

Terapia de Reemplazo Renal y manejo conservador en la  
**Enfermedad Renal Crónica estadio 5**  
en el Segundo y Tercer Nivel de Atención

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-IMSS-727-24



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SEDENA**  
SECRETARÍA DE LA  
DEFENSA NACIONAL

**MARINA**  
SECRETARÍA DE MARINA

**CSG**  
CORREO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

**PEMEX**  
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

**SNDIF**  
SISTEMA NACIONAL PARA  
EL DESARROLLO INTEGRAL  
DE LA FAMILIA



Marina Nacional 60, piso 11, ala "B"  
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,  
C. P. 11410, Ciudad de México.  
[www.gob.mx/salud/cenetec](http://www.gob.mx/salud/cenetec)

Publicado por CENETEC  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Terapia de reemplazo renal y manejo conservador en la enfermedad renal crónica estadio 5 en el segundo y tercer nivel de atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

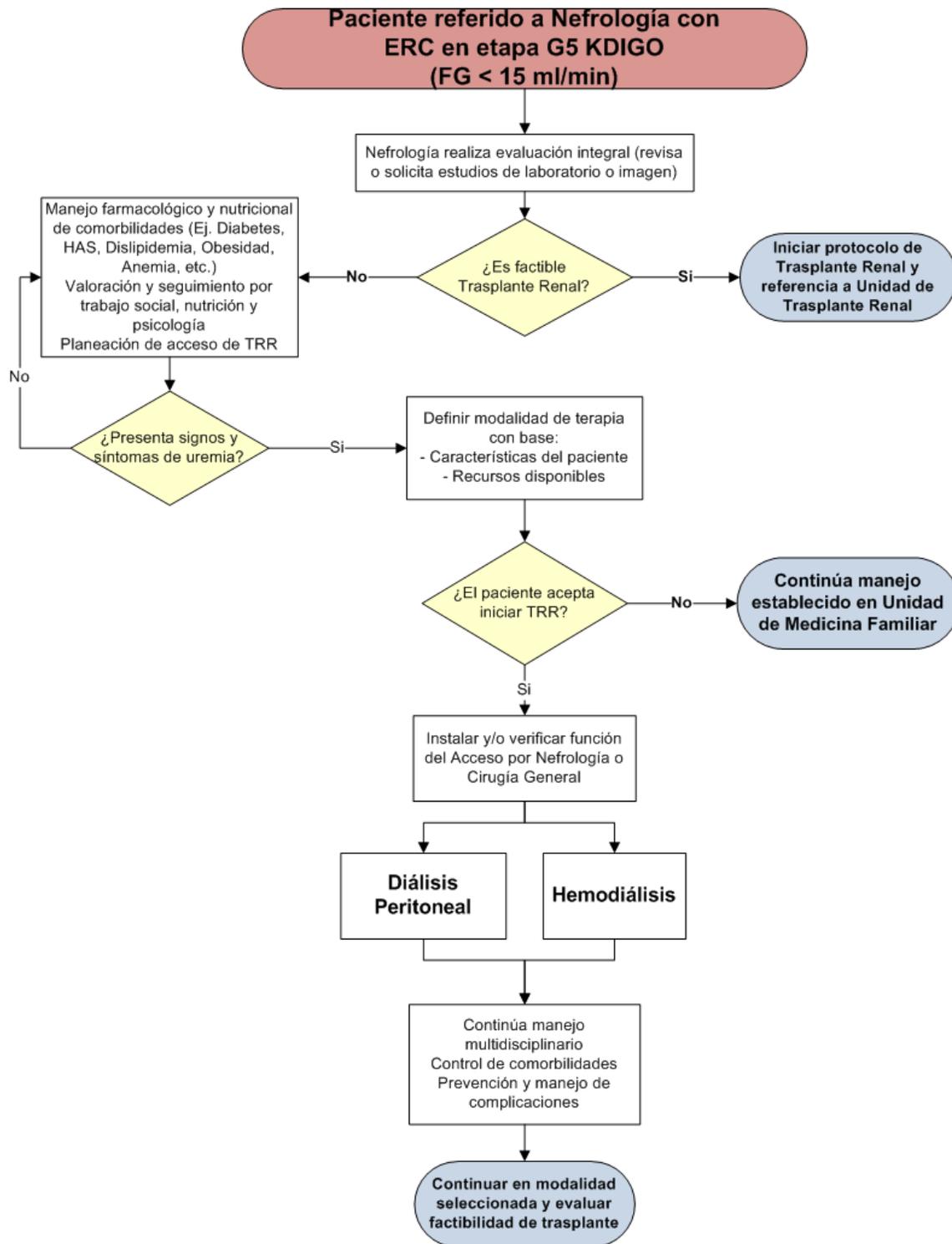
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-727-24/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Terapia de reemplazo renal y manejo conservador en la enfermedad renal crónica estadio 5 en el segundo y tercer nivel de atención**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; 2024. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-727-24/RR.pdf>

ISBN en trámite.

## 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Manejo de paciente con Enfermedad Renal Crónica G5



## 2. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

### DIAGNÓSTICO

| RECOMENDACIÓN CLAVE  | GR* |
|--|-----|
| Se recomienda utilizar la fórmula CKD EPI basada en creatinina sérica para la estimación inicial del FG.   | A   |
| Se recomienda utilizar la fórmula CKD-EPI basada en creatinina y cistatina, específicamente en pacientes con VIH, cáncer y obesidad.   | A   |
| Se recomienda utilizar ecuaciones basadas en cistatina, en creatinina y cistatina y la medición de filtrado glomerular como exámenes confirmatorios en circunstancias específicas cuando la estimación del filtrado glomerular basada en creatinina sérica es menos precisa. | A   |

### TRATAMIENTO

| RECOMENDACIÓN CLAVE   | GR* |
|---|-----|
| En adultos mayores de 18 años con FG < 10-14 mL/min/1.73m <sup>2</sup> se recomienda retrasar el inicio de la TRR, con monitoreo estrecho de los síntomas urémicos o sobrecarga de volumen.   | A   |
| En pacientes que inician DP de forma urgente, se recomienda vigilancia estrecha por el mayor riesgo de disfunción y/o fuga del catéter.   | A   |
| Se recomienda el trasplante renal (TR) como primera opción en pacientes con ERC por los beneficios demostrados a largo plazo (sobrevida, menor riesgo cardiovascular y mejor calidad de vida).  | B   |
| En aquellos pacientes que son candidatos a TR se recomienda la DP como terapia de elección previa al TR ya que se han observado mejores resultados con esta modalidad a largo plazo (menor mortalidad y función retardada del injerto y mantenimiento de la función renal residual) | A   |

|   |          |
|---|----------|
| Se recomienda DP por mostrar mayores beneficios en calidad de vida, satisfacción y en costo-efectividad. No hay evidencia concluyente respecto al desenlace de mortalidad o estudios bioquímicos. | <b>A</b> |
| Se recomienda considerar la HD en los pacientes en los que exista alguna contraindicación para DP o TR.   | <b>A</b> |
| Se recomienda la evaluación periódica del estado nutricional (albúmina y catabolismo proteico) en pacientes en diálisis.  | <b>B</b> |
| Se recomienda la construcción de fístula arterio-venosa en todos los pacientes que se planea HD crónica para reducir el riesgo de infecciones, hospitalización y muerte.                          | <b>A</b> |
| Se recomienda valorar el inicio de TRR en adultos mayores > 75 años, ya que puede no estar asociado con una mayor sobrevida.  | <b>A</b> |
| Se recomienda diálisis incremental con el objetivo de preservar función renal residual.   | <b>A</b> |

\_\_\_\_\_  
\*Grado de Recomendación

### 3. CUADROS O FIGURAS

**Cuadro 1.** Clasificación de ERC con base en FG y albuminuria (KDIGO)

| Filtrado glomerular   | A1<br>< 30 mg/g | A2<br>30 - 300 mg/g | A3<br>> 300 mg/g |
|-----------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| <b>G1: Mayor a 90</b> |                 |                     |                  |
| <b>G2: 90 - 60</b>    |                 |                     |                  |
| <b>G3a: 60 - 45</b>   |                 |                     |                  |
| <b>G3b: 45 - 30</b>   |                 |                     |                  |
| <b>G4: 30 - 15</b>    |                 |                     |                  |
| <b>G5: Menor a 15</b> |                 |                     |                  |

La Enfermedad Renal Crónica se define como anomalías en la estructura del riñón o en la función, presentes al menos 43 meses, con implicaciones para la salud, y se clasifica basándose en la causa, en la categoría de filtrado glomerular, y en la categoría de albuminuria.

**Fuente:** Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* 2013; 3: 1-150.

**Cuadro 2.** Ecuaciones para estimación del filtrado glomerular.

| Año y autores             | Ecuaciones de estimación del filtrado glomerular (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )                 | Aspectos positivos  | Aspectos negativos  |
|---------------------------|--|---|---|
| <b>1976<br/>Cockcroft</b> | $(140 - \text{edad}) \times \text{peso} \times 0.85$<br>si es mujer) / creatinina sérica x 72) | Actualmente no debe ser utilizada ni para ajuste de dosis de medicamentos ni para estimar la tasa de filtrado | Se basa en el peso como representante de la masa muscular (por lo que la validez externa estaría limitada en amputados, |

|                    |  |   |   |
|--------------------|--|---|---|
|                    |  | glomerular, únicamente para investigación.<br><br>En desuso debido a que no utiliza valores de creatinina estandarizados.                                       | pacientes con distrofias musculares y en poblaciones en que el peso pudiera estar influido en un mayor porcentaje por la masa grasa) y establece arbitrariamente que la masa muscular de las mujeres es 85% de la de los hombres, lo que no necesariamente es cierto. Para algunas poblaciones como los adultos mayores, entre otras, en general se desaconseja su uso. |
| <b>1999 MDRD</b>   | $170 \times [\text{Creatinina s\u00e9rica}]^{-0.999} \times [\text{edad}]^{-0.175} \times [0.762 \text{ si es mujer}] \times [1180 \text{ si es afroamericano}] \times [\text{BUN}]^{-0.170} \times [\text{Alb}]^{+0.318}$ | Desarrollada con 1628 sujetos con Enfermedad Renal Cr\u00f3nica.<br><br>Fue la primera ecuaci\u00f3n y la m\u00e1s utilizada con una calibraci\u00f3n conocida. | La mayor\u00eda de la poblaci\u00f3n utilizada en su desarrollo fue de raza blanca, sin Diabetes y con un FG < 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup> .<br><br>Su principal sesgo es que su funcionamiento disminuye conforme aumenta el filtrado glomerular del paciente, lo cual sobreestima la prevalencia de ERC, presentando falsos positivos de ERC.                        |
| <b>2007 MDRD-6</b> | $170 \times (\text{Creatinina}/88.4)^{-0.999} \times (\text{edad})^{-0.176} \times (\text{urea} \times 2.8)^{-0.170} \times$   | Re formulada para utilizarse con IDMS ensayo de creatinina  | Su principal sesgo es que su funcionamiento disminuye conforme  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | (albumina/10) $0.318 \times$<br>(0.762 si es mujer) $\times$<br>(1180 si es<br>afroamericano)   | trazadora del<br>2006.  | aumenta el filtrado<br>glomerular del<br>paciente, lo cual<br>sobreestima la<br>prevalencia de ERC,<br>presentando falsos<br>positivos.  |
| <b>2009 CKD-<br/>EPI</b>                   | $141 \times \min(\text{Scr}/\kappa, 1)^\alpha \times$<br>$\max(\text{Scr}/\kappa, 1)^{-1.209} \times 0.993$<br>$\text{edad} \times 1.018$ [si es mujer]<br>donde Scr es creatinina<br>sérica,<br>k es 0.7 para mujer y 0.9<br>para hombre,<br>$\alpha = 0.329$ para mujer y<br>$-0.411$ para hombre | Desarrollada con<br>12,150 sujetos en<br>diversas<br>poblaciones (8254<br>para el desarrollo<br>y 3896 para su<br>validación).<br><br>Recomendada<br>por KDIGO 2013.<br><br>Reduce sesgos<br>TFG > 60.<br><br>La ecuación que<br>combina Cistatina<br>y Creatinina es<br>más precisa que<br>la de sólo<br>Creatinina o sólo<br>Cistatina. | Sobreestima la TFG<br>en adultos jóvenes.<br><br>Produce valores de<br>estimación de FG<br>más elevados que<br>los obtenidos por<br>MDRD-4.<br><br>La masa muscular sí<br>afecta el resultado. |
| <b>2012 BIS 1</b><br><br><b>2012 BIS 2</b> | $3736 \times \text{creatinina}^{-0.87} \times$<br>$\text{Edad}^{-0.95} \times 0.82$ (si es<br>mujer)<br><br>$767 \times \text{cistatina C}^{-0.61} \times$<br>$\text{creatinina}^{0.4} \times \text{edad}^{-0.57} \times$<br>$0.87$ (si es mujer)   | Fue<br>específicamente<br>desarrollada para<br>personas de más<br>de 70 años.<br><br>Ambas tienen un<br>buen desempeño<br>en adultos<br>mayores, sobre<br>todo en > 70 años.<br><br>La masa muscular<br>no afecta el<br>resultado.  | La precisión de estas<br>ecuaciones es pobre<br>en pacientes con<br>insuficiencia renal<br>grave.  |
| <b>2016 Pottel,</b>                        | $2 \text{ años} \leq \text{edad} \leq 40 \text{ años}$  | Fue desarrollada  | Presenta sesgo de  |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p><b>FAS (Full age spectrum)</b></p>                                 | <p>TFGe =107,3/ Cr/Qcre<br/>Cr: creatinina sérica<br/>Qcre: mediana de la Cr para una determinada edad y sexo en población sana</p>  | <p>para permitir la estimación del filtrado glomerular desde la infancia hasta adultos mayores.</p> <p>En pacientes mayores de 60 años con ERC se recomienda su utilización.</p> <p>La masa muscular no afecta el resultado.</p> | <p>sobreestimación para valores bajos de creatinina sérica y en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).</p> |
| <p><b>2020 Pottel, EKFC (European Kidney Function Consortium)</b></p> | <p>Edad años 2-40: <math>SCr/Q &lt; 1: 107.3 \times (SCr/Q)^{-0.322}</math><br/>Edad años 2-40: <math>SCr/Q \geq 1: 107.3 \times (SCr/Q)^{-1.132}</math></p> <p>Edad años &gt; 40: <math>SCr/Q &lt; 1: 107.3 \times (SCr/Q)^{-0.322} \times 0.990^{(Edad-40)}</math><br/>Edad años &gt; 40: <math>SCr/Q \geq 1: 107.3 \times (SCr/Q)^{-1.132} \times 0.990^{(Edad-40)}</math></p> <p><b>Valores de Q:</b><br/><b>Para edades de 2-25 años:</b><br/>Hombres: <math>\ln(Q)=3,200 + 0.259 \times Edad - 0.543 \times \ln(Edad) - 0.00763 \times Edad^2 + 0.0000790 \times Edad^3</math><br/>Mujeres: <math>\ln(Q)=3,080 + 0.177 \times Edad - 0.223 \times \ln(Edad) - 0.00596 \times Edad^2 + 0.0000686 \times Edad^3</math></p> <p><b>Para edades &gt; 25 años:</b><br/>Hombres: Q=80</p> | <p>Fácil implementación; no requiere costos de laboratorio adicionales.</p> <p>Muestra mayor precisión en la estimación de la tasa de filtrado glomerular y para la estratificación de riesgo comparada con CKD-EPI y MDRD.</p>  | <p>Hacen falta estudios en poblaciones latinoamericanas.</p>  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | micromoles/L (0.90 mg/dL)<br>Mujeres: Q= 62<br>micromoles/L (0.70 mg/dL)<br><br>SCr y Q en micromoles/L (para convertir a mg/dL, dividir por 88.4). |  |  |
|--|---|--|--|

Fuente: Elaboración del Grupo Desarrollador de la GPC

### Cuadro 3. Indicaciones para diálisis en Enfermedad Renal Crónica

| Indicaciones para Diálisis en ERC  |
|--|
| Pericarditis   |
| Sobrecarga de fluidos o edema pulmonar refractario a diuréticos  |
| Hipertensión de rápida progresión con pobre respuesta a tratamiento antihipertensivo   |
| Encefalopatía urémica progresiva o neuropatía manifestada como confusión, asterixis, mioclono, convulsiones, imposibilidad de elevar los dedos de los pies o realizar dorsiflexión con el pie, imposibilidad de extender la muñeca y dificultad para mover los dedos de las manos. |
| Diátesis hemorrágica atribuible a uremia   |

Fuente: [https://rhochistj.org/newsletter/RhoChiPost\\_-\\_Vol\\_1,\\_Issue\\_11.pdf](https://rhochistj.org/newsletter/RhoChiPost_-_Vol_1,_Issue_11.pdf)

### Cuadro 4. Ventajas y desventajas de la diálisis peritoneal y Hemodiálisis

| Ventajas y desventajas de la diálisis peritoneal y hemodiálisis.   |  |
|--|--|
| Diálisis Peritoneal  | Hemodiálisis   |
| 1. No requiere de un acceso vascular<br>2. Preservación de la función renal<br>3. Mayor estabilidad hemodinámica<br>4. No requiere anticoagulación.<br>5. Se realiza en el domicilio.<br>7. Alternativa costo-efectiva a la HD<br>8. Reducción de riesgo de infecciones nosocomiales<br>9. Tratamiento más flexible (horarios) | 1. Se realiza en un centro especializado<br>2. En el adulto mayor representa una distracción social.<br>3. Requiere menor asistencia familiar (únicamente la compañía para las sesiones) |

|   |  |
|---|--|
| <p>10. En pacientes en situaciones especiales (edad avanzada, fragilidad, enfermedad de mal pronóstico para la vida) puede haber un beneficio en la calidad de vida modificando la prescripción de diálisis</p> <p>11. Mejor control óseo metabólico</p> <p>12. Dieta flexible.</p> |  |
| <p><b>Desventajas:</b></p> <p>1. Se recomienda planeación y capacitación previas</p> <p>2. Requiere asistencia de un familiar/amigo/profesional entrenado para realizar el procedimiento</p> <p>3. Impacta en la calidad de vida (número de recambios al día)</p>                   | <p><b>Desventajas:</b></p> <p>1. Impacto en calidad de vida (dependencia de un familiar para transporte y sesión)</p> <p>2. Riesgo de hipotensión intradiálisis.</p> <p>3. Pérdida de la función renal más rápida.</p> <p>4. Días y horarios asignados por la unidad de hemodiálisis (menor flexibilidad).</p> <p>5. Pérdidas hemáticas y mayor requerimiento de hierro.</p> |

**Fuente:** FitzGerald TJ, Joosten H, van Buren M, Vinen K, Brown EA. A review of supportive care for older people with advanced chronic kidney disease. Clin Kidney J. 2022 Dec 7;16(4):635-646. doi: 10.1093/ckj/sfac256. PMID: 37007693; PMCID: PMC10061438.

**Cuadro 5.** Manejo de las complicaciones en pacientes con Terapia Sustitutiva de la Función Renal (KDIGO, 2012)

| <b>Manejo de las complicaciones en pacientes con Terapia sustitutiva de la Función Renal</b> |   |   |
|--|---|---|
| <b>Complicación</b>  | <b>Recomendaciones</b>  | <b>Justificación y objetivos</b>  |
| <b>Hipertensión Arterial</b>   | <p>Evitar presiones diastólicas muy bajas (&lt;65 mmHg)</p> <p>Objetivo recomendado: 130/80</p> <p>La elección del antihipertensivo dependerá de las comorbilidades.</p> <p>Usar diurético de asa para tratar la hipertensión por sobrecarga de fluidos.</p> <p>Considerar discontinuar inhibidores del RAAS.</p> | <p>Minimizar el riesgo de caídas por síncope por hipotensión.</p> <p>Presión diastólica &lt;60 mmHg se asocia con incremento en la mortalidad en adultos mayores.</p> <p>Preservar las facultades cognitivas y funcionales.</p> |
| <b>Sobrecarga de líquidos</b>  | <p>Restricción de sodio 86 g/día</p> <p>Usar diuréticos de asa de ser necesario</p>   | <p>Disminuir los síntomas relacionados con la sobrecarga de líquidos (disnea, edema).</p> <p>Considerar el impacto</p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | nutricional y en la calidad de vida en la restricción de líquidos y uso de diuréticos.   |
| <b>Anemia</b>                                      | <p>Considerar suplementación con hierro en deficiencia absoluta de hierro, con objetivos de ferritina de 200-500 mg/L y saturación de transferrina 20-30%.</p> <p>Considerar tratamiento con AEE en pacientes con Hb&lt;10g/dl. Si la Hb&gt;12g/dl, detener AEE o disminuir la dosis.</p>      | <p>El tratamiento va enfocado a evitar los síntomas de la anemia (fatiga, disnea) más que un objetivo de Hb.</p> <p>Las intervenciones pueden tener beneficio limitado en pacientes con pobre reserva funcional (inmovilidad crónica) o pobre expectativa de vida.</p> |
| <b>Alteraciones del metabolismo calcio-fósforo</b> | <p>Considerar una dieta restringida en fosfatos o el uso de quelantes de fosfatos.</p> <p>Considerar suplementación con vitamina D.</p> <p>Monitoreo rutinario de PTH (semestral o anual)</p> <p>El uso de agentes para minimizar los niveles de PTH no es recomendado en adultos mayores.</p> | <p>En pacientes con TFGe&lt;60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>SC la hiperfosfatemia es asociada con incremento en la mortalidad.</p> <p>Considerar que las intervenciones pueden tener beneficio limitado en pacientes con pobre reserva funcional o calidad de vida.</p>     |
| <b>Hiperkalemia</b>                                | <p>Mantener los niveles menores de 5.5 mEq/L.</p> <p>Considerar restricción de potasio en la dieta o uso de quelantes de potasio.</p> <p>Considerar discontinuar inhibidores del RAAS.</p> <p>Manejo de la acidosis metabólica.</p> <p>Uso de diuréticos de asa</p>                            | <p>Reducir el riesgo de disritmias cardíacas.</p> <p>Las intervenciones pueden tener beneficio limitado en pacientes con pobre reserva funcional (inmovilidad crónica) o pobre expectativa de vida.</p>  |
| <b>Acidosis Metabólica</b>                         | <p>Mantener los niveles de bicarbonato entre 2-24 mmol/L</p> <p>Considerar bicarbonato de sodio (si es tolerado)</p>   | <p>Puede tener impacto positivo en la fatiga, sarcopenia y alteraciones óseas.</p> <p>Disminuye la progresión de la ERC.</p>   |
| <b>Dislipidemia</b>                                | <p>Considerar el beneficio del uso de agentes hipolipemiantes.</p>   | <p>Mejoran la calidad de vida sin efectos negativos en la morbilidad cardiovascular en los últimos años de vida.</p>   |

**Fuente:** Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter.*, Suppl. 2013; 3: 1-150.

**Cuadro 6.** Manejo de los síntomas en los pacientes con y sin Terapia Sustitutiva de la Función Renal

| <b>Tabla 2. Manejo de los síntomas en los pacientes con o sin Terapia Sustitutiva de Reemplazo Renal</b> |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Síntomas</b>  | <b>Manejo no farmacológico</b>  | <b>Manejo farmacológico</b>  | <b>Otro</b>   |
| <b>Prurito</b>   | Agentes tópicos (emolientes, capsaicina, tacrolimus)  | Antihistamínicos<br>Dosis bajas de gabapentinoides<br>Antidepresivos (sertralina)  | Fototerapia con rayos UVB<br>Adecuación de diálisis   |
| <b>Alteraciones del sueño</b>  | Promover adecuados hábitos de sueño<br>Terapia psico conductual.<br>Corregir otros síntomas (piernas inquietas, depresión, apnea del sueño) | Reguladores del sueño (Melatonina)<br>Antihistamínicos<br>Sedantes simples indicados por psiquiatría                                       | Adecuación de diálisis<br>Evitar uso de benzodiazepinas por el riesgo de delirio y dependencia.                           |
| <b>Síndrome de piernas inquietas</b>   | Higiene del sueño<br>Ejercicio<br>Evitar ultrafiltración excesiva   | Agonistas de la dopamina en dosis bajas<br>Gabapentina<br>Pregabalina  | Adecuación de diálisis<br>Corregir hiperfosfatemia y deficiencia de hierro  |
| <b>Depresión</b>   | Terapia cognitiva-conductual  | Antidepresivos orales indicado por psiquiatra  | Adecuación de diálisis  |
| <b>Dolor</b>   | Determinar la etiología y el grado de severidad   | Escalar analgésicos ajustados a ERC<br>En caso de dolor neuropático considerar gabapentonioides, los cuales ayudan a otros síntomas de ERC | Considerar su coexistencia con la depresión.<br>Evitar el uso de opioides en adultos mayores<br>Evitar el uso de tramadol |

**Fuente:** FitzGerald TJ, Joosten H, van Buren M, Vinen K, Brown EA. A review of supportive care for older people with advanced chronic kidney disease. *Clin Kidney J.* 2022 Dec 7;16(4):635-646. doi: 10.1093/ckj/sfac256. PMID: 37007693; PMCID: PMC10061438.

**Cuadro 7.** Estrategias de manejo en el adulto mayor con Enfermedad Renal Crónica

| <b>Atención médica de los pacientes a través de las etapas de la ERC</b><br>Intervenciones específicas de cada enfermedad para disminuir la progresión de la ERC<br>Abordar las complicaciones relacionadas con la ERC (anemia, acidosis metabólica, AOM, etc.)<br>Abordar cuestiones relacionadas con las comorbilidades y fragilidad |   |  |   |   |  |
|--|---|--|---|---|--|
| <b>Hemodiálisis</b>  | <b>Diálisis Peritoneal</b>  | <b>Trasplante Renal</b>  | <b>Manejo renal conservador</b>   | <b>Decidir no iniciar terapia de reemplazo renal</b>  |  |
| <b>Cuidados de soporte de los pacientes a través de las etapas de la ERC</b><br>Toma de decisiones compartidas y planificación de la atención<br>Evaluación de los síntomas y manejo<br>Planificar situaciones de crisis y, cuando el momento lo amerita, discutir los cuidados al final de la vida                                    |   |  |   |   |  |
| <b>Envejecimiento, incremento de la fragilidad, comorbilidades y progresión de la ERC</b>  | <b>Acceso</b><br>Catéter tunelizado en lugar de fístula AV.                             | <b>DP asistida</b><br>DP proporcionada por un profesional o familiar.  | <b>Trasplante renal fallido</b><br>Aplicar los principios de cuidados de soporte y considerar manejo conservador. | <b>Individualizar el plan de tratamiento con base en las prioridades de cada persona</b><br>Calidad de vida relacionada con la salud.<br>Independencia funcional.<br>Control de síntomas.<br>Sobrevida. | Apoyo compasivo para los pacientes que no están listos para comprometerse con una opción de tratamiento en particular.<br><br>“Decidir no decidir” |
|  | <b>Considerar régimen incremental.</b><br>Sesiones de HD más cortas o menos frecuentes. | <b>Prescripción de DP.</b><br>DP incremental.<br>Dos intercambios de apoyo con DPCA para control de los síntomas | <b>¿Trasplante renal al final de la vida?</b><br>Aplicar los principios de manejo conservador                     | <b>Evaluación del tratamiento apropiado (medicamentos) regularmente.</b>  |  |
|  | <b>Apoyo compasivo para aquellos que no acepten HD</b>                                  | <b>Apoyo compasivo para aquellos que no acepten DP</b>   |   |   |  |

ERC: Enfermedad Renal Crónica, HD: Hemodiálisis, DP: Diálisis Peritoneal, DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatorio, AV: arterio-venosa, AOM: alteraciones óseas metabólicas.

**Fuente:** FitzGerald TJ, Joosten H, van Buren M, Vinen K, Brown EA. A review of supportive care for older people with advanced chronic kidney disease. Clin Kidney J. 2022 Dec 7;16(4):635-646. doi: 10.1093/ckj/sfac256. PMID: 37007693; PMCID: PMC10061438.