

**Pregunta 7: En adultos con ERC en estadio 5 que requieren diálisis, en manejo conservador y con expectativa de vida menor a 6 meses, ¿cómo debe ser el manejo paliativo?**

**Introducción**

Una enfermedad crónica en fase terminal avanzada con expectativa de vida no mayor a 6 meses se caracteriza por la insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles finales, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico, que genera gran impacto emocional, pérdida de autonomía, en un contexto de deterioro progresivo de la enfermedad de fondo y comorbilidades, y con un pronóstico de vida limitado (75).

Dado que, en los estadios avanzados de la ERC, este contexto debe ser contemplado mientras progresa la enfermedad, se valoró la evidencia existente sobre el manejo paliativo en esta población de pacientes.

**Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
7	Pacientes con diagnóstico de ERC en estadio 5 con necesidad de terapia de remplazo renal	Manejo paliativo multicomponente / Otras formas de manejo (PE: Manejo conservador sin cuidados paliativos, manejo paliativo monocomponente, manejo expectante)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Control de síntomas</li> <li>• Infecciones</li> <li>• Hospitalizaciones</li> <li>• Costos en salud</li> </ul>

**Búsqueda de RS:**

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**).

Se encontró una RS publicada como artículo científico: Phongtankuel 2018 (76). A continuación, se resumen las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Phongtankuel 2018	12/15	octubre 2017	11	Calidad de vida


**Evidencia por cada desenlace:**

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Calidad de vida:
  - Para este desenlace se contó con una RS: Phongtankuel 2018 (76).

- Se decidió tomar como referencia la RS de Phongtankuel 2018 (76), por tener calidad aceptable, haber realizado una búsqueda más recientemente, y haber incluido el mayor número de estudios.
- Para calidad de vida, RS de Phongtankuel 2018 (76) realizó un análisis de regresión en el cual se valoró el número de componentes de cuidados paliativos administrados que se asociaba con una mayor probabilidad de lograr un resultado positivo en términos de calidad de vida. El análisis se realizó en 11 estudios. Con las siguientes características:
  - La población fueron pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal (ERC y EPOC)
  - La intervención fue el manejo paliativo considerando los componentes: manejo de síntomas, soporte espiritual, manejo del duelo, coordinación del cuidado, educación, soporte psicosocial, manejo basado en objetivos. El análisis se realizó sobre la base del número de componentes esperado para lograr un resultado positivo.
  - El desenlace de calidad de vida fue definido como el puntaje alcanzado en los cuestionarios: SF-36 Forma corta; Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30); Calidad de vida de Spitzer Uniscale; y la escala Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G).
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Phongtankuel 2018 (76) debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2017).

#### Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings, SoF*):

<p><b>Población:</b> Pacientes con ERC estadio 5 en manejo conservador y con expectativa de vida menor a 6 meses</p> <p><b>Intervención:</b> Manejo paliativo multicomponente</p> <p><b>Comparador:</b> Otras formas de manejo (PE: Manejo conservador sin cuidados paliativos, manejo paliativo monocomponente, manejo expectante)</p> <p><b>Autores:</b> David Garcia-Gomero</p> <p><b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Calidad de vida:</b> RS de Verberne 2020</li> </ul>				
<b>Beneficios:</b>				
Desenlaces ( <i>outcomes</i> )	Número y Tipo de estudios	Hallazgos	Certeza	Importancia
Calidad de vida medido en escala SF-26, EORTC QLQ-C30 o FACT-G	11 EO	La regresión de la calidad de vida según el número de disciplinas es significativa ( $p = 0,05$ ), ajustada por el número de componentes. Asociándose resultados positivos en calidad de vida, especialmente cuando hay 3 o más componentes del manejo paliativo. Este resultado se debe especialmente a la participación de un médico (la proporción de estudios exitosos es 0.31 cuando no hay médico, 0.65 cuando hay uno) y / o un terapeuta físico / ocupacional (la proporción de estudios exitosos es 0.40 cuando no fisioterapeuta / terapeuta ocupacional, 0,82 cuando hay uno).	 MUY BAJA <small>a,b,c</small>	CRÍTICO
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>HR:</b> Hazard ratio, <b>TFG:</b> tasa de filtración glomerular</p> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Evidencia indirecta: los estudios incluyeron pacientes con EPOC.</p> <p>b. Estudios primarios no controlaron el efecto confusor</p> <p>c. Estudios primarios no controlaron el sesgo de selección</p>				

## Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision, EtD*):

### PICO 7: Manejo paliativo

Presentación:

<b>Pregunta 7: En adultos con ERC en estadio 5 que requieren diálisis, en manejo conservador y con expectativa de vida menor a 6 meses, ¿cómo debe ser el manejo paliativo?</b>	
<b>Población:</b>	Pacientes con diagnóstico de ERC en estadio 5 con enfermedad terminal avanzada (expectativa de vida menor a 6 meses)
<b>Intervenciones para comparar:</b>	Manejo paliativo, manejo conservador, manejo expectante.
<b>Desenlaces principales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Control de síntomas</li> <li>• Infecciones</li> <li>• Hospitalizaciones</li> <li>• Costos en salud</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica – poblacional
<b>Conflictos de intereses:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b>			
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces ( <i>outcomes</i> )	Número y Tipo de estudios	Medida de efecto (IC 95%)
	Calidad de vida	11 EO	<p>La regresión de la calidad de vida según el número de disciplinas es significativa (<math>p = 0,05</math>), ajustada por el número de componentes. Asociándose resultados positivos en calidad de vida, especialmente cuando hay 3 o más componentes del manejo paliativo.</p> <p>Este resultado se debe especialmente a la participación de un médico (la proporción de estudios exitosos es 0.31 cuando no hay médico, 0.65 cuando hay uno) y / o un terapeuta físico / ocupacional (la proporción de estudios exitosos es 0.40 cuando no fisioterapeuta / terapeuta ocupacional, 0,82 cuando hay uno).</p>
<b>Daños:</b>			
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Grande (toda la población MA) <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce			El GEG considera que, al no existir evidencia sobre daños involucrados en el manejo paliativo, estos serían triviales.
<b>Certeza de la evidencia:</b>			
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Muy baja</li> <li>○ Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li> <li>○ No se evaluaron estudios</li> </ul>	<b>Desenlaces (outcomes)</b>	Certeza de evidencia	<b>Tipo de desenlace</b>	El GEG considera que, según la valoración de la certeza de evidencia, se tendría una certeza global de la evidencia, muy baja.
	<b>Beneficios</b>			
	Calidad de vida	⊕○○○ MUY BAJA	<b>CRITICO</b>	
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b>				
¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>● Probablemente sí</li> <li>○ Sí</li> </ul>				El GEG considera que probablemente sí los desenlaces son importantes para los pacientes. Sin embargo, sería importante tener evidencia sobre control de síntomas e impacto económico.
<b>Balance de los efectos:</b>				
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece al comparador</li> <li>○ No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>● Probablemente favorece a la intervención</li> <li>○ Favorece a la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>				El GEG considera que, el balance de los efectos favorecería a la intervención en los pacientes con ERC estadio 5, con manejo conservador y expectativa de vida menor a 6 meses.
<b>Uso de recursos:</b>				
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costos elevados</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes</li> <li>● Ahorros moderados</li> <li>○ Ahorros extensos</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	No se tiene estudios económicos que aborden la comparación del manejo paliativo en nuestro contexto.			El GEG considera que el manejo paliativo podría generar ahorros moderados para el sistema de salud; sin embargo, su elección estará determinado por la preferencia de los pacientes.
<b>Inequidad:</b>				
¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Incrementa la inequidad</li> <li><input type="radio"/> Probablemente incrementa la inequidad</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad</li> <li><input type="radio"/> Incrementa la equidad</li> <li><input type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> Se desconoce</li> </ul>		<p>El GEG considera que el uso de manejo paliativo probablemente incrementa la equidad debido a que su implementación puede llevarse a cabo en el sistema de salud.</p>
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input checked="" type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> Se desconoce</li> </ul>		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que la mayoría de los profesionales de salud sí estaría de acuerdo con el uso del manejo paliativo en casos de enfermedad terminal avanzada.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que, probablemente la opinión de los pacientes sería variable respecto a la aceptabilidad del manejo paliativo.</p>
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sí</li> <li><input type="radio"/> Sí</li> <li><input type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> Se desconoce</li> </ul>		<p>El GEG considera que la implementación del manejo paliativo es factible en nuestro sistema de salud.</p>

**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL: SI LA PREGUNTA ES SOBRE USAR O NO UNA INTERVENCIÓN</b>	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

**Recomendaciones y justificación:**

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b> El GEG consideró que los beneficios serían moderados en el contexto del uso de un manejo paliativo multicomponente y los daños serían triviales en la población descrita. Por tal motivo, se optó por emitir una recomendación <b>a favor</b> del manejo paliativo que involucre mínimamente el manejo de síntomas, apoyo psicosocial y educación constante; considerando la participación de un médico con conocimientos en</p>	<p>En adultos con ERC en estadio 5 que requieren diálisis, en manejo conservador y con expectativa de vida menor a 6 meses, sugerimos un manejo paliativo que involucre mínimamente el manejo de síntomas, apoyo psicosocial y educación constante; considerando la participación de un médico con conocimientos en cuidados paliativos y</p>

<p>cuidados paliativos y un terapeuta físico u ocupacional,</p> <p><b>Fuerza:</b> Considerando que la certeza de evidencia fue muy baja y a pesar de que la intervención sería factible y probablemente aceptada por médicos, se consideró emitir una recomendación <b>condicional</b>, ya que, si bien podría ser aceptada por los pacientes, este aspecto dependerá de una decisión compartida entre los médicos, pacientes y cuidadores.</p>	<p>un terapeuta físico u ocupacional, y teniendo en cuenta la necesidad de formular una decisión compartida.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor</b> <b>Certeza de la evidencia: Muy baja</b> <b>(⊕⊕⊕⊕)</b></p>
---	---

### Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC																
<p>El GEG consideró emitir un punto de buena práctica respecto al manejo del duelo y el apoyo espiritual descrito en la revisión de Lockett (77).</p>	<p>El manejo del duelo y el apoyo espiritual deben considerar las creencias religiosas y espirituales del paciente y sus cuidadores.</p>																
<p>El GEG consideró emitir un punto de buena práctica respecto al manejo de síntomas en ERC avanzada sobre la base de la revisión de Murtagh et al. (78), la GPC de Cuidados Paliativos de Colombia (75) y la Guía NHS de cuidados paliativos en pacientes con ERC avanzada (79).</p>	<p>El manejo paliativo incluirá el abordaje de síntomas, principalmente: dolor, disnea, ansiedad/insomnio, delirio, náuseas y vómitos, prurito.</p> <p>El manejo de los síntomas se describe a continuación:</p> <table border="1" data-bbox="630 1294 1348 1953"> <thead> <tr> <th data-bbox="630 1294 826 1355">Medidas no farmacológicas</th> <th data-bbox="826 1294 1007 1355">Fármacos</th> <th data-bbox="1007 1294 1161 1355">Dosis</th> <th data-bbox="1161 1294 1348 1355">Consideraciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" data-bbox="630 1355 1348 1384" style="text-align: center;"><b>Dolor</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="630 1384 826 1579">Ambiente calmado, identificar el origen y tipo de dolor.</td> <td data-bbox="826 1384 1007 1579">Paracetamol tableta 500mg</td> <td data-bbox="1007 1384 1161 1579">500-1000mg cada 4-6 horas  Dosis máxima: hasta 4g al día.</td> <td data-bbox="1161 1384 1348 1579">Su uso por más de 7 días o por encima de la dosis máxima puede causar toxicidad hepática.</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="826 1579 1007 1953">Si no controla, añadir Tramadol ampolla: 50 mg/2mL</td> <td data-bbox="1007 1579 1161 1953">25 a 50 mg SC o EV en casos de dolor leve a moderado.  <b>TFG:</b> &lt;30 ml/min, dosis máxima 200 mg y, en caso de &lt;15 ml/min, dosis máxima 100 mg.</td> <td data-bbox="1161 1579 1348 1953">Evaluar efectividad a los 15-20 minutos. De no obtener respuesta: considerar nueva dosis o pasar a opioides. Valorar reacciones adversas: náuseas y vómitos.</td> </tr> </tbody> </table>	Medidas no farmacológicas	Fármacos	Dosis	Consideraciones	<b>Dolor</b>				Ambiente calmado, identificar el origen y tipo de dolor.	Paracetamol tableta 500mg	500-1000mg cada 4-6 horas  Dosis máxima: hasta 4g al día.	Su uso por más de 7 días o por encima de la dosis máxima puede causar toxicidad hepática.		Si no controla, añadir Tramadol ampolla: 50 mg/2mL	25 a 50 mg SC o EV en casos de dolor leve a moderado.  <b>TFG:</b> <30 ml/min, dosis máxima 200 mg y, en caso de <15 ml/min, dosis máxima 100 mg.	Evaluar efectividad a los 15-20 minutos. De no obtener respuesta: considerar nueva dosis o pasar a opioides. Valorar reacciones adversas: náuseas y vómitos.
Medidas no farmacológicas	Fármacos	Dosis	Consideraciones														
<b>Dolor</b>																	
Ambiente calmado, identificar el origen y tipo de dolor.	Paracetamol tableta 500mg	500-1000mg cada 4-6 horas  Dosis máxima: hasta 4g al día.	Su uso por más de 7 días o por encima de la dosis máxima puede causar toxicidad hepática.														
	Si no controla, añadir Tramadol ampolla: 50 mg/2mL	25 a 50 mg SC o EV en casos de dolor leve a moderado.  <b>TFG:</b> <30 ml/min, dosis máxima 200 mg y, en caso de <15 ml/min, dosis máxima 100 mg.	Evaluar efectividad a los 15-20 minutos. De no obtener respuesta: considerar nueva dosis o pasar a opioides. Valorar reacciones adversas: náuseas y vómitos.														

			<b>Insuficiencia hepática:</b> dosis máxima 200 mg y espaciar dosificación a cada 12 horas.	
		Si no controla añadir Codeína 30 o 60mg tableta.	Dosis de 15 a 60 mg por dosis cada 4 horas por vía oral, en tabletas, en combinación con el paracetamol.  <b>Dosis máxima</b> de codeína de 400 mg en 24 horas por vía oral.	Ajustar la dosis de acuerdo con la gravedad del dolor y la respuesta del paciente.
		Si no controla, añadir buprenorfina transdérmica parches de 35 mcg/h.	Aplicar parche en contexto de falla de respuesta a opioide previo.	Recomendado en pacientes con ERC.
<b>Disnea</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición sentada y elevación de cabeza</li> <li>• Técnicas de relajación respiración eficaz</li> <li>• Evitar uso de ventiladores de uso domiciliario.</li> </ul>	Oxígeno suplementario	En caso de hipoxemia (SatO2 < 94%), dar oxígeno a demanda.	En caso de no control de la disnea, considerar el uso de opioides.
<b>Ansiedad /insomnio</b>				
	<p>Informar al paciente y absolver sus dudas acerca de la enfermedad, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente calmado</li> <li>• Disminuir cantidad de personas alrededor del paciente</li> <li>• Soporte espiritual.</li> </ul>	Clonazepam tableta:  0.5 mg	0.5 mg VO PRN ansiedad y/o insomnio (Dosis máxima: 4 mg/día)	Evaluar efectividad a los 10 minutos. De no obtener efecto, considerar administrar una segunda dosis.
		Midazolam ampolla: 5 mg/5mL	5 mg SC en 24 horas para ERC, ansiedad con agitación psicomotriz	Evaluar efectividad a los 10 minutos. De no obtener efecto, considerar administrar una segunda dosis.
<b>Delirio</b>				



	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comunicación efectiva con familiares o cuidadores</li> <li>● Mantener un ambiente calmado</li> <li>● Evitar movilización entre ambientes de forma innecesaria.</li> </ul>	Haloperidol ampolla: 5 mg/mL	1 a 2.5 mg VO/SC en las noches cada 2 horas. Aumentar dosis en 0.5 a 1 mg según se necesite (Dosis máxima 5 mg/día).		
		Midazolam ampolla: 5 mg/5mL	5 mg en 24 horas si tasa de filtración glomerular <30 ml/min.		
	<b>Náuseas o vómitos</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comidas no copiosas y fraccionadas.</li> </ul>	Metoclopramida ampolla: 10 mg/mL (Primera opción)	10 mg SC/IV c/8 horas (Dosis máxima recomendable 30-40 mg/día).	Considerar causas por medicamentos o trastorno hidroelectrolíticos como hiponatremia o hipercalcemia.	
		Haloperidol ampolla: 5 mg/mL (En sospecha de causa metabólica)	1 a 2.5 mg (2,5 a 5 mg) VO/SC en las noches cada 2 horas más PRN. Aumentar dosis en 0.5 a 1 mg según se necesite (Dosis máxima 50 mg/día).		
	<b>Prurito</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hidratación de piel y valorar posibles irritantes en el entorno del paciente.</li> <li>● Preservar uñas cortas y utilizar jabones hipoalergénicos.</li> </ul>	Antihistamínicos: Clorfenamina tableta de 4mg.	4 mg VO cada 24 horas, preferible el uso nocturno	Considerar el uso de agentes tópicos refrescantes mentolados.	
	<b>Constipación</b>				
	Incrementar el consumo de fibra en la dieta.	Considerar el uso de polietilenglicol (PEG) sobres de 175 ml.	Dosis completa es de 4 sobres o frascos de 175 ml. Disolver en 1 litro de agua.		
	<b>Piernas inquietas</b>				

	Revisar y valorar el uso de opioides como principal causa de piernas inquietas.	Si persiste a pesar del retiro de opioides, administrar diazepam 5mg tableta.	Administrar 5-10mg de manera condicional.	Valorar el estado hidroelectrolítico y de haber alteraciones corregirlas.
		Midazolam ampolla: 5 mg/5mL.	5 mg en 24 horas si tasa de filtración glomerular <30 ml/min.	
El GEG consideró emitir un punto de buena práctica respecto a la necesidad de un “plan de cuidados avanzados para el fin de la vida” descrito en la revisión de Lockett (77).	En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, considerar dentro de las intervenciones educativas y psicosociales realizar un “plan de cuidados avanzados para el fin de la vida” donde luego de una educación adecuada, se discutan y clarifiquen las opciones terapéuticas disponibles en el contexto de la progresión inminente de la enfermedad y el fin de la vida.			