones ilustradas para cuidados de accesos vasculares o catéteres peritoneales.

Se recomienda utilizar material validado por sociedades científicas y adaptarlo a la comprensión de cada paciente.



8.3 Escalas y herramientas clínicas recomendadas

Para valoración sistemática:

- Índice de Barthel (autonomía funcional).
- Escala de Morisky-Green (adherencia terapéutica).
- MUST (valoración del riesgo nutricional).
- HADS (valoración de ansiedad y depresión).
- Cálculo de riesgo cardiovascular SCORE.

Estas herramientas permiten una valoración objetiva y fundamentan la planificación de cuidados individualizados.

8.4 Bibliografía y fuentes clínicas

Se sugiere basar toda actuación clínica y educativa en fuentes actualizadas y reconocidas:

- **KDIGO** (Kidney Disease: Improving Global Outcomes).
- **SEN** (Sociedad Española de Nefrología).
- **Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN).**
- **Guías NICE** (National Institute for Health and Care Excellence).
- **Bibliografía científica reciente sobre enfermedad renal crónica y autocuidado.**

La actualización continua y la consulta de fuentes fiables son pilares esenciales para una enfermería de calidad en Nefrología.

La incorporación de recursos educativos, escalas clínicas y buenas prácticas bibliográficas mejora la calidad, la seguridad y la humanización de la atención al paciente renal.