

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juan.garcia.martinez@navarra.es](mailto:juan.garcia.martinez@navarra.es)  
(J. García-Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.02.009>

0211-139X/ © 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Impacto de la modalidad de terapia de reemplazo renal en adultos mayores frágiles: importancia de las preferencias del paciente



### Impact of renal replacement therapy on frail older adults: Importance of patient's preferences

Sr. Editor:

He leído con interés el artículo de los Dres. Huidobro Espinosa et al., sobre el impacto de la modalidad de terapia de reemplazo renal en adultos mayores frágiles, sobre la ocurrencia de hospitalización, mortalidad, caídas y fracturas de cadera, sin encontrar diferencias significativas en estos aspectos, cuando se comparan ambas técnicas dialíticas (hemodiálisis y diálisis peritoneal)<sup>1</sup>. A partir de estas conclusiones se puede deducir que, en pacientes mayores frágiles con enfermedad renal crónica terminal, que eligen voluntariamente terapia con diálisis, la elección de una u otra modalidad dialítica, debería establecerse en función de las preferencias del paciente.

Indudablemente, la mejoría de las condiciones sanitarias ha contribuido a aumentar la esperanza de vida de las personas, por lo que, cada año los registros de diálisis y trasplante, no paran de confirmar el incremento sostenido de la prevalencia de enfermedad renal crónica terminal, sobre todo en personas de más de 65 años<sup>2</sup>. Por otra parte, actualmente el tratamiento sustitutivo renal con técnicas de diálisis es prácticamente universal (sin restricciones por edad) en la mayoría de países desarrollados. También es importante resaltar que ambos tipos de diálisis (hemodiálisis como diálisis peritoneal) son igualmente efectivas en suplir la función renal, teniendo ambas técnicas sus ventajas e inconvenientes, que pueden ser claves a la hora de indicar un tipo u otro de diálisis. En el trabajo de Huidobro Espinosa et al., existen una serie de aspectos clínicos que no se han abordado y que quizás pudieran haber modulado estos resultados que presentan<sup>1</sup>. En primer lugar, respecto a la valoración de la fragilidad del estudio, utilizan la escala FRAIL, y no encuentran diferencias significativas en el grado de fragilidad al comparar hemodiálisis con diálisis peritoneal. Sin embargo, esta última técnica implica que el propio paciente (o si se trata de una diálisis adaptada —el cuidador—) tienen que haber aprendido la técnica previamente, lo cual supone cierto grado de autonomía y/o facultades cognitivas del paciente (y/o cuidador)<sup>3,4</sup>. En el artículo de Huidobro Espinosa et al., además de no indicar si los propios pacientes se hacían la diálisis peritoneal o era una diálisis peritoneal adaptada con cuidador, es llamativo que pacientes de peritoneal también fueran ligeramente mayores que en hemodiálisis, por lo que quizás el grado de fragilidad en esta cohorte pudiera estar sobreestimada.

Por otra parte, respecto a aspectos clínicos es importante puntualizar lo siguiente: 1) El acceso vascular es fundamental para realizar hemodiálisis, siendo la fístula arteriovenosa el acceso electivo, puesto que el catéter venoso central lleva implícito un aumento de morbimortalidad (infecciones); por tanto, muchos pacientes ancianos frágiles con arteriopatía pueden precisar de

catéter central al no poder realizarse la fístula arteriovenosa; 2) Pacientes ancianos frágiles con cardiopatía pueden no tolerar bien la hemodiálisis, acompañándose de hipotensión intradiálisis o al final de esta, con los riesgos asociados (arritmias, caídas...); 3) Con el paso del tiempo, pacientes de hemodiálisis suelen perder la función renal residual, quedándose anúricos con las implicaciones que conlleva para el manejo de líquidos, y 4) Respecto a la calidad de vida, pacientes de diálisis peritoneal suelen estar más satisfechos con la técnica que aquellos con hemodiálisis<sup>5</sup>. En el trabajo de Huidobro et al., estos aspectos clave tampoco han sido valorados; es llamativo que, precisamente los pacientes de hemodiálisis llevaban una media de 7 años en terapia renal sustitutiva, sin precisar el acceso vascular (probablemente fueran mayoritariamente fístula arteriovenosa creada cuando eran más jóvenes y menos frágiles si llevaban tanto tiempo en diálisis) ni tampoco el grado de diuresis residual —circunstancias no analizadas— quizás con impacto en sus conclusiones finales.

En conclusión, sin existir diferencias en la modalidad de terapia de reemplazo renal en adultos frágiles como apuntan Huidobro Espinosa et al., la existencia de determinados condicionantes clínicos (tipo de acceso vascular, tolerancia a hemodiálisis, hipotensiones, diuresis residual), así como relacionados con cada técnica dialítica (ventajas e inconvenientes, calidad de vida), deberían ser la clave para que el adulto frágil, previamente informado de la diálisis, eligiera la modalidad de terapia dialítica que mejor se adaptara a sus preferencias vitales.

### Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

### Bibliografía

- Huidobro Espinosa JP, Ceriani A, Sepúlveda R, Carrasco M, Ortiz AM. Impacto de la modalidad de terapia de reemplazo renal en adultos mayores frágiles. *Rev Esp Ger Gerontol*. 2020 (en prensa).
- Informe de diálisis y trasplante de 2018 [consultado 24 Feb 2020]. Disponible en: <http://www.senefro.org>.
- Brown EA, Finkelstein FO, Iyasere OU, Klinger AS. Peritoneal or hemodialysis for the frail elderly patient, the choice of 2 evils? *Kidney Int*. 2017;91:294–303.
- Wiesholzer M. Assisted peritoneal dialysis: Home-based renal replacement therapy for the elderly patient. *Wien Med Wochenschr*. 2013;163:280–7.
- Iyasere OU, Brown EA, Johansson L, Huson L, Smeek J, Maxwell AP, et al. Quality of life and physical function in older patients on dialysis: A comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11:423–30.

Manuel Heras Benito\*

Servicio de Nefrología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [manuhebe@hotmail.com](mailto:manuhebe@hotmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.02.007>

0211-139X/ © 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.