



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Indice del  
volumen Volume  
index

Comité Editorial  
Editorial Board

Comité Científico  
Scientific  
Committee

Normas para los  
autores  
Instruction to  
Authors

Derechos de autor  
Copyright

Contacto/Contact:



## Letters to the Editor / Cartas al Editor

# DIÁLISIS INTESTINAL EN PACIENTES MUY ANCIANOS

Musso CG<sup>1</sup>, Michelangelo H<sup>2</sup>, Reynaldi J<sup>1</sup>, Martinez B<sup>2</sup>, Vidal F<sup>2</sup>, Quevedo M<sup>2</sup>, Parot M<sup>2</sup>, Waisman G<sup>2</sup>, Algranati L<sup>1</sup>

Servicios de Nefrología<sup>1</sup> y Medicina Interna<sup>2</sup>. Hospital Italiano de Buenos Aires - Argentina

[carlos.musso @ hospitalitaliano.org.ar](mailto:carlos.musso@hospitalitaliano.org.ar)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2008;1:79-80

Sr. Editor:

Los pacientes mayores de 75 años de edad presentan un incremento del 67% en la incidencia de enfermedad renal crónica (ERC) respecto del 24% que muestran aquellos pacientes cuya edad oscila entre 5 y 74 años<sup>1</sup>. La diálisis crónica es una opción terapéutica válida en los ancianos portadores de insuficiencia renal crónica terminal<sup>1-2</sup>, sin embargo la sobrevida de los pacientes octogenarios en diálisis, a igual que sucede con los jóvenes, es mucho menor que la correspondiente a personas de la población general de la misma edad<sup>3</sup>. Por otra parte, en pacientes de alto riesgo, así como en aquellos de alto grado de dependencia, la decisión de iniciar diálisis influye poco en su sobrevida<sup>1</sup>.

En algunas oportunidades, pacientes muy ancianos lúcidos (o su familia cercana en el caso de pacientes con demencia moderada) se niegan a iniciar el tratamiento dialítico propuesto, prefiriendo algún tipo de terapéutica alternativa menos invasiva.

Entre las alternativas antes mencionadas se encuentra: la dieta muy baja en proteínas, la modificación de la flora bacteriana intestinal (probióticos), o el uso de carbón activado<sup>4-6</sup>.

El carbón es activado mediante su exposición a gas oxidante a altas temperaturas, tras lo cual se logra que aumente su superficie de contacto mediante la formación de poros en él. De este modo resulta que una dosis de 50 gramos de carbón activado representa una superficie de contacto equivalente a la de 10 campos de fútbol.

La urea y otros productos de desecho del metabolismo corporal que difunden desde la sangre a la luz gastro-intestinal, se adhieren al carbón activado y son excretados luego en las heces, lo cual crea a su vez un gradiente de concentración en favor de una difusión continua de estos productos de desecho desde el compartimiento vascular al lumen intestinal, dando lugar así al proceso conocido como diálisis intestinal<sup>7</sup>.

Se consideran contraindicaciones para el uso de carbón activado: la falta de motilidad intestinal (íleo), la presencia de perforación gastro-intestinal, obstrucción intestinal, cirugía abdominal reciente, riesgo de hemorragia gastro-intestinal. Efectos adversos serios, como la obstrucción intestinal o la neumonía aspirativa pueden evitarse co-administrando catárticos (no aquellos a base de magnesio) o evitando la utilización de este producto en aquellos pacientes con reducción de su habilidad para proteger la vía aérea. Otros efectos adversos reportados son: la aparición de vómitos, apendicitis aguda, reacción alérgica, y la adsorción en el lumen intestinal de fármacos tales como: carbamazepina, digoxina, micofenolato, teofilina y olanzapina<sup>8</sup>.

En la presente carta querríamos mostrar la buena experiencia que hemos tenido tratando tres pacientes muy ancianos mediante el uso de diálisis intestinal a base del aporte oral de carbón activado. Dos de los pacientes eran lúcidos y habían rechazado el ofrecimiento de iniciar diálisis, mientras que el tercero era un paciente portador de demencia moderada cuya familia directa (su esposa e hija) no habían aceptado su incorporación a un programa de diálisis crónica. Todos estos pacientes tenían una adecuada diuresis residual, no presentaban edemas, ni acidosis metabólica significativa, ni hiperkalemia.

El suministro de carbón activado fue prescrito a una dosis de 15 gramos (polvo), diluido en un vaso de agua, después de las comidas, alejado del resto de la medicación del paciente. La dosis inicial fue de dos veces por día (30 gramos) siendo elevada progresivamente de ser necesario hasta lograr un descenso significativo de la uremia. La dosis máxima utilizada fue de 60 gramos/día. En esta experiencia piloto observamos que el carbón activado fue significativamente capaz de descender y mantener los niveles séricos de urea (Tabla 1). Todos los pacientes estaban libres de síntomas urémicos tales como náuseas, insomnio, astenia, prurito, o hiporexia. Sólo uno de ellos mostró constipación la cual fue resuelta agregando un catártico (oral) a su esquema terapéutico.

**Conclusión:** En nuestra experiencia el suministro de carbón activado fue una alternativa terapéutica útil en el mantenimiento de la uremia significativamente descendida, y el paciente asintomático, a fin de manejar la enfermedad renal crónica terminal de pacientes muy ancianos que habían rechazado iniciar diálisis.

	Antes del carbón activado	Después del carbón activado	p
<b>Uremia (mg/dl)</b>	178 ± 37	125 ± 34	0.007
<b>Creatininemia (mg/dl)</b>	4 ± 0.7	3.3 ± 0.7	0.07

Tabla 1: uremia y creatininemia antes y después de una semana de iniciar diálisis intestinal (los valores logrados se mantuvieron tras tres meses de seguimiento)

#### REFERENCIAS

- 1) Misra M. Dialysis in the elderly. *Blood Purification* 2008; 26: 41- 44
- 2.- Cook W, Jassal V. Prevalence of fall among seniors maintained on hemodialysis. 2005; 37: 649-652
- 3.- Kurella M, Covinsky K, Collins A, Chertow G. Octogenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 146: 177-183
- 4.- Brunori G, Viola B, Maiorca P, Cancarini G. How to manage elderly patients with chronic renal failure: conservative management versus dialysis. *Blood Purification* 2008; 26: 36-40
- 5.- Pendse S, Singh A. Approach to patients with chronic kidney disease, stages 1- 4: 3-13
- 6.- Friedman E. Bowel as a kidney substitute in renal failure. *American Journal of Kidney Disease*. 1996; 28 (6): 943-950
- 7.- Charcoal. In Lacy C, Armstrong L, Goldman M, Lance L. (Eds). *Drug information handbook*. Lexi-Comp. 2004. 310-311
- 8.- Micromedex Healthcare Series - Drugdex - 2008

---

Recibido 15 de marzo de 2007.  
Publicado 17 de marzo de 2007