



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

**El Enfoque Paliativo en la Insuficiencia
Renal Crónica Terminal: una medida
para prevenir la depresión y el suicidio**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGÍA

PRESENTA:

Sara Mariana Cabildo Gutiérrez



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F. a 10 de mayo del 2014

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.
PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

- Sara Mariana Cabildo Gutiérrez

Integrante de la Generación 2013 – 2014

El nombre de la Tesina es:

**El Enfoque Paliativo en la Insuficiencia Renal Crónica
Terminal: una medida para prevenir la depresión y el
suicidio**

Atentamente

Dra. Galia Castro Campillo

*A mi hija,
mi mayor Victoria,
que con su sonrisa ilumina
todos mis días y me ha abierto
los ojos a una forma distinta de ver la vida.*

Índice

	Pág.
I. ABREVIATURAS.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. OBJETIVOS Y ALCANCE.....	7
V. CAPÍTULO I. EL RIÑÓN Y LA INSUFICIENCIA RENAL	
El riñón.	
Estructura y función.....	9
Enfermedades del riñón	
Insuficiencia renal aguda.....	13
Insuficiencia renal crónica.....	15
Tratamiento sustitutivo de la función renal.....	18
VI. CAPÍTULO II. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA	
El impacto de la insuficiencia renal en la vida.....	24
El trastorno depresivo mayor en el paciente renal	
Depresión VS Adaptación.....	27
Espectro sintomático de la depresión.....	31
Evidencia encontrada sobre la depresión y sus efectos sobre la salud.....	33
El suicidio en el paciente con insuficiencia renal terminal.....	38
VII. CAPÍTULO III. CUIDADOS PALIATIVOS	
Perspectiva histórica de los cuidados paliativos en México.....	41

	Pág.
El papel de los cuidados paliativos.....	44
Los cuidados paliativos en el enfermo renal terminal.....	46
VIII. CONCLUSIONES.....	50
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	52



Abreviaturas

OMS - Organización Mundial de la Salud

IRA – Insuficiencia renal aguda

IRC – Insuficiencia renal crónica

IRCT – Insuficiencia renal crónica terminal

FG – Filtración glomerular

VFG – Velocidad de filtración glomerular

DPCA – Diálisis Peritoneal continua ambulatoria

HD – Hemodiálisis

DSM IV – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos
Mentales

IDB – Inventario de Depresión de Beck



Introducción

“Un hombre es definido por la suma total de lo que puede llamar suyo, no sólo su mente y su cuerpo, también su ropa, su casa, su esposa, sus hijos, sus ancestros, sus amigos, su reputación, su trabajo, sus tierras y caballos, su yate y su cuenta de banco.”
- Henry James -

Desde tiempos ancestrales el hombre ha buscado respuestas al dilema de la muerte. Y en esa búsqueda de sentido o sinsentido de la misma han nacido muchas y distintas percepciones culturales y filosóficas sobre ello. Algo es seguro: la muerte es inevitable e irrevocable.

Pero así como la muerte, también está planteado otro dilema que acompaña al ser humano desde el principio de su existencia: la enfermedad.

¿Qué es la enfermedad? Según la OMS es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos¹: enfermedades autoinmunes, agentes químicos, virus, bacterias, etc. En el afán por clasificar el conocimiento se ha dado nombre a las distintas enfermedades según los componentes que las definen.

Desde entonces han ido surgiendo remedios para el cuerpo con el fin de curar o mitigar los procesos que irrumpen desfavorablemente en un individuo saludable. Hasta el siglo XIX el alivio de los síntomas fue la principal tarea del tratamiento médico, así las enfermedades seguían su curso o historia natural. Durante el siglo XX la medicina cambió y los médicos concentraron sus



esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades por lo que el manejo de los síntomas fue relegado a segundo plano².

En la actualidad la medicina está orientada a prolongar las expectativas de vida de la población mediante la aplicación sistemática de tratamientos indicados por especialistas diferentes. Pero esta visión parcelada del enfermo conduce o puede conducir a un encarnizamiento terapéutico, en lugar de atender las necesidades del paciente, más en aquellos que se encuentran fuera del alcance terapéutico curativo².

Frecuentemente los que estamos en el ámbito médico olvidamos que el ser humano es un ser biopsicosocial y por ello, la enfermedad no sólo albergará un componente físico sino también uno emocional y otro social, lo cual le puede dar múltiples matices y así, aún cuando dos, tres o millones de individuos padecen aparentemente la misma enfermedad, no es la misma para cada quien (por ello también se dice que no hay enfermedades sino enfermos). Por tanto, la enfermedad como la muerte, es una realidad personal, algo subjetivo; se debe hacer conciencia que una persona tiene un presente y un pasado y cada quien su forma de entender e interpretar las cosas, lo cual afectará por supuesto la visión y percepción que tiene de su enfermedad. Esto es muy importante para poder comprender mejor a la persona que está frente a nosotros, saber quién es y cuáles son sus necesidades, no sólo físicas sino también emocionales y espirituales³.

Hoy en día se enfrenta un reto con la Insuficiencia renal crónica la cual es una de las enfermedades que progresa hasta una etapa terminal y se ha convertido en un problema de salud pública a



nivel mundial que se ha ido incrementando en esta última década, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo⁴.

En los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, cuya vida cambia drásticamente, la depresión puede llegar a presentarse hasta en un 30% de ellos y hasta 20% llegan a presentar ideación suicida⁵ ; esto se refleja en un deterioro rápido no sólo emocional sino también físico del paciente. Se espera que con este panorama hubiera un apoyo psicológico-espiritual organizado y dirigido a estos pacientes sin embargo no lo hay como tal.

En México, cada vez se le da más importancia a los cuidados paliativos, aunque siguen estando circunscritos al área de Oncología o a las unidades de terapia intensiva⁶. Sin embargo, se está haciendo mayor conciencia de que debe de formar parte de una atención que debe ampliarse a otras áreas, en este caso, como parte de la atención que se le brinde a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, junto al nefrólogo, a las enfermeras, a trabajo social y al equipo de salud mental.



Justificación

En la actualidad México es un país que presenta una transición epidemiológica. Gracias a los avances tecnológicos en medicina el promedio de vida ha aumentado y de esta manera ha crecido el sector de población de gente de edad avanzada. Este grupo etario es propenso a presentar complicaciones secundarias a enfermedades crónico-degenerativas adquiridas previamente y algunos culminan en estadios terminales de las mismas, lo cual conlleva muchas molestias, cambios en la vida cotidiana, dolor físico y emocional menguando de esta manera el cuerpo y el espíritu tornando el camino hacia la muerte en tortuoso tanto para el enfermo como para sus familias.

Esto hace necesaria la implantación de la medicina paliativa cuyo objetivo es atender aspectos físicos, emocionales, familiares y espirituales con el fin de ayudar a mejorar la calidad de vida de la persona desde que se hace el diagnóstico hasta las últimas etapas de la enfermedad³. De esta manera se garantiza una mejor calidad de vida para estos pacientes y una tranquilidad emocional para ellos y su familia.

Desafortunadamente, para el grupo de personas con insuficiencia renal terminal que están en tratamiento sustitutivo, en específico la diálisis y hemodiálisis, estos cuidados no son la regla cuando por el contrario, deberían serlo, puesto que al igual que los pacientes oncológicos y otras enfermedades terminales, presentan síntomas como dolor, deterioro físico y el impacto psicológico es considerable llevando a problemas emocionales e inquietud



espiritual. Se sabe que este tipo de pacientes son vulnerables a padecer depresión y por lo tanto es probable que el riesgo suicida pudiera incrementarse. De ser así, un enfoque paliativo podría ayudar a disminuir la frecuencia de dicho trastorno y por ende el riesgo suicida.

En nuestro país existen pocos estudios que versen sobre este tema y más concretamente sobre si los cuidados paliativos pueden ser un método para prevenir o disminuir la ideación suicida en este grupo de personas. Es por esto que la presente tesina busca hacer una investigación sobre la literatura existente para ahondar en dicho tema y de esta manera que pueda servir como fuente de información tanto al personal de salud como a cualquier individuo interesado o que tenga contacto con personas de esta población en especial.



Objetivos y Alcance

La coexistencia de cualquier enfermedad médica comórbida con un trastorno depresivo ha demostrado ser una condición que afecta la evolución y el pronóstico de las personas que los padecen⁷. Aquellos con IRCT representan una población vulnerable y silenciosa a la vez, ya que están sujetos a cambios drásticos en su vida personal y en el entorno que los rodea. Silenciosamente, van caminando hacia el detrimento de su cuerpo, sus órganos, sus emociones y también de su espíritu y esto puede conllevar sentimientos de tristeza profundos e ideación suicida, mismos que obstaculizan su camino hacia una búsqueda de sentido de vida, lo cual afectará más adelante su proceso de morir. Es por esto que sería conveniente que los cuidados paliativos se integraran como parte del manejo ya sea en las unidades donde se da tratamiento sustitutivo para las personas con IRCT o en el domicilio.

Con la presente tesis se pretende hacer una revisión por un lado, de la literatura científica actual sobre la depresión y el suicidio en pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal que están en tratamiento sustitutivo (excluyendo el trasplante renal) y por otro se revisará sobre los cuidados paliativos que se brindan a este tipo de pacientes para determinar si aquéllos pueden aminorar los problemas emocionales que genera la enfermedad y de esta manera cambiar el pronóstico de los que se suicidan. De comprobar esta asociación se ratificaría la importancia de los cuidados paliativos anexándose así a la lista de motivos por los cuales es de suma



importancia implementar en nuestro país un programa bien estructurado para este grupo de pacientes y mejorar así su calidad de vida.



CAPÍTULO I

Los riñones y la insuficiencia renal

El riñón

Estructura y función

Los riñones son órganos situados a ambos lados de la columna. En el adulto cada riñón mide alrededor de 12cm de largo por 6 cm de ancho y 3 cm de grosor; su peso es de 150gr en el varón y de 135gr en la mujer (Fig. 1). Están muy vascularizados y relacionados directamente con la regulación del volumen y la composición de los líquidos corporales y con la eliminación de los productos de desecho que se han ingerido o producido en el organismo.

Los riñones depuran las sustancias de desecho del filtrado glomerular excretándolas a la orina, en tanto devuelven a la sangre las sustancias que son necesarias (Fig.2). Estas funciones son realizadas básicamente por la nefrona (unidad funcional del parénquima o tejido renal) a través de dos procesos consecutivos: la filtración glomerular y el transporte tubular (reabsorción y secreción), los cuales dan origen a la formación de la orina^{8,9}.

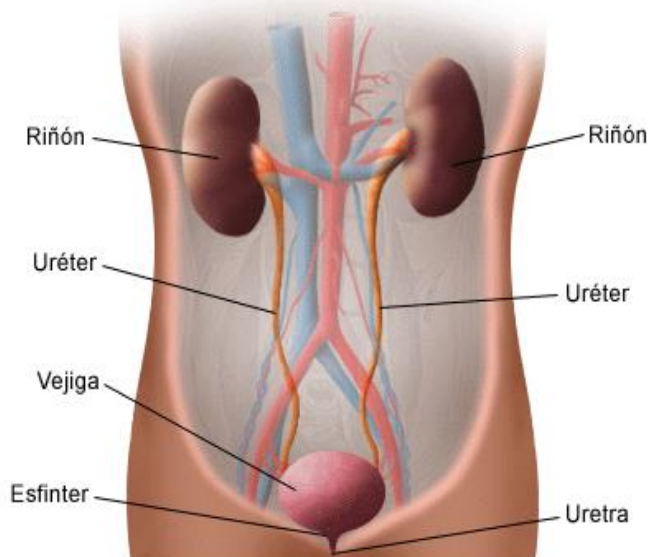
Cada riñón contiene alrededor de 1,200,000 de nefronas y en caso de que se dañen no se pueden regenerar; por tanto las lesiones o enfermedades renales, o el envejecimiento producen una pérdida progresiva del número de nefronas. Ésta última causa no



representa peligro para la vida porque los cambios adaptativos de las restantes nefronas les permiten excretar las cantidades adecuadas de agua, electrolitos y productos de desecho^{8,9}.

Figura 1.

Vista Frontal del Tracto Urinario



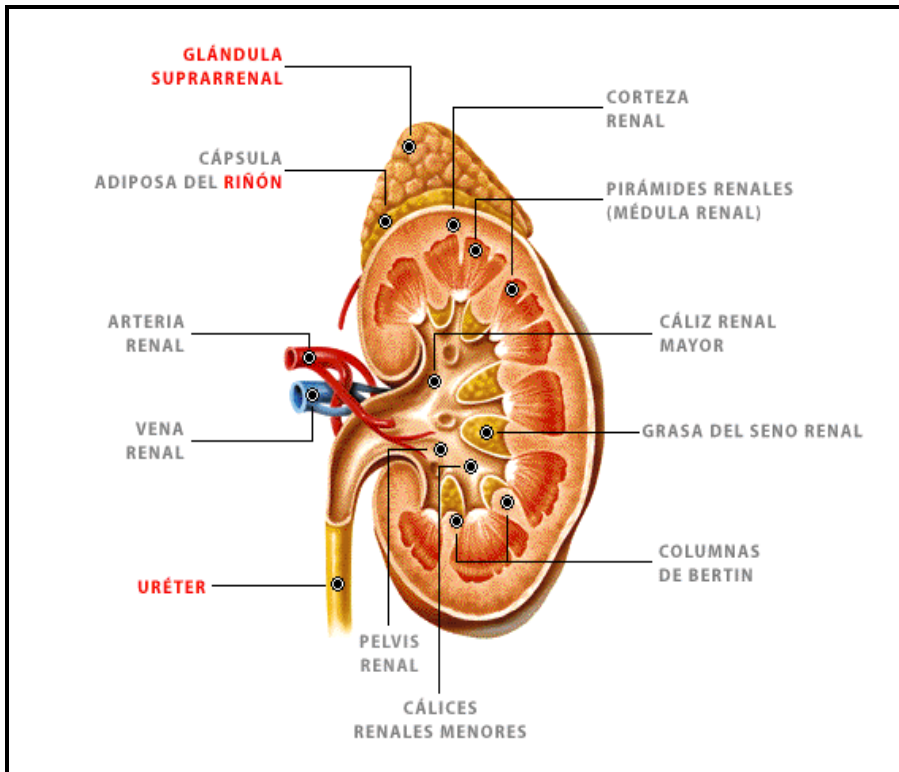


Fig. 2. Anatomía del riñón

Cada nefrona consta de 2 partes principales: 1) un glomérulo (capilares glomerulares) a través del cual se filtra gran cantidad de sangre y 2) un largo túbulo donde el líquido filtrado se convierte en orina. El líquido que se filtra en los capilares glomerulares discurre por el interior de la cápsula de Bowman y luego, por el túbulo proximal, de ahí por el Asa de Henle, luego por el túbulo distal y al colector (Fig. 3).

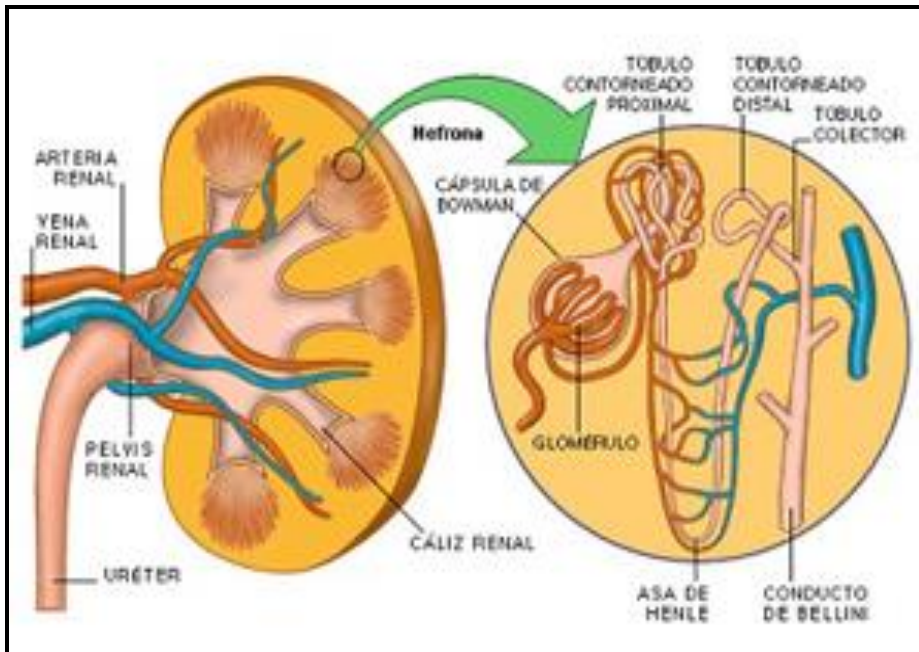


Fig. 3. La nefrona y sus componentes

Además de las funciones ya mencionadas, el riñón cumple un papel importante en el control de la eritropoyesis (generación de glóbulos rojos), la regulación de la presión arterial y el metabolismo de la vitamina D⁸.

Podemos darnos cuenta entonces que los riñones son órganos con una función muy importante, que proporciona el ambiente estable que todas las células necesitan para llevar a cabo sus actividades.



Enfermedades del riñón

Las enfermedades renales se detectan por medio de una evaluación médica sistemática o al surgir manifestaciones como hipertensión, edema (hinchazón), náusea o hematuria (sangre en orina). Cualquiera que sea el caso deben de investigarse las causas de la enfermedad y darse tratamiento. Existen diversos síndromes o alteraciones de la función renal pero esta tesis se enfoca exclusivamente a lo que concierne a la insuficiencia renal, con especial énfasis en la de tipo crónico ya que en su etapa terminal es la que más afecta al paciente¹⁰.

Insuficiencia renal aguda

La lesión renal aguda o Insuficiencia renal aguda es el deterioro repentino de la función renal que provoca la incapacidad para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y excretar desechos nitrogenados. Se describen tres niveles progresivos de la lesión aguda: riesgo, lesión e insuficiencia, basados en el incremento de un marcador que se llama creatinina sérica (producto de desecho del metabolismo normal de los músculos) o en la disminución de la micción, con dos puntos finales: pérdida y nefropatía terminal.

Los niveles descritos se definen respectivamente como el incremento de 1.5 tantos en el nivel de creatinina sérica, 2 ó 3 tantos,



de la misma sustancia, o disminución de la diuresis hasta 0.5ml/ kg de peso/ hr en lapsos de 6,12 o 24hrs¹⁰.

La IRA se divide en tres categorías: a) las de tipo prerrenal (deficiencia de riego renal que disminuye la filtración glomerular); b) enfermedad intrínseca de riñones y c) enfermedades posrenales. Los factores lesivos prerrenales son la causa más frecuente de daño agudo de riñones y comprenden incluso hasta el 80% de los casos. Puede provenir de deficiencia del riego renal a causa por ejemplo de hemorragias, deshidratación, diuresis excesiva, pancreatitis, quemaduras, traumatismo y peritonitis. Si es posible su reversión inmediata, una vez que se restaura la corriente sanguínea por los riñones no habrá daño del tejido, pero si la deficiencia persiste surgirá isquemia y ocasionará daño intrínseco¹⁰.

Los factores lesivos posrenales son los menos frecuentes y abarcan en promedio, 5 a 10% de los casos. Surgen cuando hay obstrucción en la corriente de orina que proviene de ambos riñones o de un solo riñón funcional. Entre las causas están obstrucción uretral, disfunción u obstrucción de vejiga y obstrucción de ambos uréteres o pelvis renales. En los varones la causa más común es la hiperplasia prostática benigna. La obstrucción también puede estar causada por cánceres de vejiga, próstata y cuello uterino. Las causas menos frecuentes son coágulos sanguíneos, cálculos en ambos uréteres o en uretra¹⁰.

En cuanto a la insuficiencia intrínseca, se piensa en ésta después de haber descartado las causas pre y posrenales. Explican la mitad de los casos de lesión aguda. Los sitios del daño son los túbulos, los vasos y glomérulos.



Los síntomas de la IRA son inespecíficos: náusea, vómito, malestar general, alteraciones de la conciencia, hipertensión y alteración de la homeostasia hídrica. Puede haber dolor difuso en el abdomen y disfunción plaquetaria. En los laboratorios se advierte incremento de las concentraciones de dos sustancias: BUN (nitrógeno ureico en sangre) y creatinina, hay hiperpotasemia, puede haber acidosis metabólica y anemia^{8,10}.

En cada caso se requiere tratar la causa primaria y se hospitalizará cuando surja la pérdida repentina de la función renal que ocasione alteraciones que no puedan ser corregidas fuera de un hospital u otras situaciones en que se necesite una intervención inmediata o diálisis¹⁰.

Insuficiencia renal crónica

La Insuficiencia Renal Crónica es el deterioro persistente (más de 3 meses), generalmente irreversible, de la tasa de filtrado glomerular. En la práctica se traduce por una disminución crónica de la tasa de aclaramiento de creatinina, con la consiguiente elevación de la creatinina plasmática. La progresión de la insuficiencia renal conduce al síndrome urémico y, por último, a la muerte si no se sule a la función renal⁸.

Las causas que provocan IRC son numerosas. Entre las enfermedades que pueden causar el fallo irreversible de la función renal destacan la glomerulonefritis, la pielonefritis, la nefroesclerosis,



la nefropatía diabética y la hipertensiva y la poliquistosis u otras enfermedades congénitas o hereditarias^{8, 10}.

La aparición y la magnitud de las manifestaciones clínicas de la insuficiencia renal varían de un paciente a otro, según la cantidad de masa renal funcional y la velocidad con que se pierde la función renal. Así, en función de la Filtración glomerular (FG) que persista, aparecerán distintas alteraciones clínicas⁸.

En estadios tempranos de la insuficiencia renal con FG reducido al 35 – 50%, la función renal global es suficiente para mantener al paciente asintomático debido a la adaptación de las nefronas que quedan. Al progresar la insuficiencia renal, con reducción de la FG al 20 – 35% del valor normal, se produce un aumento de urea en la sangre y aparecen sus manifestaciones iniciales, siendo los trastornos más frecuentes la hipertensión arterial y la anemia, intolerancia a los hidratos de carbono, hiperuricemia, hipertrigliceridemia, poliuria y nicturia (Ver tabla 1).

Al proseguir la pérdida de nefronas, con una FG por debajo del 20% del valor normal, el paciente presenta aumento del grado de anemia y de HTA y aparecen acidosis metabólica, sobrecarga de volumen y trastornos de los aparatos digestivo y circulatorio y en Sistema Nervioso Central.

El estadio final de este proceso constituye el síndrome urémico, en el que se presentan las manifestaciones clínicas de la insuficiencia renal terminal: astenia, hipertensión arterial, poliuria, acidosis metabólica, pericarditis urémica, cardiopatía isquémica, miocardiopatía urémica, anorexia, hemorragia gastrointestinal, edema pulmonar, pleuritis, impotencia, amenorrea u oligomenorrea,



prurito, miopatías, bursitis, artritis séptica, tendosinovitis, anemia y encefalopatía urémica. En este síndrome las concentraciones plasmáticas de urea y creatinina son elevadas, por esta razón los valores sanguíneos de estas sustancias son empleados para valorar el grado de severidad de la insuficiencia renal^{8,9,10}.

A continuación se resumen en la Tabla 1 con las características de cada etapa de la insuficiencia renal:

Tabla 1. Etapas de la Insuficiencia renal crónica

Características	Estadíaaje
Disminuye ligeramente la función renal, daño renal con VFG >90 ml/min/1.73 m ² .	Etapa 1
Leve reducción de la VFG (60-89 ml/min/1.73 m ²) con daño renal.	Etapa 2
VFG = 30-59 ml/min/1.73 m ² .	Etapa 3
Severa reducción de la VFG (15-29 ml/min/1.73 m ²). Etapa de preparación para la terapia de reemplazo renal.	Etapa 4
Establecida la insuficiencia renal: VFG <15 ml/min/1.73 m ² . Inminente terapia de reemplazo renal.	Etapa 5



Cuando la función renal está por debajo del 30% se controla el desarrollo de la enfermedad con una dieta baja en proteínas y se palian los síntomas del síndrome urémico con fármacos, y cuando la función decrece hasta el 10% es necesario el tratamiento dialítico ⁸.

Tratamiento sustitutivo de la función renal

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal tiene dos alternativas de tratamiento: la diálisis o el trasplante. La primera sustituye parcialmente la función renal y pueden ser de varios tipos: hemodiálisis, diálisis peritoneal (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, Diálisis Peritoneal Nocturna Intermitente, Diálisis Peritoneal Continua con cicladora). Ninguna de estas dos alternativas consigue sustituir las funciones endócrinas y metabólicas del riñón, pero sí las de regulación del equilibrio hidroelectrolítico del organismo, lo cual es suficiente para que una persona con IRC pueda vivir⁸.

Por el contrario, mediante el trasplante renal se consigue restablecer en el organismo todas las funciones del riñón, de modo que, para aquellas personas con unas condiciones físicas adecuadas para someterse a un trasplante, la diálisis es un tratamiento de espera hasta que hay un órgano disponible.

La diálisis es el proceso por el cual se produce un movimiento de solutos en una determinada dirección y concentración, a través de una membrana formada por un tejido semipermeable humano, en el caso de la DPCA, o artificial, en la HD.



El líquido que se halla un lado de la membrana es la sangre y al otro el líquido de diálisis. En la sangre el disolvente es el agua y los solutos son: el sodio, el potasio, el cloro, la urea, la creatinina, etc. Durante la diálisis las moléculas de sustancias perjudiciales para el organismo pasan de la sangre al líquido de diálisis, proceso que provoca una menor presión en el lado de este último, lo cual permite que el agua sobrante en el organismo pase de la sangre al líquido de diálisis^{8,9} (Fig.4).

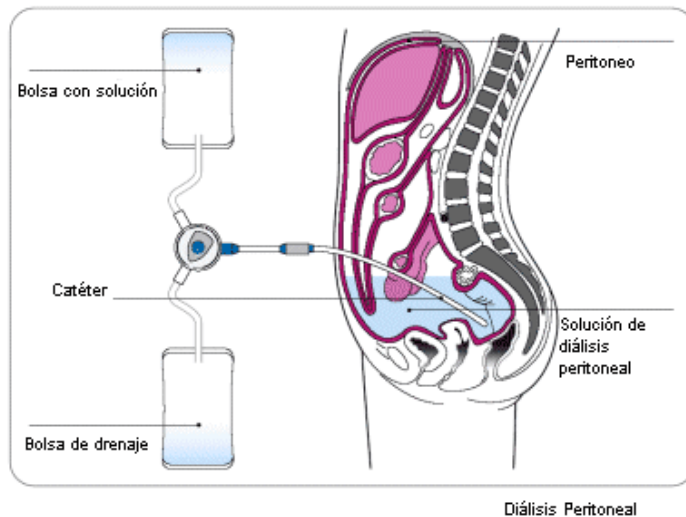


Fig. 4. Tratamiento sustitutivo a base de Diálisis peritoneal

La hemodiálisis es un procedimiento que consiste en producir un intercambio de agua y sustancias perjudiciales para el organismo entre la sangre y una solución específica, a través de una membrana artificial. El filtrado se realiza conectando al enfermo a



una máquina, durante 3 ó 4 horas, una media de 3 veces por semana (Fig. 5).

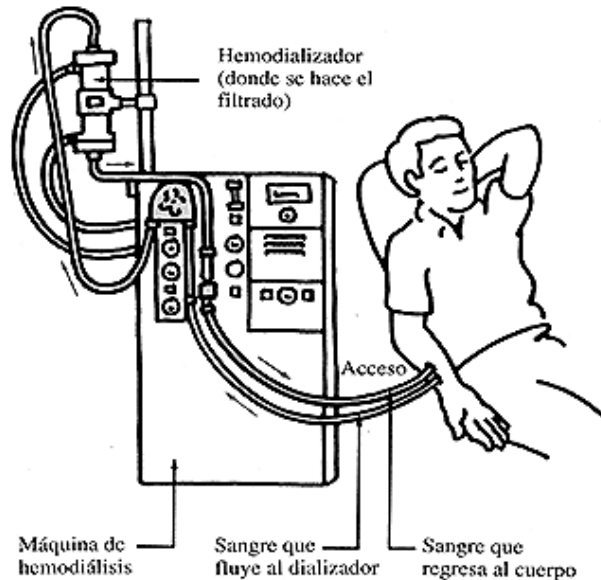


Fig. 5. Tratamiento sustitutivo a base de Hemodiálisis

Para que esta conexión sea posible es necesario que el enfermo tenga un acceso vascular especial. Normalmente se somete al paciente a una intervención quirúrgica de índole menor, donde se anastomosan una arteria y una vena superficiales (Fig. 6), generalmente a la altura de la muñeca, provocando un mayor flujo de sangre a la vena y un engrosamiento de las paredes. Aunque éste es el procedimiento más deseable, cuando el calibre de la vena es insuficiente o se producen trombosis irrecuperables se recurre a un auto-trasplante de vasos o a la implantación de una prótesis. El resultado final constituye la denominada fístula arteriovenosa.

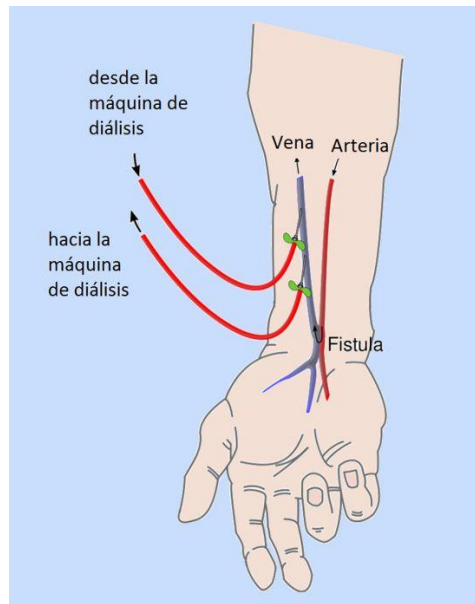


Fig. 6. Fístula arteriovenosa

Los enfermos sometidos a HD deben acoplar su actividad cotidiana a las condiciones de tratamiento: desplazarse desde el domicilio al centro sanitario, estar conectado a una máquina de diálisis tres veces por semana y durante 3 o 4 horas al día, condicionar todos los desplazamientos fuera del domicilio habitual a la disponibilidad de la máquina de diálisis en el lugar al que se traslada, experimentar algunos síntomas en cada sesión, realizar los cuidados prescritos para mantener la fístula en condiciones óptimas y controlar de manera rigurosa la ingesta de líquidos. En la tabla 2 se resumen las ventajas y desventajas de los procedimientos sustitutivos¹¹.



Tabla 2. Ventajas y desventajas de los distintos tipos de tratamiento sustitutivo de la función renal¹¹.

Tipo de tratamiento	Ventajas	Desventajas
Hemodiálisis	<ol style="list-style-type: none">1. Hay cuatro días a la semana en los que no hay que realizar el tratamiento.2. No es necesario un entrenamiento del paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Es necesario seguir una dieta baja en sodio, potasio, etc. y control estricto de la ingesta de líquidos.2. Hay unos cambios muy bruscos en la cantidad de agua y de sustancias perjudiciales para el organismo, ya que se van acumulando a lo largo de dos o tres días y en tres o cuatro horas se eliminan hasta llegar a niveles óptimos.3. Son frecuentes los calambres, mareos, náuseas y otros síntomas durante la sesión de Hemodiálisis.4. Es una técnica que implica una agresión al organismo obligándolo a funcionar durante tres o cuatro horas a un ritmo diferente.5. Necesidad de trasladarse al centro hospitalario tres veces por semana.6. Riesgo de problemas con el acceso vascular.7. Aumenta el riesgo de infecciones



		hospitalarias.
DPCA	<ol style="list-style-type: none">1. Se consigue mantener un equilibrio hidroeléctrico constante en el organismo.2. En la mayoría de los casos se preserva la función renal residual.3. El paciente no presenta sintomatología durante la realización de la diálisis.4. Es la técnica que más se parece al funcionamiento del riñón, por lo cual es menos agresiva para el organismo.5. Los intercambios de líquido se pueden realizar en un espacio físico seleccionado por el paciente.6. Mayor independencia del centro sanitario.7. Menores restricciones dietéticas y en la ingesta de líquidos.8. El coste económico es menor que el de la HDH.	<ol style="list-style-type: none">1. Riesgo de complicaciones con el catéter.2. Riesgo de peritonitis.3. Necesidad de realizar de tres a cuatro intercambios cada día, de 30 a 60 minutos de duración cada uno.4. Imposibilidad de continuar con esta técnica en el caso de deterioro del peritoneo.5. Necesidad de ocuparse de los autocuidados.6. Mayor riesgo de desarrollar hernias.

En México se calcula que por lo menos hay ocho millones de personas con enfermedad renal. La tasa anual de pacientes en diálisis es de 154.6 por millón de habitantes, con una tasa anual de trasplante renal de 21.2 por millón de habitantes. Se estiman, además, alrededor de 4,000 nuevos casos al año; entre 8 y 10% de la población mexicana mayor de 20 años padece esta enfermedad⁴.

^{12, 13}.



CAPITULO II

Consecuencias psicológicas de la Insuficiencia renal avanzada

El impacto de la Insuficiencia renal en la vida

El impacto de la IRCT puede ejercer un efecto abrumador ya que si bien para este entonces se han tenido que hacer ajustes en varios aspectos de la vida, a partir de este punto de inicio del tratamiento sustitutivo en adelante se experimentarán muchos cambios más que pueden generar un sentimiento de descontrol sobre la vida del paciente mismo, lo cual desencadena angustia.

Magaz Lago en su tesis sobre los efectos psicológicos de la IRC dice:

“Uno de los cambios más llamativos en la vida cotidiana de los pacientes renales es el abandono o la reducción de la actividad laboral o de estudio. Los tres días semanales que tienen que acudir a realizar la Hemodiálisis al centro hospitalario y los recambios diarios de los pacientes en Diálisis Peritoneal suelen generar dificultades para poder desempeñar un trabajo o dedicarse a los estudios con cierta normalidad. Respecto a las personas que realizan tareas del hogar, puede resultar complicado volver a la situación anterior



cuando esta función ha sido asumida por los otros miembros de la familia... En general, la percepción de limitaciones físicas y la incertidumbre respecto al futuro favorecen la inhibición para desarrollar actividades sistemáticas.”¹¹

El impacto psicológico de la IRC está relacionado también con la modalidad de tratamiento, la edad, la situación laboral, el estado civil, la percepción de dolor, la religión, y variables psicológicas tales como la inteligencia, la personalidad y la implicación del paciente en la toma de decisión respecto al tratamiento¹¹. No existe un consenso que determine en qué tipo de persona va a tener un mayor o menor impacto la enfermedad. Entre los factores que pueden explicar la mayor o menor adaptación a ésta, además de los mencionados previamente, destacan dos principalmente que son la desesperanza, la cual junto con la depresión y la soledad está asociada a un estilo de afrontamiento cognitivo-disfuncional y la falta de control sobre la salud. Los mecanismos desadaptativos favorecerán el desarrollo de una actitud pasiva y desesperanzada ante el tratamiento afectando la adherencia al mismo^{11,13}.

La discrepancia entre las expectativas personales y el desempeño real es lo que genera una amenaza al sí mismo y determina la intensidad del sufrimiento. Mientras mayor sea dicha discrepancia, mayor será el sufrimiento que enfrente el individuo. Mediante alternativas de manejo, alivio del dolor o la transformación de metas personales se puede aminorar dicha discrepancia. Además, la familia y el contexto sociocultural pueden añadir



dificultades y por tanto conllevar sufrimiento social, favoreciendo así el aumento de experiencias dolorosas¹⁴.

Un método de afrontamiento que comúnmente se utiliza es la religión. Según Rivera Ledezma:

“El afrontamiento religioso puede ser visto como una estrategia dirigida a conseguir ayuda de un ser superior sobrenatural, y de acuerdo con Pargament, está diseñado para ayudar a las personas a encontrar significado y propósito en la vida, confort emocional, control personal, intimidad con otros, salud física o espiritualidad, mediante métodos como el perdón, la purificación, la confesión y el apoyo espiritual...

Se han destacado dos aspectos básicos de la vida espiritual: uno vinculado con la satisfacción ante la vida y otro asociado al establecimiento de una relación personal con lo divino... Se ha reportado una importante relación entre salud mental, espiritualidad y la habilidad para afrontar la enfermedad y las situaciones de duelo.”¹³

Rivera afirma que ha encontrado que la espiritualidad resultante de una productiva relación con la vida y las personas, en sujetos mexicanos, genera cambios de carácter que pueden impactar positivamente la salud mental del sujeto y ayuda a disminuir la ansiedad ante la muerte. Dada la importancia de este recurso adaptativo en la cultura mexicana, es necesario tomarlo en cuenta como apoyo y así crear estrategias de intervención centradas en la



realidad clínica de los sujetos mexicanos que acuden a los centros hospitalarios en busca de una atención integral.

El trastorno depresivo mayor en el paciente renal

Depresión VS Adaptación

Es común que cuando se le da un diagnóstico de enfermedad crónica (de cualquier tipo) a una persona, ésta experimente fuertes emociones y pase por diversas etapas hasta finalmente llegar a la aceptación de la enfermedad, aunque pueden no llegar a aceptarla y vivir en un estado de negación y resistencia a cumplir con el tratamiento.

Frecuentemente tanto médicos no especialistas como especialistas en áreas distintas a la salud mental pueden obviar un diagnóstico de depresión, ya que muchas veces se considera normal que el paciente tenga este tipo de respuesta ante una enfermedad seria o cuando ésta tiene un curso crónico¹⁵.

Hasta cierto punto es normal hallar una reacción desfavorable que perdure un tiempo (menor a 3 meses) sin embargo esto se toma como un proceso de adaptación ante la enfermedad y sus consecuencias.



Magaz, tomando la propuesta de algunos autores y su propia experiencia distingue 4 fases de adaptación a la enfermedad en los pacientes con IRC:

“ 1^a) **Etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas.** La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal...se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El paciente, con frecuencia, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo. Posteriormente, el nefrólogo informará al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. En este momento el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le acompaña...A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período.

2^a) Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo. En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento. Conociendo que su enfermedad es crónica toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta,



medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas “minusválidas”, inferiores a la mayoría...En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social. Cuando el enfermo pone en cuestión este sistema de valores, se inicia la tercera fase.

3ª) Reflexión y Análisis: Nuevo punto de referencia.

Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede experimentar las limitaciones derivadas de la misma, pero también las capacidades que le permitirán continuar o iniciar hábitos agradables. Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación...Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

4ª) Readaptación: personal, social y familiar.

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. Gracias a este proceso de



adaptación puede resolver muchas de las dudas que le acosaban en el pasado: ¿qué puedo y no puedo hacer?, ¿cuál es mi papel en la familia?, ¿cuál es mi papel en el grupo social? El modo en que se resuelvan estas cuestiones será decisivo para la postura que adopte ante la enfermedad. Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios. ”¹¹

La duración de cada fase, la intensidad y la forma como se viva pueden variar de individuo a individuo. Sin embargo, si el tiempo de adaptación excede un plazo de 3 meses entonces estaríamos frente a un trastorno adaptativo que puede semejar un trastorno depresivo ya que se presentan algunos síntomas de éste último pero con el tiempo los pacientes se recuperarán sin necesidad de una intervención farmacológica. Algunos pacientes renales a medida que acumulan experiencias relacionadas con la enfermedad, van adquiriendo habilidades que favorecen la adaptación a los cambios en el estado de salud o en los tratamientos. En cambio, en otros esto no ocurre y la sintomatología avanza hasta convertirse en un verdadero trastorno depresivo mayor¹⁵.

En general, la presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la posibilidad de padecer depresión. Cuanto más grave sea la enfermedad, más probable es que aparezca la depresión y que a su vez la complique⁷.



Espectro sintomático de la depresión

El espectro sintomático de la depresión, se puede dividir en tres áreas: afectiva, somática o neurovegetativa y cognitiva. Los síntomas del área afectiva incluyen una reactividad emocional disminuida, tristeza, anhedonia y aislamiento social. Los somáticos, incluyen fatiga, estreñimiento, anorexia, trastornos del ciclo sueño-vigilia, enlentecimiento o agitación psicomotora y disminución de la libido. Los cognitivos incluyen dificultad para la concentración, sentimientos de desesperanza, culpa, inutilidad e ideas de muerte¹⁵.

En los pacientes con insuficiencia renal terminal los síntomas propios de la enfermedad pueden confundirse con los de la depresión por lo que se recomienda si se va a hacer una evaluación en éstos que se utilice una herramienta como el Inventario de Depresión de Beck. Este último le da mayor peso a los síntomas cognitivos y ajustando el punto de corte puede convertirse en una herramienta validada y confiable para tamizaje en esta población^{16, 17}.

En la siguiente tabla se exponen los criterios del DSM IV de la Asociación Psiquiátrica Americana¹⁸ para el episodio depresivo mayor (EDM).



Tabla 3. Criterios DSM IV para el episodio depresivo mayor

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas deben estar presentes casi diariamente durante un periodo de tiempo mínimo de dos semanas. Al menos uno de los síntomas debe ser necesariamente un estado de ánimo deprimido (1) o la pérdida de interés o de placer en cualquier actividad (2):

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día
2. Disminución marcada del interés o placer en cualquier actividad
3. Pérdida de peso o ganancia ponderal significativas
4. Insomnio o hipersomnio
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de minusvalía, inutilidad o de culpa inapropiados o excesivos
8. Disminución de la capacidad de concentrarse o de tomar decisiones
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente

B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o interfieren en el funcionamiento cotidiano, social, laboral o de otro tipo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., una droga o un medicamento) o una enfermedad (ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.



Evidencia encontrada sobre la depresión y sus efectos sobre la salud

En los pacientes con IRCT la prevalencia de la depresión tiene resultados variables, lo cual puede deberse a las distintas metodologías utilizadas (escalas de medición, entrevistas estructuradas, semiestructuradas). Sin embargo, se ha corroborado que es el trastorno psiquiátrico más común con una prevalencia del 20 – 25% según estudios recientes y juega un papel en el empeoramiento del pronóstico de salud¹⁹.

De hecho, la depresión se vincula con un incremento en el riesgo de mortalidad por lo que según P. Kimmel el diagnóstico temprano y la instalación de un tratamiento para la misma es esencial²⁰. A su vez, un metanálisis de Palmer, et. al. corroboró que la depresión está asociada a un riesgo elevado de muerte prematura en los pacientes con IRC hasta en un 30% y que incluso este riesgo es mayor que para otras poblaciones de pacientes (oncológicos, diabéticos, de infarto al miocardio e insuficiencia cardiaca) donde el riesgo va de 20-25%¹⁹.

Este incremento en el riesgo de mortalidad se debe a que los individuos deprimidos que están en diálisis o HD es más probable que opten por abandonar el tratamiento y en estadios más tempranos de la IRC la depresión se asocia con un decline acelerado de la función renal. A su vez, la poca o nula adherencia terapéutica es 3 veces más probable en individuos deprimidos y esto va ligado al ensombrecimiento del pronóstico. Esto puede ser tomado por algunos investigadores como un medio suicida, sin embargo, las



características del paciente suicida en comparación con el que se retira de la diálisis son diferentes como mencionaré más adelante¹⁹.

A nivel inmunológico, la correlación entre mortalidad y depresión puede deberse a la asociación de la depresión con niveles elevados de proteína C-reactiva y citocinas proinflamatorias lo cual contribuye en parte al incremento en el riesgo de eventos cardiovasculares adversos²¹.

Otro factor contribuidor es la red de apoyo social deficiente con la que cuentan algunos pacientes y que también va ligada a la depresión. Estas personas son especialmente más propensas a tomar la decisión de suspender la diálisis lo cual conlleva una muerte prematura¹⁹.

En el 2010 en una investigación de Hedayati S, se buscó la asociación entre la depresión y el riesgo de muerte y hospitalización en pacientes con IRC. Nos revela que éstos se incrementaban en aquellos pacientes que cursaban con un episodio depresivo mayor, puesto que presentaron al menos un evento adverso (muerte, hospitalización o iniciación de tratamiento dialítico) en el año durante el estudio, en comparación con los que no cumplían criterios para este trastorno. Se refiere que el riesgo de hospitalización para los que tenían un EDM se elevaba hasta 2 veces y para la iniciación de la diálisis el riesgo se incrementaba hasta 3 veces²².

En un estudio previo de la misma autora realizado en el 2009 en Dallas, EUA, durante año y medio, reclutó a 274 pacientes para medir la prevalencia del episodio depresivo mayor y otros trastornos psiquiátricos en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica



en las etapas 2 – 5 de la enfermedad encontrando que de los pacientes con IRC terminal un 15.8% cursaba con un episodio depresivo mayor²³.

Cukor D, en un estudio realizado en el 2007 con 70 pacientes en un centro de hemodiálisis urbano reportó que el 20% de los pacientes se encontró con episodio depresivo mayor (EDM), el 9% con distimia y el 27% cursaba con un trastorno de ansiedad²⁴. En otro estudio posterior del mismo autor en 2008 hizo un seguimiento de 16 meses para estudiar el curso de la depresión y la ansiedad en pacientes hemodializados y encontró que el 42% de los pacientes que tenían al inicio un diagnóstico de depresión, lo tenían al volverlos a evaluar después de 16 meses. Estos pacientes tenían una calidad de vida significativamente más baja. Así también, enfatiza que el grado de síntomas depresivos al inicio de la evaluación es un predictor importante para la depresión 16 meses después²⁵.

Así también, en un estudio realizado en el 2009 en la República de Corea en el que se trataba de explorar el grado de los síntomas depresivos de los pacientes hemodializados, se encontró que la prevalencia de la depresión fue de 25.34% y que el puntaje en la escala de Calidad de vida era más baja en los que estaban deprimidos por lo que concluye que la evaluación de la depresión es una parte importante en el manejo de los pacientes con IRCT²⁶.

El dolor corporal ha sido asociado también con los síntomas depresivos. Yamamoto en el 2009, comprobó que los síntomas depresivos casi duplicaban el riesgo de desarrollar dolor corporal que en los que no tenían síntomas. Encontró también que existió una relación significativa entre el puntaje de la escala empleada para



medir depresión con una alta probabilidad para desarrollar un dolor corporal severo y sobretodo en pacientes del género masculino. Esto coloca a la depresión como un factor precipitante del dolor corporal²⁷.

En México también existen estudios que hablan sobre la depresión en el paciente hemodializado. Morales –Jaimés R. et.al. en el 2008, investigó sobre la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis y su relación con la depresión en la clínica de diálisis del Hospital Regional #1, del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Morelos, en 123 pacientes que estuvieran en tratamiento de Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) o hemodiálisis. Encontró una prevalencia de algún grado de depresión de 54.4%, mientras que de depresión severa fue de 9.7%. Concluye que la depresión es el principal predictor de la calidad de vida en esta población⁴.

Esquivel C, en otro estudio en el 2009 también determinó el grado de depresión y su relación con la calidad de vida en pacientes con HD, y reportó los siguientes porcentajes para los grados de depresión: leve 18.2%; moderada, 20%; y severa, 14.5%; el 47.3% no presentó ninguna sintomatología depresiva. Los pacientes que cursaban con depresión tenían una calidad de vida disminuida en comparación con los que no estaba deprimidos¹².

Por su parte Méndez Durán A. et.al. en 2007, midió la frecuencia de depresión en pacientes con hemodiálisis crónica en la unidad de HD del Hospital general Regional #25 del IMSS utilizando el Inventario de Depresión de Beck (IDB II) reportando que el 100%



de los pacientes tuvo sintomatología depresiva: 11% calificó para depresión leve, 17% para moderada y 72% para severa²⁸.

En Tabasco en el 2010, se realizó un estudio en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús” para medir la frecuencia de depresión en pacientes con IRCT en hemodiálisis resultando que el 34.7% de ellos padecían algún trastorno depresivo; el 21.7% cumplieron criterios para episodio depresivo mayor, 4.3% para trastorno depresivo recidivante y 8.7% para distimia²⁹.

Por todos los resultados que han arrojado estas investigaciones se ha planteado la necesidad de evaluar a los pacientes para detectar tempranamente y referirlos al especialista para dar una intervención asertiva, cuidando siempre el tratamiento antidepresivo ya que a pesar de que puede tener el potencial de mejorar la depresión y por tanto tener un impacto benéfico en el pronóstico, también puede afectar negativamente debido a las interacciones medicamentosas ya que el enfermo renal es alguien que tiene polifarmacia y puede hacer un manejo inadecuado de los medicamentos. Asesorar psicológicamente a todos los pacientes también es importante y puede ser de mucho beneficio junto a un tratamiento psicofarmacológico.



El suicidio en el paciente con insuficiencia renal terminal

Como ya se ha dicho, la depresión ensombrece el pronóstico de cualquier enfermedad grave y como es sabido en población general es un factor de riesgo para suicidio, por tanto, no es extraño que suceda lo mismo en pacientes renales crónicos. A pesar de lo frecuente que es la depresión en estos pacientes, se sabe poco sobre suicidio en ellos.

De acuerdo con un estudio hecho en EUA a partir de los datos del programa estadounidense de insuficiencia renal terminal, se corroboró que las personas con IRCT son más propensas a cometer suicidio que las de la población general³⁰. Aunque a pesar de que la muerte por suicidio es casi el doble en aquellos con IRCT en diálisis, el suicidio es un incidente raro que es poco probable que contribuya al exceso de mortalidad asociado a depresión en esta población¹⁹.

Chen CK en el 2010 en un estudio que hizo con 200 pacientes en HD, encontró que el 35% cursaban con sintomatología depresiva y que de éstos el 21.5% había tenido también ideación suicida en el mes previo. Los pacientes deprimidos tenían mayores niveles de fatiga y ansiedad, la ideación suicida era más común y la calidad de vida era más pobre que en los pacientes que cursaban sin depresión. Los resultados del estudio revelaron también que la depresión y la ansiedad están en relación directa con la ideación suicida⁵.



Por otro lado, ha habido estudios sugerentes de que el suicidio es 100 a 400 veces más alto en personas con IRCT, sin embargo, dentro de estas cifras no se hizo una diferencia entre quien se quitó la vida deliberadamente y aquél quien optó por el retiro de la diálisis sino que lo tomaron también como una medida suicida³⁰.

Hay autores que toman la decisión de retirarse de la diálisis como un acto suicida ya que efectivamente sin la diálisis la persona eventualmente tendrá una falla sistémica y fallecerá (en resumen el hecho de renunciar al tratamiento implica la muerte). Por el contrario, hay otros quienes defienden la posición de que se trata de problemáticas distintas. Páez y Jofré dicen que los intentos suicidas pueden ser realizados de manera indirecta mediante el incumplimiento terapéutico y de las restricciones dietéticas o la poca adherencia a la diálisis o HD; o bien pueden atentar contra su vida de manera deliberada. En fin, todo esto conduce a un mayor deterioro en la calidad de vida, una salud más pobre y por tanto aumento en los riesgos de mortalidad³¹.

De acuerdo con la investigación en EUA mencionada arriba, hecha para arrojar luz sobre este problema, existen diferencias entre las características de los pacientes que suspenden la diálisis y aquellos que se suicidan. En los primeros es frecuente que se trate de personas de edad avanzada, de raza blanca y del sexo femenino y que además tienen una carga “extra” de enfermedades crónicas comórbidas así como discapacidad física y malnutrición. En caso del suicidio se tienen bien identificados predictores para esta conducta en población general y son: edad, sexo masculino, raza blanca y abuso de sustancias y trastornos mentales (por ej. Depresión). En el



caso de los pacientes con IRCT se suman a estos predictores otros como malnutrición y enfermedades comórbidas³⁰. En pocas palabras, la IRCT tiende a exacerbar una vulnerabilidad preexistente o tendencia al comportamiento suicida en ciertos grupos de riesgo.

También, se ha estudiado que el suicidio puede precipitarse por una falla en los mecanismos de afrontamiento del estrés, lo que genera un contexto maladaptativo del paciente a la diálisis y las circunstancias que la rodean por lo que algunos investigadores afirman que el suicidio está más relacionado con los factores psicosociales mientras que otros sugieren que la carga de la enfermedad física es el más importante factor para el riesgo suicida^{13,30}.

Rivera dice que los sentimientos de soledad, aunados a ideación suicida, están asociados en el paciente en diálisis a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo, lo cual debe ser considerado con seriedad por el efecto potenciador sobre la generación de un acto suicida, y muy especialmente en pacientes que reúnan la triada depresión-deseesperanza-ideación suicida¹³.

En conclusión, aunque el suicidio es raro, se debe evaluar a los pacientes y determinar si tienen riesgo suicida o no, ya que una intervención psicoterapéutica puede serles de beneficio.



CAPITULO IV

CUIDADOS PALIATIVOS

Perspectiva histórica de los cuidados paliativos en México

A finales del decenio de 1980, la unidad de cáncer de la OMS propuso que los cuidados paliativos, definidos como *los cuidados activos y totales que se brindan a los pacientes con enfermedad que no responde al tratamiento curativo*, constituyeran un elemento inherente a toda política sanitaria nacional y no sólo para los programas de cáncer. Su objetivo sería el de proporcionar calidad de vida, evitando el sufrimiento en el paciente y su familia. Así nació la concepción de los cuidados paliativos, como cuestión clave de salud pública, y la necesidad de que su planificación y puesta en marcha tuvieran criterios de programas nacionales^{2,6}.

En nuestro país, la historia de la medicina paliativa como especialidad surge inicialmente con las clínicas del dolor, a partir de las necesidades de pacientes oncológicos en fase terminal⁶.

El fundador de las “Clínicas de Dolor” en la ciudad de México fue el Dr. Vicente García Olivera, quien fue entrenado en Estados Unidos. En 1972 se inaugura la Unidad de Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. El Dr. Vicente García Olivera en el Hospital



General de México, entrena al Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, quien toma la responsabilidad en el Instituto Nacional de Cancerología y éste a su vez capacita al Dr. Jorge Jiménez Tornero, quien inicia esta práctica en Guadalajara en el Hospital General de Occidente Zoquipan^{6, 32}.

En 1976, se instala la Clínica del Dolor en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por el Dr. Miguel Herrera Barroso. En 1979 nace la Asociación Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor en la ciudad de Guadalajara, Jalisco^{6, 32}.

A finales de la década de los setentas y principios de ochentas la psiquiatría norteamericana a través de la Dra. Jimmie Holland aportó los conceptos de la psiconcología y la hizo parte de la práctica clínica de los psiquiatras y psicólogos mexicanos y se ofrecieron becas en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York, para especialistas mexicanos interesados en el área⁶.

En 1981 se inicia en el Instituto Nacional de Cancerología la primera clínica multidisciplinaria del dolor. En 1989 el Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, desarrolla el primer programa académico de Cuidados paliativos en dicho instituto⁶.

En 1992 se crea la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Civil de Guadalajara, así como la del Centro Médico 20 de Noviembre del ISSSTE⁶.

En 1999 en Guadalajara, da inicio el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, bajo la dirección de la Dra. Gloria Domínguez Castillejos, auspiciado por la Universidad Autónoma de Guadalajara⁶.



En este mismo año en la Clínica del Dolor del Hospital general de México se crea la clínica de Cuidados Paliativos, atendiendo principalmente pacientes oncológicos^{6, 32}.

Para el año 2002 en el Hospital de Oncología del Centro Médico siglo XXI del IMSS se conforma el programa de Cuidados Paliativos que incluye el apoyo domiciliario⁶.

En agosto del mismo año abre sus puertas “Hospice Cristina”, institución privada en Zapopan, Jalisco, primera en su tipo en la República Mexicana. Utiliza en todo su contexto el movimiento “hospices” creado por Cecily Saunders; es único en su género. Fue fundado por la enfermera Beatriz Montes de Oca Pérez. Cuenta con un equipo interdisciplinario para cuidar los síntomas presentes por la enfermedad, incluye el apoyo de Médicos Algólogos Paliativistas y ayuda Psicológica, Tanatológica y Espiritual, la cual se brinda tanto al paciente como a la familia. Ofrece “Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo” en estancia y visita domiciliaria⁶.

En diciembre del 2004 abre sus puertas Hospice México, asociación hermana del Hospice Cristina, pero con sede en el Distrito Federal. Ambas instituciones comparten los mismos principios de atención al enfermo terminal y su familia⁶.

Hospice México es parte de una empresa privada dedicada a la medicina del dolor y cuidado paliativo, atención a enfermos terminales, oncológicos, y no oncológicos (enfermedades degenerativas, geriátricas y VIH,). Cuenta con una Fundación con atención a pacientes de escasos recursos económicos y otra dedicada a la educación e Investigación Médica⁶.



En el 2007 inicia la Unidad de Cuidados Paliativos de Pediatría, en el Instituto Nacional de Pediatría, donde se realiza el seguimiento a domicilio y asistencia telefónica⁶.

En el 2008 la Dirección General de Calidad de la Secretaría de Salud realizó una convocatoria de expertos en Cuidados Paliativos para construir y establecer el “Programa Nacional de Cuidados Paliativos” el cual debía de inspirarse en los siguientes principios: sensibilidad, atención al dolor, continuidad y cuidados, un modelo de calidad, autonomía de los pacientes y atención a la familia³³.

El papel de los Cuidados Paliativos

Gracias a que la medicina en México ha ido avanzando en cuanto a la disposición de mejor tecnología para diagnosticar y tratar enfermedades, el promedio de vida de los mexicanos ha aumentado. Con esto aumentan las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales van causando un deterioro progresivo en el paciente hasta que llega a una etapa terminal, por lo que se ha hecho necesario diseñar clínicas para cubrir las necesidades del enfermo terminal, entendiendo a éste último según la definición del American College of Physicians: *aquel enfermo que se encuentra en una situación irreversible para recuperar su salud, reciba o no tratamiento, cuando los recursos experimentales ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y que en un periodo de 3-6 meses fallecerá*⁶.



Según estadísticas de la Secretaría de Salud, la tercera parte de las muertes que se registran al año en México se debe a enfermedades crónicas terminales. Sin embargo, muchas veces por la falta de conocimiento por parte del personal médico no se ofrecen servicios de salud destinados a otorgar una mejor calidad de vida para los enfermos en estado terminal para hacer llevadera su agonía, ni un apoyo físico, emocional o espiritual para sus familiares. Por lo tanto, el desenlace para el paciente es la muerte, esperada sí, pero abandonado a su suerte y desprovisto de todo medio para enfrentar el difícil tránsito hacia ella³⁴.

La difusión y expansión de la medicina paliativa, como disciplina y práctica médica, es reciente en México. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia, mediante el control de los síntomas físicos que sean molestos, proporcionar ciertas técnicas de rehabilitación para que el enfermo crónico y en fase terminal pueda vivir lo más plenamente posible y con la mayor calidad de vida que su enfermedad le permita. Dichos cuidados son la parte medular de lo que se ha denominado “atención permanente” y que atiende a las necesidades psíquicas, emocionales, espirituales y sociales proporcionando apoyo para el enfermo y sus familiares³⁵.

Para el año 2008 se aprobaron modificaciones en la Ley General de Salud en materia de Cuidados Paliativos que entraron en vigor en el 2009 y que referían que todos los enfermos terminales podrían recibir en su domicilio tratamientos o cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida; y también obligaría a las instituciones del Sistema Nacional de Salud a



ofrecer los servicios de orientación y asesoría al enfermo en situación terminal y/o a sus familiares en el caso de que los cuidados paliativos se llevasen en una casa particular³⁶.

Los cuidados paliativos en el enfermo renal terminal

Como mencioné previamente, en un inicio los cuidados paliativos nacieron para atender las necesidades de pacientes oncológicos. Sin embargo, ya en el extranjero se está viendo que otras poblaciones de pacientes con patologías no oncológicas, como los que tienen insuficiencia cardíaca, neuropatía obstructiva crónica, demencia e insuficiencia renal también necesitan de los cuidados paliativos³⁷.

Es importante subrayar que tanto en nuestro país como en el ámbito internacional la extensión de los cuidados paliativos para los pacientes no oncológicos, en especial para los que padecen insuficiencia renal terminal y que están en tratamiento sustitutivo con diálisis aún está “en pañales”.

En EUA e Inglaterra existen programas nacionales que han creado estrategias o propuestas para trabajar con los pacientes renales desde una perspectiva con enfoque de cuidados paliativos. Por ejemplo, dentro del National End-of-life Care Programme de Inglaterra (Programa Nacional de Cuidados al final de la vida) se creó



un apartado exclusivo para los pacientes renales, donde se cita lo siguiente:

“La meta es darle un apoyo a estos enfermos para vivir la vida tan plenamente como sea posible y prepararlos para morir con dignidad en un ambiente que ellos hayan escogido. Otra de las metas establecidas y que subrayan es que los pacientes con falla renal deben recibir evaluaciones periódicas de su pronóstico, información acerca de las opciones disponibles para ellos y para aquellos cerca del final de la vida tener acordado un plan de cuidados paliativos construido especialmente en base a las necesidades y preferencias de cada individuo.”³⁸

Cabe mencionar que la Clínica Nacional para el cuidado del riñón de Inglaterra junto con la Clínica Nacional de Cuidados al final de la vida crearon una guía que sirve como marco de trabajo a nivel nacional para dar apoyo a aquellos pacientes renales que se encuentran en etapa 4 o etapa terminal y que han decidido no aceptar la diálisis o que han optado por la suspensión de ésta. En dicha guía se abordan técnicas para el cuidado de estos pacientes, se propone tener un registro estricto de aquellos pacientes que necesiten cuidados paliativos en cada una de las unidades renales o unidades de cuidados paliativos, se dan sugerencias de indicaciones para planes de acción y de quién debe integrar el equipo y cómo deben coordinarse³⁸.

Esto significa un gran avance, que lamentablemente en nuestro país aún no se ha dado y que es imperativo abordar puesto



que los enfermos renales terminales tienen una tasa de mortalidad 8 veces más alta que las otras poblaciones de enfermos. Además la carga sintomática que padecen es semejante a los pacientes con cáncer y VIH y experimentan muchas comorbilidades asociadas a la falla renal como vasculopatías y anemia todo lo cual altera la calidad de vida^{37, 39}.

Los pacientes sufren diversos grados de náusea y vómito, contracciones musculares, neuropatía, dolor y entumecimiento, anemia con disnea y debilidad, sobrecarga de volumen, disminución de la función cognitiva, disfunción sexual, prurito y una sensación constante de frío³⁷. El dolor, los trastornos del sueño, la fatiga y el prurito son extremadamente comunes. La literatura sugiere que el 37-50% de los pacientes en hemodiálisis experimentan dolor crónico y el 82% de éstos experimenta un dolor moderado a severo. Se espera que con el tratamiento sustitutivo estas quejas se resuelvan pero la realidad es que esto no es así ya que la diálisis no es curativa en sí sino un tratamiento prolongador de vida y que a medida que el tiempo avanza las condiciones comórbidas preexistentes pueden agravarse. Por otro lado, si se intenta tratar los síntomas como por ejemplo el dolor, el manejo es complicado debido a que el metabolismo del fármaco es distinto al de un individuo sano y las reacciones que puede causar en el organismo pueden ser desagradables (farmacocinética y farmacodinamia)^{37,39}.

Los porcentajes de supervivencia varían de acuerdo con la edad, por lo que algunos investigadores afirman que ésta es un predictor importante de mortalidad. Los pacientes mayores de 75 años que están en tratamiento dialítico tienen una esperanza de vida



de sólo 2.9 años y del grupo de pacientes de 15-19 años tienen una esperanza de 17.6 años de vida. Las causas de muerte, tanto en pacientes en DPCA como hemodiálisis, están en su mayoría relacionadas con alteraciones cardiovasculares como arritmias, infarto agudo del miocardio y paro cardiorrespiratorio, septicemia y calcificaciones coronarias³⁷.

Es interesante que conforme a lo que se ha investigado, en pacientes con estadios previos al de la insuficiencia crónica terminal, si se les brinda atención con un enfoque multidisciplinario (que incluya a los cuidados paliativos) que los involucre activamente en el manejo de sus síntomas y sus cuidados, la progresión de la enfermedad es más lenta y tienen menos complicaciones, afectando así de una manera positiva su pronóstico⁴⁰.

En un estudio de Temel et. al. en pacientes con cáncer metastático de pulmón se comprobó que aquellos que recibieron cuidados paliativos tan pronto se les dio el diagnóstico y se les inició tratamiento tuvieron una mejor calidad de vida y menos hospitalizaciones de emergencia, además de una sobrevida mayor⁴⁰.

Basada en esta información es claro que los pacientes con IRCT pudieran estar mejor atendidos si se les añadiese un enfoque paliativo a su cuidado y aún mejor, si hubiera una comunicación abierta con los miembros del equipo multidisciplinario que los atiende, sobretodo con los médicos nefrólogos. Todos merecen que se les hable con la verdad sobre su enfermedad, su esperanza de vida y su pronóstico, aún si éste último es pobre.



Conclusiones

1. Al día de hoy, no existen estudios que corroboren la existencia del efecto que puedan tener los cuidados paliativos en los enfermos con IRCT que tengan riesgo suicida. Sin embargo, un enfoque paliativo en éstos podría tener un impacto considerable mejorando la calidad de vida, previniendo trastornos como la depresión y por ende el suicidio y alargando la sobrevida.
2. Dada la frecuencia con la que esta población de enfermos padece de depresión es importante realizar una evaluación a todo aquel paciente que esté por comenzar un tratamiento dialítico.
3. Una vez identificados aquellos pacientes que cursen con trastornos afectivos y/o que tengan riesgo suicida se debe establecer una intervención psicoterapéutica inmediata.
4. Debido a la amplia gama de síntomas incapacitantes propios de la enfermedad, a la calidad de vida (que las más de las veces es poca) y al alto riesgo de mortalidad, los pacientes con IRCT que están sometidos a tratamiento dialítico son candidatos obligados a recibir cuidados paliativos como parte de su tratamiento.



5. Los cuidados paliativos deben iniciarse tan pronto como se de el diagnóstico de insuficiencia renal crónica para enlentecer el progreso de la enfermedad, evitar el sufrimiento innecesario y llevar una buena calidad de vida.
6. Los médicos del equipo multidisciplinario de las unidades de diálisis y hemodiálisis deben hablar con claridad, honestidad y de manera compasiva acerca del pronóstico con sus pacientes y sus familias, ya que esto les da la posibilidad de empoderarse para tomar la decisión si aceptan o no el tratamiento dialítico y en caso de aceptarlo recibir cuidados paliativos.
7. El equipo multidisciplinario de todas las unidades de diálisis y hemodiálisis debe contar entre sus miembros con un tanatólogo y un especialista en cuidados paliativos para así recibir una atención integral que aligere el tránsito a través de las complicaciones de la enfermedad y el tratamiento para mejorar su calidad de vida y en la etapa final acompañar a la persona y sus familias en sus temores y angustias con respecto a la muerte.



Bibliografía

1. <http://saludbio.com/articulo/salud-y-enfermedad-definiciones-puntos-de-vista-diferentes>
2. Del Río MI, Palma A. Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007; 32(1): 16-22.
3. Walsh D, Caraceni A, Fainsinger R, Foley K, et. al. Palliative Medicine. Elsevier, 1ª ed, Canada, 2009.
4. Morales R, Salazar E., Flores F. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. Gaceta Médica México. 2008; 144(2): 91-98.
5. Chen CK. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. Psychosomatics. 2010; 51(6):528-528.e6.
6. González C, Méndez J, Romero Juan I, Bustamante J, et.al. Cuidados Paliativos en México. Rev. Med Hosp Gen Méx. 2012; 75(3):173-179.
7. Chávez-León E, Ontiveros M, López F. Manual de medicina Psicosomática. Interfase de la Psiquiatría con la Medicina. Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1ª ed, México, 2009.
8. Farreras V, et. al. Medicina Interna. Volumen Mosby/Doyma Libros, 13ª Ed, España, pp.1332. 1995
9. Guyton A, Hall J. Manual del Tratado de Fisiología Médica. McGraw-Hill Interamericana, 1ª ed, EUA, pp 834, 2000.



10. Tierney L, McPhee S, Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. Manual Moderno, 41° ed, EUA, 2006.
11. Magaz A. Tesis Efectos psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Universidad de Deusto, Bilbao, 2003.
12. Esquivel C, Prieto J, López J. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Medicina Interna México. 2009; 25(6): 443-449.
13. Rivera A, Montero M, Sandoval R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Salud Mental. 2012; 35(4): 329-337.
14. Jairo J, Vélez MC, Krikorian A. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. Psicooncología. 2008; 5(2-3): 245-255.
15. Blumenfield M, Strain J. Psychosomatic Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, 1a ed, EUA, pp 949, 2006.
16. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 Depression Screening Tools in Dialysis Patients. American Journal of Kidney Diseases. 2005; 46(5): 919-924.
17. Hedayati S, Bosworth HD, Kuchibhatla M, Kimmel PL. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. Kidney International. 2006; 69(1): 662-68.
18. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. DSM IV. Tratado de Psiquiatría. Masson, 3ª ed, EUA, pp.1692, 2000.



19. Palmer S, Vecchio M, Craig J, Tonelli M, et. al. Association between depression and death in people with CKD: A Meta-analysis of Cohort Studies. *Am J Kidney Dis.* 2013; 62(3):493-505.
20. Kimmel P, Cukor D, Cohen S, Peterson R. Depression in end-stage renal disease patients: a critical review. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2007;14(4):328-34.
21. Weisbord S, McGill J, Kimmel P. Psychosocial factors in patients with Chronic Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2007; 14(4): 316-318.
22. Hedayati S, Minhajuddin A, Afshar M. Association Between Major Depressive Episodes in Patients With Chronic Kidney Disease and Initiation of Dialysis, Hospitalization, or Death. *JAMA.* 2010; 303(19):1946-1953.
23. Hedayati S, Minhajuddin A, Toto R. Prevalence of Major Depressive Episode in CKD. *American Journal of Kidney Diseases.* 2009; 54(3):424-432.
24. Cukor D. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2007; 2(3):484-490.
25. Cukor D, Coplan J, Brown C. Course of Depression and Anxiety Diagnosis in Patients Treated with Hemodialysis: A 16-month Follow-up. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008; 3(6):1752-58.
26. Son YJ. Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. *Am J Nephrol.* 2009; 29(1):36-42.



27. Yamamoto Y, Hayashino Y, Akiba T, Akizawa T. Depressive Symptoms Predict the Subsequent Risk of Bodily Pain in Dialysis Patients: Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Pain Medicine*. 2009; 10(5): 883-889.
28. Méndez A, Ibarra A, Rivera L. Frecuencia de depresión en pacientes de hemodiálisis crónica del Hospital General Regional #25 del IMSS. *Nefrología Mexicana*. 2007; 28(2):42 – 47.
29. Cabildo SM. Tesis Frecuencia de Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Tratamiento de sustitución con Hemodiálisis. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2011.
30. Kurella M, Kimmel P, Young B, Chertow G. Suicide in the United States End-stage Renal Disease Program. *J Am Soc Nephrol*. 2005; 16: 774-781.
31. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Univ. Psychol*. 2009; 8(1): 117-24.
32. Montes de Oca GA. Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria*. 2006; 7(4): 2-9.
33. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462009000800007&script=sci_arttext
34. www.1tad.net/contenidos/cuidados_paliativos.pdf
35. Salomón ML, Gayosso O, Pliego C, Zambrano E, et. al. Una propuesta para la creación de unidades de Cuidados Paliativos en México. *Med Int Méx*. 2008; 24(3): 224-229.



-
36. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/11/26/medicina/1227691145.html>
 37. Werb R. Palliative Care in the Treatment of End-Stage Renal Failure. *Prim Care Clin Office Pract.* 2011; 38: 299-309.
 38. www.ncpc.org.uk/sites/default/files/EndOfLifeCareInAdvancedKidneyDisease.pdf
 39. Germain M, Cohen L. Maintaining Quality of Life at the End of Life in the End-stage Renal Disease Population. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2008; 15(2): 133-139.
 40. Germain M, Kurella M, Davison S. Palliative Care in CKD: The earlier the better. *Am J Kidney Dis.* 2011; 57(3): 378-380.