



Casos Resumidos

Caso 1: Stephen



Stephen es un hombre de 35 años que ha estado en hemodiálisis (HD) durante cuatro años y quiere ser incluido en la lista para trasplantes. Se siente frustrado, pues recientemente un centro lo rechazó debido a su historial de no cumplir con el tratamiento. Está ansioso por regresar a su empleo y recuperar lo que considera "tiempo perdido" de su vida. También, interesa ser más independiente, pero no tiene carro debido a que en el proceso de su divorcio el vehículo le correspondió a su pareja. Además, admite estar deprimido, pero no le interesa recibir terapia ni medicación. Aunque está dispuesto a considerar enfoques alternativos, no está seguro de cuáles podrían ser. Le gusta jugar al baloncesto en la YMCA. Espera empezar a jugar tenis, ya que su nuevo complejo de apartamentos tiene canchas, pero necesita un compañero.

Prioridad del Paciente	Barreras/ Facilitadores	Posibles Acciones	Seguimiento
1. Lograr un trasplante.	Barrera: Rechazado por el centro de trasplante	Fomentar la adherencia al tratamiento de HD y otras citas. El MD puede referirlo a otro centro de trasplantes. El SW puede ayudar con la programación de citas y los recordatorios. [V554- transplant]	Perdió la primera cita del nuevo centro de trasplante. Ayude con la reprogramación y recuérdale la importancia de cumplir, vinculándolo con su deseo de un trasplante.
2. Ser más independiente.	Barrera: No cuenta con transportación segura.	SW puede verificar las opciones de transportación (autobuses, viajes/bicicletas compartidas) y subsidios de pago. [V552- psychosocial status]	Los autobuses son confiables para hacer mandados, pero los viajes compartidos son demasiado costosos debido a la cantidad de citas en los días libres.
3. Manejar los síntomas de la depresión.	Facilitador: Dispuesto a discutir síntomas y experiencias con el TS debido a la buena relación que existe.	MD y SW pueden evaluar los síntomas de la depresión. El SW puede presentar al paciente oportunidades de apoyo social (clubes de tenis, grupos comunitarios). [V552- psychosocial status]	Cuenta con un grupo constante para jugar baloncesto semanalmente y dos interesados en el tenis. Se siente mejor comprendido por el equipo de cuidado y ahora está dispuesto a probar la medicación para los síntomas de la depresión.

NOTA: Discuta otros requisitos de las Condiciones de cobertura, según sea necesario.

Abreviaturas: trabajador social (SW, por sus siglas en inglés); proveedor médico (MD, por sus siglas en inglés).



Caso 2: Raymond



Raymond es un hombre de 48 años que inicialmente tenía una lesión renal aguda dependiente de HD, pero hace dos meses se detectó que tenía una enfermedad renal en etapa terminal. Tiene dificultades para afrontar su nuevo diagnóstico de "etapa final" y se siente desesperado. Lucha con el aislamiento social y la ansiedad durante los tratamientos, y con frecuencia se desconecta temprano. Su último Kt/V estuvo por debajo de la meta. En la evaluación, el equipo de cuidado identifica que a menudo Raymond sufre de calambres hacia el final de sus tratamientos; sin embargo, nunca lo ha mencionado. El solo hecho de pensar en los calambres lo pone ansioso, por lo que suspende el tratamiento antes de tiempo. No está involucrado en su cuidado (autoproclamado), en parte, porque se siente impotente. Se conecta con algunos de los técnicos de atención al paciente (PCT) y enfermeras (RN) que comparten su amor por los videojuegos y las películas de ciencia ficción, pero quiere más interacción con los otros miembros de su equipo de cuidado a medida que acepta estará en HD a largo plazo.

Prioridad del Paciente	Barreras/ Facilitadores	Posibles Acciones	Seguimiento
1. Mayor interacción y relaciones más sólidas con el equipo de cuidado.	Barrera: Cese frecuente del tratamiento antes de tiempo y aislamiento social	Semanalmente y a petición del paciente el SW puede cotejar el progreso cuando se acerca el final del tratamiento para fomentar la adherencia y apoyarlo.	Informa con orgullo una mejor adherencia y disfruta de contar con el SW como persona de contacto en el equipo de cuidado. Solicita otra reunión privada con el equipo de cuidado para examinar el plan. Programar la reunión.
2. Reducir los calambres.	Barrera: Aumento de peso entre diálisis y altas tasas de ultrafiltración asociadas que han empeorado desde que su producción de orina ha disminuido.	RD educar sobre la restricción de sal para ayudar a reducir su aumento de peso. [V545- nutritional status] [V544- dialysis dose]	Incapaz de reducir la ingesta de sal a pesar del adiestramiento individualizado. Aceptó una prueba de 4 semanas para extender sus tratamientos por 20 minutos. Los calambres mejoraron y optó por continuar con un tratamiento más prolongado. Alcanzó la meta en el Kt/V.
3. Manejar la ansiedad durante la diálisis.	Barrera: no informar sobre los calambres durante la diálisis debido a sentimientos de desconexión del equipo de cuidado, lo que aumenta su ansiedad.	Fomentar la comunicación del paciente con los PCTs y RNs sobre los síntomas. RN puede seguir monitoreando los calambres. [V552- psychosocial status]	Se comunica más abiertamente con los PCTs y RNs sobre los síntomas, lo que lo hace sentir más conectado y mejor atendido con su equipo de cuidado. La ansiedad mejoró con el alivio de los calambres.

NOTA: Discuta otros requisitos de las Condiciones de cobertura, según sea necesario.

Abreviaturas: dietista (RD por sus siglas en inglés); técnicos de apoyo al paciente (PCT, por sus siglas en inglés); enfermeras (RN, por sus siglas en inglés); trabajador social (SW, por sus siglas en inglés).



Casos Detallados

Caso 3: Gloria

Preestablecimiento de un plan de cuidado centrado en el paciente

Descripción



Gloria es una mujer de 71 años con diabetes tipo 1 (hemoglobina A1c = 8), insuficiencia cardíaca, osteoartritis y lleva tres años en HD. Conduce, pero tiene dificultad para subir escaleras y permanecer de pie durante mucho tiempo. Toma carvedilol, lisinopril, glargina, aspart, sertralina, omeprazol, sevelamer, acetaminofeno y vitamina renal en casa y recibe mircera, calcitriol y un suplemento nutricional oral durante la diálisis. Sus parámetros de anemia y presión arterial/fluidos están todos en el objetivo. Su Kt/V es de 1,6 y la albúmina de 3,8 g/dL. Se opone al trasplante por motivos religiosos. Gloria estuvo en diálisis peritoneal (DP) durante tres años, pero pasó a HD en el centro después de que le fallara la membrana. Es viuda y no quiere probar la HD en casa sola. Tiene una directiva avanzada. Le gusta la televisión, leer y hacer jardinería. Su hija Sydney vive cerca y asiste a la mayoría de las citas médicas de Gloria, pero no ha conocido a su equipo de cuidado de diálisis. Sydney tiene dos hijas gemelas de dos años; Gloria prefiere que su familia no la vea en diálisis.

Diálisis: lunes, miércoles y viernes (MWF) 1er turno, 4 horas, peso objetivo 75 kg, aumento de peso de 2 kg, BP pre-HD 145 mmHg, sin hipotensión intradialítica.

Gloria debe recibir su plan anual de cuidados en 4 semanas. La mayoría de los miembros del equipo de cuidado conocen la información anterior, pero el nefrólogo desconoce las actividades que disfruta. En general, Gloria se considera una "buena" paciente (laboratorios cerca de la meta y adherente a HD). Los planes de cuidados anteriores de Gloria se completaron rápidamente en el consultorio sin que se identificaran nuevos problemas ni se hicieran cambios en el tratamiento.

Precondiciones

1) La fatiga posterior a la diálisis limita su capacidad para pasar tiempo con sus nietos, lo cual es una fuente importante de alegría.

2) El dolor por la artritis de rodilla le impide trabajar en el jardín.

Desde que comenzó la HD Gloria ha sufrido síntomas de desgaste después de la HD. Ocasionalmente, menciona a su RN y PCT favoritos que se siente fatigada. Toma una siesta de cinco horas después de la diálisis como algo "normal", pero no se recupera de la HD hasta la hora del almuerzo del día siguiente. Gloria interesa pasar más tiempo con sus nietos, pero está demasiado cansada por las mañanas cuando no están en la guardería.

Gloria también tiene un dolor de rodilla artrítico que empeora. El acetaminofén ya no le alivia el dolor, lo que le impide trabajar en el jardín. Tenía un PCP antes de la diálisis, pero dejó de verlo. No ha mencionado su dolor de rodilla durante la diálisis porque siente que no está relacionado con el tratamiento.

Enfoque del Plan de cuidados centrado en el paciente

1. Prepararse para la reunión con el paciente

SW entrega a Gloria los materiales educativos de *Mi Plan de Diálisis™* dos semanas antes de la reunión del Plan de cuidado. Gloria revisa el folleto y selecciona junto con Sydney ...

2. Prepararse para la reunión con el equipo de cuidado

Los miembros del equipo de cuidado (SW, RD, MD, RN) examinan individualmente los documentos y no presentan preocupaciones médicas o de diálisis sobre Gloria. Deciden que la SW dirigirá la reunión del Plan de cuidado.



3. Identificar las prioridades del paciente
En la reunión la SW comienza preguntando: "¿Cómo es un buen día para ti?" Gloria responde que está feliz de estar viva y le encanta pasar tiempo con sus nietos. La SW sigue con "¿Qué es más importante para ti?" Gloria describe que quiere pasar más tiempo con sus nietos. La SW vuelve a indagar: "¿Qué hacías antes de la diálisis que no puedes hacer ahora, si es que puedes hacer algo?" Gloria menciona la jardinería, pero descarta la viabilidad debido a la edad y al dolor de rodilla.
4. Identificar barreras y/o facilitadores de las prioridades
Barreras - la fatiga posterior a la HD limita el tiempo de calidad en familia, el dolor de rodilla limita la jardinería
5. Discutir y acordar las acciones y el plan de seguimiento.
Fatiga postdiálisis: El MD revisa los medicamentos e identifica el carvedilol y la sertralina como posibles causantes. Gloria prefiere continuar con la sertralina porque la ayuda con su estado de ánimo. El MD se comunicará con el cardiólogo de Gloria para explorar la posibilidad de suspender el carvedilol. Si no es posible cambiar los medicamentos, el equipo realizará una prueba de tiempo más corta de la HD más corta (Kt/V meta y ganancia de peso mínima). [V543- dialysis dose, V544- Kt/V, V552- psychosocial status]
Dolor artrítico: Revisar la salud ósea a través de laboratorios de enfermedades óseas-minerales. PTH 905 pg/mL y fósforo 6 mg/dL, calcio 9.4 mg/dL. Ella toma calcitriol y sevelamer. No siempre toma sus tabletas porque son difíciles de tragar, pero está dispuesta a probarlas en líquido. El equipo revisa las estrategias anteriores: no esteroides (AINE), acetaminofén y hielo. El equipo decide que los riesgos de los AINE superan los beneficios (+ función renal residual, ~ 250 ml / día). Todos están de acuerdo con probar tramadol y referirla a fisioterapia (PT) / terapia ocupacional (OT) para recibir ayuda con un programa de ejercicios. El equipo también analiza la necesidad de equipo de adaptación (por ejemplo, rodilleras, asiento de jardinería rodante) y alternativas de jardinería. Sidney se compromete a comprar un asiento de jardinería elevado para Gloria. [V546- mineral metabolism, V555- rehabilitation status]
6. Discutir problemas identificados por el equipo de cuidado
Ninguno (procesos metabólicos adecuados).
7. Analizar las condiciones restantes, si fuese necesario
Anemia + capacidad de respuesta a los ESA [V547, V549- anemia] Estado nutricional [V545- nutritional status] Acceso vascular [V550, V551- access] Modalidad [V553- modality] Trasplante [V554- transplant]
8. Completar electrónicamente el Plan de Cuidado
Completar en línea el Plan de cuidado con las firmas antes de finalizar la reunión.
9. Tomar acción
Fatiga postdiálisis: El cardiólogo recomienda continuar con carvedilol. El MD da seguimiento a Gloria, quien decide continuar tomando carvedilol. El equipo inicia una prueba por tiempo limitado de tratamientos de HD de 3 h 45 min con evaluación formal de recuperación los lunes (por SW). Después de la reevaluación, el equipo considerará una mayor reducción del tiempo de tratamiento de acuerdo con los resultados de la reducción inicial.
Dolor artrítico: Cambiar de aglutinante líquido, prueba de tramadol, ajustar tareas en el jardín, referidos a PT/OT
10. Seguimiento y evaluación
Fatiga postdiálisis: Después de un mes hubo una pequeña mejoría en el tiempo de recuperación, pero aún toma siestas por varias horas, Kt/V 1.5. Reducir a 3 h 30 min el tiempo de HD.
Dolor artrítico: Después de un mes con nuevo aglutinante líquido (fósforo 5.2), el tramadol causa confusión. Todavía hace tareas en el jardín. Tiene la primera cita con PT/OT en 1 semana.



11. Continuar con el seguimiento y reevaluación	
Postestablecimiento de un Plan de cuidados centrado en el paciente	
Postcondiciones 1) <i>Más tiempo con sus nietos</i> 2) <i>Actividades de jardinería modificadas</i>	El tiempo de recuperación de Gloria después de la HD mejoró con una reducción de 30 minutos en su tiempo de tratamiento, y su Kt/V es 1.4. Continúa tomando su aglutinante líquido según lo prescrito. Ahora se siente lo suficientemente bien como para ver a sus nietos en sus días sin diálisis. Todavía es difícil la jardinería en suelo, pero disfruta de sus macetas en las ventanas.
Resumen	Este caso demuestra cómo las prioridades identificadas por el paciente se pueden vincular a elementos del Plan de cuidado que son requeridos por las Condiciones de Cobertura, lo que facilita la toma de decisiones compartida entre el paciente y el equipo de cuidado y una atención más individualizada.

Abreviaturas: dietista (RD, por sus siglas en inglés); técnicos de apoyo al paciente (PCT, por sus siglas en inglés); enfermeras (RN, por sus siglas en inglés); trabajador social (SW, por sus siglas en inglés). proveedor médico (MD, por sus siglas en inglés), diálisis peritoneal (PD, por sus siglas en inglés); terapia física (PT, por sus siglas en inglés); terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés); lunes, miércoles y viernes (MWF, por sus siglas en inglés); hiporreactividad a estimulantes de la eritropoyesis (ESA, por sus siglas en inglés)

