

Desafíos y dilemas del reemplazo renal en el adulto mayor con enfermedad renal aguda. La dificultad en decir NO.

Dr. Raúl Lombardi

Profesor ad Honorem y Docente libre de la Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay

Diplomado en Bioética, FLACSO

Co-Director del Comité de IRA-SLANH

La disminución de la función renal, tanto brusca como progresiva, amenaza la calidad y la cantidad de vida de quién la padece. La respuesta histórica a este desafío fue el desarrollo de procedimientos que remedan con mayor o menor eficiencia la función renal (diálisis). Es ocioso en este escenario nefrológico como es la RedIRA abundar en detalles al respecto.

La injuria renal aguda (IRA) es un síndrome fisiopatológico generalmente multifactorial, secundario a una enfermedad causal de muy variada naturaleza, lo que desafía el cuidado de estos pacientes, ya que no se limitan a tener una función renal disminuida, sino que están inmersos en una realidad muy compleja con otras alteraciones orgánicas asociadas y sometidos a estudios y tratamientos potencialmente agresivos para el riñón. Tradicionalmente, el tratamiento nefrológico de estos pacientes se centró en como suplir de la mejor manera las funciones renales alteradas. Ha habido grandes progresos en las últimas décadas en este sentido, pero que no han sido suficientes para modificar sustancialmente los resultados y el pronóstico.

La complejidad de estos pacientes plantea dos exigencias: 1) frente a la enfermedad, una postura más integral en cuanto a la identificación y eventual control de todos los

otros factores asociados que pueden estar condicionando una respuesta terapéutica ineficaz, con posible resultado final muerte. Requiere de una mirada dirigida más al soporte integral que al solo reemplazo renal. 2) frente al paciente-persona, entender que se debe establecer una relación interhumana atendiendo a los valores, necesidades, deseos y derechos del paciente.

La irrupción de la tecnología, que seduce y enamora por la posibilidad de modificar sustancialmente la condición clínica a través de la aplicación de técnicas y procedimientos basados en la medicina basada en la evidencia, nos aleja del paciente, al que ya no interrogamos, casi no examinamos, y lo “conocemos” a través de monitores, imágenes, sensores y un sinnúmero de dispositivos. El paciente se pierde en medio de aparatos que miden, que hacen, cables que los interconectan y conectan al paciente. La expresión mayor de esta realidad está en el paciente críticamente enfermo, pero se replica en todos los ámbitos del quehacer médico.

La medicina actual está transversalizada por dos componentes básicos: 1) intermediación tecnológica y 2) la intermediación burocrática (*Aguilar B. Cuaderno de Bioética 2. Colegio Médico del Uruguay. Junio 2028*). La intermediación tecnológica “ha llegado a reemplazar la metodología clásica de análisis de síntomas y signos. La clínica orienta cada vez menos el proceso intelectual que conduce al diagnóstico: por el contrario, éste es guiado por lo que se encuentra a través de la mirada de aparatos cada vez más sofisticados convocados a examinar al paciente con la moderna lógica de “paquetes” de exámenes complementarios”. La intermediación burocrática tensó la relación médico paciente sobre todo a nivel ambulatorio “ya que hay que registrarse, abonar tasas moderadoras, ubicarse en una lista de espera, y la ventanilla burocrática

ocupa más tiempo que el consultorio en el proceso asistencial de la medicina gerenciada". La máxima que dice que *todo lo que se puede hacer, se hace*, antepone el imperativo tecnológico al imperativo ético e implica futilidad. Por el contrario, *todo lo que se puede y se debe hacer, se hace*. De lo contrario se cae en omisión de asistencia.

En este contexto, el envejecimiento acentúa las consecuencias negativas de una práctica que se acerca más a la enfermedad que al enfermo. El envejecimiento es básicamente la pérdida progresiva de la reserva funcional de organismo. Esa reserva es precisamente lo que permite al ser humano enfrentar situaciones de exigencia como es la enfermedad y eventualmente superarla.

La IRA es frecuente en el adulto mayor por los cambios anatómicos y fisiológicos del envejecimiento, por mayor carga de comorbilidades, mayor exposición a tratamientos y estudios potencialmente agresivos. Una vez ocurrida la IRA, la tasa de recuperación funcional es menor que en edades más tempranas. Por otro lado, está ampliamente demostrado que la IRA es un factor de riesgo para enfermedad renal crónica y muerte prematura.

Un estudio realizado en pacientes mayores de 67 años en EEUU que analizó las condiciones de estos pacientes cuando su ingreso a plan de HDC, reveló que la mayoría lo hizo en el curso de una hospitalización (*Wong SPY et al. Health care intensity at initiation of chronic dialysis among older adults. J Am Soc Nephrol. 2014,25:143149*)

Cuando clasificaron los pacientes según la intensidad del cuidado, los de mayor nivel de cuidado eran mayores de edad y tuvieron NTA como causa no resuelta de la enfermedad renal crónica. A su vez tuvieron una menor sobrevivencia en diálisis, que fue en promedio de poco más de 8 meses, siendo en los mayores de 85 años, solamente de 5 meses, de los cuales 2 los pasaron en el hospital. Esta evidencia conduce a

considerar que, en pacientes mayores con fragilidad, el inicio de la diálisis es más perjudicial que beneficioso (Akbar S, et al. *The ethics of offering dialysis for AKI to the older patient: time to re-evaluate?* *Clin J Am Soc Nephrol*.2014, 9:1652-1656; Wilson FP et al. *Dialysis versus non-dialysis in patients with AKI: a propensity-matched cohort study* *Clin J Am Soc Nephrol* 2014. 9:673-681)

Este panorama exige del equipo de salud una actitud de serena reflexión de las propuestas terapéuticas ofrecidas a ese paciente en particular. Volvemos a aquello de no hacer todo lo que se puede hacer, sino proponer al paciente lo que resulta más apropiado a su condición clínica de acuerdo al mejor objetivo posible. De esta forma, se establece un proceso para la toma de decisiones, compartido entre el equipo médico y el paciente y eventualmente su familia. El respeto a la autonomía del paciente, acompañado de una adecuada y suficiente información reconoce el derecho de la persona a decidir sobre su vida y su muerte, de acuerdo a sus principios, valores, sentimientos y proyectos de vida y no en función de lo recomendado por la “evidencia”.

El proceso de toma de decisiones compartido (*shared decision making*) es una metodología que contempla las necesidades básicas para una adecuada comunicación en este contexto. Consiste en un proceso por el cual el médico y el paciente comparten la mejor evidencia disponible con respecto a su situación. El paciente toma conciencia de que existe una elección, comprende las opciones y se le brinda el tiempo y el apoyo necesarios para que considere lo que es más importante para él (Elwyn GE et. Al. *Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med* 2012, 27:1361-1367; Randall Curtis J, Vincent JL. *Lancet* 2010,375:1347-1353).

Es necesario entonces, una muy precisa evaluación de la condición general del paciente adulto mayor, a fin de personalizar las propuestas terapéuticas.

Afortunadamente, cobra cada vez más fuerza el concepto de medicina centrada en la persona, de fuerte contenido humanístico, que busca recolocar el foco en la persona enferma y no en la enfermedad. La adopción de esta perspectiva en el adulto mayor es clave, dado su mayor vulnerabilidad y susceptibilidad a los efectos indeseados del tratamiento, particularmente de aquellos que son invasivos. El proceso salud-enfermedad es multidimensional, biológico, psicológico, social, familiar, medioambiental y cultural, factores que interactúan de manera positiva o negativa.

El desarrollo del conocimiento médico y particularmente de la tecnología, ha impactado fuertemente en el proceso de morir, desafiando el derecho inalienable de vivir nuestra propia muerte. Cuanto mayor es la gravedad de la enfermedad, mayor es la intervención tecnológica, que, si bien puede ayudar al paciente, lo aleja de sus afectos y de sí mismo. Derecho que debe ser reconocido en toda su integralidad, particularmente en la participación informada y protagónica del paciente en el proceso de toma de decisiones; el acceso universal e igualitario a los cuidados paliativos; el derecho a rechazar tratamientos inconducentes o desproporcionados y finalmente, el derecho a escoger libremente el momento y la forma de la propia muerte (*Lombardi R. Cuadernos de Bioética. Colegio Médico del Uruguay. Abril 2018*)

El clásico fin de la medicina de salvar y prolongar la vida, se debe sustituir como propone el *Hasting Center de Nueva York*, por evitar la muerte prematura y buscar una muerte tranquila del paciente.