

Tratamiento conservador ante la Enfermedad Renal Crónica

Lola Andreu Periz, Miguel Ángel Hidalgo Blanco, Carmen Moreno Arroyo

Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica. Escuela Universitaria de Enfermería. Universitat de Barcelona. España

El envejecimiento de las sociedades que se ha dado en llamar desarrolladas es un hecho no solo evidente, también parece imparable. No obstante, la mayor esperanza de vida conlleva inexorablemente más enfermedades crónicas y dependencia, situaciones que en un intento de conseguir un aceptable estado de salud y de bienestar están teniendo un enorme impacto en los costes socioeconómicos.

En la enfermedad renal terminal el tratamiento sustitutivo con diálisis está plenamente justificado ya que su efectividad es incuestionable. Sin embargo, la inclusión de pacientes ancianos en diálisis es un debate con larga trayectoria y cuyos criterios se han ido modificando a lo largo de los años. Cuando se iniciaron los programas de diálisis, el objetivo era facilitar el retorno de personas relativamente sanas a la sociedad y al trabajo, por tanto, hasta los años 80, en países como Reino Unido o Canadá muy pocos pacientes de más de 65 años recibían hemodiálisis¹. El progreso en las técnicas y una mayor financiación han dado lugar a que los pacientes ancianos puedan acceder a las unidades especializadas sin límites de edad y en la actualidad la población mayor de 65 años ha superado con creces los dos tercios del total de los pacientes, no siendo excepcional la inclusión en diálisis de pacientes mayores de 80 años^{1,2}.

Esta situación ha llevado a reconsiderar algunos criterios terapéuticos puesto que pacientes mayores de 75 años con enfermedad renal avanzada frecuentemente presentan tres o más comorbilidades y tienen expectativas de vida muy escasas¹. Algunos estudios que analizan retrospectivamente la supervivencia de estos

pacientes mayores con enfermedad renal crónica en estadio V, encuentran que la ventaja de la diálisis se reduce sustancialmente por comorbilidades como la cardiopatía isquémica y demuestran que en muchos de estos casos, con un tratamiento conservador se obtiene una igual supervivencia y una mejor calidad de vida para el paciente y para la familia³.

Aunque el incremento de los costos sanitarios obligan a buscar la sostenibilidad del sistema, la elección del tratamiento conservador para el anciano no debe hacerse por criterios economicistas sino bajo criterios éticos que protejan a un enfermo extremadamente frágil y a su familia de la prolongación de la agonía que supondría la inclusión en diálisis^{1,3}. Se conoce bien la incidencia de las diversas modalidades de tratamiento sustitutivo renal que se plantean en la enfermedad renal crónica, pero no sucede así con la opción de tratamiento conservador³. Del estudio EPIRCE se deduce que alrededor del 60% de los enfermos con enfermedad renal crónica en estadio V no llegan a recibir tratamiento sustitutivo, la mayor parte porqué fallecen por otras causas antes de llegar a necesitarlo o porque no se diagnostica su enfermedad renal⁴. Hay poca información sobre el porcentaje de pacientes con tratamiento conservador por considerarse que el tratamiento con diálisis sería inadecuado, pero los resultados de estos estudios obligan a considerarlo una opción válida y a replantearse las actitudes terapéuticas a tomar con estos pacientes. Un tratamiento conservador implica diseñar estrategias para ofrecer a estos pacientes la mejor calidad de vida y un adecuado acompañamiento hasta el final de sus días^{2,4}. Proponer una u otra forma de tratamiento es una decisión compleja ya que interviene factores éticos y emocionales que solo pueden abordarse con el apoyo de investigaciones que recojan las particularidades de estos pacientes. Las intervenciones enfermeras al paciente y a su familia pueden fundamentarse en experiencias de otras especialidades como los cuidados paliativos y considerar los resultados positivos de los artículos siguientes en los que cabe destacar la aportación de autores del Reino Unido y el abordaje cualitativo de

Correspondencia:

Lola Andreu Periz
Campus de Bellvitge. Universidad de Barcelona
C/. Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
E-mail:lolaandreu@ub.edu

alguno, metodología de investigación muy útil cuando se pretende profundizar en situaciones que implican además de aspectos clínicos otras consideraciones sociales.

Noble H1, Kelly D, Hudson P. Experiences of carers supporting dying renal patients managed without dialysis. Adv Nurs. 2013 Aug; 69(8):1829-39. doi: 10.1111/jan.12049. Epub 2012 Nov 20.

Este es un interesante trabajo realizado por enfermeras, en el que se aborda desde la perspectiva familiar la problemática del paciente renal para el que no se ha optado por la diálisis. Al ser la familia imprescindible para ofrecer atención y apoyo a la persona enferma va a estar muy directamente implicada en las circunstancias que rodeen al tratamiento y evolución de la enfermedad. Las autoras de estudio se propusieron conocer el impacto de ser un cuidador familiar a los pacientes con estadio V de la enfermedad renal a los que se ha indicado un tratamiento conservador sin diálisis y hacen hincapié en que esta actitud terapéutica se está extendiendo en todo el mundo. Afirman que estos pacientes tienen síntomas físicos y psicológicos que serían comparables, incluso mayores que los que presentan muchas personas con cáncer avanzado. Puesto que hay muy poca experiencia sobre lo que estas circunstancias suponen para los cuidadores familiares; los autores decidieron utilizar una metodología cualitativa para explorar dicha situación.

Entre los años 2006 y 2008 se realizaron entrevistas a cuidadores de pacientes atendidos por el Servicio de Atención Renal del Reino Unido. Se llevaron a cabo entre 1 y 3 entrevistas semiestructuradas a 19 cuidadores familiares de pacientes sometidos a tratamiento conservador y tras el análisis de las notas de campo correspondientes a cada entrevista se establecieron categorías de análisis. Las personas entrevistadas fueron en su mayoría mujeres (13), de estas 5 superaban los 70 años mientras que 3 no llegaban a los 30 años.

Los resultados de este análisis definen una categoría o tema general: el cuidado desde el diagnóstico hasta la muerte y tres específicas: 1) la situación de cuidador; 2) tener que cuidar de forma indefinida y 3) evitar hablar de la muerte. Los cuidadores expresaron preocupación y confusión, lo negativo del pronóstico y la incapacidad para hacerle frente; también consideraban el no tener esperanza y aceptar lo inevitable. Los cuidadores tienen dificultades para comprender el diagnóstico inicial, las opciones de tratamiento y el curso de la enfermedad. Las autoras afirman como conclusiones de

su trabajo que el apoyo a los cuidadores debe centrarse en aumentar la comprensión y el manejo de la enfermedad renal y en el pronóstico. Por otra parte, hay una clara necesidad de una mayor investigación en relación a las intervenciones de enfermería basadas en apoyar a los cuidadores de los pacientes y en el desarrollo de un enfoque holístico, que se centre en las perspectivas del cuidador y que incluya la identificación de las necesidades de información relacionada con el diagnóstico original, comorbilidades asociadas, las opciones de tratamiento, el pronóstico y el desarrollo de estrategias para gestionar la comunicación con los pacientes.

Tonkin-Crine S1, Santer M1, Leydon GM1, Murtagh FE2, Farrington K3, Caskey F4, Rayner H5, Roderick P1. GPs' views on managing advanced chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2015 Jul; 65(636):e469-77.

Este estudio se centra en la gestión de la enfermedad renal desde la atención primaria. Los autores afirman que la enfermedad renal crónica se ha convertido en una parte importante de la carga de trabajo del médico de cabecera del Instituto Nacional de Salud que definió en 2008 en Reino Unido las recomendaciones para la Atención a la Excelencia. Los autores afirman que los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada a menudo tienen comorbilidades y una progresión de la enfermedad incierta y los médicos de cabecera pueden tener dificultades para tomar decisiones respecto a su atención, incluso para decidir cuándo derivarlos a las unidades de nefrología. Se plantea como objetivo de esta investigación explorar los puntos de vista de los médicos respecto a la gestión de los pacientes con enfermedad renal avanzada y su derivación a la atención especializada. Este estudio se llevó a cabo con los médicos en cuatro áreas: Londres, Bristol, Birmingham y Stevenage y para hacerlo se realizaron y analizaron entrevistas semiestructuradas a 19 médicos de familia.

Los resultados de este análisis demuestran que los médicos tenían poca experiencia en el manejo de pacientes con enfermedad renal avanzada, incluyendo aquellos sometidos a diálisis, trasplantados o con tratamiento conservador sin diálisis o trasplante. Hubo médicos que basaban sus decisiones únicamente en la función renal del paciente y otros utilizan criterios más amplios, como la edad y la pluripatología. Algunos dijeron que había discordancias entre las políticas sanitarias nacionales y las locales, y también que habían tenido experiencias en las que los pacientes remitidos a la consulta especializada fueron devueltos a la atención primaria. Los médicos con más experiencia en la gestión de la

enfermedad renal derivan a los pacientes más tarde a la consulta especializada si no plantean problemas adicionales, o no los derivan si la diálisis no se considera como una opción para el paciente. Las conclusiones de los autores son que los médicos de atención primaria requieren de mayor orientación sobre el manejo de los pacientes mayores con enfermedad renal avanzada y que haya un mejor acuerdo entre las recomendaciones locales y nacionales para aclarar criterios de derivación. Generalmente no son conscientes de las recomendaciones de las unidades renales respecto al manejo conservador de la enfermedad, sin embargo, parecen dispuestos a contribuir a dicha atención apoyados por los equipos de las unidades renales.

Roderick P, Rayner H, Tonkin-Crine S, Okamoto I, Eyles C, Leydon G, Santer M, Klein J, Yao GL, Murtagh F, Farrington K, Caskey F, Tomson C, Loud F, Murphy E, Elias R, Greenwood R, O'Donoghue A national study of practice patterns in UK renal units in the use of dialysis and conservative kidney management to treat people aged 75 years and over with chronic kidney failure. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015 Apr. (Health Services and Delivery Research, No. 3.12.) Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK284925/>

En la introducción de este artículo el término Tratamiento Conservador se utiliza para describir la gestión de la enfermedad renal terminal sin terapia sustitutiva, pero con una actuación frente a los síntomas, y una atención que comporta la planificación anticipada, favoreciendo la comunicación y la realización de intervenciones para retrasar la progresión y minimizar las complicaciones. Además ha de ofrecer atención espiritual y apoyo psicológico, social y familiar.

Los autores afirman que este enfoque podría contribuir a llevar a cabo una estrategia útil para gestionar el creciente número de personas mayores con enfermedad renal pero que también puede percibirse como una estrategia que significara la limitación de acceso a tratamientos costosos con el fin de controlar la utilización de recursos. Sin embargo, el enfoque del tratamiento conservador no es negar la diálisis sino reconocer que para algunos pacientes la diálisis puede ser inútil o perjudicial para su bienestar, y el tratamiento conservador sería una opción más apropiada. En Reino Unido el tratamiento conservador es más utilizado que en otros países sanitariamente avanzados y esto significa que sus servicios de salud están en una posición clave para proporcionar pruebas para que el desarrollo de esta forma de atención sea adecuada y eficaz.

Describen los autores que en el Marco del Servicio Nacional de 2005 para los Servicios Renales han habido una serie de iniciativas para elevar el perfil de la atención a los pacientes renales. Se recomienda que las personas con enfermedad renal reciban una evaluación oportuna de su pronóstico, información acerca de sus opciones y, para los que están cerca del final de la vida, un plan de cuidados paliativos acordado con el paciente y su familia, que tenga en cuenta sus necesidades y preferencias. Se ha puesto en marcha políticas para mejorar la atención al final de la vida que incluyan frenar la progresión de la enfermedad renal y el tratamiento de los síntomas y de las comorbilidades.

Se plantean en este estudio varios objetivos: a) describir las diferencias de criterios que hay entre las unidades renales respecto al alcance y la naturaleza de tratamiento conservador; b) explorar cómo se toman las decisiones sobre las opciones de tratamiento para los pacientes de edad avanzada. c) conocer cuál es la disposición de los clínicos para asignar a los pacientes tratamiento conservador o diálisis. d) describir la relación entre las unidades renales y la atención primaria en el manejo de tratamiento conservador y e) identificar los recursos necesarios y los costos potenciales del tratamiento conservador. Se llevó a cabo un estudio cualitativo-cuantitativo para el que se realizaron entrevistas a 42 pacientes de más de 75 años con tratamiento conservador y a 60 profesionales de nueve unidades renales del Reino Unido. Estas entrevistas facilitaron el diseño de una encuesta para evaluar la práctica del tratamiento conservador que se envió a 71 unidades renales del país. También se entrevistó a 19 médicos de atención primaria en relación con la remisión de pacientes con enfermedad renal terminal a la atención especializada. Se buscaron los datos de laboratorio de pacientes nuevos con enfermedad renal estadio V, mayores de 75 años y se relacionaron con los registros de nueve unidades renales para evaluar patrones de referencia.

Sesenta y siete de 71 unidades renales completaron la encuesta, de sus resultados cabe destacar:

- a) Aunque la terminología varía, hubo una aceptación general de la función del tratamiento conservador.
- b) Sólo el 52% de las unidades fueron capaces de cuantificar el número de pacientes con tratamiento conservador.
- c) La interpretación de la denominación del tratamiento conservador por parte de los profesionales y los pacientes es muy variada. Se utiliza para caracterizar una opción de futuro tratamiento, así como el cuidado de no diálisis por enfermedad renal terminal

(es decir, un estado de enfermedad equivalente a estar en diálisis).

- d) Las expectativas de los pacientes respecto al tratamiento conservador y a la diálisis fueron muy influenciadas por los profesionales.
- e) En una minoría de unidades, no se cuestionaba el tratamiento conservador. Cuando se hacía se proporcionaba una información limitada acerca de la progresión de la enfermedad.
- f) Los profesionales demandaban más investigación sobre los beneficios relativos del tratamiento conservador frente a la diálisis.
- g) Hubo un apoyo casi unánime para llevar a cabo estudios observacionales y una cuarta parte de las unidades renales estarían dispuestas a participar en un ensayo clínico aleatorizado.
- h) Los médicos de atención primaria expresaron la necesidad de orientación sobre cuándo remitir a los pacientes a la atención especializada.
- i) Hubo gran variedad en el modelo de prestación de tratamiento conservador.
- j) En la mayoría, en el tratamiento conservador no se incluyó en ningún momento la diálisis.
- k) Algunas unidades tienen estructuras específicas dedicadas al tratamiento conservador y se habían dedicado, unos recursos limitados para esta forma de atención.

El análisis de estos resultados permite inferir que el tratamiento conservador es aceptado en todas las unidades renales del Reino Unido pero hay mucha variación en la forma en que se describe y se administra. Por tanto, para la mejor práctica en el desarrollo y sistematización de esta forma de tratamiento en todas las unidades renales del Reino Unido, se recomienda: 1º. Una definición estandarizada del término Tratamiento Conservador; 2º La investigación para medir los beneficios relativos entre tratamiento conservador y la diálisis; 3º Desarrollar la capacitación del personal y las intervenciones de educación al paciente basándose en la evidencia.

Fassett RG. Current and emerging treatment options for the elderly patient with chronic kidney disease. Clin Interv Aging. 2014; 9: 191–199.

El objetivo de este artículo es revisar los tratamientos actuales y emergentes de la insuficiencia renal en los ancianos en etapas finales; recogiendo las necesidades en cuidados de salud de estas personas, necesidades que están relacionadas con las comorbilidades asocia-

das, la fragilidad, el aislamiento social, la mala situación funcional, y el deterioro cognitivo. Los ensayos clínicos que evalúan los tratamientos para la enfermedad renal crónica suelen excluir a los pacientes mayores de 70-75 años, por lo tanto, es difícil de extender los resultados de las actuales terapias recomendadas para los pacientes más jóvenes en las personas mayores. Muchas personas de edad avanzada y enfermedad renal terminal se enfrentan al dilema de si se les debe incluir en diálisis o aceptar un enfoque conservador con el apoyo de los cuidados paliativos. Esto ejerce mucha presión sobre el paciente, su familia, y los recursos sanitarios.

Según los autores, la trayectoria clínica de los pacientes mayores con enfermedad renal crónica ha sido poco relevante, pero la evidencia reciente sugiere que muchos pacientes mayores de 75 años de edad con múltiples comorbilidades han reducido considerablemente su esperanza de vida y calidad de la misma, incluso si deciden optar por un tratamiento de diálisis. Ofrecer un tratamiento conservador apoyado por los cuidados paliativos es una opción razonable para algunos pacientes en estas circunstancias. Por otra parte, se sabe que la persona mayor sometida a diálisis plantea diferentes necesidades que los pacientes más jóvenes y que en pacientes cuidadosamente seleccionados el trasplante de riñón puede mejorar su esperanza de vida y calidad de la misma. Se afirma en el artículo que es necesario incluir a las personas mayores con enfermedad renal avanzada en los ensayos clínicos para que se puedan diseñar terapias específicas basadas en la evidencia.

Hussain JA, Mooney A, Russon L. Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. Palliat Med. 2013 Oct; 27(9):829-39

Puesto que se dispone de pocos datos sobre los resultados de los pacientes ancianos con enfermedad renal crónica sometidos a terapia de reemplazo renal o con tratamiento conservador, los autores pretenden comparar la supervivencia, los ingresos hospitalarios y el acceso al cuidado paliativo de los pacientes mayores de 70 años con enfermedad renal crónica estadio V en función de si eligieron diálisis o tratamiento conservador. Se trata de un estudio observacional retrospectivo en pacientes mayores de 70 años que habían sido atendidos en una consulta pre diálisis.

En total, 172 pacientes optaron por un tratamiento conservador y 269 eligieron diálisis. El grupo de diálisis sobrevivió durante más tiempo cuando la supervivencia se relacionó con la tasa de filtrado glomerular <20 ml / min ($p < 0,0001$), <15 ml / min ($p < 0,0001$) y <12 ml / min ($p = 0.002$). La diálisis no mejoró la supervivencia frente al tratamiento conservador, en pacientes mayores de 80 años con puntuaciones funcionales de la OMS de 3 o superiores. También hubo una reducción significativa de la supervivencia de los pacientes sometidos a diálisis si presentaban puntuaciones altas de comorbilidad según el índice de Charlson. El riesgo relativo de un ingreso hospitalario agudo (diálisis vs tratamiento conservador) fue de 1,6 ($p < 0,05$; intervalo de confianza del 95% = 1,14-2,13). Un total de 47% de los pacientes con tratamiento murió en el hospital, en comparación con 69% de los sometidos a diálisis. El setenta y seis por ciento del grupo con tratamiento conservador accedió a los servicios de cuidados paliativos mientras que no lo hizo ninguno de los pacientes sometidos a diálisis.

La conclusión del estudio es que para los pacientes mayores de 80 años, con un mal estado general o altas puntuaciones de comorbilidad, no hay una mayor supervivencia con la diálisis respecto a los que recibían tratamiento conservador. Además los que tenían este tratamiento tuvieron mayor acceso a los servicios de cuidados paliativos y menos posibilidades de ingresar o morir en el hospital.

Bibliografía

1. A.L.M. de Francisco. Sostenibilidad y equidad del tratamiento sustitutivo de la función renal en España. *Editorial. Nefrología*. 2011; 31: 241-246.
2. José Luis Teruel, Víctor Burguera Vion, Antonio Gomis Couto, Maite Rivera Gorrín, Milagros Fernández-Lucas, Nuria Rodríguez Mendiola, Carlos Quereda. Elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica *Nefrología*. 2015; 35:273-9.
3. N.R. O'Connor, P. Kuma. Conservative management of end-stage disease without dialysis: A systematic review. *J Palliat Med*. 2012; 15: 228-235.
4. A. Otero, A.L.M. de Francisco, P. Gayoso, F. García, on behalf of the EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain. Results of the EPIRCE study. *Nefrología*. 2010;30: 78-86.