



Elección de no diálisis en insuficiencia renal crónica en estadio V (fallo renal). Evolución de las características de los pacientes entre 1992-1995 y 2000-2003

M. García García, J. C. Martínez Ocaña, A. Rodríguez Jornet, J. Almirall, E. Ponz, J. Ibeas y T. López Alba

Servicio de Nefrología. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Institut Universitari Parc Taulí.

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia renal crónica (IRC) es una patología que aumenta su incidencia con la edad. La aceptación de pacientes para diálisis ha ido aumentando en los últimos años a pesar del incremento de la comorbilidad, no considerándose la edad como contraindicación para el tratamiento sustitutivo renal. No obstante, en la práctica clínica nefrológica hay pacientes que no son incluidos en diálisis. **Objetivo:** Comparar las características de los pacientes con IRC no incluidos en diálisis en los periodos 1992-1995 y 2000-2003 para analizar las tendencias evolutivas de la práctica clínica nefrológica. **Material y método:** Estudio comparativo de las características basales y la evolución de los pacientes con IRC en estadio de fallo renal (estadio V) en quienes se decidió la elección de No-Diálisis atendidos en un sólo hospital durante 4 años entre los periodos de 1992-1995 (período A) y 2000-2003 (período B). La elección de No-Diálisis fue por decisión del paciente si era autónomo o de sus representantes legales en caso contrario. **Resultados:** SI-Diálisis: (período A versus período B): n: 116 pacientes, edad: 59,9 + 15,5 años vs n: 229 pacientes, edad: 64,0 + 15,8 años ($p < 0,05$). NO-Diálisis: (período A versus período B): n: 38 pacientes, 24,6% de la IRC que inició diálisis, edad: 77,5 + 9,3 años vs n: 37 pacientes, 13,9% de la IRC que inició diálisis, edad: 81,7 + 6,2 años ($p < 0,01$). Funcionalismo renal: creatinina sérica 7,4 + 2,4 mg/dl vs 5,3 + 1,2 mg/dl ($p < 0,001$); filtrado glomerular estimado por MDRD abreviado: 6,9 + 2,4 ml/min/1,73 m² vs 10,0 + 2,3 ml/min/1,73 m² ($p < 0,001$). Enfermedad renal primaria principales: etiología no aclarada 31,5% vs 24,3%, nefroangiosclerosis 23,6% vs 32,4%, diabetes 28,9 vs 21,6. Los motivos principales de la elección de no diálisis fueron: decisión personal 26,3% vs 35,1%, incompetencia mental persistente 15,8% vs 29,7%, pronóstico mortal a corto plazo 13,1% vs 21,7% y deterioro crónico severo con incapacidad de cuidarse 44,7% vs 13,5%. Autonomía funcional: pacientes dependientes 34,2% vs 83,8% ($p < 0,001$). Comorbilidades: 2,3 + 1,0 vs 3,0 + 1,5 procesos ($p < 0,05$), insuficiencia cardíaca 36,8% vs 48,8%, enfermedad cerebro-vascular 47,3% vs 51,3%, artropatía invalidante 13,1% vs 43,2%. Supervivencia media 55 + 168 días vs 168 + 236 días ($p < 0,001$). **Conclusión:** Los pacientes que no inician diálisis en los últimos años son más viejos, tienen peor capacidad física y son más autónomos en su capacidad de decisión. La identificación de los pacientes con IRC en estadio V se hace de forma más precoz y el seguimiento es más prolongado en el último período. El manejo nefrológi-

Correspondencia: Manuel García García
Corporación Sanitaria Parc Taulí
Parc Taulí, s/n
08208 Sabadell (Barcelona)
E-mail: mgarcia@cspt.es

co conservador de la IRC estadio V es una práctica clínica nefrológica significativa debido a la mayor supervivencia de estos pacientes.

Palabras clave: **Insuficiencia renal crónica estadio V. Manejo no dialítico. Manejo conservador. Cuidados paliativos.**

CHOOSING NOT TO DIALYSIS IN CHRONIC RENAL FAILURE IN STAGE V (RENAL FAILURE). EVOLUTION OF THE CHARACTERISTICS OF PATIENTS BETWEEN 1992-1995 AND 2000-2003

SUMMARY

Background: The incidence of chronic renal failure increase with the age. The selection of patient to dialysis has been increasing in spite of the high comorbidity. Moreover, in our clinical practice the aged patient is not contraindicated to dialysis. However, in the nephrology clinical practice not all the patients start the treatment with dialysis. **Objective:** The aim of our study has been to compare the characteristics of the patients who had not been dialyzed between the periods 1992-1995 and 2000-2003 to analyze the trend of the nephrology clinical practice. **Material and methods:** Comparative study of the characteristics and the evolution of patients with chronic renal failure in stage V (renal failure) not incorporated to dialysis in one hospital during four years between the periods the 1992-1995 (period A) and 2000-2003 (period B). **Results:** Start dialysis (period A versus period B): 116 patients, age 59.9 + 15.5 years vs 229 patients, age 64.0 + 15.8 years ($p < 0.05$). Non-dialysis (period A versus period B): 38 patients, age 77.5 + 9.3 years vs 37 patients, age 81.7 + 6.2 years ($p < 0.01$). Renal function: serum creatinina 7.4 + 2.4 mg/dl vs 5.3 + 1.2 mg/dl ($p < 0.001$), MDRD estimate glomerular filtration 6.9 + 2.4 mg/dl ml/min/1.73 m² vs 10.0 + 2.3 ml/min/1.73 m² ($p < 0.001$). Primary renal disease: unknown etiology 31.5% vs 24.3%, nephroangiosclerosis 23.6% vs 32.4%, diabetes 28.9% vs 21.6%. Functional status: dependent patients 34.2% vs 83.8% ($p < 0.001$). The principal reason for non-dialysis were: personal decision: 26.3% vs 35.1%, dementia 15.8% vs 29.7%, brief life expectancy because of serious co-existing diseases 13.1% vs. 21.7% and serious chronic illness with inability for themselves care 44.7% vs 13.1%. Comorbid conditions: 2.3 + 1.0 vs 3.0 + 1.5 ($p < 0.05$). Survival: 55 + 168 days vs 168 + 236 days ($p < 0.001$). **Conclusión:** Most of the patients that don't begin dialysis are elderly together with a poor functional capacity and with more autonomy in their decisions. The identification of patients with renal failure (stage V) was detected early in the last period than in the following one. The conservative management of non-dialyzed uremic patients is a significant nephrology clinical practice due to more survival of those persons.

Key words: **Chronic renal failure. Non-dialytic management. Conservative management. Palliative care.**

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, pacientes con disfunción terminal de un órgano vital pueden seguir con vida mediante la aplicación de tecnologías complejas y caras. Un caso paradigmático es el de la insuficiencia renal crónica. La incidencia de los nuevos pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que inician diálisis crónica ha ido aumentando en los países desarrolla-

dos a expensas de pacientes añosos y con pluripatología, especialmente diabéticos o con patología vascular^{1,2}. A estos pacientes unos años antes no se les ofrecía ni se les consideraba candidatos para diálisis crónica. La práctica clínica nefrológica ha ido cambiando a lo largo de los últimos años coincidiendo con la universalización de la asistencia sanitaria, con la promoción de la autonomía de los pacientes y con el aumento de los recursos dedicados a la insuficien-

cia renal. Asimismo, se ha consolidado el criterio de que la edad no es una contraindicación para la diálisis crónica. No obstante en la práctica clínica nefrológica hay pacientes que no son incluidos en diálisis crónica con una gran variabilidad de criterios^{3,4}. Este es un tema poco estudiado aunque tiene un gran interés asistencial.

En los últimos años se ha consolidado el estadiaje de la enfermedad renal en 5 grados. El grado más avanzado es el estadio V que se define como un filtrado glomerular menor de 15 ml/min/1,73 m² y es considerado como fallo renal, a partir de cuyo momento hay que realizar diálisis si precisa⁵. El momento óptimo para iniciar la terapia dialítica es actualmente desconocido. Una de las guías clínicas nefrológicas de más amplia difusión, las guías norteamericanas de la National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K-DOQI), recomiendan iniciar diálisis cuando el filtrado glomerular disminuye hasta valores próximos a 10,5 ml/min/1,73 m² a menos que se den juntas las tres condiciones siguientes: no adelgazamiento en ausencia de edema, no malnutrición proteica y ausencia de signos y síntomas clínicos atribuibles a uremia⁶. Estos criterios comparados con otros de inicio más tardío han generado controversias. Así, en varios estudios observacionales no se ha registrado beneficio significativo en la supervivencia con el inicio de diálisis más precoz^{7,8} ni tampoco diferencias en cuanto a la calidad de vida al cabo de 1 año⁹. Por otra parte, en algún estudio observacional se ha registrado aumento de mortalidad con el inicio precoz de diálisis en población de bajo riesgo¹⁰, siendo recomendable una evaluación clínica cuidadosa e individual del paciente para iniciar diálisis.

Así pues, puede pasar tiempo desde que se constata un estadio V de la enfermedad renal hasta que se inicia diálisis o se produce el exitus en el contexto de la elección de no diálisis. El período de evolución desde el estadio V de la enfermedad renal hasta el exitus en ausencia de diálisis ha sido muy poco estudiado. Por otra parte las prácticas clínicas nefrológicas en relación al inicio de diálisis han ido cambiando en los últimos años.

El objetivo de nuestro estudio ha sido examinar y comparar las características y la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio V (fallo renal) no incluidos en diálisis crónica entre los períodos 1992-1995 y 2000-2003 para analizar las tendencias evolutivas de la práctica clínica nefrológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, de cohortes y comparativo de las características basales y de la su-

pervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en fase de fallo renal, estadio V⁵, en quienes se decidió la elección de no diálisis. Los pacientes fueron atendidos en un sólo hospital, Corporació Sanitària del Parc Taulí de Sabadell, con un área de población residencial de referencia en el 2006 de 410.366 habitantes. Se han examinado y comparado dos períodos de 4 años cada uno, 1992-1995 y 2000-2003.

A partir de un registro prospectivo de insuficiencia renal avanzada se analizaron los pacientes con filtrado glomerular estimado menor de 15 ml/min/1,73 m², considerado dentro del estadiaje de la insuficiencia renal como estadio V o fallo renal⁵. El cálculo del filtrado glomerular estimado que se aplicó se realizó mediante la fórmula de Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) abreviado que incorpora la corrección por superficie corporal^{11,12}. Los parámetros que se recogieron fueron: fecha de la inclusión, edad, sexo, raza, peso corporal, creatinina sérica, urea sérica, comorbilidades (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasia, diabetes mellitus, hepatopatía crónica, artropatía invalidante, enfermedad activa aparato digestivo, arteriopatía periférica, neuropatía, defecto sensorial y psicopatía), grado de autonomía funcional según la escala de Gutman¹³, motivo principal para la elección de no diálisis, enfermedad renal primaria y supervivencia. El seguimiento de supervivencia de los pacientes no dializados se cerró el 30 de abril de 2006.

La indicación médica de inicio de diálisis fue realizada en nuestro centro por el nefrólogo responsable del paciente de forma individualizada, ajustándose a las recomendaciones internacionales, en especial, a partir del 2002 teniendo en cuenta las guías europeas¹⁴. En resumen se proponía iniciar diálisis si el filtrado glomerular estimado era inferior a 15 ml/min/1,73 m² y aparecía clínica urémica, incapacidad para controlar sobrecarga de volumen o deterioro del estado nutricional. En general se proponía iniciar diálisis en todos los casos cuando el filtrado glomerular era igual o inferior a 6 ml/min/1,73 m² aunque no hubieran síntomas.

La elección de no diálisis fue decidida por el paciente si era autónomo o de sus representantes legales en caso contrario tras recomendación de su nefrólogo. Ante las posibles divergencias entre los criterios del equipo asistencial y del paciente o su representante legal en caso de no ser este autónomo siempre se respetó el criterio del paciente y/o familiares.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante estadística básica descriptiva y análisis univariante para comparar grupos mediante *t* de Student,

Tabla I. Características demográficas

	1992-1995		2000-2003
SÍ-DIÁLISIS			
-Número	116 pacientes		229 pacientes
-Edad	59,9 ± 15,5 años	p < 0,05	64,0 ± 15,8 años
NO-DIÁLISIS			
-Número	38 pac. (24,6% IRC-V)		37 pac. (13,9% IRC-V)
-Edad	77,5 ± 9,3 años (47-91 años)	p < 0,05	81,7 ± 6,2 años (65-92 años)
-Varones	36,8% (14 pac.)	NS	54,1% (20 pac.)
-Mujeres	63,2% (24 pac.)	NS	45,9% (17 pac.)

test de chi 2, test exacto de Fisher y supervivencia actuarial mediante el método de Kaplan-Meier utilizando para todo el estudio el programa estadístico SPSS for Windows 13.0.

RESULTADOS

En la tabla I se recogen las características demográficas de los pacientes atendidos en los períodos 1992-1995 y 2000-2005, tanto los incluidos como los no incluidos en programa de diálisis. Se constata un incremento significativo de la edad de los pacientes que iniciaron diálisis. Los pacientes que no iniciaron diálisis eran mucho más añosos que los que empezaron diálisis y se constató un aumento significativo de la edad entre los dos periodos de estudio, pasando de 77,5 ± 9,3 años a 81,7 ± 6,2 años. No hubo diferencias en cuanto al sexo. Llama la atención que mientras que en el período 1992-1995 los pacientes no incluidos en diálisis supusieron el 24,6% de la IRC estadio V vistos en nuestro hospital, en el período 2000-2005 dicho porcentaje se redujo al 13,9% a pesar de que la edad aumentó.

El funcionalismo renal al inicio del registro de No-Diálisis se recoge en la tabla II. El nivel de insuficiencia renal era significativamente más avanzado en el período 1992-1995 que en el 2000-2003, siendo la media del filtrado glomerular estimado en 1992-1995 de 6,9 ± 2,4 ml/min/1,73 m² y en 2000-2003 de 10,0 ± 2,3 ml/min/1,73 m².

En la tabla III se describe la enfermedad renal primaria. La mayoría de casos corresponde a los diagnósticos de nefroangiosclerosis, nefropatía no filiada y nefropatía diabética. No hubo diferencia significativa entre los dos períodos comparados.

Las comorbilidades se recogen en la tabla IV. Hubo un incremento significativo del promedio de procesos por paciente entre los dos períodos comparados, así mientras en 1992-1995 se registraron 2,3 ± 1,0 procesos en 2000-2003 hubieron 3,0 ± 1,4 procesos.

Tabla II. Funcionalismo renal al inicio del registro de No-Diálisis

	1992-1995		2000-2003
Creatinina sérica	7,5 ± 2,4 mg/dl (3,6-15,7 mg/dl)	p < 0,001	5,3 ± 1,2 mg/dl (3,4-8,8 mg/dl)
Urea sérica	279,6 ± 82,6 mg/dl (150-612 mg/dl)	p < 0,001	203,4 ± 54,2 mg/dl (102-318 mg/dl)
Filtrado glomerular MRD abreviado	6,9 ± 2,4 ml/min/1,73 m ² (3,1-14,4 ml/min/1,73 m ²)	p < 0,001	10,0 ± 2,3 ml/min/1,73 m ² (5,4-14,6 ml/min/1,73 m ²)

Los procesos comórbidos más frecuentes en ambos períodos fueron la enfermedad cerebro-vascular, la insuficiencia cardíaca y la diabetes mellitus.

El grado de autonomía funcional de los pacientes no incluidos en diálisis en los períodos examinados se muestra en la figura 1. Destaca un significativo aumento del grado de dependencia de los pacientes en el último periodo, de tal forma que mientras que en el 1992-1995 el 63,2% de los pacientes eran capaces de valerse por sí mismos aunque desarrollaban una actividad física limitada, en 2000-2003 esta cifra se reducía al 16,2%. Por otra parte los pacientes que requerían hospitalización o atenciones continuadas aumentaron de un 10,5% a un 54,1%.

En la figura 2 se recoge el motivo principal para la elección de no diálisis. Cabe señalar la presencia de un cambio significativo en el patrón de no inclusión en diálisis. Así, mientras que en el período 1992-1995 el motivo principal fue un deterioro crónico general con incapacidad de cuidarse (44,7%), dicho motivo pasa al último lugar (13,5%) en el segundo período. En el período 2000-2003 la principal causa de no diálisis fue la decisión personal con plena au-

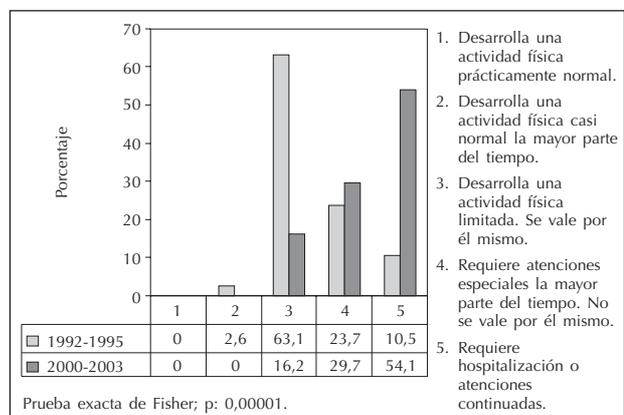


Fig. 1.—Grado de autonomía funcional de los pacientes de No-Diálisis.

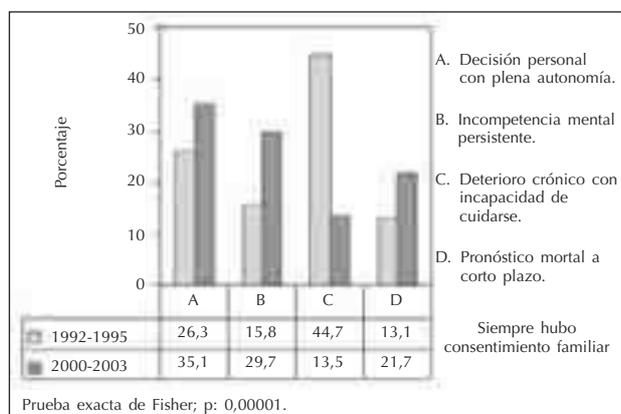


Fig. 2.—Motivo principal para la elección de No-dialísis.

tonomía que supuso el 35,1% de todos los casos. La decisión de sí diálisis o no diálisis en situación de IRC estadio V es un proceso que nosotros hemos desarrollado con la participación del paciente si era autónomo y en su defecto sus representantes legales.

La supervivencia actuarial se recoge en la figura 3, constatándose una diferencia significativa en cuanto a la supervivencia entre los períodos de 1992-1995 y 2000-2003. Así, en el primer período la supervivencia media fue de 55 ± 168 días con una mediana de 13 días y un porcentaje de exitus antes de 61 días del 68,4%, en el segundo período la supervivencia media fue de 168 ± 236 días con una mediana de 60 días y un porcentaje de exitus antes de 61 días del 51,3%. También cabe señalar que en el segundo período hubieron 5 pacientes (13,5%) en los que la supervivencia fue mayor de 1 año. En este segundo período hubieron 3 pacientes (8%) que cambiaron la decisión y eligieron diálisis.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio pone de manifiesto un cambio significativo en relación a las características de los pacientes en que se optó por no iniciar diálisis crónica al comparar los períodos 1992-1995 con 2000-2005. Así, en el segundo período los pacientes eran más ancianos, más dependientes y más autónomos en la toma de decisiones. Las patologías más frecuentes responsables de la IRC fueron en ambos períodos la nefropatía vascular y la nefropatía diabética, así como la IRC de etiología no aclarada diagnosticada en una fase avanzada, probablemente debida a nefroangiosclerosis, tal y como está descrita en la población anciana¹⁵. Asimismo, los niveles de dependencia de los pacientes en que se optó no iniciar diálisis

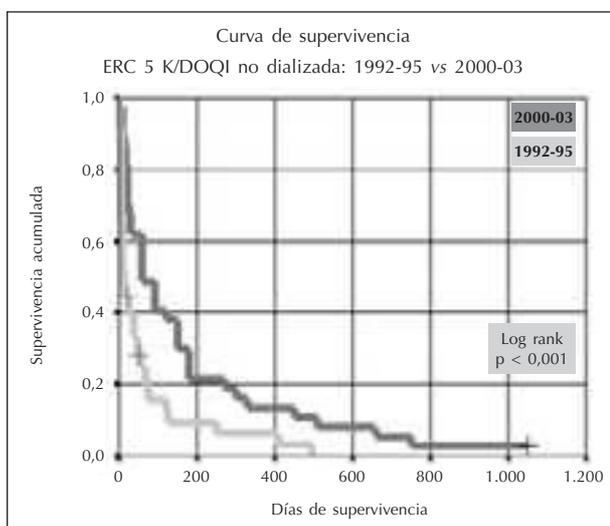


Fig. 3.—Supervivencia actuarial de los pacientes de No-Dialísis.

era muy elevada, coincidiendo con la experiencia de otros estudios¹⁶. La toma de decisión en el segundo período se hizo en un momento de la evolución de la insuficiencia renal menos avanzado que en el primer período, el tiempo de seguimiento fue bastante prolongado para un estadio de la enfermedad denominado fallo renal y además se constató que había pacientes que cambiaban de criterio y decidieron iniciar diálisis. Este cambio de patrón se ha producido en un periodo muy corto de tiempo coincidiendo con el acceso sin restricciones a las terapias dialíticas y con la promoción de la autonomía del paciente en la toma de decisiones. El nuevo perfil de los pacientes se corresponde a un cambio de la demanda de atención nefrológica que en épocas anteriores apenas accedían a la posible valoración para el tratamiento sustitutivo renal. Por otra parte, son pacientes que requieren manejo específico nefrológico para enlentecer la progresión de la insuficiencia renal y para mitigar las alteraciones urémicas, todo ello mediante actuaciones sobre la HTA, la anemia, la osteodistrofia renal, la acidosis metabólica y las alteraciones hidro-electrolíticas hasta que se entra en una fase de uremia terminal en que sólo cabe hacer tratamiento paliativo.

Las unidades de nefrología deben estar preparadas para tratar a este tipo de pacientes al tiempo que se ocupa de los pacientes que sí iniciaran diálisis crónica o podrán recibir un trasplante renal. Los programas asistenciales para dar respuesta a estas necesidades son los mismos que atienden a los pacientes con insuficiencia renal avanzada y que igual que se hacen responsable de la preparación para la hemodiálisis realizando la fístula arteriovenosa, la colocación de catéter peritoneal o la preparación para el

Tabla III. Enfermedad renal primaria de los pacientes del registro de No-diálisis

	1992-1995 (n: 38)	2000-2003 (n: 37)
Nefropatía no filiada	31,5%	24,3%
Nefroangioesclerosis	23,6%	32,4%
Nefropatía diabética	28,9%	21,6%
Mieloma múltiple	–	5,4%
Poliquistosis renal	–	5,4%
Pielonefritis crónica	7,9%	5,4%
GN extracapilar	–	2,7%
Amiloidosis	7,9%	2,7%

Chi 2: 7,32; P: 0,32. NS.

trasplante renal deberán seguir el manejo nefrológico específico conservador del paciente que no recibirá tratamiento sustitutivo renal. El proceso de toma de decisión debe ser compartido con los pacientes y/o familiares tras amplia información sobre el pronóstico y ofreciendo siempre un soporte paliativo¹⁷. El nombre de estas unidades obviamente no debería ser el de pre-diálisis como en ocasiones se las denomina, sino Unidades de Insuficiencia Renal Crónica.

El estudio que aquí se presenta es el resultado de un registro y seguimiento de pacientes iniciado en un solo centro desde 1992. Los registros habituales de pacientes con IRC sólo se suelen ocupar de los que reciben tratamiento sustitutivo renal y si bien proporcionan una información extraordinariamente útil, sólo recogen una parte de la realidad de la insuficiencia renal crónica en la fase de fallo renal. No es común hacer un seguimiento de pacientes como el que nosotros presentamos. Una limitación de nuestro estudio es que carecemos de la garantía de haber recogido todos los pacientes de nuestra área de referencia que presentaban insuficiencia renal crónica, bien porque hubieran ido a otros hospitales o porque no se hayan registrado por infranotificación de este tipo de pacientes muy añosos o con comorbilidad muy severa. En todo caso, nuestros datos sí nos permiten afirmar que existe una gran proporción de pacientes en fase de fallo renal crónico que no inician tratamiento sustitutivo renal cuya historia natural es bastante desconocida.

En estudios previos sobre pacientes con IRC avanzada que no se incluyen en diálisis en países sin restricción explícita para diálisis ya se constataba que su número era significativo y que solían corresponder a pacientes añosos y con comorbilidades¹⁸. Nosotros también hemos presentado este fenómeno es un primer estudio en 1997¹⁹. Por otra parte, en otra publicación reciente que estudiaba las características y evolución de los pacientes no considerados candidatos para diálisis por sus nefrólogos no encontraron diferencias significativa en la supervivencia entre los

Tabla IV. Comorbilidades de los pacientes del registro de No-Diálisis

	1992-1995 (n: 38)	2000-2003 (n: 37)
Insuficiencia cardíaca	36,8%	48,6%
Cardiopatía isquémica	18,4%	18,9%
Arteriopatía periférica	15,6%	27,0%
Diabetes Mellitus	31,6%	27,0%
Enf. cerebro-vascular	47,3%	51,3%
EPOC	13,1%	21,6%
Neoplasia	10,5%	5,4%
Artropatía invalidante	13,1%	43,2%
Hepatopatía crónica	5,2%	5,4%
Enf. digestiva activa	7,8%	2,7%
Defecto sensorial grave	2,6%	29,7%
Psicopatía grave	2,6%	5,4%
Promedio de procesos	2,3 ± 1,0	3,0 ± 1,4*

*P < 0,05.

que iniciaron diálisis con carácter paliativo y los que no iniciaron diálisis¹⁶. Uno de los puntos conflictivos es la variabilidad de los criterios de los nefrólogos para indicar diálisis según la tipología de pacientes. Así, en un amplio estudio internacional sobre las prácticas clínicas nefrológicas que incluye Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos se constataron diferentes criterios nefrológicos para incluir pacientes en programas de diálisis crónica⁴. La variabilidad de criterios se refiere a pacientes demenciados, con múltiples problemas médicos, dependientes o muy ancianos. Nuestro criterio ha sido aplicar un proceso de decisión compartida. Ante la insuficiencia renal avanzada, tras la información y la recomendación del nefrólogo se le preguntaba al paciente si era autónomo o, en su defecto, a sus representantes legales, si se optaba o no por un tratamiento sustitutivo renal. Si el paciente optaba por diálisis se le ofrecía un programa informativo amplio de ayuda para su toma de decisión para escoger hemodiálisis o diálisis peritoneal con la consiguiente preparación para la misma. Si el paciente o sus representantes legales no optaban por diálisis se seguía manejo clínico conservador, siendo siempre posible cambiar de criterio como ocurrió en tres ocasiones.

El perfil de los pacientes que actualmente no son incluidos en diálisis es el de más ancianos, más dependientes y con más comorbilidades que hace unos años, pero la decisión personal del paciente es en nuestra experiencia actual el principal criterio para no iniciar diálisis. No hemos estudiado las diferencias entre la recomendación del nefrólogo y la decisión de pacientes y familiares. Nunca hubo conflicto con pacientes o familiares, siempre se respetó su criterio.

En la medicina moderna se ha ido consolidando la práctica del consentimiento informado a partir del

cual se reconoce al paciente la capacidad y el derecho legal para tomar decisiones que afectan a su propio cuerpo o salud, eje sobre el que gira la nueva relación médico-enfermo²⁰. La no elección de un tratamiento crónico de soporte vital como es la diálisis es un tema que desde la perspectiva ética podría ser conflictivo. En nuestra experiencia hubo un proceso de revisión y posicionamiento institucional por parte del Comité de Ética Asistencial para facilitar una práctica clínica en el tema de la inclusión o suspensión de diálisis en la que colaboró todo el servicio de nefrología, tanto médicos como enfermería²¹. El hacer partícipe al paciente y/o familiares en la toma de decisión referente al tratamiento sustitutivo renal es un reto de comunicación para el equipo nefrológico, especialmente cuando se decide tratamiento conservador no dialítico. Es muy deseable que el equipo asistencial comparta una visión similar en relación a la razón de ser de un tratamiento crónico de soporte vital como es la diálisis crónica primando la valoración de la calidad de vida percibida por parte del paciente.

Otro aspecto que nuestro estudio pone de manifiesto es que bajo la denominación de estadio V, el último de la clasificación de enfermedad renal, denominado fallo renal, se abre una perspectiva que para algunos pacientes puede ser muy larga sin necesidad de recurrir a diálisis. Desde esta perspectiva creemos que es necesario una mayor atención a este estadio V de la enfermedad renal en la que más que insuficiencia renal crónica terminal como a veces se denomina por interés administrativo⁵, se trata de insuficiencia renal crónica muy avanzada. Pacientes con una progresión lenta de su enfermedad renal, como es el caso de personas ancianas con nefropatías intersticiales o nefroangiosclerosis y con factores de progresión de la enfermedad renal controlados pueden presentar un curso clínico de sus alteraciones urémicas poco sintomático, falleciendo por otras causas diferentes a la enfermedad renal. Estos pacientes requieren una atención específica, tanto si se preparan para diálisis como si van a seguir un tratamiento conservador no dialítico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stengel B, Billon S, CW Van Dijk P, Pager KJ, Dekker FW, Simpson K y cols.: Trends in the incidence of renal replacement therapy for end-stage renal disease in Europe, 1990-1999. *Nephrol Dial Transplant* 18: 1824-1833, 2003.
2. García López FJ, Robles R, Gentil MA, Lorenzo V, Clèries M, García Blasco MJ y cols.: Comparación de la incidencia, prevalencia, modalidades de tratamiento y mortalidad en pacientes con tratamiento renal sustitutivo en cinco comunidades autónomas españolas en el período 1991-1996. *Nefrología* 19: 443-459, 1999.
3. McKenzie JK, Moss AH, Feest TG, Stocking CB, Siegler M: Dialysis decision making in Canada, the United Kingdom and the United States. *Am J Kidney Dis* 31: 12-18, 1998.
4. Lambie M, Rayner HC, Bragg-Gresham JL, Pisoni RL, Andreucci VE, Canaud B y cols.: Starting and withdrawing haemodialysis associations between nephrologists' opinions, patients characteristics and practice patterns (data from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study). *Nephrol Dial Transplant* 21: 2814-2820, 2006.
5. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Outcome Quality Initiative. *Am J Kidney Dis* 39 (Supl. 1): S1-S266, 2002.
6. National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy: Update 2000. *Am J Kidney Dis* 37 (Supl. 1): S7-S64, 2001.
7. Korevaar JC, Janse MAM, Dekker FW, Jager KJ, Boeschoten EW, Krediet RT y cols.: When to initiate dialysis: effect of proposed US guidelines on survival. Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis Study Group. *Lancet* 358: 1046-1050, 2001.
8. Beddhu S, Samore MH, Roberts MS, Stoddard GJ, Ramkumar N, Pappas L y cols.: Impact of timing of initiation of dialysis on mortality. *J Am Soc Nephrol* 14: 2305-2312, 2003.
9. Korevaar J, Jansen M, Dekker F, Boeschoten E, Bossuyt P, for the NECOSAD Study Group: Evaluation of DOQI guidelines. Early start of dialysis treatment is not associated with better health-related quality of life. *Am J Kidney Dis* 39: 108-115, 2002.
10. Kazmi W, Gilbertson D, Obrador G, Guo H, Pereira B, Collins A y cols.: Effect of comorbidity on the increased mortality associated with early initiation of dialysis. *Am J Kidney Dis* 46: 887-89, 2005.
11. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D: A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine. A new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 130: 461-470, 1999.
12. Levey AS, Greene T, Kusek JW, Beck GJ: A simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol* 11: A0828 (abstr), 2000.
13. Gutman RA, Stead WW, Robinson RR: Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N Eng J Med* 304: 309-313, 1981.
14. European Best Practice. Guidelines for Haemodialysis (Part 1). *Nephrol Dial Transplant* 17 (Supl. 1): S1-S111, 2002.
15. Clèries M, Vela E: Registre de Malalts Renals de Catalunya. Informe Estadístic 2004. OCATT. Orgabització Catalana de Transplantaments. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2006.
16. Smith C, Da Silva Gane M, Chandna S, Warwicker P, Greenwood R, Farrington K. Choosing not to dialysis: evaluation of planned non-dialytic management in a cohort of patients with end-stage renal failure. *Nephron Clin Pract* 95: c40-c46, 2003.
17. Galla JH: Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol* 11: 1340-1342, 2000.
18. Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, Jindall KK. Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. *Am J Kidney Dis* 23: 463-466, 1994.
19. García García M, Rodríguez Jornet A, Ponz E, Almirall J. No inicio de tratamiento con diálisis crónica a pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada. *Nefrología* 17: 411-417, 1997.
20. Gracia D: Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 93: 100-102, 1989.
21. Rodríguez Jornet A, García García M, Hernando P, Ramírez Vaca J, Padilla J, Ponz E y cols.: Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal retirados de diálisis bajo protocolización. *Nefrología* 21: 150-159, 2001.