



Controversias en Nefrología: diálisis en el anciano

F. Ortega, E. Gómez, J. Baltar y P. Rebollo

Servicio de Nefrología. Hospital Central de Asturias. Instituto «Reina Sofía» de Investigación Nefrológica.

«La vejez es honorable si se defiende a sí misma reteniendo sus derechos, manteniendo su independencia, gobernando sobre sus dominios hasta el último suspiro.»

De la vejez, XI. 38. Marco Tulio Cicerón

A los nefrólogos que ya tenemos una cierta edad (los jóvenes, por supuesto, sólo la pueden haber oído vagamente), ya nos parece lejana en el tiempo y, sobre todo, en la consideración por extrema e injusta la política de recomendación de la autoridad sanitaria británica de no incluir en diálisis a los pacientes en insuficiencia renal terminal (IRT) mayores de 50 años, denunciada por Berlyne en su famoso artículo de *Nephron* de 1982 «Over fifty and uremic = death»¹. Es poco tiempo después, a mediados de los años 80, cuando, en los países desarrollados, se consigue que los enfermos en esta situación sean incluidos de manera generalizada en programa de terapia sustitutiva renal (TSR). A pesar de ello, todavía a finales de aquella década, Kjellstrand condena la discriminación de los «pacientes mayores (en TSR), que suponen sólo un quinto de los de 25 a 44 años, a pesar de encontrarse una tasa mucho más alta de mortalidad en viejos (que en jóvenes) por fallo renal»². Ello significa que aún no existiendo teóricamente racionamiento de puestos de diálisis en los países desarrollados, se siguen produciendo todavía exclusiones de pacientes por motivos no bien justificados desde el punto de vista técnico-científico.

De todas formas, en tan corto espacio de tiempo como estas dos décadas, hemos pasado al dilema actual: entrada de pacientes en TSR con ciertas exclusiones, en este caso justificadas técnicamente, según veremos en este trabajo, o inclusión indiscriminada, en lo que ha dado en llamarse «ensayo de 30 días», esto es, dializar a todos los pacientes en IRT durante un corto lapso de tiempo y luego tomar diferentes actitudes según su evolución³.

La opinión que se defiende en este escrito es la de incluir en programa crónico de diálisis con ma-

tices o lo que es su corolario, oposición a la entrada indiscriminada de pacientes por dos motivos principales: uno de índole ética, bien resumido por Mallick y El Marasi «es un mito confortable creer que una vez que los pacientes han entrado en diálisis, puede serles retirada fácilmente»⁴ y otro, de coste-beneficio, puesto que la TSR (diálisis-trasplante) es un procedimiento muy caro que sólo debe de ser utilizado cuando vaya a significar un beneficio para el paciente.

De esa manera, la mayoría de los autores se inclinan por una cierta exclusión de pacientes para TSR, sobre todo, ancianos, existiendo una sorprendente coincidencia entre diversos autores de países tan dispares como Canadá, Brasil o España⁵⁻⁸, que cifran el porcentaje de exclusión en torno a un 25% de los teóricos candidatos que llegan a IRT y son evaluados por los correspondientes servicios de Nefrología.

Los motivos que se aducen para excluir a los pacientes añosos de TSR (diálisis y trasplante) son: 1) el encarecimiento del gasto por las mayores incidencias y prevalencia que se están dando de pacientes dializados por el envejecimiento de la población. 2) La teoría del «utilitarismo» (racionamiento de alta tecnología, falta de apoyo familiar o institucional). 3) Falta de eficacia: escasas supervivencia y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Iremos desgranando en las siguientes líneas estos puntos:

PROBLEMAS EN LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD

Las causas del encarecimiento del gasto sanitario son fundamentalmente tres: el envejecimiento de la población, el desarrollo de nuevas tecnologías y las crecientes demandas de la población. Las tres inciden claramente en el supuesto que estamos presentando. El envejecimiento hace que «el grupo de pacientes añosos en IRT sea el que más crece en Norteamérica, Europa y Australia»⁹. Es bien conocido el hecho que a mayor edad, mayor aparición de

IRT. La incidencia de IRT a los 70-80 años llega a 503 por millón de población en riesgo⁴, es decir, bastante más elevada que la de la población más joven y, por tanto, teóricamente provocando un aumento de candidatos para TSR, traducándose en la práctica en incrementos anuales de la incidencia global entre el 5 al 7% en los países desarrollados³. Actualmente la incidencia y prevalencia de los ancianos en TSR es de aproximadamente el 50% en estos países. Pero además esta tendencia lejos de aminorar va a seguir acelerándose. «En EE.UU., se estima que en el año 2010, el 60% de los enfermos en diálisis tendrán más de 69 años»¹⁰. Por otra parte, hoy, el coste de la TSR en los países desarrollados supone entre un 2 y un 3% del presupuesto sanitario total¹¹, pero al seguir aumentando la prevalencia de la misma probablemente va a «tirar» hacia arriba del porcentaje de gastos. ¿O no?, porque hay autores que han encontrado que el paciente mayor de 80 años en diálisis cuesta sólo un 11,1% más que uno más joven y que la asistencia de los pacientes mayores de 75 años en diálisis supone únicamente un 1/3 del coste correspondiente al de los de 20 a 40 años^{12,13}.

De todas formas, si las alarmas sonaron a principios de la década de los 90, porque el gasto sanitario expresado como porcentaje del PIB se había duplicado en los últimos 30 años en los países industrializados de la OCDE y además el ritmo anual de crecimiento del gasto sanitario en los 80 había sido muy alto, la situación actual es diferente: primero, porque el déficit presupuestario es escaso o no existe, con lo que se ha de plantear qué hacer en esas circunstancias (las respuesta son: solidaridad futura con las siguientes generaciones reduciendo la deuda pública o reducir los impuestos ahora). Segundo, porque en la última década el gasto sanitario se ha estabilizado alrededor del 8,4% del PIB en la UE.

Por ello, estamos de acuerdo en que hay que gestionar mejor la sanidad. Sabemos que nos encontramos inmersos en la etapa que J. Conill llama gestora¹⁴, que sobreviene desde los años ochenta, al generalizarse la cobertura del estado de bienestar, apareciendo el dilema de unos recursos limitados frente a una demanda sanitaria que crece imparablemente. Pero hemos de señalar que hay que estar atentos a los excesos del mercado en la sanidad, porque las políticas neoliberales de los años 80 han sido tremendamente destructivas, en especial en nuestro campo sanitario. Así, véase las actuales secuelas británicas de aquellas políticas thatcherianas o como el muy conservador C. E. Koop, médico que fue Surgeon General con el presidente de EE.UU. Ronald Reagan, recientemente se arrepentía de

aquellos excesos y decía: «Los americanos... necesitan estar en guardia contra las fuerzas totalitarias del mercado. El impacto más preocupante de la competencia gestionada —managed care— sobre la relación médico-paciente es que puede crear un incentivo económico para que el médico deje de prestar atención médica necesaria para el paciente»¹⁵. La época actual, empieza a superar aquellos tiempos de economicismo simplista y de «competencia gestionada», tal como denunciaba Koop y se atisba que podría estar tendiendo a la «optimización de los recursos», tendencia, por otra parte, deseable y totalmente razonable.

LA TEORÍA DEL UTILITARISMO

Además alguna otra lección hemos aprendido en estos últimos años, por ejemplo, la de no romper el aseguramiento único. En esos años de políticas neoliberales que llegan hasta principios de los 90, sólo un país de la OCDE, Holanda¹⁶ lo rompió para sacar del seguro público universal a una minoría de la población que correspondía a los estratos sociales más altos. Las consecuencias fueron de tal magnitud que la experiencia duró sólo 7 años. El fenómeno más deletéreo fue el de la selección adversa de riesgos, es decir, los más enfermos, los ancianos y, en general, los pacientes que requerían tratamientos caros y crónicos fueron enviados al sector público y los enfermos «menos graves» permanecieron en el nuevo sector de seguros privados.

Sin embargo, esta concepción de que las respuestas deben de venir por una mayor «optimización de los recursos» (teoría utilitarista: lo importante es aumentar el número y calidad de los años de vida de la población general, por tanto, apliquemos los medios a los que más beneficio puedan obtener de ellos; el bien social equivale a la maximización de la suma del bienestar de las personas; la medida se haría por medio de los años de vida ajustados por la calidad —AVACs—, QALYs para los anglosajones), se debe de reequilibrar con una mejor y más justa distribución de los mismos entre los que están más necesitados y no entre los que más fuerza de presión social ejercen (teoría igualitaria, basada en el «principio de la diferencia» de Rawls¹⁷ y el «criterio de las capacidades» del reciente Premio Nobel de Economía Amartya Sen¹⁸). Esas diferentes concepciones de la salud, incluida la liberal (la salud sería responsabilidad personal de cada uno), según la clasificación de A. Puyol¹⁹ vienen coexistiendo desde hace unos años. La concepción liberal está, sin embargo, en franco retroceso, aunque persiste el mito erróneo de que

la salud está determinada grandemente por elección individual y, por lo tanto, es un asunto de responsabilidad individual. De hecho, según B. R. Bloom²⁰, la mayor parte de nuestra conducta está fijada socialmente y reforzada por el grupo al que se pertenece», y continúa «dar información sobre prácticas saludables únicamente no es una vía efectiva para cambiar las conductas».

Tampoco son ajenos a esta discusión del por qué de las desigualdades de salud en nuestras modernas sociedades, los diferentes modelos de organización de asistencia sanitaria (recuérdese que otro determinante de la salud es la asistencia sanitaria y los servicios de salud pública). En efecto, no repercute lo mismo para la salud general, un sistema de beneficencia, como el de EE.UU., basado en una concepción liberal con cobertura de seguros privados para quien se los pueda pagar, cobertura pública para los pobres de solemnidad y los jubilados y beneficencia para varias decenas de millones de habitantes que no tienen ninguna cobertura, que un modelo centroeuropeo de aseguramiento público universal, que, aunque basado en una concepción inicial reparadora de la fuerza de trabajo a los que estaban cubiertos por dicho seguro y únicamente para las contingencias que se hubieran previsto en su póliza correspondiente, no ha dejado de confluír hacia un modelo de cobertura universal para todos los ciudadanos que residen en el país que va desde la cuna a la tumba y basado en una concepción integral de la salud como es el de los servicios nacionales de salud. No obstante, en el caso que nos ocupa de la TSR, la asistencia es de cobertura universal, incluso para los ancianos, por las características especiales de la misma en cualquier tipo de sistema, incluido el de EE.UU., donde la Public Law 92-603, Social Security Amendments, eliminó en 1973 las restricciones a las diálisis y al trasplante.

Existen además otros aspectos que conviene considerar, porque van a hacer cambiar muchos esquemas de pensamiento que ya no van a ser válidos. Están magníficamente resumidos por Pardes, Manton y cols., en un Policy Forum de la revista Science²¹:

- Disminución de las incapacidades en los ancianos. Manton al analizar The National Long Term Care Survey de 1997, como ya había visto en informes anteriores, observó que las discapacidades en sujetos de 65 y más años están disminuyendo a un ritmo del 1,5% anual en EE.UU., lo que traerá repercusiones más importantes para la utilización de los servicios sanitarios. En resumen, no sólo estamos asistiendo a un aumento de las expectativas de vida, sino también a un incremento de la esperanza de vida libre de enfermedad.

- Cambio en los paradigmas de la medicina, siendo el más evidente el que está produciendo la genómica.

- La paradoja del incremento de la longevidad²², según la cual cuanto mayor es la edad a la que muere un paciente menos gasto sanitario produce, de manera que, según comentamos en el primer punto, el envejecimiento progresivo está originando una ralentización del incremento de ese gasto²³.

- Incremento de las expectativas de la población en lo que concierne a la salud en la vejez, que sería un aspecto particular del punto que señalábamos más arriba como crecientes demandas de la población.

- La productividad laboral como función de la mejoría de la salud. En ese sentido, Murphy y Topel calculan que los pocos años extras que se han añadido a la vida de los norteamericanos de 1970 a 1990 han supuesto nada menos que 57 billones de dólares a las arcas de EE.UU. El Charitable Trust Mary Woodard Lasker de Nueva York señala lo mismo: vidas más longevas y más sanas aportan billones de dólares a la economía²⁴.

- La importancia creciente de la tecnología biomédica para la economía, esto es, que el crecimiento del PIB debido a la misma en EE.UU., está siendo más rápido que el encarecimiento de la asistencia sanitaria. La tecnología biomédica en este país supone ya un 15% del PIB.

LA SUPERVIVENCIA Y CVRS DE LOS PACIENTES EN TSR

Vayamos, por último al tercer tipo de argumentos para excluir apriorísticamente a los ancianos de la diálisis y el trasplante renal, la falta de eficacia, esto es, las supuestas escasa supervivencia y reducida CVRS que consiguen con estas terapéuticas. Repasemos primero los datos de supervivencia para ver si es valorable en los pacientes añosos, sobre todo, en comparación con los menores de 65 años:

- El Registro de la EDTA de 1994²⁵ daba una supervivencia a los 5 años del 40% para los pacientes de 65-69 años, del 30% para los de 70-74 y mayor del 20% para los de más de 75 años. En España estos datos eran incluso algo mejores²⁶.

- La diálisis a los 75 confiere un riesgo relativo de muerte de casi 3 en comparación con la población general de esa edad, pero es que el riesgo a los 45 años es 20 veces mayor²⁷.

- En un estudio llevado a cabo por nosotros, se veía que la supervivencia de los pacientes añosos era ligeramente inferior a la de la población general en diálisis-trasplante. Pero si los pacientes con

65 o más años se separaban según estado funcional a su entrada en programa de diálisis, los que la iniciaban con moderado o buen estado (valores en la escala de Karnofsky entre 50 y 100) tenían una supervivencia superior a la de la población general de todas las edades²⁸.

Si nos ocupamos ahora de la calidad de vida de los pacientes añosos respecto a la de los más jóvenes incluidos en TSR, podemos ver (figs. 1 y 2) que ésta es superior en los mayores, tanto en diálisis como en trasplante, esto es, en general, se adaptan mejor a las condiciones de TSR que los más jóvenes, llegando en los trasplantados a ser igual que en la población general sana, y en los añosos superiores a los de su edad sanos²⁹.

Por tanto, parece que el argumento de que los pacientes mayores en TSR de manera generalizada no alcanzan una supervivencia y una calidad de vida razonables, tanto en términos absolutos, como relativos respecto a la de los más jóvenes tiene que ser puesto en cuestión.

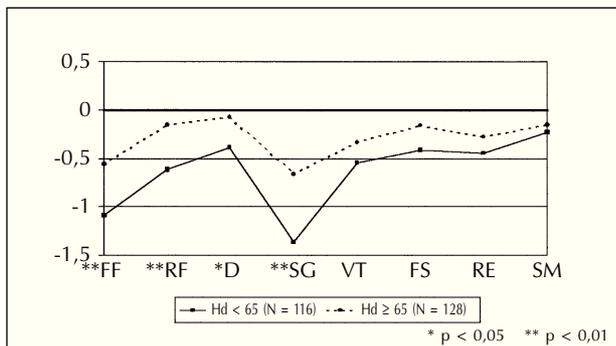


Fig. 1.—Puntuaciones medias estandarizadas en el SF-36 para pacientes en hemodiálisis (según edad \geq o $>$ 65 años).

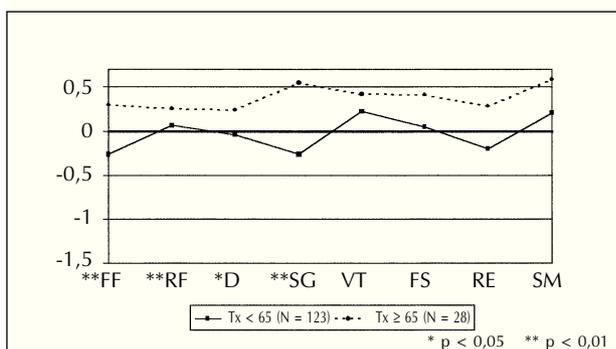


Fig. 2.—Puntuaciones medias estandarizadas en el SF-36 para pacientes trasplantados (según edad \geq o $>$ 65 años).

Todo ello no nos debe hacer olvidar que la experiencia demuestra, y también lo comprobábamos respecto a la supervivencia de los añosos en nuestro trabajo²⁸ y en otros³⁰, que parece que existen dos poblaciones de pacientes en edad avanzada, una relativamente bien adaptada y satisfecha con su estilo de vida, incluso con un nivel de satisfacción inesperadamente alto, producto de una mayor relación social y mejor acceso a la asistencia, resultantes de su inclusión en un programa de diálisis y trasplante, otra, en cambio, que se deteriora rápidamente física y emocionalmente y mueren o abandonan voluntariamente la diálisis³¹. Ello nos llevaba a decir: «Sería pues importante distinguir qué factores a la entrada en diálisis pueden pronosticar la evolución futura de la supervivencia, calidad de vida y adaptación al TSR posteriores, especialmente en los pacientes añosos»³² y desde luego deberían quedar al margen intereses económicos de los proveedores o de los propios profesionales sanitarios. En este sentido, no debemos de olvidar que en un estudio reciente en EE.UU., las unidades de diálisis con ánimo de lucro presentaban un 20% más de mortalidad y unas tasas menores de inclusión de enfermos en lista de espera para trasplante renal (26%), comparadas a las sin ánimo de lucro. Las primeras tenían además más pacientes mayores y diabéticos que las segundas³³.

Para concluir, creemos que los pacientes añosos pueden y deben ser dializados y trasplantados siempre que se les ofrezca una vida que les merezca la pena. En ese sentido, creemos que debemos de tener unos criterios de inclusión en diálisis y no actuar indiscriminadamente. Parecen razonables los criterios de Schaefer y Röhrich¹³, ligeramente modificados por nosotros:

- 1) contar con una esperanza de vida razonable (superior a 1-2 años),
- 2) tener expectativas de una calidad de vida relacionada con la salud aceptable,
- 3) contar con apoyo familiar y, si ello no es posible que se pueda suplir con apoyo institucional,
- 4) no excluir indirectamente a otros pacientes que se beneficiarían más que él de dicho tratamiento (lo que actualmente no ocurre en los países desarrollados o en algunos en vías de desarrollo) y
- 5) que no haya recortes presupuestarios insalvables por causas mayores (lo que tampoco sucede en estos países).

BIBLIOGRAFÍA

1. Berlyne GM: Over 50 and uremic = death. The Failure of the British National Health Service to provide adequate dialysis facilities». *Nephron* 31: 189-190, 1982.

2. Kjellstrand CM, Tydén G: Inequalities in chronic dialysis and transplantation in Sweden. *Acta Med Scand* 224: 149-156, 1988.
3. Luke RG, Beck LH: Gerontologizing Nephrology. *J Am Soc Nephrol* 10: 1824-1827, 1999.
4. Mallick N, El Marasi A: Dialysis in the elderly, to treat or not to treat? *Nephrol Dial Transplant* 14: 37-39, 1999.
5. Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, Jindall KK: Experience with nor offering dialysis to patients with a poor prognosis. *Am J Kidney Dis* 23: 463-466, 1994.
6. Sesso R, Fernandes P, Drummond M: Acceptance for chronic dialysis treatment: insufficient and unequal. *Nephrol Dial Transplant* 11: 982-986, 1996.
7. García M, Rodríguez A, Ponz E, Almirall J: No inicio de tratamiento con diálisis crónica a pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada. *Nefrología* XVII: 411-417, 1997.
8. Álvarez R, Ortega F, Rebollo P, Baltar J, Díaz-Corte C, Álvarez Ude F, Badía X, Álvarez Grande J: Pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT): perfil de los excluidos vs incluidos en terapia sustitutiva. Comunicación al XXVII Congreso de la Sociedad Española de Nefrología. *Nefrología* Vol. XVII (Supl. 2), 1997.
9. Weinstock W y cols.: Geriatric Dialysis Patients en Henrich JW: *Principles and practice of dialysis*. Brown 25: 339-360, 1994.
10. Friedman EA: Variables in selecting long-term therapy for uremic patients. En: *The Kidney* de Brenner B y Rector F. 4.ª Edición. WB Saunders Compahy 2: 2414, 1991.
11. Conde JL: Aspectos económicos y organizativos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica permanente. Libro: *Aspectos económicos y sociales del tratamiento de la Insuficiencia renal crónica*. XVI Reunión de Actualización nefrológica para ATS y DUE. V Seminario español de la Sociedad Europea de Diálisis y Trasplante. Madrid: Editorial Libro del Año S.L., pp. 13-25, 1996.
12. United States Renal Data System: Annual Data Report, capítulos 2 y 10, 1998. <http://www.med.umich.edu/usrds>. Citado en referencia n.º 13.
13. Schaefer K, Röhrich B: The dilemma of renal replacement therapy in patients over 80 years of age. *Nephrol Dial Transplant* 14: 35-36, 1999.
14. Conill J: ¿Adiós a Hipócrates? *Claves de Razón Práctica* 98: 49-54, 1999.
15. Koop CE: The Top Ten Issues in Health Care Today. En: *Great Issues for Medicine in the Twenty-first Century*. *Annals New York Academy of Sciences* 882: 138, 1999.
16. Saltman R, Figueras J: *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen: Oficina Regional para Europa. OMS, 1997.
17. Rawls J: *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 40-46, 1986.
18. Amartya Sen: ¿Igualdad de qué? En: *Libertad, igualdad, derecho*. SM Editor McMurrin. Barcelona: Ariel, pp. 136-148, 1988.
19. Puyol A: ¿A quién debemos dejar morir? *Claves de Razón Práctica* 103: 54-59, 2000.
20. Bloom BR: The future of public health. *Nature* 402 (Supl. C63-64), 1999.
21. Pardes H, Manton KG, Lander ES, Dennis Tolley H, Ullian AD, Palmer H. Policy forum Effects of Medical Research on Health Care and the Economy. *Science* 283: 36-37, 1999.
22. Lubitz D, Riley GF: Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med* 328: 1082, 1993.
23. Liao Y, McGee D, Cao G, Cooper RS: Quality of the last year of life of older adults: 1986 vs 1993. *JAMA* 283: 512-518, 2000.
24. Malakoff D: To your health is more than a toast to economists. *Science* 289: 1274, 2000.
25. Valderrábano F, Berthoux FC, Jones EHP, Mehls O: EDTA-ERA Registry Report XXV, 1994. End-stage renal disease and dialysis report. *Nephrol Dial Transplant* 11 (Supl. 1): 2-21, 1996.
26. Comité de Registro de la SEN: Informe de diálisis y trasplante de la Sociedad Española de Nefrología correspondiente al año 1997. *Nefrología* XIX: 203-209, 1999.
27. Luke RG, Beck LH: Gerontologizing nephrology. *J Am Soc Nephrol* 10 (8): 1825-7, 1999.
28. Díaz-Corte C, Ortega F, Rebollo P, Baltar J, Álvarez R, Álvarez-Ude F, Badía X, Rodríguez M, Álvarez Grande J: Supervivencia. Factores predictores de supervivencia en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal (IRT). *Nefrología* XIX (3): 244-253, 1999.
29. Rebollo P, Ortega F, Baltar J, Álvarez-Ude F, Navascués RA, Álvarez-Grande J: Is the loss of Health-Related Quality of Life of elderly patients on renal replacement therapy lower than that of younger patients? *Nephrol Dial Transplant*, 2001 (in press).
30. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, De Haan RJ, Boeschoten EW, Krediet RT for the NECOSAD Study Group: Predictors of Poor Outcome in Chronic Dialysis Patients: The Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. *Am J Kidney Dis* 35: 69-79, 2000.
31. Horina JH, Holzer H, Reisinger EC, Krejs GJ, Neugebauer JS: Elderly patients and chronic hemodialysis. *Lancet* 339: 183, 1992.
32. Ortega F: Aspectos éticos y sociales del tratamiento dialítico. En: *Nefrología Clínica*. Hernando L. Madrid: Editorial Médica Panamericana. p. 659, 1997.
33. Garg PP, Frick KD, Diener-West M, Powe NR: Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation. *New Engl J Med* 341: 1653-60, 1999.