



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN GERONTOLOGÍA**

**ESPECIALIDAD: GERONTOLOGÍA CLÍNICA**

Curso académico: 2013-2015

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Tratamiento conservador como alternativa  
para el tratamiento de ancianos con  
enfermedad renal crónica terminal**

**Mirian Carballo Ledo**

**16 de enero del 2015**



## **Director**

Dr. Miguel Pérez Fontán



## ÍNDICE

Resumen .....	1
Abstract .....	2
1. Introducción .....	3
2. Metodología .....	8
2.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	8
2.2. Limitantes .....	8
2.3. Método de búsqueda bibliográfica .....	8
2.4. Tipo de artículos seleccionados .....	9
3. Resultados .....	10
3.1. Principios fundamentales del tratamiento conservador de la ERC terminal .....	14
3.2. Criterios que rigen la indicación de manejo conservador en pacientes ancianos con ERC terminal .....	23
3.3. Impacto clínico del manejo conservador en la ERC terminal .....	26
4. Conclusiones.....	29
5. Agradecimientos .....	30
6. Referencias bibliográficas .....	31

## **Resumen**

Si bien la diálisis está considerada el tratamiento de elección para la enfermedad renal crónica (ERC) terminal, en los últimos años han surgido dudas sobre si esta terapia realmente prolonga la supervivencia y mejora la calidad de vida en los ancianos con múltiples patologías hasta niveles que apoyen su indicación. En estos casos, el tratamiento conservador puede ser considerado como una alternativa a la diálisis. El objetivo principal de este trabajo es obtener una mayor información acerca de esta estrategia de manejo de la ERC.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Web of Science, Medline y Pubmed empleando como palabras clave cuidado conservador y enfermedad renal crónica terminal, entre otras.

El cuerpo principal de información sobre el tratamiento conservador o paliativo en este contexto se centra en el manejo de los síntomas del paciente, la planificación anticipada de la atención, el soporte psicológico y el cuidado al final de la vida.

No todos los pacientes se beneficiarán de la utilización de la atención conservadora, de modo que para poder elegir a los ancianos con ERC terminal que se verán favorecidos, se aconseja establecer una estimación del pronóstico del paciente, la cual puede ayudar a la hora de tomar una decisión.

Se concluye que el tratamiento conservador puede ser una alternativa adecuada para determinados pacientes ancianos con ERC terminal. Sin embargo, se cree que se debe llevar a cabo una mayor investigación relacionada con este tema para mejorar la atención a los usuarios con esta patología.

**Palabras clave:** tratamiento conservador, anciano, enfermedad renal.

## **Abstract**

**Title:** Conservative management as an alternative to the treatment of end-stage renal disease in elderly patients.

Dialysis is the treatment of choice for the majority of patients with end-stage renal disease (ESRD). However, the convenience of this therapy for older comorbid patients, both in terms of survival and quality of life, is a current subject of controversy. In these cases, a conservative approach can be considered as an alternative to dialysis. The main objective of this analysis was to progress in the knowledge about this type of care.

A literature search was performed in Web of Science, Medline and Pubmed, using as keywords conservative care or end-stage renal disease, among others.

Most information on conservative or palliative treatment of ESRD for the elderly relates to the control of symptoms, advanced care planning, psychological support and end-of-life care.

Some patients do not benefit from conservative management. To establish ESRD patients who can be favoured by this care, it is advisable to establish a prognostic score for the patient, which will help the physician to make a decision.

I conclude that conservative management may be a suitable alternative for some elderly patients with end-stage renal disease. Nevertheless, we need further research concerning this topic.

**Keywords:** palliative care, aged, kidney disease.

## 1. Introducción

Gracias a los numerosos avances en medicina que han tenido lugar en los últimos años, se ha favorecido un incremento general de la esperanza de vida de la población. De forma más particular, este incremento ha provocado un aumento de la población anciana, y se cree que en las próximas décadas el número de personas mayores de 65 años se verá multiplicado por tres.<sup>1</sup>

De forma paralela a este aumento, y en relación con las diferentes modificaciones que se van produciendo de forma natural en el organismo con el paso del tiempo, se ha visto incrementada la prevalencia de enfermedades en este colectivo, patologías entre las que se encuentra la enfermedad renal crónica (ERC).

La ERC o insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la presencia de daño renal (proteinuria, hematuria o anormalidad anatómica) o de filtrado glomerular  $<60 \text{ ml/min/1,73m}^2$  al menos en dos ocasiones durante más de tres meses.<sup>2</sup>

Esta patología suele ser clasificada en función de la tasa de filtrado glomerular, lo que posibilita su división en 5 estadios, que se muestran en la siguiente tabla.<sup>2,3</sup>

Estadio	FG (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	Descripción
1	≥90	Daño renal con FG normal o aumentado
2	60-89	Daño renal con disminución leve del FG
3A	45-59	Disminución ligera moderada del FG
3B	30-44	Disminución moderada-severa del FG
4	15-29	Disminución severa
5	<15	Fallo renal establecido

Tabla I. Clasificación de la ERC según el filtrado glomerular (FG)

Si bien los estadios del 3 al 5 son definidos por el filtrado glomerular de forma aislada, en el caso de los estadios 1 y 2, además del filtrado glomerular se requiere también la presencia de proteinuria, albuminuria, hematuria o anomalías estructurales. Asimismo, el estadio 5 se puede describir como un fallo renal establecido o como enfermedad renal en etapa terminal, en la que la ERC ha progresado tanto que se llega a considerar que la terapia renal sustitutiva (tratamiento regular con diálisis o trasplante renal) puede ser necesaria para mantener la vida.<sup>2</sup>

En este último estadio de la enfermedad se producen síntomas como dolor, picor, disnea, fatiga, calambres y náuseas, siendo más comunes los cuatro primeros.<sup>4,5</sup> Además, esta patología se suele asociar a múltiples morbilidades como son la diabetes, la hipertensión y diferentes enfermedades cardiovasculares, lo cual provoca la aparición de otros síntomas que son característicos de estas patologías.<sup>6</sup> También se producen una serie de necesidades psicológicas, sociales y espirituales, incluyendo la necesidad de adecuarse a un nuevo rol, el incremento de la dependencia y la pérdida financiera.<sup>4</sup>

Es conocido que una de las principales formas de atender a estos pacientes es a través de la utilización de tratamiento renal sustitutivo mediante la diálisis. Si bien en sus inicios este tipo de cuidado estaba reservado a pacientes jóvenes sin diabetes, con el paso del tiempo se ha extendido su uso a otro tipo de destinatarios, incluidas personas mayores de 65 años, y, además, la diabetes se ha convertido en la causa más común para necesitar diálisis.<sup>7</sup> De hecho, se podría decir que es un tratamiento ampliamente utilizado entre los ancianos con enfermedad renal, y se cree que hay tres “verdades” en la utilización de la diálisis: la epidemiología (la mayoría de los usuarios que la reciben son ancianos), la mortalidad (recibir diálisis no garantiza que el paciente no fallezca) y la incertidumbre (aunque se disponga de las mejores medidas de pronóstico, los profesionales sanitarios no saben exactamente qué va a ocurrir con un paciente determinado).<sup>8</sup>

Asimismo, a pesar de que se cree que la edad de forma aislada no puede ser considerada como una razón para excluir a un usuario de recibir diálisis, también hay cierta indecisión sobre si la diálisis prolonga la supervivencia y/o mejora la calidad de vida en los ancianos con múltiples patologías.<sup>6,9</sup> Esta incertidumbre es la que provoca que a los nefrólogos de hoy en día les resulte muy difícil decidir qué usuarios se van a ver beneficiados por la instauración de diálisis. Incluso en ocasiones, muchos pacientes llegan a padecer síntomas o discapacidades molestos antes de la muerte, y diferentes estudios han destacado la gran carga física y emocional que producen estos síntomas a los pacientes que son tratados con diálisis de forma crónica.<sup>10,11</sup>

De hecho, en los últimos años se ha extendido entre los profesionales de la enfermedad renal (nefrólogos, enfermeros de diálisis y otros profesionales sanitarios) y los propios pacientes y familiares la convicción de que la diálisis tal vez no es la mejor opción para pacientes con múltiples patologías, mala calidad de vida, desnutrición o mala situación funcional irreversible.<sup>7</sup>

Además, la diálisis es una terapia cara, que implica costes complementarios relacionados con la prescripción adicional de fármacos y el transporte de los pacientes al centro donde se realiza, incluyendo también el soporte social que se necesita.<sup>12</sup>

Asimismo, como respuesta al envejecimiento de la población y a la tendencia a emplear diálisis en los pacientes más mayores y más enfermos, se ha producido un incremento del interés por buscar alternativas para manejar esta patología.<sup>13</sup> Es así como surge la necesidad de desarrollar un sistema de tratamiento conservador o paliativo para poder proporcionarles a estos usuarios mayor calidad de vida, reconociéndose por lo tanto, que este tipo de cuidado puede proporcionar gran ayuda a los pacientes al gestionar de forma integral el tratamiento de la enfermedad, con gran énfasis en el control de los síntomas.<sup>7,14</sup>

A pesar de que se considera que este tipo de cuidado debe ser ofrecido a los pacientes con ERC terminal como una de las opciones para tratar su situación de salud, muchos facultativos no están familiarizados con esta alternativa y, por lo tanto, carecen de la información suficiente para poder orientar a los pacientes y a los miembros de su entorno.<sup>13,15</sup> Sin embargo, se ha demostrado que una comunicación efectiva mejora la adaptación de los usuarios a su enfermedad y su preparación para el final de la vida.<sup>16</sup>

Este trabajo tiene como justificación principal la necesidad de revisar el estado actual del conocimiento sobre esta situación, y se considera que la mejor forma de hacerlo es realizar una revisión bibliográfica para poder conocer la literatura existente que versa sobre este asunto.

Además, a nivel personal, como profesional de la enfermería, considero que la realización de este estudio va a ayudarme a incrementar mis conocimientos, y así ayudarme a la hora de tratar con este tipo de pacientes, para así poder aconsejarlos y guiarlos.

La hipótesis que se plantea, por lo tanto, es que el tratamiento conservador puede constituir una buena alternativa como tratamiento de los usuarios con ERC terminal.

Así pues, el objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer más información sobre el tratamiento conservador.

Por otra parte, los objetivos específicos son los siguientes:

- Revisar los principios fundamentales del tratamiento conservador de la ERC terminal.
- Analizar los criterios actuales que rigen la indicación de manejo conservador en pacientes ancianos con ERC terminal.
- Investigar el impacto clínico de esta estrategia de manejo conservador de la ERC terminal.

## **2. Metodología**

Con los objetivos antes mencionados, se emprendió una revisión bibliográfica orientada a encontrar artículos que versaran sobre la ERC terminal en los pacientes ancianos y que además trataran el cuidado conservador o paliativo. Dicha revisión bibliográfica fue realizada durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2014, y se centró la búsqueda de revisiones bibliográficas, estudios clínicos de casos, estudios clínicos de casos y controles, estudios de cohortes, documentos de consenso y guías clínicas.

### **2.1. Criterios de inclusión y exclusión**

Los artículos debían incluir a personas ancianas que padecieran ERC terminal. Además, en ellos se debía tratar la cuestión del manejo conservador no basado en diálisis. Asimismo, los artículos tenían que ser publicados entre el 2007 y el 2014, debían estar publicados en revistas JCR, y estar escritos en castellano o en inglés.

En cuanto a los criterios de exclusión, se rechazarían los artículos de opinión y las cartas al director.

### **2.2. Limitantes**

Los limitantes establecidos en esta revisión bibliográfica, como ya se ha comentado, han sido el idioma de los artículos (debía ser el castellano o el inglés) y el período de tiempo (debían ser publicados entre 2007 y 2014). Además, el ámbito temporal y los criterios de selección de los artículos hubieron de ajustarse a los requerimientos para este trabajo (máximo 40 referencias).

### **2.3. Método de búsqueda bibliográfica**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Web of Science, Medline y Pubmed, que fue repetida reiteradamente durante los meses de septiembre, octubre y noviembre.

A través del buscador Web of Science (antes conocido como Web of Knowledge) se accedió a bases de datos como Web of Science y Medline. Se realizaron búsquedas utilizando las siguientes palabras clave: cuidado conservador (“conservative care” o “conservative management”), tratamiento no dialítico (“non dialytic treatment”), cuidado paliativo (“palliative care”) y enfermedad renal crónica (“chronic kidney disease”) o terminal (“terminal kidney disease”).

En Pubmed se emplearon las palabras clave cuidado conservador (“conservative care”), cuidado paliativo (“palliative care”) y enfermedad renal crónica (“chronic kidney disease”) y enfermedad renal terminal (“terminal kidney disease”).

#### **2.4. Tipo de artículos seleccionados**

Los tipos de artículos que en un principio serían considerados de interés eran revisiones bibliográficas, estudios de casos, estudios de casos y controles, estudios de cohorte, documentos de consenso y guías clínicas.

### 3. Resultados

En total se encontraron 591 artículos; 210 a través del buscador Web of Science y 381 a través de la base de datos Pubmed. Posteriormente se procedió a aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Se descartaron 44 artículos por no haber sido publicados originalmente entre 2007 y 2014, 87 por no estar publicados en revistas JCR, 165 por tratar la cuestión de la ERC marginalmente, 68 por no tratar específicamente la ERC terminal, 73 por no incluir el tratamiento conservador o paliativo, 19 por no incluir a ancianos, 4 por ser cartas al director y 4 por estar publicados originalmente en un idioma que no fuera el castellano o el inglés.

Por otra parte, también se desecharon 31 trabajos por no ser posible acceder a ellos a texto completo y de forma gratuita.

En total se descartaron un total de 495 artículos, y se preseleccionaron 96 trabajos de investigación, que no podían ser incluidos en su totalidad en el presente estudio por tener el mismo un límite establecido de 40 referencias bibliográficas. Tras un análisis en detalle se descartaron los artículos que se consideró que aportaban información menos relevante, para no sobrepasar los límites establecidos por el trabajo.

Finalmente se seleccionaron 22 estudios, entre los que se encuentran 10 revisiones bibliográficas, 6 estudios de cohortes, 2 estudios observacionales trasversales de carácter descriptivo, 2 estudios de casos y 2 guías clínicas. En la siguiente tabla se muestran los artículos finalmente seleccionados.

<b>Referencia</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Información</b>
<b>17</b> <b>Davison SN,</b> <b>2012</b>	Revisión bibliográfica	El tratamiento paliativo como alternativa para los pacientes con ERC terminal
<b>18</b> <b>Kainer G et al</b> <b>2010</b>	Guía clínica	Recomendaciones a la hora de tomar decisiones sobre si utilizar diálisis o tratamiento conservador
<b>19</b> <b>Renal</b> <b>Physicians</b> <b>Association,</b> <b>2010</b>	Guía clínica	Recomendaciones sobre los beneficios de la diálisis, además de consejos sobre su iniciación y su rechazo
<b>21</b> <b>Jassal SV et al</b> <b>2011</b>	Revisión bibliográfica	El cuidado sin diálisis para los pacientes ancianos con ERC terminal
<b>22</b> <b>Murthagh FEM</b> <b>et al 2007</b>	Estudio de casos	Comparación entre el tratamiento con diálisis y el tratamiento conservador en ancianos con ERC terminal
<b>23</b> <b>Van de</b> <b>Luijtgarden</b> <b>MWM et al 2013</b>	Estudio observacional trasversal de carácter descriptivo	Opinión de los nefrólogos a la hora de decidir el tipo de tratamiento en los ancianos con ERC terminal
<b>24</b> <b>Chandna SM et</b> <b>al 2011</b>	Estudio de cohorte	Comparación de la supervivencia entre ancianos con ERC terminal tratados con diálisis y aquellos atendidos con tratamiento conservador
<b>25</b> <b>Kane PM et al</b> <b>2013</b>	Revisión bibliográfica	Evidencia actual y dirección futura del tratamiento paliativo para la ERC terminal en ancianos
<b>26</b> <b>Murtagh FEM et</b> <b>al 2011</b>	Estudio de cohorte	Síntomas y preocupaciones referidos por pacientes con ERC terminal tratados de forma conservadora
<b>28</b> <b>Berger JR et al</b>	Revisión bibliográfica	Tratamiento sustitutivo renal y manejo no dialítico en ancianos con ERC

<b>2012</b>		terminal
<b>29</b> <b>O' Connor NR et al 2012</b>	Revisión bibliográfica	Manejo de síntomas y manejo conservador en la ERC terminal
<b>30</b> <b>Davison SN, 2010</b>	Estudio observacional trasversal de carácter descriptivo	Punto de vista de los pacientes con ERC terminal en relación con el cuidado al final de la vida
<b>31</b> <b>Saggi SJ et al 2012</b>	Revisión bibliográfica	Elección del tipo de tratamiento para los usuarios con ERC terminal y preparación de los pacientes para recibir diálisis
<b>32</b> <b>Koncicki HM et al 2013</b>	Revisión bibliográfica	Toma de decisiones en los ancianos con ERC terminal: factores que influyen y en qué consiste cada tratamiento
<b>33</b> <b>Arulkumaran N et al 2012</b>	Revisión bibliográfica	La planificación anticipada de la atención en el final de la vida de los pacientes con ERC terminal
<b>34</b> <b>Davison SN, 2012</b>	Revisión bibliográfica	Desarrollo de la planificación anticipada del cuidado en los usuarios con ERC terminal
<b>35</b> <b>Faruque LI et al 2013</b>	Estudio de cohorte	Factores que influyen en el tratamiento elegido para la atención de la ERC terminal
<b>36</b> <b>Treit K et al 2013</b>	Revisión bibliográfica	Atención centrada en el paciente con ERC terminal y en la posible iniciación de tratamiento con diálisis
<b>37</b> <b>Moss AH et al 2008</b>	Estudio de cohorte	Fiabilidad de la pregunta sorpresa como medida para pronosticar mortalidad entre los pacientes recibiendo diálisis
<b>38</b> <b>Shih CJ et al 2014</b>	Estudio de cohorte	Consecuencias de la utilización de diálisis en los ancianos con ERC terminal

<b>39</b> <b>Carson RC et al</b> <b>2009</b>	Estudio de cohorte	Comparación entre el tratamiento conservador y el tratamiento de reemplazo en ancianos con ERC terminal
<b>40</b> <b>Ellam T et al</b> <b>2009</b>	Estudio de casos	Análisis del tratamiento conservador en ancianos con ERC terminal

Tabla II. Artículos seleccionados para la investigación.

Tras revisar la literatura existente se constató que en los últimos años se ha visto incrementado el interés a nivel internacional acerca de analizar la evidencia relacionada con el cuidado paliativo renal, con el propósito de poder desarrollar guías globales para la aplicación de este tipo de cuidado.<sup>17</sup>

Así, por ejemplo, en 2010 se publicaron dos guías que trataban de ayudar a los nefrólogos en la toma de decisiones, una publicada en Australia y otra en Estados Unidos. La primera de ellas es la realizada por el grupo Cuidado de los Australianos con Insuficiencia Renal (“Caring for Australasians with Renal Impairment”), que incluye sugerencias para el cuidado clínico.<sup>18</sup> La segunda es la que elaboró la Asociación de Nefrólogos (“Renal Physicians Association”) que, de forma más detallada, describe las circunstancias ante las cuales un nefrólogo puede contemplar el tomar la decisión de renunciar al tratamiento con diálisis.<sup>19</sup>

Estas dos guías y el resto de artículos finalmente seleccionados, serán empleados a lo largo de este estudio para comentar los aspectos más relevantes de este tipo de tratamiento, con el propósito de tratar de alcanzar los objetivos que se habían propuesto con el desarrollo de esta investigación.

### **3.1. Principios fundamentales del tratamiento conservador de la ERC terminal**

En los artículos analizados se encontraron diferentes definiciones del término cuidado conservador, conocido también como de soporte o paliativo. Además, en algunos trabajos analizados se observó cierta confusión sobre lo que constituye este tipo de atención.<sup>17</sup>

Para tratar de aclarar estos conceptos, se considera necesario empezar tratando de concretar los términos que atañen a esta investigación. Así pues, utilizando la definición realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “El cuidado paliativo es una estrategia de manejo orientada a mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias, basada en afrontar el problema de una enfermedad que limita la supervivencia, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Sus herramientas son la identificación precoz y la valoración profunda y el manejo eficaz del dolor y otros problemas, tanto físicos como psicosociales o espirituales”.<sup>20</sup> Se trata de una atención que considera a la muerte como un proceso normal y que ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible, mejorando la calidad de vida y, por lo tanto, tratando de influir positivamente en el curso de la enfermedad.<sup>17</sup>

Contextualizando este término en el ámbito de la nefrología, y de forma más concreta centrándolo en los pacientes con ERC, se descubrió que en ocasiones se confunde el término “cuidado no dialítico” con el término “cuidado paliativo”.<sup>21</sup> Sin embargo, si bien el primero se refiere solamente a la decisión de renunciar al tratamiento con diálisis, el cuidado paliativo da un paso más, e implica además la gestión activa de la enfermedad y una atención de apoyo detallada, que a menudo se convierte en una tarea más compleja hacia el final de la vida. Es decir, el cuidado conservador implica un conjunto de esfuerzos para prolongar la vida, se enfoca en mantener un control de los síntomas físicos, psicosociales y espirituales, además de una conseguir una calidad de vida adecuada, pero no está diseñado para controlar la historia natural de la patología.<sup>21,22,23,24</sup>

Es necesario recordar que, como en el caso de otros usuarios, a la hora de atender a estos pacientes, estos deben de ser analizados de forma individual, y por lo tanto no se puede focalizar el tratamiento paliativo en la enfermedad en sí, si no en el propio paciente y en sus características; consecuentemente, el cuidado debe adaptarse a la trayectoria que sigue el paciente individual.<sup>25,26</sup> Además, este tipo de atención debe ser otorgada por un equipo multidisciplinar con experiencia en este tipo de cuidado, pues es sabido que el tratamiento conservador integral está basado en el afán de trabajo de un equipo constituido por profesionales como nefrólogos, enfermeros, asistentes sociales, consejeros espirituales y médicos y enfermeros profesionales en cuidado paliativo, con experiencia en este tipo de cuidado.<sup>19,27</sup>

Conforme los pacientes se van volviendo más frágiles, este equipo va adquiriendo cada vez un papel más centrado en la atención de sus necesidades, entre las cuales se encuentran el control de síntomas, la planificación anticipada de la atención, la provisión de soporte psicológico y la planificación del final de la vida.<sup>25,28</sup>

Para otorgar el mejor cuidado posible, los profesionales que proporcionan este tipo de tratamiento deben ser entrenados adecuadamente en la evaluación y el manejo de síntomas, además de formarse en la utilización de habilidades de comunicación avanzadas.<sup>19</sup> La atención coordinada requiere también el desarrollo de conocimientos relacionados con los servicios que están disponibles a nivel organizacional, para así poder tratar las necesidades de los pacientes de manera efectiva.<sup>25</sup>

### **Manejo de síntomas**

Como ya se ha comentado, la ERC terminal está asociada a la aparición de gran cantidad de síntomas en el paciente y de una gran carga tanto física como psicológica en los miembros de su entorno.<sup>29</sup> Además, en un estudio realizado a ancianos con esta patología que eran tratados de forma conservadora<sup>26</sup> se descubrió que, de forma general, estos usuarios experimentaban unos niveles moderados de síntomas relacionados con la

angustia en el último año de vida, viéndose incrementados los síntomas y las preocupaciones durante los 2 últimos meses de vida.

Se descubrió que este incremento puede ocurrir por las siguientes razones:<sup>26</sup>

- El estado avanzado de la enfermedad y las comorbilidades típicas del anciano.
- El desarrollo de un sistema inadecuado de reconocimiento y de control de síntomas y de otras preocupaciones.
- La utilización de intervenciones poco efectivas para hacerles frente.

Esto favorece que el tratamiento de los síntomas se convierta, de forma clara, en una de las prioridades de los pacientes<sup>30</sup>, y por lo tanto, uno de los principales objetivos del cuidado conservador es manejarlos e intentar reducirlos al máximo, con el propósito de mantener en el mejor estado posible a los ancianos que padecen ERC terminal.

A priori se considera que los nefrólogos son los principales responsables de manejar los síntomas de estos pacientes, pues su amplio conocimiento sobre el ajuste adecuado de la medicación los convierte en los únicos capacitados para hacer esto.<sup>25</sup> No obstante, también se cree que los médicos de familia deben estar preparados para poder manejar estos síntomas y ajustar las dosis de los fármacos de forma adecuada.<sup>29</sup> Por lo tanto, se va adquiriendo la idea de que puede lograrse un control óptimo a través de la colaboración entre los diferentes profesionales del cuidado paliativo y del ámbito renal, uniendo sus habilidades en el control de síntomas y la administración de medicamentos.<sup>25</sup>

De forma general, se cree que los pacientes deben recibir la medicación por vía oral siempre que sea posible, aunque se debe de tener en cuenta que en algunas ocasiones se producen situaciones comprometidas que impiden esta vía de administración, como pueden ser la presencia de vómitos, de obstrucción intestinal o la debilidad provocada por el final de la vida.<sup>17</sup>

Uno de los principales síntomas en la ECR terminal es el dolor, cuya etiología puede ser renal o no renal. En cuanto a las causas renales podemos encontrar, por ejemplo, la enfermedad renal poliquística, que puede causar dolor abdominal crónico, y el hiperparatiroidismo secundario, que a menudo resulta en dolor de huesos.<sup>29</sup>

En cuanto a su tratamiento, éste incluye la utilización de analgésicos simples, de terapias auxiliares y, en casos más graves, de opiáceos, como pueden ser el fentanilo, la hidromorfina o la metadona.<sup>21</sup> Sin embargo, se debe tener en cuenta que analgésicos como los antiinflamatorios no esteroideos deben ser evitados en estos pacientes, pues la uremia provoca disfunción plaquetaria e incrementa el riesgo de hemorragia gastrointestinal.<sup>29</sup>

Se considera que controlar el picor es difícil, pero puede responder ante el uso de emolientes, capsaicina o preparaciones tópicas que contengan mentol y alcanfor en una base emoliente.<sup>21</sup>

Para manejar las secreciones y las náuseas pueden emplearse medicamentos como la escopolamina<sup>21</sup>, mientras que la utilización de benzodiazepinas en dosis bajas sirve para poder controlar las mioclonías, que pueden ser perturbadoras tanto para los pacientes como para los familiares.<sup>21,28</sup> Los opioides, además de ser útiles para manejar el dolor, pueden ser considerados también para tratar la disnea.<sup>28</sup>

Por otra parte, también se considera que en individuos seleccionados, el hecho de maximizar las terapias renoprotectoras puede ser un componente importante en este tipo de tratamiento. De forma tradicional, el sistema de bloqueo renina-angiotensina-aldosterona se había empleado para retrasar la progresión de la ERC, aunque esta intervención podría verse limitada por la hiperpotasemia presente en los pacientes con ERC terminal. Por esta razón, el uso continuado de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o de bloqueadores de los receptores de angiotensina deberían ser reevaluados en los individuos que eligen este tipo de tratamiento.<sup>31</sup>

## **Planificación anticipada de la atención**

La planificación anticipada de la atención es un proceso de interacción continua con principal énfasis en los objetivos del cuidado y la toma de decisión informada.<sup>32</sup> Su propósito es ayudar al paciente a entender su situación y a identificar los objetivos del cuidado, así como auxiliarlo a prepararse para las diferentes decisiones que deban tomarse mientras la enfermedad progresa con el paso del tiempo.<sup>19</sup> También ha sido propuesta como una técnica adecuada para establecer los deseos del anciano acerca de su atención médica en el caso de que éste no sea capaz de tomar sus propias decisiones porque la enfermedad ya es demasiado grave.<sup>33</sup>

No obstante, se considera que también se deben evaluar varios aspectos relacionados con el paciente, como son factores cognitivos, psicológicos, espirituales, sociales y culturales, antes de que el paciente sea invitado a participar en esta planificación, pues, como es de suponer, estos aspectos van a influir en el éxito de esta atención. Así pues, por ejemplo, tener deterioro cognitivo o padecer depresión severa limitan la capacidad de los usuarios para poder participar de forma adecuada en la toma de decisiones.<sup>34</sup>

Además, para que el paciente pueda ser realmente consciente de sus opciones debe ser también capaz de entender las diferentes posibilidades que puede seleccionar, y para ello los médicos deberían centrarse en asegurarse que los pacientes con esta patología reciben toda la información que necesitan.<sup>35</sup>

Por otra parte, en un estudio<sup>30</sup> se descubrió que a la hora de tratar acerca de la planificación anticipada del cuidado, los pacientes se encontraban más cómodos si debatían este tema con los familiares y con los profesionales de la nefrología. Por esto se considera que puede ayudarles el hecho de realizar una reunión con la familia, en la cual se debe incluir al paciente, a los amigos y/o a la familia, así como al equipo de cuidados

paliativos, geriátricos y renales, proporcionando un ambiente adecuado para poder llevar a cabo el proceso de planificación anticipada.<sup>32</sup>

De forma ideal, toda planificación anticipada de la atención debe incluir, entre otros detalles, si el paciente desea recibir reanimación cardiopulmonar,<sup>33</sup> a pesar de que se ha demostrado que los pacientes con fallo renal tienen malos resultados tras ser reanimados.<sup>29</sup> También se debe comentar qué niveles de soporte de cuidado crítico son aceptables para el paciente a pesar del resultado provocado.<sup>33</sup>

Aunque ha habido avances en este sentido, se considera que la planificación anticipada de la atención debe ser revisada de forma periódica. De esta manera, establecer formas de lograr esto debería ser considerado como parte del servicio de provisión estándar para los pacientes con ERC terminal.<sup>33</sup>

### **Provisión de soporte psicológico**

Proporcionar apoyo espiritual es un componente esencial de los cuidados paliativos, y puede ayudar a preservar o mejorar la calidad de vida, incluso en el caso de la enfermedad terminal.<sup>17</sup> No obstante, con la llegada de la tecnología moderna, se considera que los médicos han dejado de lado este rol, derivando el soporte emocional y espiritual hacia el colectivo enfermero y otros profesionales de la salud, como trabajadores sociales o consejeros espirituales.<sup>30</sup>

Además, aunque de forma tradicional se les ha dado a los facultativos la responsabilidad de iniciar las conversaciones relacionadas con la atención al final de la vida, se debe recordar que muchos de los miembros del equipo multidisciplinar, como pueden ser los enfermeros o los trabajadores sociales, pueden ejercer esta labor.<sup>34</sup>

Los ancianos que padecen esta patología tienen numerosas preocupaciones, entre las que se encuentran el miedo de convertirse en una carga y terminar siendo dependientes de otras personas o llegar a tener pérdida de la dignidad, del amor propio o del control.<sup>17</sup> Uno de los

objetivos de la educación al paciente debería ser ofrecerle soporte y ayudarlo a superar el miedo.<sup>31</sup>

Para tratar de reducir la carga psicológica que produce una enfermedad de esta magnitud, durante todo el proceso de la enfermedad se debe de mantener un apoyo adecuado tanto al paciente como a los miembros de su entorno. El soporte psicológico requiere habilidades de escucha, empatía, honestidad, tiempo, comprensión de las respuestas tanto normales como patológicas y, en ciertas ocasiones, derivación a profesionales auxiliares.<sup>21</sup>

Por lo tanto, para realizar un correcto apoyo psicológico, se considera que se debe desarrollar una comunicación adecuada entre el paciente y/o la familia y los miembros del equipo multidisciplinar. Además, está demostrado que ésta mejora la adaptación de los pacientes a la enfermedad, incrementa la adherencia al tratamiento, y provoca una mayor satisfacción del paciente y su familia con el cuidado.<sup>19</sup>

También es importante evaluar la comprensión y la percepción que tienen el paciente y la familia del estado de salud del anciano, así como la cantidad de información que desean recibir.<sup>32</sup> No se debe olvidar que en ciertas ocasiones se pueden presentar obstáculos que pueden complicar las conversaciones entre el médico, los pacientes y los miembros del entorno del anciano, como son la existencia de diferentes expectativas culturales y de barreras del lenguaje.<sup>34,33</sup> Otro impedimento que puede aparecer es que el anciano se muestre reacio a compartir su forma de pensar y sus sentimientos, y en ciertos momentos se puede utilizar el apoyo de los familiares para que estos establezcan una comunicación intermedia entre el paciente y el profesional sanitario, además de dirigir parte de las conversaciones.<sup>34</sup>

No obstante, a la hora de comunicarse con estos usuarios, se cree que la tarea más difícil es el tener que integrar hechos complicados y condiciones biomédicas con diferentes realidades emocionales, sociales, y espirituales que son igualmente complejas, pero no están bien descritas

en el lenguaje de la medicina.<sup>19</sup> De forma más concreta, la presentación de las distintas opciones de tratamiento para el paciente se convierte en un proyecto muy importante para el profesional, y ofrecer un soporte a la hora de decidir es un objetivo importante de la educación de estos pacientes.<sup>31</sup>

En todo momento se deben realizar discusiones abiertas y honestas en relación a los temas que más interesan al paciente, como son los síntomas y la calidad de vida que pueden esperar, la frecuencia de las interacciones con el equipo de cuidado y la disponibilidad de los servicios de soporte durante la administración del tratamiento.<sup>21</sup> Los ancianos a menudo quieren tener información acerca de la esperanza de vida y del curso que se espera que siga su enfermedad; asimismo, los pacientes deben de tener la oportunidad de preguntar, y se les debe animar a que no tengan reparo en realizar las preguntas que se les ocurran, entre las cuáles pueden estar las siguientes: ¿cuánto tiempo voy a vivir?, ¿dónde moriré?, ¿cómo moriré?<sup>21,36</sup>

Se aconseja que este apoyo psicológico sea otorgado a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, es decir, desde su diagnóstico hasta el desenlace, con especial atención al soporte al final de la vida.

### **Atención al final de la vida**

En un estudio<sup>30</sup> se les preguntó a los pacientes qué aspectos deseaban incorporar a los programas de cuidado al final de la vida. Entre los elementos que querían añadir se encuentran una mayor educación y soporte para los pacientes, para los familiares y para los profesionales, un incremento de la participación en la familia en el cuidado y la toma de decisiones, una mayor concentración en el manejo del dolor y de otros síntomas y el establecimiento de conversaciones del cuidado al final de la vida con un aumento de la participación del médico.

Por otra parte, la identificación del final de la vida es importante para preparar a los pacientes y a las familias ante los posibles cambios en las expectativas y las diferentes necesidades del cuidado, con una posible

referencia a la unidad de cuidados paliativos cuando el pronóstico sea menor de 6 meses.<sup>32</sup>

No obstante, es necesario recordar que los conflictos relacionados con las decisiones al final de la vida no son fáciles de tratar, y además son una fuente importante de angustia para los propios ancianos, para su familia y para los médicos que los tratan. Se considera que de forma general estos problemas aparecen por culpa de mala información, malentendidos o desacuerdos relacionados con valores considerados como fundamentales.<sup>34</sup> Para tratar de evitar la aparición de estos conflictos, se debe asegurar que los síntomas que el anciano padece sean correctamente controlados, que éste reciba toda la información que necesita y que esta sea otorgada en un momento adecuado, y que el usuario percibe la atención psicológica que precisa.

Como ya se ha comentado, en ocasiones los familiares pueden ayudar a los miembros del equipo sanitario a establecer conversaciones con los usuarios y mejorar la relación entre ellos. Sin embargo, también se debe tener en cuenta que en ciertos momentos los ancianos prefieren hablar de la atención al final de la vida con personas a las que conocen profundamente, en vez de con los profesionales sanitarios<sup>34</sup>, y, por lo tanto, se debe tener en cuenta esto y respetar los deseos de los usuarios en relación con quién prefieren hablar en cada momento.

Además, se considera que se debe ceder a los pacientes la decisión acerca del lugar donde prefieren morir,<sup>19</sup> destacando que en un estudio<sup>30</sup> se descubrió que la preferencia de la mayoría de los ancianos encuestados era morir en casa, seguido de cerca por morir en un hospicio para pacientes hospitalizados y, en último lugar estaba la decisión de morir en un hospital.

Tratar de cumplir los deseos del paciente y/o la familia en relación con el final de la vida, puede ayudar a facilitar el proceso de aceptación de la enfermedad, de su desarrollo y de su inevitable desenlace.

### **3.2. Criterios que rigen la indicación de manejo conservador en pacientes ancianos con ERC terminal**

Antes de comenzar a desarrollar los criterios que aconsejan la utilización del tratamiento conservador entre los ancianos con ERC terminal, se considera necesario destacar que la definición de la idoneidad para poder recibir este tratamiento presenta un auténtico desafío. De una forma más particular, a la hora de centrar la atención en un paciente específico, es difícil tomar la decisión entre comenzar tratamiento con diálisis o recibir cuidado conservador.<sup>22</sup>

En un estudio realizado a nefrólogos europeos<sup>23</sup> se descubrió que consideraban que la preferencia del paciente y la presencia de enfermedades graves eran los factores más importantes para ayudarles a tomar una decisión, seguidos por la presencia de demencia vascular o de un estado físico y funcional deteriorado, mientras que, por ejemplo, el soporte social era considerado como el factor menos importante.

Focalizando la atención en un principio en la opinión del paciente, se considera necesario destacar que recientes estudios<sup>23,35</sup> han demostrado que las decisiones de los ancianos con ERC terminal se vieron afectadas por diferentes factores, como la edad avanzada y el descenso relativo de la vitalidad, la posible pérdida de autonomía, la distancia al centro donde reciben el tratamiento con diálisis o las limitaciones de transporte para llegar a este centro.

También se descubrió en otra investigación<sup>30</sup> que los pacientes creían que estaban bien informados, pero que, por ejemplo, no sabían qué eran el cuidado paliativo y el hospicio. Esta falta de información provoca que los pacientes no conozcan con detalle los posibles tratamientos que pueden recibir, y por lo tanto evita que los pacientes puedan tomar una decisión de forma adecuada.

El hecho de que la preferencia del propio paciente sea considerada como relevante, debería destacar también la importancia de la educación de estos y de la toma de decisiones conjunta.<sup>23</sup> Esta toma de decisiones conjunta debe incluir como mínimo al propio paciente y al médico, y es importante recordar que el paciente y la familia juegan un papel central en este aspecto.<sup>36</sup> Se aconseja realizar esta decisión desde un punto de vista multidisciplinar, es decir, implicando a los nefrólogos, a los médicos de cuidados intensivos y a todos aquellos profesionales que se considere apropiado.<sup>19</sup>

Esto es debido a que, como ya se ha comentado, a pesar de que la opinión del paciente es importante, también hay una serie de factores clínicos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de decidir qué ancianos con ERC terminal tienen que recibir tratamiento conservador en vez de diálisis.

Desde el punto de vista médico se presentan una serie de factores que pueden afectar al proceso de toma de decisiones, y entre estas dificultades se encuentran: la edad del paciente, la presencia de factores de comorbilidad como diabetes, enfermedades respiratorias, cáncer, estado neurológico, demencia y otras enfermedades crónicas que pueden predecir malos resultados.<sup>18</sup>

Para que a los profesionales sanitarios les resulte más sencillo decidir qué tipo de tratamiento deben recibir sus pacientes, se considera que se debe realizar un pronóstico estimado y discutido con otros profesionales de los ancianos que padecen esta patología. Sin embargo, no se debe olvidar que la habilidad de predecir la supervivencia en el paciente tiene ciertas limitaciones.<sup>19</sup>

Entre las medidas que se aconsejan para tratar de averiguar el pronóstico de estos pacientes se encuentra la utilización de la conocida como “pregunta sorpresa”. Con este planteamiento se le pide al médico que piense en su paciente de una nueva forma, y debe hacerse la siguiente pregunta: “¿me sorprendería si este paciente muriese en el año que

viene?”. Esta pregunta no tiene el objetivo de preguntarle si el paciente fallecerá en un año, si no el propósito de saber si el hecho de que el usuario muriese en ese período de tiempo les causaría algún tipo de sorpresa. Se considera que ayuda a identificar a pacientes con alta morbilidad y estado funcional bajo, y que además tendrían 3,5 veces mayor probabilidad de morir un año más tarde a pesar de recibir diálisis.<sup>19,37</sup>

La pregunta sorpresa puede ser utilizada en conjunto con los factores de riesgo conocidos como de mal pronóstico (edad, comorbilidad, malnutrición severa y estado funcional), para poder realizar una predicción lo más cercana a la realidad posible. Esta estimación debería ser realizada por los diferentes miembros del equipo médico y discutida con el propio paciente y su familia para así poder llegar a un consenso entre todos.<sup>19</sup>

Por otra parte, la guía desarrollada por la Asociación de Nefrólogos (Renal Physicians Association) considera importante evitar el tratamiento con diálisis en los pacientes que se nombran a continuación:<sup>19</sup>

- Aquellos cuya condición médica impide el tratamiento con diálisis, bien porque el paciente es incapaz de cooperar o porque su estado de salud es muy inestable.
- Aquellos que tienen enfermedad terminal por causas no renales.
- Aquellos que se encuentran en el estadio 5 de la ERC y son mayores de 75 años que comparten dos o más de los siguientes criterios de mal pronóstico:
  - Responder “no, no estaría sorprendido” a la pregunta sorpresa.
  - Alta comorbilidad.
  - Alto deterioro funcional.
  - Malnutrición crónica severa.

Así pues, por ejemplo, para los usuarios con ERC terminal con un mal pronóstico, es decir, para los pacientes ancianos con múltiples comorbilidades, la probabilidad de recibir un trasplante renal es baja, y la diálisis puede que no otorgue beneficios o mejore la calidad de vida.<sup>23</sup>

De forma general se podría decir que los ancianos con ERC terminal que no se consideran adecuados para poder recibir tratamiento con diálisis podrían ser atendidos con tratamiento conservador o paliativo, como una alternativa que puede ayudar a estos pacientes a convivir con la patología. Este tipo de tratamiento, además de provocar menor estrés al paciente es un tipo de atención más barata que la diálisis.<sup>23,38</sup>

Se puede resumir, por lo tanto, afirmando que la estimación del pronóstico del usuario, establecida gracias a la realización de la pregunta sorpresa y la medición de los factores considerados de mal pronóstico, puede ayudar notablemente a los médicos a la hora de tomar decisiones acerca de qué tipo de tratamiento deben recibir estos pacientes. No obstante, también se cree que este aspecto debe ser estudiado con mayor profundidad, para así poder establecer mejor el perfil del paciente anciano que se va a ver beneficiado por este tipo de tratamiento y así ayudar a los profesionales sanitarios a la hora de elegir qué cuidado es mejor para cada usuario.

### **3.3. Impacto clínico del manejo conservador en la ERC terminal**

Los pacientes, la familia y algunos profesionales de la medicina pueden pensar erróneamente que se producen los mismos resultados tanto si no se inicia la diálisis como si se inicia y posteriormente se cesa este tipo de tratamiento. En un estudio<sup>29</sup> se descubrió que si bien los pacientes que abandonaban la diálisis morían dentro de una o dos semanas, los pacientes que rechazan su iniciación pueden vivir durante meses o incluso años.

En relación con el manejo conservador en la ERC terminal, de forma general se puede afirmar que hay poca evidencia científica acerca de la supervivencia de los pacientes atendidos de forma conservadora.<sup>25</sup>

A pesar de esto, se pudieron encontrar diversos estudios realizados a ancianos con ERC terminal<sup>28,39</sup> en los que se descubrió que los pacientes que recibían tratamiento conservador eran hospitalizados con menor frecuencia y tenían mayor probabilidad de recibir servicios de cuidados paliativos. Sin embargo, también se reveló que la supervivencia media era menor en los ancianos que recibían cuidado conservador que en aquellos que eran tratados con terapia sustitutiva.<sup>31,36,39</sup> No obstante, se halló también una investigación<sup>38</sup> en la que se reveló que la mortalidad en los pacientes que iniciaban diálisis era mayor que en aquellos que recibían cuidado conservador, aunque también es necesario destacar que los propios autores resaltan que esta diferencia puede ser debida a la diferencia de las características de los usuarios y los métodos estadísticos empleados en los estudios.

También se demostró que los pacientes ancianos con importantes comorbilidades y deterioro lento de la función renal tienen mayor probabilidad de beneficiarse del cuidado conservador, mientras que aquellos sin estas comorbilidades o con deterioro rápido de la función renal puede que no reciban ningún beneficio.<sup>24,25,40</sup> Otros usuarios que pueden verse beneficiados de este tipo de tratamiento son los ancianos frágiles con ERC terminal, pues puede que la diálisis no prolongue su esperanza de vida.<sup>38</sup>

La posibilidad de que la longitud o la calidad de vida no se vean mejoradas mediante la diálisis puede repercutir en la elección de tratamiento, al ser considerada como un factor importante para los pacientes y los cuidadores sobre si deben iniciar o no tratamiento diálisis.<sup>18</sup>

Se considera que se debe destacar a los pacientes los beneficios del cuidado paliativo, además de resaltar el hecho de que este tipo de

cuidado no se refiere tanto hacia la muerte, si no acerca de vivir al máximo los días que le quedan a uno.<sup>17</sup> En el caso de los pacientes ancianos con deterioro de la función renal considerando la forma de tratamiento, es conocido que la supervivencia relativa que el tratamiento pueda ofrecer puede llegar a ser menos importante que la calidad de vida.<sup>40</sup>

Por otra parte, en el aspecto económico, también debe recordarse, como ya se ha comentado, que el tratamiento paliativo es más barato que el tratamiento dialítico, y por lo tanto, incrementando la utilizando el primero se podrían ahorrar recursos sanitarios.<sup>38</sup>

Para finalizar, se considera importante concluir afirmando que aunque se han hecho considerables avances en relación con el estudio del tratamiento conservador o paliativo, se cree que aún se debe realizar una mayor investigación para poder descubrir mayor evidencia en relación con este tipo de tratamiento y sobre todo con la forma de seleccionar a los usuarios que pueden verse beneficiados de su utilización. Además, se considera que se deben desarrollar diferentes programas de nefrología que adapten la atención conservadora hacia este tipo de usuarios, incluyendo también en estos programas la educación del equipo multidisciplinar y de los propios pacientes.

## 4. Conclusiones

El tratamiento conservador es una estrategia no agresiva ni invasiva de cuidado, que trata de ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible, mejorando la calidad de vida e influyendo positivamente en el curso de la enfermedad.

Entre los objetivos de la atención paliativa se encuentran el manejo de los síntomas del paciente, la planificación anticipada de la atención, el soporte psicológico y el cuidado al final de la vida.

Para poder establecer qué pacientes ancianos con ERC terminal se verán favorecidos con la utilización del tratamiento conservador, se aconseja establecer una estimación del pronóstico del paciente, la cual puede ayudar a la hora de tomar una decisión.

Además, son numerosos los beneficios que este tratamiento puede otorgar en los usuarios, entre los que se encuentra, de manera prominente, una calidad de vida optimizada en relación a la situación de cada paciente.

Se considera, por lo tanto, que el tratamiento conservador puede ser una alternativa adecuada para determinados pacientes con ERC terminal.

No obstante, se cree que es necesario llevar a cabo una mayor investigación relacionada con este tema, para así poder obtener más información de este tipo de tratamiento y desarrollar programas que puedan ayudar a los profesionales a utilizarlo de forma más habitual.

## **5. Agradecimientos**

Al Doctor Miguel Pérez Fontán, porque su orientación y sus consejos han hecho posible este proyecto.

A mi familia, por su ayuda y confianza, y a mis amigos por su apoyo y comprensión.

Gracias.

## 6. Referencias bibliográficas

---

- <sup>1</sup> Fassett RG. Current and emerging treatment options for the elderly patient with chronic kidney disease. *Clin Interv Aging*. 2014; 9:191-199.
- <sup>2</sup> The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic kidney disease: nacional clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians; 2008.
- <sup>3</sup> Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*. 2013; 3(1):1-150.
- <sup>4</sup> Llewellyn H, Low J, Smith G, Hopkins K, Burns A, Jones L. Narratives of continuity among older people with late stage chronic kidney disease who decline dialysis. *Soc Sci Med*. 2014; 114:49-56.
- <sup>5</sup> Russon L, Mooney A. Palliative and end-of-life care in advanced renal failure. *Clin Med*. 2010; 10(3):279-281.
- <sup>6</sup> Cheung KL, Montez-Rath ME, Chertow GM, Winkelmayer WC, Periyakoil VS, Kurella Tamura M. Prognostic Stratification in Older Adults Commencing Dialysis. *J Gerontol A-Biol*. 2014; 69(8):1033-1039.
- <sup>7</sup> Crail S, Walker R, Brown M. Renal supportive and palliative care: position statement. *Nephrology*. 2013; 18(6):393-400.
- <sup>8</sup> Brennan F, Brown M. An ethical approach to dialysis: an alliance of nephrology, palliative medicine and ethics. *Qjm-Int J Med*. 2013; 106(5):397-400.
- <sup>9</sup> Shum CK, Tam KF, Chak WL, Chan TC, Mak YF, Chau KF. Outcomes in Older Adults With Stage 5 Chronic Kidney Disease: Comparison of Peritoneal Dialysis and Conservative Management. *J Gerontol A-Biol*. 2014; 69(3):308-314.
- <sup>10</sup> Brown MA, Crail SM, Masterson R, Foote C, Robins J, Katz I, et al. ANZSN Renal Supportive Care Guidelines 2013. *Nephrology*. 2013; 18(6):401-454.

- 
- <sup>11</sup> Kurella Tamura M, Cohen LM. Should there be an expanded role for palliative care in end-stage renal disease? *Curr Opin Nephrol Hy.* 2010; 19(6):556-560.
- <sup>12</sup> Isaacs A, Burns A, Davenport A. Is Dialysis a Viable Option for the Older Patient? *Outcomes for Patients Starting Dialysis Aged 80 Years or Older. Blood Purificat.* 2012; 33(4):257-262.
- <sup>13</sup> O'Connor NR, Kumar P. Conservative management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review. *J Palliat Med.* 2012; 15(2):228-235.
- <sup>14</sup> Davison SN, Koncicki H, Brennan F. Pain in Chronic Kidney Disease: A Scoping Review. *Semin Dialysis.* 2014; 27(2):188-204.
- <sup>15</sup> Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. *Nephrology.* 2011(1); 16:4-12.
- <sup>16</sup> Schell JO, Green JA, Tulsy JA, Arnold RM. Communication Skills Training for Dialysis Decision-Making and End-of-Life Care in Nephrology. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2013; 8(4):675-680.
- <sup>17</sup> Davison SN. The Ethics of End-of-Life Care for Patients for Patients with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012; 7(12):2049-2057.
- <sup>18</sup> Kainer G, Fetherstonhaugh D. Ethical considerations. *Nephrology.* 2010; 15(S1):S12-S14.
- <sup>19</sup> Renal Physicians Association. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis: Clinical Practice Guideline. 2<sup>a</sup> ed. Rockville: Renal Physicians Association; 2010.
- <sup>20</sup> World Health Organization (WHO) [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. WHO definition of palliative care. [acceso el 14 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- <sup>21</sup> Jassal SV, Kelman EE, Watson D. Non-Dialysis Care: An Important Component of Care for Elderly Individuals with Advanced Stages of Chronic Kidney Disease. *Nephron Clin Pract.* 2011; 119(S1):C5-C9.
- <sup>22</sup> Murthagh FEM, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years

---

with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transpl.* 2007; 22(7):1955-1962.

<sup>23</sup> Van de Luijtgarden MWM, Noordzij M, Van Biesen W, Couchoud C, Cancarini G, Bos WJW, et al. Conservative care in Europe: nephrologists' experience with the decision not to start renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant.* 2013; 28(10):2604-2612.

<sup>24</sup> Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant.* 2011; 26(5):1608-1614.

<sup>25</sup> Kane PM, Vinen K, Murtagh FEM. Palliative care for advanced renal disease: A summary of the evidence and future direction. *Palliative Med.* 2013; 27(9):817-821.

<sup>26</sup> Murtagh FEM, Sheerin NS, Addington-Hall J, Higginson IJ. Trajectories of Illness in Stage 5 Chronic Kidney Disease: A Longitudinal Study of Patient Symptoms and Concerns in the Last Year of Life. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2011; 6(7):1580-1590.

<sup>27</sup> O'Hare AM y Hemmelgarn BR. Tratamiento de la enfermedad renal crónica en el anciano. En Daugirdas JT, editor. *Manual de tratamiento de la enfermedad renal crónica.* Philadelphia: Wolters Kluwers Health; 2012. p. 465-475.

<sup>28</sup> Berger JR, Hedayati SS. Renal Replacement Therapy in the Elderly Population. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012; 7(6):1039-1046.

<sup>29</sup> O'Connor NR, Corcoran AM. End-Stage Renal Disease: Symptom Management and Advance Care Planning. *Am Fam Physician.* 2012; 85(7):705-710.

<sup>30</sup> Davison SN. End-of-Life Care Preferences and Needs: Perceptions of Patients with Chronic Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010; 5(2):195-204.

- 
- <sup>31</sup> Saggi SJ, Allon M, Bernardini J, Kalantar-Zadeh K, Shaffer R, Mehrotra R. Considerations in the optimal preparation of patients for dialysis. *Nat Rev Nephrol.* 2012; 8(7):381-389.
- <sup>32</sup> Koncicki HM, Swidler MA. Decision Making in Elderly Patients with Advanced Kidney Disease. *Clin Geriatr Med.* 2013; 29(3): 641-655.
- <sup>33</sup> Arulkumaran N, Szawarski P, Philips BJ. End-of-life care in patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2012; 27(3):879-881.
- <sup>34</sup> Davison SN. Advance Care Planning in Patients With Chronic Kidney Disease. *Semin Dialysis.* 2012; 25(6):657-663.
- <sup>35</sup> Faruque LI, Hemmelgam BR, Wiebe N, Manns BJ, Ravani P, Klarenbach S, et al. Factors Associated with Initiation of Chronic Renal Replacement Therapy for Patients with kidney failure. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2013. 8(8):1327-1335.
- <sup>36</sup> Treit K, Lam D, O'Hare AM. Timing of Dialysis Initiation in the Geriatric Population: Toward a Patient-centered Approach. *Semin Dialysis.* 2013; 26(6):682-689.
- <sup>37</sup> Moss AH, Ganjoo J, Sharma S, Gansor J, Senft S, Weaner B, et al. Utility of the "Surprise" Question to Identify Dialysis Patients with High Mortality. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008; 3(5):1379-1384.
- <sup>38</sup> Shih CJ, Chen YT, Ou SM, Yang WC, Kuo SC, Tarng DC. The impact of dialysis therapy on older patients with advanced chronic kidney disease: a nationwide population-based study. *BMC Med.* 2014; 12(1):169-178.
- <sup>39</sup> Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is Maximum Conservative Management an Equivalent Treatment Option to Dialysis for Elderly Patients with Significant Comorbid Disease? *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009; 4(10):1611-1619.
- <sup>40</sup> Ellam T, El-Kossi M, Prasanth KC, El-Nahas M, Khwaja A. Conservatively managed patients with stage 5 chronic kidney disease: outcomes from a single center experience. *Qjm-Int J Med.* 2009; 102(8):547-554.