

Opciones ante la insuficiencia renal crónica terminal en un hospital comunitario

Aspectos éticos, decisiones y participación de pacientes

M. García García, A. Rodríguez Jornet, E. Ponz, J. Almirall y J. Ramirez Vaca

Unidad de Nefrología. C. H. Parc Taulí de Sabadell. Barcelona.

RESUMEN

El objetivo de este estudio ha sido examinar las características de presentación de la insuficiencia renal crónica terminal (IRC-T) y las decisiones tomadas con la participación de los pacientes y/o sus familiares en el ámbito de un hospital comunitario durante 1992-1993. Se ha realizado un registro prospectivo de pacientes en quienes se detectó IRC-T, tanto si se incluía o no en diálisis, recogiendo motivos para la no inclusión, supervivencia de los no incluidos, capacidad funcional (índice de Karnofsky), presentación y elección de técnica dialítica. Se registraron 74 pacientes con IRC-T (102 pacientes/millón de pobl/año). Fueron incluidos en programa de diálisis regular 56 pacientes (75,7 %) y no fueron incluidos en programa de diálisis 18 pacientes (24,3 %). Los pacientes que no fueron incluidos en diálisis regular tuvieron una edad media de $75,9 \pm 10,6$ años; el índice de Karnofsky en el período de dos meses previo a la uremia terminal fue de $48,4 \pm 11,6$ %. Los motivos fueron: decisión personal, siete pacientes (38,9 %); incompetencia mental persistente, ocho pacientes (44,4 %); pronóstico mortal a corto plazo por patología asociada, cuatro pacientes (22,2%), y suicidio, un paciente. Salvo en este último caso hubo consenso familiar. Los pacientes que fueron incluidos en diálisis regular tuvieron una edad media de $59,8 \pm 18,2$ años, con un índice de Karnofsky de $81,1 \pm 15,7$ %. Los pacientes que participaron en la elección de la técnica dialítica optaron en el 64 % por hemodiálisis asistida y en el 36 % por diálisis peritoneal domiciliaria. Ninguno escogió hemodiálisis domiciliaria.

En nuestra experiencia hemos constatado que la incidencia registrada de pacientes con IRC-T que no se incluyen en diálisis regular es alta, siendo este colectivo de un especial interés en su seguimiento por sus aspectos éticos y por el impacto asistencial que puede implicar. El estilo asistencial de hacer participar activamente al paciente en la opción de sí/no diálisis, así como el ofrecer en igualdad de condiciones hemodiálisis o diálisis peritoneal domiciliaria, potencia la integración del paciente en el programa de diálisis y confirma la diversificación actual de las diversas técnicas dialíticas regulares, con el consiguiente impacto económico/organizativo.

Palabras clave: **Insuficiencia renal crónica terminal. Opciones de técnicas dialíticas. Exclusión de diálisis. Ética.**

Recibido: 21-XII-94.
En versión definitiva: 6-IV-95.
Aceptado: 7-IV-95.

Correspondencia: Dr. Manuel García García.
Unidad de Nefrología.
Consorcio Hospitalario del Parc Taulí.
Parc Taulí, s/n.
08208 Sabadell (España).

TREATMENT OPTIONS FOR END-STAGE RENAL DISEASE IN A COMMUNITY HOSPITAL. Ethical issues and clinical decisions

SUMMARY

We studied the characteristics of patients reaching end-stage renal disease and the decisions regarding dialysis in a community hospital during 1992-93. The following data were recorded: decision date; patient's age, sex, renal diagnosis, Karnofsky activity functional class, reason for exclusion from dialysis where applicable, survival and choice of dialysis option. Seventy four patients were enrolled (102 per million population per year); 18 were not dialysed (24 %) and 56 were started on regular dialysis (76 %). The patients not dialysed comprised 6 men and 12 women, had a mean age of 74.8 ± 10.9 (SD) years and a Karnofsky Index of 48 ± 11 %. The reasons for not starting dialysis were dementia (8 patients), personal decision (7), advanced malignancy (4) and suicide (1). There was family consent to the decision in all except the last case. The dialysed patients comprised 33 men and 23 women, had a mean age of 59.5 ± 18.0 years and a Karnofsky index of 81 ± 15 %. The choice of dialysis options was assisted hemodialysis in 64 % and home peritoneal dialysis in 36 %. No patient chose home hemodialysis.

Our experience is in line with the expected incidence of non-dialysed uremic patients. These patients pose intriguing problems in ethics, economics and support care. Involving the patients in decisions about dialysis treatment reinforces their integration into the programme and dictates the diversity of dialysis options with economic and organisational consequences.

Key word: **End stage renal disease. Dialysis decision making. Dialysis exclusion. Ethics**

Introducción

Los estudios relacionados con las características de presentación de la insuficiencia renal crónica en la fase terminal (IRC-T), llamada así porque los pacientes requerirían diálisis, están referidos fundamentalmente a aquellos pacientes que se incluyen en programas de diálisis regular. No obstante, hay poca información referente a aquellos pacientes con IRC-T que no se incluyen en diálisis, aunque los mismos también constituyen una población apreciable en los países sin restricción en el acceso a diálisis¹. El tratamiento con diálisis regular en algunos países, entre ellos España, está en la actualidad totalmente cubierto por la sanidad pública sin ningún tipo de restricciones. En el contexto actual de limitación del crecimiento de recursos dedicados a prestaciones sociosanitarias, el análisis de la inclusión o no en diálisis regular es un tema de creciente interés por sus aspectos tanto éticos como económicos.

Asimismo, actualmente existen dos grandes tipos de técnicas de diálisis regular: hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP), con unos resultados en relación a la supervivencia de los pacientes similares²⁻⁴, que en muchos casos, cuando no existe contraindicación

específica, pueden ser ofrecidos al paciente. Los programas de HD o DP son fuertemente específicos, requiriendo recursos propios para poder disponer de una estructura organizativa que permita cumplir su función con mínimas garantías. El peso de los programas de HD o DP es enormemente variable en las distintas unidades hospitalarias de nefrología de España⁵, obedeciendo, sin duda alguna, a la filosofía asistencial del equipo médico, a criterios médicos y a aspectos socioeconómicos.

Existe escasa información referente a la toma de decisiones en la fase final de la IRC-T y a la participación de los pacientes y sus familiares en la toma de decisiones tanto si se incluyen o no en programas de diálisis como el tipo de diálisis.

Nosotros hemos recogido con carácter prospectivo la información referente a las características de los pacientes con IRC-T, tanto si se incluían o no en diálisis, y la participación de los pacientes y familiares en la toma de decisiones.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado durante 1992 y 1993 en un hospital comunita-

rio de reciente creación (1987) con una población de referencia asignada de 360.000 personas. La tasa de cobertura hospitalaria general a la población de referencia en el período examinado fue del 72 %. Nuestro hospital atendió el 66 % en 1992 y el 83 % en 1993 de los nuevos pacientes de toda el área de referencia que entraron en diálisis regular. En el ámbito de referencia de nuestro hospital no había otro centro que ofertase tratamiento dialítico regular.

Previo al seguimiento prospectivo de la inclusión o no de pacientes para diálisis regular se realizó en la Unidad de Nefrología un debate de los miembros de la misma, médicos y enfermeras, para consensuar criterios de inclusión. A partir de criterios generales recomendados en la literatura⁶ se adaptaron unos criterios formales de referencia (tabla I). Los programas de diálisis regular que se dispusieron fueron: hemodiálisis asistida, diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automática. También se ofreció hemodiálisis domiciliaria. Durante el período de seguimiento no hubo falta de puestos de hemodiálisis asistida en nuestro centro. Este estudio no incluye datos de pacientes con insuficiencia renal crónica no atendidos en el hospital.

Tabla I. Criterios para la inclusión de pacientes en diálisis crónica en C.H. Parc Taulí, de Sabadell

1. Se deberá proporcionar tratamiento dialítico crónico a todos aquellos pacientes que reúnan los siguientes requisitos:
 - 1.1. Tener una enfermedad renal terminal, crónica e irreversible.
 - 1.2. Tener expectativa de una razonable calidad de vida.
 - 1.3. Dar el consentimiento tras ser totalmente informado.
 - 1.4. Poder y desear colaborar en el tratamiento dialítico.
2. No se proporcionará tratamiento dialítico crónico a aquellos pacientes que simultáneamente sufran una enfermedad irremediablemente fatal en corto plazo.

Ante todo paciente con IRC-T se cumplimentó un registro que incluía: edad, sexo, enfermedad renal primaria, consentimiento informado en la aceptación o no de diálisis y tipo de técnica dialítica, motivos para la no inclusión en programa de diálisis, forma de presentación de la IRC-T, capacidad funcional según Índice de Karnofsky (tabla II)⁷ estimada por el médico en relación a la situación del paciente dos meses antes de la decisión de entrada o no en diálisis. Se planteó el consentimiento informado de entrada o no en diálisis si el paciente tenía el sensorio despejado y no había una perspectiva de muerte a muy corto plazo por patología asociada. Se recogió la supervivencia de los pacientes no dializados revisando las historias clínicas y contactando con las familias de los pacientes.

Tabla II. Índice Karnofsky

Situación clínica	Valor %
– Normal, asintomático.....	100
– Capaz de desarrollar actividades normales. Signos menores de enfermedad.....	90
– Actividad normal con esfuerzo.....	80
– Se vale por sí mismo. Incapaz de realizar una actividad normal o realizar un trabajo activo	70
– Requiere asistencia ocasional, pero puede hacerse cargo de la mayoría de sus necesidades.....	60
– Necesita considerable asistencia.....	50
– Imposibilitado. Necesita atención especial y asistencia	40
– Severamente imposibilitado. Indicada la hospitalización aunque la muerte no es inminente	30
– Muy enfermo. Necesaria la hospitalización. Necesario un tratamiento de soporte activo	20
– Moribundo.....	10
– Muerte	0

La información referente a la inclusión o no en diálisis fue dada por el médico responsable al paciente y/o familiares en la consulta médica. La supervivencia actuarial de los pacientes no incluidos en diálisis se examinó mediante el método de Kaplan-Meier. Asimismo, cuando el médico detectó algún tipo de contraindicación para diálisis peritoneal, orientó directamente al paciente a hemodiálisis como primera técnica dialítica, no participando en el proceso de elección de técnica. La elección del paciente sobre la técnica dialítica se realizó en dos fases: en la primera, el médico explicó las técnicas y en una segunda fase, la enfermera, en una sesión de una hora aproximadamente de duración, mostró y explicó en la práctica la hemodiálisis y la diálisis peritoneal junto con enfermos que se estaban realizando dichas técnicas dialíticas.

Resultados

Se registraron 74 pacientes con IRC-T, lo que representa una incidencia de 102 pacientes/millón de población/año. Se incluyeron en programa de diálisis regular 56 pacientes (75,7 %) y no fueron incluidos en programa de diálisis 18 pacientes (24,3 %).

Los pacientes no incluidos en diálisis fueron 12 mujeres (66,6 %) y 6 hombres (33,3 %). Tuvieron una edad media de $75,9 \pm 10,6$ (desviación estándar) años, con unos límites de 47-88 años. La edad de las mujeres fue de $76,1 \pm 11,1$ años (47-87 años), y la de los hombres, de $75,5 \pm 10,5$ años (57-88 años). Los motivos para la no inclusión fueron: decisión personal en siete pacientes (38,9 %), incompetencia mental persistente en ocho pacientes (44,4 %), pronóstico mortal en un corto plazo por patología asociada en

cuatro pacientes (22,2 %), suicidio en un paciente. Salvo en este último caso hubo consentimiento familiar. Algunos pacientes tenían varias causas asociadas. Los pacientes con mal pronóstico a corto plazo tenían en dos casos neoplasias con metástasis (vesical y uterina), en un caso aneurisma aórtico con arteriopatía periférica muy severa y el último caso arteriopatía periférica también muy severa. El índice de Karnofsky fue de $48,4 \pm 11,6$ % (30-80 %). La distribución fue la siguiente: un paciente con un índice del 80 % (5,5 %), 10 pacientes con índices entre 50-70 % (55,5 %) y siete pacientes con índices menores del 50 % (39 %). Cuando se planteó la inclusión o no en diálisis, los pacientes presentaban una urea sérica de 270 ± 89 mg/dl (límites, 163-440 mg/dl), una creatinina sérica de $8,1 \pm 3,1$ mg/dl (límites, 5-15 mg/dl) y un aclaramiento de creatinina de $4,5 \pm 1,4$ ml/min (límites, 0-8,1 ml/min), siendo la sintomatología urémica común la astenia y anorexia. La forma de presentación de la IRC-T fue: 14 pacientes con IRC controlada en nuestro centro (77,8 %) y cuatro pacientes con IRC no conocida (22,2 %). La enfermedad renal primaria detectada en estos pacientes fue: IRC de etiología no aclarada en seis pacientes, nefropatía isquémica en seis pacientes, diabetes mellitus en tres pacientes, pielonefritis crónica en un paciente, amiloidosis en dos pacientes. La supervivencia de los pacientes no incluidos en diálisis se recoge en la **figura 1**. El 80 % de los pacientes fallecieron antes de los 57 días. Hubo una paciente de 78 años con nefropatía de etiología no aclarada que en el momento de decidir no diálisis tenía una urea sérica de 440 mg/dl con aclaramiento de creatinina de 4 ml/min con sintomatología de astenia, anorexia y sensación nauseosa y que sobrevivió 495 días.

Los siete pacientes que participaron con plena conciencia en la decisión de no inclusión en programa de diálisis fueron cuatro varones y tres mujeres, de una edad de $72,8 \pm 8,0$ años (límites, 57-83 años), con un índice de Karnofsky de $58,6 \pm 14,6$ % (lími-

tes, 40-80 %), y presentaban como patología asociada en tres casos miocardiopatía dilatada, en una paciente arteriopatía periférica con amputación de una pierna y otro paciente con amputación de ambas piernas desde hacía 24 años.

Los pacientes incluidos en diálisis fueron 23 mujeres (41,1 %) y 33 hombres (58,9 %). Tenían una edad media de $59,8 \pm 18,2$ años (límites, 15-83 años) y un índice de Karnofsky de $81,1 \pm 15,7$ % (límites, 60-100). La edad de las mujeres fue $62,4 \pm 16,7$ años (16-82 años), y la edad de los hombres, de $58,0 \pm 19,3$ años (15-83 años). Cuando se incluyeron los pacientes en diálisis presentaban una urea sérica de 284 ± 73 mg/dl (límites, 177-460 mg/dl), una creatinina sérica de $11,1 \pm 3,5$ mg/dl (límites, 6,8-16,4 mg/dl) y un aclaramiento de creatinina de $4,5 \pm 1,8$ ml/min (límites, 0-7,8 ml/min). La enfermedad renal primaria fue insuficiencia renal crónica de etiología no aclarada en 32,1 %, nefropatía isquémica en 19,6 %, glomerulopatía en 16,1 %, pielonefritis crónica en 10,7 %, poliquistosis renal del adulto en 7,1 %, diabetes mellitus en 5,3 % y amiloidosis en 3,6 %. La forma de presentación de la IRC fue: IRC controlada en nuestro centro en 32 pacientes (57,1 %), IRC controlada en otros centros en ocho pacientes (14,3 %), IRC no conocida previamente en 11 pacientes (19,6 %), insuficiencia renal aguda no recuperada en seis pacientes (10,7 %) y fracaso renal de injerto renal en tres pacientes (5,4 %). En relación a la elección de la técnica de diálisis hubo ocho pacientes que acudieron a nuestra unidad con el tipo de técnica dialítica escogida en otros centros donde eran previamente controlados antes de entrar en diálisis; en 15 pacientes se consideró la existencia de contraindicación para diálisis peritoneal, no ofreciéndoseles de entrada dicha técnica (tres pacientes con hernias abdominales, cinco pacientes con cirugía abdominal amplia, tres pacientes con poliquistosis renal con riñones muy grandes, un paciente con diverticulosis extensa y sintomática y tres pacientes con arteriopatía isquémica severa en extremidades inferiores); 33 pacientes (58,9 %) participaron en la elección de la técnica dialítica, escogiendo 21 pacientes (63,6 %) hemodiálisis asistida y 12 pacientes diálisis peritoneal, tres de los cuales se cambiaron posteriormente a diálisis peritoneal automática con cicladora por necesidades laborales. Todos los pacientes que escogieron DPCA iniciaron el entrenamiento y fueron enviados a domicilio. Ningún paciente optó en nuestro centro por hemodiálisis domiciliaria.

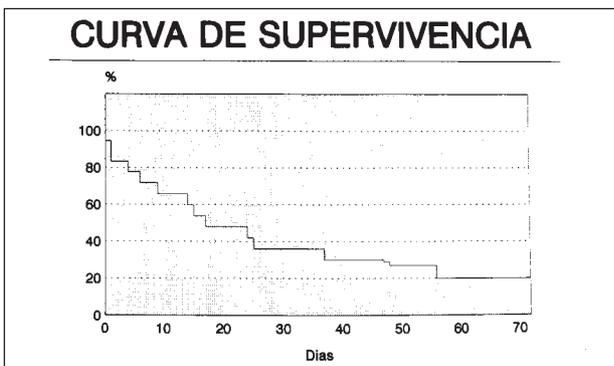


Fig. 1.—Gráfica de supervivencia de los pacientes con IRC-T que no recibieron diálisis.

Discusión

En la medicina moderna, pacientes muy graves pueden seguir con vida mediante la aplicación de

avanzadas y caras tecnologías, siendo necesario cada vez más tener en cuenta principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) como ayuda para tomar decisiones⁸. En los últimos 20 años se está produciendo un progresivo cambio en las relaciones médico-enfermo. La clásica posición paternalista del médico que aplica el principio de beneficencia con el que pretende hacer el bien al paciente, aun en contra de la voluntad expresa de éste, está cediendo terreno al principio bioético de autonomía moral del paciente por el que éste tiene la capacidad y el derecho a tomar decisiones que afecten a su propio cuerpo o salud. De la combinación de ambos factores nace el derecho al consentimiento informado, eje sobre el que gira la nueva relación médico-enfermo⁹.

La inclusión de un paciente en un programa de diálisis implica un importantísimo cambio de estilo de vida, una necesidad imprescindible del autocuidado, así como un alto coste económico para la sanidad pública, lo cual debe suponer que la decisión sea asumida consciente y plenamente por el paciente. Obviamente, siendo consecuentes con este principio de autonomía, el paciente también debería poder participar en la elección del tipo de técnica dialítica, bien sea un método asistido en centro o un método domiciliario. Con frecuencia los profesionales sanitarios tomamos decisiones en lugar de los pacientes, interpretando unos deseos de éstos que muchas veces no obedecen a la realidad por estar situados en escalas de valores diferentes.

Globalmente hemos constatado en nuestro registro prospectivo que cerca de una cuarta parte de los pacientes con IRC-T no se incluyen en programa de diálisis regular. Estos resultados son similares a estudios recientes que han examinado este aspecto en otros países como Canadá, sin restricción en el acceso a diálisis¹. Los pacientes que no se dializan son generalmente ancianos con una capacidad física muy limitada y con elevada presencia de deterioro mental. Creemos que este fenómeno debe ser relativamente frecuente en pacientes hospitalizados con IRC avanzada en los que de entrada no se ofrece diálisis crónica por su estado general deteriorado. No obstante, en nuestra experiencia nos ha sorprendido la decisión de algunos enfermos con sensorio despejado en los que se planteó la posibilidad de diálisis y que voluntariamente cuestionaron y denegaron la inclusión en diálisis regular. La mayoría de estos pacientes, además de edad avanzada, tenían patología importante asociada o impedimento físico.

Los criterios de inclusión para diálisis regular han variado enormemente en los últimos 20 años, pasando de unas previsiones iniciales de 20 pacientes/millón de población/año hasta cifras de 180 pacientes/millón de población en USA¹⁰, 60,0 pacien-

tes/millón de población (sobre un 70,8 % de centros que contestan) en España¹¹ o 96,2 pacientes/millón de población en Cataluña¹². La edad ha dejado de ser elemento discriminativo en la inclusión en diálisis, así como la presencia de patología sistémica como la diabetes o la amiloidosis. Con todo ello se ha constatado el subjetivismo con que se interpretan los criterios generales de inclusión en diálisis, y cuyo máximo exponente es el enunciado de «tener expectativa de una razonable calidad de vida». La calidad de vida que importa es la subjetiva; por ello el paciente, si es mentalmente competente y si no está en situación de muerte próxima por patología no renal, debe decir la última palabra. Algunos profesionales opinan que no debería ofrecerse diálisis a pacientes con una esperanza de vida fisiológica o por patología concomitante menor de dos años¹³. En la práctica resulta difícil saber si un paciente concreto, lúcido y con buen estado general, de 83 años, vivirá hasta los 85 años, o si otro paciente concreto con una patología sistémica podrá sobrevivir con aceptable calidad de vida uno o dos años. La incertidumbre de muchos casos concretos dificulta el uso de criterios generales. Es inevitable consensuar con el paciente la conducta a seguir, siendo excesivo que este tipo de decisiones sean tomadas sólo por el médico. El principal afectado debe decir la última palabra y decidir si se implica de forma decisiva en su autocuidado. La calidad de vida debe valorarse como el valor principal, por encima de la mera prolongación de la vida¹⁴. La discusión con el paciente de su posible inclusión en diálisis regular debería plantearse al constatarse una insuficiencia renal progresiva y el aclaramiento de creatinina estar alrededor de 10 ml/min. Habrá que preparar al paciente tanto si va a diálisis regular (fistula arteriovenosa, catéter peritoneal) o no (soporte de curas paliativas).

En nuestra serie sorprende el exceso de mujeres no dializadas en relación a los hombres (66,6 % vs 33,3 %), sobre todo al tenerse en cuenta el sexo de los que sí inician diálisis (41,1 % vs 58,9 %). Nuestros resultados referentes al sexo de los que inician diálisis serían congruentes con la información conocida de que en España inician diálisis más hombres que mujeres¹⁵. En relación a la mayor incidencia de mujeres no incluidas en diálisis no tenemos una explicación clara; merece la pena señalar que en nuestra serie no había diferencia de edad entre hombres y mujeres. No obstante, la muestra es pequeña. Este fenómeno también ha sido señalado por otros autores¹.

Los pacientes no dializados en nuestra serie fallecieron por causa renal en un 80 % antes de los dos meses, lo que indicaría que la evaluación de la indicación de diálisis se realizó probablemente en una época bastante avanzada de su insuficiencia renal. En otras series, la mayoría de los pacientes han falle-

cido antes de los seis meses¹. No obstante, también merece la pena constatar la presencia de pacientes con larga supervivencia de hasta 1,5 años en situación de uremia muy avanzada y con progresión muy lenta de la insuficiencia renal. Hay que ser, por tanto, precavidos a la hora de emitir un pronóstico de supervivencia en pacientes con IRC-T que no reciben diálisis.

En relación con los pacientes que empezaron diálisis, un aspecto interesante a tener en cuenta desde la perspectiva de la planificación es que cerca de un tercio de los pacientes no se conocían portadores de nefropatía, bien porque la misma fuese asintomática hasta su época terminal o bien por tener un curso acelerado.

La elección de la técnica dialítica ha sido un tema en el que hemos intentado que participase de la forma más decidida el paciente. Salvo aquellos casos con alguna contraindicación, que en la mayoría de los casos podría considerarse relativa, el paciente ha sido quien ha optado por la técnica dialítica tras información del médico y la enfermera. A ningún paciente en función de su enfermedad renal primaria o patología concomitante se le dejó de ofrecer hemodiálisis como técnica dialítica de primera elección. Merece la pena señalar el elevado porcentaje de contraindicación relativa en nuestra serie, que en algunos casos se hubiera podido intentar solucionar u obviar de no tener abundantes puestos libres de hemodiálisis asistida. Cuando el paciente participó en la elección de la técnica, un apreciable porcentaje del 36 % escogió DPCA, método que le ofrecía un tratamiento domiciliario sin punciones ni manejo de sangre. Estos resultados tienden a aproximarse a los resultados obtenidos con programas de información al paciente, en los que hasta casi se llega a repartir en un 50 % la preferencia de hemodiálisis o diálisis peritoneal como técnica de primera elección^{16,17}. Los programas de educación al paciente en relación a las técnicas de diálisis, además de poder mejorar la angustia del paciente ante la proximidad de la diálisis, contribuyen a evitar la continua dependencia de los expertos y la abdicación de la necesidad de hacerse responsable de sus decisiones y de su autocuidado¹⁸. No obstante, no hay que olvidar los factores extramédicos como disponibilidad de recursos, sistema remunerativo, costumbres sociales y hábitos culturales, que en la actualidad también condicionan la elección de la técnica dialítica¹⁹. Probablemente, en ausencia de un programa educativo orientado a la ayuda de toma de decisiones por parte del paciente, el factor más importante es el convencimiento del equipo médico²⁰. La consolidación de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) como la técnica dialítica domiciliar preferente¹¹, así como la cons-

tatación de que es una técnica más eficiente que la hemodiálisis²¹ y que es escogida por los pacientes como primera técnica en un porcentaje apreciable, debería conducir a las unidades de nefrología a actualizar sus recursos para mejorar su respuesta ante esta técnica, dada la dispar oferta de DPCA en España⁵. Merece la pena constatar la poca popularidad de la hemodiálisis domiciliar en nuestra experiencia. Ninguno de nuestros pacientes optó por dicha técnica. La hemodiálisis domiciliar en algunos centros nefrológicos españoles ha obtenido unos excepcionales resultados^{22,23}, que justificarían su mayor difusión. No obstante, la inclusión en diálisis de una población cada vez más añosa con pluripatología, así como la oferta de plazas de hemodiálisis asistida, ha hecho más difícil su difusión²⁴.

En conclusión, en nuestra experiencia hemos constatado que casi un cuarto de los pacientes con IRC-T no se incluyen en diálisis, siendo este colectivo de un especial interés en su seguimiento por sus aspectos éticos y por el impacto asistencial que puede implicar. La participación activa del paciente en la opción de sí/no diálisis, así como el ofrecer en igualdad de condiciones hemodiálisis o diálisis peritoneal domiciliar, potencia la integración del paciente en el programa de diálisis y confirma la diversificación actual de las técnicas dialíticas regulares con el consiguiente impacto económico organizativo. Ante patologías crónicas que consumen muchos recursos y requieren mucha colaboración del paciente resulta imprescindible la participación del mismo en la toma de decisiones para mantener un programa de autocuidados que colabore a lograr una rehabilitación y una calidad de vida imprescindible que justifique el esfuerzo.

Bibliografía

1. Hirsch DJ, West ML, Cohen AD y Jndall KK: Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. *Am J Kid Dis* 23:463-466, 1994.
2. Maiorca R y Cancarini GC: Outcome of peritoneal dialysis: comparative studies. En Gokal R, Nolph KD, eds. *The Textbook of Peritoneal Dialysis*. Kluwer Academic Publishers, 699-734. Dordrecht, 1994.
3. Walls Jy Burton PR: Selection-adjusted comparison of life-expectancy of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and renal transplantation. *Lancet* 1:1115-1119, 1987.
4. Gokal R, Bailod R, Bogle S, Hunt L, Jakubowski C, Marsh F, Ogg C, Oliver D, Ward M y Wilkinson R: Multi-centre study on outcome of treatment in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis and haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2:172-178, 1987.
5. Largo F: Oferta pública y privada en el tratamiento sustitutivo de la IRC en España. *Nefrología* 14, Supl 1:S36-S41, 1994.
6. Cummings NB: Social, ethical and legal issues involved in chronic maintenance dialysis. En Maher JH ed. *Replacement*

- of renal function by dialysis. Kluwer Academic Publishers, 1141-1158. Dordrecht, 1989.
7. Karnofsky DA y Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En MacLeod CM, ed. *Evaluation of chemotherapeutic trials*. Columbia Press, 191-205. New York, NY, 1949.
 8. Gracia D: Aspectos bioéticos. En Rozman C. ed. *Medicina Interna*. Ed Doyma, 18-22. Barcelona, 1992.
 9. Gracia D: Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 93:100-102, 1989.
 10. The 1993 USDRS Annual Data Report. *Am J Kidney Dis* 22, Suppl 2, 1993.
 11. Report on management of renal failure in Europe, XXIII, 1992. *Nephrol Dial Transplant* 9, Suppl 1, 1994.
 12. Cleriés M: Registre de malalts renals de Catalunya. Informe estadístic 1992. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1993.
 13. Lowance DC: Factors and guidelines to be considered in offering treatment to patients with end-stage renal disease: a personal opinion. *Am J Kid Dis* 21:679-684, 1993.
 14. Burgos RA: Aspectos ético-sociales del tratamiento de la insuficiencia renal en América. *Nefrología* 13, Supl 5:S31-S33, 1993.
 15. Vallés M y García M: Enfermedad renal primaria de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo renal en España. Características y evolución (1976-1986). *Nefrología* 9:371-378, 1989.
 16. Stephenson K y Villano R: Results of a predialysis education program. *Dial Transpl* 22:566-568, 1993.
 17. Carlsson L y Ahlmen J: Los pacientes con insuficiencia renal crónica bien informados eligen la modalidad adecuada de tratamiento. *ED TNA-ERCA* J18:1516, 1992.
 18. Campbell A. Strategies for improving dialysis decision making. *Perit Dial Int* 11:173-178, 1991.
 19. Nissenson AR, Prichard SS, Cheng IKP y cols.: Non-medical factors that impact on ESRD modality selection. *Kidney Int* 43, Suppl 40:S120-S127, 1993.
 20. Friedman EA y Lundin AP: Facteurs de choix parmi les traitements de l'urémie terminale. *Actualités Nephrologiques de l'Hospital Necker*. Flammarion 357-367, Paris, 1983.
 21. Temes J.: Calidad y costos de las técnicas de sustitución. *Nefrología* 14, Supl 1:S10-S13, 1994.
 22. Matesanz R, Quereda C y Ortuño J: Desarrollo y resultados del programa de diálisis en casa del Centro Ramón y Cajal. *Nefrología* 2:169-177, 1982.
 23. Matesanz R, Quereda C, Liaño F, Gallego N y Ortuño J: Hemodiálisis en casa: evolución de 100 enfermos instalados en domicilio. *Med Clin (Barc)*, 90:325-328, 1988.
 24. García García, M: Hemodiálisis domiciliaria: crónica de una desilusión. *Med Clin (Barc)* 90:332-334, 1988.