

# ¿Cuándo discontinuar el tratamiento con diálisis?

F. J. Gómez Campderá, M. S. García de Vinuesa y J. Luño

Servicio de Nefrología. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Sr. director:

La revolución demográfica y social que las sociedades occidentales están experimentando las están conduciendo a convertirse en sociedades ancianas. Para el año 2000, el porcentaje de personas con más de 65 años de edad superará el 25% del total de la población.

Este envejecimiento de la población ha condicionado una gran afluencia de enfermos renales añosos. La mayor disponibilidad de recursos ha permitido la oferta de puestos de diálisis para todos ellos y el alto nivel tecnológico alcanzado en las distintas técnicas de diálisis ofrece una buena tolerancia y escasa morbilidad, incluso en pacientes con severa patología vascular y mala respuesta hemodinámica. Estos hechos han permitido la entrada masiva de ancianos en los programas de diálisis, suponiendo ya en Europa más del 40% de los nuevos pacientes y siendo aún mayor su proporción en otros países como USA<sup>1</sup>.

Sin embargo, esta liberalización en los criterios de entrada ha permitido la inclusión de un número cada vez mayor de pacientes con más factores de comorbilidad, lo que, indudablemente, aumenta la morbi-mortalidad y cuestiona los resultados<sup>2</sup>.

Por otra parte, no hay que olvidar que el tratamiento dialítico sustitutivo en la insuficiencia renal crónica es un tratamiento cruento y agresivo para el paciente que puede generar múltiples complicaciones no sólo en relación con la morbilidad intrínseca al propio procedimiento, incrementada significativamente en los enfermos mayores con mala tolerancia hemodinámica, sino también con la evolución de patologías discapacitantes severas y frecuentemente insoportablemente dolorosas en los enfermos en tratamiento prolongado (osteodistrofia, amiloido-

sis, cardiopatía, etc.). Estas circunstancias pueden convertir un eficaz método terapéutico, como es la diálisis, en una continua tortura a la que se somete a pacientes irrecuperables tres veces por semana.

Por ello, la discontinuación de la diálisis, en aquellos enfermos con IRC en los cuales el tratamiento dialítico, lejos de ser un método terapéutico rehabilitador, se transforma en un procedimiento agresivo, de nula capacidad rehabilitadora y generador de frecuentes complicaciones dolorosas, ha empezado a ser cada vez más frecuente en la población de enfermos en diálisis<sup>3-5</sup>, alcanzando en alguna serie hasta el 26% de la causa de pérdida de estos pacientes<sup>6</sup>, y parece subestimada en registros más amplios, en los que suelen incluirse en la estadística de fallecimientos secundarios a alguna de las complicaciones patológicas acompañantes, como demencia o enfermedad cardíaca<sup>6</sup>.

Presentamos brevemente nuestra experiencia en el tratamiento con diálisis crónica en la población mayor de 65 años en los últimos años.

Entre enero de 1987 y diciembre de 1995, 163 pacientes (89 V, 74 H) mayores de 65 años iniciaron programas de diálisis periódica en nuestro centro, 21 (13%) eran mayores de 75 años. Dieciséis (10%) fueron incluidos inicialmente en DPCA y el resto en HD, de los que 102 (69%) iniciaron programa de HD en centros satélites, aunque posteriormente se produjeron transferencias entre las diferentes técnicas.

La supervivencia actuarial global de nuestra población, no teniendo en cuenta los que fallecen en los primeros 90 días de tratamiento (3 pacientes), es de un 95, 80, 69, 59 y 52% a 1, 2, 3, 4 y 5 años, respectivamente, siendo algo menor en los mayores de 75 años.

Correspondencia: F. J. Gómez Campderá.  
Servicio de Nefrología.  
Hospital Gregorio Marañón.  
Madrid.

En septiembre de 1996 han fallecido 72 pacientes (44%), de los que en 9 (5,5%) se produjo la discontinuación, de la diálisis, lo que supone el 12,5% de los enfermos fallecidos. Las características de los pacientes en el momento del exitus pueden verse en la [tabla I](#).

**Tabla I.** Características de los pacientes.

Caso	Sexo	Edad	ERP	Tº dial.	Tipo	Entorno
1	V	68	Tb	34 m	HDH	Fam.
2	V	81	NIC	40 m	HDH	Fam.
3	H	76	NIC	6 m	DPCA	Fam.
4	V	72	EVR	27 m	HDH	Fam.
5	H	70	ND	12 m	HD	Resid.
6	H	78	NIC	89 m	HDH	Fam.
7	H	71	NIC	59 m	HDH	Fam.
8	H	78	EVR	64 m	HD	Fam.
9	V	71	EVR	25 m	HD	Fam.

ERP = Enfermedad renal primaria. ND = Nefropatía diabética. NIC = Nefropatía intersticial crónica. EVR = Enfermedad vascular renal. Tº dial = Tiempo en diálisis. HDH = HD hospitalaria. HD = HD en centro satélite. Fam = Familia. Resid = Residencia.

La situación basal y la causa que desencadenó el replanteamiento terapéutico y la discontinuación del tratamiento con diálisis pueden verse en la [tabla II](#). Todos los pacientes, excepto el caso 3, presentaban una enfermedad irreversible asociada a la IRT, a la que se sumaron accidentes o situaciones que implicaban procedimientos quirúrgicos agresivos y/o hacían presuponer sufrimientos prolongados que condicionaron la discontinuación. El fallecimiento de todos los pacientes tuvo lugar en el Servicio de Nefrología.

**Tabla II.** Características de los pacientes a la muerte.

Caso	Situación basal	Motivo discontinuación	Supervivencia
1	Encef. hepática	Isquemia distal	6 d
2	Demencia	Probl. acceso vascular	7 d
3	Peritonitis	Negativa a transferencia	13 d
4	Estenosis aórt.	Insuf. cardíaca refract.	3 d
5	Probl. acc. vacac.	Isquemia distal	10 d
6	Demencia	Coma	7 d
7	Demencia	Coma	5 d
8	Demencia	ACVA hemorrágico	12 d
9	Probl. acc. vasc.	Fractura de cadera	4 d

Probl. acc. vasc. = Imposibilidad acceso vascular.

Mientras no se cuestionen los recursos económicos, la edad cronológica ha dejado de ser un criterio de inclusión/exclusión en diálisis, y esta progresiva geriatrización de los enfermos en tratamiento renal sustitutivo ha permitido la aparición de nuevos tópicos de controversia, de forma que en los noventa, en lugar de hablar de inclusión si-no, habrá que plantearse el debate médico, ético y legal sobre la discontinuación del tratamiento con diálisis y ¿cuándo está indicada esta finalización?<sup>7</sup>

A pesar del menor tamaño de nuestra serie, los datos coinciden con los de registros más amplios, como los de Neu y Kjellstrand<sup>4</sup> y Port<sup>5</sup>. En nuestra experiencia, en 9 (5,5%) de nuestros enfermos se consideró necesario el replanteamiento terapéutico y la finalización de la diálisis, lo que representa un 12,5% de los 72 fallecimientos ocurridos en este grupo de enfermos mayores de 65 años que estaban en tratamiento con diálisis crónica. Como en las otras series, los pacientes en HD hospitalaria están más representados, lo que parece traducir que este tipo de HD se reserva a pacientes de más alto riesgo. El tiempo de diálisis hasta la terminación (40 meses) y la supervivencia desde ésta hasta el exitus (7,5 días) son también similares.

Para Rubin<sup>8</sup>, tres son los supuestos en los que se puede plantear la discontinuación. El primero no plantea ningún problema ético y es el de aquellos pacientes que sufren un proceso agudo irreversible y gravemente limitante que acorta irremediablemente su expectativa de vida en un corto plazo de tiempo. El segundo sería el de aquellos en los que la progresión de su patología los limita y hace perder su autonomía; se trata generalmente de pacientes con una enfermedad terminal de otro órgano no susceptible de trasplante (cardíaco, pulmonar o hepático) o de una enfermedad neurológica irreversible, y el tercero lo constituyen los pacientes que, de forma voluntaria y sin que medie ningún proceso patológico irreversible, piden la suspensión del tratamiento. Estos últimos suelen ser individuos que veían la diálisis como una panacea y no obtienen los beneficios esperados. Este último grupo es el que plantea más problemas éticos y, a veces, legales; siempre hay que descartar un episodio depresivo y prestar todo el apoyo y tratamiento necesario, ejerciendo la razonada y argumentada presión que permita la voluntaria aceptación de un tratamiento supuestamente beneficioso para el paciente<sup>9</sup>.

En cualquier caso es siempre necesaria una buena comunicación con el «entorno familiar» del paciente<sup>6</sup>. En estas situaciones terminales hay que prestar, por parte del equipo sanitario, todo el apoyo al paciente y a su familia y hasta el final. Igualmente, es necesaria la regulación de normas éticas

que protejan a los pacientes, y las dudas deberán ser resueltas ante la Comisión de Bioética de cada centro. Asimismo debe asegurarse también la protección legal del equipo médico ante posibles reclamaciones.

Finalmente, en la actualidad, parece éticamente preferible prepararse para discontinuar la diálisis, cuando ya no esté indicada, antes que elegir no iniciarla. En estos casos, con factores de comorbilidad severos, la familia y el propio enfermo deberán también estar avisados y preparados para esta posibilidad de pérdida de beneficio de la técnica y discontinuación de diálisis<sup>10-15</sup>.

### Bibliografía

1. Gómez Campderá FJ y Rengel Aranda MA: Diálisis y trasplante renal en el anciano: Llach F y Valderrábano F (edits.) *En Insuficiencia renal crónica. Diálisis y trasplante renal*, 2.ª edición. (En prensa.)
2. Oreopoulos DG: Should the elderly be denied dialysis? *Geriatr Nephrol Urol* 4: 67-70, 1994.
3. Rothenberg LS: Withholding and withdrawing dialysis from elderly ESRD patients: Part 1. A historical view of the clinical experience. *Geriatr Nephrol Urol* 2: 109-117, 1992.
4. Neu S, Kjellstrand CM: Stopping long-term dialysis. An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Engl J Med* 314: 14-20, 1986.
5. Port FK, Wolfe RA, Hawthorne VM, Ferguson CW: Discontinuation of dialysis therapy as a cause of death. *Am J Nephrol* 9: 143-149, 1989.
6. Hirsch DJ: Death from dialysis termination. *Nephrol Dial Transplant* 4: 41-44, 1989.
7. Kilner JF: Ethical issues in the initiation and termination of treatment. *Am J Kidney Dis* 15: 218-227, 1990.
8. Rubin J: When and how should dialysis be withdrawn? *Trans Am Soc Artif Interns Organs* 37: 1-2, 1991.
9. Roberts JC, Kjellstrand CM: Choosing death. Withdrawal from chronic dialysis without medical reason. *Acta Med Scand* 223: 181-185, 1988.
10. Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, Jindal KK: Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. *Am J Kidney Dis* 23: 463-466, 1994.
11. Lozano J: Dialysis is not always the right choice. *Dial Transplant* 23: 519-528, 1994.
12. Lowance DC: Factors and guidelines to be considered in offering treatment to patients with end-stage renal disease: A personal opinion. *Am J Kidney Dis* 21: 679-683, 1993.
13. Muñoz Silva JE, Kjellstrand CM: Withdrawing life support. Do families and physicians decide as patients do? *Nephron* 48: 201-205, 1988.
14. Rothenberg LS: Withholding and withdrawing dialysis from elderly ESRD patients: Part 2. Ethical and policy issues. *Geriatr Nephrol Urol* 3: 23-41, 1993.
15. Cohen LM, McCue JD, Germain M, Kjellstrand CM: Dialysis discontinuation. A «Good» death? *Arch Intern Med* 155: 42-47, 1995.