



asociación
mexicana de
tanatología, a. c.

TÍTULO

**“LA INSUFICIENCIA RENAL FASE
TERMINAL**

Y

LOS CUIDADOS PALIATIVOS”

POR:

**PATRICIA RAMÍREZ DE ARELLANO
MENDOZA**

DEDICATORIAS

A Dios por brindarme este tiempo y la oportunidad de crecer como ser humano.

A Héctor, mi compañero de vida por su invaluable apoyo, por darme su amor en todo momento.

A mis hijas Sandy a Tany, y a mis nietos Luis y Santiago por su amor y por ser los motores de mi vida.

Este trabajo está dedicado a cada uno de los pacientes de insuficiencia renal del Hospital General de San Juan Del Rio Querétaro. Ya que ellos fueron mi principal motivación para este trabajo. Les agradezco infinitamente las lecciones de vida, ya que ellos han sido mis más grandes maestros. Para ellos toda mi Admiración y Profundo respeto.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos mis maestros por los conocimientos transmitidos y la pasión puesta en cada una de las clases.

A mis queridas Amigas: Dra. Araceli Velazco S y a la enfermera Mane Jiménez C encargadas del departamento de diálisis en el “Hospital General” de San Juan del Rio Querétaro, gracias por su amistad y apoyo.

JUSTIFICACIÓN

En nuestros días es cada vez más común, encontrar en los centros de atención médica a pacientes con insuficiencia renal crónica en fase V esta es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar, ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo. La Hemodiálisis o Diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de la familia, siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades del paciente que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente durante y después de que llegue el final del enfermo

Este trabajo lo que humildemente pretende es mostrar un modelo de intervención interdisciplinar como son los Cuidados Paliativos, para que a su vez el paciente sea tratado de manera integral beneficiando así al paciente y a su familia, y poder enfrentar el difícil proceso de la enfermedad.

OBJETIVO Y ALCANCE

El objetivo de este trabajo son el de abordar las diversas necesidades físicas, emocionales, Sociales que tienen los enfermos de Insuficiencia Renal Fase Terminal, De la enorme necesidad de integrar en el esquema medico con el cual son tratados, el beneficio de los cuidados paliativos, Con el principal objetivo de ver al paciente y a su familia en un contexto integral del ser, buscando el alivio de el “Dolor Total”, con la única finalidad de que ellos tengan una mejor calidad de vida hasta el momento de su muerte. Ningún ser humano merece morir con dolor.

CUERPO DE LA OBRA

Esta investigación está realizada de la siguiente manera:

1.- La fisiología de la Insuficiencia Renal: El tipo de exámenes y clasificación para su diagnóstico, así como la definición de sus diferentes etapas y sus complicaciones. Los tratamientos sustitutivos de la función Renal, y el tipo de dieta para estos pacientes

2.- Como abordar con el paciente las indicaciones de la diálisis, hago principal énfasis en este tratamiento sustitutivo ya que es este al que más acceso tienen los pacientes.

3.-Intervencion en crisis contención psicológica o tanatologica ante el impacto del diagnóstico para el paciente

4.- Introducción a los cuidados Paliativos: Con la intención de una atención integral para el enfermo y su familia, la potenciación de la participación familiar, el cuidador, organización del cuidado, Problemas que produce el cuidado crónico. La formación del cuidador primario en IRFT, control de síntomas, cuidados de confort

5.- Espiritualidad

Bases del acompañamiento espiritual y de la intervención terapéutica, apoyo a la familia en los últimos días, Duelo.

ÍNDICE

I.	Introducción	
II.	LOS RIÑONES Y SU FUNCIONAMIENTO	10
III.	¿POR QUÉ FALLAN LOS RIÑONES?.....	11
IV.	ESTADÍSTICAS DE INSUFICIENCIA RENAL EN MÉXICO.....	12
V.	LAS ENFERMEDADES RENALES.....	12
VI.	DURACION DE LA ENFERMEDAD.....	13
VII.	EXAMEN GENERAL DE ORINA.....	14
VIII.	PROTEINURIA.....	15
IX.	HEMATURIA.....	15
X.	ESTIMACION DE LA VFG.....	15
XI.	LA DEPURACION DE CREATININA	16
XII.	ESTUDIOS DE IMÁGENES.....	16
XIII.	ULTRASONOGRAFIA.....	16
	A. UROGRAFÍA INTRAVENOSA	
	B. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA	
	C. IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA.	
	D. ARTERIOGRAFÍA Y VENOGRAFÍA.	
	E. BIOPSIA RENAL	
XIV.	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.....	19
	A. CONSIDERACIONES GENERALES	
XV.	DATOS CLÍNICOS.....	19
	A. SÍNTOMAS Y SIGNOS	
XVI.	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.....	20
	a. CONCEPTO	
	B. CAUSAS PRE – RENALES	
	c. CAUSAS POST- RENALES	
	d. CAUSAS INTRA – RENALES	
XVII.	TRATAMIENTO	22
	A. PRINCIPIOS GENERALES	
XVIII.	SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL.....	22
	a. INDICACIONES DE TRATAMIENTO CON DIALISIS:	
	b. METODOS DE LA SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL	
XIX.	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.....	23
	A. SINTOMAS	
	B. SIGNOS Y EXÁMENES:	
	C. BASES PARA EL DIAGNOSTICO	
XX.	CLASIFICACION	27
	a. ETAPAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	
XXI.	TRATAMIENTO:.....	28

	a.	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y COMPLICACIONES	
	b.	LA ANEMIA	
XXII.		COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES.....	30
	a.	PERICARDITIS:	
	b.	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA:	
	c.	COAGULOPATIA:	
	d.	COMPLICACIONES NEUROLOGICAS:	
	e.	TRASTORNOS DEL METABOLISMO MINERAL:	
	f.	TRASTORNOS ENDOCRINOS:	
XXIII.		INSUFICIENCIA RENAL FASE TERMINAL.....	35
	a.	DIALISIS	
	B.	DIALISIS PERITONEAL	
	c.	LA HEMODIALISIS	
	d.	TRASPLANTE DE RIÑON	
XXIV.		LA DIETA EN EL PACIENTE RENAL.....	38
	a.	OBJETIVO DE LA DIETA EN DIALISIS	
	b.	PROTEINAS	
	c.	POTASIO	
	d.	FOSFORO	
	e.	MAGNESIO	
	f.	ALIMENTOS NO RECOMENDABLES:	
	g.	SAL Y ALIMENTOS RICOS EN SODIO	
XXV.		COMO ABORDAR CON EL PACIENTE LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON DIALISIS	42
	a.	EXTREMOS DE LA TERAPEUTICA	
	b.	INFORMACION DE HIRSCH (1994)	
	c.	SIETE RECOMENDACIONES AL PERSONAL	
XXVI.		INTERVENCION PSICOLOGICA O TANATOLÓGICA.....	45
	a.	INTERVENCION CON EL PACIENTE EN DIALISIS Y SU FAMILIA	
	b.	CRISIS RELACIONADA CON ALTERACION EN LA SALUD FISICA	
	c.	OBJETIVOS DE LA INTERVENCION:	
XXVII.		INTRODUCCION A LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	50
XXVIII.		LOS CUIDADOS PALIATIVOS:	
XXIX.		INTERVENCION.....	53
	A.	PRINCIPIOS ESENCIALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	
XXX.		DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL.....	56
	A.	LAS NECESIDADES DE LOS ENFERMOS AL FINAL DE LA VIDA:	
XXXI.		COMUNICACIÓN.....	57
	A.	QUE PUEDE IMPEDIR LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD	
XXXII.		COMO AYUDAR AL ENFERMO EN LA ADAPTACIÓN DE SU	
XXXIII.		ENFERMEDAD.....	59
XXXIV.		EL APOYO A LA FAMILIA.....	60
	a.	POTENCIACION DE LA PARTICIPACION FAMILIAR	
XXXV.		EL CUIDADOR.....	62
	a.	¿QUE ES EL CUIDADOR?	
	b.	ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO	

	c.	PROBLEMAS QUE PRODUCE EL CUIDADO CRONICO	
	D.	SIGNOS DE BURN OUT	
XXXVI.		FORMACION DEL CUIDADOR PRIMARIO EN INSUFICIENCIA RENAL	
		FASE TERMINAL.....	66
	A.	MEDICACIÓN DEL PACIENTE:	
	B.	DIETA.	
	C.	MANEJO DE INCIDENCIAS.	
XXXVII.		CONTROL DE SINTOMAS.....	69
XXXVIII.		FACTORES QUE AUMENTAN EL UMBRAL DEL DOLOR.....	70
	a.	ANOREXIA	
	B.	NÁUSEAS Y VÓMITOS	
	C.	DISNEA	
	D.	ESTREÑIMIENTO	
	e.	EDEMAS	
	f.	IMSOMNIO	
	g.	CUIDADOS DE LA PIEL (Seca)	
	h.	PIEL HUMEDA	
	i.	ULCERA POR PRESION O POR DECUBITO	
	j.	CUIDADOS DE CONFORT	
	K.	HIGIENE	
	l.	REPOSO Y SUEÑO	
	m.	OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE	
XXXIX.		ESPIRITUALIDAD.....	75
	A.	EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL	
	B.	FACTORES QUE DIFICULTAN EL ABORDAJE DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES.	
	C.	DOLOR ESPIRITUAL	
	d.	SENTIMIENTO DE INJUSTICIA	
	e.	BASES DEL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL Y DE INTERVENCION TERAPEUTICA	
	f.	ESPERANZA	
	g.	TAREAS	
XL.		APOYO A LA FAMILIA EN LOS ULTIMOS DIAS.....	80
	a.	DUELO	
	b.	EL DUELO ANTICIPATORIO	
XLI.		CONCLUSIÓN.....	84
XLII.		BIBLIOGRAFIA.....	86

INTRODUCCIÓN

LOS RIÑONES Y SU FUNCIONAMIENTO

Los dos riñones son órganos vitales que realizan muchas funciones entre ellas, La de limpiar y mantener el equilibrio químico en la sangre.

Los riñones son órganos en forma de frijol y cada uno tiene el tamaño de una mano cerrada Están localizados cerca de la parte media de la espalda, justo debajo de la caja torácica.

Los riñones son una compleja maquinaria de reprocesamiento, a diario purifican unos 190 litros de sangre para filtrar 1.9 de desechos y exceso de agua, los desechos y agua se convierten en orina, que fluye a la vejiga a través de los tubos llamados uréteres. La vejiga almacena la orina hasta el momento de orinar.

Los desechos en la sangre se forman por descomposición normal de los tejidos activos y de los alimentos consumidos. El cuerpo usa los alimentos como una fuente de energía y para su propia reparación después de que el cuerpo toma lo que necesita de los alimentos se envían los desechos a la sangre .Si los riñones no filtraran estos desechos, se acumularían en la sangre y dañarían el cuerpo.

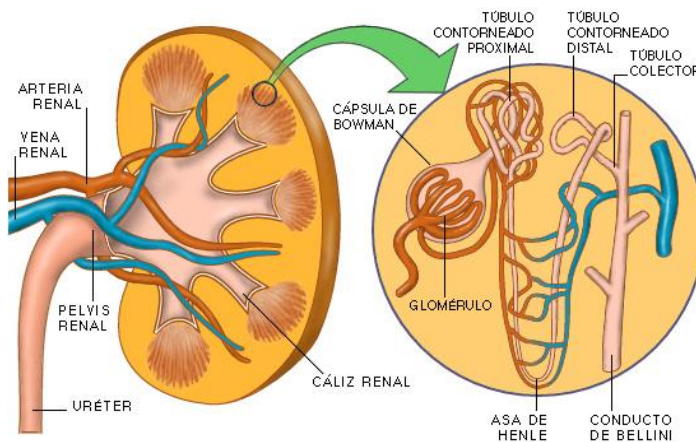
La filtración ocurre en pequeñas unidades dentro de los riñones llamadas nefronas. Cada Riñón tiene alrededor de un millón de nefronas. En la nefrona, un pequeño vaso sanguíneo o capilar llamado glomérulo, se entrelaza con un pequeño tubo colector de orina llamado túbulo. Se produce un complicado intercambio de sustancias químicas a medida que los desechos y el agua salen de la sangre y entran al sistema urinario.

Al principio los tubos reciben una mezcla de desechos y sustancias químicas que el cuerpo todavía puede usar.

Los riñones miden las sustancias químicas tales como el sodio, el fosforo, y el potasio, luego las envía de regreso a la sangre que a su vez las devuelve al cuerpo.

De esa manera los riñones regulan los niveles de esas sustancias en el cuerpo. Se necesita un equilibrio correcto para mantener la vida; los niveles excesivos pueden ser perjudiciales, además de eliminar los desechos los riñones liberan tres hormonas importantes:

- **Eritropoyetina:** EPO por sus siglas en inglés que estimula la producción de glóbulos rojos mediante la médula ósea.
- **Renina:** que regula la presión alta.
- **Calcitrol:** la forma activa de la vitamina D que ayuda a mantener el calcio para los huesos y para el equilibrio químico normal en el cuerpo.



¿Por qué fallan los Riñones?

Casi todas las enfermedades renales atacan las nefronas, y las hacen perder su capacidad de filtración. El daño a las nefronas puede suceder rápidamente, a menudo como resultado de lesiones o envenenamiento pero casi todas las enfermedades renales destruyen las nefronas lentamente sin causar síntomas obvios. Solamente cuando pasan algunos años o incluso décadas, empezará a manifestarse el daño. La mayoría de las enfermedades renales atacan a ambos riñones al mismo tiempo. Las dos causas de enfermedad renal más comunes son la diabetes y la presión arterial alta.

Las Funciones más Importantes del Riñón.

1. Balance hídrico.
2. Excreción de desechos.
3. Excreción de sustancias bioactivas.
4. Regulación de la presión alta.
5. Regulación de la Eritropoyesis.
6. síntesis de vitamina D.
7. Glucogenesis.

ESTADÍSTICAS DE INSUFICIENCIA RENAL EN MÉXICO.

Más de cien mil personas padecen insuficiencia renal crónica en México. La diabetes Mellitus y la hipertensión arterial son las dos causas más frecuentes de la insuficiencia renal.

- ❖ En la mayoría de los casos la insuficiencia renal se puede prevenir o retrasar gracias a la detección temprana.
- ❖ La insuficiencia renal crónica se puede detectar mediante estudios de sangre y orina.
- ❖ Actualmente el 30.8% de la población mayor de 20 años tiene hipertensión mientras alrededor del 10% tiene diabetes Mellitus.
- ❖ Las personas que tienen antecedentes familiares de diabetes, hipertensión o insuficiencia renal tienen un riesgo mayor.
- ❖ El tratamiento adecuado de la diabetes y la hipertensión reduce el riesgo de desarrollar IR.

LAS ENFERMEDADES RENALES

Un paciente se presentará con enfermedad renal en 1 de 2 maneras: descubierta de modo incidental durante algún examen médico regular o con evidencia de disfunción, como hipertensión, edema, náuseas y hematuria. El enfoque inicial en ambas situaciones debe consistir en evaluar la causa y la severidad de las anormalidades renales.

En todos los casos, esta evaluación incluye:

- 1) Una estimación de la duración de la enfermedad.
- 2) un examen general de orina cuidadoso.
- 3) una evaluación de la velocidad de filtración glomerular (VFG).

La historia clínica y el examen físico, aunque por igual importantes, son variables entre los síntomas renales, por lo que, los síntomas y signos específicos se exponen en cada entidad patológica. La siguiente clasificación diagnóstica se realiza de acuerdo con la distribución anatómica: enfermedades pre renales, enfermedades pos renales y enfermedades renales intrínsecas. A su vez, las enfermedades renales intrínsecas pueden dividirse adicionalmente en anomalías glomerulares, tubulares, intersticiales y vasculares.

DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las enfermedades renales pueden ser agudas o crónicas, la insuficiencia renal aguda empeora la función renal durante el transcurso de horas a días, dando lugar a la retención.

De desechos nitrogenados (como nitrógeno ureico) y creatinina en la sangre. La retención de estas sustancias se denomina azoemia. La insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica) se origina como resultado de una pérdida anormal de la función renal a lo largo de meses o años.

Es importante diferenciarlas para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico; la oliguria no es frecuente en la insuficiencia renal crónica en el periodo inicial de la insuficiencia renal aguda la anemia (por disminución en la producción de eritropoyetina Renal) es rara.

Los riñones pequeños son más frecuentes con insuficiencia renal crónica, aunque pueden encontrarse de tamaño normal a grande o ambos.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Al examen general de orina se le ha comparado con “la biopsia renal del hombre pobre”. La orina se recolecta de chorro medio de la micción y si no es posible. Por medio de una sonda vesical la orina se debe examinar dentro la primera hora después de la recolección. El examen general de orina incluye la prueba con una tira reactiva seguida de una evaluación con el microscopio, en caso de que esta muestre hallazgos anómalos positivos. El examen con la tira reactiva cuantifica la densidad específica de la orina, el pH. La presencia de proteínas, hemoglobina, glucosa, cetonas, bilirrubina, nitros y esterasa leucocitaria. El análisis microscópico identifica a todos los elementos formados, como cristales, células, cilindros y organismos infecciosos.

Hay varios datos en los exámenes generales de orina que son indicadores de ciertos patrones de enfermedad renal (cuadro 22-1) un sedimento urinario blando es común, especialmente en enfermedades renales crónicas y enfermedades agudas relacionadas con estados pre-renales y pos renales. La presencia de hematuria con eritrocitos dismorficos, cilindros de eritrocitos y proteinuria leve, es indicativa de lomerulonefritis. Los eritrocitos dismorficos se deforman durante su paso por los capilares a través de la membrana basal glomerular hacia el espacio urinario de la capsula Bowam. Los cilindros están constituidos por la mucoproteína urinaria de Tamm –Horsfall con la forma del segmento de la nefrona donde se formaron. La proteinuria y lipiduria severas son consistentes con el síndrome nefrótico.

Los cilindros granulosos pigmentados y las células epiteliales tubulares renales solas o en cilindros, sugieren necrosis tubular aguda. En la nefritis intersticial y en la pielonefritis pueden encontrarse leucocitos, incluyendo neutrófilos y eosinofilos, cilindros de leucocitos, eritrocitos y cantidades reducidas de proteína. La tinción de Wright puede detectar eosinofilia. La piuria sola puede indicar infección del tracto urinario. La hematuria y la proteinuria se estudian enseguida.

PROTEINURIA

La proteinuria se define como la excreción excesiva de proteína en la orina, generalmente más de 150 a 160 mg/24h en adultos. La proteinuria significativa es un signo de anomalía renal subyacente, generalmente de origen glomerular cuando esta es mayor de 1 g /día la proteinuria suele acompañarse de otras anomalías clínicas– elevación de Bun y de los valores séricos de creatinina, sedimento urinario anormal o evidencia de enfermedad sistémica (p.ej, fiebre exantema, vasculitis).

Existen cuatro razones principales para el desarrollo de proteinuria.

- 1.) La proteinuria funcional.
- 2.) Proteinuria por sobre producción de proteínas plasmáticas.
- 3.) Proteinuria glomerular.
- 4.) Proteinuria tubular.

HEMATURIA

La hematuria es significativa cuando hay más de 3 a 5 eritrocitos por campo de gran aumento suele detectarse incidentalmente con el examen de orina con tira reactiva o por algún episodio de hematuria microscópica. La hematuria puede deberse a causas renales o extra-renales

ESTIMACION DE LA VFG

La VFG proporciona un índice de disfunción renal general; Sin embargo, pacientes con enfermedades renales pueden tener, de hecho una VFG normal o aumentada, la VFG determina la cantidad de plasma ultra filtrada a través de los capilares glomerulares y se correlaciona con la capacidad de los riñones para filtrar líquidos y varias sustancias. La VFG diaria de los individuos normales es variable, con límites de 150 a 250 L/24 o 100 a 120 ml /1.73m de área de superficie corporal.

LA DEPURACIÓN DE CREATININA

ES aproximadamente de 100 ml/min/1.73m² en mujeres jóvenes sanas y de 120ml/min/1.73 m² en varones jóvenes sanos. La cr declina en 1 ml/min/año

Después de los 40 años, como parte del proceso de envejecimiento. Como la colección de orina puede ser difícil, la depuración de creatinina se puede estimar por medio de la fórmula de Cockcroft y gault, que incorpora edad, sexo, y peso para estimar la depuración de la creatinina de las concentraciones de creatinina del plasma sin mediciones urinarias

$$\text{Ccr} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso(KG)}}{\text{Per} \times 72}$$

Para mujeres, la VFG estimada se multiplica por 0.85 debido a que la masa muscular es menor. Esta fórmula sobreestima la VFG En pacientes obesos y edematosos.

La urea es otro índice útil para evaluar la función renal.

ESTUDIOS DE IMÁGENES

Estudios con radionúclidos

Los estudios con radionúclidos pueden medir la función renal. El hipotálamo proporciona una medición de la VFG sorprendentemente precisa.

ULTRASONOGRAFÍA

La ultrasonografía puede identificar el grosor y ecogenicidad de la corteza renal. Médula, pirámides y un sistema colector urinario distendido. Se puede determinar el tamaño del riñón; un riñón menor de 9cm de longitud en un adulto indica una enfermedad renal irreversible significativa. En la enfermedad renal unilateral se observa una diferencia de tamaño de más de 1.5 cm entre los dos riñones, También se practica el ultrasonido renal con el fin de detectar

hidronefrosis y obstrucción para caracterizar lesiones de masas renales , detectar enfermedad del riñón poli quístico autosómica dominante ,evaluar el espacio peri renal ,localizar el riñón para un procedimiento invasivo percutáneo y evaluar vejiga residual posterior al vaciamiento del volumen urinario.

Urografía Intravenosa

Por muchos años, la pielografía intravenosa (PIV) ha sido el procedimiento de imagen estándar para el examen de las vías urinarias, ya que proporciona una valoración de los Riñones, uréteres y vejiga.

Tomografía Computarizada

Se requiere Tomografía Computarizada (TC) para el estudio adicional de anomalías detectadas mediante Ultra Sonido ó PIV. Aunque el estudio regular requiere de la administración de Medio de Contraste Radiográfico, éste no es necesario si la razón del estudio es demostrar hemorragia ó calcificaciones en los Riñones, como se sospecha en la enfermedad por cálculos. Como el material de contraste es filtrado por los glomérulos y concentrado en los túbulos, hay aumento del tejido parenquimatoso, lo cual hace que las anomalías como quistes o neoplasias se identifiquen fácilmente y permite una buena observación visual de los vasos renales y uréteres. La TC es particularmente útil para la evaluación de lesiones sólidas o quísticas en el riñón.

Imagen por Resonancia Magnética.

La IRM puede distinguir fácilmente la corteza renal de la medula. La pérdida de la función cortico medular que se puede observar en diversos trastornos (glomerulonefritis, hidronefrosis, oclusión vascular renal e insuficiencia renal).

Arteriografía y venografía.

La arteriografía renal es de utilidad para evaluar lesiones ateroscleróticas o fibrodisplásicas estenóticas, aneurismas, vasculitis y lesiones en masas renales.

Biopsia Renal

Las indicaciones para realizar la biopsia percutánea con aguja incluye:

1. Insuficiencia renal aguda o crónica inexplicables.
2. Síndromes nefríticos agudos.
3. Proteinuria y hematuria inexplicable.
4. Lesiones previamente identificadas y tratadas para planear la terapia futura.
5. Enfermedades sistémicas relacionadas con disfunción de riñón, tal como lupus eritematoso sistémico, síndrome de Goodpasture y granulomatosis de Wegener, para confirmar el grado de afección renal y para guiar el tratamiento.
6. Sospecha de rechazo de trasplante para diferenciarlo de otras causas de insuficiencia renal aguda.
7. Para guiar el tratamiento las contraindicaciones incluyen riñón solitario o ectópico, riñón en herradura, trastorno hemorrágico no corregido, hipertensión no controlada grave, infección renal, neoplasia renal, hidronefrosis, enfermedad renal en etapa terminal, anomalías congénitas quistes múltiples y un paciente no cooperador.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Bases para el diagnóstico:

- Aumento súbito de BUN o creatinina sérica.
- Oliguria concomitante con frecuencia.
- Los síntomas y signos dependen de la causa.

CONSIDERACIONES GENERALES

Un 5% de las admisiones a hospitales y 30% de los ingresos a la unidad de cuidados intensivos (UCI) tendrán un diagnóstico de insuficiencia renal aguda y 25% de los pacientes hospitalizados desarrollara insuficiencia renal. La insuficiencia renal aguda se define como una disminución súbita de la función renal. Esto produce como resultado incapacidad para mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos y para excretar productos de desecho nitrogenados. La creatinina del suero es un marcador conveniente. Sin función renal, generalmente la concentración de creatinina del suero aumentará hasta 1 a 1.5 mg/dL/día-aunque en ciertos trastornos, como rabdomiolisis, la creatinina sérica puede incrementar más rápidamente.

DATOS CLÍNICOS

Síntomas y signos

El medio urémico de la insuficiencia renal aguda puede causar síntomas inespecíficos. Cuando esto se presenta con frecuencia se deben a azoemia y la causa de fondo es insuficiencia renal aguda. La azoemia puede ocasionar náuseas, vómito, malestar general y alteraciones del sensorio. La hipertensión es rara, pero con frecuencia se altera la homeostasis de los líquidos. La hipovolemia puede causar insuficiencia pre-renal, mientras que la hipervolemia es el resultado de insuficiencia intrínseca o pos renal.

Con la azoemia puede producirse derrame su pericárdico y presentarse un frote de fricción pericárdico., los derrames pueden provocar taponamiento cardiaco hay arritmias, en especial con la hiperpotasemia. El examen pulmonar puede revelar estertores en presencia de hipervolemia.

La insuficiencia renal aguda puede causar dolor abdominal difuso inespecífico así como disfunción plaquetaria., por lo que la hemorragia es más común en éstos pacientes. La exploración neurológica revela cambios encefalopáticos con asterixis y confusión se pueden presentar crisis convulsivas.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

CONCEPTO

La insuficiencia Renal Aguda es una causa frecuente de ingreso hospitalario así como de morbi-mortalidad entre los pacientes ingresados. Su incidencia varía según las series y según el criterio que se use para definirla. Se puede afirmar que afecta entre 4% y un 7% de todos los hospitalizados.

Podemos definirla como: Deterioro de la función Renal durante un periodo de horas o días provocando fallo en la excreción renal de productos nitrogenados y alteraciones en el equilibrio hidroeléctrico.

CAUSAS PRE – RENALES

Son aquellas que bajan el aporte de sangre que le llega al riñón. Bien por disminución del volumen circulante (aumento de pérdidas y / o falta de aporte) o por fallo en la bomba cardiaca.

- Vómito.
- quemaduras.
- diarreas.
- sangrado.
- fiebre.
- disminución de ingesta de líquidos.
- uso de diuréticos.
- fallo cardiaco.
- edad avanzada.
- IECA + Diuréticos+ Estenosis arteria renal.
- Aines.

CAUSAS POST- RENALES

Son generados por cualquier causa de obstrucción de las vías urinarias:

- obstrucción baja o unilateral del mononeo.
- hipertrofia prostática.
- cáncer de próstata.
- cáncer de cérvix.
- alteraciones retro peritoneales.
- vejiga neurogena.
- cálculos renales bilaterales.
- coágulos.
- carcinoma de vejiga.
- fibrosis retro peritoneal.
- tumor colorectal.
- obstrucción intrabular .
- cristales.
- Ácido úrico.
- Oxalato de calcio.
- Acyclovir.
- Sulfonamida.
- Metrotexate.

CAUSAS INTRA – RENALES

Dependerá de que parte del riñón se vea afectada: túbulo, intersticio, o glomérulo

La tubular es la más común. Por otra parte las causas intersticiales y / o glomerulares son menos frecuentes pero de más difícil diagnóstico y requieren de profesionales conocedores de estas patologías (nefrólogos)

TRATAMIENTO

Principios Generales

La causa pre-renal es la más frecuente provoca IRA. Por lo tanto. Lo primero que hay que tratar de evitar que la causa que ha provocado la situación pre-renal siga actuando y: evitar aumento de perdidas aumentar aporte etc.

- Asegúrese un suficiente volumen circulante (suero fisiológico).
- Suspender nefróticos.
- Ajustar la medicación a la excreción renal.
- Hiperpotasemia.
- Resinas de intercambio ionico vía oral / o enemas glucosa e insulina vía intravenosa.
- Sulbutamol vía intravenosa.
- Diálisis.
- A CIDOSIS ---→ bicarbonato.

Tratar las infecciones frecuentes en estos enfermos.

SUSTITUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL

La mayoría de los pacientes presentan una insuficiencia renal aguda leve – moderada y adoptando las medidas antes expuestas se produce una mejoría clínica. Revirtiendo la insuficiencia renal en un breve plazo de tiempo. Pero hay pacientes en que la situación pre-renal, se ha mantenido con el tiempo, o presentaban previamente cierto grado de ISR. Se han utilizado tóxicos, padecen una causa glomerular / intersticial. No recuperando la función renal y precisando para su control alguna técnica sustitutiva renal como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO CON DIALISIS

- Sobre carga de volumen.
- Hiperpotasemia.
- síntomas de uremia.
- severa acidosis.
- severa hipercalcemia.

METODOS DE LA SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL

- Hemofiltracion y hemodiafiltracion.
- Diálisis.
- Diálisis peritoneal.

La elección depende de la situación clínica del paciente y de la experiencia en la técnica de elección será la hemofiltracion. A si mismo si el paciente está estable hemodinamicamente.

La técnica más usada es la hemodiálisis, en los casos de insuficiencia renal aguda está indicado el uso de membranas de diálisis biocompatibles.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Insuficiencia renal crónica del riñón: falla renal crónica de los riñones: insuficiencia renal tipo crónico. Es una pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

Causas, incidencias y factores de riesgo.

A diferencia de la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia renal crónica empeora lentamente y con mucha frecuencia resulta de cualquier enfermedad que produzca una pérdida gradual de la función renal. Esta enfermedad puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa y puede llevar a una insuficiencia renal en estado terminal.

La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años, a medida que las estructuras internas del riñón se van dañando lentamente. En

las etapas iniciales de la enfermedad, puede que no se presenten síntomas. De hecho, la progresión puede ser tan lenta que los síntomas no ocurren hasta que la función renal es menor a la décima parte de lo normal.

La insuficiencia renal crónica y la insuficiencia en estado terminal afectan a más de 2 de cada 1000 personas en los Estados Unidos. La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes, y son las responsables de la mayoría de los casos.

Otras causas importantes abarcan:

- Síndrome de alport.
- Nefropatía de analgésicos.
- Glomerulonefritis de cualquier tipo.
- Infección y cálculos renales.
- Poliquistosis renal.
- Nefropatías por reflujo.
- Nefropatías obstructivas.
- Enfermedad prostática.
- Nefrolitiasis.
- Fibrosis, tumor retroperitoneal.
- Enfermedades vasculares.
- Nefrosclerosis hipertensiva.
- Estenosis de la arteria renal.

La insuficiencia renal crónica produce una acumulación de líquidos y productos de desecho nitrogenados en la sangre (azotemia) y enfermedad generalizada. La mayor parte de los sistemas del cuerpo se ven afectados, por la insuficiencia renal crónica.

SINTOMAS

Los síntomas iniciales pueden ser los siguientes:

- Fatiga.
- hipo frecuente.
- sensación de malestar general.
- picazón general (prurito).
- dolor de cabeza.
- nauseas, vómitos.
- pérdida de peso involuntaria.
- sabor metálico en la boca.
- disnea.
- nicturia, impotencia.

Los Síntomas Tardíos pueden ser los siguientes:

- sangre en el vómito o en las heces.
- disminución de lucidez mental.
- somnolencia, confusión, delirio, o coma.
- disminución de la sensibilidad en manos, los pies u otras áreas.
- tendencia a la formación de hematomas o sangrado.
- aumento o disminución del gasto urinario.
- calambres fasciculaciones musculares.
- convulsiones.
- cristales blancos y sobre la piel (escarcha urémica).

Otros síntomas que también pueden estar asociados con esta enfermedad son:

- Agitación.
- Aliento fuerte.
- Sed excesiva.
- Hipertensión arterial.
- Pérdida del apetito.
- Anomalía de las uñas.

Signos y Exámenes:

Se puede presentar hipertensión arterial de leve a severa. Un examen neurológico puede mostrar poli neuropatía y es posible que se escuchen sonidos anormales del corazón o de los pulmones con un estetoscopio.

Un análisis de orina puede revelar proteína u otras anomalías .Un análisis de orina puede mostrar resultados anormales desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas.

Niveles de creatinina que aumentan de manera progresiva BUN que aumentan de forma progresiva. Capacidad de eliminación de creatinina que disminuye de manera progresiva. Examen de potasio que puede mostrar niveles elevados. Gasometría arterial y análisis bioquímico de la sangre que pueden revelar acidosis metabólica.

Los signos de insuficiencia renal crónica, incluyendo el hecho de ambos riñones estén más pequeños de lo normal, pueden observarse en los siguientes exámenes:

- TC abdominal.
- IRM abdominal.
- Ecografía abdominal.
- Radiografía de riñones y el abdomen.

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes.

- Eritropoyetina.
- Hormona paratiroidea.
- Gammagrafía renal.
- Examen de magnesio en suero.
- Cilindros urinarios.

BASES PARA EL DIAGNOSTICO

- Azoemia progresiva durante meses o años.
- Síntomas y signos de uremia cuando se acerca la etapa final de la enfermedad.
- Hipertensión en la mayoría.
- La isostenuria y los cilindros gruesos en el sedimento urinario son comunes.
- Los riñones pequeños bilaterales en el ultrasonido son diagnosticados.

CLASIFICACIÓN

ETAPAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Fase	Descripción	Índice de filtración GFR
Con riesgo elevado	Factores de riesgo para IRC (Diabetes, presión alta, historia familiar, edad avanzada)	Más de 90
1	Daño del riñón (proteína en orina) índice f normal	Más de 90
2	Daño del riñón y disminución ligera en índice de filtración	60 a 89
3	Disminución moderada en el índice de filtración	30 a 59
4	Disminución severa en el índice de filtración	15 a 29
5	Fallo permanente del riñón (se necesita diálisis o trasplante)	menos de 15

National Kidney foundation

*Depuración Normal de Creatinin 100- 120 ml/min (Filtrado glomerular) varia en obesidad

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar el progreso de la enfermedad.

Las enfermedades causantes o resultantes de la insuficiencia renal crónica deben ser controladas y tratadas de manera apropiada. Es posible que se requieran transfusiones de sangre o medicamentos. Como los suplementos de hierro y de eritropoyetina, para controlar la anemia.

La ingestión de líquidos puede ser restringida a una cantidad equivalente al volumen de orina producido. Las restricciones de la cantidad de proteína en la dieta pueden retrasar la acumulación de desechos en la sangre y controlar los síntomas conexos, tales como náuseas y vómitos, igualmente, se restringe el consumo de sal, potasio y fosforo, y otros electrolitos.

La diálisis o el trasplante renal pueden ser necesarios.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y COMPLICACIONES

Estas complicaciones se manifiestan por:

- Anergia o falta de respuesta en las pruebas de hipersensibilidad cutánea.
- Aumento en la incidencia de infecciones.
- Respuesta inmunológica alterada en la infección por el virus de la hepatitis B con persistencia del virus y evolución a cronicidad.
- Incidencia aumentada de tumores malignos.

Los procesos infecciosos en IRC se caracterizan por:

- Mayor incidencia que en la población normal.
- Las infecciones pueden ser más severas de progresión más rápida y resolución más lenta.

Es fundamental tanto el diagnóstico como el tratamiento precoz

Los procesos infecciosos más frecuentes son:

1. Infección urinaria.
2. Pielonefritis aguda.
3. Infección quiste renal – hepático.
4. Diverticulitis.
5. Infección local de la fistula arteriovenosa (CATETER).
6. Infección úlceras cutáneas.
7. Bacterianas de punto de partida en acceso vascular –Sepsis.
8. Endocarditis.
9. Osteomielitis.
10. Embolismo séptico pulmonar.
11. Neumonías.
12. Tuberculosis.
13. Hepatitis.
14. Hiperpotasemia.
15. Complicaciones cardiovasculares.
16. Anemia.
17. Complicaciones neurológicas.
18. Trastornos neurológicos.
19. PERICARDITIS.

LA ANEMIA

La anemia en la insuficiencia renal crónica es característicamente normocronica y normocitica. Se debe de manera principal a la menor producción de eritropoyetina, que se vuelve clínicamente. Significativa cuando la VFG cae por debajo de 20 a 25 ml/min. Muchos pacientes presentan también deficiencia de hierro. La hemólisis de bajo grado y la hemorragia caudada por disfunción plaquetaria o hemodiálisis participan en una función adicional.

La eritropoyetina recombinante (epoteina) se utiliza en pacientes cuyos hematrocitos son menores de 30 a 35 %.

La dosis eficaz puede variar y los pacientes se inician con 50 unidades /kg (3000-4000 unidades / dosis) 1 o 2 veces por semana. Puede administrarse por vía intravenosa (p.ej en el paciente de hemodiálisis).

Las reservas de hierro deben de ser adecuadas para asegurar la respuesta. El fumarato ferroso es la fórmula mejor aceptada y el hierro intravenoso se puede administrar en pacientes bajo diálisis. No puede dejar de recalcarse la importancia que tiene observar las tendencias de los depósitos de hierro y las concentraciones de hemoglobina.

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES

1.- **Hipertensión:** Al progresar la insuficiencia renal, generalmente se desarrolla hipertensión debido a la retención de sal y agua. Los estados hiperreninémicos y la administración exógena de eritropoyetina también puede exacerbar la hipertensión.

La hipertensión es la complicación más común en la enfermedad renal en etapa terminal y debe controlarse meticulosamente. Cuando esto no es así, se acelera la evolución del daño renal.

El control de la hipertensión se puede realizar con restricción de sal y agua, pérdida de peso si es necesaria y terapéutica farmacológica. La capacidad del riñón para ajustarse a las variaciones en la ingestión de sodio y agua se limita al desarrollarse la ingestión elevada de cloruro de sodio conduce a la INSUFICIENCIA CARDIACA PROGRESIVA, edema, e hipertensión, mientras que la ingestión baja de sal lleva a contracción de volumen e hipotensión.

Puede iniciarse una dieta de sal moderadamente disminuida de (4 a 6g/día) y la ingestión de sal deberá reducirse a 2 g/día si persiste la hipertensión. La Terapéutica medicamentosa inicial puede incluir inhibidores de la ECA o bloqueadores del receptor para angiotensina y (si lo permiten el potasio sérico y la VFG) agentes bloqueadores. Los fármacos adjuntos se necesitan frecuentemente (clonidina hidralicina, minoxidil etc) reflejan la dificultad en lograr y mantener el control hipertensivo en los pacientes.

PERICARDITIS:

Con la uremia puede desarrollarse pericarditis. Se piensa que se origina por la retención de toxinas metabólicas. Los síntomas incluyen dolor torácico y fiebre. Puede haber pulso paradójico. Se puede auscultar un frote de fricción, pero la falta de este no indica algún derrame pericárdico significativo. Las radiografías de tórax mostrarán una silueta cardíaca crecida y la electrocardiografía datos característicos.

Puede haber taponamiento cardíaco; estos pacientes tienen signos de gasto cardíaco bajo con distensión venosa yugular y aclaramiento pulmonar a la auscultación. La pericarditis en una indicación absoluta para comenzar la HEMODIALISIS

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal tienden hacia un estado de gasto cardíaco alto. A menudo tienen sobrecarga de líquido extracelular, derivación de sangre a través de una fistula arteriovenosa para diálisis y anemia. Además de la hipertensión, estas anomalías aumentan el trabajo miocárdico y demanda de oxígeno. Los pacientes con insuficiencia renal crónica también pueden tener tasa aceleradas de aterosclerosis. Todos estos factores contribuyen a hipertrofia ventricular izquierda y dilatación. La hormona paratiroidea puede desempeñar una función en la patogénesis de la miocardiopatía de la insuficiencia renal.

La ingestión de agua y sal debe controlarse en pacientes oligúricos o anúricos. Los diuréticos resultan de valor, aunque las tiazidas son ineficaces cuando la VFG es de menor de 10 a 15 ml/min. Comúnmente se usan diuréticos de asa y al declinar la función renal se requieren dosis más altas. La dioxina debe usarse con precaución ya que se excreta por el riñón. La comprobada eficacia de los inhibidores de la ECA.

En la insuficiencia cardíaca congestiva, se confirma en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Sin embargo cuando la creatinina sérica es mayor de 3mg/dl. Se usan solo bajo supervisión estrecha debido al riesgo potencial de hiperpotasemia y empeoramiento de la función renal.

No obstante, los inhibidores de la ECA cada vez se utilizan más a concentraciones más altas de creatininas séricas, junto con los fármacos bloqueadores del receptor de la angiotensina II han mostrado hacer más lenta la progresión de la enfermedad renal en la etapa terminal.

Una vez que un paciente está en diálisis estos riesgos se vuelven menos relevantes. Cuando se inician los inhibidores de la ECA. Deben verificarse las concentraciones séricas de creatinina y potasio dentro de un lapso de 2 a 7 días.

COAGULOPATÍA

La coagulopatía de la insuficiencia renal crónica se origina principalmente por disfunción plaquetaria. Los recuentos de plaquetas solo están ligeramente disminuidos, pero el tiempo de sangrado es prolongado. Las plaquetas muestran adherencia y agregación anormales. Clínicamente, los pacientes tienen petequias, purpura y un aumento en la tendencia a la hemorragia durante la cirugía.

Solo se requiere tratamiento en pacientes que son sintomáticos. El aumento del hematocrito a 30% puede reducir el tiempo de sangrado en muchos pacientes. La desmopresina (25 ug 1v cada 8 a 12 h por dos dosis) es eficaz y se utiliza a menudo en preparación para cirugía. Causa la liberación del factor VIII enlazando al factor de von willebrand de las células endoteliales. Los estrógenos conjugados, 0.06mg/kg diluidos en 50 ml, de solución de cloruro de sodio a 0.9% administrados durante 30 a 40 min al día o 2.5 mg oralmente por 5 a 7 días tienen un efecto durante varias semanas.

La diálisis mejora el tiempo de sangrado, pero no lo normaliza, resulta preferible la diálisis peritoneal a la hemodiálisis, debido a que esta última requiere heparina para prevenir la coagulación en el dializador. Pocas veces se usa crio precipitado (10 a 15 bolas) y dura menos de 24h.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

La encefalopatía urémica no se produce sino cuando la VFG cae por debajo de 10 a 15ml/min. se cree que la hormona paratiroidea es una de las toxinas urémicas. Los pacientes pueden desarrollar niveles de PTH muy aumentados e hiperparatiroidismo terciario. Cuando los valores de calcio exceden 12 a 15 mg/dl. Con frecuencia se presentan a continuación alteraciones del estado mental. Los síntomas inician con dificultad en la concentración y pueden progresar hacia letargo, confusión y coma. Los datos físicos incluyen nistagmo, debilidad, asterexis e hipereflexia. Estos síntomas y signos pueden mejorar después del inicio de la diálisis.

Se encuentra neuropatía en 65% de los pacientes con diálisis, pero solo hasta que VFG sea 10% de lo normal. Las neuropatías periféricas se manifiestan como poli neuropatías sensitivas motoras (distribución en media y guante) y mono neuropatías aisladas o múltiples aisladas. Los pacientes pueden tener inquietud en las piernas, pérdidas de los reflejos tendinosos profundos y dolor distal. El comienzo más profundo de la diálisis puede prevenir neuropatías periféricas y resulta variable la respuesta a este método; Otras neuropatías incluyen impotencia y disfunción autónoma.

TRASTORNOS DEL METABOLISMO MINERAL

Los trastornos del calcio, fosforo y hueso se relacionan con la osteo distrofia renal. El trastorno más frecuente es la osteítis fibrosa quística, que con los cambios óseos del hiperparatiroidismo secundario. Al disminuir la VFG por debajo de 25% de lo normal se deteriora la excreción de fosforo.

La hiperfosfatemia induce a la hipocalcemia, la cual estimula la secreción hormona paratiroidea que tiene un efecto fosfatúrico y normaliza el fosforo del suero; Este proceso continuo, conduce a valores notablemente elevados de la hormona paratiroidea y a un alto recambio del hueso resorción osteoclasica y lesiones subperiosticas. Clínicamente los pacientes experimentan dolor en huesos y debilidad en los músculos proximales.

Pueden desarrollarse calcificaciones metastásicas, radiográficamente, las lesiones son muy prominentes en las falanges y extremos laterales de las clavículas

La osteomalacia es un tipo de osteodistrofia renal con bajo recambio óseo. Con empeoramiento de la función renal, hay una disminución en la conversión renal disminuye la absorción intestinal del calcio lo cual conduce a hipocalcemia y mineralización anormal del hueso. Los depósitos de aluminio en el hueso también pueden ocasionar osteomalacia se observan concentraciones aumentadas de aluminio en pacientes después de años de administración crónica de hidróxido de aluminio para fijación del fósforo.

Esta entidad se observa cada vez menos debido a que los fijadores basados en aluminio se emplean ahora con menor frecuencia en los pacientes crónicos establecidos y a que el agua que se utiliza en para la hemodiálisis no contiene aluminio, ambas entidades ya mencionadas pueden causar dolor óseo y debilidad en los músculos proximales. Pueden producirse fracturas óseas espontáneas que son de curación lenta.

El tratamiento debe iniciarse con restricción dietética de fósforo. Los agentes fijadores orales de fósforo como el carbonato de calcio o acetato de calcio, actúan en el intestino y se administran en dosis divididas, 3 o 4 veces al día con los alimentos estos deben utilizarse a un valor de calcio sérico de 10mg/dl. (previniendo la hipocalcemia) y fósforo sérico de 4.5mg/dl. El sevelamer es otro medicamento fijador de fósforo que no contiene calcio, es particularmente útil en pacientes con hipocalcemia. Si se usa calcitrol, la dosis inicial debe ser de 0.25^a 0.5 ug diarios cada tercer día.

TRASTORNOS ENDÓCRINOS

Los valores circulantes de insulina son más altos debido a la disminución de su depuración renal. Puede producirse intolerancia a la glucosa en la insuficiencia renal crónica cuando VFG es menor de 10 a 20 ml/min. Esto se debe principalmente a resistencia periférica de la insulina. Los valores de glucosa en ayunas suelen ser normales o estar levemente aumentados. Por tanto los pacientes pueden ser hiperglucémicos como hipoglucémicos dependiendo del trastorno predominante.

Más comúnmente, los pacientes diabéticos requieren dosis disminuidas de hipoglucémicos. En la insuficiencia renal crónica son comunes la disminución de la libido y la impotencia. Los varones tienen disminución en los valores de testosterona las mujeres frecuentemente son anovulatorias. A pesar de un alto grado de infertilidad, se produce embarazo, particularmente en mujeres que se encuentran bien dializadas y bien nutridas. Por lo que es aconsejable la anticoncepción para mujeres que no desean embarazarse, a menudo las funciones tiroideas, hipofisaria y suprarrenal son normales a pesar de anomalías en los valores de tiroxina, hormona de crecimiento, aldosterona y cortisol.

INSUFICIENCIA RENAL FASE TERMINAL

La evolución de la IRC, es inexorablemente a la insuficiencia renal terminal (IRT) llegando a un determinado deterioro de la función renal. Solo su sustitución por diálisis o trasplante pueden evitar la muerte; no hay más alternativas, en este caso hay que aplicar algún tipo de tratamiento que sustituya la función que los riñones realizan en el organismo. A este tratamiento se le llama diálisis.

DIALISIS

La diálisis se debe iniciar cuando un paciente tiene VFG DE 10 mL/min o creatinina sérica de 8mg/ dL. En los pacientes diabéticos se debe iniciar cuando VFG alcanza los 15ml/min o creatinina sérica de 6mg/dL. La preparación para la diálisis requiere de un procedimiento de equipo. Deben implicarse dietistas, trabajadoras sociales, psiquiatras, así como médicos de atención primaria, cirujanos, y nefrólogos. El paciente y la familia necesitan asesoría temprana referente a los riesgos y beneficios del tratamiento. La opción de no iniciar el tratamiento, o suspenderlo, debe exponerse ampliamente.

DIALISIS PERITONEAL

Con la diálisis peritoneal, la membrana peritoneal es el “dializador”. Los líquidos y solutos se desplazan a través del lecho capilar situado entre las capas visceral y parietal de la membrana hacia el interior del dializado, el cual penetra a la cavidad peritoneal a través de un catéter. El tipo más común de diálisis peritoneal es la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC). Los pacientes cambian el dializado 4 o 6 veces al día. La diálisis peritoneal cíclica continua (DPCC) utiliza un aparato de ciclaje para realizar automáticamente intercambio durante la noche. El dializado permanece en la cavidad peritoneal entre los intercambios. Al igual que con la hemodiálisis. Las prescripciones para la diálisis peritoneal dependen de las mediciones de adecuación, el porcentaje de pacientes en diálisis que usan la técnica peritoneal ha ido descendiendo en los últimos años.

La diálisis peritoneal les permite mayor autonomía al paciente; su naturaleza continua minimiza los cambios sintomáticos observados en los pacientes en hemodiálisis; y los compuestos que se dializan deficientemente, como los fosfatos, se depuran mejor, lo cual permite una menor restricción dietética, El dializado retira cantidades grandes de albumina, y es necesario vigilar cuidadosamente el estado de nutrición .

La complicación más fuerte de la diálisis peritoneal es la peritonitis, cuya tasa es tan alta como 0.8 episodios por paciente al año. El paciente puede presentar náuseas y vómito, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento y fiebre.

Los costos totales de la diálisis peritoneal y la hemodiálisis son casi iguales; los equipos son menores para la diálisis peritoneal, pero los de la peritonitis son elevados. Los pacientes son tratados con ambas modalidades prefieren a menudo la diálisis peritoneal a la hemodiálisis.

La tasa de supervivencia en diálisis depende del proceso patológico de fondo. Las tasas de supervivencia a cinco años de Kaplan –Meier, varían de 21% para pacientes diabéticos, hasta 47% para aquellos con glomerulonefritis. En la actualidad, se estima que la supervivencia general a cinco años es de 36%.

Los pacientes sometidos a diálisis tienen una expectativa de vida promedio de 3 a 4 años pero se observan supervivencias por un periodo más largo., dependiendo de la entidad patológica. Casi todos los estudios han mostrado que no hay ventaja en la supervivencia entre la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

LA HEMODIALISIS

La hemodiálisis requiere un flujo constante de sangre a lo largo de un lado de la membrana semipermeable, con una solución limpiadora o dializada en el otro lado. La difusión y conducción permiten que el dializado elimine las sustancias no deseables de la sangre utilizando componentes necesarios. El acceso vascular para la hemodiálisis puede realizarse por medio de una fistula arteriovenosa o prótesis de derivación. Los catéteres deben considerarse como una medida temporal. Las fistulas nativas duran típicamente más tiempo que las derivaciones, pero requieren más tiempo (6 a 8 semanas o más después de la cirugía)

Antes de que puedan usarse la infección trombosis y la formación de aneurismas representan complicaciones que se observan con mayor frecuencia en las derivaciones que en las fistulas el agente infectante más común es *Staphylococcus aureus*, los pacientes requieren típicamente de hemodiálisis tres veces por semana. Las sesiones duran de 3 a 5 horas dependiendo del tamaño del paciente, tipo de dializador empleado y otros factores; la evaluación periódica de la diálisis adecuada debe determinar la duración del tratamiento.

TRASPLANTE DE RIÑÓN

Hasta la mitad de todos los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal son adecuados para trasplante. La edad no es impedimento dos terceras partes de los trasplantes de riñón proceden de cadáveres donantes; el resto de pacientes vivos relacionados con donadores no relacionados. Los fármacos inmunosupresores incluyen corticosteroides, azatrioprina microfelonato de mofetil, tracolimus, ciclosporina y rapamicina.

Un paciente con trasplante renal de cadáver requiere típicamente una inmunodepresión más fuerte que los pacientes con trasplantes de riñón de pacientes vivos. No obstante, esto depende en un alto grado de la igualación de tipo de HLA. Las tasas de supervivencia de injertos de riñón a 1 y 5 años para los trasplantes de parientes donadores vivos o de no parientes son casi de 94 y 72%, respectivamente y para trasplantes de cadáveres donantes de 89 y 58%, respectivamente. El tiempo de espera promedio de un trasplante proveniente de un cadáver es de 2 a 4 años; este periodo viene siendo progresivamente mayor y más gente ingresa a las listas de espera, mientras que el número de donadores no aumenta. Aparte del uso de medicamentos, la vida de un paciente que recibió trasplante vuelve a ser casi normal.

LA DIETA EN EL PACIENTE RENAL

En condiciones normales el aparato digestivo selecciona, de los alimentos aquellos nutrientes que necesita, eliminando lo que no se puede aprovechar y los productos de desecho del metabolismo celular.

Los Riñones son los responsables de filtrar, depurar y equilibrar la sangre. En la insuficiencia renal avanzada esta capacidad esta anulada y los productos nitrogenados (junto a fosfatos, sulfatos, y ácidos orgánicos) se acumulan en la proporción a la pérdida de masa nefrológica, por lo que el manejo nutricional y de la dieta se considera crucial, en el tratamiento de la IRC por lo que todo paciente con insuficiencia renal crónica debe ser evaluado por algún Nutriólogo renal.

Deben establecerse recomendaciones específicas referentes a la ingestión de proteínas, sal agua, potasio y fosforo.

Objetivos:

- Objetivo de la dieta en pre diálisis.
- Retrasar la progresión de la insuficiencia renal.
- Evitar la toxicidad urémica.
- Mantener nutrido al paciente.

OBJETIVO DE LA DIETA EN DIALISIS

1 Mantener nutrido al paciente

2- cuidar la ganancia de peso interdialisis

¿Cómo llevarlo a cabo?

1.- Restricción de sodio y agua.

En la insuficiencia renal avanzada el riñón es incapaz de adaptarse a cambios grandes en la ingestión de sodio. Ingestiones superiores de 3 a 4 g/día pueden causar edema, hipertensión, e insuficiencia cardiaca congestiva, mientras que ingestiones menores de 1/g día tal vez conduzcan a depleción del volumen e hipotensión. Para el paciente que no se encuentra en diálisis y se aproxima a insuficiencia renal terminal la recomendación inicial es de 2 g/día. La restricción salina suele bastar para frenar la sed y mantener el equilibrio del agua.

La medición de la diuresis nos orienta, sobre los requerimientos hídricos de estos pacientes que deben ser el volumen de diuresis más 500-1000 ml aproximadamente por regla general a los enfermos hipertensos y con IRC (Cuando la filtración glomerular es inferior a 10 ml/min) es necesaria la dieta hipo sódica. Sin embargo existen nefropatías de sal que conducen a un balance hidrosalino negativo, medir la excreción de sodio urémico en 24 horas es enormemente útil para valorarlo por tanto los aportes de agua y potasio deben ser individualizados. Practica orientativa de la administración restricción de 1.5 – 2 gramos en paciente con HTA o con retención de líquidos.

PROTEINAS

Dado que IR conduce a la retención de productos nitrogenados, el principio de restricción proteica ha prevalecido durante décadas en el manejo dietético de la uremia.

Con la utilización de dietas hipo proteicas se han conseguido básicamente tres objetivos:

- 1.- prevenir la función renal
- 2.- prevenir la aparición de síntomas urémicos.
- 3.- mantener al mismo tiempo el estado nutricional del paciente.

Sin embargo a pesar de la amplia información, la eficacia de la restricción proteica continua siendo un tema controvertido, parece ser que depende en cierta medida de la etiología de IRC.

Si se busca retrasar lo posible la progresión de la IRC deberá iniciarse la restricción proteica desde etapas tempranas de la misma. Si lo que se pretende es, sobretodo prevenir la aparición de síntomas urémicos, deberá iniciarse dicha restricción cuando el BUN está por encima de 90/día que corresponde a un aclaramiento aproximado de 25 ml/min.

Esta parece ser la postura más prudente como criterio orientativo esta puede ser la pauta:

La ingestión de proteínas no debe exceder 1g/kg/día, y si la restricción de proteínas demuestra ser benéfica debe ubicarse entre 0.6 y 0.8g/kg/día.

POTASIO

El riñón es la principal vía de eliminación de potasio y su acumulación puede provocar arritmias. En la etapa de pre diálisis no existen mayores dificultades para mantener la homeostasis, del potasio; la restricción del potasio es necesaria una vez que VFG ha caído por debajo de 10 a 20ml/min. Los pacientes deben recibir listas detalladas en cuanto al contenido de potasio en los alimentos y limitar su ingestión a menos de 60 a 70 mEq/día. La ingestión normal es de aproximadamente 100mEq/día.

FOSFORO

Restricción de fósforo es una complicación frecuente en la IRC, que estimula la secreción de PTH y favorece la aparición de calcificaciones extra esqueléticas. La ingesta de fósforo es proporcional a la de las proteínas por lo que en la etapa de pre diálisis, la restricción proteica conlleva la reducción discreta de la ingesta de fósforo.

Sin embargo esta no puede ser suficiente cuando el filtrado glomerular es menor de 15ml/min debiendo recurrirse a los ligantes intestinales del fósforo. Los niveles del fósforo deben mantenerse por debajo de 4.5mg/dl, aunque son aceptables concentraciones <5.5mg/dl. Los alimentos ricos en fósforo como las bebidas de cola, huevo, productos lácteos, y carne deben limitarse.

La insuficiencia renal en los pacientes con VFG > 10 a 20 ml/min deben restringir la ingestión de fósforo de 5 a 10 mg /kg/día. Por debajo de esta VFG, se requieren de ordinario fijadores de fósforo.

MAGNESIO

El magnesio se excreta principalmente por los riñones. La hipermagnesemia peligrosa es poco frecuente, a menos que el paciente ingiera medicamentos con un alto contenido de magnesio o lo reciba parenteralmente. Todos los laxantes y antiácidos que contengan magnesio están contraindicados en la insuficiencia renal.

ALIMENTOS NO RECOMENDABLES

- Pescados en aceite, ahumados, vísceras, pates, conservas, concentrado de pescado.
- Verduras y hortalizas con alto contenido en potasio: calabaza, acelga, espinaca, berro, coles de Bruselas, alcachofa, apio, zanahoria, champiñones, leguminosas.
- Todo tipo de chocolates, dulces, leche condensada.
- Galletas saladas papas fritas, purés.

- Salsas, mayonesas, manteca, tocino, embutidos, no abusar de margarina y mantequilla.

SAL Y ALIMENTOS RICOS EN SODIO

- Plátano, aguacate, jitomate, durazno, coco, dátiles, higos
- Refrescos, jugos, caldos y sopas de carne y verduras.

Es evidente que la dietética renal juega un papel esencial en el tratamiento conservador y satisfactorio de la IRC. Pero el seguimiento del régimen conlleva estas restricciones y limitaciones para el paciente. NUTRICION debe impartir los conocimientos y consejos de la dietética renal a los pacientes y ayudarlos. Con apoyo y afecto para que puedan cumplirla, con una información comprensible un plan positivo para los pacientes, esto es el primer paso para un tratamiento satisfactorio.

COMO ABORDAR CON EL PACIENTE LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON DIALISIS

La única indicación actual mediante la (DC) es la insuficiencia renal crónica en fase terminal Independientemente de la etiología o de los condicionamientos económicos sociales y culturales o de otro tipo. La evolución de la IRC es inexorablemente a insuficiencia renal crónica, llegando a un determinado deterioro de la función renal menos de 15 GFR, solo con substitución de diálisis o trasplante, puede el paciente evitar la muerte, no hay más alternativas. El paciente debe comprender cuál es su situación en general. Se puede transmitir la información y pareciera que fuera suficiente.

Sin embargo hay situaciones clínicas en las que no se considera adecuado para un paciente iniciar un tratamiento con diálisis ya que este tratamiento exige mucho sacrificio cuando el beneficio esperable es de una vida corta y de mala calidad.

Motivos de exclusión:

- ❖ Esperanza de vida inferior a seis meses.
- ❖ Neoplasia incurable.

- ❖ Enfermedades Cardíaca o Pulmonar.
- ❖ Demencia.
- ❖ Necesidad de sedar o sujetar al paciente.
- ❖ Rechazo voluntario.

A la hora de afrontar situaciones de este tipo hay que tener muy en cuenta los extremos de la terapéutica. Sin duda los extremos son malos, pero están en general bien definidos dando lugar a pocas dudas. Los problemas éticos y de conciencia están en situaciones intermedias donde es frecuente que incluso entre profesionales muy experimentados haya diferencia de criterio. Hay que tener en cuenta que se trata de una terapéutica en la que lo que se plantea es si el paciente muere por causas naturales en pocos días, o de establecer un tratamiento (penoso que implica a terceros además de ser costoso) que puede tener pésimos resultados.

EXTREMOS DE LA TERAPEUTICA

Obstrucción	Abandono
Omnipotencia medica	sobreestimar limitaciones
Adoración Tecnológica	Infra estimar el deseo de vivir
Nunca Renunciar	

Hoy no hay duda que hay que seguir con exactitud, los principios de la Bioética de ellos el que ha sido más difícil de aceptar es la AUTONOMIA.

Tradicionalmente la clase médica ha decidido por el paciente, en su mejor interés sin duda en la mayoría de los casos (paternalismo). Esta actitud no se puede aceptar más si el paciente no puede decidir debe ser la familia. Para ello se ha creado el concepto de voluntad anticipada.

Hay que informar ampliamente al paciente o en su caso a la familia con términos que puedan comprender sobre el tratamiento, consecuencias y pronóstico. Para que puedan tomar una decisión sabiendo las implicaciones futuras de esta decisión.

La información con frecuencia es difícil exige mucho tiempo, usualmente varias entrevistas las diferencias culturales se presentan en toda su extensión. El paciente tiene todo el derecho, con o sin explicaciones a cambiar de criterio cuando lo considere oportuno

PRINCIPIOS DE BIOETICA

NUEVOS CONCEPTOS

- | | |
|------------------|---------------------|
| .Autonomía | .Calidad de vida |
| .Beneficencia | . Muerte digna |
| .No maleficencia | . Calidad de muerte |

De acuerdo con estas ideas y nuevos conceptos. La voluntad anticipada debería ser básica. Puesto que diferentes personas pueden ver la misma situación vital como aceptable o como insoportable, y tomar ante ellas actitudes radicalmente distintas y nadie puede sustituir al paciente en su elección.

Los profesionales deben ayudar al paciente a seguir el camino elegido, estén o no de acuerdo, hay multitud de orientación para informar la de Hirsch es bien representativa, hay que recordar que la información lleva tiempo y esfuerzo por parte de los profesionales.

INFORMACION DE HIRSCH (1994)

- ❖ No negar el tratamiento.
- ❖ Informar con detalle.
- ❖ Expectativa de vida.
- ❖ Calidad de vida esperable.
- ❖ Frecuencia de hospitalizaciones.
- ❖ La decisión final sin presiones es solo del paciente.

La mirada del tratamiento debería ser exclusivamente para el bienestar del paciente y aceptando que solo él sabe cuál es su CALIDAD DE VIDA y si quiere seguir viviendo en esas circunstancias.

Con el fin de establecer un futuro objetivo y planear un tratamiento prolongado eficaz es preciso estar atento a una serie de premisas. Adecuadamente establecidas y aceptadas por el paciente. Esto sería un buen comienzo porque en la mayoría de los casos va a ser un tratamiento, de por vida que compartirán, el paciente familiares, y profesionales.

SIETE RECOMENDACIONES AL PERSONAL

(LIBERMAN 1997)

- ❖ Empezar el tratamiento con pronóstico realista.
- ❖ Establecer expectativas Razonables.
- ❖ Permitir y estimular la colaboración.
- ❖ Trabajar para resolver problemas.
- ❖ Evitar implicaciones personales*.
- ❖ Requerir disciplina al paciente.
- ❖ Establecer y mantener reglas.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA O TANATOLÓGICA

INTERVENCIÓN CON EL PACIENTE EN DIALISIS Y SU FAMILIA

(CONTENCIÓN)

La información en sentido integral es un aspecto importante y constituye un elemento fundamental para generar esperanza, realismo y percepción de control. Una visión integral de la información de la enfermedad renal, implica no solo la información acerca del diagnóstico y su tratamiento y pronóstico, si no también información acerca del impacto que la enfermedad puede producir en el paciente y en la familia.

Manejo de emociones, conocer acerca de la enfermedad de sus síntomas como su manejo y su capacitación previsiones sobre el futuro, de la posibilidad de participar en la toma de decisiones, mantener contacto estrecho entre los profesionales de salud, los pacientes, el cuidador principal y familiares.

La adquisición de información es un mecanismo importante de afrontamiento del estrés. Esto ayuda a la disminución de la INCERTIDUMBRE, respecto a la enfermedad y como enfrentarla y la posibilidad de tomar el control de los acontecimientos dar a los enfermos y cuidadores la percepción de control. El control percibido por los cuidadores reduce la respuesta del estrés fundamentalmente por la ganancia de información y la respuesta anticipatoria a cualquier contratiempo y esto les brinda mayor seguridad.

CRISIS RELACIONADA CON ALTERACIÓN EN LA SALUD FÍSICA

La pérdida de la salud se constituye como una crisis circunstancial y que no tiene que ver con el proceso natural, de maduración de las persona, estas crisis son impredecibles y tienen poca o ninguna relación con la edad, o etapa de desarrollo en consecuencia pueden afectar a cualquiera en cualquier momento las principales características de una crisis circunstancial son:

- Es un trastorno repentino.
- Es inesperado.
- La calidad de una urgencia , lo que implica es una acción inmediata
- Pueden tener un impacto potencial sobre varias personas.
- Peligro y oportunidad, esto implica que las crisis producen desorganización, pero permiten que las personas adquieran niveles de funcionamiento más alto.

Las crisis generadas por alteración en la salud asociadas a un proceso de duelo por la pérdida de la salud y además, por una confusión mental y dolor emocional, al enfrentarse con la amenaza de muerte. La Dra. Elizabeth Kubler-Ross, señala que la persona durante este tipo de crisis experimenta cinco fases:

1.- **Negación y aislamiento:** La persona niega que lo que está sucediendo es real.

2.- **Cólera:** se expresa por la impotencia ante la enfermedad, o la muerte próxima esta fase está acompañada de sentimientos de molestia culpa, envidia conductas agresivas.

3.- **Regateo:** es un intento por posponer la muerte, se hace un trato con DIOS donde hay ofrecimientos y premios de por medio.

4.- **Depresión:** ocurre cuando la persona enfrenta la pérdida de su salud y lo que ello implica, es decir, su independencia, actividades inconclusas, y por todo lo que conforma, su diario vivir. La depresión es una forma realista de enfrentar la verdad, para unos se expresa en llanto, y desesperación, para otros un dolor callado y sordo.

5.- **Aceptación:** por lo general en esta fase la persona se encuentra muy cansada y débil se observa en la persona calma física y espiritual.

NO todas las personas que se presentan con procesos de salud experimentan estas fases en su totalidad o en el mismo orden algunas viven en repetidas ocasiones varios estadios o no experimentan alguno. A pesar de que estas fases son descritas solo por las personas que tienen la enfermedad. Los miembros de la familia también experimentan el proceso del duelo y aunque de forma diferente, sufren y comparten el dolor con su ser querido.

Cuando la persona enferma y su familia recibe información cargada de emoción como son las noticias de un diagnóstico, tratamiento o pronóstico, suelen estar muy ansiosos, y por lo tanto menos capaces de tomar decisiones adecuadas y resolver sus problemas con coherencia.

El impacto de la noticia sacude a todo el sistema familiar y a la vez todos tratan de absorber, gran cantidad de información alarmante. El paciente y su familia tratan de recobrar el control de la situación abrumadora buscando la mayor información.

Los múltiples cambios y pérdidas que ocurren durante este periodo de crisis provocan sentimientos de pena y dolor y además el paciente y sus familiares a menudo se enfrentan, con problemas tales como la pérdida de control de la situación, cambios en la imagen corporal y modificación de sus papeles y relaciones de vida.

La información sobre la existencia de la enfermedad y su respectivo tratamiento es, en la mayoría de los casos es dada por el médico, sin embargo son otros los miembros del equipo de salud quienes continúan el contacto con el paciente y su familia durante el curso de la enfermedad, y por lo tanto están en posición de poder seguir la trayectoria del proceso de resolución de la crisis y realizar las intervenciones importantes (psicología, tanatología, trabajo social).

El segundo punto incluye las correlaciones somáticas de todas las crisis, ya sea que se empiecen o no con el daño físico de la enfermedad.

El reto para el equipo de salud, en estas circunstancias es el diagnóstico, apropiado de la relación entre síntomas físicos, y las crisis de la vida (problemas económicos, conflictos familiares, desempleo, o cualesquiera) y hacer las recomendaciones de tratamiento o proporcionar referencias para la terapia de crisis, congruentes con los principios de la resolución eficaz de esta.

Las personas que experimentan crisis por alteración de salud, así como por el tratamiento específicamente, los que sufren de insuficiencia renal y deben ser sometidos a tratamientos sustitutivos, como el tratamiento de Diálisis o Hemodiálisis ya sea en el hospital o en casa, deben tolerar algunas tensiones psicológicas, como son los conflictos entre las necesidades de dependencia VS independencia, una relación con un objeto inanimado (DIALIZADOR) ambivalencia entre la vida y la muerte y los conflictos interpersonales relacionados con el personal de la unidad de diálisis, el cónyuge u otros familiares del paciente sin olvidar los problemas económicos.

Las personas que son sometidas a trasplante renal están bajo un estrés constante grave que a menudo precipita una serie de crisis continua, que amenaza la vida; esto es por el reagudizamiento de las manifestaciones de la enfermedad o por los tratamientos que por métodos artificiales prolongan la vida del paciente, es por ello que una vez abordada, la crisis inicial el proceso de intervención, psicosocial con las personas candidatas al trasplante deben continuar en terapia .

Para una buena intervención en el proceso de la crisis es útil considerar que la persona es como un sistema conformado de varios subsistemas. Podemos entonces considerar a una persona como un sistema cuyo funcionamiento CASIC incluye cinco subsistemas.

1. **Conductual:** Patrones de trabajo, juego, ocio, dieta, hábitos de alimentación, conducta sexual, hábitos de sueño, presencia suicidio, conductas agresivas etc.
2. **Afectivo:** Sentimientos sobre cualquiera de las conductas expresadas anteriormente, sentimientos como ansiedad, cólera, depresión, tristeza, confusión, preocupación, miedo, etc. La capacidad para enfrentar las circunstancias de la vida.
3. **Somático:** Funcionamiento general, salud, dolores de cabeza, y cualquier otro malestar somático.
4. **Interpersonal:** Naturaleza de las relaciones familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo frecuencia con las que cultiva sus relaciones.
5. **Cognoscitivo:** Día normal y sueño de noche, imágenes mentales sobre el pasado y el futuro autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez filosofía de vida, delirios, alucinaciones, ideación paranoide, actitudes generales (positivas o negativas) hacia la vida.

La evaluación debe hacerse en cada una de las áreas para determinar el área donde hay mayor desorganización en este momento de crisis apoyarse de las áreas donde cuenta con mayores recursos para así facilitar el equilibrio y resolución de esta.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION:

- ❖ Contribuir con el enfrentamiento y superación de la crisis generada por el proceso de la enfermedad y el tratamiento (Diálisis, Hemodiálisis, o trasplante).
- ❖ Movilizar y potenciar recursos personales y familiares.
- ❖ Propiciar la comprensión y aceptación del proceso de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los enfermos renales, viven cada vez más años de forma general. ¿Pero cómo los viven?

A diferencia de pacientes oncológicos o con patologías agudas en las que se puede determinar si el tratamiento ha sido eficaz, o la enfermedad continuara progresando en el enfermo renal el límite es difuso.

Desde que la función renal se deteriora tanto que se requiere tratamiento sustitutivo, la enfermedad no hace sino progresar, conduciendo a la persona que la padece a un deterioro más o menos rápido según la patología base, edad, condiciones sociales, afectivas, económicas etc. La cuestión no es si le quedan pocos o muchos años de vida, sino cuidarse desde el principio hasta el final.

Planteado de esta forma se trata de introducir los Cuidados Paliativos a medida que progresa la enfermedad, y aumenta el sufrimiento. Cuando alcanzan la fase final la IRC fase V, esta consideración es muy importante para valorar sus necesidades y establecer pautas de actuación ante los distintos problemas que plantea un enfermo renal terminal, estos enfermos concurren con una serie de características que definen la enfermedad terminal y que la insuficiencia renal cumple, en mayor o menor grado en las etapas finales de la enfermedad.

- Presencia de una enfermedad avanzada progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

- Gran impacto emocional en el paciente y la familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia explícita de la muerte
- No necesariamente un pronóstico de vida inferior a seis meses, en pacientes con insuficiencias orgánicas específicas.
- Cuando la ciencia es incapaz de curar o mantener la vida, es el momento de acudir a los Cuidados Paliativos.

“El que no se pueda hacer nada para detener la extensión de una enfermedad no significa que no haya nada que hacer”

Dra. Cicely Saunders” (Pionera de los cuidados paliativos).

Muchos pacientes con enfermedades en fase terminal pueden vivir sus últimos días, cuando reciben los cuidados adecuados y se presta mayor atención a las necesidades de la familia. Pero para que un enfermo muera en paz, con dignidad, se requiere de proporcionarle un buen control de síntomas molestos y apoyo emocional conforme se adapta a una incapacidad física y creciente y experimenta con anticipación la pérdida de la familia amigos y todo lo cercano.

Los cuidados paliativos pueden conseguir elevar la calidad de vida que permanece y son para muchos enfermos, sin posibilidades de respuesta a los tratamientos específicos, el único abordaje realista y humano en sus difíciles circunstancias. Pensamos que recibir unos cuidados paliativos competentes no debe ser un privilegio, sino más bien un derecho de todo enfermo en estado terminal los cuidados paliativos están destinados a mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden por más tiempo al tratamiento curativo e intentan controlar no solo el dolor físico y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento en pocas palabras el dolor total para conseguir que estos enfermos vivan en plenitud hasta el fin de sus días y tengan una muerte digna.

Los cuidados paliativos tienen los siguientes objetivos:

- ❖ Reafirmar la importancia de la vida, considerar a la muerte como un proceso normal.

- ❖ Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la prorrogue.
- ❖ Proporcionar alivio al dolor y de otros síntomas molestos.
- ❖ Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del enfermo.
- ❖ Ofrecer un sistema de apoyo a los enfermos y a su familia para que puedan tener una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte. Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que puedan enfrentar la enfermedad y sobrellevar el duelo trabajando siempre en esta triada (familia, paciente y equipo de salud).

Los cuidados paliativos se encargan del manejo de los pacientes con enfermedad activa, progresiva avanzada para los que el pronóstico de vida es limitado y el objetivo del cuidado es la calidad de vida. Comprende los tratamientos y cuidados médicos. (Control de síntomas desagradables, los dolores psicológicos y así como el apoyo espiritual, destinados a aliviar el sufrimiento y mejorar el confort, proclama el valor de la vida humana en cada momento.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS:

Suponen un redescubrimiento de viejas verdades, una profundización en el imprescindible componente humanístico de la medicina.

La combinación de sensibilidad, compasión, motivación y actitud. Existen dos momentos de alto estrés emocional en los enfermos de IRC, el momento del diagnóstico, el tratamiento, y el segundo en la fase terminal de la enfermedad.

Mientras persista el sufrimiento de miles de seres humanos moribundos. Podemos hacernos esta pregunta ¿es posible un auténtico progreso sin cuidados paliativos?, lejos de la creencia tan común todavía en los medios profesionales del sector salud, de que en la proximidad de la muerte no se puede hacer nada es preciso tomar conciencia de que el deber profesional va más allá de intentar una curación, por lo cual cuando esto no sea posible se deberá enfatizar todos los aspectos de cuidar tanto a nivel de los síntomas físicos como todas aquellas otras situaciones que afectan al enfermo y su familia .

Atender profesionalmente al enfermo y a su familia es comprender la compleja situación a la que están enfrentados y desarrollar en consecuencia, métodos y recursos específicos útiles para hacer frente a la situación.

“Tú eres tú, porque tú eres tú,
Tú eres importante hasta el último
Momento de tu vida, por lo tanto
Yo haré todo lo posible por aliviarte
Cada uno de tus síntomas pero principalmente
Te ayudare a que vivas hasta que mueras”

DRA. CICELY SAUNDERS.

Su estructura está constituida por un (medico algólogo, enfermera, trabajo social, psicólogo, Tanatólogo, nutriólogo, fisioterapeuta, ministro religioso)

INTERVENCIÓN

El modo de intervención de un equipo depende de su estructura. La mayoría de los equipos evoluciona hacia un patrón de intervención flexible relacionado con la complejidad de los enfermos, con una intervención puntual de la evaluación de necesidades asumiendo la responsabilidad de la atención continuada del enfermo de una manera integral e integrada de la atención en la que no solo se realiza un diagnóstico y una prescripción, si no que incluye una evaluación interdisciplinaria de necesidades generales una propuesta terapéutica global (Fármacos, + medidas generales+ apoyo emocional +social y de la familia) compromiso de seguimiento y atención continuada. Los cuidados paliativos se conocen también como cuidados intensivos de confort, por que procuran facilitar todo lo que sea capaz el reducir o evitar el sufrimiento a través de medios preventivos, curativos o rehabilitadores todo esto buscando el mayor bienestar para el paciente el compromiso del equipo con el paciente y la familia se sustenta en el no abandono del caso bajo ninguna circunstancia y en su disponibilidad permanentemente. Los aspectos emocionales del enfermo y su

familia son de vital importancia dentro de los cuidados paliativos, son atendidos por el equipo completo, de manera más específica por la psicólogo o Tanatólogo que asume el caso, con el fin de orientar saludablemente el proceso de duelo anticipatorio, preparar a la familia y al paciente para vivir sanamente el evento próximo de la muerte y propiciar conductas sanas y reparadoras.

Los cuidados paliativos consideran que la fase final puede ser útil no solo para conseguir el alivio de las molestias del enfermo, reducir la sensación de amenaza. Que estas significan para su vida, sino también para ayudarle, si es posible en su propia realización personal y en la satisfacción de otras necesidades.

PRINCIPIOS ESENCIALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

1. Dar atención global al paciente a través, de un equipo interdisciplinar, con una actitud activa y positiva, de los cuidados.
2. Dar mucha importancia a la comunicación y al soporte emocional en las diversas etapas de adaptación a la enfermedad terminal.
3. Controlar los síntomas comunes de la enfermedad, especialmente el dolor, si es posible con tratamientos curativos de apoyo y prevención.
4. Reconocer al paciente y a la familia como una unidad.
5. Respetar los valores, preferencias, y elecciones del paciente.
6. Considerar siempre las necesidades globales del enfermo y aliviar su aislamiento, a través de ofrecerle seguridad de no abandono y mantenerlo informado
7. Proporcionar acceso a cualquier tratamiento que de forma realista se espere que mejore la calidad de vida del paciente, incluidos los tratamientos alternativos , o no tradicionales
8. Proporcionar acceso a los cuidados paliativos y a unidades de enfermos terminales
9. Respetar el derecho a negarse a recibir tratamiento
10. Respetar la responsabilidad, profesional del médico, para interrumpir algún tratamiento cuando proceda, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia.
11. Reconocer las preocupaciones del cuidador y apoyarle en sus necesidades mediante diversos servicios de soporte.

12. Ayudar a implementar el cuidado domiciliario.
13. Promover acciones para que el enfermo muera en paz.
14. Dar apoyo a la familia después de la muerte del paciente.

Las bases de los cuidados paliativos se realizan a través de cuatro elementos esenciales.

- ❖ Una buena comunicación.
- ❖ Un control adecuado de síntomas.
- ❖ Alivio del sufrimiento.
- ❖ Apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso de duelo.

“Tan importante es el objetivo de curar y prolongar la vida

Como el de ayudar a proporcionar una muerte en paz”

Hanson, MI. Callahan, D. 199

Hasta hace poco tiempo la relación de los profesionales de la salud hacia los enfermos era paternalista que seguía el aforismo hipocrático, este modelo considera que el deber del paciente es cumplir las órdenes del médico. Pero ahora con la democracia y la evolución social del respeto a las libertades se ha reconocido, el derecho de la autonomía del paciente.

Se reconoce al enfermo como un ser humano con toda su dignidad, respetando sus valores y se permite que el paciente participe en su proceso, teniendo derecho a opinar y a decidir lo que desea.

Para ello deberá recibir toda la información de la manera más adecuada facilitándole la comprensión, se trata de un modelo de atención centrado en el paciente, en el que se respetan los valores del enfermo la perspectiva que este tiene de su enfermedad y la responsabilidad moral, es compartida por el médico, el paciente, y la familia en la denominada declaración de Barcelona 2003. Los pacientes reivindicaron sus derechos en el llamado decálogo de los pacientes.

DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

- ❖ Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- ❖ Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.
- ❖ Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces, de mantener una sensación optimismo por mucho que varíe mi situación.
- ❖ Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar mi muerte.
- ❖ Tengo derecho a opinar en las decisiones que incumben mis cuidados.
- ❖ Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.
- ❖ Tengo derecho a no morir solo.
- ❖ Tengo derecho a no experimentar dolor.
- ❖ Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad
- ❖ Tengo derecho a no ser engañado.
- ❖ Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
- ❖ Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
- ❖ Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones más que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- ❖ Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano, que sea respetada tras mi muerte.
- ❖ Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.
“Michigan Inservice Education Council”

LAS NECESIDADES DE LOS ENFERMOS AL FINAL DE LA VIDA:

- **Fisiológicas:** Buen control sintomático.
- **Pertenencia:** Estar en manos seguras, sentirse útil, no experimentar ser una carga.
- **Amor:** Poder expresar afecto y recibirlo.
- **Comprensión:** Explicación de los síntomas y la enfermedad, oportunidad de discutir el proceso de fallecer.
- **Aceptación:** cualquiera que sea su ánimo y sociabilidad.
- **Autoestima:** participar en la toma de decisiones sobre todo, cuando aumente su dependencia de otros, oportunidad de dar y recibir.
- **Espirituales:** Búsqueda del significado y propósito de la vida deseo de reconciliación, perdón y afirmación de valores particulares y comunes.

Existen tres factores para atender con éxito las necesidades del enfermo.

- ❖ Explorar como percibe el paciente su enfermedad sus ideas y sentimientos sobre los problemas que tiene y sus expectativas.
- ❖ Procurar entender a la persona globalmente en el contexto que le rodea y el grado de soporte familiar con que cuenta.
- ❖ Encontrar juntos a través de una buena comunicación, cuáles son sus deseos, prioridades y objetivos del tratamiento y su posible participación.

Las complejas necesidades del enfermo y de su familia tienden a resolverse mejor por el trabajo en equipo Interdisciplinar. Es importante que entre todos ellos se hable un lenguaje común y que no exista una conspiración del silencio entre el paciente y la familia.

COMUNICACIÓN

La enfermedad tiende a dejar sin protección al enfermo y a revelar más fácilmente sus puntos fuertes y débiles por lo que es primordial desarrollar una buena comunicación que permita saber más de sus síntomas y percibir sus

preocupaciones, ya sea del diagnóstico del proceso de la enfermedad y sobre su tratamiento.

Todo esto brindará al equipo la oportunidad para controlar sus síntomas, apoyándole en sus necesidades, psicosociales, psicológicas, que influyen en su bienestar.

La naturaleza crónica de las enfermedades que acompañan la fase terminal hace que la entrega de la información necesite adaptarse a los cambios que se vayan produciendo con el tiempo y que se considere que deba ser más un proceso, a lo largo del tiempo y no un solo acto.

La falta de información es una fuente de ansiedad y estrés que altera al paciente, sobre el proceso del cuidado y evolución de la enfermedad, mientras que informarle adecuadamente mejorara el manejo psicológico y su calidad de vida. Para ello un acercamiento centrado en el paciente y basado en la escucha activa, la empatía, y la aceptación, con una respuesta apropiada a sus problemática, le permitirá al paciente tomar decisiones conjuntas.

Una buena comunicación refuerza el principio de autonomía, la autoestima, la seguridad, la búsqueda de ayuda realista la movilización de recursos y facilita la adaptación y colaboración del paciente disminuye la ansiedad en la familia y en el enfermo. Por esta razón es necesario que los profesionales no solo sean competentes para el diagnóstico y el tratamiento si no que aprendan a dar y a obtener información objetiva y que respete los valores de los pacientes y que les permita afrontar situaciones adversas, saber persuadir y negociar ante conflictos, y actuar como se debe ante los sentimientos de pérdida a los que se enfrenta por su enfermedad.

QUE PUEDE IMPEDIR LA ADAPTACIÓN A LA EFERMEDAD

1. La incertidumbre por falta de información o la conspiración del silencio entre el paciente, familiares y médico.
2. Decirle que no hay nada más que pueda hacerse.
3. Si el dolor y otros síntomas son olvidados.
4. Si el paciente se siente solo y olvidado.

5. Fomentar la sensación de pérdida de autonomía y de impotencia ante los hechos.
6. Persistencia de sentimientos negativos, tales como ansiedad, el medio, depresión.
7. Amenaza a la autoestima, procedente de los cambios corporales que se van produciendo por la enfermedad.

COMO AYUDAR AL ENFERMO EN LA ADAPTACIÓN DE SU ENFERMEDAD

La intervención del Psicólogo o Tanatólogo estará encaminada en ayudar al enfermo con eficacia y debe interesarse en:

- ❖ Conocer sus expectativas ante la vida y entender los valores y motivaciones que le pueden dar sentido en su vida.
- ❖ Tratar la depresión que es un problema grave en esta etapa.
- ❖ Averiguar qué es lo esencial para el paciente a fin de establecer objetivos, con metas realistas, combinadas con el interés y el apoyo del equipo de atención, pueden dar alivio hasta un 90% al paciente.
- ❖ Enfatizar y apoyar las oportunidades para el control personal, buscar su autonomía en la medida que le sea posible.
- ❖ La utilidad de la red de apoyo es evidente para el paciente, familia y cuidadores, incluso para el equipo.
- ❖ La percepción o no de este apoyo lleva por si solo a un patrón de acompañamiento que disminuye o aumenta, el riesgo de empeorar y aceptar su tratamiento.
- ❖ Comunicarle esperanza.
- ❖ Permitir que el enfermo exprese sus sentimientos sean agradables o desagradables.
- ❖ Mantener una escucha empática.
- ❖ Reafirmar sus valores y experiencias.
- ❖ Exploras sus miedos y fantasías.
- ❖ No abandonarlo.
- ❖ No mentir ni hacer promesas que no se puedan cumplir.

- ❖ El control de sus síntomas físicos y psicológicos, solo cuando ellos son atendidos y controlados el propio ser humano puede enfrentar su propia experiencia de morir.

EL APOYO A LA FAMILIA

Es un tema, básico en la paliación porque esta constituye con el enfermo una unidad de tratamiento. Lo que le suceda a uno influye en las dos partes. Por estos motivos la medicina actual ha experimentado un cambio en las actitudes hacia la familia, pues si bien la dedicación al enfermo es esencial para su recuperación, no lo es menos la atención que se dé a su familia y amigos que necesitan información, apoyo psicológico y ayudas físicas y económicas, no en vano la presencia de trabajo social, aumenta tan significativamente la ayuda para la familia.

El apoyo en la familia deberá incluir el hacerles partícipes de los cuidados del enfermo, si lo desean porque ello, a la vez que les permite, mostrarle su afecto, les reduce la sensación de culpabilidad y les facilita el proceso de duelo posterior, establecer una buena relación con el paciente y sus familiares basada en la confianza aumenta el cumplimiento del tratamiento y el mejor control sintomático. La calidad de vida puede mejorar no solo cuando “objetivamente” se hace sentir mejor a los pacientes, si no cuando estos sienten que estamos tratando de ayudarles y se da soporte a su familia.

POTENCIACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR

La enfermedad provoca un desequilibrio en el paciente y la familia que se puede restaurar con el triángulo terapéutico paciente, familia, y el equipo médico, que reconoce la potencialidad de la familia y el enfermo como agentes de su propia salud y que les facilita participar y sentir que tienen cierto control sobre la atención médica. Este triángulo establece y fomenta un compromiso de apoyo grupal que contrarresta la soledad que vive el enfermo en las primeras etapas, reduce de manera importante el sufrimiento y permite establecer un plan conjunto para atenderle mejor.

Ventajas del trabajo conjunto Equipo-Familia.

- Clarifica el objetivo o el marco donde se quiere trabajar.
- Facilita compartir la misma información.
- Permite formular un plan terapéutico más real.
- Evita el miedo a sentirse obligado a mostrar un tipo de comportamiento o conducta.
- Favorece la comunicación en la familia y entre el equipo.
- Detecta las necesidades de formación de los diferentes miembros del equipo y de la familia.
- Respeta su intimidad, dado que no se les exige dar una respuesta inmediata ante la necesidad de tomar decisiones.
- Reconoce el valor y la importancia de cada miembro familiar independientemente de su implicación.
- Facilita un seguimiento continuo.

Es importante conseguir un clima adecuado y para ello es conveniente reunir a la familia periódicamente con el equipo de cuidados paliativos, incluyendo en ocasiones al enfermo creando un espacio donde todos puedan expresar sus dudas y sentimientos.

Estar abiertos a sus necesidades familiares sus miedos, sus dificultades, para entenderles y prestarles mayor apoyo. Será básico para su proceso adaptativo y reportara un beneficio claro a la familia y al cuidado del enfermo.

La familia se sentirá más segura cuando conozca cómo debe cuidar al enfermo, cuidados de higiene y de confort, cuidados sobre la actividad física que debe desarrollar alimentación adecuada a las preferencias del enfermo y no obligarle si no quiere comer .

Qué hacer si el enfermo tiene más dolor o cuando sufre un agravamiento en su proceso. Será importante el apoyo psicológico o tanatológico, para enseñarles la importancia del acercamiento con el paciente, la importancia de las muestras de amor, las respuestas sinceras, y muchas veces simplemente estar con él.

Los familiares tienen que aprender nuevas habilidades para el cuidado directo en la evolución del proceso de la enfermedad. (Alimentación, higiene, cambios

de postura, curaciones específicas, evacuación, control de líquidos, control de síntomas). Deberán también aprender a comunicarse entre sí y con el enfermo, saber el valor de la escucha, el de la presencia física, compartir los miedos dolorosos. Permitiendo que el protagonista sea el enfermo.

Descubrir las necesidades físicas, psíquicas, y sociales del enfermo terminal y ayudarles a adaptarse, la familia es la columna donde se sustenta el proceso de atención por parte del equipo. La Familia también sufre este proceso y como principal sustentador de cuidados debe recibir ayuda por parte de los profesionales.

EL CUIDADOR

La presencia de un enfermo crónico en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas, entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones, en especial si el paciente es uno de los cónyuges. Muy pronto se hace necesaria la figura del cuidador y la familia o allegados deberán reunirse para decidir si se le va atender en casa y la asistencia que va a precisar, reconocer las necesidades del enfermo la disponibilidad de tiempo de los diferentes miembros de la familia su experiencia en el cuidado y la voluntad de participar y de aprender hacerlo, la posibilidad de la economía familiar para valorar si va hacer posible contratar ayuda externa o no etc.

De esta reunión deberán salir ideas generales de actuación para que la familia siga funcionando unida ante estas nuevas circunstancias y el posible cuidador principal esto es el coordinador de la asistencia y relación con el equipo sanitario.

¿QUE ES EL CUIDADOR?

Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo por lo general.

Su esposo /a, hijo/a, un paciente cercano o significativo .Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados , ante la dura verdad que afecta a su

familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. Antes de asumir las responsabilidades el cuidador principal deberá tener los siguientes elementos.

- Información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su evolución.
- orientación sobre que hacer frente a las carencias progresivas , y a la crisis que puede tener la enfermedad
- Saber organizarse.
- Valorar los recursos de los que dispone.
- Apoyo físico de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir el cuidado que tienen otros miembros de la familia.
- Conocer cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntariado, servicios de bien estar social).
- Mantener si es posible sus actividades habituales.
- Cuidarse.
- Planificar el futuro y prepararse para recuperar la normalidad tras el fallecimiento de su ser querido.

ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO

Para ser eficiente en la atención del enfermo debe saber organizarse y conservar la información relevante sobre los asuntos que afectan al paciente siendo recomendable llevar una carpeta con separadores esta llevara su nombre y procurara los siguientes comportamientos:

1. Información personal.
2. Familia y amigos.
3. Seguridad social.
4. Información de salud, profesionales (todo lo relacionado con su salud, citas, medicamentos, etc.).
5. Listado de necesidades.

6. Fuentes de ayuda locales.
7. Pendientes del paciente.
8. Arreglos finales.

PROBLEMAS QUE PRODUCE EL CUIDADO CRÓNICO

Los cuidadores domiciliarios precisan de mucho apoyo por que atender a un enfermo en casa representa un cambio muy sustancial, en sus vidas para el que están muy poco preparados necesitan comprensión de sus problemas, y dificultades de trabajo (cuidados de salud se auto medican demasiado por no tener tiempo para visitar al médico) educación sobre cómo atender a los enfermos, las necesidades psicosociales en la enfermedad aumentan según su duración, hasta constituir un 70% de todos los requerimientos del paciente.

La labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo por un tiempo prolongado, produce con frecuencia en el responsable de cuidado cansancio, irritabilidad, pérdida de autoestima, desgaste emocional severo y otros trastornos que se conocen como el síndrome del quemado Burn-out que puede llegar a impactarle seriamente para continuar con la tarea.

Signos de Burn out

❖ Irritabilidad	❖ Pobre concentración
❖ Astenia , fatiga ,insomnio	❖ deshumanización de la asistencia
❖ Estado depresivo, falta de organización	❖ Pérdida del sentido de prioridad
❖ Sensación de fracaso	❖ Mayor automedicación
❖ Síntomas somáticos	❖ Aislamiento social

El agotamiento en la relación de ayuda se puede originar en un desequilibrio entre la persona que apoya, la que recibe esa asistencia y el ambiente donde esta se afecta.

El quemamiento se produce básicamente por:

- a) La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes le atienden.
- b) Repetición de las situaciones conflictivas.
- c) La posibilidad de dar de sí mismo de forma continuada.

Medidas para prevenir el quemamiento del cuidador

El cuidador debe recordar que la primera obligación que tiene después de cuidar al enfermo es cuidar de sí mismo y saber cómo se previene el desgaste físico y emocional que produce el trabajo continuado con un enfermo. Es importante que conozca técnicas sencillas para atender mejor al enfermo para movilizarse, alimentarle, administrar la medicación. Sobre las complicaciones, debe disponer de un fácil acceso a los servicios sanitarios domiciliarios es importante que se deje ayudar y distribuir de forma más equitativa el trabajo.

Hacer roles de cuidado con la familia, para no sobrecargar al cuidador primario con el fin de que pueda tener tiempo para él, para descansar, para que procure hacer las actividades que le agradan, es saludable que mantenga su círculo de amigos y que pueda contar con una persona de confianza para hablar abiertamente de sus sentimientos y encontrar salida a sus preocupaciones.

Su red de apoyo social, sus entretenimientos y ocupaciones, sirven para que siga en contacto con la corriente de la vida y le facilitara rehacer su existencia fácilmente después de la muerte de su ser querido. Es importante considerar los siguientes aspectos para tratar de llevar una vida menos tensa y más adaptada:

- Procurar encontrar las propias metas y las motivaciones profundas que llevan hacer este trabajo.
- Practicar un egoísmo altruista y cuidar de sí mismo y también de los demás, hacer acopio de la buena voluntad, la estima y apoyo social.

- Saber aceptarse a sí mismo tal como es, saber poner límites con amor, en ocasiones saber decir no y no generar culpa.
- No permitir que circunstancias básicamente neutras e inocuas se vuelvan causa de estrés para él. no tomar conductas negativas personales, ya sea del paciente o de la misma familia.
- Procurar ser optimista y cultivar el buen humor.
- Buscar tiempo para relajarse, meditar, descansar y estar con él.
- Cultivar la espiritualidad y una filosofía de la enfermedad, de la muerte y nuestro papel en la vida.
- Aceptar el hecho de que la vida se encuentra y se mantiene por procesos, tareas, y sucesos incompletos y procurar dejar de preocuparse, sin necesidad por cosas que no se pueden cambiar.
- Tratar de considerar las situaciones como oportunidades, retos y no como experiencias negativas y catástrofes.

El cuidador de un enfermo terminal merece ser atendido y comprendido con el mayor esmero posible porque es el eslabón final de la atención y un vínculo más que importante con el equipo de cuidados paliativos no se le debe dejar solo, hay que trabajar con él de manera que una de las manos este con el paciente y la otra conectada como puente al equipo de cuidados paliativos, el cual le sirve de soporte, permitiendo que llegue al enfermo la ayuda que necesita, por estas circunstancias no podemos permitir que este puente se derrumbe.

FORMACION DEL CUIDADOR PRIMARIO EN INSUFICIENCIA RENAL FASE TERMINAL

La atención del paciente urémico terminal en domicilio va a necesitar la implicación de la familia específicamente de un cuidador primario, primero que apoye en el proceso, centralice los cuidados del paciente y se relacione con el equipo de asistencia. La adecuada información y formación del cuidador permitirá mantener la atención del paciente, en su entorno domiciliario habitual y disminuirá la ansiedad y sobrecarga de la persona que asuma el papel principal del cuidado puede ser útil distribuir las tareas del cuidado dentro de la familia para evitar quemar a una sola persona, el cuidador va a requerir capacitación en distintos aspectos.

- ❖ Conocimiento de la enfermedad y evolución esperable.
- ❖ Medicación del paciente.
- ❖ Monitorización de parámetros.

La medición de parámetros se realizara de forma adaptada al paciente.

Parámetros recomendables:

Presión arterial, control de peso, medición de la glucosa en caso de pacientes diabéticos, perfiles según nivel de control, ajuste de tratamiento y con esto prevención de descompensaciones. Es necesario recordar que el deterioro renal, se acompaña de menor degradación de la insulina ya sea propia o exógena.

Esta situación hace conveniente reevaluar analíticamente al paciente con frecuencia puede ser necesario prescindir de la insulina en fase avanzada es útil contar esfigmomanómetro (digital) para el registro de la presión, un glucómetro, termómetro.

- Medición de diuresis semanal, antes de la visita, si el paciente es incontinente se puede estimar pesando el pañal.
- Medición de líquidos administrados: (ingresos y egresos).

Sera útil para el cuidador el uso de una planilla para el seguimiento de control de parámetros.

MEDICACIÓN DEL PACIENTE

Puede ser útil que el cuidador disponga de una planilla donde se reflejara la medicación, dosis y vía de administración. En el caso de administrar la medicación subcutánea (eritropoyetina, analgesia) se entrenará al cuidador para su correcta administración informándole sobre:

- Normas de almacenamiento.
- Lugar de inyección, administración, técnica de inyección aséptica. reconocimiento de posibles complicaciones, obtención de fármacos de diagnóstico hospitalario.

Aunque se suele insistir en que las reacciones adversas a fármacos son tres veces más frecuentes en pacientes con IRCT, el contacto mantenido con el cuidador permite evitar dichos problemas. Es útil advertir a la familia de los posibles efectos secundarios de la medicación, hay que tener en cuenta que el paciente anciano con IRT se presentan frecuentemente interacciones, entre múltiples fármacos y como consecuencia efectos secundarios como norma será útil dar solo lo esencial y retirar todos los fármacos prescindibles de esta forma se reducen interacciones y mejora la calidad de vida, sin menoscabo de la supervivencia.

DIETA

La hiperoxia habitual limita por sí sola cualquier exceso dietético, por lo que no se recomiendan hacer restricciones en el aporte proteico y calórico, se recomiendan las carnes magras, pollo, ternera evitando cualquier tipo de pescado excepto el salmón en cuestión con la restricción de sodio, se llevara un mayor control en situaciones de sobrecarga de agua, que no se controle con diuréticos, orales o parenterales y la restricción del potasio en las escasas situaciones de hiperpotasemia repetida que no se controla al retirar fármacos retenedores de potasio. En estos casos se recomendará disminuir su consumo limitando los alimentos con alto contenido del mismo. Verduras y hortalizas legumbres y frutas son los alimentos que más potasio tienen el nutriólogo apoyara al cuidador con las indicaciones necesarias. Debe recomendarse el método de doble cocción, desechando el agua en la primera cocción, no olvidar la prohibición de todo tipo frituras, frutos secos y dulces, sal de dieta por el cloruro de potasio. El control exhaustivo del fosforo en este periodo y el esperable no aporta beneficios y complica la dieta, se recomienda evitar el uso de suplementos herbales.

MANEJO DE INCIDENCIAS.

Es útil adiestrar al cuidador en las incidencias previstas como crisis de disnea, dolor en función de la situación clínica de cada paciente. El cuidador y la familia deberán reconocer aquellos síntomas que requieran valoración por parte del equipo de apoyo

- Disminución de diuresis.
- Disnea.
- Dificultad respiratoria.
- Intolerancia total por la vía oral.
- Síndrome de dificultad respiratoria.

CONTROL DE SINTOMAS

El reconocimiento de los síntomas tanto físicos, psicológicos y espirituales (no solo de su presencia si no de su intensidad) y de su posible origen, constituye un paso esencial para elaborar su correcta terapéutica que basada en la atención al detalle y con un carácter interdisciplinar, de cómo resultado el bienestar del enfermo (Casel). Considera que no es posible tratar la enfermedad, como algo que le sucede solo al cuerpo, sino a toda la persona por que todo síntoma tiene una vivencia de amenaza que le ocasiona desamparo, soledad y dolor, es esencial comprender el sentido que tienen el dolor y otros síntomas para el paciente y los efectos que estos le ocasionan en su función.

En los últimos años se han desarrollado varios parámetros que permiten evaluar, tanto la intensidad como la influencia de los síntomas en el enfermo y su correcto tratamiento. En cuanto a los primeros el empleo de diversas escalas, como la EVA (escala visual), karnofsky. Nos permiten usar un lenguaje común de evaluación de intensidad y del nivel de respuesta el tratamiento. Los síntomas no tratados a su inicio se vuelven más difíciles en los últimos días por que la persona no se habitúa al dolor, si no que el dolor crónico no aliviado, cambia el estado de las transmisiones neuronales dentro del sistema nervioso central, con refuerzo de las vías de transmisión nerviosa, y la activación de las vías previamente silenciosas, solo su reconocimiento adecuado y la utilización de las numerosas técnicas y fármacos para su alivio en combinación con otras intervenciones de apoyo psicosocial, puede cambiar significativamente la situación de los enfermos, el empleo de un abordaje múltiple e interdisciplinar en el diagnóstico y en el tratamiento facilita al equipo tener un alto nivel de

vigilancia y asegura que se ofrezca un mismo nivel de cuidados a todos los pacientes.

(Torres y Cal) Proponen sustituir el termino escalera analgésica de la OMS por el termino de ascensor en su esquema se simula que el paciente está dentro de un “ascensor” cuyo suelo son los coadyuvantes analgésicos, y que disponen de cuatro botones para pulsar según el grado del dolor, leve: se bajara con el piso de los analgésicos no opiáceos (paracetamol, metamizol, o ibuprofeno) a dosis bajas.

Si pulsa en el moderado se subirá a un piso donde está el tramadol o codeína, habitualmente combinado con paracetamol o aines. Si toca el de grave, se dispondrá de opiáceos potentes y si el dolor es insoportable se le llevara al piso de las unidades del tratamiento del dolor, donde será tratado, con bloqueos nerviosos u opioides por vía intratecal. El sistema de ascensor da un concepto de inmediatez a la respuesta, acoge la importante evaluación visual y analógica de 0-10 (EVA) con un botón de alerta que nos inducirá a actuar con mayor celeridad cuando la puntuación sea mayor de 5.

No es ni ético ni humano que un paciente sufra, es necesario aliviar el dolor cuanto antes más aún si este es intenso y procurar administrar la dosis por la vía que produzca analgesia más rápido, generalmente la analgesia controlada por el paciente en el equipo de cuidados paliativos, se basa en la individualización de la dosis terapéutica de modo que este puede ajustar la dosis para obtener alivio suficiente Representa un avance en aquellos casos que requieran dosis elevadas continuas de opioides y embolados de “rescate” frecuentemente para conseguir una analgesia satisfactoria, se administra por vía IV, SC o epidural.

FACTORES QUE AUMENTAN EL UMBRAL DEL DOLOR

- Sueño.
- Reposo.
- Simpatía.
- Comprensión.
- Solidaridad.
- Actividades de diversión.

- Reducción de ansiedad.
- Elevación del estado de ánimo.

Esto significa que potenciando todos estos factores el dolor va a disminuir, a algunos enfermos se les “olvida” el dolor cuando ven un partido de futbol una película interesante o una visita entretenida.

Factores que disminuyen el umbral del dolor:

Incomodidad abandono	ansiedad	depresión
Insomnio introversión	miedo	aburrimiento
Cansancio aislamiento	tristeza	rabia
Soledad incertidumbre	conflictos	estrés

Lo cual quiere decir que un enfermo que se encuentre en alguna de esta circunstancia va experimentar más dolor. Por ello la importancia de la atención integral del paciente y tener en cuenta los aspectos psicológicos, y emocionales.

ANOREXIA

La anorexia es la consecuencia y no la causa de su decaimiento, es por tanto inadecuado decir a un enfermo que “si no come no se recuperará”.

- Limitar al máximo las restricciones dietéticas para hacer más apetitosa la comida.
- no poner en la mesa enormes cantidades de comida utilizar platos pequeños y en lo posible presentar la comida de una manera agradable. Es conveniente hacerlo en varias porciones (quintos) o colación.

- Recordarle a la familia y al cuidador que ahora sus necesidades son pequeñas y no deben agobiarle ni agobiarse ya que este tema es causa de mucho estrés en la familia y el cuidador.

Llegando el caso el nefrólogo indicara suplementos vía oral alimentación en diálisis parenteral.

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Impiden al enfermo comer y tomar la medicación también le provoca mucha preocupación; el nefrólogo suele pautar antieméticos.

- Tranquilizar al paciente explicarle si el enfermo lo solicita por que se producen.
- Procurar que el médico le pase la medicación oral por otra vía, para que no se angustie.
- Buscar alternativas para que se relaje y disminuir la ansiedad por síntoma.

DISNEA

El oxígeno aunque sirve para tranquilizar al personal de salud y a la familia, solo está indicado si mejora la hipoxia, la hiperventilación y el trabajo respiratorio de otra forma solo reseca la mucosa oro faríngeo.

- Puede requerir drenaje líquido ascítico, ultrafiltración etc.
- Si no puede tratarse etiológicamente la morfina es nuevamente indicada, la dosis será aumentada hasta que produzca alivio.

ESTREÑIMIENTO

Es un problema crónico, agravado por la inmovilidad los analgésicos y los opiáceos avisar al nefrólogo ante el primer síntoma de incomodidad del enfermo o ante la ausencia de cruces en la heces durante dos o tres días, pautara laxantes suaves desde el principio.

EDEMAS

Cuando ya no son debidos el aumento de líquidos circulantes, el aumentar la ultrafiltración en diálisis solo conseguirá aumentar la sensación de sequedad, si existe gran distención abdominal que produzca molestias, pueden estar indicadas paracentesis repetidas que drenen pequeñas cantidades de líquido ascítico.

IMSOMNIO

La causa es multifactorial, preocupación por su estado de salud, incertidumbre, aislamiento síntomas físicos, como dolor, náuseas, etc. Las pastillas para dormir son insuficientes cuando no se atiende las cuestiones emocionales que están causando ansiedad.

- Dar información veraz (pero esperanzadora).
- Control de síntomas (dolor y náuseas).
- Conseguir confort.

Mantener un ambiente tranquilo y confortable tratar de adecuar los horarios de medicación para respetar el sueño.

CUIDADOS DE LA PIEL (Seca)

Baños usar jabones neutros secar con toallas suaves, apósitos húmedos, en las zonas donde haya descamación aplicar compresas con agua caliente durante 20 minutos. Cremas aplicarlas después del baño y cuantas veces sea necesario, es importante tener su piel hidratada, cremas ricas en lanolina o con aceite de almendras.

PIEL HUMEDA

La piel húmeda se produce en zonas del cuerpo que están en contacto con el agua. Es más frecuente en pliegues cutáneos, y región genital características: edema, enrojecimiento, maceración, ampollas.

Precauciones: baños de corta duración, jabones neutros, limpiar la zona con suero fisiológico dejarlo actuar por unos minutos y secar convenientemente,

aplicar una capa fina de talco favorecer que los pliegues cutáneos puedan airearse poniendo al paciente en posturas que le permitan y que a la vez se sienta cómodo.

ULCERA POR PRESIÓN O POR DECUBITO

Mantener la piel húmeda y libre de factores predisponentes (orina, heces, sudor etc.) Baños de corta duración secado concienzudo con toallas suaves, inspeccionando las zonas de mayor riesgo. Aplicar polvos (talco o harinas refinadas cremas) para favorecer el endurecimiento de la piel, dejar airear la zona unos minutos evitar arrugas o resto de comida en las sábanas, colchón anti escaras uso de almohadas y cojines para acolchar las zonas prominentes. Dar masajes para favorecer la circulación cuando las zonas están rojas o ya ha aparecido la ulcera, se procederá a las curas periódicas según la pauta que marque cada enfermo ahora bien cuando la terminalidad es inminente las curas sean paliativas , ante una situación agónica, los cambios posturales se realizaran tan solo cuando se bañe al enfermo , cambio de pañal etc. es decir no se harán cada 2 horas.

CUIDADOS DE CONFORT

Son todos aquellos que cubren el bienestar físico y moral del paciente, es importante sugerirles al cuidador y la familia para llevar a cabo un plan de necesidades.

HIGIENE

Actividades:

- Encontrar el momento adecuado, respetar su intimidad.
- Adecuar la temperatura del baño, utilizar sus efectos personales.
- Ayudarle en los cuidados de la piel cabello, uñas, ayudarle a la higiene bucal.
- Permitirle maquillarse o perfumarse, todo ello se realizara con cuidado y sin prisa dejando que el paciente haga la mayor parte del trabajo si puede.

ACTIVIDAD FÍSICA

Depende de la capacidad de movimiento del paciente si es autónomo animarle a que pasee y que haga aquellas actividades físicas que no impliquen riesgo, si existe incapacidad y con ayuda de aparatos mejora se debe proporcionarle por ejemplo una silla de ruedas, si esta inmovilizado buscar una posición adecuada en la cama, evitar pliegues y arrugas en la sábanas utilizar almohadas, cambios posturales pertinentes disponer de la cama en el lugar que desee dejar a la mano sus efectos personales.

REPOSO Y SUEÑO

La alteración del sueño es algo usual siendo las causas generalmente de tipo emocional actividades: Entorno cómodo y relajado evitar ruidos aire y temperatura adecuados, administración correcta de la medicación, alimentación correcta sin sobrecarga, evitar que el paciente se sienta solo, sentarse a su lado, cogerle la mano charlar, transmitirle cariño y confianza invitar a la familia que lo acompañe de forma continua.

OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE

Siempre que el paciente esté en condiciones, procurar que haga aquello que más le apetezca.

Actividades: tomar el sol, salir a pasear, leer y escribir, ver televisión, oír música, recibir visitas tomar una copa, fumarse un cigarro.

ESPIRITUALIDAD

La espiritualidad es la capacidad íntima del ser humano, para buscar propósito y sentido a su existencia y luchar para abarcar valores trascendentales. La espiritualidad es un movimiento dinámico, de búsqueda personal en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo (de sentido) hacia el entorno (de conexión y vinculación) y hacia el más allá de trascendencia.

Espiritualidad y Religión son términos complementarios pero no sinónimos. La religión del latín religare, reconciliar volver a vincular, es el sistema de creencias o expresión estructurada de la espiritualidad.

La dimensión espiritual es idiosincrática de la condición humana y además tiene carácter universal. Toda persona es un ser espiritual, y tiene en su interior la capacidad de desear integrarse en una realidad mucho más amplia que uno mismo; el DIOS, el universo, la humanidad los elementos comunes a todo tipo de espiritualidad son:

Búsqueda: en relación con el anhelo o la aspiración como una constante. Las metas habituales son más felicidad, conocimiento de uno mismo, etc.

Sentido: Consiste en la tendencia a vivir de manera congruente, aplicando una cierta lógica a quienes somos y a que hacemos.

La conexión: El ser humano es un ser que se completa como tal en la relación, sea con uno mismo, con los otros o con una realidad trascendente, formando parte de un todo al cual pertenece (pertenencia).

La trascendencia: La capacidad y la necesidad de expandir el ser más allá de la realidad física, hacia una perspectiva, más amplia de nosotros mismos y de la vida presente derivada del sentimiento de la presencia de un ser supremo, o de la pertenencia a un todo que nos supera y abarca.

Los valores éticos: Tienen que ver con las opciones vitales, el sentido, y la búsqueda.

EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL

Tiene que ver con las necesidades de las personas creyentes o no, dirigidas a la búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza del sentido de la vida y de la muerte o con el deseo de mandar un mensaje al final de la vida. El concepto necesidad, nos habla de un ser que no tiene la plenitud en sí mismo, que no es autosuficiente pero también, hay que considerar otras acepciones de palabras diferentes de carencia o de vacío no cubierto como la potencialidad no desarrollada, o las expectativas no abarcadas o satisfechas.

FACTORES QUE DIFICULTAN EL ABORDAJE DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

- ❖ Falta de tiempo / disponibilidad.
- ❖ Miedo a implicarse y a sufrir.
- ❖ Concepto hedonista de la vida.
- ❖ Falta de la elaboración personal del sentido de la propia vida.
- ❖ Falta de reflexión sobre el sufrimiento y la propia muerte.
- ❖ Relegación/ postergación del abordaje de las necesidades, espirituales a la situación de los últimos días.
- ❖ Falta de formación espiritual y en el acompañamiento de la muerte y el proceso de morir.
- ❖ Asignación clásica y cultural de esa tarea a profesionales específicos.

DOLOR ESPIRITUAL

Se puede detectar la existencia de dolor espiritual mediante la presencia de sentimiento de culpa, miedo, impotencia, enfado, incertidumbre o falta de sentido vital, este hecho todavía tiene más valor si ocurre en personas con:

- ❖ Sentimiento de culpa por la enfermedad.
- ❖ Sentimientos de indignidad, vergüenza del mismo (sentirse inaceptable para los demás) físicamente psíquicamente ejemplo: me lo merezco, no me curo por falta fe, castigo divino.
- ❖ Yo me lo he buscado.
- ❖ Si supieran quien soy /como soy realmente no querrían estar conmigo.

SENTIMIENTO DE INJUSTICIA

Connotación moral de la enfermedad:

- ❖ Cólera exigencia, violencia, contra la enfermedad, la vida y los vivos (el cuidador) ejemplo:
- ❖ Yo no me lo merezco.
- ❖ Soy una víctima.

- ❖ miedo, angustia o desesperación permanente por la proximidad inapelable de la muerte.
- ❖ Conducta ambivalente (búsqueda del milagro, abandono del tratamiento y petición de eutanasia).
- ❖ confusión entre los deseos y las necesidades, incertidumbre, falta de sentido, impotencia.
- ❖ Muerte en soledad con connotaciones o vivencia de rechazo (la oveja negra de la familia).

BASES DEL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL Y DE INTERVENCION TERAPEUTICA

La intervención terapéutica debe llevarse a cabo considerando cuatro elementos: la persona la muerte, el proceso de morir y el sufrimiento. En este sentido los ejes fundamentales, de trabajo serán la intervención sobre la dignidad y la esperanza.

- ❖ Dignidad.
- ❖ Preservar el rol.
- ❖ mantener el orgullo y la esperanza.
- ❖ Preservar, mantener la autonomía o al menos el control decisorio
- ❖ Vivir el momento.
- ❖ Preservar la privacidad y la intimidad.
- ❖ Aliviar o prevenir el sentimiento de ser una carga o estorbo.
- ❖ Poder hablar de los miedos personales.
- ❖ La intervención estará dirigida a mantener unas expectativas realistas al final de la vida, ayudarle a conseguir.
- ❖ Alivio del sufrimiento.
- ❖ Clima de paz y seguridad.
- ❖ Poder escuchar y ser escuchado.
- ❖ Efectuar un buen control de síntomas.
- ❖ Garantizar la disponibilidad y el rigor en el cumplimiento, del plan de visitas.
- ❖ Autoestima.
- ❖ Detectar y potenciar los recursos personales del paciente, incluirle en la toma de decisiones.

ESPERANZA

Introducir elementos de cambio, acompañar al paciente a reconocer el sufrimiento identificar sus causas (cuál es el origen) explorar sus miedos, recursos y apoyarle a encontrar sentido “Rehacerse”.

- Ayudar a trascender a otro nivel y cuando se consigue, hay una transformación del que sufre, hacia otro estado de bienestar. El profesional debe tener la capacidad de sostener en el dolor, durante el viaje que el propio paciente va haciendo en el interior de sí mismo.
- Una vez que llega es cuando puede trascender sus roles, y encontrarse con lo que le vincula más allá de su propia existencia.
- “Aprender a estar simplemente estar abierto en presencia del paciente, como si hubiera una puerta en tu interior que tu conscientemente abres para permitir entrar al paciente en tu interior. Esto es ser un buen profesional un buen instrumento”.

TAREAS

Volver a ver su vida, cerrando los capítulos pendientes

- ❖ Liberarse de la culpabilidad, perdonarse.
- ❖ Reconciliación con su historia, sentirse perdonado.
- ❖ Encontrar fuentes de esperanza (en lo realizado, en las experiencias y creencias religiosas).
- ❖ Aceptar y entregarse sin miedo.

El terapeuta (psicólogo o Tanatólogo) ha de facilitar una empatía compasiva, lo que se pretende es resolver la amenaza y trascenderla ayudar a trascender aquello que no se puede cambiar. Para ello el profesional necesita habilidades específicas, basadas, en la capacidad de la atención empática. El conocimiento del enfermo y la capacidad de identificar sus miedos y valores (amenaza y recursos).

La voluntad de acompañar en esta situación es igual a compasión. Nadie puede acompañar a otro más allá de donde uno mismo no ha llegado para ello el terapeuta deberá adquirir además las siguientes habilidades:

compasión, ecuanimidad, comunicación empática y honesta, compromiso, practica de la atención plena, autorreflexión, competencia, compromiso con el autocuidado.

De los muchos caminos para el desarrollo espiritual uno de los más consistentes es el de la compasión, por los que sufren, es decir el que podemos practicar en nuestro trabajo.

Esta práctica nos permite: mejorar nuestra comprensión, aumentar la empatía y madurar y al compartir, abrimos a nuestra propia profundidad y crecer como seres humanos... **ESTE ES EL PREMIO A NUESTRO TRABAJO.**

APOYO A LA FAMILIA EN LOS ULTIMOS DÍAS

- Explicarle que el paciente está en sus últimos días.
- Aumentar la disponibilidad del equipo (un contacto mínimo/24 horas) para evaluar el control sintomático o la aparición de nuevos problemas.
- Promover apoyo emocional.
- Favorecer la expresión de sentimientos y la no represión del llanto.
- Evitar interpretar emitir juicios, es fundamental el respeto en todo momento.
- Evitar discusiones.
- Gestionar información, cambios y de lo que significan, asegurarse que la información llegue a toda la familia.
- Apoyar al cuidador o cuidadores .
- Atender dudas sobre cuestiones técnicas (sueros, medicamentos etc.)
- Prevenir crisis: explicar el proceso de la muerte, especialmente cuando no hay experiencia previa, explicar de la posibilidad de apneas, estertores, u otros síntomas posibles, ayudar a minimizar el impacto y a comprender el proceso.
- Promover la participación en la atención, evitar sentimientos de inutilidad, promoviendo, los cuidados hacia el enfermo hecho que favorece a un buen duelo.
- Tener en cuenta a los niños y a los ancianos, se recomienda tenerlos informados e involucrados en este proceso.

- Orientar en los trámites que se debe hacer cuando el paciente muera dejar instrucciones escritas en el domicilio.
- Atender los aspectos espirituales y éticos.
- Tener en cuenta el acompañamiento, los símbolos, los rituales, los deseos, los valores, y las creencias.

DUELO

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos, es facilitar el duelo a la familia por lo que se deben tomar una serie de consideraciones y actuaciones por parte del equipo interdisciplinar.

- ❖ La información desde un inicio clara y honesta.
- ❖ La consideración de factores de fragilidad familiar.
- ❖ La implicación proporcionada de la familia en la tarea de cuidar.
- ❖ La facilitación de comunicación y muestras de amor, el cerrar sus ciclos entre el paciente y la familia.
- ❖ El apoyo logístico y emocional del cuidador y la familia.
- ❖ La preparación del cuidador y de la familia para los últimos días.
- ❖ Un buen control de síntomas en esta situación y el asesoramiento de trámites y disposiciones en el momento de la muerte entre otros.

Como resultado traen la resolución del duelo y evitan un duelo complicado o patológico.

EL DUELO ANTICIPATORIO

Este término se refiere al proceso del duelo que inicia no con la muerte del paciente, como es convencional mente aceptada, sino con el diagnóstico de la enfermedad fatal, y da pie a prepararse para la muerte, anticipando y viviendo día a día las muchas pérdidas que la enfermedad obliga a afrontar.

El ser testigo del debilitamiento progresivo del ser querido, junto con la creciente impotencia personal para detenerlo, genera en la familia angustia, mucho dolor y una honda sensación de pérdida y vacío. Es importante y útil

comprender que no existe una única muerte del ser querido, sino que día a día se van muriendo partes entrañables, rasgos muy valorados – como el control y la independencia y actitudes muy necesarias para la familia.

Por tanto, la familia debe, poco a poco hacer varios duelos esto es ir aceptando esas pequeñas muertes que culminan en una muerte biológica y total y adaptarse a ellas la manera como cada uno de los miembros de la familia realice esa penosa tarea de desprenderse paulatinamente de ciertos aspectos del ser querido dependerá de la relación que haya tenido con el enfermo y, desde luego, de las características de su personalidad. El tipo de enfermedad también incide en la aceptación de la situación.

El valor del duelo anticipatorio radica, pues en la habilidad del apoyo del equipo de CP con la familia para incluir al enfermo en el proceso, facilitándole la despedida de sus seres queridos y permitiéndoles sacar a tiempo aquellos conflictos y mal entendidos sin resolver, que no deben dejarse a un lado, para que pueda ponerse en paz con todos. En este proceso tanto el paciente como la familia toman conciencia de que la pérdida es recíproca: así como la familia se prepara para perder a su ser querido el paciente se prepara para perder a todos esto favorece el no apegarse y retener y ayuda a la familia a soltar y a dejar ir al moribundo

Algunas personas ven como inapropiado el permitirse hacer un duelo por alguien que aún está vivo, pero cuando el morir es un largo proceso que incluye muchas pérdidas o pequeñas muertes que generan duelos, este se hace más comprensible.

Se dice que una familia lleva a cabo un buen duelo anticipatorio cuando:

- ❖ Se comparte información honesta, veraz y confiable durante la etapa previa
- ❖ Se permite la participación de la familia, en los cuidados del ser querido y en la toma de decisiones
- ❖ Las reacciones de cada uno de los miembros son bienvenidas y respetadas aunque no coincidan con el precepto familiar de lo que es esperable
- ❖ Se puede discutir o anticipar el evento de la muerte

- ❖ Se habla de la muerte, se imagina se prevé
- ❖ Se otorga prioridad a las necesidades del enfermo, a sus deseos y expectativas.
- ❖ Se permite el descanso, el humor y la recreación durante esta etapa previa
- ❖ Se le encuentra un sentido a la enfermedad y es posible reparar heridas previas
- ❖ Se permite a los familiares, sin abandonar al enfermo ,atreverse a planear un futuro sin el

Haber iniciado el duelo antes de la muerte del ser querido no significa que no habrá dolor en el periodo que sigue, pero si es un hecho comprobable clínicamente el que en la medida en que se haya propiciado un buen duelo anticipatorio, el duelo post-mortem será más tranquilo, sereno y predecible y menos tormentoso. El conocimiento de que la muerte terminara pronto una vida, pero no necesariamente una relación, puede llevar a los miembros de una familia a sentir, a hacer cosas y planear antes de que sea demasiado tarde entregar su amor. Y al final llegar a la aceptación.

CONCLUSIÓN

La muerte forma parte de la vida y el proceso de morir genera una experiencia que compromete al paciente, su familia, el personal de salud que lo atiende y a la sociedad en general. Muchas patologías alcanzan su evolución en estado de incurabilidad, con síntomas devastadores, sobre el bienestar físico, psíquico y social del individuo, la medicina occidental que se practica activamente tradicionalmente ha otorgado poca importancia al cuidado de la salud de los pacientes con una enfermedad en estado terminal, lo cual ha traído el surgimiento de Los cuidados paliativos, como una especialidad dedicada a mejorar la calidad de vida para estos pacientes. La situación de enfermedad terminal da lugar a grandes necesidades y grandes demandas que requieren una respuesta eficiente, los instrumentos terapéuticos son el control de síntomas el estado físico, psicológico, social, espiritual, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad como la insuficiencia renal en estado terminal, que es crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos) incurable y potencialmente mortal a un tiempo difuso.

Los cuidados paliativos: son brindados por equipos interdisciplinarios, las características del cuidado son generalmente señaladas por el paciente y su familia.

Se destaca como objetivos de los cuidados paliativos

- ❖ Reafirmar la importancia de la vida
- ❖ Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga artificialmente
- ❖ Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas angustiantes
- ❖ Facilitar al enfermo lleve una vida tan activa como sea posible
- ❖ Ofrecer apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo.

Desde que la función renal se deteriora tanto que la única opción de estos pacientes es un tratamiento sustitutivo, la enfermedad no hace sino progresar conduciendo al paciente a un deterioro más o menos rápido según su patología base.

Aquí la cuestión no es cuánto tiempo le queda al paciente, sino como cuidarle desde un principio hasta el fin.

Planteado de esta forma se trata de incrementar los Cuidados paliativos, a medida que progresa la enfermedad y aumenta el sufrimiento, hasta cuando alcanzan la fase final de su vida. Ningún ser humano merece morir con dolor.

Cuando la vida se hace frágil, surge la necesidad de encontrar a alguien que esté dispuesto “a estar con ellos” para compartir miedos, angustias y esperanzas. Estamos ante la dimensión femenina de la medicina que:

“No solo se limita a curar si no a cuidar y que recurre a los instrumentos más antiguos la palabra y la mano”

(Spansantis.)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.) Lawrence M Tierney, Jr. Stephen J Mc Phee, Maxine A Papadakis
Diagnóstico clínico y Tratamiento. Manual moderno 2005
- 2.) Burton David Rose fisiopatología de enfermedades Renales
- 3.) Laboratorios Abbot Guía clínica de Nutrición para el paciente Renal
- 4.) Karl A. Slaikeu Intervención en Crisis Manual moderno
- 5.) Caplan O Principios de la Psiquiatría Preventiva Paidos
- 6.) National Kidney and Urologic Information clearing y house
- 7.) Fundación Mexicana del Riñón (estadísticas)
- 8.) Marcos Gómez Sancho Medicina Paliativa “en la cultura latina” ARAN
- 9.) Marcos Gómez Sancho Medicina Paliativa “la respuesta a una necesidad”
ARAN
- 10.) Guevara V Evolución de los Cuidados Paliativos en México Medicina del
dolor y paliativ Internistas V Guevara México
- 11.) Wilson Astudillo , Antonio Casado da Rocha, Carmen Mendinueta A. Alivio
de las situaciones y del Sufrimiento de la Terminalidad Editado por Soupal
- 12.) AML Francisco. Marcadores de supervivencia en Diálisis .Nefrología 2001
- 13.) Marcos Gómez Sancho y Manuel O jeda M Cuidados Paliativos Control de
Síntomas
- 14.) Instituto Mexicano de Tanatología Como Enfrentar la Muerte Trillas
- 15.) Descripción y Consenso sobre los criterios de complejidad asistencial y
modelos de intervención al final de la vida Generaliat de Cantaluya Depto.
de salud
- 16.) Astudillo W , Mendinueta C Como ayudar a un enfermo en fase terminal
Sociedad Vasca de cuidados Paliativos 2001
- 17.) Astudillo w, Mendinueta C Cuidados paliativos en las enfermedades no
Neoplásticas editado por W Astudillo C Mendinueta Eunsa , Barañain 4
edición 2002
- 18.) Dr Enric , Benito Sufrimiento al final de la vida Unidad de cuidados
paliativos HJ march – Gesma
- 19.) Elisabeth Kubler –Ross Sobre la muerte y los Moribundos De bolsillo
- 20.) Isa Fonegra de Jaramillo De cara a la muerte Andrés Bello
- 21.) Maria del Carmen Castro González La inteligencia Emocional y El Proceso de
Duelo trillas