

AUTOMANEJO INTEGRADO A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

**Material educativo de apoyo a los profesionales
de la Atención Primaria de salud, paciente y cuidadores**



COLECTIVO DE AUTORES

Índice

Presentación	/5
Objetivos del presente material	/7
Cuidados crónicos integrados e innovadores en la ERC. Actores	/7
¿Qué es la enfermedad renal crónica?	/8
La ERC, un problema de salud mundial	/9
¿Cuáles son las responsabilidades del equipo de salud y los pacientes ante el diagnóstico de ERC?	/10
Algunos conceptos importantes (1)	/11
Algunos conceptos importantes (2)	/12
Poniendo en práctica el automanejo (1). En la consulta: Modelo de las 5 "A"	/13
Poniendo en práctica el automanejo (2). Los "cuidados colaborativos continuos"	/14
Poniendo en práctica el automanejo (3). Decisiones de automanejo	/15
Plan de Cuidados Continuos Integrados-ERC	/16
Manejo clínico	/16
Evaluación periódica de la progresión	/16
Cuidados generales	/16
Intervenciones habituales	/17
Intervenciones específicas	/17
Orientar a los pacientes para el nivel de atención médica adecuado	/18
Apoyo psicológico y social	/18
Rehabilitación integral	/18
Clasificación de los pacientes según estadio de ERC	/19
Ejercicio físico	/19
Educación dietética	/20
Apoyo emocional, psicológico y espiritual (1)	/21
Apoyo emocional, psicológico y espiritual (2)	/22

Autores:

DR. JORGE F. PÉREZ-OLIVA DÍAZ, DCM, MSc., profesor titular. Instituto Nacional de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". Ministerio de Salud Pública. La Habana.

DR. MIGUEL ALMAGUER LÓPEZ, MSc., profesor titular. Instituto Nacional de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". Ministerio de Salud Pública. La Habana.

LIC. AYMARA REYES SABORIT, Dra. en Ciencias Psicológicas, profesora titular. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente.



Programa Atención Nacional de Enfermedad Renal (PANER).....	/23
Cuidados Continuos Integrados.....	/23
Calculador de riesgo cardiovascular	/24
Carné de automanejo y seguimiento de pacientes con ERC	/25
Bibliografía consultada.....	/26

Presentación

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT: cardio-cerebro-vasculares, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica) representan un problema global, son la principal causa de muerte y se acepta que los pacientes no reciben la atención adecuada pese a generar gastos crecientes e insostenibles para los sistemas de salud a nivel mundial, y condicionar empobrecimiento para el paciente, su familia y la sociedad.

Entre las anteriores, las ECNT con daño vascular asociado son sistémicas, aunque predomina el daño "órgano específico" por su presentación o importancia clínica; así, en un enfermo predomina, por ejemplo, el daño cardiaco, pero se detectan lesiones en los otros órganos y sistemas, todos afectados por similares factores de riesgo modificables (hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, obesidad, tabaquismo, etc.).

Los enfermos tienen necesidades de salud diversas que con frecuencia varían durante el transcurso de la enfermedad, que la complican o coexisten con ella. Por ello, la atención a pacientes individuales necesita ser coordinada de forma integral, organizada, para ofrecer y prestar una atención de alta calidad a las pluripatologías que se presentan, en su mayoría enfermedades crónicas no transmisibles.

La necesidad de implementar una respuesta integral a las ECNT es urgente. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha apostado por el Modelo de Cuidados Crónicos como estrategia innovadora que permite mejorar la calidad de la atención a los enfermos.

En Cuba ocurre un aumento sostenido en la prevalencia de las ECNT ocasionadas por la mejor atención médica y la creciente expectativa de vida. Ello se evidencia en el incremento de la dispensarización de las mismas, y en que se han convertido en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Este documento presenta una estrategia de atención centrada en el paciente y diseña sus elementos básicos para los cuidados crónicos integrados (CCI) aplicados a la enfermedad renal crónica (ERC) en el contexto de las ECNT en la comunidad donde habita el paciente y continúa su atención más del 98 % de los mismos y los consultorios, policlínicos y hospitales, los que forman una red integrada y resolutive de atención. Se enfoca en cómo lograr una atención mejor e integrada de la ERC desde la comunidad.

Sirve de apoyo al personal de la atención primaria de salud (APS) y otros profesionales que conformen el equipo multidisciplinario para que sean parte del proceso educativo, donde los

pacientes crónicos están dispensarizados y desde el cual deben ser conducidos de manera asistida a través de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud para ser interconsultados, según sus necesidades, con el nefrólogo u otros especialistas, como vía de resolución a sus problemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce en el automanejo la piedra angular en la atención a personas con enfermedades crónicas. El apoyo al automanejo se centra en que la persona comprenda su responsabilidad en controlar su enfermedad día a día y vivir con ella largo tiempo

Su alcance inicial se vincula a un proyecto local desarrollado desde la coordinación del Programa Enfermedad Renal, Diálisis y Trasplante (PANER) con sede en el Instituto Nacional de Nefrología de Cuba, el cual se desarrolla desde 2015 en el policlínico "Rolando Beidia", del municipio de Boyeros, La Habana, y que ha dado salida a investigaciones sobre la ERC en el área geográfica de esta comunidad como enfoque más viable para su análisis.

Su instrumentación será seguida por la aplicación de una "Estrategia educativa dirigida a adultos con ERC y otras enfermedades crónicas asociadas, así como a proveedores de salud", como prueba de terreno previa a su generalización nacional.

Estas realidades tan variadas y complejas requieren de un abordaje multidisciplinario bien coordinado y, por ende, merecen ser abordadas y estudiadas.

Se hace imposible educar y apoyar al paciente con una enfermedad crónica si los prestadores de servicios no conocen y cuentan con estrategias eficaces de apoyo al automanejo, incluyendo establecimiento de metas, planificación de acciones y la búsqueda de soluciones a los problemas.

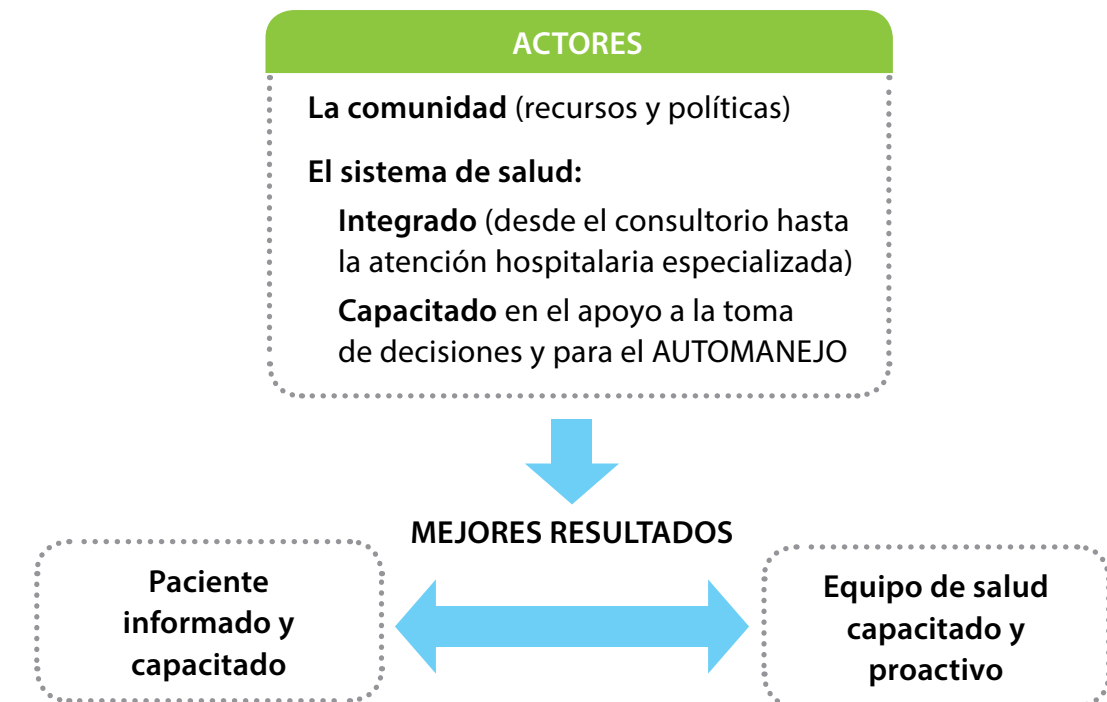
Este material/guía ha de contribuir a la capacitación del personal de la atención primaria de salud, el paciente y su familia en el automanejo de la ERC y así servir de factor dentro de la estrategia de los cuidados integrados desde la consulta médica de la APS para instrumentarlo como apoyo a la "cartilla de la enfermedad renal crónica", contribuyendo a satisfacer las necesidades individuales de las personas con este padecimiento y hacerlos responsables de su propia atención.

Los autores

OBJETIVOS DEL PRESENTE MATERIAL

- **Orientar a los profesionales** y personal de salud de la atención primaria de salud (APS) en las habilidades y estrategias del automanejo dirigidas al paciente con ERC, familia o cuidadores (u otras pluripatologías crónicas acompañantes), para prepararlos a vivir con una(s) enfermedad(es) de larga duración.
- **Proveer de herramientas para instrumentar el AUTOMANEJO** en la consulta y otros escenarios y ofrecer apoyo sistemático a los pacientes y familia.
- **Desarrollar habilidades en el enfermo** en el automanejo para que pueda tomar las mejores decisiones **frente a su enfermedad**.
- **Facilitar la aplicación del *Carné de automanejo y seguimiento de pacientes con ERC*** en la consulta médica de los consultorios médicos de la comunidad.

CUIDADOS CRÓNICOS INTEGRADOS E INNOVADORES EN LA ERC



¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA?

Es el resultado final de diversas enfermedades que afectan los riñones y provocan su daño progresivo, caracterizado por la pérdida de sus funciones normales.

¿CÓMO DIAGNOSTICARLA?

Por los antecedentes de riesgo incrementado

- Antecedentes familiares renales genéticos o hereditarios, de enfermedad renal sintomática o no, o de insuficiencia renal en métodos dialíticos o trasplantados.
- Antecedentes personales de ser diabético, hipertenso, obeso, de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, de consumir antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos, de haber manipulado productos químicos, metales pesados o agroquímicos, de dislipidemia, en especial en los mayores de 55 años.

Por la presencia de manifestaciones de lesión renal

La ERC es totalmente silente hasta etapas muy avanzadas.

Solo se detecta fácilmente con los análisis por los "marcadores" de una lesión renal, de orina (pérdida de proteínas) o de sangre (creatinina, que permite conocer la función renal por sencillas fórmulas matemáticas).

En análisis de orina: sedimento urinario anormal (proteinuria, hematuria, cilindros, etc.).

Estudios de imágenes anormales incluyendo la biopsia renal.

Disminución en la función renal (tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/minuto/1.73 m² de superficie corporal calculada a partir de la creatinina). Puede acompañar a otros marcadores o detectarse de forma aislada.

El tiempo mínimo de existencia de los marcadores para el diagnóstico debe ser superior de tres meses, con la necesidad de verificar nuevamente la existencia de los marcadores alterados luego de su detección inicial.

**LA ERC SIEMPRE ES TRATABLE
Y PARA LA INMENSA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CONTROLABLE**

LA ERC, UN PROBLEMA DE SALUD MUNDIAL

Es frecuente: entre el 10 y el 16 % de la población la presenta en cualquier etapa de su evolución.

Puede progresar en el tiempo y disminuir el funcionamiento de los riñones y provocar su trabajo insuficiente en el 5.0 % de la población adulta (con una tasa de filtrado glomerular estimada menor de 60 ml/min m² SC), pudiendo llevar a la necesidad de vivir gracias a las terapias de reemplazo renal por los métodos dialíticos o si existe indicación por trasplante renal.

Afecta a cualquier edad pero en particular a los mayores de 55 años en los que coexisten otras enfermedades crónicas.

Es común en los hipertensos, diabéticos, pacientes cardiacos o cerebrovasculares, en obesos, en las personas mayores y con historia familiar o personal de enfermedad renal genética, hereditaria.

Se agrava por el hábito de fumar, el beber alcohol, el consumir frecuentemente y sin indicación profesional medicamentos como analgésicos, antiinflamatorios **y en especial por el descontrol de la enfermedad que la provoca.**

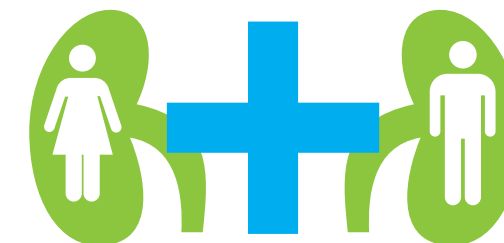
Aumenta la aparición de complicaciones graves cardio-cerebro-vasculares.

No existe contraindicación absoluta para efectuarse la hemodiálisis u otras opciones de tratamiento de llegar hasta esa etapa, (con una tasa de filtrado glomerular estimada de 10 ml/min m² SC o menor).

**La interconsulta con el nefrólogo permite establecer el
PLAN DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO PARA CADA PACIENTE**

Es esencial para poder retardar o evitar la presentación de complicaciones y el avance de la enfermedad con intervenciones efectivas tomadas de común acuerdo.

Más del 98 % de los pacientes siguen su atención con su médico de cabecera.



¿CUÁLES SON LAS RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD Y LOS PACIENTES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE ERC?

EL MÉDICO DE CABECERA Y EL EQUIPO DE SALUD DEBEN

- Efectuar su búsqueda activa para identificar la ERC oculta en la población dispensarizada por enfermedades que la ocasionan y grupos de riesgo identificados.
- Explicar que es una enfermedad de larga duración, que requiere de consultas programadas, control periódico con vigilancia estrecha para tratar de evitar sus complicaciones.
- Garantizar la atención individualizada para cada enfermo según los riesgos detectados y la etapa evolutiva de la ERC.
- Apoyar y ofrecer al paciente las herramientas para poder tomar las mejores decisiones en relación con su enfermedad.
- Coordinar con diferentes especialidades médicas y conducir al paciente con ERC según las necesidades individuales evolutivas por los diferentes niveles de atención del sistema de salud, hasta la solución de sus problemas.

EL PACIENTE

Necesita conocer su enfermedad y estar informado sobre su evolución y complicaciones.

Requiere del apoyo de sus familiares y amigos.

PERO ES EL PACIENTE QUIEN:

DEBE aprender a vivir con su enfermedad renal.

NECESITA convertirse en un experto.

TIENE LA TOTAL RESPONSABILIDAD SOBRE SU PROPIA ATENCIÓN, DE CUMPLIR CON LA PROGRAMACIÓN DE ASISTENCIA A CONSULTA, DE SU CUIDADO Y DEL MANEJO CORRECTO DE LA ENFERMEDAD.

ALGUNOS CONCEPTOS IMPORTANTES 1

- **ENFERMEDAD CRÓNICA:** aquella de larga duración en el tiempo, habitualmente años.
 - **AUTOCUIDADO:** acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud (medidas para cuidarse, protegerse y prevenir todo tipo de trastorno) sin supervisión médica formal.
 - **CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTOS:** es el cumplimiento pasivo de lo orientado por el profesional que culpabiliza al paciente de cumplirlo.
 - **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** a partir del diálogo profesional/paciente, este último es capaz de adquirir y mantener un comportamiento referente al plan de cuidados acordado y asume un rol activo en su consecución.
 - **EMPODERAMIENTO:** proceso por el cual un sujeto (o un grupo) tiene conocimiento, habilidades y conciencia necesaria para influenciar en su propio comportamiento, resolver sus problemas de salud y los de otros, para así manejar su propia vida y mejorar su calidad de vida. El automanejo es una estrategia de empoderamiento.
 - **EDUCACIÓN:** es informar sobre su enfermedad. Ello es insuficiente por sí solo para producir resultados positivos en materia de salud, pero es el primer paso para modificar los comportamientos de riesgo.
 - **APOYO AL AUTOMANEJO:**
PROCEDIMIENTO DE COLABORACIÓN ENTRE LAS PERSONAS, (familiares o cuidadores) Y EL EQUIPO DE SALUD para definir y establecer las prioridades, fijar las metas, crear planes de tratamiento y enseñar y capacitar sobre cómo actuar sobre los problemas en la medida y momento en que se presenten a lo largo del seguimiento.
Es específica a la enfermedad y ofrece información, estimula, guía y enseña habilidades y destrezas técnicas relacionadas con la misma.
Los “educadores” pueden ser profesionales de la salud, sujetos líderes en la comunidad u otras personas con enfermedades crónicas.
Se necesita tiempo, seguimiento mantenido y apoyo permanente.
AUTOMANEJO es mucho más que EDUCACIÓN en la enfermedad.
El automanejo logra que el paciente se involucre activamente y de forma consciente, y comprenda su responsabilidad central para mantenerse en las mejores condiciones físicas, emocionales, psicológicas y sociales, y actúe en función de ello.
- EL AUTOMANEJO CREA CAMBIOS POSITIVOS EN EL COMPORTAMIENTO**

¿CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA?

La relación entre el equipo asistencial y la persona con ERC es crucial para cumplir el Plan de Cuidados Continuos (PCC).

Es esencial que exista confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad como factores positivos.

La adherencia consciente al tratamiento de la enfermedad que la causa es el factor determinante para el control de la misma, de la aparición de otras complicaciones o la progresión a etapas superiores de daño de la propia ERC. Para ello, el consenso y compromiso fruto de la deliberación compartida es esencial.

El enfermo debe comprender las opciones de tratamiento existentes, y el profesional explicarle de la forma más clara posible las consecuencias de la no adherencia.

El equipo de salud debe programar adecuadamente las consultas y las visitas de terreno, verificando en cada encuentro el cumplimiento y, en caso de mal cumplimiento, investigar las causas y buscar soluciones de conjunto.

Recordar que, al igual que en otras enfermedades, educar en el automanejo permite una mejor adherencia basada en:

- La relación médico-paciente respetuosa, proactiva por el equipo de atención y activa por el paciente, nunca culpabilizar al enfermo del no cumplimiento, sino buscar variantes de revertirlo a partir de la responsabilidad individual del mismo, familiares o cuidador (redes de apoyo).
- Individualización de cada intervención. Simplificar el tratamiento al máximo posible y recomendar su consumo según el nivel de escolaridad a la misma hora todos los días.
- Fortalecimiento de la relación con el equipo y los "pares" o colectivos de pacientes con apoyo de la comunidad y la inter-sectorialidad en la comunidad.
- Trabajar en equipo multidisciplinario. Todos con el mismo fin.
- Contribuye al cumplimiento de la regionalización asistida y de la atención a lo largo de la Red Integrada de Servicios que ofrece como oportunidad nuestro Sistema Nacional de Salud.

EN LA CONSULTA

Modelo de las 5 "A"

Es un proceso con enfoque de decisiones compartidas, basado en las preferencias del paciente, de acuerdo con su situación individual.

Son una serie de cinco pasos interrelacionados.

1. **AVERIGÜE:** exploración de los conocimientos, creencias, conductas, estilo de vida y redes de apoyo social.
2. **APRECIE:** identificar barreras y recursos para superarlas.
3. **ACONSEJE:** al aportar información específica sobre beneficios y limitaciones del cambio y opciones a desarrollar deliberando con su paciente.
4. **AYUDE:** a establecer objetivos de cambios de acuerdo con las preferencias del paciente y apoye el cumplimiento con adherencia y de manera autoeficaz las intervenciones que serán acordadas.
5. **ACUERDE:** el plan de acciones individualizado por prioridades y de común acuerdo; la fecha de los próximos controles y seguimientos, en los cuales, al revisar entre ambos los resultados de las intervenciones acordadas, será reforzado lo alcanzado y será conciliado y acordado entre ambos cómo lograr lo pendiente.

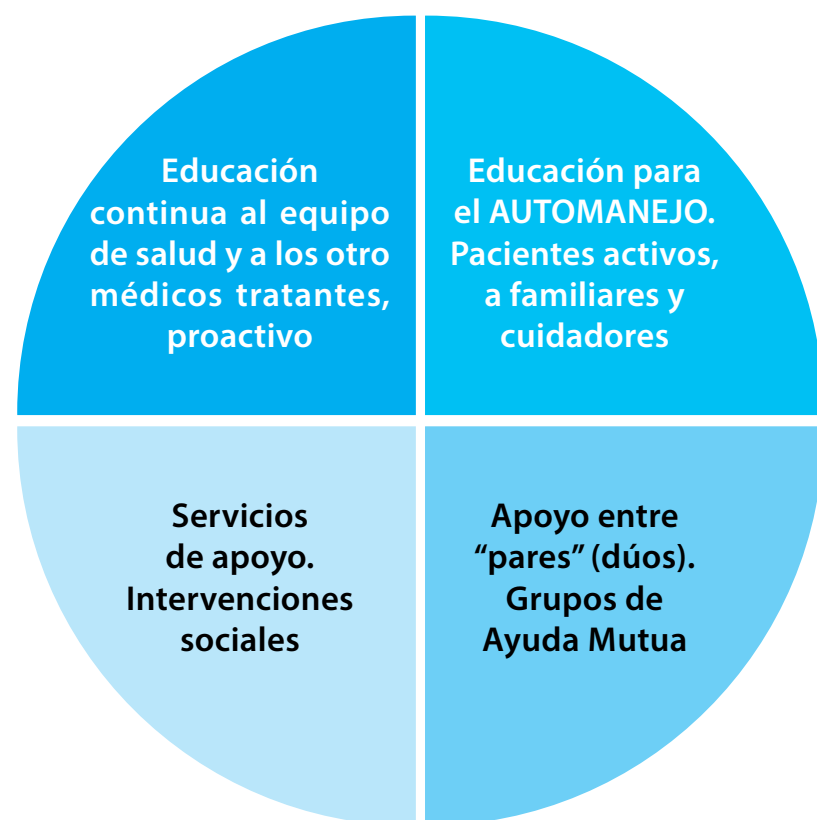
El **OBJETIVO FINAL ES ACORDAR CON EL PACIENTE UN PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO, MUTUAMENTE ACEPTABLE Y CONTROLARLO** en las próximas sesiones de seguimiento gracias a que el paciente sea proactivo y se comprometa con el mismo.



PONIENDO EN PRÁCTICA EL AUTOMANEJO 2

LOS "CUIDADOS COLABORATIVOS CONTINUOS"

Son una estrategia en sí y a la vez el común denominador que impregna a las demás estrategias de apoyo al automanejo.

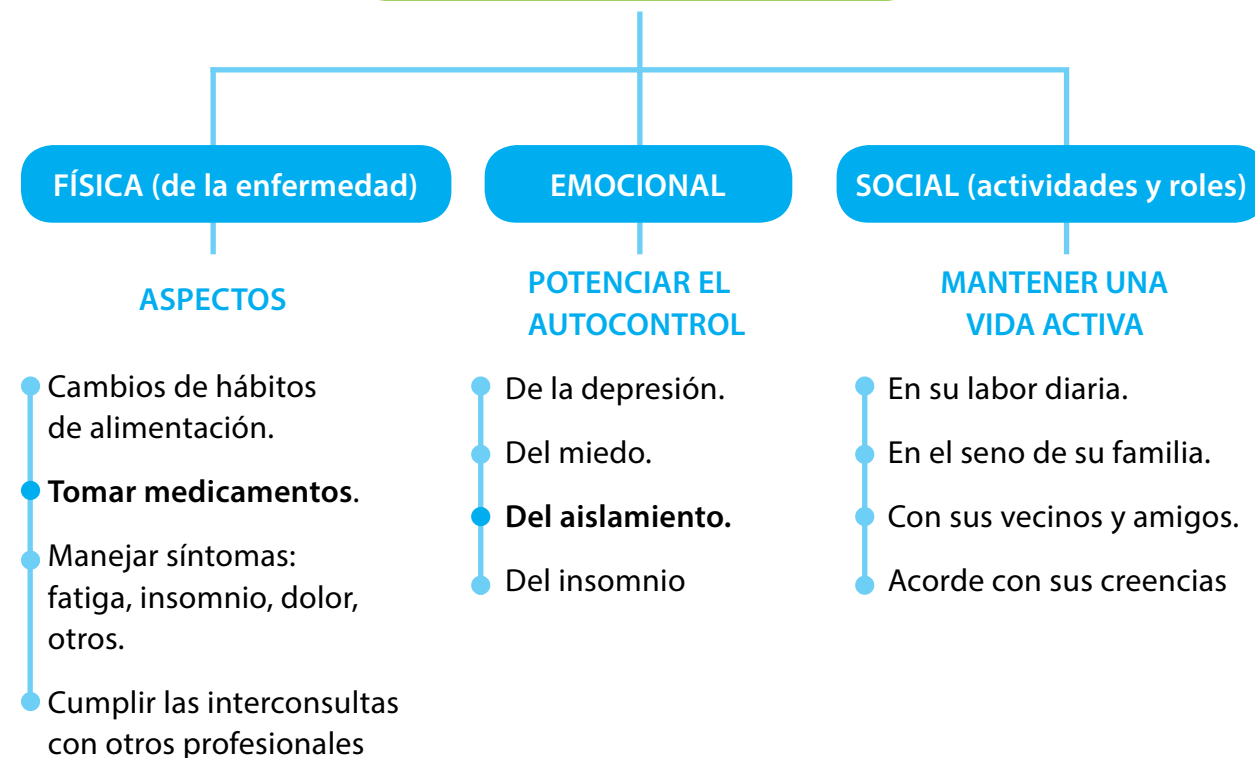


El "Plan de Cuidados Integral e Integrado", fruto de la deliberación compartida profesional-paciente, se logra articular entre los distintos actores y los diversos tipos de establecimientos de la red de salud y lo convierten en el engranaje que permite mover el motor del automanejo.

En cada uno de los contactos de los pacientes con los prestadores de la red, los profesionales diseñan y proponen los cuidados apropiados para cada usuario.

PONIENDO EN PRÁCTICA EL AUTOMANEJO 3

DECISIONES DE AUTOMANEJO



PLAN DE CUIDADOS CONTINUOS INTEGRADOS-ERC

La atención integral en la ERC está formada por elementos interrelacionados, cada uno de los cuales se compone de varios puntos. Se muestran los elementos esenciales de la atención integral, que incluyen los servicios de prevención, tratamiento, apoyo y atención por seguridad social de ser necesario.

MANEJO CLÍNICO

- Diagnóstico precoz y acertado en pacientes con ECNT conocidas y grupos de riesgo.
- Evaluación con pruebas de laboratorio y el cálculo de la TFGe para conocer el estadio evolutivo de la ERC o la progresión (en su seguimiento) y de la proteinuria (como factor pronóstico y de riesgo de progresión).
- Interconsulta inicial con Medicina Interna o con Nefrología según el anterior y su seguimiento, incluyendo otras especialidades y acorde con la regionalización asistida orientada.
- Indicación racional de los tratamientos y de su seguimiento.
- Búsqueda y tratamiento de las complicaciones y su correcto manejo.
- Establecer el diagnóstico etiológico de ERC y mantener su estricto control.
- Fundamentales: enfermedad renal diabética, nefropatía hipertensiva, enfermedades glomerulares primarias, uropatías obstructivas, riñones poliquísticos, nefritis intersticiales crónicas. En niños, además, malformaciones congénitas y hereditarias.

EVALUACIÓN PERIÓDICA DE LA PROGRESIÓN

- Estudio de proteinuria/microalbuminuria, creatinina sérica y calcular FG al menos 2 o 3 veces al año según pacientes.
- Evaluar el control de los factores de progresión del daño renal y cardiovascular.

CUIDADOS GENERALES

- Abandono del hábito de fumar.
- Ejercicio físico.
- Educación nutricional (dieta: 35-45 kcal/kg de peso/día. Si es obeso 25 kcal/kg de peso/día, restricción de sal en hipertensos o con edemas. Si el FG <30 ml/min restringir la ingestión de proteína a 0.8 g/kg/día (requerimiento normal).
- Salud oral.
- Control sobre la asistencia a consultas y otros momentos de intercambio.

INTERVENCIONES HABITUALES

- Mantener normopeso a los pacientes. IMC entre 18.5-24.9 kg/m².
- Tensión arterial <130 / 80 mmHg. Valorar tolerancia clínica individual.
- Glucemia en ayunas <7 mmol/l. HbA1c <7 %.
- Proteinuria o albuminuria lo más bajo posible o negativizar.
- Colesterol <5.1 mmol/l y triglicéridos <1.5 mmol/l.
- Hemoglobina 11-12.5 g/dl.
- Evitar y/o eliminar las infecciones del tracto urinario.
- Evitar y/o tratar las obstrucciones de las vías urinarias (cálculos renales u otras).
- Manejo de adherencia al tratamiento.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- **Dispensarización:** a los pacientes diagnosticados con (IRC) renal crónica: a partir del estadio 3 de la ERC, con un filtrado glomerular <60 ml/min por 3 o más meses.
- **Vacunación contra el virus hepatitis B** en diabéticos, hipertensos, mayores de 55 años o pacientes con TFGe menor de 60/ml/min (esquema con 40 ug, doble dosis y reforzado en tiempo: dosis inicial, al mes, al 5^{to}. mes, al 6^{to}. mes, al 12^{mo}. mes y anualmente).
- **Hipertensión arterial:** preferentemente inhibidores del sistema renina-angiotensina (captopril y enalapril) o los inhibidores de los receptores de la angiotensina por su efecto cardio-reno protector y antiproteinúrico. Para los IECA es imprescindible comprobar la creatinina sérica y potasio. Antes de iniciar el tratamiento (no se inician si FG <20 ml/min o potasio por encima del rango normal). Después de las semanas 1-2 de tratamiento. Después de los aumentos de dosis subsiguientes. Si se eleva la creatinina >30 % o una caída FG > 25 %, suspender los IECA, repetir y valorar otras causas como la depleción de volumen y el uso de AINES.
- **Bloqueadores de los canales de calcio:** preferentemente los no-dihidropiridínicos (verapamilo o diltiazem) o los dihidropiridínicos (amlodipino, nifedipina u otros). Diuréticos. Furosemida si FG < 30 ml/min o hiperuricemia.
- **Diabetes mellitus:** control estricto de la glucemia mediante dieta e hipoglicemiantes orales o insulina.
- **Dislipidemias:** dieta disminuida en grasa animal, comer carne blanca, omega 3, estatinas, ejercicios físicos. No fibratos.
- **Metabolismo fósforo-calcio:** carbonato de calcio oral, ≤1.5 g al día con FG < 30 ml/min.
- **Polineuropatía periférica:** vitaminas del complejo B.
- **Anemia:** vitaminas del complejo B, hierro y eritropoyetins (indicación y seguimiento por el nefrólogo).
- **Disfunción sexual:** consultar con el especialista.

ORIENTAR A LOS PACIENTES PARA EL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA ADECUADO

Estadios 1 y 2: generalmente pueden ser atendidos por los médicos de atención primaria, excepto si se sospecha una enfermedad glomerular primaria proteinúrica o una hematuria recurrente, en que es recomendable la remisión temprana al nefrólogo, y los pacientes con uropatías obstructivas, la remisión al urólogo.

Estadios 3(a), 3(b), 4 y 5: recomendable ser remitido inicialmente al nefrólogo. Programar tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Estadios 4 y 5: es recomendable que sean seguidos preferentemente por un nefrólogo. Programar preparación para diálisis, trasplante renal, tratamiento médico conservador o cuidados al final de la vida (paliativos). Promover el trasplante de donante vivo emparentado o relacionado emocionalmente anticipado a diálisis en coordinación con el nefrólogo.

APOYO PSICOLÓGICO Y SOCIAL

Apoyo social y emocional

- Reforzar los afrontamientos positivos de “adherencia y centrado en la acción” y contrarrestar los de “evitación y escape”.
- Autoapoyo (equipos de ayuda mutua y “pares”).
- Apoyo a niños afectados.
- A la familia y cuidadores.
- Cuidados al final de la vida (paliativos).

REHABILITACIÓN INTEGRAL

Evaluación nutricional, psicológica, física, laboral y social según las características individuales de cada paciente.

Indispensable el trabajo interdisciplinario que busca la atención integral, según las necesidades de cada paciente, por un equipo cohesionado, capacitado y proactivo integrado por médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos, trabajadores sociales u otros.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ESTADIO DE ERC

	ESTADIO ERC	FG (ml/min/1.73m ²)
	Riesgo incrementado	≥ 90 con factores de riesgo renal
Microalbuminuria	1	≥ 90
Proteinuria		
Hematuria	2	89 - 60
	3 (a)	59 - 45
Insuficiencia renal crónica	3 (b)	44 - 30
	4	29 - 15
	5	< 15 (o diálisis)

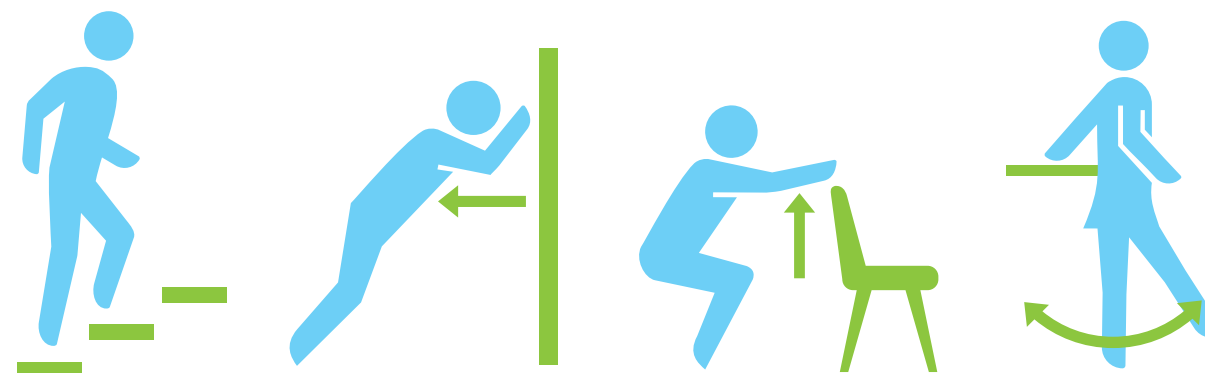
EJERCICIO FÍSICO

Mejora el estado físico, el bienestar y la imagen corporal. Reduce las consecuencias incapacitantes de los problemas de salud crónicos.

El tipo de ejercicio a realizar va a depender de la situación clínica y del entrenamiento, por lo que debe ser orientado por personal calificado.

La práctica de ejercicios aeróbicos (andar rápido, nadar, ciclismo, baile) durante al menos 30 minutos tres veces a la semana es seguro, en general, para cualquier estadio de la ERC.

Efectuado con regularidad, mejora la condición física, el bienestar, el descanso, aumenta el apetito y además sirve de actividad de esparcimiento, **CONTRIBUYE A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.**



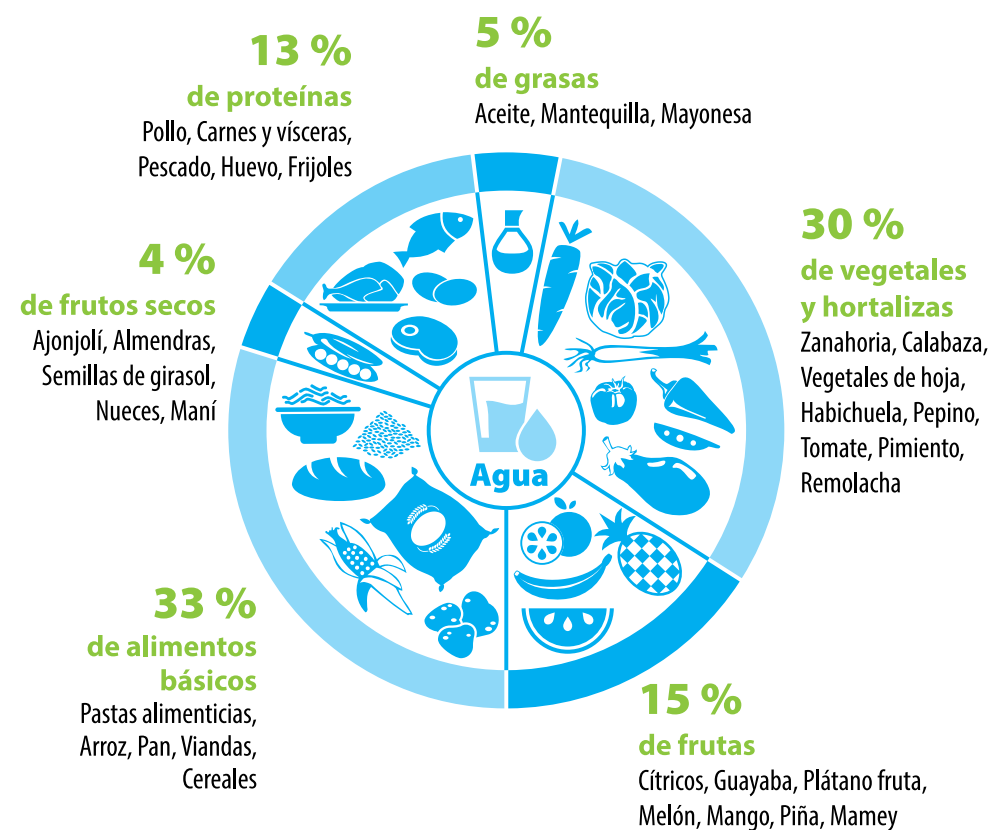
EDUCACIÓN DIETÉTICA

La intervención nutricional, aun en etapas asintomáticas, es necesaria para el funcionamiento y mantenimiento del sistema inmune comprometido por la ERC y así ayudar a prevenir las infecciones.

Tiene como objetivos:

- Ofrecer una dieta balanceada con adecuados niveles de todos los nutrientes, incluyendo las vitaminas y minerales y acorde con las necesidades individuales de cada paciente y los resultados de análisis de laboratorio.
- Es la base de intervenciones con medicamentos para controlar, por ejemplo, el aumento de ácido úrico, de colesterol o la presencia de hipertensión arterial.
- Mantener o mejorar el estado nutricional evitando la pérdida de peso corporal y la masa magra.
- Lograr en los niños y adolescentes un crecimiento y desarrollo normal.
- Mejorar la función del sistema inmunitario.

LA DIETA ADECUADA CONTRIBUYE A MEJORAR LOS RESULTADOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA PARA LOS PACIENTES.



APOYO EMOCIONAL, PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL 1

Todas las enfermedades crónicas son estresantes al provocar un desequilibrio mantenido por largos años, por acompañarse de un deterioro en el funcionamiento bio-psico-social y por el riesgo para la vida.

La presencia de IRC genera una gran carga negativa por las repercusiones para el paciente y para su familia.

Constituye el inicio de un duelo ante la pérdida irreversible de la salud, más aun, en el imaginario popular la insuficiencia renal es sinónimo de hemodiálisis y representa la "peor noticia", al pensar que un día va a depender de una máquina para seguir viviendo o necesitar un trasplante, todo ello con un pronóstico incierto sobre el futuro, la calidad de vida y la vida misma.

Las pérdidas afectan integralmente a los pacientes (y familias) y se expresa en MIEDOS en el **área personal** (malestar físico y emocional, cambios en la sexualidad, pérdida de independencia, etc.); **área familiar** (pérdida de roles en la comunicación y equilibrio, en la dependencia, etc.); **área social** (cambio en el estatus, en el nivel socioeconómico, reducción de movimiento, etc.); **área espiritual** (variación en la escala de valores, filosofía de vida, abandonando o retomando creencias y prácticas religiosas, etc.).

Este apoyo es fundamental, se trabaja en equipo y tiene como objetivos:

- Fomentar la adaptación activa ante su nueva condición con patrones de respuesta positivos para afrontarla, asumir sus complicaciones y las conductas a seguir.
- Educar, analizar, reflexionar en conjunto y resolver las dudas.
- Detectar dificultades en la comprensión de la información.
- Evaluar el estado emocional del paciente durante el proceso de transmisión de información y realizar una intervención en crisis en el contexto de la transmisión de información, en caso de que el paciente presente reacciones emocionales intensas de difícil manejo (tristeza, ansiedad, hostilidad, etc.)



Los pacientes pasan en este proceso por etapas de negación, rabia, negociación, depresión/ansiedad y aceptación y en cada una de ellas se debe prestar la atención que requiera.

¿Cómo evaluar las alteraciones que provoca la ERC sobre la calidad de vida (CV)?

Existen herramientas específicas pero, en lo general, se debe recordar que la CV abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual y ello lo podemos considerar a través de las repercusiones de la enfermedad sobre el paciente en términos de BIENESTAR:

Físico: se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas.

Social: tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.

Psicológico: se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.

Espiritual: abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior a nivel afectivo emocional.

Se deben enseñar técnicas de relajación, respiratorias, de autocontrol, de afrontamiento positivo y otras.

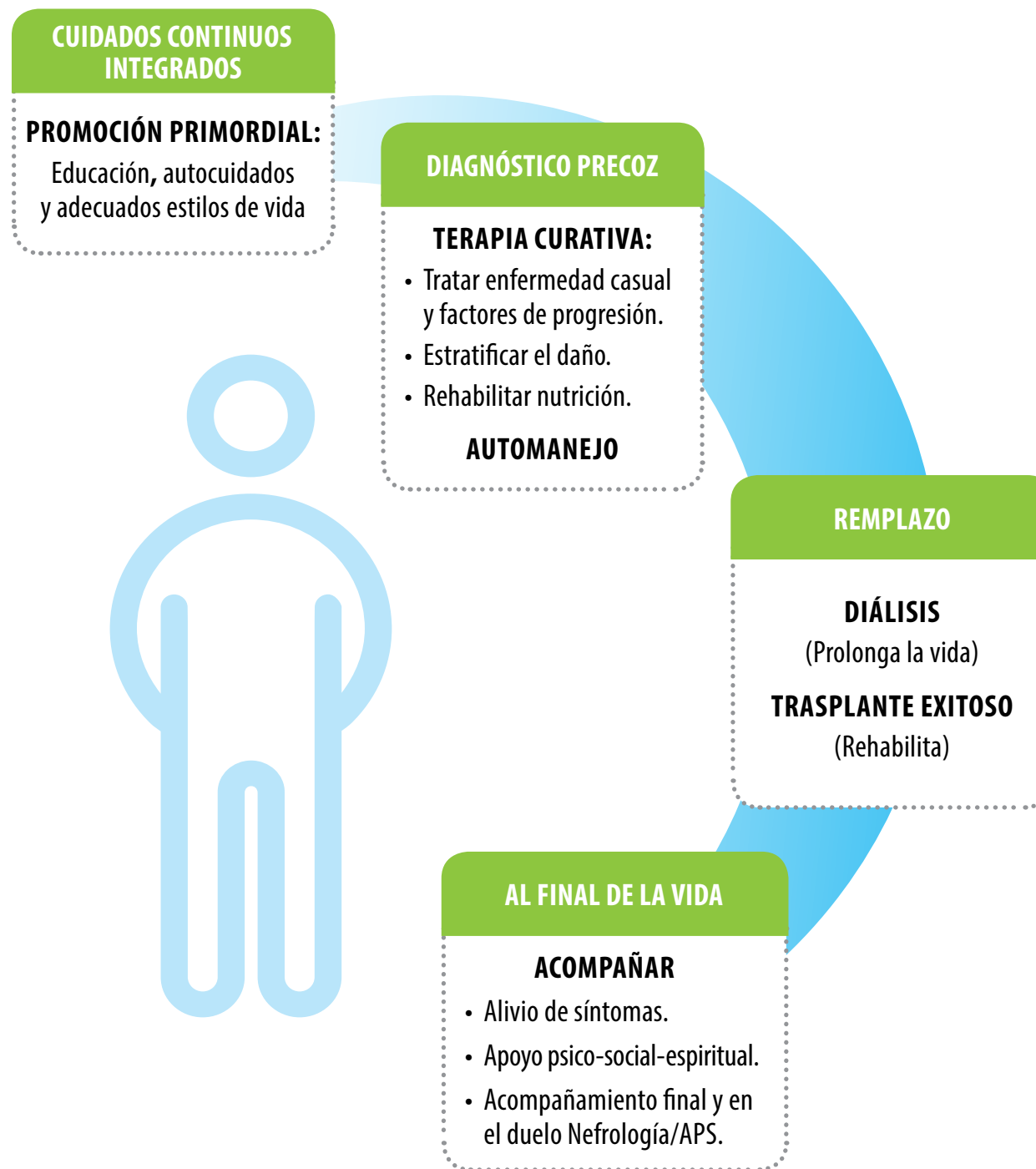
Es esencial incluir a la familia en el proceso comunicativo, realizar preguntas abiertas y focalizadas, explorar las redes de apoyo para el paciente en caso de progresar la ERC y el conocer el impacto que la enfermedad genera en la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades del paciente.

APOYO EMOCIONAL significa crear una relación terapéutica en la que el enfermo no se sienta juzgado, sino entendido y ayudado para poder confrontar, desde el respeto, sus temores, deseos y necesidades.



CUIDADOS CONTINUOS INTEGRADOS, ENFERMEDAD RENAL, DIÁLISIS Y TRASPLANTE

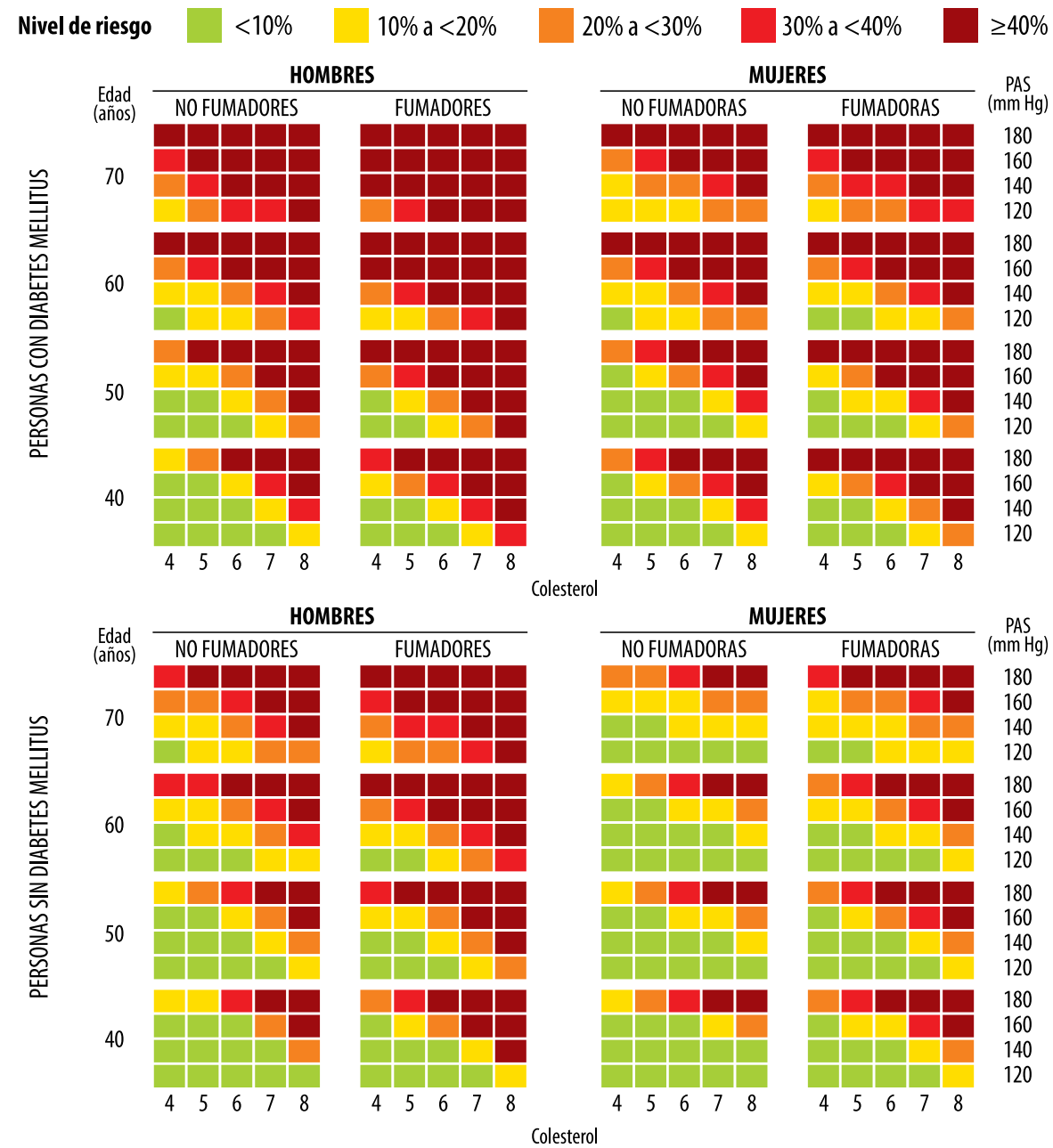
El centro de la atención: EL PACIENTE



CALCULADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Indispensable conocerlo, pues es la principal complicación de la ERC en cualquier estadio evolutivo, incluso más que la necesidad de diálisis.

Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/SIH. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia de diabetes mellitus.



CARNÉ DE AUTOMANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ERC

Es un pequeño folleto que debe poseer el paciente portador de ERC. Es una adecuación del realizado en una colaboración técnica por varios Estados miembros de la OPS.

Incluye en sus páginas:

- Consejos de estilos de vida saludables: RECOMENDACIONES.
- Los cuidados continuos (controles periódicos de laboratorio y para la atención médica).
- El plan de atención individual acordado es decir, las METAS CONCERTADAS CON EL PACIENTE y su cumplimiento (resultados), por cada consulta.



Bibliografía consultada

ALMAGUER M, HERRERA R, PÉREZ-OLIVA JF. "Epidemia global de enfermedades vasculares crónicas. Un nuevo paradigma y desafío". *Rev Hab C. Médicas* 2007; 6:3. Versión On-line ISSN 1729-519X. www.redalyc.org

Anuario de Salud 2014. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5267&Itemid=3805. Consultado: 22 de marzo del 2016.

CALVANESE N, FELDMAN L, WEISINGER J. "Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis". *Nefrología Latinoamericana* 2004; 11(2): 49-63.

"Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease". *Kidney International Supplements* 2013; 3, 1: 1-150.

CONTRERAS F, ESPINOSA JC, ESGUERRA G. "Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis". *Psicología y Salud* 2008; 18(2): 165-180.

CORECH J, SELVIN E, STEVENS LA, MANZKI J, KUSEK JW ET AL. "Prevalence of chronic kidney disease in the United States". *JAMA* 2007; 298 (17): 2038-47.

Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC. OPS. 2013.

Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, D.C. OPS. 2007.

HART JT. "Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care". *British Journal of General Practice* 1992; 42: 116-9.

KLEIN-GELTINK J, CHOI BERNARD, FRY RICHARD. "Multiple exposures to smoking, alcohol, physical inactivity and overweight: Prevalences according to the Canadian Community Health Survey Cycle 1.1". *Chronic Diseases in Canada* 2006; 27(1): 25-31

LORIG KR, HOLMAN H. "Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms". *Ann Behav Med*. 2003; 26(1):1-7.

OTERO A, FRANCISCO A DE, GAYOSO P, GARCÍA F, EPIRCE Study Group. "Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study". *Nefrología* 2010; 30(1):78-86.

Pan American Health Organization. "Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases" [Internet]. Washington. PAHO. c2011-2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5267&Itemid=3805. Consultado: 22 de marzo del 2016.

RADNAKRISTAHNAN J, REMUZZI G, SRAN R, WILLIAMS DE, RIOS BURROWS N. "Taming the chronic kidney disease epidemic: a global view of surveillance efforts". *Kidney Int*. 2014; 86: 246-250.

