

# Tratamiento conservador del paciente con ERCA: cuidados de soporte y paliativos

**Grupo de trabajo de CP en la ERCA  
11 junio 2014**

G.P. Losada González  
Servicio de Nefrología  
Hospital Son Espases



# ESTRATÈGIA

DE LA MALALTIA  
RENAL CRÒNICA  
DE LES ILLES BALEARS  
2011-2015

ESTRATÈGIA DE MALALTIA RENAL CRÒNICA DE LES ILLES BALEARS 2011-2015



**Govern de les Illes Balears**  
Conselleria de Salut i Consum  
Servei de Salut de les Illes Balears



**Govern  
de les Illes Balears**



# ESTRATEGIA

DE CUIDADOS PALIATIVOS  
DE LAS ILLES BALEARS  
2009-2014



**Govern  
de les Illes Balears**



# Introducción



- Prevalencia de ERCA supera los 1000 pacientes por millón de población.
- En España en el año 2012 la prevalencia de pac. en diálisis era de 1092 pmp, siendo uno de los países de Europa con mayor % de pacientes en diálisis.
  - Mediana de edad >60 años. Los ancianos subgrupo de población de más rápido crecimiento.
  - Aumento de comorbilidad, deterioro cognitivo, y funcional.
- En pac.>75 años que entran en diálisis mortalidad cercana al 50% anual, y una estancia hospitalaria de un 20% de los días de supervivencia.
- Los pacientes en TRS, el 0.1 % de la población, consumen el 2.5% del presupuesto sanitario, y el 4 % de la atención hospitalaria.

# Introducción



**Principales factores pronósticos pacientes >75 años (particularmente pobre con 2 o más de los siguientes factores de riesgo):**

- 1- Elevada comorbilidad (Charlson Modificado  $> 8$ , cardiopatía isquémica, diabetes, enfermedad cardiovascular).
- 2- Malnutrición crónica (albúmina  $< 2.5$  g/dl).
- 3- Deterioro funcional (Karnofsky  $< 40$ ).
- 4- Falta de seguimiento previo en consulta de nefrología.

*Todos los pacientes antes de empezar tratamiento renal sustitutivo deberían ser informados de la posibilidad de manejo conservador y de la opción de abandonar el tratamiento si la calidad de vida empeora significativamente.*

<http://www.senefro.org>

© 2008 Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología

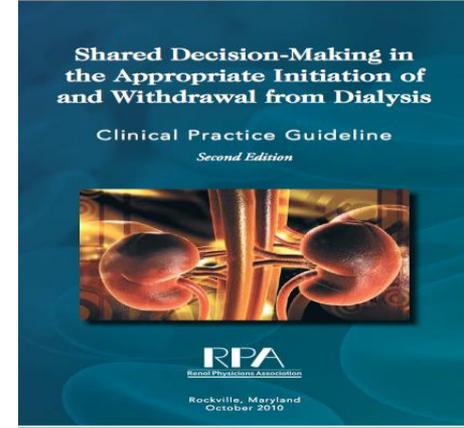
Guías S.E.N.

**Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzado (grado 5) no susceptible de tratamiento dialítico**

A. Tejedor\* y X. de las Cuevas Bou\*\*



# Introducción



## **5.4 Estructura y manejo de un completo manejo conservador.**

5.4.1 El manejo conservador debe ser una opción a la TRS.

5.4.2 Todos los programas de ERC deberían desarrollar un programa de cuidados avanzados para pacientes que necesiten cuidados al final de la vida.

5.4.3 Los pacientes y familiares deberían disponer de cuidados coordinados al final de la vida, contando con atención primaria y cuidados de especialistas en CP.

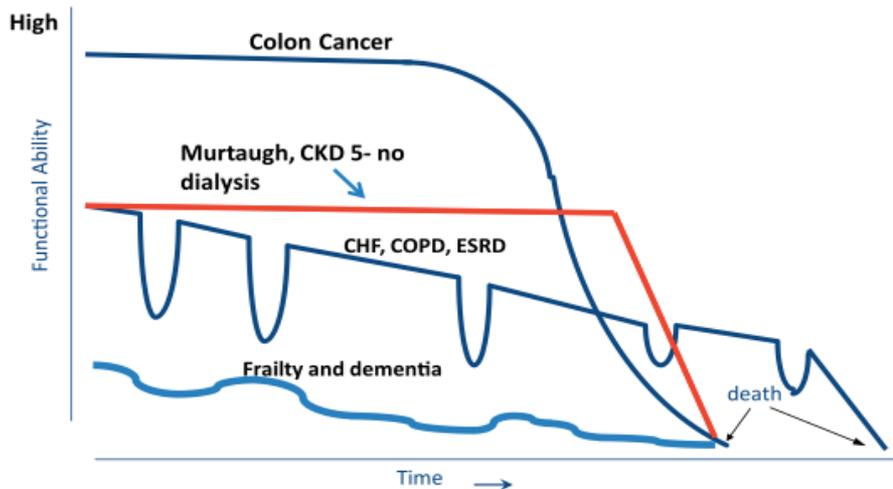
5.4.4 Protocolos para manejo de síntomas , atención psicológica.

# Introducción

**22188** *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.*

## **CAPITULO IV** – El respeto de la Autonomía del Paciente.

- El consentimiento informado es el exponente máximo de la **AUTONOMIA** (Principio de la Bioética) y debe ofrecerse:
  - Ante toda actuación en el ámbito de la sanidad
  - Con “tiempo suficiente”. Es temporal y revocable.



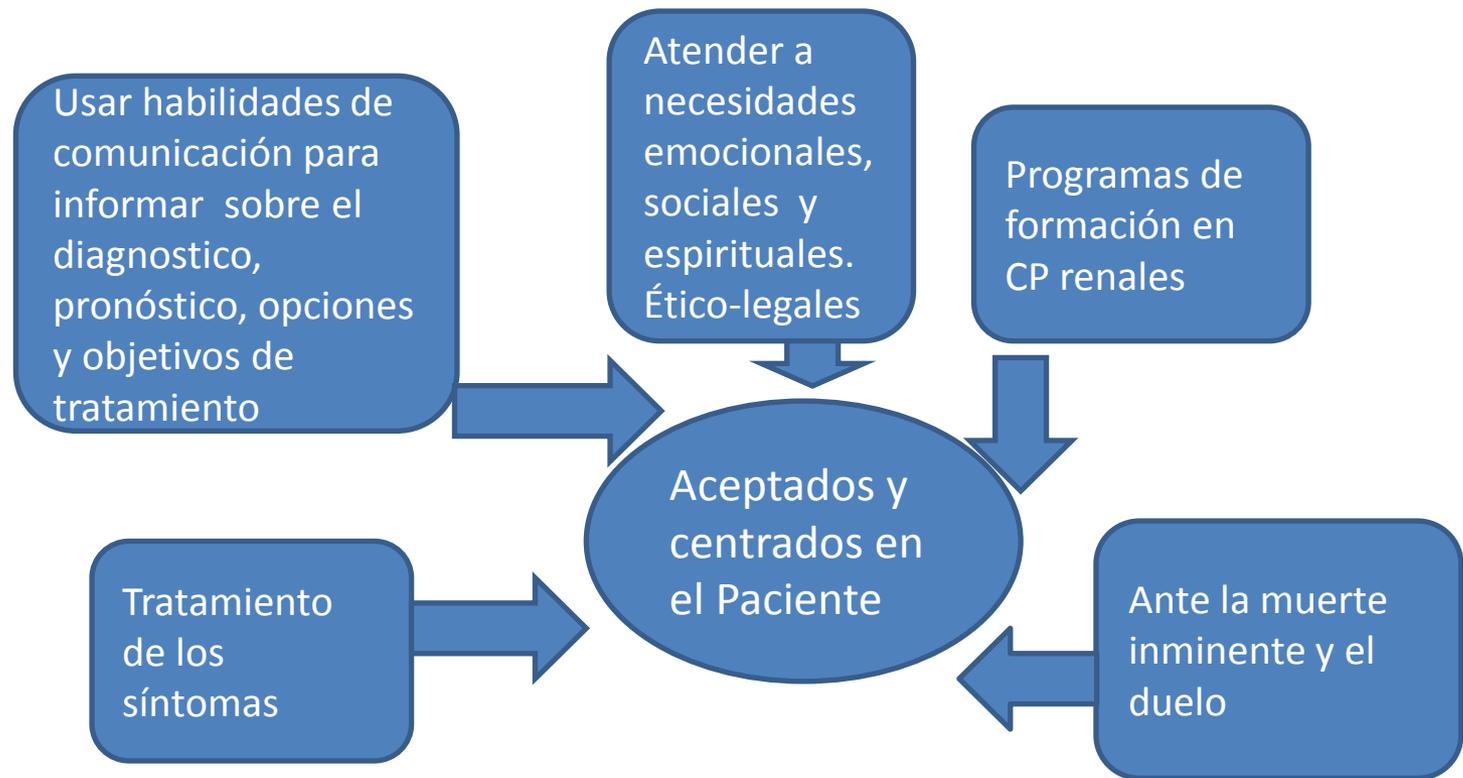
Responsabilidad ética: No dañar

Oportunidad para  
prolongar la vida

Obligación de  
prolongar la vida

# Plan de CP Avanzados de Calidad

**Eficaces , Eficientes, Estructurados, Accesibles y Continuos**



## **Methodological considerations for end-of-life research in patients with chronic kidney disease**

Sara N. Davison<sup>1,2</sup>, Fliss E.M. Murtagh<sup>3</sup>,  
Irene J. Higginson<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta - Canada  
<sup>2</sup> Institute of Health Economics, Edmonton, Alberta - Canada  
<sup>3</sup> Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, London - UK

# Atención Integral del paciente con ERCA en MRC

- A. Clínica (control síntomas y del dolor)**
- B. Funcional**
- C. Nutricional**
- D. Cognitiva**
- E. Afectiva**
- F. Social: apoyo al cuidador primario**
- G. Espiritual**

Conseguir adecuada coordinación de los distintos niveles asistenciales y de los profesionales, para asegurar la continuidad de cuidados.

# Documento

## Estructura y contenido



- **Introducción.**
- **Desarrollo:** protocolo de actuación basado en los principios de universalidad, la equidad y calidad asistencial, la coordinación y la continuidad de cuidados.
  - **Grupos de pacientes susceptibles de ser atendidos.**
- **Valoración integral (Nivel de complejidad. Algoritmo de atención multidisciplinar).**
- **Guía para la valoración y tratamiento de síntomas en paciente con ERCA en MRC y situación de final de vida.**

Anexo I. Nivel de complejidad.

Anexo II. Algoritmo de atención.

# Documento

## Valoración integral



- Valoración de la **enfermedad**.
- Valoración física: **signos y síntomas** a controlar.
- Valoración **funcional**.
- Valoración **cognitiva y psico-emocional**.
- Valoración **socio-familiar**.
- Valoración de la **calidad de vida**.
- Valoración de la **situación de últimos días**.

# Documento Desarrollo



## Grupos de pacientes susceptibles de ser atendidos:

- Pacientes con clara indicación de TRS pero que **rechazan** este.
- Pacientes con **contraindicación** para la TRS: demencia grave o irreversible, inconsciencia permanente, tumores con metástasis avanzadas, enfermedad terminal de otro órgano no trasplantable, incapacidades graves físicas o mentales, supervivencia menor a 6 meses.
- Pacientes a los que se les **suspende** la TRS.
- Pacientes con **indicación dudosa**: edad, comorbilidad, soporte familiar. Equipo de apoyo multidisciplinar para toma de decisiones compartida.

# SITUACIONES ASOCIADAS A LA RETIRADA DE TRS

- Pacientes en TRS con enfermedad de mal pronóstico:
  - ICC estadio IV.
  - Cardiopatía isquémica severa no revascularizable.
  - Isquemia Crónica MMII IV no revascularizables y requiere amputaciones.
  - Neoplasia de reciente aparición criterios de terminalidad.
  - ACVA no rehabilitable.
  - Situaciones de calcifilaxis.
  - Inestabilidad hemodinámica persistente.
  - Sintomatología asociada a la diálisis.
  - Alto riesgo de PCR en diálisis y/o intradiálisis.
- Deterioro cognitivo y funcional severo.
- Deseos del paciente.

# SITUACIONES ASOCIADAS A LA RETIRADA DE TRS

9 Estudios de Supervivencia tras la retirada de diálisis : 8-10 (8-46 días).

Diuresis residual y TA sistólica.

- La calidad de muerte se basa en la prevalencia de síntomas.
- Esta preocupación justifica el desarrollo de CPR y manejo multidisciplinar. Planificar al máximo los CP al final de la vida. Asegurar la continuidad de los CP hasta el final. Necesidades familiares y duelo.

## ***Prevalencia de Síntomas en Pacientes con ERCA y Manejo Paliativo***

<b>Síntoma</b>	<b>%</b>	<b>% Síntoma Severo</b>
Astenia	74/ 86	69
Prurito	64/ 84	43
Somnolencia	64/ 82	43
Disnea	34 / 80	53
Dolor	41 / 73	41
Anorexia	41 / 71	37
Boca Seca	44 / 69	20
Estreñimiento	30 / 65	10
Nauseas	20 / 59	14
Número Medio de Síntomas	9.1 / 16.1	

***- Murtagh et al. J Pain Symptom Manage 2010; 40:342-52***

***- Yong et al. Palliat Med 2009; 23:111-119***

# ANEXO I. Niveles de complejidad

**\* Paciente estable:** Cl Cr elevado, o con lenta progresión de su insuficiencia renal (diuresis > 1500 cc/día), no sobrecarga hídrica ni clínica de insuficiencia cardiaca, no comorbilidad asociada que influya en su situación clínica, Hgb > 10 g/dl tras EPO, no ha acudido al hospital en los últimos 3 meses.

**\*\* Paciente no estable:** manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.). Diuresis < 400 cc/día. Hiperkaliemia > 7 y que no responde al tratamiento. Sobrecarga de fluidos intratable. Complejidad pluripatológica.

Nivel	Estado del paciente	Abordaje
Nivel 1	*Paciente estable y con apoyo familiar.	Seguimiento por el Equipo de Atención Primaria y el Equipo Nefrológico habitual.
Nivel 2a	<p>**Paciente no estable.</p> <p>No necesidad de ingreso hospitalario.</p> <p>No deterioro físico ni afectación mental.</p> <p>Buen soporte social.</p>	<p>Seguimiento por el Equipo de Atención Primaria y Atención Especializada Nefrológica según criterio.</p> <p>Apoyo de los Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos de forma presencial o telefónicamente si es necesario de forma puntual.</p> <p>En caso de presentar complicación aguda que precisara manejo hospitalario, ingresarían en el Servicio correspondiente.</p>
Nivel 2b	<p>Paciente no estable. No control de síntomas, precisa transfusión, evaluación de comorbilidad.</p> <p>Existencia de pluripatología con gran dependencia física.</p> <p>Trastornos psico-emocionales severos.</p> <p>Elementos de complejidad derivados de la situación familia.</p>	<p>El Equipo de Atención Primaria intentará su estabilización domiciliaria, con o sin ayuda del Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos.</p> <p>Pueden precisar apoyo en hospital de día nefrológico, ingreso durante algún periodo en nefrología, con apoyo de Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios si es preciso.</p>
Nivel 3	<p>Paciente en quien el tratamiento domiciliario puede no ser factible y/o resultar extremadamente dificultoso.</p> <p>Cumple criterios de complejidad máxima:</p> <p>Urgencia de Cuidados Paliativos.</p> <p>Pluripatología, con dependencia severa y clínicamente inestable.</p> <p>Imposibilidad de administración de tratamiento oportuno en el domicilio</p> <p>Síntomas refractarios que precisen sedación.</p> <p>Agonía previsible no subsidiaria de ocurrir en el domicilio.</p> <p>Claudicación familiar.</p>	<p>Precisan atención para su control y estabilización en la Unidad Hospitalaria.</p> <p>Apoyo y atención en situación de últimos días.</p> <p>Se puede valorar realizar el tratamiento en Hospital Socio-Sanitario.</p>



## CONCLUSIONES I:

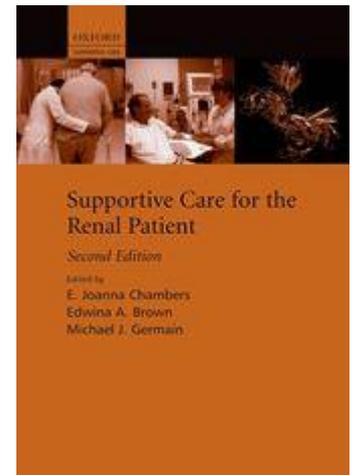
- Los CP y los Cuidados de Soporte Renales son **conceptos emergentes**.
- Deben estar disponibles desde el diagnóstico hasta el éxitus
- Enfoque interdisciplinario y con el objetivo de mejorar calidad de vida
- Múltiples iniciativas: USA, Reino Unido, Australia, Sociedad Asia – Pacífico nefrológica
- España: ERC y los CP forman parte de las Estrategias Nacionales de Salud.
- No hay estudios locales con población con ERCA y las necesidades de CPR.

# CONCLUSIONES II

- La **supervivencia** de algunos pacientes con ERC avanzada es muy pobre. En algunos pacientes la supervivencia en diálisis no mejora la del tratamiento conservador.
- El **pronóstico** del paciente ERCA está condicionado por la edad y la comorbilidad.
- La diálisis puede afectar a la **calidad de vida** y al grado de **funcionalidad** de forma considerable.
- Ante las opciones de tratamiento renal sustitutivo deben de establecerse protocolos de información estructurada entre médico y paciente que favorezcan el proceso de **toma de decisiones conjunta**. En estos protocolos debe e incluirse información pronóstica individualizada sobre expectativas de vida y calidad de vida con cada opción terapéutica, y en el caso del manejo conservador, un **plan de CP avanzados**.

# CONCLUSIONES III

- Las Instrucciones Previas o **Documentos de Voluntades Anticipadas** son procesos de comunicación y toma de decisiones recomendados en pacientes crónicos...  
... pero no hay programas específicos en pacientes con ERCA.
- La toma de decisiones mejora si los pacientes reciben la información adecuada sobre el pronóstico y posibilidades de tratamiento. Mejorar la planificación tiene un impacto positivo en la calidad de los cuidados al final de la vida.



# Five Policies to Promote Palliative Care for Patients with ESRD

*Manjula Kurella Tamura\*<sup>‡</sup> and Diane E. Meier<sup>‡</sup>*

1. Detectar la **necesidad** de CPR.
2. Incorporar los CPR como **criterios de calidad** en nefrología.
3. **Formación** y entrenamiento del nefrólogo.
4. Formación al residente en CPR.
5. Utilización de los **recursos disponibles en CP**.  
Aumentar los recursos CPR.
6. Financiar la **investigación** en este campo.



# **Estrategia de atención a la Enfermedad Renal Crónica**

**Muchos estudian la forma de alargar la vida  
¿cuando lo que habría que hacer es ensancharla!**

**Luciano De Crescenzo**

# **GRACIAS**