

Reflexiones Acerca Del Fin de Vida En Enfermedad Renal Crónica (Estadio 5)

Trabajo Fin de Grado

Autor: Pablo Luis Franco

Director: Juan Manuel Casas Fernández

Titulación: Grado en Enfermería

Curso: 2015/2016

Convocatoria de defensa: Junio 2016

RESUMEN

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología que, pese a no ser considerada hasta ahora como objetivo potencial de las guías de salud pública, en los últimos años está consiguiendo ser tomada en consideración promoviendo nuevas iniciativas de prevención y manejo en constante evolución. Entidades como la OMS y la Sociedad Internacional de Nefrología la han considerado como la clave de los resultados deficientes en el manejo de procesos crónicos y se propone desde dichos estamentos su incorporación en los programas de detección precoz en las consultas de atención primaria. La lenta progresión y la irreversibilidad de los estadios finales podrían estar relacionado con ello. El manejo de dichos pacientes en estadios finales plantea retos éticos y profesionales ya que no todos los pacientes son subsidiarios de tratamientos sustitutivos de la función renal. Para ello se promueve una planificación de los cuidados y potenciación de la autonomía del paciente.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, ERCA, diálisis, hemodiálisis, planificación anticipada de cuidados.

ABSTRACT

The chronic kidney disease (CKD) is a pathology that, despite not being considered to be till now a potential target of the guides of public health, over the last few years is managing to be taken in consideration. Thus, new initiatives of prevention and handling are being promoted and constantly evolving. Entities as the WHO and the International Society of Nephrology have considered it to be the key of the deficient results in the handling of chronic processes and its incorporation is proposed from the above mentioned classes in the programs of precocious detection in the primary health care consultations. The slow progression and the irreversibility of the final stadiums might be related to it. The handling of the above mentioned patients in final stages (ESRD) raises ethical and professional challenges since not all the patients are subsidiary of substitute treatments of the renal function. For that reason there is promoted a planning of the care and promotion of the autonomy of the patient.

Key Words: chronic kidney disease, ESRD, dialysis, hemodialysis, advance care planning.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	OBJETIVOS.....	4
2.1	OBJETIVO PRINCIPAL.....	4
2.2	OBJETIVOS SECUNDARIOS	4
3.	METODOLOGÍA	5
4.	DESARROLLO DE RESULTADOS	7
4.1	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).....	7
4.1.1	DEFINICIÓN	7
4.1.2	CLASIFICACIÓN	8
4.1.3	EPIDEMIOLOGÍA	9
4.1.4	COMPLICACIONES DEL FALLO RENAL.....	9
4.1.5	CONSENSO DE CRITERIOS Y DERIVACIÓN A NEFROLOGÍA	10
4.2	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA)	12
4.2.1	PROGRESIÓN HACIA LA ERCA.....	13
4.2.2	COMPLICACIONES DE LA ERCA.....	13
4.2.3	TOMA DE DECISIONES EN LA TERAPÉUTICA DE ERCA.....	14
4.2.4	PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD)	16
4.2.5	OPCIONES TERAPÉUTICAS EN ERCA	17
4.2.6	ELECCIÓN DE MODALIDAD TERAPÉUTICA EN ERCA.....	18
4.3	CUIDADOS DE SOPORTE RENAL Y CUIDADOS PALIATIVOS RENALES	20
4.4	ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ERCA.....	24
5.	DISCUSIÓN	25
6.	CONCLUSIONES.....	27
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	28
8.	ANEXOS.....	32
8.1	ANEXO I. ALGORITMO DE DERIVACIÓN A NEFROLOGÍA.....	32
8.2	ANEXO II. FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA).....	33
8.3	ANEXO III. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.	34

1. INTRODUCCIÓN

A partir de las últimas décadas del siglo XX ha existido una progresión de predominio de las enfermedades infecciosas a un patrón epidemiológico de enfermedades crónicas en continuo ascenso. La epidemiología actual y futura de las enfermedades crónicas se ha convertido en una prioridad para las instituciones sanitarias actuales. Existiendo la posibilidad de organizar planes de actuación que incidan en los condicionantes y factores de riesgo implicados en la aparición de estas enfermedades, es posible mejorar la salud y la calidad de vida de la población¹.

Si bien es cierto que la aparición de este tipo de enfermedades vienen condicionadas por causas multifactoriales y complejas, es posible centrar los principales esfuerzos sanitarios en uno de los factores que las predisponen, los estilos de vida². Siendo la mayoría de recomendaciones aquellas orientadas a la prevención de patología cardiovascular, es un error centrarse sólo en el corazón y obviar que los factores de riesgo causantes de la enfermedad cardiovascular también afectan a otros órganos y viceversa. Así, las enfermedades crónicas del riñón no han sido consideradas hasta ahora como un problema de salud pública, como sí lo han sido las enfermedades del corazón, cerebrovasculares y el cáncer³.

La afección renal en muchas ocasiones se presenta de manera silente y con una progresión lenta, cuya evolución puede llegar a ser de años con un fin de terminalidad del paciente que difícilmente resulta reversible. En esta situación se plantean tratamientos que realizan una tarea sustitutiva de la función renal. De esta manera, la elección de la terapia de sustitución renal deberá de estar indicada por un facultativo médico tras proveer la información necesaria en cuanto a ventajas y desventajas de las diferentes modalidades de tratamiento: hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal⁴.

Por otra parte, no todos los pacientes que presentan afectación renal crónica son subsidiarios de este tipo de modalidades terapéuticas. Resulta inevitable la alusión al principio bioético de autonomía junto al consentimiento informado a la hora de hablar de la elección de un tratamiento que condicionará la vida futura del paciente. De esta manera, también sería posible rehusar o discontinuar el tratamiento ofrecido, proporcionando en su lugar tratamientos conservadores destinados al control de síntomas. En pacientes pluripatológicos en situación de terminalidad supone un reto ético y profesional el hecho de determinar quiénes son subsidiarios de un tratamiento u otro, así como de cuidados paliativos o de soporte renales.

Para este tipo de toma de decisiones es necesario un proceso de planificación anticipada de cuidados (*advance care planning*), que permita promover la autonomía del paciente ante este tipo de situaciones. En nuestro país existe la posibilidad de expresar en un documento legal y de forma anticipada la manera en que una persona desea ser tratada en caso de no poder decidir por sí misma. En la legislación estatal aparece con el término de directrices previas⁵.

La motivación del trabajo expuesto viene dada por mi paso durante el periodo de prácticas por el servicio de hemodiálisis del Hospital Virgen del Camino. En más de una ocasión se llegaron a plantear dentro del equipo profesional dificultades que entrañaba la toma de decisiones respecto a las modalidades terapéuticas más adecuadas para un tipo de pacientes en concreto, aquellos en situación de fin de vida. Si bien la responsabilidad

absoluta recae sobre el propio paciente para la toma de esta decisión, la familia también toma un papel importante en ciertas ocasiones. Es por ello que sea necesario tomar una actitud crítica ante una situación tan delicada como lo es el fin de vida de una persona que padece una enfermedad crónica tan habitual como es la enfermedad renal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

- Valorar, a la luz de la evidencia científica disponible, las opciones y actitudes terapéuticas existentes, para aquellos pacientes en los que, por diferentes circunstancias, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadio 5 está condicionando una situación de fin de vida.

2.2 Objetivos secundarios

- Valorar, a la luz de la evidencia científica disponible, los cuidados paliativos en la Enfermedad Renal Crónica Avanzada.
- Analizar las implicaciones éticas subyacentes en las actuaciones vinculadas con el proceso de fin de vida en la Enfermedad Renal Crónica Avanzada.
- Recopilar documentos útiles, desde la bibliografía, para el proceso de información y consentimiento por parte del paciente (Anexos), especialmente en lo referente al documento de voluntades anticipadas (DVA) y su relevancia en el tema expuesto.
- Analizar y valorar la posición del personal de enfermería en la asistencia y prestación de cuidados del paciente en estadios avanzados de Enfermedad Renal Crónica Avanzada.

3. METODOLOGÍA

La elaboración de este Trabajo Fin de Grado (TFG) supone un análisis crítico de la bibliografía científica existente en torno al tema tratado en base a la información obtenida de las bases de datos que se citarán más adelante.

La búsqueda de documentos secundarios a partir de estas fuentes de información han permitido servirme de documentos primarios como artículos originales procedentes de revistas de diferentes temáticas, siendo las más relevantes las siguientes: nefrología, enfermería nefrológica, cuidados paliativos y bioética. Con todo ello y la experiencia previa en período de prácticas en el servicio de hemodiálisis del Hospital de Virgen del Camino se ha elaborado un proyecto crítico en base a la documentación aportada.

La búsqueda bibliográfica propuesta en un inicio ha abarcado un grupo heterogéneo de material bibliográfico. De esta manera, la información aportada se ha obtenido fundamentalmente artículos y protocolos procedentes de revistas, páginas web, libros y bases de datos (Dialnet, Cuiden y SpringerLink).

La estrategia de búsqueda en las bases de datos utilizadas se resume en la siguiente tabla:

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
DIALNET	<p>En una primera búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: “enfermedad renal crónica y final de vida”. Se obtuvieron 10 resultados, de los cuales se escogieron 5.</p> <p>En una segunda búsqueda se utilizó el concepto de “enfermedad renal crónica avanzada” obteniendo 42 resultados en total y 7 válidos.</p>
CUIDEN	<p>Se utilizó la misma estrategia de búsqueda que en DIALNET.</p> <p>En la primera búsqueda con “enfermedad renal crónica y final de vida” se obtuvieron 11 resultados, de los cuales no tuvieron ninguna utilidad.</p> <p>La segunda búsqueda con el término “enfermedad renal crónica avanzada” derivó en 30 resultados, siendo 8 de ellos válidos.</p>
SPRINGERLINK	<p>Se realizaron 3 búsquedas con los parámetros de artículo e idioma inglés como comunes:</p> <ul style="list-style-type: none">· Con los términos “ckd and palliative” y los parámetros [disciplina: medicina / subdisciplina: nefrología] se obtuvieron 39 resultados – 3 escogidos.· Con los términos “esdr and palliative” y los parámetros [disciplina: medicina / subdisciplina: urología] se obtuvieron 25 resultados – 1 escogido.· Con los términos “end stage renal disease and palliative” y los parámetros [disciplina: medicina / subdisciplina: interna y nefrología] se obtuvieron 66 resultados – 4 escogidos.

También se han realizado búsquedas en las plataformas de Google Scholar, UpToDate, ScienceDirect y diferentes asociaciones relacionadas con la temática que se trata en el proyecto.

Los artículos obtenidos a partir de estas búsquedas se han limitado a los idiomas español e inglés, excluyéndose en el proceso todo aquel que no cumpliera con este criterio. Por otra parte, no se aplicó en ninguna de las búsquedas filtro por año de publicación con el fin de abarcar mayor conocimiento divulgativo acerca de la temática.

De esta manera, los artículos revisados a partir de esta búsqueda sistemática tratan de temas diversos acerca tanto de la ERC como de la ERCA. Relacionada con esta última, la mayoría de publicaciones introducían de manera breve los conceptos de cuidados paliativos en este ámbito sin llegar a profundizar en el tema.

Toda la bibliografía mostrada en el proyecto se ha elaborado a partir de la herramienta bibliográfica Refworks y el complemento Write-N-Cite para el procesador de texto utilizado, revisándose posteriormente en busca de posibles errores.

4. DESARROLLO DE RESULTADOS

4.1 Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Podría considerarse la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como una patología que ha empezado a investigarse de manera activa relativamente desde hace poco tiempo. Hasta hace veinte años, la afección renal estaba limitada a patologías de incidencia relativamente baja. No sería hasta el año 1997 que la *National Kidney Foundation* (NKF) norteamericana publicase la primera guía de práctica clínica acerca de la ERC, denominada *Kidney Disease: Outcome Quality Initiative* (K/DOQI)⁶. Más adelante, en el año 2003 se fundaría la organización *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO)⁷, con colaboración española, para el desarrollo de iniciativas para la prevención y manejo de la ERC⁸.

En los últimos años la ERC se ha interrelacionado estrechamente en diversas publicaciones y estudios⁹⁻¹² con otras patologías crónicas como la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus y obesidad. Desde la Sociedad Internacional de Nefrología y la OMS se considera que la ERC es la clave de los resultados deficientes en el manejo de estos procesos crónicos y se propone la incorporación de programas de detección precoz en las consultas de Atención Primaria (AP)¹³.

De esta manera, considerando la ERC como un proceso patológico de evolución silente y sin un diagnóstico claro en sus estadios iniciales, es preciso señalar las complicaciones que devienen del fallo de la función renal si no se trata de manera adecuada y a tiempo. Con todo ello, la reversibilidad de los estadios iniciales de la enfermedad permite frenar la evolución a estadios finales en los que más manifestaciones clínicas se presentan. Las posibilidades terapéuticas en este rango de pacientes en estadios finales se limitan a la sustitución de la función renal por medio de distintas modalidades terapéuticas como son la diálisis o el trasplante renal.

Si bien las personas que padecen ERC en estadios avanzados corresponden a un grupo heterogéneo de pacientes, conviene destacar la mayor prevalencia de pacientes mayores de 65 años¹¹ en situación de una considerable comorbilidad asociada. Este tipo de pacientes con mal pronóstico para la terapia sustitutiva renal (TSR), plantean el dilema de la puesta en marcha del manejo conservador de la enfermedad renal y la aplicación de cuidados de soporte y paliativos renales¹⁴.

4.1.1 Definición

Tomando como referencia la última guía de práctica clínica del consorcio KDIGO (2012)^{7,8} se puede definir la ERC como un grupo heterogéneo de alteraciones de la estructura o función del riñón presentes durante al menos tres meses con implicaciones para la salud.

Se considera que el mejor indicador de la función renal es la filtración glomerular (FG), el cual supone un potente predictor de tiempo hasta que se produce el fallo renal. Los valores que se obtienen a partir de su cálculo permiten determinar y clasificar la ERC en diferentes estadios. De esta manera, si de forma persistente durante al menos 3 meses se objetivara presencia de al menos una de las siguientes situaciones se podría definir ERC¹⁵:

- FG inferior a 60 ml/min/1,73 m².
- Daño renal con un FG normal, el cual podría potencialmente provocar un descenso del FG.

4.1.2 Clasificación

La clasificación original ofrecida por la *Kidney Disease: Outcome Quality Initiative (K/DOQI)*⁶ propone una estadificación en 5 niveles basada en la disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG). Por otra parte, a esta clasificación la asociación KDIGO⁷ añadió dos categorías suplementarias en función de si el paciente había recibido trasplante renal en cualquiera de los estadios (subcategoría T) y si en estadio 5 el paciente estaba sometido a diálisis (subcategoría D)¹⁵. A su vez, en la guía de práctica clínica ofrecida por la KDIGO⁷ se interrelaciona los valores de FG con la presencia de albuminuria, la cual se incluyó por suponer un marcador reconocido de daño renal al reflejar consecuentemente el incremento de la permeabilidad glomerular a macromoléculas¹⁶.

Tabla 1. Pronóstico de la enfermedad renal crónica según las categorías de filtrado glomerular y de albuminuria⁸.

KDIGO 2012			Albuminuria (albúmina/creatinina)		
Filtrado glomerular			Categorías, descripción y rangos		
Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			< 30 mg/g	30-300 mg/g	> 300 mg/g
G1	Normal o elevado	≥ 90	1 si ERC	1	2*
G2	Ligeramente disminuido	60-89	1 si ERC	1	2*
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59	1	2	3*
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44	2	3	3*
G4	Gravemente disminuido	15-29	3*	3*	+4*
G5	Fallo renal	< 15	+4*	+4*	+4*

Fuente: Modificado desde “Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014;34(3):302-316”.

Leyenda: riesgo de complicaciones específicas de la enfermedad renal, riesgo de progresión y riesgo cardiovascular. Verde – riesgo de referencia, no hay enfermedad renal si no existen otros marcadores definitorios; amarillo – riesgo moderado; naranja – riesgo alto; rojo – riesgo muy alto.

Los números presentes en los cuadros coloreados de la Tabla 1 suponen una guía acerca de la frecuencia de monitorización que se recomienda para cada estadio de la enfermedad¹⁶. Por su parte, los números acompañados de un asterisco muestran la situación de pacientes en necesidad de control por parte de Nefrología⁸, si bien la

derivación a este servicio se desarrolla de manera más precisa en el algoritmo presente en el Anexo I.

4.1.3 Epidemiología

Por su prevalencia e incidencia, la ERC supone un problema de gran relevancia epidemiológica. El envejecimiento progresivo de la población y el mejor manejo de diferentes enfermedades crónicas que repercuten en la funcionalidad del riñón son los factores principales que han provocado el aumento de estos dos indicadores epidemiológicos.

La descripción clásica de la epidemiología de la ERC se ha centrado en el análisis crítico de los últimos estadios de la enfermedad en lo que se conoce como insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Así, esta información procedente de los registros de diálisis y trasplante se centra sobre todo en aquellos pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Sin embargo, la prevalencia e incidencia de estadios anteriores a estos ha sido menos estudiada¹⁷.

La elaboración por parte de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) de un estudio acerca de la prevalencia de la ERC permite inclinarse aún más hacia una postura defensora de la detección precoz y prevención de la propia enfermedad para evitar la progresión a estadios finales. De esta manera, el estudio EPIRCE¹¹ (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) nos muestra que aproximadamente el 10% de la población española adulta sufre alguno de los grados propuestos de la ERC. Por otra parte, un 6,8% presentan insuficiencia renal de grado 3-5 con un FG < 60 ml/min/1,73 m² (incluyendo los las subcategorías 3a y 3b).

En Estados Unidos el número de beneficiarios del programa destinado a la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en estadios 3-5 financiado por Medicare ha aumentado de aproximadamente 10,000 personas en el año 1973 a 615,899 en el año 2011. De los cuales, el 70% de ellos estaban siendo tratados mediante diálisis mientras que el 30% restante tenían un riñón funcional trasplantado. A pesar de ello, la incidencia de la ERCA comenzó a disminuir en el año 2010, continuando en esta línea desde el año 2011. Así, esta tendencia de aumento de la prevalencia manteniendo en descenso la incidencia de la enfermedad se explica por el avance de las terapias sustitutivas y la mejora de la supervivencia de las enfermedades no renales¹².

4.1.4 Complicaciones del fallo renal

Existen una serie de factores tradicionales asociados a la enfermedad cardiovascular (ECV) que interrelacionan la comorbilidad de los pacientes con patología renal y un riesgo de mortalidad cardiovascular entre los estadios 3 – 5 de la ERC¹⁸. Un aspecto importante a destacar acerca de las complicaciones de la ERC es que se presentan como asintomáticas en estadios iniciales de la enfermedad. Por otra parte, a pesar de ser éstas más propensas a manifestarse en estadios finales¹⁶, desde el establecimiento del tercer estadio de la enfermedad ya se propone su detección precoz desde los equipos de AP¹⁹.

A consecuencia de la pérdida de la función renal comienzan a aparecer una serie de desórdenes fisiológicos, incluyendo los siguientes⁴:

- **Sobrecarga hídrica:** con un FG superior a 10 – 15 ml/min/1,73 m² los niveles de sodio y volumen intravascular se encuentran mantenidos por mecanismos homeostáticos. Cuando los mecanismos de compensación se vuelven insuficientes,

los riñones no pueden excretar cargas excesivas de sodio y se produce sobrecarga de volumen, hipertensión y edema²⁰. Este balance de sodio no se altera hasta estadios finales de la enfermedad.

- **Hiperkalemia:** es poco frecuente en estadios iniciales de la enfermedad. La excreción de potasio se mantiene hasta con un FG menor a 5 ml/min/1,73 m² por aumento de la actividad de la aldosterona sobre las nefronas funcionantes²¹. En estadios iniciales ha de tenerse en cuenta la presencia de oliguria, dietas ricas en potasio o hipoaldosteronismo.
- **Acidosis metabólica:** el equilibrio acidobásico se mantiene hasta presentar un FG de menos de 30 ml/min/1,73 m², que es cuando los mecanismos compensatorios se vuelven insuficientes²⁰. La suplementación con bicarbonato requiere una monitorización cuidadosa del estado hídrico del paciente porque el bicarbonato se administra junto al sodio.
- **Trastornos del metabolismo óseo mineral:** es una de las alteraciones más frecuentes de la ERC. Este conjunto de trastornos se relacionan con la correspondencia que existe entre los niveles de fósforo, vitamina D y calcio con respecto a la actividad de la paratiroides y la hormona paratiroidea (PTH). En fases avanzadas de la ERC, las concentraciones séricas de calcio y vitamina D activa tienden a disminuir, lo que constituye un estímulo adicional para la síntesis de PTH²⁰. Como consecuencia de todo ello, es común la aparición de hiperparatiroidismo seguido de la inducción de alteraciones óseas importantes.
- **Hipertensión:** es una de las complicaciones más frecuentes de la ERC. Se dice que el riñón forma parte de la causa de la hipertensión y la hipertensión se toma a su vez como causa de la nefropatía crónica y la insuficiencia renal⁹. Los fenómenos de hiperfiltración y glomerulosclerosis que provoca el aumento de la presión capilar glomerular capilar a causa de la hipertensión arterial favorecen la progresión de la ERC²⁰. Tratar esta complicación permite reducir tanto la progresión de la ERC como el riesgo cardiovascular.
- **Anemia:** en la mayoría de los pacientes se presenta como normocítica normocrómica y se debe principalmente a una reducción de eritropoyetina (EPO) por parte del riñón. Comienza a desarrollarse desde estadios iniciales de la enfermedad y está presente prácticamente en todos los pacientes con uremia avanzada²⁰.
- **Dislipemia:** el metabolismo lipídico se encuentra típicamente alterado en pacientes con ERC²⁰. Este aspecto también cobra importancia por presentar estrecha relación con el riesgo de episodios cardiovasculares. El principal hallazgo es un exceso de la concentración sérica de triglicéridos, así como de las lipoproteínas de baja densidad (VLDL) como un descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL)²⁰.
- **Disfunción sexual:** es frecuente sobre todo en pacientes en situación avanzada de ERC. Los síntomas más habituales son la disfunción eréctil, descenso de la libido en hombres y alteraciones en la menstruación y la fertilidad en mujeres.

4.1.5 Consenso de criterios y derivación a nefrología

Una detección precoz de la ERC en estadios iniciales permite la aplicación de un abordaje integral de la propia enfermedad a fin de evitar su progresión e incluso favorecer la regresión en estadios iniciales. La colaboración entre los distintos colectivos médicos,

desde la AP hasta la atención especializada (AE), permite la creación de una serie de criterios unificados necesarios para un manejo adecuado del paciente con ERC.

La existencia de factores de riesgo estrechamente relacionados con la ERC de los que se realizan seguimientos protocolizados desde AP hace que en este nivel de atención se tenga una posición privilegiada para prevenir la progresión de la enfermedad¹³. El ámbito de la AP supone la presencia de numerosas circunstancias que pueden llegar a resultar confusas en relación al manejo de la ERC y las diferentes relaciones existentes entre diversas patologías y la propia enfermedad renal.

Así, la puesta en marcha de un Documento de Consenso sobre la ERC posibilita la coordinación y unificación de criterios para un abordaje íntegro de la propia enfermedad siguiendo un modelo continuado de cuidados. Partiendo de esta premisa, en el año 2007 la SEN y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) dirigieron la creación de un documento de estas características en el que se recogían, entre otras, recomendaciones de derivación que afectan a la ERCA¹⁹.

La relevancia de un documento de tales características ha permitido que 7 años después, en el año 2014, se coordinase de nuevo la elaboración de un documento de consenso revisado y actualizado en base a las nuevas prácticas clínicas²². En esta recopilación de recomendaciones se manifiestan claramente los criterios de derivación al servicio de nefrología en función del estadio de ERC, la velocidad de progresión de la insuficiencia renal, el grado de albuminuria, la presencia de signos de alarma, la comorbilidad asociada y la situación funcional del paciente^{19,22}. Así, se recoge dicho algoritmo de derivación a Nefrología en el Anexo I.

A pesar de existir este algoritmo de derivación citado, no existe una uniformidad entre los sistemas de salud de diferentes países. Como resultado de ello no se ha adoptado unas directrices universales al respecto. Sin embargo, el criterio que sí que parece presentar homogeneidad a la hora de derivar a Nefrología es el del descenso estimado del FG por debajo de los 30 ml/min/1,73 m². Se ha demostrado que pacientes en este rango de FG estimado presentan un alto riesgo de progresión hacia ERC en últimos estadios. De hecho, una derivación tardía a Nefrología se asocia con mayor mortalidad tras la iniciación del proceso de diálisis¹⁶.

4.2 Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

Tomando como referencia la clasificación propuesta por la *Kidney Disease: Outcome Quality Initiative* (K/DOQI)⁶ ya comentada, podría definirse la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) como aquella que cursa con un descenso grave del filtrado glomerular (FG < 30 ml/min/1,73 m²). De esta manera, los estadios 4 – 5 estarían considerados como ERCA.

Se ha propuesto un modelo conceptual²³ de ERC en el que, siguiendo con la idea de continuidad, se postulan las siguientes recomendaciones acerca de la enfermedad:

- Detección precoz y clasificación del daño renal: sobre los pacientes con aumento del riesgo, mediante la estimación del FG y la albuminuria.
- Diagnóstico, tratamiento, criterios de interconsulta, derivación y seguimiento de la ERC por el nivel/especialista adecuado.
- Control de la progresión y de las complicaciones: eventos cardiovasculares, anemia, acidosis, hiperparatiroidismo y desnutrición.

En base a estas recomendaciones se distinguen una serie de factores de riesgo²² específicos de la ERC en función del grado de implicación que tienen los mismos sobre la propia enfermedad y las diferentes fases que ocupa. Una versión extendida de estos factores de riesgo se presenta en el Anexo II. A continuación (Tabla 2) se muestra de forma resumida aquellos factores relacionados con la tercera y última de estas recomendaciones:

Tabla 2. Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)²².

Factores de progresión	Factores de estadio final
<ul style="list-style-type: none">· Proteinuria persistente· Hipertensión arterial mal controlada· Diabetes mal controlada· Tabaquismo· Dislipemia· Anemia· Enfermedad cardiovascular asociada· Obesidad	<ul style="list-style-type: none">· Dosis baja de diálisis (Kt/V)· Acceso vascular temporal para diálisis· Anemia· Hipoalbuminemia· Derivación tardía a Nefrología

Fuente: Modificado desde “Martínez A, Górriz JL, Bover J, Segura J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014;34(2):243-262”.

De esta manera, nos encontramos con una serie de factores de progresión, responsables de aumentar el daño renal y como consecuencia de ello acelerar el deterioro funcional renal. Son indicadores a tener en cuenta en todos los estadios posibles de ERC, pero sobre todo en aquellos pacientes con daño renal ya establecido previamente por la rápida evolución que pueden presentar. Destacar también la presencia de otros factores como son los genéticos²⁴, que contribuyen a una acelerada progresión de la ERC.

Por otra parte, la valoración de los factores de estadio final estaría indicada en pacientes con diagnóstico ERCA ya establecido en estadios 4 – 5.

4.2.1 Progresión hacia la ERCA

Como ya se ha comentado anteriormente¹³, la ERC presenta una serie de factores de riesgo que permiten conocer la posibilidad existente de desarrollar la propia enfermedad y el consecuente deterioro de la función renal. A su vez, se ha definido una concisa clasificación en base a unas categorías bien definidas a partir de los rangos del FG⁸. A pesar de ello, a día de hoy no existe ningún modelo predictivo validado que permita conocer de manera prospectiva la progresión de la ERC hacia estadios avanzados. Lo que sí que se ha definido hasta ahora han sido los siguientes criterios para identificar pacientes que presentan un patente estado de progresión de la enfermedad²³:

- Progresión a una categoría superior o más grave deterioro de la función renal (estadio 1 – 5), o de albuminuria (en cualquiera de sus rangos).
- Descenso del FG mayor de 5 ml/min/1,73 m² por año o mayor de 10 ml/min/1,73 m² en cinco años.
- Cuando sobre el valor basal o previo se observa un descenso del FG mayor o igual del 25% o incremento del cociente albúmina/creatinina también mayor o igual del 50%.
- Hematuria no urológica persistente con proteinuria.

Si bien se han realizado aproximaciones a un modelo predictivo de la progresión con base en un estudio realizado en Canadá²⁵ con pacientes en estadios 3 – 5, se ha concluido que es necesario confirmar los resultados²⁶. De esta manera, la puesta en marcha de estudios de similares características en diferentes muestras permitiría una aplicación práctica para evaluar su utilidad.

La creación de un modelo predictivo del riesgo de desarrollar insuficiencia renal como el propuesto en el estudio citado facilitaría la toma de decisiones en base a las opciones terapéuticas que se ofertan en este tipo de situaciones.

La falta de este tipo de instrumentos predictivos acerca de la progresión de la ERC implica posibles retrasos en la aplicación de los tratamientos necesarios en aquellos pacientes con una progresión definida o la aplicación de los mismos en situaciones innecesarias. A su vez, complica en gran medida la previsión de síntomas asociados a los estadios finales de la enfermedad²⁵.

4.2.2 Complicaciones de la ERCA

Durante la aproximación a estadios avanzados de la ERC en los que la función renal comienza a deteriorarse de manera significativa aparecen signos y síntomas relacionados con la uremia. A continuación se muestran las complicaciones más frecuentes en pacientes con una disfunción renal severa⁴:

- Malnutrición: siendo la anorexia, las náuseas y los vómitos complicaciones que se presentan más frecuentemente en la uremia avanzada²⁰, resulta de gran importancia la monitorización nutricional de estos pacientes por el deterioro de la calidad de vida que todo ello supone. Por otra parte, la dieta recomendada para los pacientes con ERC se basa en bajos niveles de proteínas, lo cual confronta con la idea de una nutrición adecuada.
- Sangrado urémico: se explica por la disfunción plaquetaria adquirida por acumulación de toxinas urémicas²⁰.

- Pericarditis: fiebre, dolor torácico pleurítico y el frote pericárdico son las presentaciones más frecuentes de pericarditis urémica.
- Encefalopatía urémica: supone una complicación de la uremia avanzada caracterizada por la presencia de insomnio, incapacidad para concentrarse, alteraciones de la memoria, confusión y más presentaciones que si no se tratan pueden derivar a coma, convulsiones generalizadas e incluso la muerte²⁰.
- Disfunción tiroidea: la actividad normal del riñón se caracteriza por presentar un papel activo en el metabolismo, degradación y excreción de numerosas hormonas tiroideas. Aunque el perfil tiroideo podría sugerir un hipotiroidismo relativo, la normalidad de los niveles de T4 libre, TSH y metabolismo basal indica que la mayoría de estos pacientes son eutiroideos²⁰.

4.2.3 Toma de decisiones en la terapéutica de ERCA

En la elección del tratamiento para aquellos pacientes que llegan en una situación avanzada de ERC no existe un tratamiento único. Esto es, es necesario tomar en consideración diferentes variables que permitan alcanzar un equilibrio entre los beneficios obtenidos y posibles inconvenientes que suponen ciertas opciones terapéuticas para el paciente.

Se toman como referencia las siguientes tres etapas críticas en todo el proceso que engloba la elección del tipo de TSR²⁷:

- 1) Detección de la enfermedad.
- 2) Proceso de información.
- 3) Elección de la modalidad de diálisis.

Resulta fundamental para la planificación anticipada del tratamiento la derivación temprana a una Unidad de Nefrología, teniendo como primer objetivo en la misma el de evaluar y tratar de retrasar la progresión de la enfermedad, así como de prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERC²⁰.

La toma de decisiones acerca de las posibilidades terapéuticas requiere de una evaluación previa de los conocimientos acerca de la enfermedad que presentan tanto por parte del paciente afectado como de la familia. Así, en base a esta evaluación inicial se podrá informar sobre la supervivencia y el pronóstico esperado con las diferentes modalidades terapéuticas propuestas²¹.

La oferta de los diferentes tratamientos ha de regirse por el principio de proporcionalidad terapéutica, esto es, ponderando la proporcionalidad que existe entre la confrontación de la implantación de los medios empleados con el resultado previsible. Si no se cumpliera esta proporcionalidad, las intervenciones propuestas se considerarían desproporcionadas y no se considerarían moralmente obligatorias. La aplicación de diálisis en pacientes de edades avanzadas con insuficiencia renal terminal (IRT) podría tratarse de un ejemplo de desproporcionalidad terapéutica relacionado con la ERC²⁸.

Una vez el paciente haya obtenido del profesional médico toda la información pertinente acerca de su estado y del futuro manejo planificado de la ERCA, la explicación de las modalidades incluirán todas aquellas opciones de TSR que incluso se contraíndiquen en su situación patológica en cumplimiento de la Ley reguladora de la autonomía del paciente 41/2002^{29,30} y el Convenio de Oviedo³¹.

De esta manera, la explicación de las modalidades debe incluir²⁸:

- Tipos de tratamientos dialíticos disponibles.
- No iniciar diálisis y seguir con tratamiento conservador hasta la muerte. Siendo esta situación muy problemática si no se cuenta con la ayuda del Servicio de Cuidados Paliativos.
- Probar un tiempo limitado de diálisis con el fin de evaluar la progresión clínica.
- Detener la diálisis y recibir asistencia médica hasta la muerte.
- Evaluar el pronóstico de la enfermedad renal y de las enfermedades concomitantes, la expectativa de vida y el soporte familiar.

Un estudio llevado a cabo en el primer semestre del año 2009 por la Fundación Renal ALCER España junto a la empresa Decide Research, especializada en estudios de opinión, revela los siguientes datos acerca del proceso de información acerca de la TSR²⁷:

- El 83,5% de los entrevistados iniciaron el tratamiento en hemodiálisis (HD) y el 16,5% en diálisis peritoneal (DP).
- En la detección de la enfermedad y antes de comenzar el proceso informativo, el 74% conocían la HD frente a sólo el 30% la DP.
- La consulta del nefrólogo es el espacio habitual en el que los pacientes son informados (76%) y la mayoría se dejaron aconsejar por su especialista (90%).
- El 82% de los pacientes consultados comunicó haber sido informados sobre la HD y un 21% indicó haberlo sido sobre la DP.

De estos datos, y en general del estudio, se concluye que la mayoría de los pacientes no cuentan con la información suficiente como para tomar una decisión acorde a sus necesidades, sobre todo en el caso de la DP. Así, la información acerca de la DP tan sólo se ofrece de forma detallada a aquellos pacientes a los que se les va a prescribir. Por otra parte, a medida que se incrementa la edad media del paciente, el conocimiento de las modalidades presenta un descenso progresivo²⁷. Las calificaciones globales que los pacientes asignan a la calidad de la información recibida se recogen en la Figura 1.

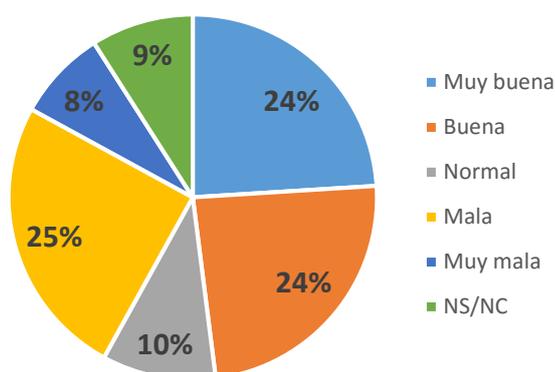


Figura 1. Calificación otorgada a la calidad de la información recibida²⁷.

Fuente: Modificado desde "Pastor JL, Julián JC. Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Nefrología 2010;1(Supl Ext 1):15-20".

En cuanto a las voluntades del paciente, se deberá promover la toma de decisiones compartida, prestando atención a las cuestiones emocionales que condicionen la determinación de las mismas²¹. De esta manera, las decisiones terapéuticas han de individualizarse, considerando diferentes preferencias personales y atendiendo las patologías asociadas, así como al pronóstico esperado basado en la elección propuesta.

4.2.4 Planificación anticipada de decisiones (PAD)

Como ya se ha comentado, a partir de lo expuesto en la Ley reguladora de la autonomía del paciente 41/2002²⁹ es posible evidenciar la importancia del derecho a la información y la documentación clínica imprescindible acerca del proceso de enfermedad que engloba la situación patológica del paciente. A pesar de ello, el cumplimiento del principio de autonomía no sólo incide en este aspecto, sino también en el proceso de decisión por parte del paciente ante actuaciones sanitarias que requieran de intervención clínica, respetando en todo momento la libre elección del mismo³².

Los procedimientos que requieren la solicitud de un consentimiento informado en una consulta ERCA se detallan a continuación³²:

- Información sobre las distintas opciones de diálisis.
- Negativa para la práctica de un tratamiento renal sustitutivo (TRS).
- Elección libre de la técnica de diálisis.
- Colocación de catéter para HD.
- Negativa para la colocación de catéter para HD.
- Colocación de catéter peritoneal.
- Negativa para la colocación de catéter peritoneal.
- Información para recibir trasplante previo a su incorporación a un programa de diálisis.

Se adjuntan en el Anexo III los consentimientos informados pertinentes para las siguientes actuaciones: elección de técnicas de diálisis, colocación de catéter para HD y colocación de catéter peritoneal³².

En casos en los que el paciente no es capaz de ejercer su derecho a la libre elección por pérdida de la capacidad necesaria para ejercer la autonomía, se presentan importantes desafíos bioéticos si éste no ha sido capaz de expresar anteriormente sus valores personales. Por lo cual, no sería posible la aplicación de una propuesta coherente de acciones según la evaluación que el paciente haría de su calidad de vida⁵.

Para la resolución de este tipo de conflictos se toma como referencia la existencia del documento de voluntades anticipadas (DVA), conocido en la legislación estatal como directrices previas⁵, el cual supone la manifestación de forma anticipada de los deseos a respetar por parte del personal sanitario en cuanto a la asistencia sanitaria del paciente en cuestión de situaciones que le impidan comunicar su voluntad.

La elaboración de una encuesta por el Grupo de Ética y Nefrología de la SEN permitió conocer la opinión de los pacientes en programa de diálisis sobre el DVA y otras situaciones relacionadas con el fin de vida³³. De esta manera, los resultados obtenidos reflejaron que, a pesar de que un porcentaje elevado de pacientes (65%) no deseaban continuar en diálisis en situaciones de coma irresoluble o estado vegetativo, tan sólo un 7,9% de los encuestados manifestaban tener un DVA. Además, el porcentaje era inferior (5,3%) en

aquellos que lo tenían formalizado ante notario o que consideraba haber manifestado su voluntad ante testigos (6,6%).

En conjunción, formularios como el consentimiento informado y el DVA corresponden a herramientas destinadas a conformar la planificación anticipada de decisiones (PAD). También conocida como *advance care planning* o planificación anticipada de cuidados, la PAD se constituye como un pilar fundamental de la atención al paciente con ERC progresiva en estadios avanzados.

La planificación de cuidados en relación a la aplicación de cualquier tratamiento dialítico, junto con la elaboración del DVA, se indica particularmente en las siguientes situaciones clínicas³⁴:

- Pacientes con una expectativa de vida menor a 60 días que se deba a una enfermedad terminal que no sea posible revertir mediante diálisis. No sería apropiado iniciar diálisis en pacientes con cáncer metastásico.
- Aquellos pacientes que padezcan estadios avanzados de enfermedades que afecten al pulmón, hígado o corazón que estén confinados en cama o sillón y que necesiten asistencia para las actividades básicas de la vida diaria.

4.2.5 Opciones terapéuticas en ERCA

Las distintas modalidades terapéuticas en los estadios avanzados de la ERC se fundamentan principalmente en proveer una sustitución de la sustitución renal, de ahí el nombre de las TSR. A pesar de poseer un objetivo común, dichas opciones mantienen marcadas diferencias en cuanto a su aplicación.

Por una parte, se presenta como primera opción de elección el trasplante renal de donante vivo o fallecido. La preferencia por esta opción se discute como la más indicada para la mayoría de pacientes por aportar una mejora de la calidad de vida y una reducción de la mortalidad en comparación con el mantenimiento de otras técnicas⁴. De hecho, en España se sitúa como la modalidad que menos mortalidad presenta, con aproximadamente un 14% en todos los grupos de edad (15 – más de 75 años)³⁵.

Por otra parte, la HD se presenta como el tratamiento dialítico más prevalente en el año 2014 (42,6%)³⁵. A pesar de ello, se detecta que la prescripción de HD se realiza, en muchos casos, de manera automática y no argumentada en 4 de cada 10 pacientes²⁷. Necesitando de un acceso vascular estable puede ser valorada su aplicación en base a las diferentes complicaciones que presenta y los beneficios que aporta⁴.

A su vez, la DP supone la modalidad que menos prevalencia muestra entre las posibilidades dialíticas, siendo del 5,5% en el año 2014³⁵. A pesar de ser la opción más fisiológica, supone el tratamiento más difícil de entender y menos valorado por los propios pacientes²⁷.

Por último, también existen los llamados cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales, así como el manejo conservador de los estadios más avanzados de la ERC. En cuanto a este último, el manejo conservador se oferta a aquellos pacientes que no puedan beneficiarse de la diálisis o aquellos que antepongan la calidad de vida frente a la cantidad de años vividos³⁶. Por otra parte, los cuidados paliativos renales ofrecen una atención multidisciplinar destinada al cuidado activo de los pacientes y las familias, incluyendo el control de síntomas tanto físicos como psicológicos, así como al abordaje de cuestiones como el cuidado al final de la vida y el duelo^{14,37}.

4.2.6 Elección de modalidad terapéutica en ERCA

La estrategia de selección de tratamiento que se sigue en los pacientes con ERC se basa en un modelo integrado en el que el paciente elige la técnica inicial, pero que contempla cambios entre las distintas modalidades terapéuticas si es preciso³⁸. Esto requiere una detección precoz de las necesidades de cada paciente que permita iniciar cualquier tratamiento dialítico en el momento óptimo con el fin de asegurar una buena disponibilidad ante el posible trasplante renal⁴.

Se toman como indicación recomendada de inicio de procedimientos dialíticos aquellos pacientes en los que se haya alcanzado un FG menor de 15 ml/min/1,73 m² y por tanto se encuentren en situación de IRT. A su vez, en caso de descenso del FG por debajo de los 6 ml/min/1,73 m² se considera mandatorio el inicio de la diálisis incluso en ausencia de sintomatología urémica²². Sin embargo, la aplicación de este tipo de tratamientos no siempre es posible. De esta manera, la no elección o retirada del tratamiento dialítico puede llegar a generar conflictos. En la Tabla 3 se especifican los criterios que contraindican la aplicación o continuación de esta modalidad terapéutica.

Tabla 3. Criterios de no diálisis²⁸.

<ul style="list-style-type: none">· Demencia grave e irreversible· Situaciones de inconsciencia permanente· Decisiones anticipadas· Tumores con metástasis avanzadas	<ul style="list-style-type: none">· Enfermedad terminal de otro órgano trasplantable· Incapacidades graves: físicas y/o mentales
---	---

Fuente: Modificado desde "Sarrias X, Bardón E, Vila ML. El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica. Nefrología 2008;28(3):119-122".

Sumado a ello, existe evidencia³⁹ de la aparición de una sintomatología asociada a las técnicas de diálisis que pone de manifiesto una reducción considerable de la calidad de vida del paciente (reflejado en la Tabla 4). Si bien la mayoría de pacientes aprecian el hecho de estar incluidos en un programa de diálisis y no se arrepienten de haber iniciado el tratamiento, sólo un 18,85% de los pacientes encuestados volverían a iniciarlo en caso de que fuese necesario. Por el contrario, un alto porcentaje (72,95%) lo rechazaría bajo cualquier circunstancia³³.

Tabla 4. Prevalencia de síntomas ERCA. Hemodiálisis y diálisis peritoneal³⁹.

Síntomas	Cansancio	Prurito	Estreñimiento	Anorexia	Dolor
Prevalencia media %	71	55	53	49	47
Rango de prevalencia %	12-97	10-77	8-57	25-61	8-82

Fuente: Modificado desde "Gutiérrez D, Leiva JP, Sánchez R, Gómez R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol 2015;18(3):228-236".

La decisión de rechazo o contraindicación absoluta de los tratamientos dialíticos se propone como un reto ante los profesionales de la salud. La elección del propio paciente de promover su calidad de vida frente a los años potenciales de vida es totalmente respetable desde el marco conceptual de la ERC. Por otra parte, no es éticamente posible abandonar el cuidado del paciente por este tipo de decisiones, siendo necesario la puesta en marcha de un proceso de transición entre la situación clínica actual del paciente y la progresión que desarrollará sin un método de remplazo de la función renal.

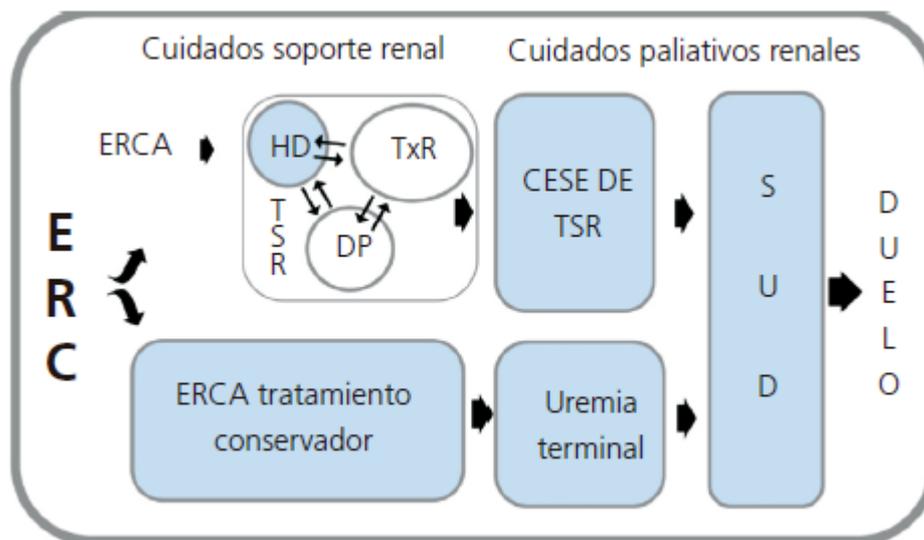
4.3 Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales

Como consecuencia del rechazo a iniciar el tratamiento renal sustitutivo por parte de los pacientes, así como contraindicaciones de los tratamientos dialíticos, surge la necesidad de aplicar cuidados de soporte y paliativos en los pacientes renales. Se plantea un modelo de organización¹⁴ que toma como referencia al paciente con ERC en estadio 5 que llega a una situación clínica no tratable por los medios disponibles de remplazo de la función renal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los cuidados paliativos como aquellos que “mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”⁴⁰.

Con ello, se propone el siguiente diagrama que representa el modelo propuesto para la aplicación de cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales, en el que se toman en cuenta tanto la situación de últimos días (SUD) como el duelo (Figura 2)¹⁴. La aplicación de los cuidados paliativos se centran no sólo en los últimos días del paciente, si no progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades del paciente y la familia²³.

Figura 2. Modelo propuesto para la aplicación de cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales¹⁴.



Fuente: Extraído de: “Leiva JP, Sánchez R, García H, Fernández MJ, Heras M, Molina Á, et al. Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. Nefrología 2012;31(1):20-27”.

En cuanto a los pacientes subsidiarios de la aplicación de unos cuidados basados en este modelo, se amplía el concepto de inclusión y se superponen los criterios clínicos y psicológicos del paciente a los analíticos. Siendo de esta manera posible que pacientes con injerto renal funcionando con un FG de 60 ml/min/1,73 m² y dolores osteomusculares se beneficien de esta atención integral¹⁴. Esto se complementa con la idea de que retrasar los

cuidados paliativos hasta que el paciente alcanza un FG inferior a 5 – 10 ml/min/1,73 m² se traduce en una reducción exponencial de la supervivencia y calidad de vida⁴¹.

Es importante recalcar el hecho de que no aplicar técnicas de diálisis, o incluso su retirada, no se toma como una opción “sin tratamiento” si no que ello se transforma en una atención continuada de la ERC. Esta atención continuada se fundamenta en la aplicación de un tratamiento conservador en estas personas con el fin de prolongar al máximo posible la función renal residual (FRR) y retrasar al máximo posible los síntomas característicos de la uremia terminal³⁶.

Se ha evidenciado en distintos estudios⁴² la existencia de una serie de características en el paciente con ERCA que adjudicaría un mal pronóstico si al menos dos de ellas estarían presentes:

- Edad mayor de 75 años.
- Alta comorbilidad.
- Limitación funcional marcada.
- Malnutrición crónica severa.

Es por ello que los pacientes con estas características debieran ser informados de que la diálisis no confiere mayor sobrevida o mejoría de la condición funcional, siendo posible la aparición de un empeoramiento de la calidad de vida en comparación a la aplicación del tratamiento conservador sin diálisis⁴². De hecho, datos estadísticos según modalidad terapéutica indican que a partir de los 75 años existe un aumento de la mortalidad en cualquier tipo de TSR, siendo en HD del 21,73% y en DP del 20%³⁵.

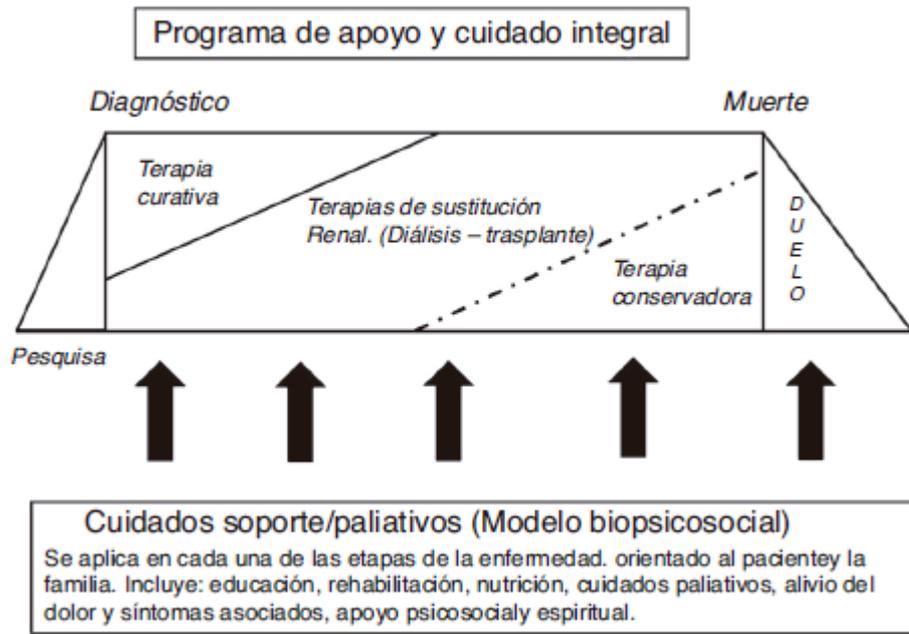
En el tratamiento conservador, se propone individualizar el grado de aplicación de los tratamientos destinados a disminuir la progresión de la ERC y prolongar la vida siempre que sea posible y adecuado. Así, esta individualización depende del pronóstico esperado, la calidad de vida y si el paciente desea prolongar su vida³⁶. Aunque también existe la posibilidad de iniciar tratamiento conservador en conjunción con un tratamiento de prueba, para decidir si en un futuro próximo se desean aplicar cuidados paliativos³³.

En cuanto a una comparación de prevalencia de síntomas en pacientes con elección de manejo conservador de la enfermedad renal frente a la TSR, se ha evidenciado que aquellos que escogen íntegramente la opción única de TSR presentan mayor número de ingresos hospitalarios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos agresivos y que disminuyen el número de días libres de hospital³⁹.

De esta manera, como ya se ha comentado, el modelo organizativo que se toma como referencia en la ERC se trata de un abordaje dinámico y nunca estático de las posibilidades que se le ofrecen al paciente. Es por ello que se haya consensado que tanto el tratamiento de soporte como los cuidados paliativos renales se oferten desde el diagnóstico de la enfermedad, durante las distintas etapas de TSR, en su cese y también si se decide tratamiento conservador o no inicio de TSR²³.

El siguiente diagrama (Figura 3) representa el modelo Sheffield, el cual aporta desde un enfoque biopsicosocial la aplicación de estos cuidados de soporte desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el exitus y posterior duelo⁴².

Figura 3. Modelo Sheffield de cuidados de soporte⁴².



Fuente: Extraído de: “Zúñiga C. Cuidados de soporte/paliativos en diálisis. ¿Por qué, cuándo y cómo? Dial Traspl 2014;35(1):20-26” a partir de “Ahmedzai et al.”.

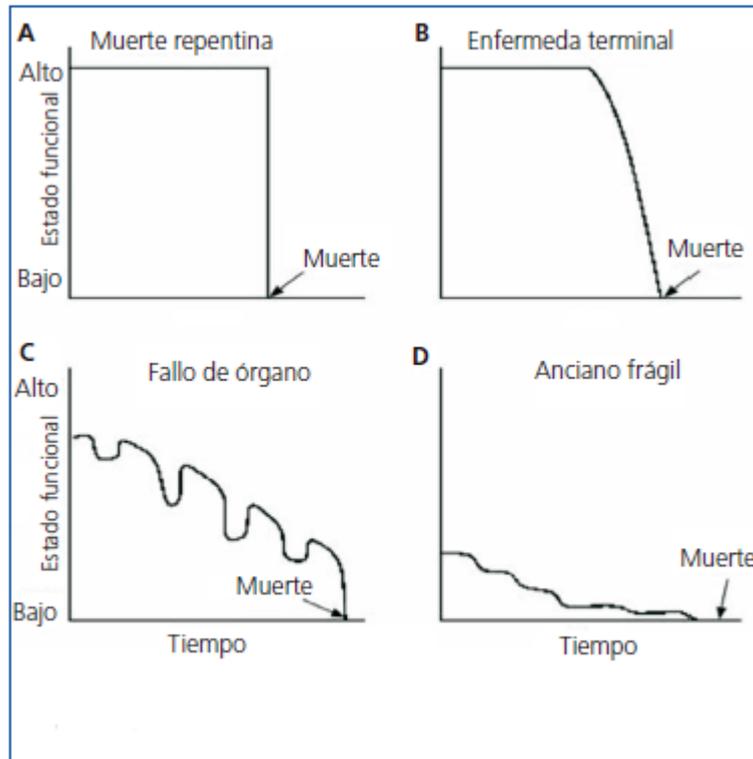
Como cualquier otro modelo, el modelo aquí expuesto no es posible extrapolarlo a todo tipo de situaciones clínicas, si bien se acerca de manera aproximada a las recomendaciones globales que se objetivan como necesarias en este tipo de pacientes, no se debe de caer en el error de sistematizar estos cuidados y abandonar la individualización.

La mayoría de estudios realizados con programas de cuidados soporte y paliativos se centran en el paciente oncológico en situación clínica de enfermedad terminal y se centran sobre todo en los últimos 6 meses de vida por presentar la mayoría de dolencias y malestares de la enfermedad. Si bien no existen publicaciones respecto a pacientes crónicos no oncológicos que valoren este aspecto, se sabe que la calidad de vida de los pacientes con ERC se ve afectada desde estadios iniciales y progresa de manera muy heterogénea. Así, se vería justificada la aplicación de los modelos propuestos en pacientes con patología renal⁴², incluso durante la TSR o el manejo conservador por la prevalencia de sintomatología existente³⁹.

Por otra parte, las diferentes trayectorias de la enfermedad merecen ser tenidas en cuenta tanto para los pacientes con ERCA y sus familias como para realizar una planificación adecuada de los cuidados al final de la vida por parte de los profesionales. Se distinguen cuatro trayectorias diferentes de enfermedad¹⁴, las cuales se encuentran representadas en la figura 4.

Una de las principales razones por las que no existen programas asistenciales consensuados de cuidados paliativos referente a enfermedades no oncológicas es la diferencia existente entre la fluctuación clínica que presentan³⁹. Con lo que nos encontramos desde presentaciones típicas del paciente oncológico (figura 4B), hasta patrones fluctuantes por fallo de órgano y SIDA (figura 4C). Cabe destacar la presencia del patrón de anciano frágil (figura 4D), el cual consiste en una disminución gradual de la función previa a la muerte¹⁴.

Figura 4. Trayectorias típicas de enfermedad, identificadas en diferentes pacientes¹⁴.



Fuente: Extraído de: “Leiva JP, Sánchez R, García H, Fernández MJ, Heras M, Molina Á, et al. Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. Nefrología 2012;31(1):20-27” a partir de “Lunney et al.”.

La particularidad del anciano frágil como participante de programas de diálisis es uno de los desafíos más importantes en el ámbito nefrológico. La mayoría de las personas ancianas presentan múltiples comorbilidades y obtienen mínimos beneficios del tratamiento de diálisis en comparación con otros pacientes en iguales condiciones clínicas en tratamiento conservador⁴². La inclusión en programas de cuidados paliativos permite un mejor manejo de la uremia terminal con posibilidades de facilitar el bienestar del paciente en el domicilio²².

4.4 Enfermería en la consulta de ERCA

El desarrollo de la consulta de ERCA se sitúa en la década de los 90 con desigual participación enfermera³⁰. Se trata de unidades multidisciplinarias especializadas que tratan a los pacientes con ERC en estadio 4 – 5. Estando recomendada por el ministerio de Sanidad y las Sociedades Científicas, la consulta de enfermería en ERCA constituye uno de los recursos imprescindibles para alcanzar el abordaje integral del paciente.

Se evidencia la necesidad de este tipo de consultas por la capacidad del personal de enfermería para valorar la influencia que ejerce el comportamiento del paciente ante la aparición de la ERC en sus vidas². En diagnósticos iniciales de una enfermedad crónica como lo es la ERC es posible que el manejo de estos pacientes sea ineficiente desde el principio. Es por ello que se debe promover desde este tipo de consultas la autonomía del propio paciente para autogestionar en la medida de lo posible su propio proceso de enfermedad.

La inclusión del personal de enfermería en este tipo de consultas ha evidenciado la delimitación de dos funciones destinadas al paciente y la familia³⁰:

- Realización de prevención, promoción y rehabilitación de la salud a personas de una forma integral. Poniendo de manifiesto la participación activa del usuario, potenciando el autocuidado y la independencia dentro de un abordaje multidisciplinar.
- Atención a la persona o familia en un espacio de tiempo determinado, en el que solicitan sus servicios para la resolución de un problema de salud en el ámbito de sus competencias y funciones.

En cuanto al propio proceso patológico de la ERCA desde enfermería se promueven las decisiones que retrasen la progresión de la ERC con el fin de mantener la FRR en valores óptimos y evitar una uremia terminal precoz^{30,43}. Sumado a ello, el manejo de complicaciones relacionadas con el proceso y educación proactiva acerca de la ERCA y su manejo.

Si bien el personal de enfermería se dedica a participar en actividades relacionadas con todo lo relacionado con el proceso patológico de la ERC con unos objetivos específicos y bien definidos, también se cuenta con un equipo multidisciplinar que permite el abordaje de distintos aspectos del paciente⁴⁴.

De esta manera, en pacientes con ERCA es posible encontrar sintomatología no sólo física sino también emocional, siendo los más prevalentes de esta última esfera la ansiedad y depresión asociadas a mayores niveles de síntomas somáticos³⁹. Con ello, la presencia de la figura del psicólogo en las consultas de enfermería de ERCA resulta esencial como apoyo a las intervenciones dirigidas a todos aquellos procesos que engloban la comunicación y el apoyo emocional con el paciente⁴³.

A pesar de que en la literatura no se ha extendido el concepto de la enfermería en los cuidados paliativos renales, resulta de importancia un análisis crítico sobre el tema. Existiendo la posibilidad de realizar una exploración de los valores y estilo de vida del paciente para la toma de decisiones compartida desde enfermería, podría planificarse de forma anticipada una estrategia de actuación para pacientes que presenten potenciales conflictos éticos. Si bien la creación de una unidad de cuidados paliativos resultaría la solución ideal, se considera que la formación de un equipo de nefrología multidisciplinar en cuidados de soporte y paliativos renales es la alternativa más económica¹⁴.

5. DISCUSIÓN

Para la discusión del tema tratado conviene recordar que la ERC se plantea como una enfermedad crónica cada vez de mayor interés clínico por parte de los profesionales sanitarios. Siendo una de las enfermedades condicionantes para la aparición de otro tipo de patologías crónicas con mucho más peso clínico y viceversa, supone un error el hecho de menospreciar dicha relación y no considerarla un problema de salud pública^{2,3}.

Las clasificaciones que se aportan en las guías de práctica clínica^{6,7}, así como las sucesivas modificaciones y revisiones por parte de las diferentes sociedades y autores reconocidos^{8,15,17,19}, permiten establecer una aproximación al pronóstico de progresión de la enfermedad. A pesar de ello, no es posible establecer una correspondencia clara entre la situación clínica de los pacientes y el grado de actuación en los diferentes estadios.

En muchas de las publicaciones revisadas la clasificación de la ERC se reduce a una exposición de parámetros analíticos (FG y albuminuria en algunos casos) sin llegar a interrelacionarlos ni con el riesgo de complicaciones ni con la monitorización/derivación especificada en cada caso como sí que expone Gorostidi, et al⁸. La unificación de criterios en cuanto a esta clasificación extendida permitiría por parte de AP manejar adecuadamente la enfermedad desde estadios iniciales.

La progresión que presenta la ERC puede ser considerada como heterogénea en la mayoría de los pacientes. Esto se debe principalmente a que se trata de una enfermedad silente que requiere de una detección precoz desde las consultas de AP^{4,13}. A pesar de ello, su progresión deriva a estadios avanzados de la enfermedad (ERCA) en los que se plantean diferentes alternativas terapéuticas.

Es posible el acceso a terapias como la HD, DP o el trasplante renal, siendo este último el de elección en la mayoría de las ocasiones. La complejidad que presenta la aplicación de las diferentes modalidades terapéuticas en la ERCA reside en la variabilidad de situaciones clínicas posibles. Siendo perfectamente posible el rechazo a la inclusión en programas de este tipo, se superpone el derecho del paciente a decidir sobre su situación clínica.

Queda constancia por regulación legislativa^{29,30} que es el paciente quien ha de tomar la decisión en base al principio de autonomía. Así, se evidencia la importancia del proceso de información en este tipo de decisiones, siendo requisito indispensable para su aplicación que el paciente haya sido previamente informado adecuadamente de todas las alternativas posibles. Sin embargo, destaca el desconocimiento existente acerca de las distintas modalidades terapéuticas entre los pacientes renales. Pastor, et al.²⁷ comenta al respecto que existen carencias en cuanto al proceso de información, sobre todo acerca de la DP frente a la HD.

A su vez, a diferencia del anecdótico registro en otras enfermedades crónicas y avanzadas⁵, la expresión de la PAD en las unidades de Nefrología sí que es tomada en consideración. Manifestándose como un elemento importante para resolución de conflictos posteriores a la incapacidad para manifestar las voluntades de uno mismo, resulta llamativo que no exista protocolizado en las unidades de Nefrología la creación de documentos como el de voluntades anticipadas. Según Sánchez-Tomero, et al.³³, sólo un 5,3% de los pacientes tenía formalizado un DVA ante notario, lo cual supone un porcentaje muy bajo tratándose de pacientes crónicos y siendo la PAD un pilar fundamental de la consulta de ERCA.

Por otra parte, la elección de la modalidad terapéutica se ve sesgada por lo comentado anteriormente en cuanto al proceso de información. Según Pastor, et al.²⁷, la prescripción de HD se realiza en muchos casos (4 de cada 10) de manera automática y no argumentada sin dejar posibilidad al paciente de elección asignando esta modalidad como única alternativa.

Este hecho puede llegar a ser la causa de que un alto porcentaje (72,95%) llegase a rechazar reiniciar el procedimiento dialítico bajo cualquier circunstancia posible³³. La cuestión radica en la pérdida de calidad de vida percibida por estos pacientes en situación de TSR. Si bien es sabido que es posible anteponer la calidad de vida frente a la cantidad de años vividos, se persigue la implantación de un modelo de cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales^{14,23,42}.

Teniendo en cuenta que la mayoría de modelos de cuidados paliativos se centran en la disciplina de oncología, resulta un verdadero reto conseguir su implantación de manera adecuada a una unidad de Nefrología. Se plantea además la creación de unidades de cuidados paliativos, pero se considera que una opción más económica pasaría a ser la de integrar en el propio equipo multidisciplinar de la unidad de Nefrología esta preparación¹⁴. Esta idea es de las más factibles teniendo en cuenta que desde la consulta de Nefrología ya se cuenta con un equipo debidamente formado en otras cuestiones relacionadas con el fin de vida.

En cuanto a la consulta de ERCA, en las publicaciones revisadas no se han encontrado referencias explícitas acerca de la enfermería en cuidados paliativos renales. A pesar de ello, el funcionamiento de la consulta y el papel de la enfermería sí que están debidamente documentados.

6. CONCLUSIONES

En vista de la información obtenida en la búsqueda bibliográfica realizada, se pueden obtener una serie de conclusiones destinadas a la mejora de la atención a aquellos pacientes en estadios avanzados de la ERC y al esclarecimiento de algunos retos éticos que plantean diversas decisiones.

- En cuanto a los procesos de información, debería de tratarse de un procedimiento regularizado y motivado en beneficio del paciente.
- A falta de que se realicen estudios más profundos acerca de esta temática, se objetiva una falta de información en los pacientes cuyo tratamiento pertenece a modalidades dialíticas, lo cual repercute en situaciones de toma de decisiones.
- Debido a los potenciales conflictos éticos que se pueden generar en situaciones de fin de vida en este tipo de pacientes, tanto la inclusión como la negativa a ello en programas de diálisis deberían de estar precedidas de la creación de un DVA. Se sabe que se toma en consideración la PAD en las unidades de Nefrología, pero a pesar de ello considero que la protocolización de este procedimiento podría resolver futuros confrontamientos éticos.
- Considero un acierto el hecho de promover en las unidades de ERCA la presencia de formación como enfermera nefrológica y que se disponga de un espacio propio destinado únicamente al paciente nefrológico en estadios avanzados.
- Valoro como escasa la implantación de programas que acerquen los cuidados paliativos a una unidad de Nefrología. Por otra parte, la inclusión de un equipo multidisciplinar ya establecido en estas unidades permite alcanzar el objetivo de la atención integral al paciente con ERC en estadio 5 no susceptible de tratamiento dialítico, por lo que considero que los modelos propuestos en la literatura no supondrían mayor esfuerzo que el de un cambio en la organización de la unidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Mayoral JM, Aragonés N, Godoy P, Sierra MJ, Cano R, González F, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gac Sanit* 2016;30(2):154-157.
2. Alconero AR, Hernández C. Gestión ineficaz de la propia salud en personas con enfermedades crónicas. *Cartas al Director / Enferm Clin* 2013;23(3):135-136.
3. Martín de Francisco AL, Aguilera L, Fuster V. Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2009;29(1):6-9.
4. Rosenberg M. Overview of the management of chronic kidney disease in adults. Feb 24, 2016; Available at: <http://www.uptodate.com>. Accessed 04/01, 2016.
5. Diestre G, González V, Collell N, Pérez F, Hernando P. Planificación anticipada de decisiones en las enfermedades crónicas avanzadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013;48(5):228-231.
6. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J kidney dis* 2002;39(1).
7. Willis K, Cheung M, Slifer S. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. *Kidney inter* 2013;3(1):1-150.
8. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014;34(3):302-316.
9. Zehnder C. Riñón e Hipertensión. *Rev Med Clin Condes* 2005;16(2):110-116.
10. de francisco ALM, De la Cruz JJ, Cases A, de la Figuera M, Egocheaga MI, Górriz JL, et al. Prevalencia de insuficiencia renal en Centros de Atención Primaria en España: Estudio EROCAP. *Nefrología* 2007;27(3):300-312.
11. Otero A, de francisco ALM, Gayoso P, García F. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España: Resultados del estudio EPIRCE. *Nefrología* 2010;30(1):78-86.
12. Obrador GT, Pereira BJG. Epidemiology of chronic kidney disease. Jan 23, 2015; Available at: <http://www.uptodate.com>. Accessed 04/01, 2016.
13. Canel O, Greco G, Weisman C, Procupet A, Kaufmann R, Jaime C, et al. Hacia un abordaje integral de la Enfermedad Renal Crónica. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2013;10(1):51-55.

14. Leiva JP, Sánchez R, García H, Fernández MJ, Heras M, Molina Á, et al. Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. *Nefrología* 2012;31(1):20-27.
15. Bonet JA, Gosalbes V, Beroiz A. Enfermedad renal crónica. Definición y clasificación. *FMC Form Med Contin Aten Prim* 2009;16(Protocolo 4):5-5.
16. Levey AS, Inker LA. Definition and staging of chronic kidney disease in adults. Feb 25, 2016; Available at: <http://www.uptodate.com>. Accessed 04/01, 2016.
17. Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2004;24(6):27-34.
18. Flores JC, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C, et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Rev Méd Chile* 2009;137:137-177.
19. Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González E, Álvarez F, et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008;28(3):273-282.
20. Obrador GT. Enfermedad renal crónica. En: Farreras P., Rozman C. *Medicina Interna*. 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 817-819.
21. Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut). Guía para el tratamiento conservador en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). Capítulo 6 - Tratamiento de las complicaciones secundarias a la enfermedad renal. 2015:22-38.
22. Martínez A, Górriz JL, Bover J, Segura J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014;34(2):243-262.
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje de Cronicidad en el SNS. Capítulo 5 - Líneas principales del proceso asistencial integrado de la ERC prevención y detección precoz. 2015:13-14.
24. L. Bakris G, P. Forman J. Secondary factors and progression of chronic kidney disease. Jan 21, 2016; Available at: <http://www.uptodate.com>. Accessed 04/01, 2016.
25. Tangri N, Stevens LA, Griffith J, Tighiouart H, Djurdjev O, Naimark D, et al. A Predictive Model for Progression of Chronic Kidney Disease to Kidney Failure. *JAMA* 2011;305(15):1553-1559.
26. Hernández Y, Barrio V. ¿Se puede predecir la progresión de la enfermedad renal crónica con unos datos básicos demográficos y de laboratorio? *Nefrología* 2011;2:29-33.

27. Pastor JL, Julián JC. Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nefrología* 2010;1(Supl Ext 1):15-20.
28. Sarrías X, Bardón E, Vila ML. El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica. *Nefrología* 2008;28(3):119-122.
29. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 274, 15 de Noviembre de 2002.
30. Bardón E, Marti A, Vila ML. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrología* 2008;28(3):53-56.
31. España. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Convenio de Oviedo. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 251, 20 de Octubre de 1999.
32. Remón R, González E, Martínez A. Consentimiento informado. *Nefrología* 2008;28(3):113-118.
33. Sánchez-Tomero JÁ, Rodríguez-Jornet Á, Balda S, Cigarrán S, Herrero JC, Maduell F, et al. Evaluación de la opinión de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis respecto al fin de la vida y la planificación anticipada de los cuidados. *Nefrología* 2011;31(4):449-456.
34. Mailloux L. Ethical issues in the care of the patient with end-stage renal disease. Jan 22, 2015; Available at: <http://www.uptodate.com>. Accessed 04/01, 2016.
35. XLV Congreso nacional de la Sociedad Española de Nefrología. Valencia; 3-6 de Octubre 2015. Informe de Diálisis y Trasplante 2014.
36. Schell JO, Arnold RM. Conservative management of end-stage renal disease. Feb 24, 2016; Available at: <http://www.uptodate.com>. Accessed 04/01, 2016.
37. Brown EA, Chambers EJ, Eggeling C. Palliative care in nephrology. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23(3):789-791.
38. Amenós, A. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Hemodiálisis y diálisis peritoneal. En: Farreras Valenti P., Rozman C. *Medicina Interna*. 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 824-828.
39. Gutiérrez D, Leiva JP, Sánchez R, Gómez R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol* 2015;18(3):228-236.
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de Cuidados Paliativos [consultado 24 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.

41. Tejedor A, de las Cuevas X. Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzado (grado 5) no susceptible de tratamiento dialítico. Nefrología 2008;28(3):129-136.

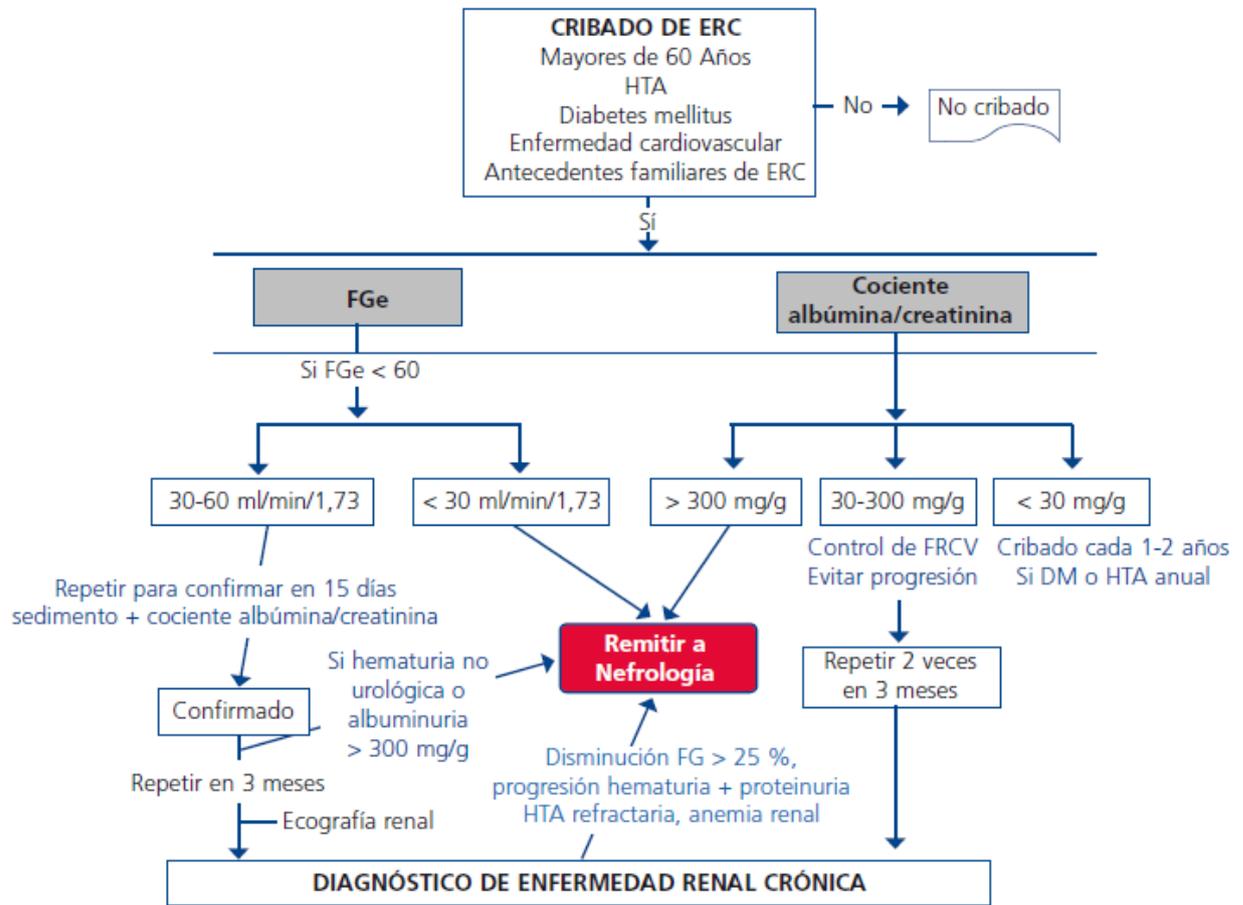
42. Zúñiga C. Cuidados de soporte/paliativos en diálisis. ¿Por qué, cuándo y cómo? Dial Traspl 2014;35(1):20-26.

43. García H, Rodríguez R, Trocoli F, Celadilla O, Rodríguez S, Arranz M, et al. Consulta de enfermería interdisciplinar de enfermedad renal crónica avanzada: apuntes para un modelo integral de cuidados. Enferm Nefrol 2013;16(2):133-135.

44. Alcázar R, Orte L, Otero A. Enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología 2008;28(3):3-6.

8. ANEXOS

8.1 Anexo I. Algoritmo de derivación a Nefrología²².



Estadio ERC	FGe (ml/min/1,73 m ²)	Estadio de albuminuria		
		A1 (< 30 mg/g)	A2 (30-300 mg/g)	A3 (proteinuria) (> 300 mg/g)
1	> 90	No ERC a no ser de presentar hematuria, alteraciones en la imagen o en la anatomía patológica		
2	60-89			
3a	45-59		*	
3b	30-44			
4	15-29			
5	< 15			

■ Remisión a Nefrología.

■ Control por Atención Primaria.

■ *Control por Atención Primaria monitorizando con mayor frecuencia (cada 3-6 meses). Remitir a Nefrología si presentan progresión en la albuminuria en dos controles consecutivos o cociente albúmina/creatinina cercano a 300 mg/g o si FGe entre 30-45 ml/min/1,73 m² en < 70 años.

Fuente: Extraído de: “Martínez A, Górriz JL, Bover J, Segura J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2014;34(2):243-262”.

8.2 Anexo II. Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)²².

Factores de susceptibilidad	Factores iniciadores
<ul style="list-style-type: none">· Edad avanzada· Historia familiar de ERC· Masa renal disminuida· Bajo peso al nacer· Raza negra y otras minorías étnicas· Hipertensión arterial· Diabetes· Obesidad· Nivel socioeconómico bajo	<ul style="list-style-type: none">· Enfermedades autoinmunes· Infecciones sistémicas· Infecciones urinarias· Litiasis renal· Obstrucción de las vías urinarias bajas· Fármacos nefrotóxicos (AINE)· Hipertensión arterial· Diabetes
Factores de progresión	Factores de estadio final
<ul style="list-style-type: none">· Proteinuria persistente· Hipertensión arterial mal controlada· Diabetes mal controlada· Tabaquismo· Dislipemia· Anemia· Enfermedad cardiovascular asociada· Obesidad	<ul style="list-style-type: none">· Dosis baja de diálisis (Kt/V)· Acceso vascular temporal para diálisis· Anemia· Hipoalbuminemia· Derivación tardía a Nefrología

Fuente: Modificado desde "Martínez A, Górriz JL, Bover J, Segura J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2014;34(2):243-262".

8.3 Anexo III. Consentimientos informados³².

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECCIÓN DE TÉCNICAS DE DIÁLISIS

Estimado/a paciente D./Dña.

Su médico le ha diagnosticado una enfermedad llamada Insuficiencia Renal Crónica Terminal, esto significa que sus riñones no realizan su función eficazmente, de forma irreversible. Como consecuencia no se depura la sangre de sustancias peligrosas para la vida, ni se producen otras que son imprescindibles.

Como puede comprender no es posible vivir sin un órgano que desarrolla todas estas funciones tan importantes. Por este motivo su médico cree que Vd. Debe iniciar un tratamiento que se conoce con el nombre de **DIÁLISIS**. La diálisis es una técnica que intenta suplir, aunque solo lo hace parcialmente, alguna de las funciones de sus riñones y, excepto el trasplante, no existe ninguna **ALTERNATIVA** para conseguir los mismos fines.

Aunque la diálisis no suple totalmente la función de sus riñones puede proporcionarle una calidad de vida aceptable. En nuestro medio se obtiene una supervivencia prolongada de los pacientes en diálisis, que depende en gran medida de la edad y de las enfermedades asociadas.

La diálisis es el tratamiento definitivo para los pacientes que en virtud de sus características personales no pueden recibir un trasplante de riñón, pero solo es un tratamiento «puente» en aquellos pacientes que pueden ser incluidos en la «Lista de Trasplante» de donante cadáver o tengan un riñón procedente de donante vivo (familiar, esposos, etc.).

Previamente a su inclusión en un programa de diálisis debemos informarle de las modalidades de este tratamiento, para que Vd. de forma consciente y debidamente informado decida el tipo la forma de tratamiento en función de sus preferencias y de su forma de vida. **En aquellos casos en que exista, por sus características personales, indicación precisa de una determinada modalidad de diálisis, su médico le indicará cual es la alternativa que estima más adecuada.** Existen dos formas de Diálisis:

Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. Ambas técnicas se basan en el mismo principio y consiste en limpiar la sangre permitiendo el paso de agua y sustancias contenidas en la misma hacia un líquido llamado de diálisis.

Hemodiálisis se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que actúa de colador sin dejar pasar células ni sustancias grandes. Esta técnica precisa hacer previamente una Fístula Arterio-venosa en quirófano (unión de una arteria y una vena directamente o a través de una tubo por debajo de la piel en el antebrazo o en el codo).

Si antes de disponer de una fístula arteriovenosa precisara diálisis con urgencia puede ser necesaria la colocación de un catéter temporal en una vena central. Para pasar la sangre por el «filtro» hay que pinchar dos agujas en la vena, una de entrada y otra de salida. Normalmente la hemodiálisis precisa de 3-5 horas tres veces en semana y se hace en el Hospital o en un Centro de diálisis extrahospitalario. Existe la posibilidad de que Vd. se haga Hemodiálisis en su domicilio, para lo cual Vd. o la persona que le hiciera la diálisis tendría que hacer un aprendizaje previo. La Hemodiálisis suele ser bien tolerada aunque ocasionalmente pueden aparecer efectos secundarios: algunos frecuentes pero poco graves, como náuseas, vómitos, dolor de cabeza, hipotensión, calambres, hematomas o pequeñas pérdidas de sangre por los puntos de punción o por rotura del dializador. Y otros muy poco frecuentes pero más graves como rotura de glóbulos rojos de la sangre (hemólisis), reacciones alérgicas severas, alteraciones cardíacas como arritmias, angina de pecho, o accidentes cerebro-vasculares. Estas últimas podrían llegar a poner en peligro su vida de forma muy excepcional.

Diálisis Peritoneal: Para la depuración de la sangre se utilizan en este caso las propiedades del peritoneo (una membrana que está en el abdomen y que normalmente recubre los intestinos). Esta membrana hace la función de filtro. La técnica consiste en introducir un líquido especial en el abdomen que permanece durante un tiempo para que pasen de la sangre al líquido el exceso de agua y de sustancias indeseables. El líquido se renueva periódicamente, 3-4 veces/día en la forma manual (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) y de forma automática durante la noche (Diálisis Peritoneal Automática con máquina). Para la entrada y salida del líquido hay que colocar previamente en la cavidad peritoneal un tubo flexible. La colocación se realiza habitualmente con anestesia local. La diálisis peritoneal es sencilla de realizar, puede aprenderla fácilmente en pocos días y la puede hacer Vd. mismo en su domicilio. Esta técnica tiene una buena tolerancia aunque puede haber también algunas complicaciones leves como son: digestiones pesadas, estreñimiento, dolor de espalda, dolor abdominal a la entrada o salida del líquido o hernias. Complicaciones menos frecuentes pero más grave de esta técnica son las infecciones: Infección del orificio del catéter y Peritonitis (infección de la cavidad peritoneal), aunque son controlables en la mayoría de los casos con tratamiento antibiótico y sin abandonar la técnica. Aunque en algún caso muy excepcional pudiera amenazar su vida. Algunas peritonitis excepcionalmente grave o el deterioro de la función del peritoneo pueden hacer necesaria la suspensión de la técnica y su inclusión en otro tratamiento alternativo como la hemodiálisis.

RIESGOS PERSONALIZADOS (opción para especificar riesgos particulares en algunas de las técnicas).

.....
.....
.....

Ambas técnicas son igualmente eficaces y no son excluyentes entre sí. Sea cual sea la modalidad que Vd. elija no será una elección definitiva. Se mantiene abierta la posibilidad de que Vd. cambie de modalidad de diálisis si cree que la elegida no le va bien o si su médico aprecia que no está recibiendo un tratamiento adecuado o suficiente. Si tiene alguna duda sobre su enfermedad o sobre la elección del tratamiento de diálisis su médico y/o enfermero se la aclarará gustosamente.



Finalmente en cumplimiento de la Ley de protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre) ponemos en su conocimiento que la información obtenida en la asistencia sanitaria a su persona ha sido incorporada para su tratamiento a un fichero automatizado. Asimismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad, el estudio epidemiológico, científico y docente, respetando en todo momento su anonimato. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la ley.

Declaraciones y Firmas

PACIENTE

El médico Dr..... me ha explicado satisfactoriamente los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto. He sido informado así mismo de las alternativas de tratamiento con su eficacia y efectos secundarios, y de las posibles consecuencias que supone rechazarlo. Conozco la información contenida en este documento y se me ha permitido hacer las preguntas que he estimado oportunas. He comprendido todo lo anterior y doy mi consentimiento para iniciar tratamiento con DIÁLISIS PERITONEAL/HEMODIÁLISIS*. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y sin perjuicio de mi cuidado médico posterior.

El paciente (nombre y dos apellidos). DNI

Firmado 2 copias Fecha

*Táchese lo que no proceda

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Sé que el paciente D.

- Delega su responsabilidad en mi
- No es competente para decidir en este momento
- Desea libremente, ante testigos, compartir conmigo su decisión, sin menoscabo de la confidencialidad que el caso requiera.

El médico Dr. me ha explicado satisfactoriamente los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto. He sido informado así mismo de las alternativas de tratamiento con su eficacia y efectos secundarios, y de las posibles consecuencias que supone rechazar este tratamiento. Conozco la información contenida en este documento y se me ha permitido hacer las preguntas que he estimado oportunas. He comprendido todo lo anterior y doy mi consentimiento para iniciar tratamiento con DIÁLISIS PERITONEAL/HEMODIÁLISIS*. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y sin perjuicio de mi cuidado médico posterior.

Tutor legal o familiar (nombre y dos apellidos)

Firmado DNI

Fecha

*Táchese lo que no proceda

MÉDICO RESPONSABLE

Dr. He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar del propósito y naturaleza del tratamiento con diálisis así como de sus beneficios, riesgos y alternativas.

Firmado:

Fecha.....

NEGATIVA PARA LA PRÁCTICA DE LA DIÁLISIS

Don/Dña. manifiesto, que he sido informado por el Dr./Dra. en fecha de los procedimientos de diálisis así como de los beneficios y riesgos que se esperan de su aplicación e igualmente de las consecuencias que se derivarán de su no realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

Declarando mi negativa para que se practique el procedimiento arriba mencionado, asumiendo las complicaciones que de esta decisión puedan derivarse. Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar): DNI nº en calidad de

Firma del paciente o persona autorizada. Fecha

Si Vd. Reconoce haber recibido una información adecuada y acepta entrar en un programa de diálisis, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique, por favor, los motivos de esta decisión.

.....

Nombre y firma del testigo.....

Nombre y firma del médico.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS

Don/Dña.

Usted padece una **insuficiencia renal** en fase muy avanzada. Esta situación conduce irreversiblemente a la muerte si no se utiliza la diálisis como tratamiento.

Su médico cree necesario la práctica de Hemodiálisis. Para ello, es preciso colocarle un catéter (tubo de material sintético) en una vena central que generalmente se localizan en cuello (Vena Yugular) o en la ingle (Vena Femoral). Para el procedimiento se emplea anestesia local. Este tipo de acceso se utiliza para pacientes agudos que van a necesitar hemodiálisis sólo temporalmente o para pacientes crónicos que están a la espera de la realización de una fístula arterio-venosa definitiva.

Este procedimiento puede presentar **complicaciones**: algunas frecuentes pero leves como punción arterial o hematomas y otras muy poco frecuentes pero más graves como, neumotórax, hemorragias, estenosis venosas, fístulas arterio-venosa, embolismos o infecciones, que pueden excepcionalmente poner en peligro su vida.

Declaro que he sido informado por los médicos que me van atender Dr./Dra. en fecha del procedimiento de **COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS**,

igualmente de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que comporta su realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

En consecuencia doy mi consentimiento a que me practiquen el procedimiento arriba mencionado y les autorizo a tomar las medidas oportunas en caso de complicaciones para mantenerme con vida o evitarme daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en a de de 20.....

Firma del paciente

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

DNI nº en calidad de

Firma de la persona autorizada Fecha

NEGATIVA PARA LA PRÁCTICA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS

Don/Dña. manifiesto, que he sido informado por el

Dr./Dra. en fecha del procedimiento de colocación de catéter para

la hemodiálisis así como de los beneficios y riesgos que se esperan de su aplicación e igualmente de las consecuencias que se derivarán de su no realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas. **Declarando mi negativa** para que se practique el procedimiento arriba mencionado, asumiendo las complicaciones que de esta decisión puedan derivarse. Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar): DNI nº en calidad de

Firma del paciente o persona autorizada. Fecha

Si Vd. Reconoce haber recibido una información adecuada y acepta la colocación de catéter para la hemodiálisis, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique, por favor, los motivos de esta decisión.

.....
.....

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del médico

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL

Don/Dña.

Este procedimiento se realiza para iniciar o continuar la diálisis peritoneal, después que esta haya sido elegida por usted y su médico como tratamiento sustitutivo de su insuficiencia renal crónica. Para ello, es preciso colocarle un catéter (tubo de material sintético) en la cavidad abdominal. Se realiza con anestesia local, mediante una incisión en el abdomen, a través de la cual se introduce el catéter en el peritoneo (membrana que recubre el interior de la cavidad abdominal). Se trata de un procedimiento sencillo que solo le ocasionará ligeras molestias propias del pinchazo de la anestesia y la incisión. Su duración es aproximadamente de una hora. Este procedimiento puede presentar **complicaciones**: algunas frecuentes pero leves como pequeños sangrados o hematomas y otras muy poco frecuentes pero más graves como, hemorragias por punción de un vaso de mayor calibre o perforación de algún tramo del intestino, necesitando en estos casos una intervención quirúrgica para ser reparada, situación que puede excepcionalmente poner en peligro su vida.



Declaro que he sido informado por los médicos que me van atender Dr./Dra. en fecha del procedimiento de **COLOCACIÓN DE CATETER PERITONEAL PARA LA REALIZACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL**, igualmente de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que comporta su realización.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

En consecuencia doy mi consentimiento a que me practiquen el procedimiento arriba mencionado y les autorizo a tomar las medidas oportunas en caso de complicaciones para mantenerme con vida o evitarme daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en a de de 20

Firma del paciente

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar): DNI n° en calidad de

Firma de la persona autorizada. Fecha

NEGATIVA PARA LA PRÁCTICA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL

Don/Dña manifiesto, que he sido informado por el **Dr./Dra.** en fecha del procedimiento de colocación de catéter para la diálisis peritoneal así como de los beneficios y riesgos que se esperan de su aplicación e igualmente de las consecuencias que se derivarán de su no realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

Declarando mi negativa para que se practique el procedimiento arriba mencionado, asumiendo las complicaciones que de esta decisión puedan derivarse. Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar): DNI n° en calidad de

Firma del paciente o persona autorizada. Fecha

Si Vd. Reconoce haber recibido una información adecuada y acepta la colocación de catéter para la diálisis peritoneal, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique, por favor, los motivos de esta decisión.

.....
.....

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del médico

Fuente: Extraído de “Remón R, González E, Martínez A. Consentimiento informado. Nefrología 2008;28(3):113-118”.