

Aspectos éticos del tratamiento de la IRC en el anciano

J. Luño, S. García de Vinuesa y F^{co}. J. Gómez Campderá

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCION

Desde los comienzos del establecimiento del tratamiento con diálisis como soporte de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRC), al inicio de los años 1960, el principal problema ético fue el de la selección de los pacientes candidatos a dicho tratamiento. La escasez de recursos de diálisis en aquella época obligaba a una rigurosa selección en los escasos centros y países en que se realizaba que ni siquiera consideraba el acceso a este tratamiento a los enfermos renales mayores de 45 años¹. Posteriormente, el número de pacientes ha ido creciendo y así, en la actualidad, treinta y cinco años después, hay aproximadamente en todo el mundo, 1.000.000 de enfermos renales que deben su vida a las distintas terapéuticas de soporte de la IRC o al trasplante renal. Este espectacular crecimiento no ha impedido, sin embargo, una desigual distribución de la oferta de estos tratamientos que permanece limitada, en su mayor parte, a los países occidentales desarrollados y así, el 75% de estos recursos pertenecen al 15% de la población. Todavía hoy, la única alternativa de tratamiento de la insuficiencia renal terminal ofrecida a la gran mayoría de la población en los países no desarrollados es la muerte².

Y, aunque teóricamente, en los países económicamente desarrollados existe una oferta de diálisis universal, los criterios de selección de pacientes varían mucho de unos países a otros, en relación con el debate, tan actual, sobre si es ético o no lo es la limitación del acceso a tratamientos de soporte vital de elevado coste, como la diálisis, teniendo en cuenta la escasez de dichos recursos, el coste-beneficio y la equidad en la distribución de los recursos sanitarios a toda la población³. Según los datos del Registro de la EDTA-ERA⁴ el número de enfermos en tratamiento con las

distintas técnicas de diálisis y trasplante renal en 1994, variaba en Europa entre 58 pacientes por millón de población (pmp) en Turquía y 635 pmp en España. Como se puede observar en estos datos, estas enormes diferencias no guardan relación con la renta *per capita* de los diferentes países, y así, países con una elevada renta, como el Reino Unido, mantenían en tratamiento con diálisis y trasplante renal únicamente a 271 pacientes por millón de población, cifra significativamente inferior a la media europea y notablemente inferior a los datos de nuestro país (635 pmp), Grecia (572 pmp), Israel (442 pmp) o la antigua Checoslovaquia (305 pmp), países todos ellos claramente generadores de menor riqueza, pero que dedican un mayor esfuerzo al tratamiento de la insuficiencia renal crónica, comparativamente con el Reino Unido, en donde los estrictos criterios de inclusión en diálisis están negando el acceso a pacientes claramente aceptados en el resto de los países de su entorno⁵.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION EN DIALISIS

Los cambios demográficos producidos en la sociedad occidental están condicionando un progresivo envejecimiento de esta sociedad y así, probablemente para el año 2000 el porcentaje de la población mayor de 65 años estará cerca del 25%. Este progresivo envejecimiento de la sociedad occidental es un hecho claro que continuará produciéndose en las próximas décadas y que condiciona una cada vez mayor afluencia de enfermos renales añosos a los programas de tratamiento con diálisis. Por otra parte, el desarrollo tecnológico que ha permitido mejorar la tolerancia y una mayor seguridad de los diferentes métodos de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, así como la mayor disponibilidad de recursos, han conducido a un progresivo incremento de enfermos ancianos en los programas de diálisis, con aceptables índices de supervivencia y así, la proporción de pacientes mayores de 65 años de los que inician tratamiento dialítico se incrementó en Europa del 9% en 1977 al 37% en 1992⁶ y supone ya el 52% de los enfermos nuevos incorporados durante el año 1996 al programa

Correspondencia: Dr. J. Luño
Servicio de Nefrología
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Dr. Esquerdo, 46
28007 Madrid

de tratamiento de insuficiencia renal crónica del Hospital Gregorio Marañón de Madrid⁸, siendo mayor su proporción en otros países como los EE.UU. de América⁹.

Por ello, la Sociedad Nefrológica viene prestando cada vez mayor atención a las especiales características y problemas de las personas mayores sometidas a tratamiento con diálisis, trabajando conjuntamente con los médicos de familia, geriatras, psicólogos, dietólogos, cardiólogos y asistentes sociales, ya que el trabajo conjunto de todos estos especialistas que debe incluir una adecuada asistencia domiciliaria, es absolutamente necesario para lograr una buena rehabilitación y mejor calidad de vida de las personas mayores en diálisis¹⁰.

MODIFICACION DE LOS CRITERIOS DE INCLUSION

La liberación de los criterios de inclusión en los programas de tratamiento con diálisis, así como una mayor oferta de recursos, unida al desarrollo tecnológico alcanzado que ha mejorado la tolerancia a los distintos procedimientos, ha permitido una masiva afluencia de pacientes que anteriormente eran descartados, como diabéticos y ancianos con patología vascular y que actualmente representan el mayor porcentaje de pacientes nuevos incluidos en los programas de diálisis^{6,7}.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la edad es un dato objetivo que implica unas condiciones fisiológicas asociadas al envejecimiento y que no puede dejar de ser un dato importante a considerar. En la actualidad, las mejoras socio-sanitarias de la población hacen que cada vez sean mejores las condiciones biológicas de los ancianos, que conforman una diversa población en la cual la toma de decisiones clínico-terapéuticas debe ser individualizada¹¹. Tampoco se puede mantener actualmente el límite de 65 años como la edad de comienzo de la ancianidad, ya que hoy en día muchas personas con esta edad o incluso mayores se encuentran sanos y plenamente activos laboralmente. De hecho, este envejecimiento de la sociedad, que está generando un progresivo incremento de los costes de pensiones en gran parte de los países occidentales, está obligando a los gobiernos a replantearse la edad de jubilación con una tendencia creciente hacia los 70 años.

EXPECTATIVA DE VIDA

Es evidente que aunque el tratamiento con diálisis evita la muerte por insuficiencia renal, la super-

vivencia de la población sometida a tratamiento con diálisis es inferior a la de la población general. Según datos del Registro Renal Americano, la expectativa de vida de los pacientes que comienzan un tratamiento con diálisis a los 40 años es de 9,3 años, y únicamente de 4,3 años para aquellos que lo inician a la edad de 59 años, teniendo en cuenta que la expectativa de vida para la población general de la misma edad sería de 37,4 y 20,4 años, respectivamente¹². Sin embargo, estos datos, que suponen una pobre expectativa de vida incluso para la población en diálisis no excesivamente añosa, es muy variable de unos países a otros y notablemente más baja en los Estados Unidos de América que en Europa o en Japón¹³⁻¹⁵. La supervivencia de los pacientes mayores de 65 años en tratamiento con diálisis en Europa en 1991 era del 62% a los dos y de 40% a los cuatro años. Los pacientes por encima de 75 años presentaban un 55% de supervivencia a los dos años y un 35% a los cuatro años¹⁶.

Los datos obtenidos en 163 pacientes mayores de 65 años incorporados a nuestro programa de diálisis en los últimos ocho años, en los centros de diálisis asociados al Hospital General Gregorio Marañón de Madrid, demuestran una supervivencia actuarial de 95, 80, 69, 59 y 52% a los 1, 2, 3, 4 y 5 años, respectivamente, siendo algo menor en los mayores de 75 años¹⁷.

Estas diferencias en los datos de supervivencia probablemente están justificadas por las variaciones en los distintos registros en la definición de la edad de comienzo de la ancianidad (entre 60 y 75 años) y por los efectos de las condiciones de comorbilidad asociadas, como diabetes, complicaciones cardiovasculares, neurológicas, etc.¹⁵. Por otra parte, también se han detectado diferencias de supervivencia en relación con la técnica terapéutica y así aunque parece que la expectativa de vida es similar en los pacientes no diabéticos en hemodiálisis (HD) que con diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, los pacientes diabéticos ancianos tienen mayores tasas de mortalidad en DP comparativamente con la HD⁹. Con respecto al trasplante renal, el criterio nefrológico más aceptado hasta hace pocos años, ha sido el de no incluir a pacientes por encima de 65 años en las listas de espera de trasplante renal de cadáver, en base probablemente al argumento de la mejor utilización de un recurso tan escaso como son los órganos para trasplante en pacientes jóvenes, con menos factores de comorbilidad y mejores tasas de supervivencia¹⁹ y aunque es necesario evaluar cuidadosamente los factores de riesgo asociados a la patología renal en el anciano que nos permitan seleccionar mejor a los candidatos para trasplante²⁰, actualmente los criterios se han ido modificando con

la inclusión de cada vez más pacientes mayores en las listas de espera de trasplante renal de cadáver. Algunos estudios han demostrado que el porcentaje de injertos funcionantes en un momento dado no es diferente en las personas mayores, y que el número de episodios de rechazo es menor en las personas mayores; este dato es coincidente con una menor proporción de injertos perdidos por causas inmunológicas, aunque es significativamente más elevada la pérdida por fallecimiento del receptor con injerto funcionante²¹⁻²³, y así datos ingleses de Manchester y Londres demuestran una supervivencia del injerto renal del 75% en pacientes trasplantados por encima de los 60 años, cuando se excluye el fallecimiento con injerto funcionante¹⁹. Estos datos, añadidos a la también lógica menor supervivencia de los pacientes mayores en otras técnicas de sustitución renal como la diálisis y al mayor coste de la diálisis sobre el trasplante, justificarían el que no se pueda negar la oportunidad del trasplante renal a los mayores que mantengan una buena condición, tanto física como intelectual, en base únicamente al criterio de edad, teniendo en cuenta la realización de los suficientes estudios previos que permitan identificar los factores de riesgo cardiovascular, incluyendo la coronariografía, sólo en aquellos pacientes con riesgo claramente identificado, que nos aseguren un razonable nivel de confianza en la evitación de la muerte precoz después del trasplante, sobre todo por problemas cardiovasculares¹⁹.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto subjetivo de cada persona, de su manera de aceptar la propia situación personal ante las distintas condiciones que impone la vida. En este sentido, la calidad de vida sería el producto de múltiples influencias tanto personales como del entorno social, lo que la hace ser difícilmente medible con parámetros cuantitativos. Sin embargo, este moderno concepto de calidad de vida se está introduciendo cada vez más como método que sirva para evaluar el bienestar personal en la progresión de distintas enfermedades crónicas y entre ellas la insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis.

En los estudios realizados en la población general, los ancianos demuestran ya un progresivo empeoramiento de su calidad de vida en relación con la edad y el deterioro de las condiciones físicas que asocia y así, más del 10% de las personas mayores muestran claros síntomas de depresión²⁴.

En los pacientes ancianos en tratamiento con diálisis, comparativamente con personas de su edad sin

insuficiencia renal, existe un claro empeoramiento de los parámetros, tanto funcionales como emocionales, con un menor grado de satisfacción ante la vida²⁵. Sin embargo, cuando se comparan con los pacientes en diálisis más jóvenes, aunque los enfermos mayores se encuentran más afectados funcionalmente, los efectos psicológicos del tratamiento son menos negativos en los ancianos y mayor su grado de satisfacción ante la vida²⁶. Aunque la mayor edad parece un factor determinante en el grado de satisfacción ante la vida en algunos trabajos²⁷. La mayor parte de los estudios demuestran una buena adaptación de los pacientes mayores en diálisis a la enfermedad y su tratamiento^{28,29} con una percepción sobre su calidad de vida similar a la de los pacientes más jóvenes³⁰ o incluso demuestran mejores niveles de satisfacción en las distintas escalas de evaluación a pesar de sus mayores grados de incapacidad funcional³¹.

ASPECTOS SOCIALES DEL TRATAMIENTO CON DIALISIS EN EL ANCIANO

Aunque cada vez un mayor número de personas ancianas llegan a ese período de su vida en mejores condiciones tanto físicas como psicológicas, lo que les permite un elevado grado de autonomía e independencia para la realización de sus actividades rutinarias, un porcentaje de ellos tienen importantes limitaciones funcionales debido a procesos patológicos crónicos limitantes. Por otra parte, la sensación de aislamiento personal aumenta con la edad, ya que con frecuencia los ancianos han perdido a su pareja y los amigos o compañeros a menudo se encuentran incapacitados o han fallecido y se encuentran en una edad en la que ya es muy difícil la captación de nuevas amistades o la incorporación a nuevas actividades culturales o sociales. Algunos se ven obligados a vivir solos con dificultades para realizar las actividades cotidianas ya que prefieren la soledad a tener que considerarse una carga para sus familias. Por otra parte, la actual situación de un gran número de familias, con ambos esposos trabajando, y el cada vez más ajetreado ritmo de vida social, no parece el entorno más adecuado para el cuidado del abuelo en tratamiento con diálisis que debe acudir tres veces por semana durante varias horas al hospital, con ocasionales o frecuentes hospitalizaciones y muchas dificultades físicas para su cuidado personal. Todo ello requiere un esfuerzo suplementario familiar importante que los miembros de la familia no pueden afrontar y muchas veces abandonan el cuidado del anciano en manos del hospital y sus recursos: transporte en ambulancia al centro de diálisis y regreso, frecuentes

ingresos hospitalarios prolongados, hospitalización y asistencia domiciliaria, etc. Este abandono es percibido muy negativamente por los enfermos mayores, lo que les conduce a un sentimiento de «carga», progresivo aislamiento, depresión y desesperación³².

Para conseguir una buena adaptación, rehabilitación y buen pronóstico a largo plazo, es necesario un adecuado soporte social, cuyo punto clave es el apoyo familiar. Los enfermos que viven solos con escaso soporte social son los que presentan mayores dificultades de adaptación al tratamiento³³. El apoyo familiar es, probablemente, el factor pronóstico más importante en la rehabilitación del paciente en diálisis y es determinante en su adaptación social. La falta de soporte familiar en enfermos mayores con déficit visuales, mentales o funcionales obliga a un frecuente confinamiento hospitalario y condiciona una pobre rehabilitación³⁴.

Los escasos recursos económicos, con bajas rentas procedentes de la pensión como único soporte financiero, son otro problema que dificulta la adaptación.

TRASPLANTE RENAL EN EL ANCIANO

Con respecto al tratamiento de la IRC, los nefrólogos somos capaces de reconocer que los recursos necesarios para su tratamiento son caros y limitados. Sin embargo, la mayor parte de los países industrializados, sobre todo los europeos y en concreto España, suelen tener sistemas nacionales de salud que proporcionan una cobertura sanitaria universal con cargo a los presupuestos estatales y aunque algunos países, como los Estados Unidos de América, no proporcionan cobertura sanitaria a todos sus ciudadanos, por lo que se deben cubrir con seguros sanitarios privados para poder acceder al tratamiento de la IRC en caso de necesidad y otros, como el Reino Unido limitan el acceso al tratamiento de la insuficiencia renal crónica de pacientes ancianos⁵, se podría asegurar que en los países industrializados los distintos programas proporcionan tratamiento con diálisis a la mayor parte de la población con insuficiencia renal³⁴. Sin embargo, no parece ocurrir lo mismo en relación con el trasplante, debido a la escasez de órganos de cadáver que limitan su disponibilidad. Durante 1994 se realizaron en Europa, según los datos del registro de la EDTA-ERA, 11.711 trasplantes renales de los cuales 971 (8,3%) fueron de donante vivo, mientras que durante ese mismo año se incorporaron 40.623 nuevos pacientes a los programas de tratamiento de la IRC, lo que supone que la capacidad de trasplantar está muy lejos de poder cubrir las necesidades de órganos de

la población en diálisis⁴. Esta escasez obliga necesariamente a una selección de pacientes considerados «mejores candidatos» que tienen más posibilidades que otros considerados «peores candidatos» para el trasplante³⁵. Esta situación, que está definida por algún autor como «racionamiento», puede conducir fácilmente a una distribución no equitativa de los recursos sanitarios, cuando en la distribución de los recursos sanitarios «racionados» participan dentro del criterio clínico otros, difícilmente cuantificables y con muy diferente peso, dependiendo del seleccionador, como pueden ser: la edad, situación social, soporte familiar, recursos económicos y cálculos subjetivos sobre su expectativa o calidad de vida, etc. Según este autor, la edad es un factor negativo claro cuando se trata de distribuir recursos sanitarios limitados como el trasplante renal³⁶. De acuerdo con los datos del registro de la EDTA-ERA, el porcentaje de pacientes mayores de 60 años que han recibido un trasplante renal como tratamiento de su IRC era únicamente el 2,9% en 1983, y aunque este porcentaje se incrementó 10 años después, en 1992, al 9,9% del total de los pacientes en tratamiento por IRC, este porcentaje sigue siendo muy bajo si tenemos en cuenta que en dicho año 1992 más del 50% de los pacientes en tratamiento por IRC en el registro de la EDTA-ERA tenían más de 60 años⁴.

En los datos obtenidos de este mismo registro, la supervivencia actuarial del injerto renal a los cinco años, en receptores de edad superior a 60 años, es del 57,3%, no significativamente diferente de la supervivencia encontrada en los pacientes menores de 40 años, en los que era del 63,9%. Comparando la supervivencia global en diálisis y trasplante, los pacientes mayores tienen una tasa de mortalidad más elevada que los jóvenes, debido fundamentalmente a accidentes cardiovasculares. Sin embargo, la supervivencia de los pacientes mayores es mejor cuando reciben un trasplante renal que cuando permanecen en diálisis⁴. De acuerdo con estos datos, en principio la edad no parece un criterio excluyente para el trasplante renal y aunque hasta ahora pocos pacientes por encima de 65 años han recibido un trasplante renal, en los próximos años no pueden dejar de ser considerados candidatos para trasplante, en base únicamente a criterios de edad, aquellos pacientes mayores de 65 años que hayan sido correctamente evaluados para descartar factores de riesgo cardiovascular³⁷.

Por otra parte y debido a la escasez de órganos para trasplante, el dilema que se plantea a los nefrólogos estaría en relación con el concepto ético de la mejor y más equitativa distribución de los escasos recursos y estriba en la contestación a la siguiente pregunta: ¿Es correcto utilizar los escasos

riñones para trasplante en personas de edad avanzada con mayor riesgo y menor expectativa de vida, o sería mejor emplearlos en proporcionar mejor calidad de vida y recuperar socialmente a los jóvenes en tratamiento con diálisis? Existen múltiples opiniones sobre esta cuestión, el criterio del grupo de Massachusetts «Task Force on Organ Transplantation» claramente define que la evaluación clínica debe incluir la propuesta de ofrecer los órganos para trasplante «a aquellas personas que puedan obtener el máximo beneficio en términos de expectativa de vida y con mayores posibilidades de rehabilitación». Sin embargo, este criterio choca con la propia ley federal americana: «Propuesta federal sobre discriminación en base a la edad» (Acta de 1975) que prohíbe la discriminación en los programas de ayuda federal en base a la edad³ y con los derechos constitucionales de la mayor parte de los países europeos. En el análisis de los enfermos en tratamiento por IRC del «National Kidney Dialysis and Kidney Transplantation Study», realizado en los Estados Unidos de América en 1985, el 13,3% de los 859 enfermos estudiados tenían más de 65 años de edad y ninguno de ellos había recibido un trasplante renal³⁸. Sin embargo, en los últimos años el notable progreso tecnológico, y el progresivo envejecimiento de la población, con cada vez mayor expectativa de vida en un mejor estado de salud, ha condicionado un progresivo incremento de trasplantes renales en los pacientes mayores de 60 e incluso de 65 años. Los datos de seguimiento de estos pacientes en el registro europeo, comentados anteriormente, demuestran una buena evolución e incluso mejores tasas de supervivencia de los pacientes trasplantados comparativamente con los que permanecen en diálisis⁴.

Parece claro, en base a estos análisis, que actualmente no es éticamente justificable el dejar de ofrecer la oportunidad de un trasplante a aquellos enfermos renales mayores, sin claros factores de riesgo, en base exclusivamente a la edad. La decisión sobre la modalidad terapéutica deberá ser tomada en cada caso por el equipo médico en base a los beneficios esperados para el enfermo. El esfuerzo debería centrarse en la obtención de un número suficiente de órganos que permitan satisfacer las necesidades de la lista de espera de trasplante, teniendo en cuenta que, todavía según los datos del registro de la EDTA-ERA, únicamente nueve de los 34 países en los que se obtuvieron datos de su actividad trasplantadora en 1994 consiguieron una tasa de trasplantes superior a 35 por millón de habitantes (pmp) y sólo tres de ellos (Austria, Noruega y España) realizaron más de 40 trasplantes pmp en 1994.

Una adecuación legislativa rigurosa que pudiera permitir incluso la obtención de órganos de cadáver a corazón parado, podría igualmente permitir un sustantivo incremento de órganos actualmente desechados³⁹.

DISCONTINUACION DEL TRATAMIENTO CON DIALISIS

Tampoco hay que olvidar que el tratamiento con diálisis es un tratamiento cruento y agresivo que puede producir gran número de complicaciones no sólo en relación con la morbilidad producida por el procedimiento dialítico *per se*: mala tolerancia, hipotensión intradiálisis, vómitos, cefaleas, calambres, etc., incrementada en los pacientes añosos con mala tolerancia hemodinámica debido a la patología vascular asociada, sino también por la evolución de procesos invalidantes asociados a la IRC y que también con mayor frecuencia acompañan a la vejez como son: alteraciones osteoarticulares, amiloidosis, cardiopatías, patologías isquémicas vasculares, etc., y que a menudo se hacen insoportablemente dolorosas para los enfermos, transformando un procedimiento terapéutico eficaz como es la diálisis en una continua tortura a la que se somete a enfermos terminales al menos tres veces por semana¹⁷.

Es por esto por lo que la discontinuación y terminación del tratamiento con diálisis en los enfermos en que dicha terapéutica, lejos de ser un tratamiento rehabilitador, se convierte en un procedimiento agresivo de nula capacidad rehabilitadora y generador de frecuentes complicaciones dolorosas, ha empezado a ser cada vez más común en las distintas series publicadas^{17,40-42}, que llega a alcanzar hasta el 26% de la causa final de muerte de los enfermos en diálisis en alguna serie y probablemente esté subestimada en registros más amplios, en los que se incluyen dentro de la estadística de fallecimientos debidos a alguna de las complicaciones patológicas acompañantes como demencia, enfermedad cardíaca o la propia insuficiencia renal⁴³.

Hoy en día, al menos en los países desarrollados, la edad cronológica ha dejado de ser un criterio de exclusión de pacientes en diálisis y este progresivo envejecimiento de la población en tratamiento renal sustitutivo ha condicionado la aparición de nuevos aspectos éticos de controversia en la comunidad nefrológica como el debate médico legal sobre la terminación del tratamiento con diálisis y ¿cuándo está indicada esta finalización?⁴⁴.

Para Rubin⁴⁵ existen tres supuestos en los que se puede plantear la terminación del tratamiento

dialítico. El primero no parece plantear ningún serio problema ético y es el de aquellos pacientes que sufren un proceso irreversible y gravemente incapacitante que limita su expectativa de vida en un corto espacio de tiempo. El segundo sería el de los pacientes en los que la progresión de su patología los limita progresivamente y les hace perder su autonomía, presentan una enfermedad no reversible de otro órgano no susceptible de trasplante: hepática, pulmonar o cardíaca, o aquejan una enfermedad neurológica irreversible y el tercero lo forman aquellos pacientes en los cuales sin que medie otro proceso patológico irreversible asociado, solicitan voluntariamente la suspensión del tratamiento. Este último grupo está formado por aquellos enfermos que pusieron excesivas esperanzas en el tratamiento con diálisis y que no obtienen el beneficio esperado. La terminación del tratamiento en estos enfermos es la que plantea mayores problemas éticos e incluso legales. En ellos es necesario el soporte psicológico y habrá que descartar un episodio depresivo empleando todo el apoyo terapéutico necesario y ejerciendo sobre ellos la razonada argumentación y presión que permitan una voluntaria aceptación del tratamiento supuestamente beneficioso para el enfermo⁴⁶. En estos casos pudiera ser beneficioso el cambio de técnica de diálisis o incluso la valoración para la oferta de un trasplante renal en el menor tiempo posible.

En todos los casos es absolutamente necesaria una buena comunicación con el paciente y con su familia y valorar objetivamente las presiones familiares, cuando existan⁴³. Igualmente es necesaria la regulación de normas éticas que protejan a los pacientes y que marquen directrices al equipo sanitario y los problemas deben ser resueltos ante la Comisión de Bioética de cada Centro. Asimismo, es necesario asegurar la protección legal del equipo médico.

Finalmente, en la actualidad parece éticamente preferible tener que finalizar el tratamiento con diálisis, cuando ya no esté indicado, que elegir no iniciarlo. A aquellos pacientes en los cuales no esté clara la mejoría de su calidad de vida en diálisis, se les podría ofertar un tratamiento de prueba que puede ser necesario finalizar si del mismo no se obtienen los beneficios esperados³². En estos casos con múltiples factores de riesgo añadidos, la familia y el propio enfermo deben estar lo suficientemente informados sobre la posibilidad de finalización del tratamiento, en el momento en que la diálisis deje de ser un buen tratamiento y las complicaciones añadidas sean intolerables para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander S: They decide who lives, who dies. *Life* 53: 102-105, 1962.
2. Maiorca R, Maggiore Q, Mordacci R, Tonini E, Biagi E, Bissoni G: Ethical problems in dialysis and transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 11 (Supl. 9): 100-112, 1996.
3. Cummings NB: Ethical Issues in Geriatric Nephrology: Overview. *Am J Kidney Dis* 4: 367-371, 1990.
4. Valderrábano F, Berthoux FC, Jones EHP, Mehls O: Report on management of renal failure in Europe, XXV, 1994. *Nephrol Dial Transplant* 11 (Supl. 1): 2-40, 1996.
5. Wing AJ: Why don't the British treat more patients with kidney failure? *Br Med J* 287: 1157-1158, 1983.
6. Valderrábano F, Jones EHP, Malick NP: Report on management of renal failure in Europe. XXIV 1993. *Nephrol Dial Transplant* 10 (Supl. 5): 1-25, 1995.
7. Fenton S, Desmeules M: Renal replacement therapy in Canada: A Report from the Canadian Organ Replacement Register. *Am J Kidney Dis* 25: 134-150, 1995.
8. Datos no publicados.
9. Nissenson AR: Dialysis therapy in the elderly patient. *Kidney Int* 43 (Suppl 40): S51-S57, 1993
10. Kaiser FE: Principles of Geriatric Care. *Am J Kidney Dis* 4: 354-359, 1990.
11. Oreopoulos DG: Should the elderly be denied dialysis? *Peritoneal Dialysis Int* 14: 105-107, 1994.
12. United States Renal Data System. USRDS 1993. Annual Data Report. US Department of Health and Human Services. The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, August 1993.
13. Lawrence Y, Agodo A, Camille A, Jones, Philip J: End Stage Renal Disease in the USA: Data from the United States Renal Data System. *Am J Nephrol* 16: 7-16, 1996.
14. Shinzato T, Nakai S, Akiba T, Yamakazi C, Sasaki R, Kitaoka T, Kubo K, Shinoda T, Kurokawa K, Marumo F, Sato T, Maeda K: Survival in long term haemodialysis patients, results from the annual survey of the Japanese Society for Dialysis Therapy. *Nephrol Dial Transplant* 11: 2139-2142, 1996.
15. Valderrábano F: Renal replacement therapy. What are the differences between Japan and Europe? *Nephrol Dial Transplant* 11: 2151 -2153, 1996.
16. Mignon F, Siohan P, Legallier B, Khayat R, Viron B, Michel C: The management of uremia in the elderly: Treatment choices. *Nephrol Dial Transplant* 10: 55-59, 1995.
17. Gómez Campderá FJ, García de Vinuesa MS, Luño J: ¿Cuándo discontinuar el tratamiento con diálisis? *Nefrología* 17: 98-100, 1997.
18. Keane WF, Collins M: Influence of comorbidity on mortality and morbidity in patients treated with haemodialysis. *Am J Kidney Dis* 6: 1010-1018, 1994.
19. Mallick NP, Dyer P, Johnson WG: Transplantation in the elderly. *Nephrol Dial Transplant* 11 (Supl. 9): 95-97, 1996.
20. Kahn IH, Catto GRD, Edward N, Fleming LW, Henderson 15, MacLeod AM: Influence of co-existing disease on survival on renal replacement therapy. *Lancet* 341: 415-417, 1993.
21. Tesi RJ, Elkhamans EA, Davies EA, Henry ML, Ferguson RM: Renal transplantation in older people. *Lancet* 343: 461-464, 1994.
22. Benedet E, Matas A J, Hakim N, Fasola C, Giollingham K, Mac Hugh L, Najarian JS: Renal transplantation for patients 60 years or older. A single institution experience. *Ann Surg* 220: 445-458, 1994.
23. Cantarovich D, Baatard R, Baranger T, Tirouvanzian A, Le Sant JN, Hourman M, Dantal J, Soullillou JP: Cadaveric renal

- transplantation after 60 years of age. *Transplant Int* 7: 33-38, 1994.
24. Blazer D: Depression in the elderly. *N Engl J Med* 320: 164-166, 1989.
 25. Kutner NG, Brogan DJ: Assisted survival, aging and rehabilitation needs: Comparison of older dialysis patients and aged-matched peers. *Arch Phys Med Rehabil* 73: 309-315, 1992.
 26. United States Congress Office of Technology Assessment: Life sustaining technologies and the elderly: Excerpts of Congressional OTA study. *Nephrology News Issues* 35 (10): 31-34, 1989.
 27. Neves PL: Chronic hemodialysis in elderly patients. *Nephrol Dial Transplant* 10 (Supl. 6): 69-71, 1995.
 28. Kjellstrand C, Koppy K, Umen A: Hemodialysis of the elderly. En Oreopoulos DG (ed): *Geriatric Nephrology*, Boston MA. Martinus Nijdorff, pp. 135-145, 1986.
 29. Horine JH, Holzer H, Reisinger EC: Elderly patients and chronic haemodialysis. *Lancet* 339: 183, 1992.
 30. Morgan BW: The relationship between chronological age and perceived quality of life of haemodialysis patients. *Am Nephrol Nurs Assoc J* 17: 63-66, 1990.
 31. Stout JP, Gokal R, Hillier VF: Quality of life of high risk and elderly patients in the UK. *Dial Transplant* 16: 674-677, 1987.
 32. Grapsa I, Oreopoulos DG: Practical Ethical Issues of Dialysis in the Elderly. *Seminars in Nephrology* 4: 339-352, 1996.
 33. Cummings KM, Becker MH, Kirscht JP y cols.: Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Med Care* 20: 567-580, 1982.
 34. Mignon F, Michel C, Meyre F y cols.: Worldwide demographics and future trends of the management of renal failure in the elderly. *Kidney Int* 43: 8-26, 1993.
 35. Kilner JF: Selecting patients when resources are limited: A study of US medical directors of kidney dialysis and kidney transplantation facilities. *Am J Public Health* 77: 144, 1998.
 36. Francis JG, Francis LP, Nickel JW: Rationing of health care in Britain: An ethical critique of public policy making. En Smeeding TM, Batin MP, Francis LP (eds): *Should medical care be rationed by age?* Rowman and Littlefield. P. 119, 1987.
 37. Fauchald P, Albrechtsen D, Leivestad T y cols.: Renal replacement therapy in elderly patients. *Transplant Int* 1: 131-134, 1988.
 38. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP y cols.: The Treatment of End Stage Renal Disease in the USA: *Selected Findings from the National Kidney Dialysis and Kidney Transplantation Study*. Seattle, WA. Battelle Human Affairs Research Centers, 1985.
 39. Koostra G, Wijnen R, Van Hoof JP, Van der Linden CJ: Twenty percent more kidneys through a non heart beating program. *Transplant Proc* 23: 910-911, 1991.
 40. Rothenberg LS: Withholding and withdrawing dialysis from elderly ESRD patients: A historical view of the clinical experience. *Geriatr Nephrol Urol* 2: 109-117, 1992.
 41. 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.
 42. Port FK, Wolfe RA, Hawthorne VM, Ferguson CW: Discontinuation of dialysis therapy as a cause of death. *Am J Nephrol* 9: 143-149, 1989.
 43. Hirsch DJ: Death from dialysis termination. *Nephrol Dial Transplant* 4: 41-44, 1989.
 44. Kilner JF: Ethical issues in the initiation and termination of treatment. *Am J Kidney Dis* 15: 218-227, 1990.
 45. Rubin J: When and how should dialysis be withdrawn? *Trans Am Soc Artif Interns Organs* 37: 1-2, 1991.
 46. Roberts JC, Kjellstrand CM: Choosing death. Withdrawal from chronic dialysis without medical reasons. *Acta Med Scand* 223: 181-185, 1988.