



Enfermería Nefrológica

ISSN: 2254-2884

ISSN: 2255-3517

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Martínez-Urbano, Julia; Rodríguez-Durán, Ana; Parra-Martos, Lucía; Crespo-Montero, Rodolfo
Análisis del tratamiento conservador en el paciente con
enfermedad renal crónica terminal: Revisión sistemática
Enfermería Nefrológica, vol. 25, núm. 2, 2022, pp. 114-123
Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

DOI: <https://doi.org/10.37551/52254-28842022012>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359875101002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Análisis del tratamiento conservador en el paciente con enfermedad renal crónica terminal: Revisión sistemática

Julia Martínez-Urbano¹, Ana Rodríguez-Durán¹, Lucía Parra-Martos¹, Rodolfo Crespo-Montero^{1,2,3}

¹ Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. España

² Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. España

³ Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. España

Como citar este artículo:

Martínez-Urbano J, Rodríguez-Durán A, Parra-Martos I, Crespo-Montero R. Análisis del tratamiento conservador en el paciente con enfermedad renal crónica terminal: Revisión sistemática. *Enferm Nefrol.* 2022;25(2):114-23

Correspondencia:

Julia Martínez Urbano
juliamarur99@gmail.com

Recepción: 20-07-2021

Aceptación: 12-01-2022

Publicación: 30-06-2022

RESUMEN

Introducción: Desde hace unos años, debido a la inclusión de pacientes con enfermedad renal crónica cada vez más mayores en tratamiento renal sustitutivo, se viene ofreciendo como otra opción, tratamiento renal conservador, con resultados similares en algunas series al tratamiento dialítico.

Objetivo: Revisar la literatura científica existente sobre el tratamiento renal conservador en pacientes con enfermedad renal crónica, su supervivencia y calidad de vida.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, ProQuest, Scielo y Scopus. Se incluyeron artículos científicos en español e inglés, y texto completo disponible. Se analizaron aquellos artículos que trataban sobre pacientes renales en estadio final de la enfermedad renal crónica terminal, tratados con tratamiento paliativo únicamente o en comparación con el tratamiento renal sustitutivo.

Resultados: Se han incluido 15 artículos publicados entre los años 2010 y 2020. La enfermedad renal crónica es un problema de alta prevalencia en nuestra población, lo cual condiciona los tratamientos sustitutivos de la función renal. El tratamiento renal conservador surge como opción al sustitutivo, en aquellos pacientes mayores o con una corta expectativa de vida. Como factores más importantes a tener en cuenta surgen la supervivencia y la calidad de vida.

Conclusiones: En el paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo la supervivencia es mayor, aunque con peor calidad de vida, mientras que en el caso

del tratamiento renal conservador suele ser al contrario. En pacientes mayores de 75-80 años la supervivencia se iguala, siendo necesario potenciar la calidad de vida y paliar los síntomas de la enfermedad.

Palabras clave: enfermedad renal crónica; enfermedad renal terminal; tratamiento renal conservador; calidad de vida; supervivencia.

ABSTRACT

Analysis of conservative treatment in patients with end-stage chronic kidney disease. Systematic review

Introduction: In recent years, due to the inclusion of increasingly older patients with chronic kidney disease in renal replacement therapy, conservative renal treatment has been offered as another option, with results similar in some series to dialysis treatment.

Objective: To review the existing scientific literature on conservative renal treatment in patients with chronic kidney disease, their survival and quality of life.

Methodology: A systematic review was carried out. The databases PubMed, ProQuest, Scielo and Scopus were searched. We included scientific articles in Spanish and English, and available full text. Articles dealing with renal patients with end-stage renal disease, treated with palliative treatment alone or in comparison with renal replacement therapy were analysed.

Results: Fifteen articles published between 2010 and 2020 were included. Chronic kidney disease is a problem of high prevalence in our population; a fact that conditions renal function replacement treatments. Conservative renal treatment emerges as an option to renal replacement therapy in older patients or those with a short life expectancy. Among the factors to be taken into account are survival and quality of life.

Conclusions: In patients with chronic kidney disease on renal replacement therapy, survival is higher, although with a poorer quality of life, while in the case of conservative renal treatment it is usually the opposite. In patients over 75-80 years of age, survival is equal, and it is necessary to enhance quality of life and palliate the symptoms of the disease.

Keywords: chronic kidney disease; end-stage renal disease; conservative renal therapy; quality of life; survival.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) evoluciona de forma lenta, progresiva e irreversible, ocasionando un conjunto de signos y síntomas, con alto riesgo de complicaciones, y que en su estadio terminal es incompatible con la vida¹⁻³. Según el último Registro de la Sociedad Española de Nefrología, las principales causas de ERC son: la diabetes mellitus (25,8%), las enfermedades no filiadas (14,9%), las enfermedades vasculares (14,6%), glomerulonefritis (14,1%), nefropatías intersticiales (9,3%), otras enfermedades (8,7%), enfermedades sistémicas (5,2%), además de enfermedad poliquística o enfermedades hereditarias en menor porcentaje⁴.

A escala mundial la ERC es cada vez más frecuente, con una prevalencia general entre el 11%-13%, con variaciones dependiendo de nivel socioeconómico, etnia y determinantes sociales de salud, y se sitúa en torno al 11% en países desarrollados⁵. Además, más de una cuarta parte de los pacientes con ERC que llegan a enfermedad renal terminal son pacientes de edad avanzada (>75 años)⁶. A nivel nacional un estudio realizado por la Sociedad Española de Nefrología sitúa la prevalencia de ERC en un 15%⁷, siendo más frecuente en hombres y con relación con los factores de riesgo cardiovascular⁴. Por tanto, la ERC supone un problema de salud pública a nivel mundial y en sus últimos estadios va a necesitar un tratamiento renal sustitutivo (TRS) basado en técnicas de diálisis (diálisis peritoneal o hemodiálisis) o trasplante renal. Aunque el TRS en nuestro país no tiene limitaciones en su indicación, en los últimos años se ha planteado un tratamiento alternativo al TRS, sobre todo en pacientes que, por su edad, tienen una corta esperanza de vida. En este caso, se ofrece a los pacientes un tratamiento renal conservador (TRC), que consiste básicamente en tratar todos los síntomas derivados de la ERC y retrasar en todo lo posible, la etapa final de la enfermedad (FG<8 ml/min/1,73 m²)^{8,9}.

Este tratamiento conservador, se viene ofreciendo como una opción al tratamiento dialítico, desde hace tiempo, aunque su definición no está muy establecida. En la Conferencia de Controversias de KDIGO, se sugirió definir al tratamiento conservador como: “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a los problemas asociados a enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación precoz y evaluación, y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”⁹. Esta es, por tanto, una opción de tratamiento para pacientes con ERC en estadio 5, y además se planifica una atención conservadora integral al paciente, basada en realizar intervenciones para retrasar la enfermedad y minimizar el riesgo de eventos adversos, toma de decisiones compartida, manejo activo de los síntomas y comunicación detallada¹⁰. El objetivo, por tanto, del tratamiento conservador será tratar los principales síntomas derivados de la ERC, de manera individualizada, prestando especial atención al equilibrio de líquidos, tratamiento de la anemia, corrección de acidosis e hiperpotasemia, además de la presión arterial y el metabolismo de calcio/fósforo^{11,12}.

En nuestro país los ancianos con ERC en estadio 5, que tienen una corta expectativa de vida (<6 meses), mala situación funcional (dependencia de las actividades de la vida diaria, demencia...), comorbilidad o que no acepten tratamiento dialítico, podrán ser subsidiarios de un tratamiento paliativo o conservador en Atención Primaria o en Nefrología. Además, los pacientes mayores de 80 años con una evolución estable de su enfermedad pueden también optar por este tipo de tratamiento¹². Teruel et al, comunicaron que un 39% de los pacientes con ERC en estadio 5 atendidos en su Servicio optaron por TRC. A esta elección se asoció mayor edad y comorbilidad, dificultad en la marcha e incapacidad funcional; a pesar de ello, la gran parte de esta muestra optó por un TRS¹³.

Por todo ello, y dado que existe una falta de información y experiencia acerca del tratamiento conservador o paliativo en pacientes con ERC, nos pareció relevante analizar los resultados y supervivencia de esta opción terapéutica frente al manejo de esta enfermedad con TRS, con el objetivo general de sintetizar y conocer la evidencia científica sobre el TRC en el paciente con ERC terminal como alternativa a un TRS, y como objetivos secundarios:

- Comparar la supervivencia en pacientes con enfermedad renal crónica con TRC frente al TRS.
- Valorar la calidad de vida de los pacientes con ERC terminal en tratamiento paliativo o conservador.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó una revisión sistemática de estudios obtenidos en diferentes bases de datos de ciencias de la salud. A partir de ello se ha llevado a cabo una síntesis temática de dicha información.

La revisión sistemática se ha desarrollado en base a la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)¹⁴:

1. Formulación de la pregunta de investigación de acuerdo con la estructura PICO: población, intervención, comparador y a resultados (outcomes).
2. Planteamiento de la estrategia de la búsqueda para la identificación de estudios.
3. Extracción de datos.
4. Análisis de los datos obtenidos.

Método de búsqueda

Las bases de datos consultados fueron PubMed, ProQuest, Scielo y Scopus. La búsqueda en las diferentes bases de datos se llevó a cabo utilizando las siguientes palabras clave (términos MeSH): "Chronic kidney disease", "Chronic end-stage kidney disease", "Conservative treatment", "Quality of life", "Survival", unidos entre sí por el operador booleano "AND" y "OR", siendo la estrategia de búsqueda: (((("Chronic end-stage kidney disease") OR ("Chronic kidney disease")) AND ("Conservative treatment") AND ("Quality of life") OR ("Survival")))).

Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos originales de pacientes con ERC en estadios 4-5 en los que se analizan los resultados del TRC aislados o comparados frente al TRS, con menos de 10 años.
- Artículos originales que analizaran la supervivencia y/o la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).
- Artículos en español e inglés.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Otro tipo de artículos: editoriales, revisiones, casos clínicos.
- Artículos sin texto completo disponible.

Resultados de la búsqueda

Una vez establecida la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos seleccionadas, se procede a la búsqueda de artículos desde el día 1 de noviembre de 2020 hasta el 31 de enero de 2021.

Se realizó un primer cribado mediante de lectura de los títulos de 232 artículos y tras descartar 7 duplicados, se obtuvieron 225; después se hizo un cribado a partir de los títulos y el resumen de los artículos quedando elegidos 22; de estos, 7 de ellos no cumplían los criterios de inclusión necesarios para la revisión, quedando finalmente 15 artículos seleccionados para ser incluidos en la revisión sistemática. El proceso de búsqueda se plasma en el siguiente diagrama de flujo (figura 1).

Evaluación de la calidad de los artículos

Con el objetivo de analizar la calidad de los artículos utilizados, se evaluaron con unas listas de verificación específicas para cada tipo de estudio. Los estudios observacionales y transversales fueron evaluados mediante el cuestionario STROBE¹⁵.

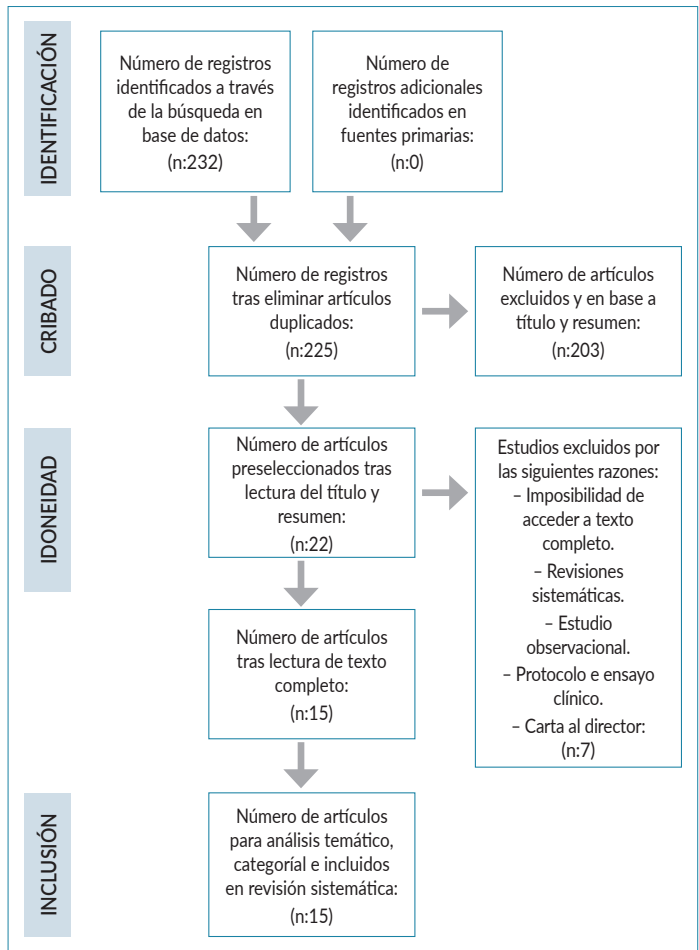


Figura 1. Diagrama de flujo.

Extracción de datos

Se extrajeron las siguientes variables de los artículos seleccionados: autor, año, muestra, país, diseño metodológico del estudio, resultados principales y calidad de la evidencia. Síntesis de los resultados

Se seleccionaron quince artículos para la presente revisión sistemática, según los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se realizó un enfoque temático-categorial debido a la existencia de heterogeneidad de resultados y variables analizadas en los artículos estudiados.

RESULTADOS

Características de los estudios

Entre los 15 artículos que fueron seleccionados para la realización de esta revisión, 10 estudios fueron de Europa, 1 de América del Norte, 1 de América del Sur, 1 de Asia, 2 de Oceanía y 0 de África.

Los artículos seleccionados y sus datos más relevantes se muestran en la **tabla 1**.

Tabla 1. Datos de los artículos seleccionados.

Autor, país y año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Conclusiones	Calidad de la evidencia
Brown MA et al. ¹⁶ Sydney, Australia. 2014.	Estudio de cohortes observacional descriptivo.	467 pacientes con ERC. 273 predialisis con atención nefrológica habitual. 122 cuidados paliativos 72 comienzan diálisis sin atención clínica.	Examinar los resultados respecto a la supervivencia, carga de los síntomas y calidad de vida de los pacientes con ERC sin diálisis y aquellos con diálisis.	Supervivencia: En el grupo de predialisis la supervivencia es de 32-34 meses frente a 20 meses del grupo no diálisis. La supervivencia se iguala en el caso de TFG <15 ml/min/1,73 m ² , > de 75 años o con 2 o más comorbilidades. En el caso de la calidad de vida y la carga de los síntomas es mejor en el grupo de cuidados paliativos.	STROBE (19/22)
Verberne WR et al. ¹⁷ Utrecht, Netherlands. 2016.	Estudio de cohortes observacional retrospectivo.	311 pacientes con ERC: 107 con TRC. 204 con TRS.	Comparar la supervivencia de los pacientes de ERC tratados de manera conservadora frente atención sustitutiva.	La supervivencia aumenta en el caso del TRS en pacientes ≥70 años frente al TRC. En el caso de los pacientes ≥ 80 años, se iguala con ambos tratamientos.	STROBE (18/22)
Da Silva-Gane M et al. ¹⁸ Herts, UK.	Estudio de cohortes observacional prospectivo.	170 pacientes con ERC. 80 hemodialisis. 44 diálisis peritoneal. 30 TRC. 16 indecisos.	Comparar la calidad de vida y la supervivencia en pacientes con ERC en TRC o TRS.	Los pacientes que optan por el TRC mantienen su calidad de vida reduciendo su supervivencia. En el caso de los pacientes dializados la calidad de vida es lo que se ve comprometido.	STROBE: (19/22)
Raman M et al. ¹⁹ Manchester, UK. 2018.	Estudio de cohortes observacional descriptivo.	204 pacientes con ERC. 123 con TRS. 81 con TRC.	Evaluar si la diálisis tiene ventajas en la supervivencia de los pacientes en comparación con la atención conservadora.	La diálisis aumenta la supervivencia en pacientes con edad avanzada y adecuada para recibirla, estos pacientes pasan más tiempo en el hospital. Se excluye el estudio de la calidad de vida y comorbilidades.	STROBE: (18/22)
Morton RL et al. ²⁰ Sydney, Australia. 2016.	Estudio de cohortes.	721 pacientes con ERC. 102 TRC.	Determinar la proporción de pacientes que cambiaron diálisis por tratamiento conservador, comparando la supervivencia y la atención al final de la vida.	Se asocia el TRC con la calidad de vida y el control de los síntomas. Con respecto a la supervivencia tras 3 años se iguala a la diálisis.	STROBE (16/22)
Verberne WR et al. ²¹ Holanda. 2018.	Estudio de cohortes observacional retrospectivo.	366 pacientes ≥70 años con ERC avanzada. 240 TRS. 126 TRC.	Comparación de costos de ambos tratamientos para evaluar la calidad de la atención. Resultados/coste.	La supervivencia de los pacientes dializados es el doble antes de los 80 años. A partir de los 80 años o comorbilidades graves, la supervivencia con ambos tratamientos se iguala. En el caso del TRC la calidad de vida se mantiene, bajan los días de hospitalización y por tanto los costes.	STROBE: (19/22)

Autor, país y año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Conclusiones	Calidad de la evidencia
Martínez Echevers Y et al. ²² Sevilla, España. 2016.	Estudio de cohortes observacional retrospectivo.	314 pacientes con ERC.	Evaluar la evolución de los pacientes con ERC y comparar la supervivencia con ambos tratamientos.	La supervivencia en los pacientes dializados aumenta, hasta los 80 años que se iguala en ambos tratamientos.	STROBE: (18/22)
Chandn SM et al. ²³ evenage, UK. 2011.	Estudio de cohortes.	844 pacientes con ERC. 689 TRS. 155 TRC.	Analizar la supervivencia de los pacientes con TRC frente a los pacientes con TRS.	En los pacientes >75 con comorbilidades la supervivencia en ambos tratamientos se iguala. En mujeres >75 existe un mejor pronóstico.	STROBE (19/22)
Van Loon IN et al. ²⁴ Netherlands. 2019.	Estudio de cohortes prospectivo.	281 pacientes con ERC. 192 TRS. 89 TRC.	Estudiar la trayectoria de la calidad de vida de los pacientes según hayan comenzado con diálisis o TRC.	La calidad de vida de los pacientes con diálisis ≥65 años es mejor, los pacientes TRC mantienen su calidad de vida. Las hospitalizaciones aumentan en los pacientes con diálisis. La supervivencia se iguala en ambos tipos de tratamientos a partir de los ≥80 años.	STROBE (21/22)
Kamar FB et al. ²⁵ Canadá. 2017.	Estudio de cohortes retrospectivo.	154 pacientes con ERC.	Describir las características de los pacientes con ERC en estadio 5, tratados con cuidados paliativos.	La calidad de vida de estos aumenta, cuando los síntomas están más controlados gracias al tratamiento paliativo. Los pacientes más informados sobre su enfermedad y condiciones asumen de mejor manera la muerte.	STROBE: (15/22)
Rubio Rubio MV et al. ²⁶ Zaragoza, España. 2019.	Estudio de cohortes observacional prospectivo.	82 pacientes con ERC.	Evaluar la supervivencia y la calidad de vida en pacientes con TRC. Examinar las variables de mortalidad.	Los factores predictivos de mortalidad son eventos cardiovasculares previos, albumina descendida y elevación de PTH. La calidad de vida es estable en pacientes con tratamiento conservador.	STROBE: (18/22)
Osasuyilyasere et al. ²⁷ Leeds, UK. 2019.	Estudio de cohortes observacional multicéntrico y transversal.	84 pacientes con ERC. 28 TRC. 28 con hemodiálisis. 28 con diálisis peritoneal.	Comparar la calidad de vida y la función física de los pacientes dializados o TRC.	La calidad de vida es mayor y la carga de los síntomas de la enfermedad es más baja con TRS. La satisfacción respecto al tratamiento es igual en el caso del TRS diálisis y el TRC.	STROBE: (19/22)
Ying-Ying S et al. ²⁸ Singapur. 2013.	Estudio observacional prospectivo.	101 pacientes ≥75 años.	Comprobar si la terapia de remplazo renal beneficia a los pacientes con ERC que son ancianos o con múltiples comorbilidades en términos de supervivencia y control de síntomas, comparándolo con la gestión conservadora.	El TRC es igual al sustitutivo en componentes mentales y físicos. El TRS es mejor en el caso de la función cognitiva y peor con respecto a la carga de la enfermedad.	STROBE: (19/22)

Autor, país y año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Conclusiones	Calidad de la evidencia
de Pina Pereira RM et al. ²⁹ Sao Paulo, Brazil. 2017.	Estudio observacional transversal y descriptivo.	35 ancianos con ERC.	Describir la calidad de vida en ancianos con ERC en TRC correlacionándolo con aspectos sociodemográficos y de salud.	Existe una correlación positiva entre las comorbilidades de los pacientes y las complicaciones que aparecen durante el estudio, y una correlación inversamente proporcional entre las complicaciones y la calidad de vida de los ancianos.	STROBE (12/22)
Aguilera Flórez AI et al. ³⁰ León, España. 2019.	Estudio de cohortes observacional retrospectivo.	95 pacientes con ERC.	Analizar el proceso de elección de TRC, identificar el perfil de paciente que lo elige, su supervivencia y quien comunica la elección.	El paciente que opta por un TRC es, una persona anciana, dependiente, con comorbilidades, una supervivencia media de 18 meses y en más de la mitad de los casos es la familia quien comunica la decisión de optar por el tratamiento conservador.	STROBE: (14/22)

Descripción de los resultados

SUPERVIVENCIA

Entre los estudios que han comparado la supervivencia entre el TRS y el TRC, encontramos mayor supervivencia en los pacientes con TRS en comparación con los que están en tratamiento conservador, con supervivencias de 32-34 meses frente a 20 meses, respectivamente¹⁶⁻¹⁹. En un estudio que analizaba la supervivencia en pacientes con ERC tratados con tratamiento conservador, encontraron que una parte de estos sobrevivían a los 3 años²⁰. En otros estudios, se muestra que la supervivencia entre ambas opciones de tratamiento se iguala a partir de los 80 años^{17,21,22}.

Por otro lado, la supervivencia de los pacientes depende de diferentes factores, y no solo del tipo de tratamiento que elijan. La supervivencia se igualará, con el uso de cualquier tratamiento renal, ya sea conservador o sustitutivo, en el caso de que los pacientes tengan un Filtrado Glomerular (FG) que sea 15 ml/min/1,73m², mayores de 75 años o con 2 o más comorbilidades^{16,21,23}.

Influencia de la edad en la supervivencia

La edad es una variable de interés ya que en varios artículos se afirma que los pacientes mayores de 75 años van a igualar la supervivencia con cualquiera de los tratamientos renales disponibles^{16,23}. Otros artículos fijan esta igualdad a partir de los 80 años^{17,21,22,24}.

Cabe destacar que se encontró un artículo que destaca que antes de los 80 años se tiene el doble de posibilidades de sobrevivir con TRS²¹.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Entre los estudios que se han comparado, con respecto a la CVRS, encontramos que la mayoría de artículos destacan

que la calidad de vida de los pacientes con ERC en TRC se mantiene estable, debido al correcto control de los síntomas de la misma^{16,18,20,21,25,26}. Por el contrario, uno de los artículos revisados afirma que la calidad de vida es mejor y la carga de los síntomas menor en pacientes con TRS²⁷. En este sentido, un estudio afirma que los componentes cognitivos de los pacientes con ERC son mejores con una TRS, y esto ayudará a mantener la calidad de vida²⁸.

Por tanto, el principal factor que influye en la calidad de vida de los pacientes con ERC va a ser la carga de los síntomas asociados, comorbilidades y el control de los mismos; cuanto mejor controlados estén los síntomas, mejor percepción de calidad de vida tendrán los pacientes^{25,29}.

Influencia de la edad en la calidad de vida

De los artículos que relacionan la edad con la calidad de vida, uno de ellos afirma que los pacientes ≥65 años en diálisis tienen mejor calidad de vida, porque suelen tener una menor carga de la enfermedad³⁰.

Sin embargo, en los pacientes mayores de 80 años y con complicaciones asociadas, la calidad de vida es mejor en aquellos que son tratados con TRC en comparación con los que se someten a un TRS¹⁶.

OTRAS VARIABLES MENOS INFLUYENTES

Sexo

El sexo no parece ser una variable muy influyente en las diferencias entre el TRC y el TRS, aunque en un artículo se destaca que las mujeres con ERC >75 años tienen mejor pronóstico con ambos tratamientos, frente a los hombres²³.

Satisfacción con respecto al tratamiento

La satisfacción de los pacientes, es la misma en el caso del TRC en comparación con el TRS en diálisis, aunque dentro

de estos últimos es menor entre los pacientes que se encuentran en hemodiálisis²⁷.

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos específicos de esta revisión ha sido comparar la supervivencia entre el TRS y el TRC en los pacientes con ERC en estadio 5.

La supervivencia de los pacientes con ERC depende de muchos factores: el tipo de tratamiento utilizado y cuando se utiliza, las comorbilidades, la edad avanzada de los pacientes y factores sociodemográficos. Los artículos revisados de Brown et al¹⁶, Da Silva-Gane et al¹⁸, muestran en sus resultados, que la supervivencia es mayor en los pacientes con ERC que son tratados con diálisis, en comparación con el TRC. En el primero se marca la diferencia de supervivencia entre ambos grupos, obteniendo una supervivencia mayor en el caso de TRS, en comparación con el tratamiento paliativo. Esto lo apoya Ellan et al, con un artículo de 2009, en el que su objetivo era medir la supervivencia de 69 pacientes con ERC en estadio 5, manejados de manera conservadora y los resultados fueron semejantes a los anteriores, ya que en este estudio la supervivencia de las personas con tratamiento conservador fue de 21 meses; además, aporta que si la enfermedad es ya conocida por un nefrólogo, es decir se realiza un diagnóstico precoz, la supervivencia puede llegar a aumentar hasta 32 meses y disminuir complicaciones³¹.

Si nos basamos en los resultados de Carson et al, encontramos un estudio observacional de cohortes anterior a nuestro periodo de estudio, 2009, en el que se incluyeron a 202 pacientes con ERC y cuyo objetivo era comparar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes en el caso de que se eligiese TRS o TRC. Como principal resultado, encontró que la diálisis prolonga la vida de los pacientes con ERC, comorbilidades y edad avanzada, en 2 años aproximadamente y en el caso de pacientes con las mismas características, pero tratados con TRC pueden llegar a vivir un periodo comparable reduciendo el número de hospitalizaciones³².

Además del tipo de tratamiento, los factores propios del paciente van a condicionar la evolución de la enfermedad; estos factores son el Filtrado Glomerular, edad, comorbilidades y factores sociodemográficos. Según Chadma et al²³ y Brown et al.¹⁶, existe un margen en el que la supervivencia con ambos tipos de tratamiento se iguala y este margen está fijado en un FG 15 ml/min/1,73m², mayores de 75 años y/o con 2 o más comorbilidades. Esto se corrobora con el estudio de Murtagh et al, en el que realizaron un análisis retrospectivo de 129 pacientes mayores de 75 años con ERC en estadio 5, cuyo objetivo era valorar la supervivencia con tratamiento dialítico o conservador y como resultado, la supervivencia a partir de los 75 años se reduce sustancialmente por las comorbilidades asociadas y se iguala en ambos tratamientos³³. Por el contrario, existe bibliografía que evidencia que este margen se fija en los 80 años, tal como destacan los resultados de Verberne et al²¹ y Martínez et al²².

Respecto al sexo, aunque no está muy estudiada su influencia en mejores o peores resultados entre los dos tipos de tratamiento estudiados, algunos autores como Chandna et al²³, muestran que las mujeres >75 años tienen mejor pronóstico que los hombres.

Por otro lado, como segundo objetivo específico de la revisión, se analizó la influencia de ambos tratamientos en la calidad de vida. La CVRS va a depender de numerosos factores, además del tratamiento, como son la edad, factores propios de la persona y factores sociodemográficos. En los artículos revisados de Brown et al¹⁶, Morton et al²⁰, Verberne et al²¹, Fareed et al²⁴, se confirma que la CVRS es mejor y la carga de los síntomas es menor con TRC que con diálisis. En esta misma línea, encontramos un artículo anterior a nuestro periodo de estudio en el que Smith et al, realizaron un estudio en 321 pacientes con ERC avanzada, cuyo objetivo fue estudiar los factores que influyen en la recomendación o no de un tratamiento paliativo en pacientes terminales, concluyendo que la decisión de incluir en TRS a pacientes con grandes dependencias y complicaciones asociadas, corre el riesgo de medicalizar innecesariamente la muerte, ya que no va a suponer mejorar su supervivencia y empeoraría su calidad de vida³⁴. No obstante, otros autores discrepan en parte con estos resultados. Seow et al²⁸, estudian a 84 pacientes con ERC, y se matiza dicha afirmación, aportando, que en la dimensión física, los pacientes que se someten a diálisis tendrán unos mejores resultados frente al TRC, pero los componentes mentales y la intrusión de enfermedades se igualan en ambos tratamientos cuando el FG es <10 ml/min/1,73 m². En cuanto a otros factores relacionados con la CVRS, Cruz et al, realizaron un estudio en 2011 en que se comparaba la CVRS de los pacientes con ERC y su relación con factores sociodemográficos. Estudió a 155 pacientes y documentó que las variables sociodemográficas como el sexo, además de la edad o incluso la etnia, pueden hacer que la calidad de vida y los síntomas varíen³⁵.

Por último, la forma de reducir los síntomas según propone Kamaret et al.²⁶, se debe centrar en que los pacientes obtengan información plena sobre su enfermedad, resuelvan dudas y conozcan los resultados; y esto redundará en una menor carga de los síntomas respecto a aquellos que vivan con la incertidumbre. En este sentido, es importante destacar que si se refuerza la educación sanitaria, se disminuirá el miedo y la incertidumbre de los pacientes, ya que tendrán una mayor comprensión sobre la enfermedad y sus síntomas; y por lo tanto, es esencial nombrar la figura de enfermería en el rol de educadores en salud, para abordar con estos pacientes la toma de decisiones, respecto a su cuidado integral y elección de tratamiento³⁶.

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones de este estudio han sido la escasa bibliografía encontrada sobre los objetivos planteados y la limitación de que el TRC está referido a una población con ERC anciana, y por tanto, limitada; unido a que esta opción de tratamiento no se oferta en muchos países.

Consideraciones prácticas

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de pacientes cada vez más mayores con ERC que van a precisar un TRS en nuestro país, es importante que el personal sanitario conozca, desde la evidencia científica, la opción del TRC y sus principales resultados, para sí poder aconsejar a los pacientes y sus familiares sobre las distintas opciones, sobre todo a aquellos pacientes muy mayores y/o corta expectativa de vida.

Enfermería tiene una importante labor de información ayudando a tomar decisiones a pacientes y familiares ante las muchas dudas que suelen surgir en temas tan sensibles como este.

A la vista de los resultados extraídos de esta revisión podemos concluir que:

- Los pacientes que optan por un TRS tienden a tener una tasa de supervivencia mayor que aquellos que optan por un tratamiento conservador, siempre y cuando esto sea antes de los 75-80 años, que no presenten 2 o más comorbilidades o que tengan un a FG <15 ml/min/1,73 m², donde se iguala la supervivencia con ambos tipos de tratamientos.
- Con respecto a la CVRS, los pacientes con ERC de edad avanzada que optan por TRC, consiguen paliar los síntomas de la enfermedad, reducir así la carga de la misma, las comorbilidades y complicaciones asociadas reduciendo además el número de hospitalizaciones y gastos asociados.
- Además, es necesario que los cuidados, a personas con ERC en estadios avanzados, se individualicen ya que los factores sociodemográficos afectan al desarrollo de la enfermedad, y por tanto, habrá que estudiar cada caso de manera exhaustiva y exclusiva, para dar una solución individual a cada paciente según su caso.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2020;66(Suppl 1):S03-09. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.s1.3>.
2. Eknoyan G. Chronic kidney disease definition and classification: the quest for refinements. *Kidney Int.* 2007;72(10):1183-5. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002576>.
3. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDI-GO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2014;34(3):302-16. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464>.
4. Registro Español de Enfermos Renales. Sociedad Española de Nefrología [Internet]. 2019 [consultado 18 Feb 2021]. Disponible en: https://www.senefro.org/contents/webstructure/INFORME_REER_SEN_2020_WEB_SEN.pdf.
5. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *Lancet.* 2017;389(10075):1238-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5).
6. Balogun SA, Balogun R, Philbrick J, Abdel-Rahman E. Quality of Life, Perceptions, and Health Satisfaction of Older Adults with End-Stage Renal Disease: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(4):777-85. <https://doi.org/10.1111/jgs.14659>.
7. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R et Al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología.* 2018;38(6):606-15. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004>.
8. Ren Q, Shi Q, Ma T, Wang J, Li Q, Li X. Quality of life, symptoms, and sleep quality of elderly with end-stage renal disease receiving conservative management: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):78. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1146-5>.
9. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, et al. Executive summary of the KDIGO controversies conference on supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney Int.* 2015;88:447-59.
10. Murtagh FE, Burns A, Moranne O, Morton RL, Naicker S. Supportive Care: Comprehensive Conservative Care in End-Stage Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016;11(10):1909-14. <https://doi.org/10.2215/CJN.04840516>.
11. O'Connor NR, Kumar P. Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: a systematic review. *J Palliat Med.* 2012;15(2):228-35. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0207>.
12. García-Maseta R, Bovera J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandinoa M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de consenso para la detección y el manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2022;42(3):233-64.
13. Teruel JL, BurgueraVion V, GomisCouto A, Rivera Gorrín M, Fernández-Lucas M, Rodríguez Mendiola N, et al.

Elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2015;35(3):273-9. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.05.005>.

14. Urrútia G, Bonfill X. La declaración PRISMA: un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la Revista Española de Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87(2):99-102. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000200001>.
15. Von Elm E, Altman Douglas G, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche Peter C, VandenbrouckeJan P. Declaración de la iniciativa STROBE (StrengtheningtheReporting of Observational Studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82(3):251-59.
16. Brown MA, Collett GK, Josland EA, Foote C, Li Q, Brennan FP. CKD in elderly patients managed without dialysis: survival, symptoms, and qualityoflife. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015;10(2):260-8. <https://doi.org/10.2215/CJN.03330414>.
17. Verberne WR, Geers AB, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJ, Bos WJ. Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11(4):633-40. <https://doi.org/10.2215/CJN.07510715>.
18. Da Silva-Gane M, Wellsted D, Greenshields H, Norton S, Chandna SM, Farrington K. Quality of life and survival in patients with advanced kidney failure managed conservatively or by dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012;7(12):2002-9. <https://doi.org/10.2215/CJN.01130112>.
19. Raman M, Middleton RJ, Kalra PA, Green D. Outcomes in dialysis versus conservative care for older patients: A prospective cohort analysis of stage 5 Chronic Kidney Disease. *PLoSOne*. 2018;13(10):e0206469. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206469>.
20. Morton RL, Webster AC, McGeechan K, Howard K, Murtagh FE, Gray NA, et al. Conservative Management and End-of-Life Care in an Australian Cohort with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11(12):2195-2203. <https://doi.org/10.2215/CJN.11861115>.
21. Verberne WR, Dijkers J, Kelder JC, Geers ABM, Jellema WT, Vincent HH, et al. Value-based evaluation of dialysis versus conservativecare in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. *BMC Nephrol*. 2018;19(1):205. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1004-4>.
22. Martínez Echevers Y, Toapanta Gaibor NG, Nava Pérez N, Barbosa Martín F, Montes Delgado R, Guerrero Riscos MA. Supervivencia de pacientes de edad avanzada (≥70 años) con enfermedad crónica estadios 4-5: diálisis vs tratamiento conservador. *Nefrología*. 2016;36(3):283-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.11.006>.
23. 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):1608-14. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq630>.
24. Van Loon IN, Goto NA, Boereboom FTJ, Verhaar MC, Bots ML, Hamaker ME. Quality of life after the initiation of dialysis or maximal conservative management in elderly patients: a longitudinal analysis of the Geriatric assessment in OLder patients starting Dialysis (GOLD) study. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):108. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1268-3>.
25. Kamar FB, Tam-Tham H, Thomas C. A Description of Advanced Chronic Kidney Disease Patients in a Major Urban Center Receiving Conservative Care. *Can J Kidney Health Dis*. 2017;4:1-7 <https://doi.org/10.1177/2054358117718538>.
26. Rubio Rubio MV, Lou Arnal LM, Gimeno Orna JA, Munguía Navarro P, Gutiérrez-Dalmau A, Lambán Ibor E et al. Supervivencia y calidad de vida en pacientes ancianos en tratamiento renal conservador, *Nefrología*. 2019;39(2):141-50. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.07.009>.
27. Iyasere O, Brown EA, Johansson L, Davenport A, Farrington K, Maxwell AP, et al. Quality of life with conservative care compared with assisted peritoneal dialysis and haemodialysis. *Clin Kidney J*. 2018;12(2):262-8. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfy059>.
28. Seow YY, Cheung YB, Qu LM, Yee AC. Trajectory of quality of life for poor prognosis stage 5D chronic kidney disease with and without dialysis. *Am J Nephrol*. 2013; 37(3):231-8. <https://doi.org/10.1159/000347220>.
29. Pereira RMP, Batista MA, Meira AS, Oliveira MP, Kusumota L. Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):851-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>.
30. Aguilera Flórez AI, Alonso Rojo AC, Linares Fano B, Prieto Fidalgo S, García Martínez L, Prieto Velasco M. Valoración de la elección de tratamiento conservador en la Enfermedad Renal Crónica. *Enferm Nefrol*. 2019;22(1):52-8. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000100008>.
31. Ellam T, El-Kossi M, Prasanth KC, El-Najas M, Khwaja A. Conservatively managed patients with stage 5 chronic kidney disease-outcomes from a single center experience, *QJM: An International Journal of Medicine*.

2009;102(8):547-54. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcp068>.

32. 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;(10):1611-9. <https://doi.org/10.2215/CJN.00510109>.
33. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. ¿Diálisis o no? Estudio comparativo de supervivencia de pacientes mayores de 75 años con enfermedad renal crónica en estadio 5. *Trasplante de Nephrol Dial*. 2007;22(7):1955-62. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm153>.
34. Smith C, Da Silva-Gane M, Chandna S, Warwicker P, Greenwood R, Farrington K. Elección de no dializar: evaluación del manejo planificado no dialítico en una cohorte de pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal. *Nephron Clin Pract*. 2003;95(2):c40-6. <https://doi.org/10.1159/000073708>.
35. Ruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, de Castro Cintra Sesso R. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(6):991-5. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322011000600012>.
36. Xavier BLS, Hermógenes JFA, Ribeiro YC, Sá ACS, Vieira Pereira Ávila FM, Flores PVP. Senses and meanings of conservative treatment in people with chronic kidney disease. *Aquichan*. 2020;20(3):e2035. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.5>.



Artículo en **Acceso Abierto**, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>