

Aspectos éticos de la diálisis crónica

José María Monfá

Med Mil (Esp) 1999; 55 (4): 232-233

Desde 1979, en que Beauchamp y Childress (1), proclamaron los principios de Bioética (BENEFICENCIA, NO MALEFICENCIA, AUTONOMÍA y JUSTICIA), se han intentado aplicar a las más diversas cuestiones, no sustrayéndose los tratamientos de la insuficiencia renal crónica, en especial la diálisis y el trasplante.

Enfocando únicamente la diálisis y desmenuzando cada uno de los principios antedichos, resaltamos la BENEFICENCIA, puesto que la diálisis se ha revelado como una técnica eficaz, ya que se considera que aumenta la cantidad y cada vez más, con los últimos avances, objeto de este curso, también la calidad de vida del paciente, aunque en menos grado que el trasplante. Incluso nos atreveríamos a afirmar que es una técnica altamente eficaz.

Pudiera ocurrir que la instauración de diálisis en un paciente, de forma previsible, no redundara en beneficio del mismo, sino que, por las condiciones del mismo agravara o pudiera agravar una situación mala ya preexistente, en este caso el principio de NO MALEFICENCIA impediría la aplicación de la técnica al paciente. También pudiera ocurrir que no mejorase una patología ya presente, por lo que el tratamiento sería fútil. Otra variante podría tratarse de una situación ya tratada con diálisis, que en un momento determinado fuera negativa para su salud, lo que plantearía no ya la instauración sino la retirada de la técnica.

Todo lo anterior depende del punto de vista del médico nefrólogo, sin embargo el principio de AUTONOMÍA y el consiguiente consentimiento informado, nos harán valorar la opinión del paciente, no sólo sobre si se incluye o no, sino como se incluye, en qué técnica, etc. y en el tema más difícil de la posible retirada del tratamiento.

Por último, está el principio de JUSTICIA, por el que debemos dar a nuestros pacientes las mismas oportunidades de tratamiento, sin discriminaciones de ningún tipo. En la situación actual española, no existen condicionantes económicos que impidan, por falta de recursos, dializarse a ningún paciente. Distinto es el tema del trasplante, por la escasez relativa de órganos. Hay que recordar que en situaciones de carencia de medios, como ocurrió hace 25 años aproximadamente, incluso hoy día, en otros países menos desarrollados, en aras a la equidad, debían seleccionarse los pacientes tributarios de diálisis, según criterios, algunos de los cuales nos parecerían inaceptables en el momento actual.

Después de esta teórica introducción, la situación actual española contempla 26.042 pacientes (2), en IRCS (Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo) según el último registro publicado, correspondiente al año 1996. De ellos 13.802 en HD, 1.562 en DP y 10.678 trasplante funcionante. Pese al incremento de pacientes nuevos anuales (3.597), la suma de fallecimientos (1.957) y nuevos trasplante (1.707) permiten un balance ligeramente negativo de pacientes en diálisis. En un documento preliminar sobre el registro 1997 llama la atención elevada incidencia y prevalencia de Cataluña (134, 899 PMP), Canarias (189, 877) y C. Valenciana (123, 861), llamando la atención sobre la diferencia con la media española (117, 769) y con otras autonomías, como Extremadura de (previsto 585) (3). Año tras año aumentan los pacientes nuevos, los fallecimientos y los trasplantes, estos últimos con una estrategia muy estudiada por la ONT, gracias a lo que España se ha convertido en un lugar privilegiado para el enfermo renal.

Analicemos el aumento de pacientes nuevos: la pronta remisión al nefrólogo, la mejoría de la situación cardiovascular de la población, el avance de la técnica con aceptables resultados, tanto en DP como HD, ha permitido la inclusión en mayor grado de pacientes destacando los grupos de añosos y diabéticos (o ambos a la vez) (5). Aunque se está replanteando, estos pacientes se excluyen o tienen más dificultad para el trasplante, siempre limitado. Por todo ello se estimula la entrada cada vez con menos restricciones, siendo el resultado mayor número de pacientes envejecidos en diálisis, con mayor patología asociada (comorbilidad) y por ello mayor mortalidad.

Inclusión en diálisis: normalmente se escribe y se repite que no deben existir límites salvo casos muy contados: demencia o enfermedad psiquiátrica grave, neoplasia metastásica terminal, etc. pero en la práctica no es así, tengo la impresión que cada centro sigue sus propios criterios, sobre otras contraindicaciones y en este sentido es conveniente exista una pauta consensuada, para no ofrecer la paradoja de que un paciente se incluiría aquí y no a pocos kilómetros, o viceversa. La avalancha de nuevos pacientes no ha sido asumida por igual en todos los centros, observándose diferencias notables por autonomías, por ejemplo. En este sentido es laudable la iniciativa de Valderrábano (4), sobre una encuesta europea, referida a este aspecto de los pacientes mayores de 65 años.

Retirada de diálisis: todavía mas discutida, o mejor dicho mayoritariamente no mencionada, salvo excepciones (6, 7). Pueden existir casos en los que el beneficio de la inclusión es dudoso y el paciente no se incluye, habida cuenta que la retirada no se «debe» plantear más que en situaciones muy extremas, llegándose a dializar en situaciones de deterioro muy evidente. Bien es verdad que el temor a una posible demanda legal subyace en la mente del nefrólogo. El asesoramiento del C.A.E. del hospital puede ser conveniente. Quizá sería más

Especialista en Nefrología y Bioética.

Dirección para la correspondencia: José María Monfá. Hospital Río Carrión. Palencia.

lógico incluir al paciente un periodo razonable para ver si mejora y en caso de empeorar retirar el tratamiento. En EE.UU. parece ser lo que practican a juzgar por el gran número de inclusiones de enfermos diabéticos y/o añosos y el elevado porcentaje de retirada (5).

En conclusión: Serían convenientes unos criterios orientativos, consensuados y revisables de inclusión actual en diálisis, que unificaran y ayudaran a decidir en las sesiones de casos límite, así como plantear situaciones de posible retirada, a la vista de la evolución (beneficio/maleficio). No existen problemas que comprometan el principio de justicia en diálisis en España actualmente. El último aspecto es el respeto razonable a la autonomía, concretado en el consentimiento informado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp TL, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1983.
2. Amenabar JJ, García-López FJ, Robles NR, et al. Informe de diálisis y trasplante de la Sociedad Española de Nefrología correspondiente al año 1996. *Nefrología* 18: 121-124, 1998
3. Comité de Registro de la SEN y Registros Regionales. Informe preliminar de Diálisis y Trasplante correspondiente al año 1.997. No publicado (Remitido en circular a miembros SEN)
4. Valderrábano F. Proyecto de estudio multicéntrico europeo sobre el «tratamiento sustitutivo renal en pacientes de más de 65 años». *Nefrología* 18 (S2): 66-68, 1998
5. Young EW. An Improved Understanding of the Causes of End-Stage Renal Disease. *Seminars in Nephrology*, 17: 170-175, 1997.
6. García F. Aspectos éticos de la diálisis. En sillabus del VIII Seminario Español EDTNA/ERCA. Oviedo, 1998, pg 65-70.
7. Luño J, García de Vinuesa S, Gómez Campderá FJ. Aspectos éticos del tratamiento de la IRC en el anciano. *Nefrología* 18 (S2): 59-65, 1998.