

¿Existe un límite de edad para iniciar hemodiálisis?

Is there an age limit for starting haemodialysis?

Sr. Director:

Presentamos el caso clínico de un varón con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis (HD) durante 11 años, iniciando tratamiento dialítico a los 86 años de edad. Comienza su enfermedad renal en el año 2005 con síndrome nefrótico no biopsiado, llevando seguimiento en consulta de prediálisis durante 3 años, aproximadamente. Viudo desde hacía 6 años, y dado que deseaba recibir tratamiento dialítico, y su único hijo y cuidador se encontraba viviendo en Las Palmas de Gran Canaria, se traslada a la isla. Recibe HD por medio de catéter venoso central durante 3 meses continuando posteriormente por fistula arteriovenosa nativa.

Como antecedentes de interés: anemia crónica multifactorial, EPOC (enfisema pulmonar), fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada, hipoacusia severa bilateral e hiperplasia benigna prostática. No cardiopatía isquémica ni enfermedad cerebrovascular conocida.

En noviembre de 2012 ingresa por coledocolitiasis con necesidad de CPRE, esfinterotomía y extracción de litiasis evolucionando a posteriori sin nuevo episodio semejante.

Consultó el servicio de urgencias de nuestro hospital de referencia en solo una ocasión por bronquitis aguda y fallo ventricular izquierdo con mejoría notoria tras tratamiento médico.

Durante su seguimiento siempre llamó la atención su excelente adherencia al tratamiento dialítico y su total independencia para las actividades diarias, manteniendo incluso períodos vacacionales de hasta 2 meses en su ciudad natal de León.

En marzo de 2019 acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, vómitos y anemización realizándose el diagnóstico de neoplasia primaria de vesícula, además de colección perivesicular sugestiva de absceso. Se decide tratamiento médico conservador ingresando en la unidad de cuidados paliativos.

Hasta una semana antes de fallecer a sus 97 años, se mantiene tratamiento en HD respetando de este modo, la decisión del paciente y del familiar a continuar su tratamiento dialítico considerando, evidentemente, que su situación hemodinámica lo permitía.

Actualmente nos enfrentamos, cada vez con más frecuencia, a la decisión clínica de iniciar o bien tratamiento renal sustitutivo (TRS) o tratamiento renal conservador en pacientes ancianos, por lo que es necesario valorar los riesgos/beneficios de ambas actuaciones¹.

Según se describe en la literatura, aunque la supervivencia global suele ser superior en los pacientes que se dializan frente a los que no, esta ventaja se pierde en los mayores de 80 años; que presentan mayor comorbilidad, fundamentalmente si asocian cardiopatía isquémica^{2,3}.

Otros factores a tener en cuenta es la elevada carga de síntomas (dolor, fatiga, anorexia, disnea) que presentan los pacientes mayores en diálisis⁴. Además, la calidad de vida relacionada con la salud a menudo es deficiente^{5,6} y muchos presentan un progresivo deterioro funcional secundario.

Dado todo lo anterior, existe un creciente interés en un enfoque más conservador del tratamiento de la ERC avanzada en los pacientes ancianos.

No obstante, con este caso, queremos llamar a la reflexión sobre la necesidad de individualizar el TRS sin que la edad sea considerada aisladamente una limitante para iniciar diálisis, especialmente en aquellos enfermos añosos con escasa comorbilidad asociada.

Nuestro paciente, ya inicialmente octogenario, vivió con muy buena calidad de vida durante 11 años gracias a un tratamiento de HD que se inició valorando sus escasos antecedentes médicos personales y, por tanto, su bajo riesgo de mortalidad en la técnica y, por otra parte, y no menos importante, respetando las preferencias del enfermo en cuanto a que tratamiento recibir tras una adecuada información de todas las opciones terapéuticas disponibles.

Vivimos en un país democrático y contamos con la ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica («BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Referencia: BOE-A-2002-22188)⁷.

Según esta ley, el paciente tiene derecho a decidir libremente después de recibir la información adecuada, entre las opciones terapéuticas disponibles, lo cual refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía independientemente de la edad que se tenga.

De este modo, todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado, no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente incluso de manera anticipada.

En resumen, con esta presentación, queremos llamar la atención a sanitarios y autoridades sobre la necesidad de atención médica nefrológica especialmente de nuestros ancianos, considerando sus preferencias y el derecho a la información.

Aun cuando la mayoría de personas con edades superiores a los 80 años puede que no se beneficien de iniciar un tratamiento dialítico, esto se debe individualizar, como se hizo en nuestro enfermo, respetando y haciendo valer el derecho que tenemos todos, independientemente de la edad, a elegir nuestro presente y nuestro futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Swidler MA. Geriatric renal palliative care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012;67:1400–9.
- Murtagh F, Marsh J, Donohoe P. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant.* 2007;22:1955–62.
- Murtagh F, Burns A, Moranne O, Morton R, Naicker S. Supportive care: Comprehensive conservative care in end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016;11:1909–14.
- Murtagh F, Addington-Hall JM, Edmonds PM, Donohoe P, Carey I, Jenkins K, et al. Symptoms in advanced renal disease: A cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *J Palliat Med.* 2007;10:1266–76.
- Rebollo-Rubio A, Morales-Asensio JM, Pons-Raventos ME, Mansilla-Francisco JJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología.* 2015;35:92–109.
- Abdel-Kader K, Unruh M, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4:1057–64.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. («BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Referencia: BOE-A-2002-22188).

Yanet Parodis López*, Tania Monzón Vazquez, Francisco Valga, Francisco Alonso Alman, Juan Francisco Betancor Jiménez, Sebastian Hillebrand Ortega, Fernando Henríquez Palop y Gloria Anton Pérez

Unidad de Hemodiálisis, Centro de Diálisis Avericum, Las Palmas, Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yanet.parodis@avericum.com (Y. Parodis López).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.08.005>

0211-6995/© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Desarrollo de glomerulopatía C3 en paciente con lipodistrofia parcial adquirida

Development of C3 glomerulopathy in a patient with acquired partial lipodistrophy

Sr. Director:

La desregulación de la vía alternativa del complemento interviene en el desarrollo de la glomerulopatía C3 (GC3), donde un porcentaje elevado de casos poseen el autoanticuerpo factor nefrítico (anti-C3Nef) positivo¹, causante de la alteración del complemento. La presencia de este anticuerpo puede asociarse con alteraciones en el tejido adiposo, causando lipodistrofia parcial adquirida (LPA)², pudiendo esta aparecer de forma previa o posterior al desarrollo de una GC3.

Presentamos el caso de un varón de 52 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y LPA de reciente comienzo, en tratamiento con enalapril 5 mg/24 h. Fue remitido a consulta de nefrología por detección de albuminuria con cifras en aumento desde hacía años. El paciente se encontraba asintomático. A la exploración física destacaba la ausencia de tejido graso en pómulos, cuello, extremidades superiores y tronco, normotenso y sin edemas en miembros inferiores. Ante el diagnóstico diferencial de LPA, descartamos causas asociadas a paniculitis, enfermedades

autoinmunes como síndrome de Barraquer-Simons, síndrome de Lawrence, glomerulonefritis (GN) membranosa o membranoproliferativa (tras la biopsia renal), por fármacos (cortisol, insulina), así como infecciones virales como VIH. En pruebas complementarias realizadas, presentaba función renal normal con creatinina 0,89 mg/dl, urea 38 mg/dl, sodio 139 mEq/l, potasio 4,2 mEq/l, proteínas totales 6,7 mg/dl, colesterol total 240 mg/dl, C3 disminuido <15 mg/dl y C4 28,1 mg/dl, inmunoglobulinas, proteinograma, serología (VIH, VHC, VHB) y autoinmunidad (ANA, ANCA, APO, anti-PLAR2) resultaron negativos. En orina destacaba la presencia de microhematuria, albuminuria 3,7 g/24 h y proteinuria hasta 3,8 g/24 h. La ecografía renal reveló riñones de aspecto y tamaño normal con adecuada diferenciación córtico-medular, sin otros hallazgos. Se reforzó el tratamiento antiproteínúrico persistiendo en controles posteriores proteinuria en rango nefrótico. Se realizó biopsia renal con hallazgos anatomopatológicos de depósitos granulares a nivel de membrana con extensión a mesangio, con patrón global y difuso y positividad para C3 (3+); C4d (2+);