

# Qué demanda el paciente de prediálisis de la consulta de Enfermería. Nuestra experiencia

**Jesús Lucas Martín Espejo**  
**Enfermero de Nefrología**  
**María de los Ángeles Guerrero Riscos**  
**Nefróloga**

*Servicio de Nefrología*  
*Unidad de Enseñanza de Diálisis*  
*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío*  
*Sevilla*

## RESUMEN:

No es muy frecuente que los Servicios de Nefrología de nuestro país dispongan de Consulta de Enfermería de prediálisis. Cuando se instauraron las primeras consultas, había poca experiencia sobre esta fase de la enfermedad y escaso número de publicaciones al respecto, aunque poco a poco se ha progresado en los cuidados de enfermería que se presta a estos pacientes, gracias a los conocimientos adquiridos y a las demandas de los propios pacientes.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia de 14 años en la Consulta de Enfermería de prediálisis, exponemos cuales son los cuidados que se prestan, que tipo de información se da a los pacientes y qué medidas preventivas se utilizan para evitar complicaciones, mejorar la calidad de vida, y retrasar el ingreso de los pacientes en un programa de depuración extrarrenal, además de prepararlos para su nueva forma de vida.

## PREDYALISIS PATIENTS REQUESTS IN THE NURSING CLINICS

### ABSTRACT:

It is not frequent that the departments of nephrology in our Country have a nursing clinics during predialysis. When the first clinics were implemented, there was little experience on this phase of the disease as well as few papers on the issue. However, the whole situation has improved over the last years thanks to the improvement of the knowledge and the patients' requests.

Here, we present our experience of 14 years in the nursing clinics. We describe the specific care we provide, what kind of information is given to the patients, and preventive actions taken to avoid complications.

PALABRAS CLAVE: CONSULTA DE ENFERMERÍA  
PREDIÁLISIS  
DIETA  
ESTADO NUTRICIONAL  
DIÁLISIS  
EDUCACIÓN SANITARIA

KEY WORDS: NURSING CLINICS  
PREDYALISIS  
DIET  
NUTRITIONAL STATUS  
DYALISIS  
HEALTH EDUCATION

*Correspondencia:*  
*Jesús Lucas Martín Espejo*  
*Plaza del Martinete 3, 4º-1ª*  
*41007 Sevilla*

## INTRODUCCIÓN

El avance sobre el conocimiento de la enfermedad renal al que se une una mayor tecnología y el aumento de la esperanza de vida, ha generado un incremento de la población con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en diálisis, que previa a su entrada en programa han sido atendidos en la consulta y han demandado cuidados por parte de enfermería.

Actualmente existen en nuestro país servicios de nefrología que no disponen de Consulta de Enfermería o no está suficiente desarrollada, por lo que no pueden atender demandas del paciente en fases avanzadas de la enfermedad, donde el prevenir complicaciones o preparar al paciente, a veces es tan importante como el mismo tratamiento. Sin embargo, muchos centros disponen de Consulta de Enfermería dedicada especialmente a la fase prediálisis al considerar que la información y el cuidado al paciente renal en este periodo, además de retrasar el ingreso del paciente en un programa de depuración extrarenal, evitan complicaciones añadidas, aminoran la ansiedad del paciente ante la enfermedad y pueden ser muy importantes para la adaptación de la futura vida del paciente a la diálisis.

Las publicaciones sobre la Consulta de Enfermería a pacientes renales en la fase de prediálisis son escasas, por lo que muchos profesionales se han ido formando en base a la experiencia adquirida a lo largo del tiempo.

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia de 14 años en la Consulta de Enfermería en prediálisis, y explicar los cuidados que se prestan a los pacientes en nuestro centro hospitalario que actualmente cubre una población de 1.211.000 habitantes, de una población de nuestra provincia de 1.712.000 habitantes.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Antecedentes a la consulta de Enfermería

A finales de los años 70 se crea en nuestro Servicio de Nefrología la Unidad de Enseñanza de Diálisis (UED) Domiciliaria, que contaba con 2 enfermeros/as para formación de pacientes en Hemodiálisis Domiciliaria (HDD) y Diálisis Peritoneal (DP), utilizando como habitáculo 2 habitaciones de hospitalización. A partir de estos años se produjo un aumento considerable de pacientes para el ingreso en estas unidades debido a la escasez de puestos de hemodiálisis con que contaba la provincia. En este momento el contacto de los pacientes en situación de prediálisis con la enfermería se limitaba a que al ser enviados de la consulta general de nefrología a esta unidad de enseñanza, la enfermera les informaba sobre las técnicas de diálisis a las que podían optar.

### Comienzo de la consulta de Enfermería de prediálisis

A partir del año 1987 se crea una UED, fuera de la Unidad de Nefrología, pero dentro del complejo hospitalario, que asumiría además la Consulta de Prediálisis tanto médica como de enfermería. Contaba con 1 médico, 2 enfermeros/as y 1 auxiliar de enfermería. En los comienzos de la consulta médica se atendía una media mensual de 50 pacientes, entrando en este año 44 pacientes nuevos, que todos pasaron por la Consulta de Enfermería. En la figura 1 se muestra el incremento de pacientes a lo largo de estos años.

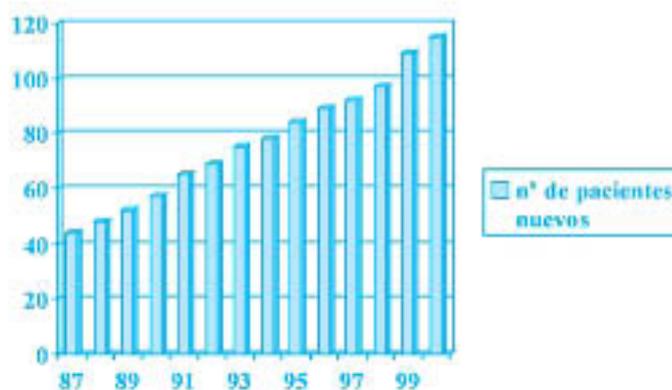


Fig. 1. Pacientes atendidos en la Consulta

En los comienzos de la consulta, la inexperiencia del equipo de enfermería en este tema, así como la falta de publicaciones sobre el mismo, hizo que la atención prestada a los pacientes fuera muy básica. Se limitaba a la rutina habitual de una consulta: peso, tensión arterial (TA), información de la dieta y sobre las técnicas de diálisis. Con el paso del tiempo fue aumentando nuestra experiencia en el cuidado de estos pacientes, en parte gracias a las demandas que hacían al equipo, a la vez que recabamos toda la información posible sobre los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes, que posteriormente consensuábamos.

### La consulta en la actualidad

A principios del año 1990, por necesidades de reestructuración del Hospital, la UED se traslada a una nueva ubicación en otro edificio donde se encuentra actualmente, contando en este nuevo lugar con 2 consultas médicas, una habitación polivalente para el adiestramiento de los pacientes de DP y Consulta de Enfermería, una unidad de enseñanza de hemodiálisis, despacho de la secretaria, almacén, vertedero, sala de estar de enfermería, sala de espera de pacientes y vestuario de personal. La dotación de personal es de 2 médicos a tiempo parcial, 1 auxiliar de enfermería y 2 enfermeros/as a tiempo total.

Los pacientes que nos llegan a la consulta de prediálisis normalmente suelen venir derivados de la consulta general

de nefrología donde ha sido estudiada su patología renal, por lo que todos los pacientes llegan diagnosticados, presentan creatinina que oscila entre 2-4 mg/dl. y un aclaramiento de creatinina entre 25-30 ml/min.

### Descripción de los cuidados que se prestan en la Consulta de Enfermería de prediálisis

La primera vez que el paciente acude a la Consulta de Enfermería se le informa de la función de la misma, de su funcionamiento, y del teléfono de contacto de la unidad. Se intenta aminorar la ansiedad que supone para muchos pacientes el nombre de prediálisis y se procede a continuación a los controles habituales: T A, peso, talla, medidas antropométricas etc. El seguimiento en controles posteriores engloba los siguientes aspectos:

**1. Control analítico.** A los pacientes se le hace analítica de sangre y orina cada vez que vienen a la consulta según el protocolo. En la consulta se recibe sólo los resultados de la analítica que se extrae con carácter urgente (creatinina, sodio, potasio, calcio, fósforo, gases, hematocrito, hemoglobina, plaquetas, fórmula y recuento). El resto de la analítica es supervisada por la enfermería de la unidad y transcrita a la historia de cada paciente. Si se detectan alteraciones (cultivos de orina positivos, alteraciones de potasio, calcio, fósforo, ácido úrico, acidosis metabólicas, etc.), se comunican inmediatamente a los nefrólogos para su posible corrección, y se informa al paciente telefónicamente de si es necesaria alguna modificación en el tratamiento, someterse a nueva prueba o cambio en la cita.

**2. Controles habituales.** La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los factores que más influyen en la progresión de la IRC, por lo que a todos los pacientes en nuestra consulta se les toma la tensión arterial y el pulso, en ortostatismo y en decúbito; en la primera consulta se le toma además en ambos brazos por si encontráramos diferencia significativa entre ambos.

Cuando se detecte algún paciente con HTA, se debe comenzar con la educación, para conseguir el mejor control de TA. Para ello se le informa de la necesidad de seguir una dieta sin sal, de cuales son los alimentos más ricos en este mineral, que tendrá que suprimir de su dieta. Se le aconseja evitar situaciones de estrés, consumos altos de alcohol y fumar. Se aconseja también el control de peso, realizar ejercicio diario, que la toma de hipotensores sea reglada para rentabilizar su efecto, y evitar anticonceptivos orales en las mujeres de edad fértil. Como norma general se les explica a todos los pacientes con IRC, aunque no tengan HTA, la importancia de la restricción salina y de no fumar, el uso moderado de alcohol, la toma de TA al menos una vez en la semana, la disminución de peso en los obesos y el ejercicio físico moderado. Estas medidas son evaluadas por la Consulta de Enfermería en las próximas visitas para vigilar su cumplimiento.

El peso es otro control sistemático, con el fin de prevenir la obesidad, detectar una pérdida rápida de peso o relacionar su aumento con la aparición de edemas.

**3. Dieta.** La alimentación del paciente afecto de IRC debe ir orientada a minimizar los efectos tóxicos del aumento de la urea y de todas las anomalías metabólicas ligadas a la enfermedad, a la vez que mantenga un estado nutricional óptimo. Tratamos de individualizar todas las dietas y adaptarlas al peso ideal del paciente, a sus hábitos dietéticos, a la actividad física y a las enfermedades concomitantes que pueda presentar. Todas las recomendaciones que le damos ser sencillas, fáciles de comprender y memorizar.

La dieta hipoproteica que desde el primer día que acuden a la consulta aconsejamos a los pacientes es de 0,6 o 0,8 gr/Kg de peso ideal al día y está reflejada en la tabla 1. Si existe malnutrición o proteinuria esta cifra se elevaría casi a valores normales (1 gr./Kg./día).

En principio a todos los pacientes se les informa de la dieta oralmente a la vez que se facilita un impreso donde vienen recogidos de forma resumida los alimentos permitidos, los parcialmente permitidos y los prohibidos, para facilitar el seguimiento de la dieta en el medio familiar sin que esto tenga que alterar mucho la rutina de la casa.

Disponemos además de otro tipo de dieta escrita de 0,6 gr. de proteínas (Tabla 2) que podemos dar ajustada al peso ideal del paciente. Contiene un total de 10 menús cada una de ellas, y está medida la ingesta de proteínas, potasio, calorías etc. que puede ingerir el paciente en prediálisis, pero su seguimiento hay que hacerlo ajustándose a un menú preestablecido con unas normas muy estrictas de utilización.

Los pacientes que además de padecer IRC son diabéticos son a los que más dedicación le tenemos que prestar, por ser los más difíciles de manejar ya que la restricción dietética afecta a los tres principios inmediatos. Por tanto la dieta renal en estos pacientes va a tenerse que interrelacionar con la diabética. La dieta se evalúa con frecuencia para reseñar al paciente la importancia de su seguimiento y para prevenir complicaciones de la enfermedad renal.

Procuramos que el control de la glucemia en estos pacientes sea muy estricto, por considerarse que la hiperglucemia favorece el deterioro de la función renal, que cursa más rápidamente que el resto de los pacientes no diabéticos.

**4. Valoración del estado nutricional.** En las consultas posteriores a la instauración de la dieta hipoproteica y para prevenir la malnutrición asociada al tratamiento, lo que constituye un factor importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes con IRC, evaluamos el estado nutricional del paciente. Para la valoración nutricional, completada por los parámetros bioquímicos como la albúmina y prealbúmina, nos basamos en dos medidas antropométricas: el peso y la medición del pliegue cutáneo del tríceps del brazo no dominante y que no sea portador de fistula arterio-venosa, que nos aporta

el índice de adiposidad y musculatura; en cada visita valoramos este parámetro.

Estas medidas nos servirán para valorar un supuesto grado de malnutrición en los pacientes y son registradas en la historia de enfermería, donde podemos observar su evolución en el tiempo y si aparecen signos de malnutrición. Además tenemos en cuenta otros factores de malnutrición que se pueden presentar en la IRC, como anorexia, factores sociales o psicológicos, que aconsejen enviar al paciente a otro profesional del equipo de salud (dietista, trabajador social, psicólogo etc.).

**5. Información de la medicación.** Se informa y se hace comprender al paciente la importancia que tiene cada uno de los medicamentos (quelantes del fósforo, eritropoyetina, diuréticos, bicarbonato, etc.) para concienciarlo de la importancia de su cumplimiento en cuanto a la toma, dosis, horario, duración y vía de administración del tratamiento. Este es un papel importante a realizar con algunos de nuestros pacientes por su falta de formación cultural o por lo ilegible que puede ser algún tratamiento médico, que puede impedir seguirlo; en caso de que el paciente sea analfabeto reforzaremos esta información valiéndonos de las carátulas de los medicamentos y de otros medios visuales.

La administración de algunos medicamentos puede requerir de algún adiestramiento especial como ocurre con la eritropoyetina o la insulina. Pueden necesitar conocimientos específicos para un mejor control de la medicación hipotensora, que incluya el aprendizaje de la toma de la TA. Es importante informar a todos los pacientes de que no inicien ningún tratamiento sin la supervisión del nefrólogo, con el objetivo de evitar complicaciones debidas a dosis incorrectas para IRC, medicamentos nefrotóxicos, etc.

**6. Prevenir estados de hipercatabolismo.** Se pretende evitar en los pacientes estados hipercatabólicos, que como se sabe pueden producir una aceleración del deterioro de la función renal. Para esto se hace especial hincapié en la prevención de infecciones sobre todo las que afectan a la orina, para lo cual se hace la educación sanitaria adecuada. Se tomarán medidas preventivas vacunando a los pacientes (gripe, hepatitis B, etc.). Si se detecta alguna enfermedad transmisible se informará al paciente y la familia de las medidas preventivas que deben de tomar para evitar el contagio.

**7. Información sobre enfermedades hereditarias.** Si el paciente tiene enfermedades hereditarias que puedan ser transmitidas genéticamente, debemos informarle sobre la posibilidad de transmisión y en algunos casos de la necesidad de que sean estudiados los hijos y los hermanos.

**8. Apoyo Psicológico.** Enfermería prestará atención al estado anímico del paciente, para evitar situaciones de estrés, ansiedad, etc. que pueda padecer ante el posible cambio de vida que se le avecina con su entrada en un programa de diálisis.

**9. Atención hasta el final.** En el caso de que el paciente, o la familia en caso de incapacidad, decida no dializarse, se le informará de su derecho a ser atendido tanto por el médico como por la enfermería para seguir con el tratamiento conservador, mientras se mantenga con vida.

**10. Información sobre la diálisis.** Cuando el aclaramiento de creatinina oscila entre 15-20 ml/min, enfermería colabora con el nefrólogo para proporcionar al paciente la información sobre las diferentes técnicas de diálisis que hay (HD, DP), siempre que el paciente no presente contraindicación para alguna de ellas, ya que en estos casos solo se le informará de la que se haya indicado. La información básica consiste en que el paciente conozca como son las técnicas de diálisis, la duración de las mismas, el acceso que va a necesitar, como se realizan y donde se pueden realizar (domicilio, hospital, centro concertado, etc.). Aparte de la información oral, se le facilitará información escrita, visionado de videos explicativos, contacto con pacientes en diálisis, y todo aquello que facilite la toma de decisión más adecuada y compatible con su forma de vida.

**11. Preparación para la diálisis.** Una de las funciones de la consulta de prediálisis es informar sobre las características y los cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal que el paciente va a necesitar para la diálisis, antes de que llegue el momento de su uso.

**RESULTADOS**

Desde sus inicios el numero de pacientes atendidos en la Consulta de Prediálisis ha ido aumentando progresivamente. Durante el pasado año 2000 se han realizado una media de 225 consultas médicas al mes (Figura 2), en las que ha intervenido enfermería. Han ingresado en la consulta 115 pacientes nuevos y han salido 105 pacientes (HD, DP, exitus); a finales de diciembre de 2000 permanecían 264 pacientes. A lo largo de los 14 años que lleva funcionando la Consulta de Enfermería se ha ido ampliando nuestro plan de cuidados, atendiendo las nuevas demandas de nuestros pacientes.

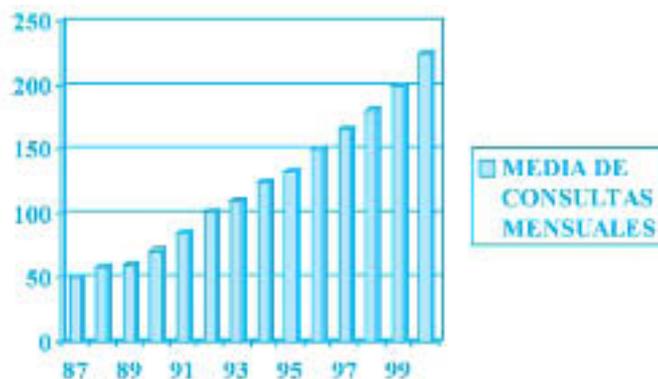


Fig. 2. Consultas realizadas.

## CONCLUSIONES

Es necesario ofertar a los pacientes con IRC terminal el servicio de una Consulta de Enfermería prediálisis ya que además de permitir un mejor control clínico y seguimiento del paciente, fomenta los autocuidados, la autoestima, la información y educación del paciente. Todo esto consigue en muchos casos enlentecer la progresión de la enfermedad renal y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La Consulta de Enfermería debe tener sus protocolos abiertos a cualquier innovación venidera que mejore los cuidados del paciente en prediálisis, ya que cada vez es mayor la experiencia sobre este campo de los cuidados enfermeros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu L., Force E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Masson. Barcelona 1997.

2. Mitch, W.E. Klahz, S. Handbook of nutrition and the kidney. Lippincott-Raven. New York. 1998.

3. Guayta Escolies, R. Educación Sanitaria. Formación Medica Continuada en Atención Primaria. Vol. 5 N° 7. 1998

4. Moreno, C. Fonfria, I. Balaguer, E. Fernández, C. De los Dolores, A. Martí, A. Consulta de Enfermería Nefrológica. Comunicación presentada al XIV congreso SEDEN. Playa de Aro. 1989.

5. Andreu, L. La Enfermería ante el paciente Nefrológico. BISEDEN 3° Tri. de 1986.

6. Arias, M. Alonso, R. Menezo, R. Escallada, R. "Educación del paciente en Insuficiencia Renal progresiva" en Insuficiencia Renal Progresiva. Grupo E. Entheos. 20

### DIETA BÁSICA (TABLA 1)

**CARNE O PESCADO:** No más de 100 gramos al día (según peso del paciente).

**HUEVOS:** 3 a la semana

**LECHE:** 300 cc al día. Puede sustituirla por un yogur ó 50 gr. de queso fresco sin sal.

**CON ESTOS ALIMENTOS COMO BASE,** se completará las comidas con pasta, arroz y patata. (según peso del paciente). Puede tomar también dulces que no contengan chocolate o frutos secos, mermeladas, compota, margarina, aceite de oliva, especias (ajo, orégano, laurel, perejil, etc.)

**FRUTAS CRUDAS:** 1 manzana y 1 pera al día, se puede sustituir por fruta en almíbar (Diabéticos no).

**VERDURAS CRUDAS:** En principio ninguna (según el potasio, se podrá flexibilizar la norma). Las verduras se pueden tomar hervidas 2 veces, tirando el agua del hervor.

**LEGUMBRES SECAS:** Media ración a la semana (garbanzos, alubias, lentejas, etc..).

**ALIMENTOS PROHIBIDOS:** Vísceras de animales (seso, hígado, callos, etc..), huevas de pescado, frutos secos (nueces, avellanas, turrón, etc..), chocolate y derivados, sal de potasio, zumos de fruta.

### DIETA SEGÚN PESO IDEAL (TABLA 2) (0,6 gr/Kg de peso/día, de proteínas y 2500 cal. para 65-74 Kg)

(Ejemplo de un menú elegido al azar de los 10 con que se cuenta por intervalos de peso)

**DESAYUNO:** Medio vaso de leche, medio vaso de café, 40 gr de pan normal con 1 cucharada de margarina y 1 de mermelada.

**ALMUERZO:** Arroz con tomate: 1 vaso de arroz hervido, cocinado con 1 cucharada de aceite de oliva. Se hará con 1 tomate de lata pelado, escurrido, frito con 2 cucharadas de aceite. Ensalada: hecha con 1 hoja de lechuga de mediano tamaño y una rodaja de tomate crudo de 1cm de grueso y 6 cm de diámetro, aliñado con 1 cucharada de aceite y el vinagre que desee. Postre: 2 rodajas de piña en almíbar, escurridas.

**MERIENDA:** 100 gr de dulce de membrillo y 1 yoghurt (sabores).

**CENA:** Filete de ternera de 100 gr. a la plancha, preparado con 1 cucharada de aceite de oliva. Judías verdes refritas: 1 vaso de judías verdes congeladas, hervidas y refritas con 1 ajo y 2 cucharadas de aceite de oliva. Postre: 1 manzana mediana.

**NOTA:** Durante la comida el paciente que lo desee puede tomar medio vaso de vino, blanco o tinto, o 1 vaso de cerveza, o un vaso de refresco ( nunca zumos naturales).

### DIETA HIPOPROTÉICA POR MENÚS DIARIOS