



## CARTAS AL DIRECTOR

# Morir por enfermedad renal crónica avanzada en un hospital de apoyo

María Teresa Sáez Vaquero\* y Teresa Fluxá Egea

Unidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Infanta Leonor-Hospital Virgen de la Torre, Madrid, España

Recibido el 20 de septiembre de 2017

Aceptado el 3 de diciembre de 2017

Sáez Vaquero MT, Fluxá Egea T. Morir por enfermedad renal crónica avanzada en un hospital de apoyo. *Med Paliat.* 2019;26(2):181-183.

Sr. Director:

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa un problema sociosanitario por su morbimortalidad y creciente incidencia y prevalencia, que en España alcanza el 0,3 %. Incluye los estadios 4 y 5 de la clasificación de ERC<sup>2</sup> y cursa con descenso grave del filtrado glomerular (< 30 ml/min). Son objetivos terapéuticos el control sintomático, la reducción de complicaciones y retrasar su progresión. Los cuidados paliativos aportan importantes beneficios a estos pacientes<sup>3,4</sup>.

Desde el Servicio de Medicina Interna de un Hospital de Apoyo estudiamos todos sus pacientes fallecidos el último año por ERCA, tanto en la Unidad de Corta Estancia (UCE) como en la Unidad Integrada de Cuidados Paliativos (UCP).

Realizamos un estudio descriptivo mediante la revisión retrospectiva de historias clínicas. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, cuidador principal) y clínicas (motivo de ingreso, sintomatología, tratamiento, instrumentación, sedación), así como el grado de conocimiento de la enfermedad. Utilizamos estadísticos básicos de centralización y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para comparar las medias se

empleó la prueba t de Student y para proporciones el test chi-cuadrado de Pearson. El nivel de significación fue  $p < 0,05$ .

De 1502 pacientes, en 18 (1,2 %) la ERCA fue la causa fundamental de fallecimiento: ingresaron 7 (38,88 %) en la UCP y 11 (61,11 %) en la UCE. De los pacientes de la UCP, 6 eran polisintomáticos (85,71 %) y 5 presentaban disnea (71,42 %); recibieron morfina 6 (85,71 %) y precisaron sedación por disnea o delirio 2 (28,57%); la vía subcutánea se usó en 5 (71,42 %). De los pacientes de la UCE, 8 tenían demencia (72,72 %), 9 dolor (81,81 %) y 6 ansiedad-depresión (54,54 %), siendo este un síntoma significativamente más frecuente que en la UCP; recibieron morfina 9 (81,81 %) y su tasa de sedación fue del 54,54 %, bien por disnea, dolor o más de una causa en 3 casos (27,27 %); en 7 (63,63 %) se usó acceso venoso (Tabla I).

Ninguno recibió tratamiento renal sustitutivo. El grado de conocimiento del paciente fue mayor en la UCP, y la vía subcutánea se usó más en varones, sin significación estadística. El cuidador principal fue el cónyuge en varones y los hijos en mujeres ( $p < 0,05$ ).

Las enfermedades no oncológicas constituyen un reto asistencial. Existen criterios para su inclusión en programas de cuidados paliativos basados en supervivencia, ya sean

\*Autor para correspondencia:

María Teresa Sáez Vaquero

Unidad de Cuidados Paliativos. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Infanta Leonor-Hospital Virgen de la Torre. C/ Gran Vía del Este, 80. 28031 Madrid.

Correo electrónico: [mteresa.saezva@salud.madrid.org](mailto:mteresa.saezva@salud.madrid.org)

DOI: [10.20986/medpal.2019.1038/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1038/2019)

Tabla I. Pacientes fallecidos en 1 año por enfermedad renal crónica (n = 18)

	Total (n = 18)	UCP (n = 7) (38,88 %)	UCE (n = 11) (61,11 %)	p < 0,05
EDAD (años)	86,4 (DE 6,7)	80,57 (DE 5,3)	90,09 (DE 4,7)	No
Rango	75-96	75-87	80-96	
SEXO FEMENINO	12 (66,66 %)	4 (57,14 %)	2 (18,2 %)	No
ESTANCIA MEDIA (días)	10,6 (DE 7,5)	10 (DE 8,8)	11 (DE 6,8)	No
Rango	3-27	3-27	3-25	
MOTIVO DE INGRESO				
Infecciones	6 (33,33 %)	2 (28,57 %)	4 (36,36 %)	No
Insuficiencia cardiaca	5 (27,77 %)	2 (28,57 %)	3 (27,27 %)	No
Otros	7 (38,88 %)	3 (42,85 %)	4 (36,36 %)	No
UBICACIÓN				
Unidad de Corta Estancia	11 (61,11 %)	-----	-----	-----
Unidad de Cuidados Paliativos	7 (38,88 %)			
INDICADORES DE MAL PRONÓSTICO PARA RESPUESTA A DIÁLISIS				
Demencia	9 (50 %)	1 (14,28 %)	8 (72,72 %)	No
Infecciones	8 (44,44 %)	2 (28,57 %)	6 (54,54 %)	No
Delirio	8 (44,44 %)	2 (28,57 %)	6 (54,54 %)	No
≥ 2 indicadores	15 (83,33 %)	5 (71,42 %)	10 (90,90 %)	No
SÍNTOMAS PRINCIPALES				
Dolor	12 (66,66 %)	3 (42,85 %)	9 (81,81 %)	No
Disnea	10 (55,55 %)	5 (71,42 %)	5 (45,45 %)	No
Ansiedad-depresión	8 (44,44 %)	2 (28,57 %)	6 (54,54 %)	Sí
Otros	6 (33,33 %)	2 (28,57 %)	4 (36,36 %)	No
≥ 2 síntomas	12 (66,6 %)	6 (85,71 %)	4 (36,36 %)	No
TRATAMIENTO CON OPIÁCEOS				
Morfina	15 (83,33 %)	6 (85,71 %)	9 (81,81 %)	No
Fentanilo	1 (5,55 %)	0	1 (9,09 %)	No
Otros	1 (5,55 %)	1 (14,28 %)	0	No
No	1 (5,55 %)	0	1 (9,09 %)	No
CUIDADOR PRINCIPAL				
Cónyuge	5 (27,77 %)	3 (42,85 %)	3 (27,27 %)	No
Hijos	8 (44,44 %)	2 (28,57 %)	6 (54,54 %)	No
Solo	4 (22,22 %)	2 (28,57 %)	2 (18,18 %)	No
INSTRUMENTACIÓN				
Vía subcutánea	9 (50 %)	5 (71,42 %)	4 (36,36 %)	No
Vía venosa periférica	9 (50 %)	2 (28,57 %)	7 (63,63 %)	No
GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE				
Diagnóstico	5 (27,77 %)	3 (42,85 %)	2 (18,18 %)	No
Pronóstico	1 (5,55 %)	1 (14,28 %)	0	No
No valorable	7 (38,88 %)	1 (14,28 %)	6 (54,54 %)	No
No consta	5 (27,77 %)	2 (28,57 %)	3 (27,27 %)	No
TASA DE SEDACIÓN				
Por disnea	8 (44,44 %)	2 (28,57 %)	6 (54,54 %)	No
Por dolor	4 (22,22 %)	1 (14,28 %)	3 (27,27 %)	No
Por delirio	3 (16,66 %)	0	3 (27,27 %)	No
Por delirio	3 (16,66 %)	1 (14,28 %)	2 (18,18 %)	No
Por ≥ 2 causas	3 (16,66 %)	0	3 (27,27 %)	No

DE: desviación estándar. ERC: enfermedad renal crónica. UCE: Unidad de Corta Estancia. UCP: Unidad de Cuidados Paliativos.

generales o de complejidad, que permiten tratamientos adecuados para las necesidades de estos pacientes<sup>5</sup>.

En nuestro estudio, el registro de variables en ambas unidades fue uniforme. Los síntomas de la ERC son múltiples,

infradiagnosticados y concomitantes. Destacan: prurito, dolor, alteraciones emocionales y cognitivas. No registramos prurito, por insuficiente estandarización en la evaluación sintomática, y hubo dificultad para la valoración de

demencia o delirio. La presencia de un psicólogo en la UCP puede relacionarse con menos dolor y mayor detección de alteraciones emocionales.

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud indica evitar la discriminación por cualquier condición. Hallamos un uso más frecuente de la vía subcutánea en varones, que interpretamos como un detrimento de cuidados de mayor calidad en mujeres.

El paciente con ERCA puede recibir tratamiento de soporte y cuidados paliativos desde el diagnóstico, durante el tratamiento renal sustitutivo, en su cese, o si se decide no iniciarlo<sup>6</sup>. A mayor edad, comorbilidad o deterioro funcional, sus beneficios disminuyen en supervivencia y calidad de vida. Ningún paciente se trató con tratamiento renal sustitutivo: todos tenían indicadores asociados a mala respuesta. Muchos precisarán analgésicos opioides: los más seguros son el fentanilo y la metadona, infrautilizados frente a la morfina, que necesita una estrecha supervisión y ajuste de dosis<sup>7</sup>.

Se objetivó también un bajo conocimiento de la enfermedad, que dificulta la toma de decisiones. Existen cuatro trayectorias evolutivas de la ERCA: reconocerlas permitirá establecer una planificación anticipada de la asistencia<sup>8</sup>. Identificar tempranamente la fase terminal facilita su correcta asistencia en la agonía<sup>9,10</sup>.

La adecuada atención de la ERCA exige avanzar en la homogeneidad de prestaciones y en la cartera de servicios basada en la evidencia.

### Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Otero A, De Francisco A, Gayoso P, García F; EPIRCE Study Group. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España: Resultados del estudio EPIRCE. *Nefrología*. 2010;30:78-86.
2. Alcázar Arroy R, Orte Martínez L, Otero González A. Enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología*. 2008;28 Supl 3:3-6.
3. Holley JL. Palliative care: End-stage renal disease. UpToDate [internet]. 2018 [citado 11 May 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-end-stage-renal-disease>.
4. Tejedor A, De las Cuevas X. Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada no susceptible de tratamiento dialítico. *Nefrología*. 2008;28 Supl 3:129-36.
5. Alonso Babarro A, Rexach Can L, Gisbert Aguilar A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Pal*. 2010;17:161-71.
6. Leiva-Santos JP, Sánchez-Hernández R, García-Llana H, Fernández-Reyes MJ, Heras-Benito M, Molina-Ordas A, et al. Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. *Nefrología*. 2012;32:20-7.
7. Castillo Padrós M, Benítez-Rosario MA. Cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia renal terminal. *FMC*. 2010;17:578-89.
8. Zhang AH, Tam P, LeBlanc D, Zhong H, Chan CT, Bargman JM, et al. Natural history of CKD stage 4 and 5 patients following referral to renal management clinic. *Int Urol Nephrol*. 2009;41:977-82.
9. Douglas C, Murtagh FE, Chambers EJ, Howse M, Ellershaw J. Symptom management for the adult patient dying with advanced chronic kidney disease: A review of the literature and development of evidence-based guidelines by a United Kingdom Expert Consensus Group. *Palliat Med*. 2009;23:103-10.
10. Campos-Calderón C, Montoya-Juárez R, Alfaya-Góngora MM, Gorlat-Sánchez B, Hueso-Montoro C, García-Caro MP. Establecimiento de la situación de enfermedad terminal en enfermedades oncológicas y no oncológicas: estudio retrospectivo con historias clínicas. *Med Pal*. 2017;24:136-45.