

CONSULTA ERCA-ENFERMERIA: NUESTRA EXPERIENCIA

JOSE ALFONSO DE LA VARA ALMONACID
MARIA DOLORES RODRIGUEZ BUTRAGUÑO
SUSANA FLORIDO BLAZQUEZ

MARIA ANGELES MARTINEZ TERCEÑO
MARIELA ESTERO GARCIA
ANA BELEN POMEDA CALDERON

**DUES, SERVICIO DE DIALISIS HOSPITAL INFANTA CRISTINA. PARLA
MADRID**

INTRODUCCIÓN

La ERCA (Enfermedad Renal Crónica Avanzada) representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia y prevalencia como por su importante morbimortalidad y su coste socioeconómico.

El concepto de Consulta de Enfermería se debe entender como:

- La actividad asistencial de la enfermera/o realizando prevención, promoción y rehabilitación de la salud de una forma integral a los pacientes, con una participación activa del usuario, buscando el auto-cuidado y la independencia dentro de un abordaje multidisciplinar.
- Acciones para la resolución de problemas de salud en el ámbito de sus competencias y funciones.

En las consultas ERCAS se actúa:

- Enlenteciendo la progresión en el deterioro de la función renal.
- Disminuyendo el impacto en la morbimortalidad de las complicaciones cardiovasculares.
- Preparando al paciente de forma adecuada para la diálisis, evitando entradas no programadas.

La consulta ERCA-enfermería en términos generales atendería por un lado a aquellos pacientes que tienen un filtrado glomerular menor o igual a 30 ml/min. En fase más avanzada de la enfermedad, cuando la FR (función renal) del paciente está con un aclaramiento de creatinina menor de 15 ml/min deberíamos dar información acerca de todas las opciones de Terapia Renal Sustitutiva (TRS). (1)

La supervivencia y mortalidad de los pacientes, es incluso mejor cuando los cuidados en aspectos de ERCA son impartidos por nefrólogo y enfermera/o especializados, que cuando estos aspectos no se desarrollan ni se llevan a cabo.

Hoy en día las guías españolas de ERCA procuran tener una información equilibrada para los pacientes con IRC avanzada incluyendo capítulos donde se revisan los derechos de los pacientes a la información y la elección de su terapia, aconsejando recoger información dispuesta a través de un modelo de consentimiento informado como ya se dispone en alguna comunidad autónoma.(5) Desde el punto de vista legal el paciente es libre de tener oportunidad de elegir el tratamiento renal sustitutivo de una manera libre y responsable como indica la ley básica reguladora de la autonomía del paciente 41/2002 del 14 de diciembre.

Teniendo esto en cuenta, se desarrolló en nuestro centro, el proyecto de puesta en marcha de la consulta ERCA-enfermería, que hoy en día está siendo llevado a cabo (.6, 7)

Antes de nuestra apertura, se nos ofreció la posibilidad de visitar otras consultas ya creadas en otros hospitales y también se nos proporcionó material orientativo para que lo adaptásemos a nuestras necesidades. Cuando se creó la consulta, se pensó en que tuviera un espacio propio.

Basamos nuestra actividad según las líneas estratégicas de nuestro centro que son:

1. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.
2. Conseguir un Hospital eficiente orientado a los resultados.
3. Comprometer al hospital con su entorno.
4. Adoptar la garantía de calidad como eje de mejora continua.
5. Hospital basado en los profesionales como su principal activo, preocupado por su satisfacción y desarrollo personal y profesional.

Nos propusimos que este ámbito debería tener aquellos objetivos generales de las consultas ERCA y que debería recoger y hacer suyas las recomendaciones que da la SEDEN-SEN y que atienden a objetivos generales:

- Valoración del auto cuidado del paciente.
- Optimización de la calidad de vida del paciente.
- Programación de la entrada en un tratamiento renal sustitutivo evitando complicaciones y uso de accesos temporales.
- Comprobación de la consecución de objetivos básicos asistenciales.
- Conservación el mayor tiempo posible de la función renal, restando en lo posible la progresión de la enfermedad renal.
- Apoyar al paciente en la decisión del TRS.
- Coordinación de la planificación del acceso vascular y catéter peritoneal
- Disminución de los costes sanitarios.

Nos planteamos a la hora de realizar este trabajo como objetivo general:

- Hacer un análisis descriptivo de los pacientes que han acudido a nuestra consulta Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) de enfermería en los seis meses que lleva creada.

Para el desarrollo de este objetivo nos planteamos los siguientes objetivos secundarios:

- Ver y describir la tendencia hacia la HTA. que tenían nuestros pacientes
- Describir la sobrecarga o depleción de volumen, que tenían.
- Verificar el control de su anemia.
- Describir los resultados de las enseñanzas impartidas en cuanto a toma de medicación.
- Describir los resultados del control sobre el metabolismo óseo de nuestros pacientes.
- Incidir sobre los riesgos de los factores cardiovasculares en nuestros enfermos.
- Describir la preparación sobre el acceso vascular o acceso peritoneal.

Durante el año 2009 se han estudiado a 25 pacientes de nuestra consulta, de los cuales 14 eran hombres y 11 eran mujeres, con una edad media de 68,8+/-8 años de edad, procedentes en un 100% de los casos de la consulta general de nefrología de nuestro centro. Los pacientes que debutaron en nuestra consulta eran pacientes con una IRC de larga evolución con deterioro de la función renal, pacientes con fracaso renal agudo y que secundariamente se cronificaron o pacientes que fueron seguidos y biopsiados en la consulta de nefrología.

La citación de los pacientes en consulta ERCA fue inmediata una vez captados, y dependiendo de su situación nefrológica citados más asiduamente en la misma. Los controles llevados a cabo en la consulta ERCA-enfermería, fueron analíticos, antropométricos, educacionales, nutricionales, Y planificación de cuidados de accesos tanto vasculares como peritoneales.

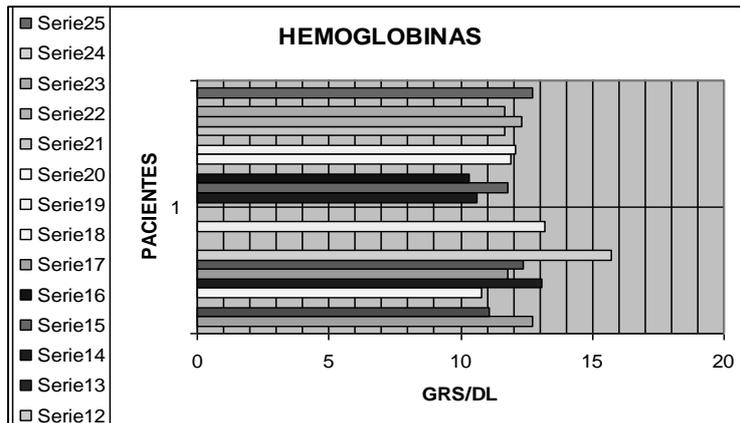
Para un mejor control de la misma se investigaron los siguientes indicadores:

- Porcentaje de pacientes que cumplían analíticamente los siguientes criterios, basados en las recomendaciones de las guías SEN y de las guías DOKI., calculados mensualmente. La hemoglobina se consideró en el estudio de la anemia, el calcio, fósforo y PTH, perfilaron el metabolismo óseo. El bicarbonato advertía de la acidosis metabólica y para el estudio nutricional se analizaron el potasio, albúmina y LDL.
- Porcentaje de pacientes con acceso para diálisis operativo al inicio de la diálisis.
- Porcentaje de pacientes con vacunación realizada contra hepatitis B.
- Porcentaje de pacientes con TA controlada (entendiendo por hipertensión las cifras dadas por las sociedades cardiovasculares, para enfermos renales).
- Porcentaje de pacientes educados en modalidades de tratamiento con respecto a los que han iniciado la diálisis.
- Proporcionalidad en la elección de las modalidades de tratamiento con respecto a los que han iniciado diálisis.

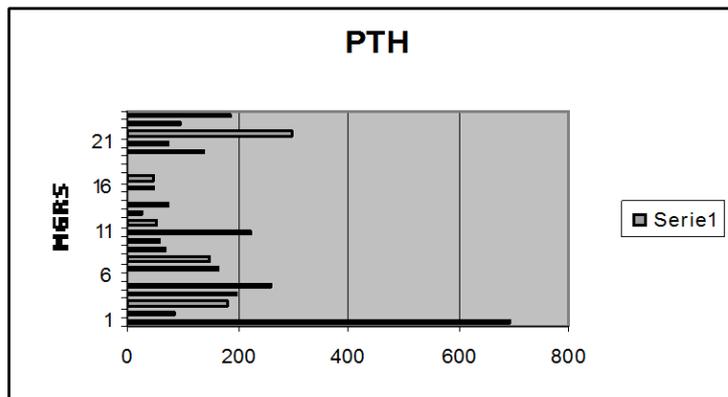
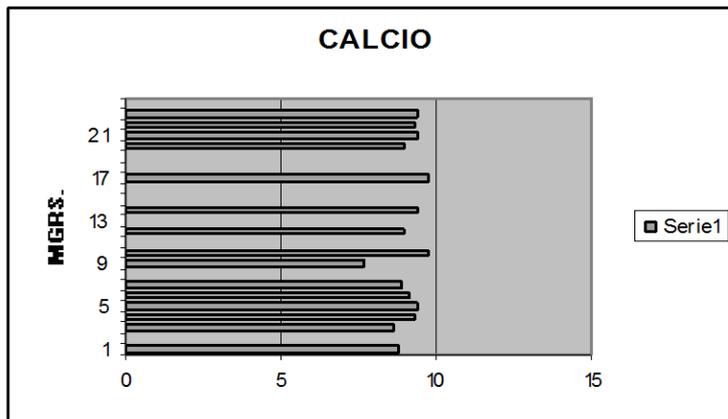
- Proporcionalidad en la elección de las modalidades de tratamiento (porcentaje de pacientes que eligen HD (hemodiálisis) en centro, HD en domicilio, DPCA y DPA) especificando su procedencia (pacientes nuevos en diálisis y procedentes de TX).

RESULTADOS

En cuanto al estudio de la **hemoglobina** en estos pacientes, nuestra media se situaba en 12 grs. de Hb media, siendo el indicador marcado mayor de 11 grs. De los 25 pacientes estudiados solo 8 necesitaron un aporte de FSS en forma de eritropoyetina con una media de 4000 unidades a la semana.



Estudio del **metabolismo óseo**, que comprendía el estudio del calcio, fósforo y PTH, con respecto al calcio nuestro indicador indicaba que este se tendría que situar en torno al 9 mgrs, siendo nuestra media de 9,2. Por lo que respecta al fósforo, el indicador se situaba por debajo de 5 mgrs y se sitúa en nuestro caso en 3,9.

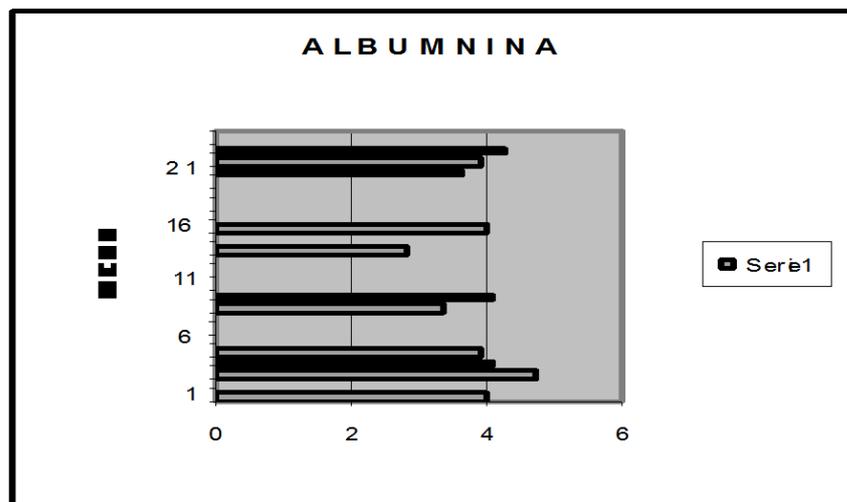
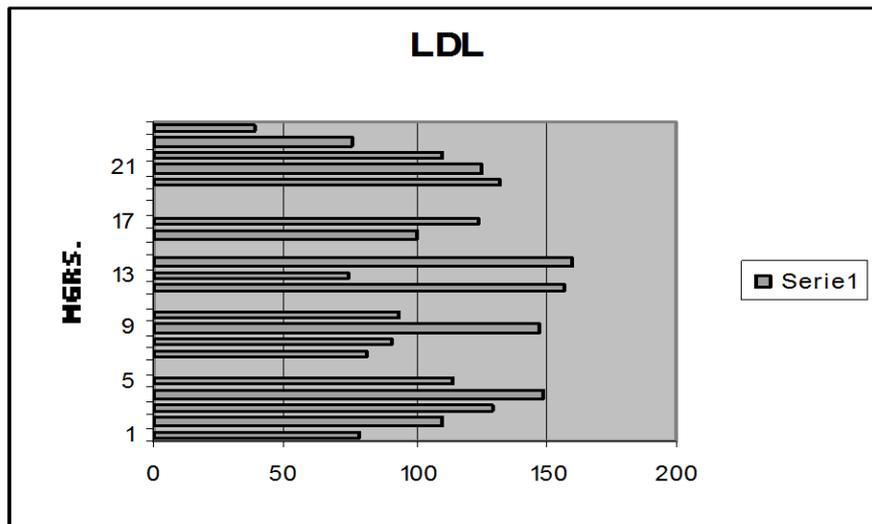


La incidencia de la labor enfermera en cuanto al cumplimiento de la dieta se hizo patente en este aspecto ya que los pacientes pasaron a controlar estos parámetros casi inmediatamente siguiendo nuestras recomendaciones.

Estudio de la **PTH**, nuestro indicador se situaba por debajo de 200 mgrs, situándose en nuestro caso de media en 167.

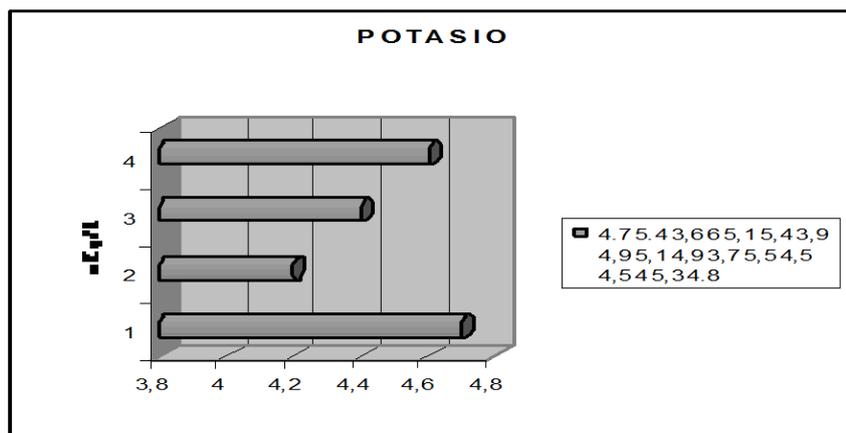
Estudio de la **acidosis** cuyo indicador se mantenía por encima de 20 mEq/l nos situamos de media en nuestra consulta en 25, 4 mEq/l.

Estudio nutricional de nuestros pacientes, estudiada la LDL y la albúmina en sangre, nuestros resultados mantienen un LDL de media entorno a 108 y la albúmina entorno a 3, 98 grs./dl siendo el indicador de esta mayor de 3,6 grs./dl..



En cuanto a la vigilancia electrolítica del **potasio**, nuestro indicador se situaba por debajo de 5 mEq/l., situándose en 4,9 mEq/l. Estudio de la **función renal**, nuestros aclaramientos daban una cifra media de 25 ml/min., si bien teníamos pacientes con aclaramientos de 12-13 ml/min. y pacientes con 30 ml/min. de aclaramiento. Planteándose la posibilidad de ingreso en tratamiento sustitutivo cuando el

aclareamiento de creatinina rondaba los 10 ml/min. Pero siempre teniendo en cuenta la clínica del paciente, y la cantidad de orina residual que pudiesen tener, siendo la media de 850 ml/24h.



La media de entrada en tratamiento sustitutivo es de 12ml/min. en nuestra unidad. Estando directamente en relación la entrada en diálisis con la disponibilidad del **acceso vascular (.3)**

Al ser un hospital periférico donde no existe equipo de cirugía cardiovascular, nos vemos obligados a remitir a nuestros pacientes al hospital de referencia, hecho que condiciona la disponibilidad de accesos vasculares óptimos.

La posibilidad de implantar catéteres centrales directamente por nuestro equipo de nefrólogos, ha hecho que el acceso vascular inmediato de forma permanente se halla desarrollado en el 80% de los casos estudiados, y la realización de un acceso bien autólogo o bien protésico se ha dilatado en el tiempo una vez iniciada la diálisis.

Por lo que respecta a la **vacunación contra la hepatitis B** de nuestros pacientes, esta se sitúa en el 28%, cifra aun baja, debido en gran parte en el retraso de la obtención de vacunas por parte de nuestro servicio de preventiva que era quien nos la suministraba.

También habría que destacar que aproximadamente un 5% de los pacientes que vemos bien por sus patologías previas o por su situación clínica, están en un estatus de **tratamiento conservador (.2)** muchos de ellos motivados por su avanzada edad y su inconveniencia a la incorporación a un programa de hemodiálisis

En el indicador **HTA** tenemos un porcentaje de éxito del 40%, tomamos como media de TA 130 de sistólica y 90 de diastólica mm de Hg. cifra recomendada por las sociedades cardiovasculares.

En cuanto a la **educación de pacientes**, tenemos al 100% educados y captados en consulta al menos 3 veces desde su apertura, donde se le han dado al pacientes nociones sobre la IRC, sobre factores cardio-vasculares y nutricionales para minimizar el deterioro de la función renal, e información sobre TRS para facilitar su elección (.4)

La **proporcionalidad del tratamiento sustitutivo** se sitúa entorno al 25% de los pacientes que han elegido o se decantan por la técnica peritoneal, un 40% se decanta por la hemodiálisis y el resto son pacientes en tratamiento conservador que bien por su situación clínica o por su situación hemodinámica no son susceptibles de tenerlo.

CONCLUSIONES

El desarrollo de nuestra consulta desde su inicio, ha sido bastante bueno. A ello sin duda han contribuido por un lado la colaboración médica que apoyó a la enfermería ERCA desde el primer momento y al entusiasmo de nuestros enfermeros y enfermeras . Han pasado algunos meses desde nuestra apertura y si tenemos en cuenta nuestros indicadores medidos como media de nuestra labor, en la práctica totalidad de ellos estamos por encima, del objetivo inicial.

Si bien hay que destacar que cada paciente es diferente y cada situación clínica es individual, por lo que medir el devenir de la consulta en cifras de media de parámetros también sería injusto y no reflejaría nuestro trabajo de fondo que sería el hacer que la IRC no avanzase mas rápidamente y pudiésemos en su progresivo deterioro controlarla.

Mantenemos, la hemoglobina, el potasio, el calcio el fósforo, la PTH, el LDL, la albúmina dentro de parámetros medios aceptables.

Hemos establecido un calendario de vacunaciones para intentar superar ese 28% de pacientes vacunado contra la hepatitis B.

Hemos desarrollado un protocolo de actuación en la consulta ERCA que es modelo para todos los miembros del equipo, de tal forma que quien se pudiese incorporar a la misma, le sea sumamente fácil el hacerlo, para que la albor ejercida por unos no se vea truncada por otros.

Y tenemos una visión general del paciente tipo que acude a nuestro centro, gracias a las descripciones aquí expresadas.

Seguimos trabajando para mejorar esta consulta, apoyándonos en los resultados obtenidos y con la mirada puesta en nuevos proyectos que optimicen nuestros resultados.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a todas las enfermeras de nuestro servicio porque con su apoyo hemos podido poner en marcha la consulta de ERCA- Enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- José Luis Gorritz. Enfermedad renal Crónica: detección, prevención y remisión adecuada a Nefrología. Nefrología extra hospitalaria. Nº 11 artículo de fondo 13.2004.
- 2.- Terry Crawford, RN, CC, Educación y asistencia al paciente renal en fase terminal- una necesidad. PD serve- PD serve Connexion.
- 3.- Álvarez-Ude F, Álvarez R, Velasco S. Disponibilidad de acceso vascular permanente al inicio de hemodiálisis papel de la consulta prediálisis Nefrología 2201; 21(6):508-591.
- 4.- Martín Espejo JL, Guerrero Riscos MA, Qué demanda el paciente prediálisis de la consulta de enfermería. Nuestra experiencia .Rev SUCF sp .Enfermería neurológica 2002, II trimestre (18).
- 5- Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- 6-Guías SEN para el manejo de la enfermedad renal crónica avanzada y pre-diálisis.
 - L.Orte Martínez, G.Barril Cuadrado. Unidad de enfermedad renal crónica avanzada. Concepto de una unidad multidisciplinaria .Objetivos de la consulta de ERC.
- -E. Bardón Otero, A.Martí i Monros, M^a.L.Vila Paz. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)
- -Sarrías Lorenz, E.Bardón Otero, M^a.L.Vila Paz. Protocolo de atención de enfermería a pacientes nefrológicas en consulta externas.
- 7-Guías SEDEN
 - M^a Victoria Miranda Camarero, Dolores López García, Josefina Andúgar Hernández, Maximiliana Gómez García, Fabiola Yáñez Ciudad, Isabel Miguel Montoya, Anunciación Fernández Fuentes, Raquel Menezo Viadero, Belén Marco García, Pilar Albiach Palomar, Concepción Andrea Hernández, Marta San Juan Miguelsanz. Protocolo de atención de enfermería a pacientes nefrológicos en consultas externas
 - Jesús Lucas Martín Espejo, Luí Picó Vicent, Paqui Gruart Armangué, Rubí Sobrino González, Carmen Trujillo Campos, Olga Celadilla Díez, M^a Victoria Martínez Gordo, Mercedes Tejuco Marengo, Silvia Allconchel Cabeza, M^a Ángeles Carballo Carrillo. Protocolo de atención de enfermería a pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal.

