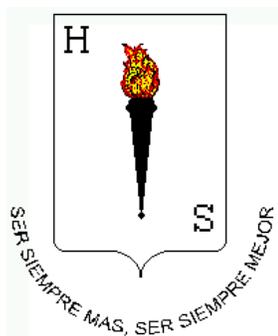


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL
TERMINAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

FONSECA GONZÁLEZ ROCÍO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Partiendo de esta necesidad y diciendo de antemano muchas gracias, primeramente deseo agradecer especialmente a Dios por ser fuente de motivación en los momentos de angustia y después de varios esfuerzos, dedicación, aciertos y reveses que caracterizaron el desarrollo de mi formación profesional y que con su luz divina me guio para no desmayar por este camino que hoy veo realizado.

A mis padres por darme la vida una maravillosa formación por su ternura por sus esfuerzos y sacrificios por darme un buen ejemplo de ser hija a enseñarme de levantarme después de cada tropiezo a ponerme pasos fijos y metas por su apoyo cariño y amor.

A mis hermanas Faby y Sandri y a Luis que aunque me enoje con ustedes y sea media rara muchas gracias por su cariño y apoyo en todo este momento y camino recorrido siempre me enseñaron el ejemplo de ser unidos y el querer.

A todos mis maestros ya que me enseñaron a base de esfuerzos lo que es el poner una buena dedicación a la escuela gracias por sus consejos y su apoyo aunque pasamos por diferentes momentos buenos y malos gracias.

DEDICATORIAS.

A mi familia y amigas y amigos:

Gracias por sus consejos motivaciones palabras de aliento crecí como persona, por su confianza amistad y amor, por brindarme recursos necesarios y al estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre y cuidarme.

Por todos los momentos inolvidables que pasamos tanto buenos como malos cada uno me dejó una enseñanza que me marco la vida para seguir delante de corazón muchas gracias.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCION.....	1
DESCRIPCION DE LA SITUACION DEL PROBLEMA.	2
IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	3
JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA	4
OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.....	5
OBJETIVOS.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivo Especifico.....	5
MARCO TEORICO.....	6
LOS RIÑONES Y SU FUNCIONAMIENTO.....	6
LAS ENFERMEDADES RENALES	8
DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	9
EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.....	9
EXAMEN GENERAL DE ORINA	9
PROTEINURIA.....	11
HEMATURIA	11
LA DEPURACIÓN DE CREATININA	12
ESTUDIOS DE IMÁGENES.....	13
ULTRASONOGRAFÍA.....	13
UROGRAFÍA INTRAVENOSA	13
TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA	14
IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA.....	14
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.....	14

CONSIDERACIONES GENERALES	15
DATOS CLÍNICOS	15
CONCEPTO	16
CAUSAS PRE – RENALES	16
CAUSAS POST- RENALES	17
CAUSAS INTRA – RENALES	18
TRATAMIENTO	18
SUSTITUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL	19
INDICACIONES DE TRATAMIENTO CON DIALISIS	19
METODOS DE LA SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL.....	19
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	20
SINTOMAS	22
BASES PARA EL DIAGNOSTICO	24
TRATAMIENTO	25
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y COMPLICACIONES.....	25
LA ANEMIA	27
COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES	27
INSUFICIENCIA RENAL FASE TERMINAL	28
DIALISIS	29
DIALISIS PERITONEAL	29
LA HEMODIALISIS	31
TRASPLANTE DE RIÑÓN	31
LA DIETA EN EL PACIENTE RENAL	32
OBJETIVO DE LA DIETA EN DIALISIS	33
PROTEINAS.....	34
POTASIO	35

FOSFORO.....	35
MAGNESIO.....	36
ALIMENTOS NO RECOMENDABLES.....	36
SAL Y ALIMENTOS RICOS EN SODIO.....	36
COMO ABORDAR CON EL PACIENTE LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON DIALISIS.....	37
EXTREMOS DE LA TERAPEUTICA.....	38
PRINCIPIOS DE BIOETICA.....	39
INFORMACION DE HIRSCH (1994).....	40
SIETE RECOMENDACIONES AL PERSONAL.....	40
CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	41
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LOS SÍNTOMAS DEL ENFERMO TERMINAL.....	43
CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL DOLOR DEL PACIENTE TERMINAL.....	43
CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LOS SINTOMAS.....	47
RESPIRATORIOS DEL PACIENTE TERMINAL.....	47
LA DISNEA.....	47
TOS.....	50
HEMOPTISIS.....	50
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SINTOMAS DIGESTIVOS EN EL.....	51
PACIENTE TERMINAL.....	51
ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL.....	51
ALTERACIONES DEL RITMO INTESTINAL:.....	54
DIARREA.....	54
ESTREÑIMIENTO.....	55
NAUSEAS Y VOMITOS.....	57
PIROSIS.....	59

SINDROME DE COMPRESIÓN GÁSTRICA.....	59
CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LOS SINTOMAS	60
NEUROPSICOLOGICOS EN EL PACIENTE TERMINAL.....	60
CONFUSION.....	60
INSOMNIO.....	61
ANSIEDAD	62
DEPRESION	63
CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LAS ULCERAS DE PRESION.....	64
Y TUMORES ULCERADOS.....	64
LAS ULCERAS DE PRESION.....	64
TUMORES ULCERADOS.....	66
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA AGONIA.....	66
LOS CUIDADOS PALIATIVOS	75
INTERVENCIÓN.....	79
PRINCIPIOS ESENCIALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	80
DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL.....	82
LAS NECESIDADES DE LOS ENFERMOS AL FINAL DE LA VIDA:.....	83
COMUNICACIÓN	84
QUE PUEDE IMPEDIR LA ADAPTACIÓN A LA EFERMEDAD.....	86
COMO AYUDAR AL ENFERMO EN LA ADAPTACIÓN DE SU ENFERMEDAD.....	86
EL APOYO A LA FAMILIA	87
POTENCIACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR	88
EL CUIDADOR	90
ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO.....	92
PROBLEMAS QUE PRODUCE EL CUIDADO CRÓNICO.....	92

FORMACION DEL CUIDADOR PRIMARIO EN INSUFICIENCIA RENAL FASE TERMINAL.....	95
MEDICACIÓN DEL PACIENTE	97
DIETA.....	97
MANEJO DE INCIDENCIAS.....	98
CONTROL DE SINTOMAS.....	99
FACTORES QUE AUMENTAN EL UMBRAL DEL DOLOR.....	101
CUIDADOS DE CONFORT	101
HIGIENE	101
ACTIVIDAD FÍSICA.....	102
REPOSO Y SUEÑO.....	102
OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE.....	103
ESPIRITUALIDAD.....	103
EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL	104
FACTORES QUE DIFICULTAN EL ABORDAJE DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES	104
SENTIMIENTO DE INJUSTICIA.....	105
BASES DEL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL Y DE INTERVENCION TERAPEUTICA.....	106
ESPERANZA.....	107
APOYO A LA FAMILIA EN LOS ULTIMOS DÍAS	109
DUELO	110
EL DUELO ANTICIPATORIO.....	110
METODOLOGIA.....	114
CONCLUSION	115
SUGERENCIAS.....	117
GLOSARIO.....	118

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA 121

INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad producida por la pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, las cuales son fundamentales para la vida.

Las funciones renales que se pierden o se ven afectadas son:

- manejo adecuado de los líquidos y electrolitos corporales (sodio, potasio y fósforo)
- manejo del equilibrio ácido base
- eliminación de toxinas
- funciones endocrinas
- formación de glóbulos rojos
- regulación en el metabolismo del calcio

Este último, es esencial en el organismo para la función adecuada de los huesos y de todas las células.

Los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la implacable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Básicamente consiste en tratar personas en un proceso de deterioro y pérdidas continuas y progresivas. Caracterizado por el sufrimiento y la proximidad de la muerte que casi siempre es intuida o percibida por el enfermo y familia, cotidianamente atendida por profesionales.

FUNDAMENTACION.

DESCRIPCION DE LA SITUACION DEL PROBLEMA.

La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia, cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis o hemodiálisis o en su defecto de trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención.

De acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente en México 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Leve, 102 mil personas con IRC y 37,642 personas con tratamiento continuo de diálisis. En otros países el promedio de enfermos renales oficialmente censados son el 0.1% de la población total.

La insuficiencia renal crónica muchas veces progresa desde insuficiencia inicial hasta la etapa terminal. No hay curación para la insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) también conocida como enfermedad renal en etapa terminal (ERET). El daño a los riñones es irreversible. El tratamiento de la insuficiencia renal en etapa terminal consiste en sustituir las funciones que han perdido sus riñones mediante diálisis o trasplante de riñón.

La IRC es siempre una enfermedad progresiva y uno de sus objetivos en su tratamiento es minimizar la velocidad de progresión así como

identificar y corregir precozmente los factores de riesgo, entre ellos: el control de la presión arterial, niveles de glucosa en sangre, los niveles de lípidos en sangre, los marcadores bioquímicos de laboratorio, apego al tratamiento farmacológico y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

Los tratamientos disponibles para insuficiencia renal han avanzado considerablemente durante los últimos 10 años. Aunque todavía no hay una curación absoluta, la calidad de vida y flexibilidad del estilo de vida que los pacientes pueden esperar ahora supera con mucho lo que antes era posible.

En todo lo anterior las enfermeras participan de manera activa y ayudar a los pacientes a conseguir estos objetivos.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Qué cuidados de enfermería necesita un paciente con una enfermedad renal terminal, signos y síntomas y el apoyo a la familia?

JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

El paciente con enfermedad renal crónica es susceptible de recibir tratamiento de soporte y cuidados paliativos renales desde el diagnóstico de la enfermedad, durante las distintas etapas de tratamiento sustitutivo renal. Este trabajo hablara la literatura referente al desarrollo de cuidados y los modelos propuestos. Se aborda el manejo del dolor y el control de síntomas, así como habilidades de comunicación y otros aspectos psicológicos y éticos en el paciente renal. Concluimos que en la atención al paciente renal crónico, un enfoque desde la el cuidado paliativo puede suponer un provechoso impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, además de optimizar el complejo tratamiento nefrológico del paciente.

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.

UBICACIÓN DEL TEMA.

El tema de la presente investigación se encuentra en urología nefrología y enfermería por que la insuficiencia renal se origina por la falta del funcionamiento del riñón así como la enfermería se enfoca en los cuidados necesarios como diálisis hemodiálisis y la participación de enfermería es preventiva y curativa.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.

Es el saber cómo atender a los pacientes con una enfermedad terminal renal saber exactamente cuáles son sus necesidades y que su familia sepa atenderlas al igual en cómo ayudar a la familia del paciente en esta situación.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de las personas con enfermedad avanzada, progresiva a pesar de los tratamientos instituidos, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

Objetivo Especifico.

Promoción e implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia destinados a proporcionar bienestar y calidad de vida hasta el final de la vida misma.

MARCO TEORICO

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 ingles que estimula la producción de glóbulos rojos mediante la medula 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, empezara 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.

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 anomalías 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 anormalidades 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.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

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 dismórficos, cilindros de eritrocitos y proteinuria leve, es indicativa de lomerulonefritis. Los eritrocitos dismórficos 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 eosinófilos, 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

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

Perx72

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).

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.

CAUSAS POST- RENALES

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

- obstrucción baja o unilateral del monoreo.
- 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.
- Metroxate.

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.
- ACIDOSIS ---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 hipercalemia.

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 hemofiltración. 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.
- náuseas, 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.

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 hemolisis de bajo grado y la hemorragia causada por disfunción plaquetaria o hemodiálisis participan en una función adicional.

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

La dosis eficaz puede variar y los pacientes se inician con 50 unidades /kg (3000^a4000 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 hiperreninemicos 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.

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 substitución 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 15MI/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 atenciones primarias, 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 trombotosis 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 fosforo es una complicación frecuente en la IRC, que estimula la secreción de PTH y favorece la aparición de calcificaciones extra esqueléticas. La ingesta de fosforo 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 fosforo.

Sin embargo esta no puede ser suficiente cuando el filtrado glomerular es menor de 15ml/min debiendo recurrirse a los ligantes intestinales del fosforo. Los niveles del fosforo deben mantenerse por debajo de 4.5mg/dl, aunque son aceptables concentraciones <5.5mg/dl. Los alimentos ricos en fosforo 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 fosforo de 5 a 10 mg /kg/día. Por debajo de esta VFG, se requieren de ordinario fijadores de fosforo.

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 sustitución 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.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

La O.M.S. define los cuidados paliativos, c.p., como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal, conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente y sus familias.

En éste sentido se definen los objetivos de los C.P. basados en los principios éticos de la practica médica, curar, aliviar y consolar .

Históricamente y desde los años 70 del siglo XX, se viene asistiendo a una importante progresión en recursos y en la delimitación de su uso razonable. Definido claramente el concepto de enfermo terminal y de la integración del manejo de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales que aquel requiere, corresponde a la ética médica delimitar los cuidados mínimos .

Conceptos como Encarnizamiento terapéutico, Tratamiento inútil y Futilidad terapéutica han sido igualmente delimitados para evitar incurrir en una praxis inadecuada, siempre que esté bien, e individualmente, clasificado el enfermo como terminal .

Para poder acometer los, afortunadamente, bien definidos derechos del enfermo terminal, procede un análisis de los recursos de que se dispone y de la demanda presente y potencial de ellos, claramente insuficientes.

Con un total de 208 dispositivos de U.C.P., la mitad de ellos domiciliarios y con distribución muy poco equitativa en el territorio nacional, parece claramente insuficiente.

Se debe tener en cuenta que la mayor demanda de este tipo de Unidades corresponde a pacientes con cáncer. Se estima en una tasa de mortalidad anual por cáncer de 228 personas por cada cien mil habitantes, 90.900 personas año.

Lamentablemente y a pesar de los avances en Oncología, ésta cifra puede incluso aumentar en relación al patrón demográfico nacional, con mayor expectativa de vida y por la presencia de mayor número de enfermedades crónicas y/o degenerativas no oncológicas.

Para comenzar a tratar al paciente terminal lo primero que hay que tener en cuenta es lo que se entiende por paciente terminal, según la OMS, paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses).

Los enfermos terminales requieren por tanto unos cuidados muy continuos para esa sintomatología cambiante que no serán cuidados “intensivos” sino cuidados muy intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas

molestos sino también el sufrimiento , para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LOS SÍNTOMAS DEL ENFERMO TERMINAL.

Los problemas o síntomas que aparecen, tienen componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales, que deben identificarse. Cicely Saunders del St. Chistopher´s Hospice de Londres, la pionera mundial en la atención a los pacientes con enfermedades en fase terminal, describió la relación entre todos ellos y su repercusión en lo que ella denomina “DOLOR TOTAL”.

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL DOLOR DEL PACIENTE TERMINAL.

La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto mas continuo e intenso con el enfermo implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz. Debe ser capaz de responder profesionalmente ante el paciente, estar familiarizada con los tratamientos farmacológicos y otros métodos no invasivos para favorecer, y a veces, coordinar la actuación del equipo.

Los planes de cuidados son mecanismos para prestar atención individualizada y coherente, y garantizar la continuidad de los cuidados. La actuación de enfermería ante el dolor debe estar protocolizada con una serie de pautas detalladas, aunque esto no

debe impedir la flexibilidad, ya que el dolor es una experiencia subjetiva y cambiante (C. Saunders).

Actividades de enfermería:

- Valorar el dolor del paciente: si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo, es necesario hacer una valoración extensa del dolor tanto en cantidad como en cualidad como en la relación existente con factores psicológicos y sociales , e incluso medioambientales, no porque el paciente tenga un dolor total ,este puede ser solo clasificado como dolor ,sino que necesita de una constante valoración para adecuar la dosis y los medios analgésicos pautados o por pautar.

- No juzgar el dolor que el paciente dice tener: McCaffery define el dolor como “lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”, siempre creer al enfermo. Dentro de las estadísticas sobre errores que cometen los profesionales al tratar el dolor , entre ellos el personal de enfermería, esta el no creer el dolor que tiene el paciente , juzgar en base a apreciaciones físicas o psicológicas (no esta tan avanzado como para tener ese dolor).

- Administrar el analgésico prescrito por él medico, que se hará a horas fijas, no a demanda, los niveles en sangre del fármaco deben de ser lo más estables posibles para que el paciente no llegue a sentir dolor innecesariamente. Si aparece un episodio doloroso imprevisto, poner una dosis extra, entre dos dosis fijas, a esta actuación también se la denomina dosis rescate.

Evitar la desesperanza, reafirmando al paciente que si persiste el dolor siempre se le pondrá más medicación, o se usaran otras alternativas

para que se le quite. Insistir que avise pronto cuando aparezca el dolor, (es más efectivo el analgésico sí se administra prontamente). Verificar que el paciente toma la medicación correctamente, por ejemplo, los comprimidos de sulfato de morfina (M.S.T.) enteros, sin aplastar o partir. Comprobar que las palomillas o agujas tipo mariposa (que se emplean para la administración de medicación subcutánea) están en buen estado, no dificultando la administración del fármaco correctamente.

- Se deben reconocer los efectos secundarios de los medicamentos y si aparecen, reforzar la información que el médico hubiera dado al paciente, de forma clara y comprensible.
- Iniciar conjuntamente el tratamiento farmacológico y las medidas generales.
- Utilización en cada caso de la vía adecuada para el fármaco, en cuidados paliativos la vía de elección es la vía oral seguida de la vía subcutánea y solamente utilizar en casos excepcionales la vía intravenosa, no se utilizará por tanto vías dolorosas como puede ser la intramuscular o invasivas como la vía espinal..
- Es preciso evitar el movimiento innecesario.
- Hacer que el enfermo adopte las posiciones mas adecuadas para evitar el dolor.
- Ayudar a colocarle cómodamente, sin tensiones musculares.
- Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión etc. Pero tener en cuenta que aunque estos síntomas estén controlados no significa que no aparezca el dolor.

- Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, pósters, plantas... estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa.
- Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, escribir, pasear etc. Estos métodos nunca serán por sí solos una alternativa a la medicación.
- Adoptar medidas complementarias si fuera preciso como: estimulación cutánea (calor, frío, masaje) y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, técnicas cognitivas – conductuales (relajación, hipnosis, refuerzo positivo, musicoterapia, imaginación dirigida, retroalimentación biológica etc.).
- Utilizar en casos determinados y bajo prescripción facultativa el método ENET.(estimulación eléctrica transcutánea).
- Realizar medidas cuantitativas del dolor a través de escalas cualitativas o cuantitativas (regla del uno al diez, o el sistema de caras).
- Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.
- Evaluar, documentar y registrar la evolución del paciente y la consecución de los resultados previstos.

El profesional de enfermería puede hacer mucho en el control del dolor, quizás no siempre se pueda aliviar, pero es importante estar ahí,

escuchando al paciente, apoyándole, ayudándole a vivir dignamente hasta el momento de su muerte.

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LOS SINTOMAS

RESPIRATORIOS DEL PACIENTE TERMINAL

Los síntomas respiratorios tienen gran relevancia en la atención al paciente terminal y sin duda alguna al oncológico (cánceres de pulmón, y por metástasis colon –recto, mama y próstata). Son síntomas que suelen asociarse a ansiedad importante tanto para el paciente, como para la familia.

Se produce una reacción en cadena que comienza con el paciente se trasmite a la familia y termina por contagiar la ansiedad al equipo lo cual no hace más que reforzar la angustia del paciente y la magnitud del síntoma obteniendo mayor ineficacia respiratoria.

Por ello, el manejo terapéutico de los enfermos con síntomas respiratorios no debe reducirse solamente al tratamiento farmacológico, sino que debe incluir medidas encaminadas a reducir la angustia del paciente y de la familia. Como síntomas más importantes están la disnea, la tos, la hemoptisis.

LA DISNEA

Es la sensación subjetiva de dificultad respiratoria, que obliga al paciente a aumentar su ventilación, o bien, a disminuir su actividad física. Puede tener efectos objetivables en la respiración y en otras funciones vitales.

La valoración médica irá encaminada a conocer la etiología y tratar todos los problemas que sean reversibles (cardiológicos, broncoespasmos, anemia, etc.). Si la disnea es un proceso irreversible

(obstrucción endobronquial por el tumor, pérdida de pulmón funcional, linfangitis carcinomatosa, síndrome de vena cava superior tratado y en progresión, fibrosis postradioterapia).

El tratamiento médico irá encaminado a disminuir la sensación subjetiva de ahogo (con Morfina) y a disminuir la ansiedad que la falta de aire produce (con Benzodiacepinas), que ocasiona un aumento de la disnea, creando un círculo que si no se llega a romper originará un mal manejo terapéutico, también son utilizados los corticoides, también caso de que la obstrucción sea tumoral para disminuir el tamaño del mismo..

Los cuidados de enfermería serán los siguientes:

- Ayudar al paciente en aquellas actividades que incrementen la disnea.
- Modificar hábitos que le produzcan disnea.
- Enseñar ejercicios respiratorios que puedan ser efectivos.
- Uso de humidificadores ambientales, (sobre todo si el paciente está inconsciente)
- Para hidratar las fosas nasales no usar cremas con base alcohólica (por riesgo de inhalación), cuando se use oxígeno.
- Insistir en que no se fume cerca del oxígeno, (el oxígeno en la mayoría de los casos es una medida paliativa para tranquilizar al paciente y a la familia, pues el origen no está en una mala saturación de oxígeno , sino en que su situación es terminal).
- Evitar el apoyo continuo de las gafas nasales en puntos concretos, que podrían provocar ulceraciones
- Cuidados de la boca si existe sequedad de mucosa (efecto secundario de la utilización de opiáceos).

En caso de crisis disneica:

- La primera medida será transmitir tranquilidad, confianza y control de la situación para disminuir el grado de ansiedad que pueda estar agravando el cuadro de disnea.
- Administrar tratamiento medico prescrito.
- No dejar al paciente solo.
- Mantener un ambiente tranquilo a su alrededor, evitando ruidos innecesarios.
- Buscar la posición más confortable para el paciente y que mejore su función respiratoria, normalmente sentado o semisentado que permite aprovechar un volumen pulmonar mayor y utilizar la musculatura accesoria de la respiración.
- Proporcionarle aire fresco en la cara, se piensa que la percepción de la dificultad respiratoria puede alterarse por mecanismos neurológicos mediante la estimulación de los receptores del nervio trigémino en la mejilla. También se cree que el paso de aire por la nariz puede aliviar la disnea, mediante estimulación adicional de otros receptores nerviosos localizados en la nasofaringe.
- Enseñar a la familia como controlar la situación y como tranquilizar al paciente.

Es importante usar técnicas de relajación, que disminuyan las tensiones y reduce los episodios de pánico que ocasiona la sensación de ahogo.

La relajación disminuye el consumo de oxigeno entre un 10% y un 20% y aumenta la actividad parasimpática, provocando un enlentecimiento del pulso y de la respiración.

TOS

La tos es un mecanismo protector caracterizado por una respiración súbita, expulsiva, cuya finalidad es eliminar materia extraña e irritante de las vías respiratorias.

Las causas más frecuentes de la tos crónica incluyen: las infecciones respiratorias, bronquitis crónicas, asma bronquial, reflujo gastroesofágico, goteo postnasal, por rinitis o sinusitis y tratamientos con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bromuro de ipratropio, cromoglicato disódico.

HEMOPTISIS

Se denomina hemoptisis a la expectoración de sangre procedente de la zona subglótica.

Su intensidad puede ser variable, desde el esputo teñido de sangre a la emisión de sangre pura y en grandes cantidades (hemoptisis masiva: de 150- 200 cc de sangre por hora), habitualmente procedente del sistema arterial bronquial, que puede aparecer asociadas a otros síntomas, como tos, expectoración, dolor torácico.

Las causas mas frecuentes: las bronquitis crónicas, las bronquiectasias, carcinoma broncogénico y tuberculosis.

Cualquier sangrado alarma mucho al paciente y a la familia, por ello es importante:

- Informar al paciente y a la familia adecuadamente.
- Transmitir tranquilidad y eficacia.
- Comprensión ante sus dudas, temores e inseguridades.
- Vigilancia continuada con frecuentes visitas al paciente.
- Reposo absoluto del paciente, colocándolo sobre el lado sangrante.

- Aplicación de tratamiento medico.
- Si la hemoptisis es masiva y terminal, cubrir el sangrado con paños verdes ó rojos (evitan la ansiedad que provoca la visión de mucha sangre). No se dejara solo al paciente. Aconsejable la sedación del enfermo (prescripción medica), para evitar la angustia de la muerte inminente y el ahogo que ocasiona el encharcamiento pulmonar.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SINTOMAS DIGESTIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

Los síntomas procedentes del aparato digestivo disminuyen la calidad de vida del paciente en fase terminal. Entre estos los más molestos son: las alteraciones de la cavidad oral, alteraciones del ritmo intestinal, náuseas y vómitos.

ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL

Las causas de las alteraciones son: deficiencias nutricionales y de hidratación, procesos infecciosos, lesiones tumorales, higiene oral inadecuada, consumo de fármacos (antibióticos, opioides...), compromiso del sistema inmunitario, tratamiento con radioterapia sobre la cavidad oral.

Los cuidados irán enfocados a mantener la cavidad oral húmeda y limpia, evitar molestias por sequedad, disminuir el riesgo de infecciones y mal olor, prevenir el rechazo social producido por la halitosis, favorecer la comunicación del enfermo, favorecer el disfrute de los alimentos, proporcionar confort al paciente. Los cuidados serán:

- Valorar el estado de la boca diariamente.
- Limpiar la boca dos veces al día, (como mínimo), con cepillo suave, incluyendo la lengua.
- Limpiar secreciones nasales (favorecen respirar por la boca). Educar al paciente y a la familia ante la higiene.
- Aumentar ingesta de líquidos, si los tolera el paciente.
- Para aumentar la salivación y la humedad de la mucosa oral:
 - Dar fruta fresca, chicles sin azúcar, caramelos ácidos de limón.
 - Masticar trocitos de piña enlatada (contiene ananasa, enzima proteolítica que limpia la boca. El azúcar que contiene no predispone a la aparición de candidas).
 - Enjuagar la boca con saliva artificial que puede tragarse (metilcelulosa, esencia de limón y agua). Se puede usar cremas, colutorios y sprays comerciales.
 - Enjuagar con manzanilla (anestésico natural) y limón (estimulante de la salivación). El limón no debe usarse, si hay deshidratación, ya que al intentar estimular las glándulas salivares deshidratadas, producirá mas dolor y un efecto rebote de mayor sequedad.
- Guardar la prótesis dental por la noche, en un recipiente con agua e hipoclorito sódico al 1% (la lejía desincrusta y es más eficaz contra los hongos).
- En enfermos confusos hay que tener cuidado con los posibles cierres bruscos de la boca.
- En las infecciones orales: enjuagues bucales con Povidona yodada oral, ó con agua oxigenada diluida al 50% con suero salino.

- No usar antisépticos tópicos orales como la Hexetidina, porque resecan mucho la mucosa por su contenido en alcohol y predisponen además a la aparición de micosis.
- En boca dolorosa: los enjuagues serán de manzanilla sin limón, para evitar escozor en la mucosa oral. Anestésicos locales como lidocaina viscos a al 2%, siempre que el paciente lo precise, y 15 minutos antes de las comidas (se puede tragar). Cambiar la dieta por una blanda o líquida, con alimentos fríos o a temperatura ambiente (según deseos del paciente). No colocar dentadura postiza.
- En la boca sucia con placas de detritus ó costras: limpiar con torunda de gasa empapada en $\frac{3}{4}$ partes de suero fisiológico y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada de 10 volúmenes (no muchos días para no producir estomatitis). O con una dilución de bicarbonato sódico con suero salino (una cucharada de café por 200cc de suero). No usar bicarbonato si se está administrando Nistatina porque produce interferencias.
- En la boca sangrante: aplicar agua oxigenada diluida al 50% con suero salino ó toques con suspensión de sucralfato. Humedecer la boca con cúbitos de hielo ó administrar líquidos helados. Alimentos fríos y blandos. No cepillar los dientes.
- Cuando la boca está infectada por candidas el paciente sufre de MICOSIS, resultado del deterioro de la mucosa por diferentes causas, ya sea mal higiene, determinados fármacos, enfermedades in situ, etc., el paciente padece alteraciones del gusto y sensación desagradable e incluso dolorosa en la boca que le incapacita tanto para la deglución como para la comunicación oral. El tratamiento médico va a consistir en enjuagues de Nistatina de manera tópica

y si el tratamiento es sistémico se administra Fluconazol o ketonazol..

ALTERACIONES DEL RITMO INTESTINAL:

DIARREA

La diarrea incomoda mucho al paciente, tanto física como psicológicamente (sienten vergüenza por ello). El equipo de enfermería debe ser comprensivo con este problema, sobre todo en los pacientes de mayor edad, a quien a veces se les regaña por no avisar a tiempo.

Las causas pueden ser: exceso de laxantes, fecaloma con sobreflujo, postradioterapia, malabsorción, infecciones, fármacos (antibióticos que favorecen la aparición de diarrea por *Clostridium Difficile*), obstrucción parcial intestinal.

Los cuidados de enfermería serán:

- Aplicación del tratamiento médico, que variara según la etiología de la diarrea y en el paciente terminal suele ser con Loperamida ó Codeína, Dihidrocodeina, sulfato de Morfina.
- Comprobar mediante tacto rectal si existe fecaloma y se estuviera ante una pseudodiarrea (la actuación sería con enemas y extracción manual).
- Realizar la higiene perianal lo antes posible después de cada evacuación.
- No usar productos irritantes en el aseo.
- Secar cuidadosamente la piel.
- Colocar en la cama empapadores, cambiándolos siempre que sea necesario.

- En enfermos inconscientes, revisar periódicamente el pañal o empapador.
- Según condición general del paciente y excepto si hay diagnóstico de oclusión intestinal incompleta, instaurar una dieta astringente.
- Aumentar ingesta de líquidos, si el estado general del paciente lo permite.
- Prevenir maceración de la piel perianal aplicando pomadas protectoras de óxido de zinc y almidón ó similares (siempre que la piel no tenga problemas de continuidad ó infección micótica), no aplicar en periné y en los genitales.
- Procurar no lastimar la autoestima del paciente, no se debe utilizar delante del enfermo la palabra pañal sino empapador ó absorbente.

ESTREÑIMIENTO

Es sin duda un síntoma de los más molestos y que más incomodidades causa en el paciente. Puede ser secundario a la administración de opiáceos, al cáncer (localización del tumor, movilidad disminuida, ingesta escasa, debilidad, deshidratación, hipercalcemia, dolor...), a compresión medular, a causas concurrentes (hemorroides, fisuras anales, habituación a los laxantes...). Los cuidados de enfermería serán los siguientes:

- Valorar hábitos de defecación y consistencia de las heces.
- Recogida continuada de información del paciente y la familia, y por el contrario informar de las medidas que se van a tomar, pidiendo su consentimiento.

- Prevenir el estreñimiento mediante laxantes (recordar su prescripción).
- Favorecer la ingesta de líquidos si las condiciones del paciente los permiten.
- Aumentar el aporte de fibra si no hay riesgo de oclusión ó suboclusión intestinal, y según el estado general del paciente.
- Atender lo antes posible el reflejo de eliminación.
- Proporcionar intimidad al paciente encamado.
- Tratamiento local de las hemorroides ó alteraciones locales para evitar el dolor al defecar.
- Realizar tacto rectal para detectar presencia de fecaloma, si no hace deposición en tres días.
- Si precisa únicamente estimulación y el ablandamiento de las heces, es útil usar supositorios de glicerina ó canuletas de Micralax.
- Si no fuera efectivo, recurrir al enema cassen de 250cc en decúbito lateral izquierdo. Se puede introducir en el enema aceite de oliva (para lubricar y reblandecer las heces) ó bien aceite, jarabe de lactulosa y un micralax. Calentar al baño María.
- Administrar el enema con sonda rectal que debe de introducirse hasta donde se pueda, movilizándola de arriba abajo mientras se pone el enema. No poner enemas si existe obstrucción intestinal.
- Si el enfermo es portador de colostomía, poner solo un enema cassen con sonda rectal pequeña ó sonda vesical del numero 18 o 20. Comprobar antes con el dedo el trayecto del intestino para realizar las maniobras con más facilidad. Si se observara la presencia de fecaloma por heces duras, se planteara el fraccionamiento

y/o extracción manual del mismo, si se encuentra en zona accesible, procediéndose de la siguiente manera:

- La noche anterior poner un enema cassen con 100cc de aceite y 15cc de agua oxigenada.
- La extracción se hará al día siguiente, si el enema fracasa.
- Administrar analgesia o sedante 30 minutos antes de las maniobras (prescripción medica).
- Vaciar en la ampolla rectal dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble y esperar 10 minutos.
- Romper el fecaloma con el dedo índice mediante movimientos circulares, para que su extracción sea más fácil.
- Realizar el fraccionamiento en varias sesiones si es preciso para no cansar al paciente.
- Poner enemas tras la extracción hasta que el paciente evacue todas las heces que tenia retenidas.
- Es preciso recordar, que siempre que el paciente este en tratamiento con opioides, es preciso una pauta de laxantes.

NAUSEAS Y VOMITOS

Las náuseas se definen como la sensación desagradable referida vagamente al epigastrio y al abdomen, que frecuentemente se acompaña de impulsos de vómitos ó precede a este. Los vómitos son la expulsión forzada del contenido del estomago por la boca.

Las causas pueden ser: gastrointestinales (estasis gástrico, gastritis, obstrucción intestinal), estimulación del centro vestibular, aumento de la presión intracraneal, metabólicas (hipercalcemia, hiperurinemia...),

secundarias a tratamientos (quimioterapia, radioterapia, otros fármacos), ansiedad. Los cuidados de enfermería irán encaminados a:

- Mantener un ambiente relajado y tranquilo.
- Colocar al enfermo sentado ó semisentado.
- No obligar a comer al enfermo, dándole pocas cantidades y a demanda.
- Si lo desea líquidos frescos.
- Dar dietas pastosas y/o de fácil masticación.
- Dar infusiones: manzanilla, tila...
- Realizar cuidados de la boca con frecuencia.
- Evitar olores fuertes (colonias, comidas...).
- Comprobar si hay impactación fecal (pueden ocasionar vómitos).
- Mirar si hay distensión abdominal o dolor.
- Tratar la ansiedad, si esta existiera, con presencia física y comunicación.
- Posición de Fowler durante la ingesta y una hora después para favorecer el tránsito y evitar complicaciones en caso de posible vómito.
- Si el paciente esta inconsciente, colocar en decúbito lateral.
- Administración de tratamiento medico que tratara las causas que sean reversibles, y ante las irreversibles pondrán tratamientos sintomáticos (Metroclorpramida, Domperidona, Haloperidol, Clorpromazina).

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Es el proceso que impide la evacuación del contenido digestivo ya sea por obstrucción o por alteración de la movilidad intestinal (ileo paralítico).

Nos pone en alerta la alternancia en el paciente de la diarrea-estreñimiento, o la diarrea por rebosamiento, distensión abdominal y dolor cólico, en estados avanzados acompañado de vómitos. La causa puede ser tumoral, secundario a tratamiento cancerígeno, ya sea radioterapia o quimioterapia o por impactación fecal

Cuidados de enfermería:

- Dieta absoluta
- Cuidados de la boca
- Utilización de otras vías que no sean la tópica
- Utilización de sonda nasogástrica previo consentimiento del paciente.
- Descartar fecaloma mediante tacto rectal.

PIROSIS.

Sensación de quemazón retroesternal que asciende hasta el cuello, para su tratamiento se utilizan fármacos protectores de la mucosa, antiácidos y antiH₂ (ranitidina).

SINDROME DE COMPRESIÓN GÁSTRICA

Es el enlentecimiento del tránsito intestinal hasta su detención producido por una compresión gástrica ya sea tumoral o por hepatomegalia, que provoca al paciente sensación de plenitud, náuseas, vómitos, acidez, hipo, e incluso dolor.

- Cuidados de enfermería:
- Administración de fármacos
- Administración de comidas con muy poca cantidad y mayor frecuencia.

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LOS SINTOMAS

NEUROPSICOLOGICOS EN EL PACIENTE TERMINAL

Los síntomas neuropsicológicos: confusión, ansiedad, insomnio y depresión, repercuten en la calidad de vida del paciente, tanto como los síntomas físicos, y en algunos pacientes más que los físicos.

CONFUSION

La confusión puede alterar simultáneamente consciencia, atención, percepción, alteración del pensamiento, de la memoria, psicomotilidad, ciclo vigilia – sueño y alteración emocional (depresión , ansiedad etc.)

La valoración de la confusión se realizará en base al test Mini-Mental el cual realiza la siguiente valoración en el paciente:

- Comienzo súbito o fluctuante
- Inatención
- Pensamiento desorganizado
- Alteración del nivel de consciencia.

Las causas pueden ser: tumores ó metástasis cerebrales, enfermedades sistémicas (fracaso orgánico, infecciones, trastornos metabólicos...), síndromes de abstinencia, fármacos (opioides, diuréticos, benzodiacepinas, psicotropos, anticolinérgicos, corticoesteroides, antibióticos...).

Los cuidados de enfermería son complementarios al tratamiento farmacológico, nunca sustitutivos:

- Administración de tratamiento farmacológico.
- Evitar autolesiones ó lesiones a otras personas.
- No utilizar medios de sujeción, si fuera preciso solo hasta que haga efecto la medicación.

- Retirar objetos peligrosos, colocar barandillas.
- Dejar iluminación tenue en la noche, evitar excesiva estimulación sensorial.
- Presencia familiar, dándole apoyo psicológico si precisa.
- Descartar retención urinaria ó la impactación fecal (pueden causar agitación).
- Prestar atención a los signos no verbales de dolor.
- No despertar al paciente. Evitar excesivas visitas.

El tratamiento médico consistirá fundamentalmente en neurolépticos y benzodiazepinas.

INSOMNIO

Es la dificultad para conciliar ó mantener el sueño ó el despertar precoz con sensación de sueño insuficiente ó no reparador.

Las causas pueden ser: inadecuado control de síntomas (dolor, disnea, vómitos...), enfermedades orgánicas, síntomas psicológicos (ansiedad, depresión), factores ambientales, fármacos, por miedo a fallecer mientras se duerme.

Los cuidados de enfermería irán encaminados a detectar y corregir los factores que influyen en la aparición del trastorno:

- Colocar al paciente en postura cómoda. No interrumpir el sueño. Masaje, relajación, luces suaves. Ingesta de bebidas calientes, nunca estimulantes.
- Evitar siestas, ruidos, temperaturas extremas.
- Facilitar hábitos del paciente que ayuden a conciliar el sueño.
 - Administrar tratamiento medico.

- Prestar apoyo psicológico al enfermo, facilitando la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos, dudas y miedos acerca del proceso de su enfermedad.
- El temor y la soledad se exageran por la noche (permitir la presencia de un familiar).
- Las pesadillas pueden impedir el sueño. Hablar de ellas, si el paciente lo desea, posibilita la expresión de sus temores para que pueda tranquilizarse.

ANSIEDAD

La ansiedad es un estado en el que el individuo experimenta sentimientos de inquietud con síntomas como: insomnio, sudor, náuseas, ataques de pánico, pobre concentración, irritabilidad, incapacidad para relajarse, variaciones no habituales en el humor e incapacidad para la distracción.

Está producida por varios factores como: causas orgánicas (dolor, disnea, hipercalcemia...), síntomas psicológicos (depresión, fobias), fármacos (corticoesteroides, neurolépticos, retirada de benzodiazepinas...) y miedo al dolor, a la muerte, preocupaciones familiares, temor a la pérdida de autonomía, a la incontinencia, a las pruebas diagnósticas etc.

Los cuidados de enfermería irán dirigidos a examinar con el paciente estrategias eficaces de afrontamiento y a prestarle apoyo psicológico, hablando con él, ayudándole a expresar sus sentimientos, con una escucha activa. Hay que animarle a que haga preguntas, que le ayuden a despejar sus dudas. Permanecer al lado del paciente siempre que lo precise. Informar al paciente siempre que lo precise.

Enseñarle estrategias de afrontamiento de la ansiedad como: técnicas de relajación pasiva, masajes, técnicas de pensamiento positivo. Es importante la administración del tratamiento previsto en casos de ataques de pánico.

DEPRESION

Es un trastorno de la afectividad. Las causas que producen trastornos depresivos en el enfermo terminal son: la enfermedad, las limitaciones que esta produce, el pobre control sintomático, el miedo a morir, metabólicas, endocrinas, farmacológicas, metástasis cerebrales, radioterapia holocraneal y síndromes paraneoplásicos.

Los tipos de depresión que podemos encontrar son: trastornos adaptativos con reacción depresiva, episodio depresivo mayor y trastorno depresivo orgánico.

El problema más importante que tiene el paciente terminal con respecto a la depresión es que los profesionales no lo tenemos en cuenta por considerar lógica la tristeza del paciente y entonces el síntoma no se trata.

Los parámetros a valorar en la depresión son :

- Ø Humor depresivo durante más de dos semanas
- Ø Incapacidad de distracción
- Ø Alteraciones del sueño
- Ø Anorexia y pérdida de peso
- Ø No poderse concentrar ni tomar decisiones
- Ø Irritabilidad y sentimiento de culpa apatía
- Ø Incapacidad para realizar la vida cotidiana que correspondería con su estado de salud.

Las actividades de enfermería irán dirigidas a hablar con el paciente, con una escucha activa, fomentando la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos. Hay que aceptar el llanto y no interrumpirlo, evitando paternalismo desde una relación de adulto a adulto. Intentar que el paciente identifique el problema que ha causado el trastorno.

Evitar críticas negativas, animándole al cuidado de su aspecto externo. Examinar con la persona sus fuerzas y recursos para hacer frente a las crisis.

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LAS ULCERAS DE PRESION

Y TUMORES ULCERADOS

Las acciones a emprender, en los enfermos en fase terminal, vendrán determinadas por el estado general del paciente, su calidad de vida y pronóstico, siempre teniendo en cuenta la filosofía que imparten los cuidados paliativos, por lo que si nuestra meta no puede ser la de curar una úlcera de decúbito ó un tumor ulcerado que tiene un paciente, entonces será la de cuidar a una persona que tiene una úlcera o tumor ulcerado, ahorrándole todas las molestias posibles y proporcionándole el máximo de confort.

LAS ULCERAS DE PRESION

Una úlcera por presión es cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente. Afecta severamente la calidad de vida del enfermo, ocasionando dolor y malestar que, en determinados momentos, hacen necesaria una analgesia adecuada.

Según el deterioro del enfermo y su pronóstico, en ocasiones podremos curar úlceras pequeñas, pero, otras veces, solo tendremos

tiempo para limpiar aquellas más profundas antes de que se muera el enfermo, dirigiendo, entonces, los cuidados a proporcionar el mayor confort y a aliviar el dolor causado por esta lesión externa.

Los objetivos ante las úlceras serán:

- Proporcionar el máximo de confort al paciente.
- Conservar en buen estado la piel (limpia e hidratada).
- Evitar la presión y el roce continuado en las zonas de riesgo.
- Evitar la aparición de úlceras de decúbito ó la progresión de las existentes.
- Disminuir el sufrimiento que supone estas lesiones.
- Evitar las infecciones y el mal olor.

Cuidados de enfermería en las úlceras de primer grado (afectación de la epidermis)

- Ø Eliminar presiones en zonas de riesgo
- Ø Lavar con agua y jabón sin frotar.
- Ø Hidratar con masaje
- Ø Utilizar apósitos hidrocoloides.

Cuidados de enfermería en las úlceras de segundo grado(afectación de epidermis, dermis y tejido subcutáneo)

- Ø Limpiar con suero salino
- Ø Desinfección de la zona si procede
- Ø Colocar apósito hidrocoloide si no existe infección

Cuidados de enfermería en las úlceras por decubito de tercer y cuarto grado:

- Ø No recortar tejido necrosado por el miedo a la hemorragia a no ser que el paciente este incómodo.
- Ø Limpiar con suero salino no con demasiada presión

- Ø Si no existe infección utilizar apósitos hidrocoloides semioclusivos
- Ø Si existe infección por anaerobios utilizar para neutralizar el olor el metronidazol.

TUMORES ULCERADOS

El tumor ulcerado es aquel tumor que, en su crecimiento, infiltra la piel y produce un problema de continuidad en ésta. Estas infiltraciones cancerosas pueden ser primarias (debido al propio tumor) o secundarias (debidas a sus metástasis) y producen dolor, exudado, hemorragia, infección y mal olor.

Los objetivos a conseguir con los cuidados de enfermería, valorándose las condiciones generales del paciente y pronóstico de vida, serán:

- Proporcionar el máximo confort al enfermo.
- Prevenir ó eliminar las infecciones.
- Evitar ó eliminar el mal olor (lavado de la lesión con metronidazol de 0.5 gramos).
- Prevenir el sangrado del tumor ulcerado.
- Facilitar la absorción y/o drenaje de los exudados.
- Favorecer la aceptación social, sobre todo en lesiones desfigurantes y malolientes, manteniéndolas convenientemente cubiertas con apósitos, limpias y sin olor.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA AGONIA

La agonía se ha definido como: “El estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente”.

Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte.

La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

Es imprescindible que los profesionales de enfermería sepan reconocer la aparición de la fase agónica en el paciente, las características más importantes son:

- Aumento de la debilidad.
- Aumento de la postración.
- Aumento del encamamiento.
- Disminución de la alerta.
- Disminución de la ingesta.
- Alteración de las constantes.
- Deterioro físico general.

Se deben observar los signos clínicos siguientes:

1. Pérdida del tono muscular:

- Debilidad.
- Incontinencia urinaria y rectal.
- Relajación muscular.
- Dificultad para tragar.
- Pérdida gradual del reflejo faríngeo.
- Disminución de la actividad del tracto intestinal con: náuseas, acumulación de gases, distensión abdominal, retención de heces.

2. Disminución de las sensaciones.

- Cianosis en extremidades.
- Piel fría primero en los pies, posteriormente manos, orejas y nariz.

3. Cambios en los signos vitales:

- Pulso lento y débil.
- Tensión arterial disminuida.
- Respiración rápida y superficial o lenta con fases de apnea.
- Sequedad en la mucosa oral.

4. Afectación sensorial:

- Visión borrosa.
- Alteración del gusto y del olfato.
- Adormilados, estuporosos o comatosos.
- La audición y el tacto, se cree que hasta el final permanecen.

Los hallazgos físicos de muerte inminente son:

- Pérdida de reflejos.
- Pulso rápido y débil.
- Pupilas dilatadas y fijas.
- Descenso de la presión arterial.
- Incapacidad para moverse.
- Distrés respiratorio.
- Fases prolongadas de apnea.
- Respiración ruidosa, (estertores de muerte).

Y como signos de muerte:

- Cese de la respiración y de los latidos cardiacos durante varios minutos.
- Falta total de respuestas a estímulos externos.
- E.E.G. plano.

Los cuidados generales serán los siguientes:

- Realizar la higiene y cambio de sábanas con mucho cuidado, si la condición del paciente es estable.

- La sequedad de labios y mucosa oral pueden producir dolor, los cuidados locales, son más eficaces para combatir la sequedad, que la hidratación con sueros.
- Proporcionar pequeños sorbos de agua, si el paciente lo desea y puede tragar.
- El reflejo de succión se conserva casi hasta el final, por ello se le puede facilitar gasas mojadas en agua.
- Si se utilizaba manzanilla con limón para lavado oral, retirar el limón, puesto que es un estimulante de las glándulas salivares y puede producir hipertrofia de las mismas, causando dolor en la cavidad oral.
- No usar colutorios que contengan alcohol (resecando la mucosa oral), ni vaselina en los labios (es hidrófoba y producirá, también más sequedad si el paciente esta deshidratado).
- Si se queja de dolor oral, aplicar lidocaina al 2%.
- Quitar la dentadura postiza si esta no se adaptan bien, para prevenir desplazamientos y que el enfermo se encuentre incomodo.
- Limpiar las fosas nasales con suero salino para que la respiración sea más fácil.
- Colocar al paciente en su posición preferida. El decúbito lateral con las piernas flexionadas disminuye el ruido producido por los estertores y permite un acceso fácil a la vía rectal, si esta se quiere utilizar.
- Si el enfermo se encuentra cómodo, no hacer cambios posturales, estos pueden provocarle más molestias si la movilización es dolorosa.
- Si el paciente se encuentra estreñido, no incomodarle con medidas como enemas, micralax, tacto retal para comprobar si hay fecaloma (son maniobras molestas a evitar en el enfermo moribundo). Cambio de empapadores, si existen fugas fecales.

- Si el paciente está agitado y no es portador de sonda vesical, verificar presencia de globo vesical por si este fuera la causa de la agitación (la retención urinaria se presenta en el 21% de los enfermos).
- En caso de incontinencia, el sondaje vesical (o colector urinario en los hombres) debe valorarse antes de llegar a la situación de agonía y siempre que la frecuencia del cambio de empapadores sea molesto para el enfermo.
- El sondaje vesical para comprobar la diuresis en caso de anuria es impropio.
- Si el paciente tiene un tumor ulcerado o escara con mal olor que le incomoda, cambiarle la cura cuantas veces sea necesario.
- En caso de fiebre no poner compresas frías porque son muy molestas. Solo si origina malestar al enfermo, administrarle Paracetamol o Metamizol.
- Observar en el paciente signos verbales y no verbales de dolor, agitación o inquietud, si esta consciente que sea él quien marque sus necesidades.
- Administrar el tratamiento farmacológico prescrito o las dosis extras previstas según petición del paciente.
- Si se ha colocado una bomba de infusión subcutánea, revisar punto de punción y funcionamiento de la maquina (el mal estado de la zona de inserción de la aguja, puede ocasionar la mala absorción del tratamiento, por consiguiente un mal control de los síntomas tratados).
- Procurar un ambiente tranquilo, evitando los ruidos innecesarios.

- El paciente prefiere estar con sus allegados más cercanos e íntimos, permitir su presencia todo el tiempo deseado y limitar él número de visitas según demande el paciente.
- Tratar al enfermo con la misma actitud de respeto de siempre.
- Mantener en todo momento la comunicación, sin olvidar la no verbal, como tocarle, cogerle de la mano, etc., el contacto físico debe mantenerse incluso en los pacientes comatosos, aunque no se sepa realmente si estos enfermos son capaces de recibir algún estímulo sensitivo, pero para la familia es importante comprobar que el equipo de enfermería le sigue tratando como a una persona.
- Aunque el paciente se encuentre confuso o somnoliento, intentar comunicarse con él mediante frases cortas y preguntas sencillas sobre si tiene dolor, esta cómodo, etc., como su capacidad de hablar puede estar disminuida, para conocer sus deseos tener paciencia y pararse a escuchar con atención.
- Evitar la sensación de prisa, estar siempre receptivo a cualquier necesidad.

La preocupación por el futuro de los suyos y el miedo propio al sufrimiento, verbalizados o no por el paciente, le originaran una gran labilidad emocional que requerirá un fuerte apoyo y comprensión, saber acompañar, escuchar y conseguir empatizar con el paciente son las bases de esa ayuda.

El enfermo en esta fase, aun sin estar informado, conoce perfectamente su situación.

No hay que temer, pues, sus preguntas sobre ello, reafirmandole el apoyo y los cuidados necesarios, sin adoptar actitudes de negación de la gravedad del estado. En estos momentos es fundamental que el

paciente no se sienta abandonado al creer que ya nada se puede hacer por él.

Para la familia es un gran impacto emocional ver que se presenta el final del paciente, las intervenciones específicas de enfermería serán:

- Mantener informada a la familia de la evolución esperada, sobre todo cuando el paciente está en el domicilio, de esta manera se evitara el ingreso por temores innecesarios en el hospital.
- Intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo sus aportaciones en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.
- Brindar a la familia y amigos la oportunidad, si lo desean, de compartir sus emociones.
- Cuando el paciente está inconsciente, animarles a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándoles a hablarle con suavidad.
- Las reacciones emocionales de los familiares y amigos pueden ser muy variadas, según la madurez personal y cultura de referencia de cada uno de ellos. Respetar la libre manifestación de los sentimientos, aunque no sean consideradas conductas apropiadas (gritos y llantos excesivos, por ejemplo), permaneciendo a su lado para tranquilizarles.
- Facilitar la presencia de la familia, incluyendo a los niños, si así lo desean, entendiendo la situación que están atravesando y adaptando en lo posible las normas del centro a sus necesidades (flexibilidad en las horas de visita, posibilidad de espacios para que puedan descansar, sillones, etc.).
- Permitir que los familiares puedan participar en los cuidados para que, de esta manera, puedan sentirse más útiles.

- Algún miembro de la familia, sobre todo los que llegan a última hora, pueden producir alguna situación de tensión con el equipo debido a lo que ellos consideran demandas no satisfechas de cuidados. Estas actitudes deben entenderse como signos de estrés emocional. Adoptar una actitud amable y comprensiva, aunque a la vez de firmeza, ante los excesivos requerimientos de cuidados.
- No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo porque las vivencias previas entre ellos nos son desconocidas.
- Se cree que el tacto y el oído son los últimos sentidos que se mantienen hasta la muerte. Aunque no hay evidencia científica, aconsejar a la familia que sean prudente en los comentarios delante del paciente.
- Si la familia insiste en la administración de sueros, indicarle pacientemente que estos no son necesarios durante la agonía y que pueden producir más problemas que beneficios (aumento de edemas, secreciones, venopunciones, etc.).
- Las preguntas que la familia suele hacer al equipo sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo reflejan la angustia que padecen y/o los deseos de que el paciente no sufra más. No deben ser juzgadas como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.
- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si se necesita algo. No es necesario decirles nada en especial, solo ofrecerles ayuda y facilitar que expresen su dolor si así lo desean

- Si el paciente está en el domicilio, dejar instrucciones de a quien pueden dirigirse en caso de necesidad o que pasos han de seguir después del óbito.

Del tipo de relación establecido con la familia dependerá la eficacia de las medidas de apoyo dirigidas a ellas, para lo cual es indispensable crear un clima de confianza en fases previas.

La información continua y asequible a los familiares es el elemento esencial que les permitirá afrontar con mayor serenidad el final, además de evitar demandas terapéuticas poco realistas al equipo (mayor intervención médica o administración de sueros, etc.).

Quizás los familiares avisen al profesional de enfermería por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que puede que antes no hayan visto nunca morir a nadie. El desconocimiento del proceso les impulsará a preguntar sobre todo lo que esté ocurriendo para comprobar si es normal.

La familia siempre recordará estos momentos, de ahí la importancia de nuestra actitud.

El profesional de enfermería debe saber, que el tratamiento médico que tenía el paciente terminal, cuando aparece la fase agónica debe revisar sus objetivos para adaptarlo a la situación final. Se suspenderán fármacos que no proporcionen un beneficio inmediato (antidepresivos, insulina, laxantes, antibióticos, etc.), se cambiará la vía de administración, si es necesario, pasando de la oral a la subcutánea y se tratarán los síntomas como:

- El dolor: el fármaco de elección es la Morfina, nunca suspender los opiáceos, aunque entre en coma el paciente (evita posible descontrol del dolor y el síndrome de privación narcótica).

- La disnea: el único objetivo a conseguir durante la agonía es reducir en el paciente la percepción de falta de aire. El tratamiento de elección es la Morfina, si existe ansiedad se asocian benzodiazepinas.

- Estertores: la respiración ruidosa por secreciones produce más ansiedad en la familia que en el propio paciente, ya que este puede que no sé de cuenta por la disminución del nivel de conciencia.

El tratamiento de elección son los anticolinérgicos (broncodilatan y disminuyen la secreción salivar), como la escopolamina (también tiene efecto sedante) o la Buscapina simple®. Para que sea efectivo el tratamiento, se debe de implantar, cuando las primeras secreciones son escuchadas. Colocar al enfermo en decúbito lateral con la cabeza ligeramente hacia delante, para que la boca quede cerrada y no haga ruidos.

La broncoaspiración no se suele utilizar ya que es una medida muy traumática y molesta para el paciente, excepto si las secreciones se encuentran en la orofaringe.

- Confusión – Agitación: impacta a la familia en gran medida. Como tratamiento médico se instaurará Haloperidol® (si existen alucinaciones) o Clorpromazina (si no es efectivo el anterior fármaco), Midazolam si hay inquietud o agitación.

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.

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.

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. (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 perdida a los que se enfrenta por su enfermedad.

QUE PUEDE IMPEDIR LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

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 miedo, 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. Sera 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. Sera 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.

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 moverse, 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 el 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 si 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 apoyará 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 fósforo 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.

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 INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA

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.

APOYO A LA FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS 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.

METODOLOGIA

Cualitativa :

Porque así hace una interacción social empleando métodos de recolección de datos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. En otras palabras, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión de dicho tema.

DISEÑO DE LA TESIS.

- El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos.
- Asistencia a un seminario y taller de elaboración de tesis.
- Elaboración de Protocolo de investigación.
- Seguimiento del modelo de la Dra. LastyBalseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la Tesis.

Elaboración de los objetivos de esta Tesis, así como el Marco teórico conceptual y referencial.

CONCLUSION

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.

SUGERENCIAS

- Realizar una valoración en todos los pacientes para brindar todos los cuidados paliativos correspondientes.
- Buscar la mejora de la calidad con dichos cuidados paliativos.
- Orientar a la familia al realizar los cuidados necesarios en su hogar.
- Buscar la concientización del empleo de los cuidados paliativos y el manejo de ellos dentro de todas las instituciones de salud.

GLOSARIO.

Acidosis: es un término clínico que indica un trastorno hidroelectrolítico que puede conducir a acidemia, y que viene definido por un pH sanguíneo inferior a 7.35. La acidosis puede ser metabólica o respiratoria.

Agitación térmica: es el movimiento caótico que tienen las moléculas dependiendo de la temperatura y del estado de agregación.

Anemia: se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal.

Anomalía: es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

Convulsiones: un síntoma transitorio caracterizado por actividad neuronal en el cerebro que conlleva a hallazgos físicos peculiares como la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta,¹ así como de alteraciones del estado mental del sujeto y trastornos psíquicos.

Diálisis: es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas y el exceso de agua de la sangre, normalmente como terapia renal sustitutiva tras la pérdida de la función renal en personas con fallo renal.

Disnea: es una dificultad respiratoria que se suele traducir en falta de aire. Deriva en una sensación subjetiva de malestar que suele originarse en una respiración deficiente, englobando sensaciones cualitativas distintas variables en intensidad.

Hemodiálisis: es una sustitución renal, consiste en extraer la sangre del organismo y traspasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual traspasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua cuando los riñones son incapaces de esto.

Hemoptisis: incluye la expectoración de esputo hemoptoico o de sangre fresca procedente del aparato respiratorio, más concretamente de la zona subglótica

Higiene: es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

Intersticio: espacio intercelular filtrado de plasma con proteínas, donde puede haber o no una pequeña cantidad de células.

Poliquistosis: Ocurre en los seres humanos y otros animales. Se caracteriza por la presencia de múltiples quistes en ambos riñones.

Síndrome: Es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad.

Somnolencia: es exageración de actitud para el sueño. Es un estado en el que ocurre fuerte necesidad de dormir o en el que se duerme durante periodos prolongados (hipersomnía).

Tubulo: es una de las porciones en que se divide para su estudio a la nefrona.

Uremia: es un conjunto de síntomas cerebrales, respiratorios, circulatorios, digestivos, etc., producido por la acumulación en la sangre de los productos tóxicos que, en estado general normal, son eliminados por el riñón y que se hallan retenidos por un trastorno del funcionamiento renal.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 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 Catalunya 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