

# El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica

X. Sarrias Lorenz\*, E. Bardón Otero\*\* y M.<sup>a</sup> L. Vila Paz\*\*

\*Hospital de Bellvitge. Barcelona. \*\*ATS. Hospital de La Princesa. Madrid.

## RESUMEN

La pre-diálisis es una situación clínica en la que el paciente tiene una importante afectación de la función renal y cuyo destino final será la muerte o la inclusión en tratamiento renal sustitutivo (diálisis y/o trasplante).

Desde que se logró implantar la técnica de diálisis de forma práctica y eficaz, cada vez es mayor y mejor la supervivencia de los pacientes en insuficiencia renal terminal

Las contraindicaciones a la diálisis, casi nunca son de origen renal. Los impedimentos son las enfermedades concomitantes del paciente. Uno de estos impedimentos podría ser la vejez del individuo. Actualmente la edad promedio de inicio de diálisis en nuestro país es de 67 años y más del 50% de los pacientes tienen 60 años.

### • Toma de decisiones.

Desde el análisis ético existe un consenso en afirmar que no todo lo que técnicamente se puede hacer, se deba hacer. El principio de no maleficencia y el respeto a la autonomía del paciente son los principios «prima facie» cuando el médico alberga dudas en que la diálisis aporte un beneficio al paciente.

El principio de autonomía, que hace del paciente competente sujeto de tratamiento, permite crear un marco de decisiones compartidas en la que el médico usa sus conocimientos y experiencias valorando los riesgos y beneficios de la diálisis incluyendo la alternativa de no dializar. El paciente competente, debidamente informado, decidirá que opción es mejor para él y tomará la decisión.

### • Principio de proporcionalidad terapéutica.

Este principio sostiene que existe obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.

La diálisis, en principio, es un tratamiento proporcionado para la insuficiencia renal terminal. Ahora bien, puede convertirse en desproporcionado por las propias condiciones físicas y psíquicas del enfermo añoso. El bien que se busca con la instauración del tratamiento puede producir un daño al enfermo que justifique su no inclusión en tratamiento en diálisis.

Ante la imposibilidad de establecer normas universales de proporcionalidad es necesario emitir un juicio de conciencia particular en cada caso concreto.

### • Recomendaciones para indicar, o no, el inicio de diálisis.

Tomar decisiones compartidas entre paciente (o familiares y/o consejeros) y médico. Estas decisiones compartidas

quedarán plasmadas con la firma del consentimiento informado propuesto o el rechazo al tratamiento. El equipo médico deber tener, siempre, la seguridad de que el paciente ha entendido bien las consecuencias de la decisión adoptada.

La explicación de las modalidades debe incluir:

- Tipos de tratamientos dialíticos disponibles.
- No iniciar diálisis y seguir con tratamiento conservador hasta la muerte. Esta situación puede ser muy problemática sino contamos con la ayuda del Servicio de Cuidados Paliativos.
- Probar un tiempo limitado de diálisis.
- Parar la diálisis y recibir asistencia médica hasta la muerte.
- Evaluar el pronóstico de la enfermedad renal y de las enfermedades concomitantes, la expectativa de vida y el soporte familiar.

### • Resolución de conflictos: Los conflictos pueden aparecer:

- Entre nefrólogo y paciente/familia.
- Entre componentes del equipo nefrológico.
- Entre nefrólogo y otros médicos.

Cuando los conflictos persisten y la necesidad de inicio de diálisis es urgente, es preciso iniciar y continuar hasta la resolución de dichos conflictos, haciendo constar tal decisión.

En estos casos el Comité Asistencial de Ética Hospitalaria puede ayudar, con los consejos apropiados a solucionar las discrepancias.

### • Las decisiones anticipadas pueden ser útiles en este tipo de pacientes.

### • Pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada con criterios de no inclusión o de retirada de diálisis.

- demencia grave e irreversible
- situaciones de inconsciencia permanente
- tumores con metástasis avanzadas
- enfermedad terminal de otro órgano no trasplantable
- incapacidades graves: físicas y/o mentales (Fuerza de Recomendación C).

*Palabras clave:* Enfermedad renal crónica. Prediálisis. Libre elección terapéutica.

**SUMMARY**

Predialysis is a clinical situation in which the patient has significant impairment of kidney function that will ultimately lead to either death or inclusion in kidney replacement therapy (dialysis and/or transplantation).

Since a practical and effective dialysis technique was introduced, the length and quality of survival of patients with end-stage renal failure has constantly increased.

Contraindications for dialysis are almost never of a renal origin. The obstacles are the concomitant diseases of the patient. The age of the patient may be one of these obstacles. The average age at initiation of dialysis in our country is currently 67 years and over 50% of patients are 60 years old or older.

- **Decision making**

From an ethical viewpoint, there is a consensus in stating that anything that can technically be done, should be done. The principle of nonmaleficence and respect for the autonomy of the patients are «prima facie» principles when the physician has doubts as to whether dialysis provides a benefit to the patient.

The principle of autonomy, which makes the patient a competent subject of treatment, allows a framework of shared decisions to be created in which the physician uses his knowledge and experiences in assessing the risk and benefits of dialysis including the alternative of no dialysis. The competent patient, duly informed, will choose the option that is best for him and take the decision.

- **Principle of treatment proportionality**

This principle states that there is a moral obligation to implement all therapeutic measures that show a relationship of due proportion between the resources used and the expected result. Dialysis is in principle a proportional treatment for end-stage renal failure. However, it may become a disproportional treatment because of the physical and mental conditions of the elderly patient. The good that is sought with institution of treatment can cause a harm to the patient that justifies noninclusion of the patient in dialysis treatment.

Because of the impossibility of establishing universal rules of proportionality, it is necessary to make a personal judgment of conscience in each specific case.

- **Recommendations for initiation or not of dialysis**

Taking shared decisions between the patient (or relatives and/or advisors) and the physician. These shared decisions will be documented with signing of the proposed informed consent or rejection of the treatment. The medical team should always be sure that the patients has fully understood the consequences of the decision taken.

Explanation of the modalities should include:

- Types of dialysis treatment available.
- Not to initiate dialysis and continue with conservative treatment until death. This situation may cause many problems if we do not have the help of the palliative care service.
- Try dialysis for a limited time.
- Stop dialysis and receive medical care until death.
- Evaluate the prognosis of renal disease and concomitant diseases, life expectancy and family support.

- **Resolution of conflicts: Conflicts may occur:**

- Between nephrologist and patient/family.
- Between members of the nephrological team.
- Between nephrologist and other physicians.

When conflicts persist and the need for initiation of dialysis is urgent, it is necessary to initiate treatment and continue it until the resolution of these conflicts, making a record of this decision.

In such cases, the Hospital Ethics Care Committee can help with appropriate advice to solve the discrepancies.

- Decisions taken in advance may be useful in this type of patients.

- Patients with advanced chronic kidney disease with criteria for Noninclusion or withdrawal of dialysis.

- Severe or irreversible dementia.
- conditions of permanent unconsciousness.
- advanced tumors with metastasis.
- terminal disease of another nontransplantable organ.
- severe physical and/or mental disabilities.

(Strength of Recommendation C)

Key words: Chronic kidney disease. Predialysis. Free choice of treatment.

**INTRODUCCIÓN**

La pre-diálisis es una situación clínica en la que el paciente tiene una importante afectación de la función renal y cuyo destino final será la muerte o la inclusión en tratamiento renal sustitutivo (diálisis y/o trasplante).

Las contraindicaciones a la diálisis, casi nunca son de origen renal. Los impedimentos habitualmente se encuentran en las enfermedades concomitantes del paciente. Uno de estos impedimentos podría ser la vejez del individuo.

Desde que se logró implantar la técnica de diálisis de forma práctica y eficaz, cada vez es mayor y mejor la supervivencia de los pacientes en insuficiencia renal terminal. Actualmente la edad promedio de inicio de diálisis en nuestro país es de 67 años y más del 50% de los pacientes tienen 60 años<sup>1</sup>.

**TOMA DE DECISIONES**

Desde el análisis ético existe un consenso en afirmar que no todo lo que técnicamente se puede hacer, se deba hacer. El respeto a la vida, a la muerte natural y a la dignidad de todos los seres humanos exige en nuestros días el planteamiento certero de las razones para limitar el esfuerzo terapéutico, si está justificado, o la retirada del tratamiento cuando se prolonga una agonía que la naturaleza hubiera evitado<sup>2</sup>.

El principio de no maleficencia y el respeto a la autonomía del paciente son los principios «prima facie» cuando el médico alberga dudas en que la diálisis aporte un beneficio al paciente<sup>3</sup>.

El principio de autonomía, que hace del paciente competente sujeto de tratamiento, permite crear un marco de decisiones compartidas en la que el médico usa sus conocimientos y experiencias valorando los riesgos y beneficios de la diálisis incluyendo la alternativa de no dializar. El paciente competente, debidamente informado, debería decidir que opción es mejor para él y tomar la decisión<sup>4</sup>.

**PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA**

Este principio sostiene que existe obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas medidas en que esta relación de proporción no se cumpla, se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias. Lo que parece fácil desde el enunciado del principio de proporcionalidad en la práctica no lo es.

La adecuada comprensión del principio de proporcionalidad terapéutica implica la imposibilidad de establecer normas universalmente válidas acerca de la obligatoriedad moral de determinadas intervenciones médicas, siendo por lo tanto necesario emitir un juicio de conciencia particular en cada caso concreto. Este juicio de proporcionalidad requiere el ejercicio de la virtud de la prudencia y un profundo respeto por la dignidad de cada persona, como actitudes fundamentales que guíen el actuar médico.

La diálisis, en principio, es un tratamiento proporcionado para la insuficiencia renal terminal. Ahora bien, puede convertirse en desproporcionado por las propias condiciones físicas y psíquicas del enfermo añoso. El bien que se busca con la instauración del tratamiento puede producir un daño al enfermo que justifique su no inclusión en tratamiento en diálisis<sup>5</sup>.

**RECOMENDACIONES PARA INDICAR, O NO, EL INICIO DE DIÁLISIS<sup>6,7,8</sup> (tabla I)****Tabla I. Recomendaciones**

• Información médica del diagnóstico	• Resolución de pronósticos
• Tomar decisiones compartidas	• Decisiones anticipadas
• Evaluar pronóstico	• Pacientes con criterios de no inclusión

*a) Información médica del diagnóstico:* Los médicos deben explicar de forma total y clara el diagnóstico, el pronóstico y las modalidades posibles de tratamiento sustitutivo renal y sus consecuencias.

*b) Tomar decisiones compartidas* entre paciente (o familiares y/o consejeros) y médico. La información completa debe ser dada al paciente para la aceptación (Consentimiento informado) o el rechazo al tratamiento. El equipo médico deber tener, siempre, la seguridad de que el paciente ha entendido bien las consecuencias de la decisión adoptada.

La explicación de las modalidades debe incluir:

- Tipos de tratamientos dialíticos disponibles.
- No iniciar diálisis y seguir con tratamiento conservador hasta la muerte. En este caso habría que contar con un departamento de cuidados paliativos renales. Estos cuidados pueden seguir de forma global los diferentes problemas que pueda padecer el paciente, físicos y psíquicos, y acompañar a la familia en el proceso de duelo.
- Probar un tiempo limitado de diálisis.

- Parar la diálisis y recibir asistencia médica hasta la muerte (tabla II).

**Tabla II. Modalidades**

• Tipos de tratamiento disponibles	• Probar un tiempo limitado de diálisis
• No iniciar diálisis y seguir hasta el final	• Parar la diálisis y control hasta el final

*c) Evaluar el pronóstico de la enfermedad renal* y de las enfermedades concomitantes, la expectativa de vida y el soporte familiar.

*d) Resolución de conflictos:* Los conflictos pueden aparecer:

- Entre nefrólogo y paciente/familia.
- Entre componentes del equipo nefrológico.
- Entre nefrólogo y otros médicos.

Cuando los conflictos persisten y la necesidad de inicio de diálisis es urgente, es preciso iniciar y continuar hasta la resolución de dichos conflictos, haciendo constar tal decisión.

Limitar el esfuerzo terapéutico suele generar casi siempre conflicto. A mayor trascendencia de la decisión y a mayor incertidumbre generada, mayor es la necesidad de deliberar entre todas las partes implicadas. En estos casos el Comité Asistencial de Ética Hospitalaria puede ayudar, con los consejos apropiados a solucionar las discrepancias.

*e) Las voluntades anticipadas (testamento vital)* pueden ser útiles en este tipo de pacientes.

*f) Pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada con criterios de no inclusión o de retirada de diálisis<sup>9,10,11</sup>:*

- demencia grave e irreversible
- situaciones de inconsciencia permanente
- tumores con metástasis avanzadas
- enfermedad terminal de otro órgano no trasplantable
- incapacidades graves: físicas y/o mentales (tabla III)

(Fuerza de Recomendación C).

**Tabla III. Criterios de no diálisis**

• Demencia grave e irreversible	• Enfermedad terminal de otro órgano no trasplantable
• Situaciones de inconsciencia permanente	• Incapacidades graves: físicas y/o mentales
• Decisiones anticipadas	
• Tumores con metástasis avanzadas	

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Campistol J. La diálisis en la actualidad. Juan Rodés (Ed). Trasplante de órganos y células. Dimensiones éticas regulatorias. Fundación BBVA. 2006; pp. 63-78.
2. Abel F. Aspectos ético-legales del tratamiento sustitutivo renal del paciente añoso. Aspectos éticos al final de la vida. *SEDYT* 2000; 21: 12.
3. González Cajal J. Manual de Bioética clínica-práctica. FUDEN, 1998.
4. Barbero J, Romeo Casabona C, Gijón P, Júdez J, para el Proyecto de Bioética para clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. *Med Clin* (Barc) 2001; 117: 586.

5. Taboada P. El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos. Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. 1998; 27: 17.
6. Galla JH. Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 1340.
7. Bolton, WK. Renal physicians Association clinical practice Guideline: appropriate patient preparation for renal replacement therapy: Guideline number 3. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 1406.
8. Morey A, Rodríguez Jornet A, Monfá JM, Torquet P, González MT, Sánchez Casajús A, Morlans M. Ética y nefrología. Consenso SEDYT, 2006.
9. García García M, Rodríguez Jornet A, Poz E, Almirall J. No inicio de tratamiento con diálisis crónica a pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada. *Nefrología* 1997; 17: 411.
10. Rodríguez Jornet A. Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal retirados de diálisis bajo protocolización. *SEDYT* 2000; 21: 26.
11. Einbach U, Schaefer K. Support after discontinuation of dialysis –medical and ethical considerations. *Nephrol Dial Transpl* 1998; 13: 1154.