

## Tratamiento conservador en la insuficiencia renal crónica muy avanzada

**M. García-García**

**Unidad de Nefrología. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí.**

**Instituto Universitario Parc Taulí. Universidad Autònoma de Barcelona.**

*Correspondencia:* Dr. Manuel García García. Unidad de Nefrología. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Parc Taulí, s/n. E-08208 Sabadell, Barcelona. E-mail: mgarcia@cspt.es

### TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA AVANZADA

El abordaje integral de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) avanzada debe implicar un proceso de interacción entre el equipo asistencial y el paciente y su familia, para ofrecer toda la información, desarrollar una evaluación global del paciente y realizar de forma compartida la elección del tipo de tratamiento. Los tipos de tratamiento sustitutivo ante la IRC avanzada podrán ser hemodiálisis, diálisis peritoneal y también trasplante renal sin pasar por diálisis, especialmente en casos de donante vivo. También es una elección el no hacer tratamiento sustitutivo renal y seguir un tratamiento médico conservador no dialítico [1,2] (Fig.). La elección de un tipo de tratamiento sustitutivo renal como diálisis, que es un tratamiento crónico de soporte vital, implica un importante cambio en el estilo de vida. Por otra parte, el tratamiento conservador en la IRC avanzada, aparte de incluir un manejo específico nefrológico, debe preparar al paciente y a la familia para un manejo paliativo en la fase final de la IRC, con una adecuada coordinación e información en la atención primaria y en el hospital. Debe concretarse, a ser posible, si el paciente recibirá diálisis crónica o no, y reflejarse dicha orientación en la historia clínica, dado que si el paciente acude al servicio de urgencias hospitalario por la patología renal agudizada, se disponga de la orientación terapéutica. Esta primera orientación debería intentar definirse cuando el filtrado glomerular, expresado como la media del aclaramiento de urea y creatinina, fuera entre 10-15 mL/min. Éste es un estadio avanzado de la enfermedad renal, en el que todavía no debe presentarse encefalopatía urémica. Si al paciente no se le considera candidato a diálisis, no por ello debe dejar el control especializado, que le puede resultar muy útil para manejar la enfermedad en esos estadios tan evolucionados. Además, el paciente con plena conciencia siempre podría cambiar de criterio. Si se decide la aceptación para diálisis crónica, se debería reactivar todo el

proceso de información, evaluación y elección, para ir preparando al paciente para hemodiálisis o diálisis peritoneal, y en ocasiones especiales directamente a trasplante renal cuando se dispone de donante vivo.

### DILEMAS ANTE LA NECESIDAD DE DIÁLISIS

En la medicina moderna, pacientes con algún fracaso de órganos vitales pueden seguir con vida mediante la aplicación de tecnologías avanzadas y caras. Un tipo característico de sustitución de una función vital es la diálisis crónica. La aceptación de nuevos pacientes para iniciar diálisis crónica sigue aumentando en los países desarrollados, con programas públicos y gratuitos de diálisis, a expensas de pacientes añosos y con pluriopatología asociada, que hasta hace pocos años no se consideraban adecuados para diálisis crónica. Por otro lado, se está produciendo un cambio en la actitud de la población añosa, que por una parte está aumentando de forma muy significativa en número y por otra reivindica todo tipo de tratamiento médico en un contexto sociocultural de expectativas sanitarias muy amplias y una pérdida de la cultura de la muerte. Asimismo, se han consolidado nuevas tecnologías de diálisis crónica, que pueden permitir ofrecer estilos muy diferenciados de diálisis crónica. Se dispone de medicación que puede estimular la eritropoyesis y mejorar la sintomatología urémica anémica hasta estadios muy avanzados. Además, la legislación sanitaria vigente ofrece una prestación sanitaria ilimitada, y consagra el consentimiento informado a través de la Ley General de Sanidad de 1986 como un derecho del ciudadano en la atención sanitaria. Todo ello nos genera dilemas a los profesionales sanitarios en la práctica clínica diaria con relación a quién aceptar para diálisis crónica, quién decide, qué tipo de tratamiento dialítico y cómo nos afecta el marco legal en que estamos inmersos. Estos interrogantes se enmarcan en escenarios que están en evolución, como el sociocultural, el bioético, el de la población que inicia tratamiento sustitutivo renal y el terapéutico.

## ASPECTO SOCIOCULTURAL

La población española está envejeciendo; hay una disminución de la población joven y un aumento de la población añosa. En la década de los noventa hubo un crecimiento de la población mayor de 70 años del orden del 33%, a expensas sobre todo de las personas de edad entre 70 y 79 años. En la primera década de 2000, se prevé un crecimiento menor de esta población, un 17%, pero sobre todo a expensas de las personas entre 80 y 89 años [3]. Asimismo, en la población anciana se está constatando actualmente un incremento de la esperanza de vida libre de enfermedad, la paradoja de un entrecimiento del incremento del gasto sanitario, una tendencia al alargamiento de la edad de productividad laboral, así como buenos resultados en el tratamiento sustitutivo renal [4].

En un breve período de tiempo, la sociedad española ha experimentado un profundo cambio sociocultural. Se ha consolidado una sanidad pública, gratuita, universal y sin restricciones en problemas médicos de riesgo vital. Ha cambiado la financiación sanitaria, y se ha pasado a financiarse a través del presupuesto general del Estado en un marco político que quiere un déficit cero; y han crecido enormemente las expectativas sanitarias de la población. Estamos inmersos en un crecimiento continuo de la tecnología médica, que difícilmente podrá seguir siendo asumido por nuestro modelo de sanidad pública. Hay un debilitamiento del núcleo familiar al generalizarse el trabajo fuera de casa, hay muchos ancianos que viven solos y hay problemas para atender a las personas que no son autónomas, para quienes faltan centros sociosanitarios. Asimismo, se ha ido debilitando el sentimiento religioso y se ha ido produciendo una pérdida de la cultura de la muerte.

## ASPECTO BIOÉTICO

La participación del paciente en la toma de decisiones que le afectan en relación con su enfermedad ha experimentado y sigue experimentando un profundo cambio, que evoluciona desde la clásica relación médico-enfermo, basada en el paternalismo médico, hasta el reconocimiento de la autonomía moral del paciente [5]. Así, el clásico paternalismo médico considera al paciente incapaz de decidir con prudencia, y debe ser, por tanto, obediente a las decisiones del médico, quien con gran autoridad moral actúa por el bien del enfermo. Actualmente se está consolidando rápidamente el derecho del paciente o sus representantes legales en la toma de decisiones que afectan a su salud. Diversos conflictos surgen de esta relación médico-enfermo; así, encontramos la obstinación terapéutica en la que se buscan efectos de un tratamiento cuando ya no es razonablemente posible un real beneficio del paciente [6]. Este concepto de obstinación o encarnizamiento terapéutico en su inicio, provocado por algún tipo de actuación médica, tiende a evolucionar, en el marco actual de expectativas desproporcionadas, a ser pedido por parte de pacientes y sobre todo familiares. Claro está, todo ello se produce por la posible diferencia en la escala de valores entre el personal sanitario y el paciente o sus familiares [7]. Surgen también dudas en cuanto al reconocimiento de la autonomía moral del paciente para dar un consentimiento racional, debido al impacto que tiene una

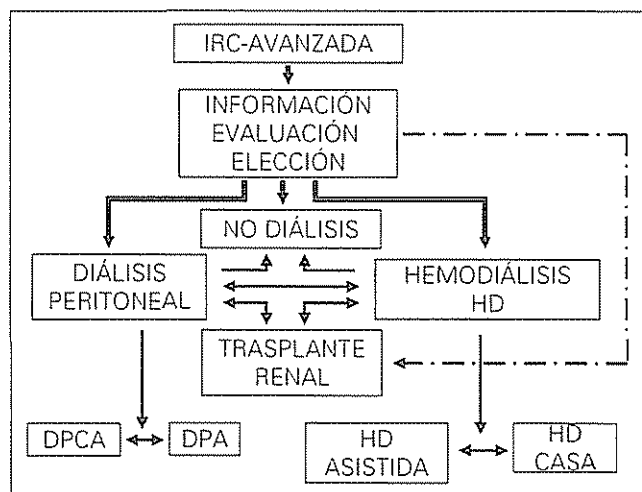


Figura. Abordaje integral de la insuficiencia renal crónica avanzada.

enfermedad grave sobre el equilibrio emocional e intelectual. Así, muchas veces, en vez de un consentimiento racional, el paciente daría un asentimiento consciente [8]. Además, la limitación de recursos sanitarios públicos es una realidad insoslayable, que precisa criterios de priorización. El concepto de inutilidad o futilidad de conductas médicas precisa definirse previamente en relación a qué, debido a los diferentes conceptos en que puede enmarcarse la futilidad médica, que dependerá de diferentes juicios de valor [9]. Cuando se examinan los criterios de los nefrólogos para ofrecer un tratamiento de soporte vital como la diálisis a pacientes con razonables dudas sobre su indicación, como los pacientes con demencia, en algunos países con una tasa no excesiva de aceptación para diálisis, como Reino Unido, se constata que la misma se ofrecería por un 68% de los nefrólogos; en EE.UU. esta tasa llegaría hasta el 82% [10]. Esto pone de manifiesto la diversidad de criterio que puede llegar a existir, al considerar como inútiles o fútiles algunos tratamientos de soporte vital. Hay pocos estudios sobre el tratamiento conservador no dialítico en la insuficiencia renal avanzada. Muchos pacientes que ayer no se incluían en diálisis hoy sí lo están. Los criterios han ido cambiando. El registro de la no aceptación para diálisis es un fenómeno que se está recogiendo específicamente en los últimos años; la información publicada se halla alrededor del 25% [1,11,12]. Los pacientes que no se incluyen en diálisis en países con libre aceptación para diálisis suelen ser personas ancianas con pluripatologías [1,2].

El futuro, no obstante, se configura haciendo énfasis en la necesidad de una comunicación clara y abierta con los pacientes y familiares, llevando siempre el equipo sanitario la iniciativa, buscando el bienestar del paciente (que así sea entendido), respetando todas las decisiones y dando un soporte continuo al paciente [13]. Algunas guías clínicas en relación al inicio o suspensión de diálisis remarcan compartir las decisiones con pacientes y familiares, aplicando el consentimiento informado, teniendo en cuenta el pronóstico, potenciando la comunicación para la resolución de conflictos y ofreciendo un soporte de curas paliativas [14,15]. Por otra parte, suelen aceptarse

como criterios generales de aceptación para la diálisis crónica el tener una esperanza de vida razonable (mayor de 1-2 años) y tener expectativas de una calidad de vida relacionada con la salud aceptables [4]. Estos criterios frecuentemente son muy difíciles de evaluar. Puede existir mucho subjetivismo al interpretar criterios generales de aceptación en diálisis, y cuyo máximo exponente es el enunciado de 'Tener expectativa de una razonable calidad de vida'. La calidad de vida que importa es la subjetiva, por ello el paciente, si es mentalmente competente—o sus representantes, si no está en condiciones de tomar decisiones— debe decir la última palabra [16,17]. Algunos profesionales opinan que no debería ofrecerse diálisis a pacientes con una esperanza de vida fisiológica o por patología concomitante menor de dos años [18]. En la práctica, resulta difícil saber si un paciente concreto, lúcido y con buen estado general de 83 años vivirá hasta los 85 años, o si otro paciente concreto con una patología sistémica podrá sobrevivir con aceptable calidad de vida uno o dos años [19]. La incertidumbre de muchos casos concretos dificulta el uso de criterios generales. Es inevitable consensuar con el paciente la conducta a seguir, y es excesivo que este tipo de decisiones las tome sólo el médico, aunque éste debe expresar su posición al paciente y a la familia. El principal afectado debe decir la última palabra, y decidir si colaborará con el tratamiento. La calidad de vida debe valorarse como el valor principal, por encima de la mera prolongación de la vida [20]. En función de la decisión tomada, habrá que preparar al paciente tanto si va a diálisis regular (fistula arteriovenosa, catéter peritoneal) o no (soporte de curas paliativas).

## **ASPECTOS SOBRE LA POBLACIÓN QUE INICIA TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL**

La tasa de aceptación de pacientes para diálisis regular ha variado enormemente en los últimos 20 años. De unas previsiones iniciales de 20 pacientes/año/millón de población (PMP) se ha pasado a cifras de aceptación anual actual de 253 nuevos PMP en EE.UU., con una variación de 184 PMP en blancos y 800 PMP en negros [21]. En España se produce el mismo fenómeno de crecimiento, y la tasa anual de aceptación para diálisis se está situando en una media de 126 pacientes PMP, con una variación según las comunidades entre 90 y 184 PMP, de acuerdo con el último registro español publicado [22]. La edad ha dejado de ser elemento discriminatorio en la inclusión en diálisis, así como la presencia de patologías sistémicas, como la diabetes o la amiloidosis. De este modo, la media de edad de los nuevos pacientes aceptados para diálisis sigue creciendo [21]. En comunidades de España, como Cataluña, con un excelente registro poblacional de la aceptación anual para diálisis, se constata igualmente un progresivo y continuo crecimiento de la tasa de aceptación para diálisis, de tal forma que desde 1984 a 2000 evoluciona desde 68,4 a 146 nuevos PMP [23]; la edad media también crece desde 53,8 hasta 63 años.

## **ASPECTOS MÉDICOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR**

En general, el manejo del paciente con IRC avanzada que no se prepara para diálisis debe ser bastante similar al que si

entrará en diálisis, con algunas diferencias relacionadas con la ausencia de acceso para diálisis y con la preparación para el manejo paliativo final. Los objetivos terapéuticos deberán ser: mejorar la calidad de vida, retrasar la sintomatología urémica, facilitar el tratamiento sintomático y ofrecer información, comunicación y soporte emocional. La actuación concreta implicará, como en cualquier paciente en situación de prediálisis, actuaciones para corregir, mientras sea posible, la anemia, la hiperhidratación, la acidosis, la hiperpotasemia, la hiperfosforemia, así como la sintomatología urémica mediante dieta hipoproteica y la progresión de la insuficiencia renal. Cuando se llegue al estadio de uremia terminal, habrá que facilitar el manejo paliativo, bien en el hospital o en el domicilio, en coordinación con los dispositivos de atención primaria. Es importante mantener el control regular en nefrología; debe haber un registro específico en la historia clínica sobre cuál es el manejo del paciente, y también tiene que haber una coordinación con los médicos de familia. Asimismo, siempre se debe mantener la posibilidad de la técnica de diálisis, tanto para entrar en un programa regular (renuncia al manejo conservador) como para poder utilizarla puntualmente como medio paliativo.

## **EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA IRC AVANZADA EN LA CORPORACIÓN SANITARIA PARC TAULÍ**

En la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell, en los últimos 10 años hemos controlado 486 pacientes con IRC muy avanzada. De estos pacientes, el 80% se incluyó en diálisis crónica y el 20% recibió tratamiento médico conservador no dialítico. Los motivos que se recogieron con carácter prospectivo en los 96 pacientes que no se incluyeron en diálisis crónica fueron los siguientes: deterioro crónico general con incapacidad de cuidarse en el 41%, decisión personal en el 32%, pronóstico mortal a corto plazo en el 25% e incompetencia mental persistente en el 15%. Siempre se compartió la decisión con la familia y con el paciente si era posible. En algunos pacientes se dieron varias causas. La edad media de los pacientes aceptados en diálisis fue de 62,58 años, mientras que en los que no iniciaron diálisis fue de 80,96 años. Los principales factores de comorbilidad de los pacientes que no iniciaron diálisis fueron insuficiencia cardíaca por miocardiopatía, muy evolucionada en el 48%, enfermedad vascular-cerebral en el 48% y arteriopatía periférica aguda en el 31%. Con relación a la capacidad funcional, se constató que en aquellos pacientes que no iniciaron diálisis se valían por sí mismos en el 36% de los casos, mientras que en los que iniciaron diálisis crónica era del 88%.

En nuestra experiencia nos ha sorprendido la decisión de enfermos con sensorio despejado, en quienes se planteó la posibilidad de diálisis y que voluntariamente cuestionaron y denegaron la inclusión en diálisis regular. La mayoría de estos pacientes además de edad avanzada tenían una patología importante asociada o un impedimento físico.

## **CONCLUSIÓN**

En la insuficiencia renal crónica muy avanzada el tratamiento conservador no dialítico es una realidad frecuente

en nuestros hospitales. El tratamiento conservador es un tratamiento nefrológico, y el nefrólogo no debe desentenderse del paciente que no inicie diálisis. La decisión sobre qué tipo de tratamiento se seguirá en la IRC avanzada debe ser compartida con pacientes y familiares, antes de la fase

final de la insuficiencia renal. La comunicación con el paciente y con los familiares sobre el manejo en la fase final de la IRC es imprescindible para evitar conflictos de valores. La última decisión la tiene el paciente o su representante legal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, Jindall KK. Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. *Am J Kidney Dis* 1994; 23: 463-6.
2. García-García M, Rodríguez-Jornet A, Ponz E, Almirall J, Ramírez-Vaca J. Opciones ante la insuficiencia renal en un hospital comunitario. *Nefrología* 1995; 15: 349-55.
3. Instituto Nacional de Estadística. [www.ine.es](http://www.ine.es). Apartado Demografía.
4. Ortega F, Gómez E, Baltar, Rebollo JP. Controversias en Nefrología: diálisis en el anciano. *Nefrología* 2001; 21: 332-6.
5. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin* 1989; 93: 100-2.
6. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 112: 949-54.
7. Moss AH. Managing conflict with families over dialysis discontinuation. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 868-83.
8. Drane JF. The many faces of competency. *Hastings Cent Rep* 1985; 15: 17-21.
9. Truog RD, Brett AS. The problem with futility. *N Eng J Med* 1992; 326: 1560-4.
10. McKenzie JK, Moss AH, Feest TG, Stocking CB, Siegler M. Dialysis decisionmaking in Canada, the United Kingdom and the United States. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 12-8.
11. García-García M, Rodríguez-Jornet A, Ponz E, Almirall J. No inicio de tratamiento con diálisis crónica a pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada. *Nefrología* 1997; 17: 407-13.
12. Sesso R, Frassinetti-Fernandes M, Ançao M, Drummond M, Draibe S, Sigulem D, et al. Acceptance for chronic dialysis treatment: insufficient and unequal. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11: 982-6.
13. Oreopoulos DG. Is there a right time to say no to life? *Perit Dial Int* 1994; 14: 205-8.
14. Galla JH. Renal Physicians Association/American Society of Nephrology Working Group. Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 1340-2.
15. Comité de Ética Asistencial y Unidad de Nefrología de Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell. Orientaciones para la entrada/retirada de pacientes en tratamiento sustitutivo renal. In Hernando P, García M, eds. Aspectos éticos en diálisis. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 1998. p. 119-32.
16. Ethics Committees at work. Is dying better than dialysis for a woman with Down Syndrome? *Camb Q Healthc Ethics* 1994; 3: 270-7.
17. Ethics Committees at work, A PVS patient on dialysis. *Camb Q Healthc Ethics* 1992; 3: 253-61.
18. Lowance DC. Factors and guidelines to be considered in offering treatment to patients with end-stage renal disease: a personal opinion. *Am J Kidney Dis* 1993; 21: 679-84.
19. Oreopoulos DG. Is it appropriate to offer dialysis to octogenarians? A modern conspiracy? *Perit Dial Int* 1996; 16: 241-2.
20. Burgos RA. Aspectos ético-sociales del tratamiento de la insuficiencia renal en América. *Nefrología* 1993; 13 (Suppl 5): S31-3.
21. The 1995 USDRS Annual Data Report. Incidence and prevalence of ESRD. *Am J Kidney Dis* 1997; 30 (Suppl 1): S40-53.
22. Amenábar JJ, García-López FJ, Robles NR, Saracho R. Informe de diálisis y trasplante de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos correspondientes a 1999. *Nefrología* 2001; 21: 246-52.
23. Cleriès M. Registre de malalts renals de Catalunya. Informe estadístic 1996. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2000.