

Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal terminal en el anciano en España

F. J. Gómez Campderá, A. Tejedor y L. Orte*

Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

* Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Los países desarrollados están experimentando una serie de cambios demográficos que nos conducen, inexorablemente, hacia sociedades cada vez más ancianas. Conseguir en ellas un correcto estado de salud va a condicionarnos, en un futuro próximo, no sólo una adaptación del buen hacer diagnóstico y terapéutico, sino la asunción por parte de la sociedad de enormes costos socioeconómicos que, previsiblemente, irán incrementándose en los próximos años ¹, y que ya en la actualidad cuestionan una generalización de las prestaciones sanitarias.

Aunque la mortalidad por enfermedades renales no supone un porcentaje importante en la población anciana, los elevados costos del tratamiento de la insuficiencia renal terminal (IRT) -diálisis y/o trasplante renal (TR)- justifican todos los esfuerzos posibles para prevenir su aparición y, en cualquier caso, retrasarla.

Por otra parte, la mayor disponibilidad de recursos humanos y materiales, los adelantos técnicos y la experiencia clínica han permitido, en la última década, ampliar la oferta de diálisis a esta población que hace sólo pocos años no se habría podido beneficiar de dicha modalidad terapéutica.

Consideraremos en esta revisión el problema de la IRT en el anciano en España, utilizando para ello los datos del Registro Español de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología (SEN).

MAGNITUD REAL DEL PROBLEMA

La proyección de la población española para las próximas décadas prevé para el año 2000 más de 6,2 millones de personas con más de 65 años. Teniendo en cuenta la pirámide de población, entre

los años 2010 y 2030, se incorporarán algo más de un millón y medio de personas de la tercera edad ^{2,3}.

En la actualidad, se aceptan universalmente los 65 años como límite cronológico para definir la tercera edad. La inercia de los primeros registros, en los que eran excepcionales los pacientes mayores de 60 años, edad considerada límite para la no inclusión, y quizás también la incomodidad de modificar ese tope, con la pérdida de poder establecer grupos comparativos iguales, viene perpetuando esa edad como un límite en el Registro de Diálisis y Trasplante de la SEN, por lo que a la hora de dar datos de esta fuente inevitablemente deberemos emplearlo pendientes de una modificación posterior.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de la IRT en nuestro país viene aumentando aproximadamente un 4 % anual, pasando de 49,6 pacientes por millón de población (ppm) en 1984 a los 61,8 ppm en 1991. La prevalencia ha crecido espectacularmente en la última década, desde 5.500 pacientes en 1980 a 15.090 (392,7 ppm) en 1991, y a más de 21.000 en 1993. Este cambio se ha acompañado de una adecuación progresiva de los recursos, y así el número de centros de diálisis ha aumentado proporcionalmente de 140 en 1980 a los 243 de 1991 (6,3 ppm) ⁴.

Sin embargo, este aumento de incidencia y prevalencia no ha sido proporcional para todos los grupos de edad. En 1982, de los 1.278 pacientes que alcanzaban la IRT, el 2,3 % tenían menos de 15 años, el 12,5 % tenían 60 años o más y el 82,5 % restante estaba entre ambas edades. En 1986, de los 2.111 nuevos pacientes, el 30,3 % tenían 60 años o más, y en 1989 dicho grupo de edad representaba el 41 %. Hoy día, de cada 10 pacientes con IRT en tratamiento, 5 tienen más de 60 años y uno más de 75 años (fig. 1). Esto se traduce en que, a lo largo de la última década, la edad media de la población que inicia tratamiento sustitutivo ha aumentado desde los 44

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

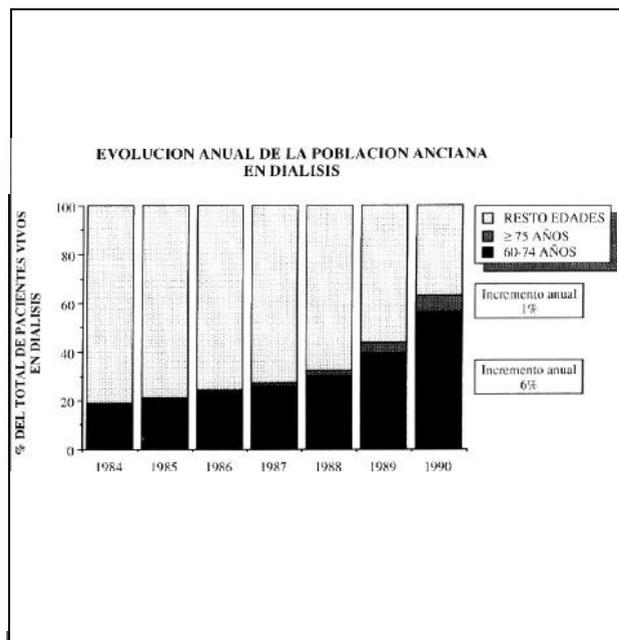


Fig. 1.-Evolución anual de la población anciana en diálisis

años en 1980 a más de 54 años en 1991; otro tanto sucede con las edades medias de los pacientes en tratamiento y al exitus (fig. 2).

Este envejecimiento de la población al que asistimos está condicionando cambios importantes a tres niveles:

1. Etiología de la IRT.
2. Tipo de tratamiento utilizado.
3. Supervivencia global y específica

ETIOLOGIA

La etiología de la IRT en el anciano probablemente sea multifactorial en muchos de los casos y difícil de precisar si no se apuran los métodos diagnósticos, en especial el estudio histológico. Existen pocos estudios epidemiológicos al respecto y algunos de los existentes son confusos. En estudios basados sobre pacientes diagnosticados de IRT con biopsia renal en Estados Unidos, en el 65 % de los casos aquella era secundaria a diabetes mellitus (DM) y/o hipertensión arterial (HTA) ⁵.

En nuestro país, en 1989 todavía uno de cada cuatro pacientes llegan a la IRT sin que se haya podido filiar la causa (fig. 3); la DM, la HTA y las lesiones tubulointersticiales, en su mayor parte secundarias a infecciones mal controladas, son responsables de la mayoría de los casos.

A pesar de que su prevalencia exacta no está definida, parece evidente que la enfermedad vascular aterosclerótica, máxime en la población anciana, puede ser una causa porcentualmente importante de IRT; sospecha diagnóstica, por otra parte, no necesariamente reservada para enfermos con HTA. Una prevalencia la sitúa para los enfermos con IRT mayores de 50 años, incluidos en programa de diálisis, en

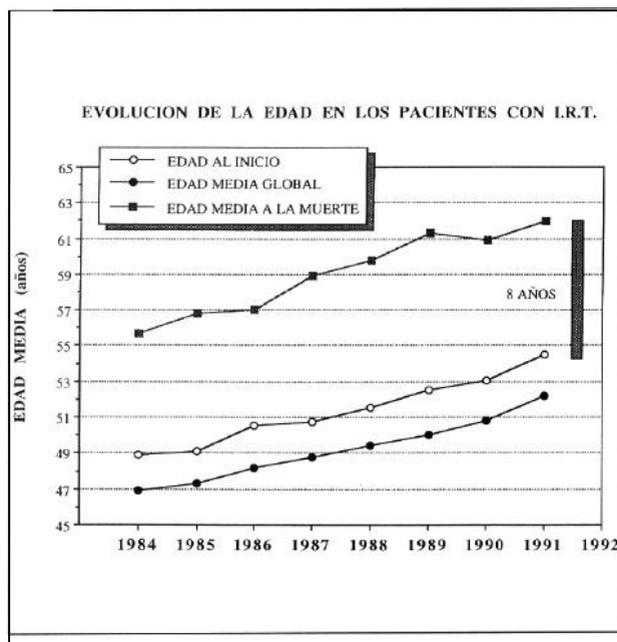


Fig. 2.-Evolución de la edad en los pacientes con IRT.

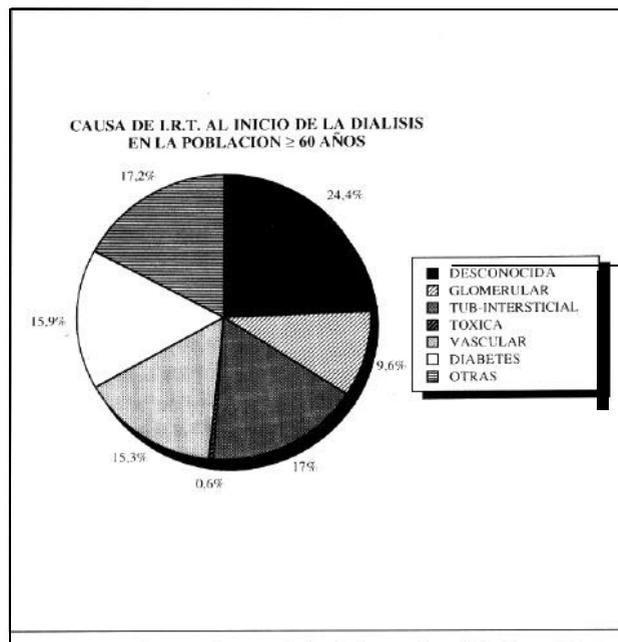


Fig. 3.-Causa de IRT al inicio de la diálisis en la población ≥ 60 años

un 15 %^{6,7}, Realmente es difícil asegurar si estamos ante un hallazgo casual o una causa inicial de IRT, pero una extrapolación teórica puede situar a dicha enfermedad como responsable del 5 % de todas las IRT⁸. Porcentaje nada despreciable sobre todo porque, no olvidemos, estamos ante una entidad potencialmente corregible con una adecuada detección e intervención precoz.

Todo ello refuerza la necesidad prioritaria de un cambio de actitud con respecto al control de estas patologías o grupos de riesgo, en el que prime una eficaz prevención primaria.

TRATAMIENTO

La decisión de incluir un paciente en programa de tratamiento sustitutivo de su IRT -diálisis y/o TR- es más una decisión política que médica, y esto es más evidente con el anciano. Si la política sanitaria de un país no restringe los recursos económicos para la diálisis, cualquier paciente con IRT, independientemente de su edad y patología de base, podría beneficiarse de ésta. Sin embargo, si, parafraseando a Hendriksen, el objetivo de la atención médica al anciano es «añadir vida a sus años y no solamente años a sus vidas»⁹, la calidad de vida esperada debería ser la consideración principal para la inclusión de un paciente en tratamiento sustitutivo. Cada día se incluyen más pacientes, no solamente con edad más avanzada, sino con más importante patología asociada. De forma que hoy día las contraindicaciones absolutas al tratamiento sustitutivo se reducirían a:

1. Aterosclerosis generalizada muy severa.
2. Enfermedad terminal de otro órgano, no tributaria de tratamiento sustitutivo (corazón, pulmón, hígado).
3. Daño neurológico severo.
4. Procesos neoplásicos no controlados y con corta expectativa de vida.
5. Psicopatías graves no controlables con medicación.

La decisión de incluir a un anciano en diálisis es siempre una decisión delicada, y si bien la edad por sí sola ha dejado de ser un criterio de exclusión, esta decisión debe basarse en una valoración exhaustiva: médica, psicofuncional, mental y social.

Una vez tomada la decisión de tratamiento sustitutivo, éste no debe retrasarse, para lo que hay que valorar la opción más adecuada. Especialmente en esta población, la decisión de iniciar un tratamiento sustitutivo debe ser una «respuesta» consensuada en la que, además del consentimiento del paciente, se tenga el compromiso de la familia con el tratamiento, verdadero sostén muchas veces del mismo. La fami-

lia debería conocer siempre los posibles inconvenientes de esta decisión.

Son factores importantes, que van a condicionar los resultados:

1. La presencia de aterosclerosis severa, que puede causar: a) dificultades para conseguir un acceso vascular; b) alteraciones cardiovasculares y neurológicas, incluidos fenómenos isquémicos, y c) trastornos isquémicos en otros territorios con importante morbilidad (periféricos, intestinales, etc.).

2. La malnutrición, que puede verse agravada por la severidad de la restricción proteica, por trastornos orgánicos y psicosociales y por la falta de soporte familiar.

3. El agravamiento de la enfermedad ósea, especialmente en mujeres.

Hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) son aplicables al anciano, con las mismas contraindicaciones que en pacientes más jóvenes ¹⁰.

La DPCA podría ser, por facilidad y comodidad, la técnica de elección siempre que la situación social y familiar sea favorable, y así se observaba en la predilección de la técnica de diálisis de esta población en los últimos años (fig. 4).

Sin embargo, las innovaciones técnicas en la HD: soluciones de bicarbonato como buffer, monitores de ultrafiltración controlada, empleo de eritropoyetina, etcétera, han hecho de elección esta técnica en una proporción cada vez mayor (fig. 4), permitiendo su empleo con buena tolerancia y sin riesgos elevados; así se observa hoy día un mayor porcentaje de pacientes ancianos en esta técnica (fig. 5). Su limitación son los cambios cardiovasculares durante la misma,

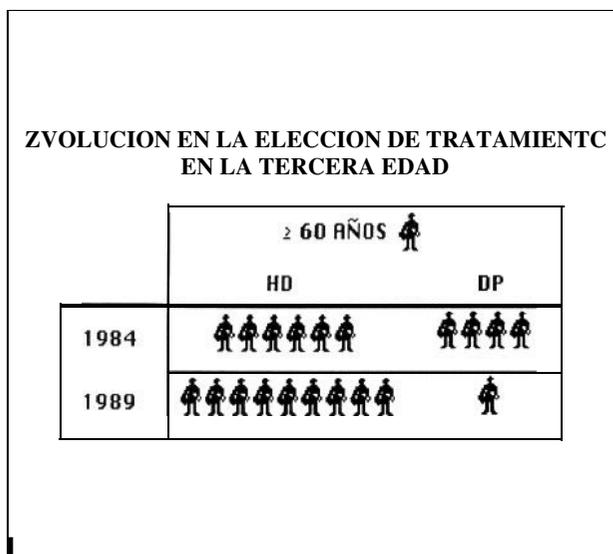


Fig. 4.-Evolución en la elección de tratamiento en la tercera edad.

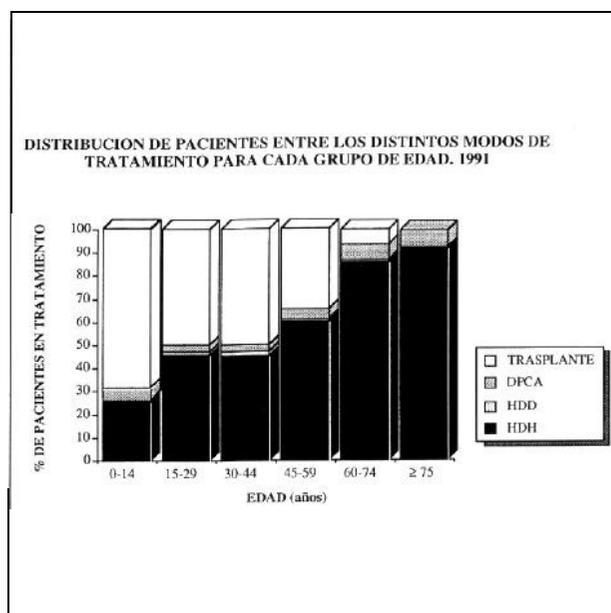


Fig. 5.-Distribución de pacientes entre los distintos modos de tratamiento para cada grupo de edad. 1991.

por lo que en estos pacientes se requiere una cuidadosa atención al estado de volemia, peso seco y alteraciones hidroelectrolíticas y acidobásicas, para evitar la morbilidad asociada con hipotensiones, sobrecargas de volumen y arritmias.

Con el paso de los años se han podido ir viendo complicaciones en ambas modalidades de tratamiento, que, una vez iniciado, han justificado la transferencia obligada de una técnica a otra. Por esto en el anciano lo mejor es considerar un programa integrado -HD-DPCA- con posibilidad de transferencias entre ambas.

De entrada serían susceptibles de iniciar tratamiento sustitutivo con DPCA aquellos pacientes que presentan:

1. Imposibilidad de conseguir un acceso vascular.
2. Problemas cardiovasculares severos.
3. HTA severa.

Por el contrario, estaría indicado, en primer lugar, la HD en aquellos que presentan:

1. Cirugía abdominal extensa previa.
2. Antecedentes de diverticulitis o hernia abdominal intratable.
3. Arteriopatía ocluyente de miembros inferiores.

En la población anciana con IRT, la elección del tratamiento inicial no parece razonable se deba hacer en función de la supervivencia que cada técnica le ofrece, pues aquélla es similar.

Una vez iniciada la diálisis es relativamente frecuente el cambio de técnica por motivos diversos.

Así, requerirán su paso a HD aquellos pacientes en DPCA que presenten:

1. Episodios de peritonitis frecuentes.
2. Fracaso del peritoneo como membrana dializante.
3. Hipotensión ortostática severa.

De forma parecida, requerirán cambio a DPCA aquellos pacientes en HD que presenten:

1. Arritmias cardíacas intradialíticas severas.
2. Angor o cardiopatía isquémica severa.
3. Inestabilidad cardiovascular severa.

Estas transferencias hacen **que terminen** en DPCA pacientes ancianos con cardiopatía y/o aterosclerosis severas, y a la inversa en HD pacientes que agotan sus posibilidades de diálisis peritoneal y que deben ser considerados de «riesgo», lo que justificaría su tratamiento en centro hospitalario.

Estos cambios en la modalidad de diálisis, muchas veces ineludibles, añaden una mayor complejidad al análisis de la supervivencia real del enfermo en función de la terapéutica elegida inicialmente.

En cuanto a la indicación del TR en este grupo de población, todavía es cuestionable su extensión en el momento actual. Hasta ahora se ha limitado a casos seleccionados, lo que explica sus buenos resultados. Es probable que, con la expectativa de vida de esta población, nuevas pautas de inmunosupresión, como es la monoterapia con ciclosporina y una mayor oferta de órganos, puedan permitir una mayor actividad trasplantadora en estos pacientes.

SUPERVIVENCIA

La supervivencia del paciente adulto con IRT en España, considerando todos los tipos de tratamiento, desde el inicio del Registro, supera el 70 % a los 5 años y se sitúa en torno al 50 % para la población de más de 60 años. Muestra, como era de esperar, una estrecha relación con la edad al inicio del tratamiento; los más jóvenes tienen una supervivencia mayor que los de más edad. Las mejoras médicas y técnicas introducidas durante la última década han permitido mejorar esta supervivencia global en el anciano que ha iniciado tratamiento en el último período analizado (1986-1990), desde un 33 a un 44 % a los 5 años (fig. 6).

En el análisis de la supervivencia según la modalidad de tratamiento (fig. 7), la mejor supervivencia se consigue con el TR (82 % a los 3 años; no existen datos para dar cifras fiables a más largo plazo), seguida de la HD (56 % a los 5 años) y de la DPCA (42 % a los 5 años). Sin embargo, en el análisis de estos resultados debemos tener en consideración el empleo del TR sólo en casos seleccionados y el sesgo que supone el recurso a la DPCA en casos desesperados.

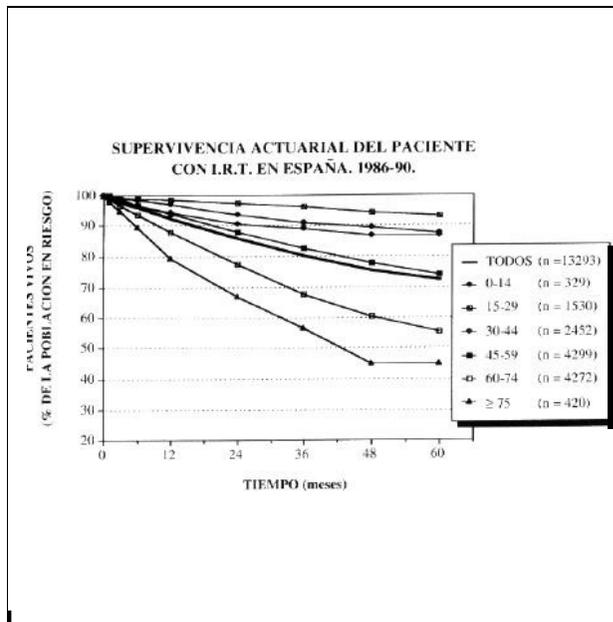


Fig. 6.-Supervivencia actuarial del paciente con IRT en España. 1986.1990.

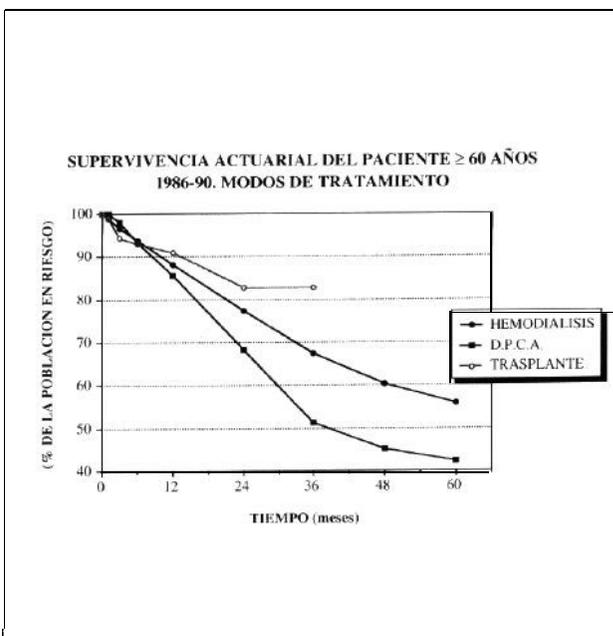


Fig. 7.-Supervivencia actuarial del paciente > 60 años. 1986. 7990. Modos de tratamiento.

La tasa específica de mortalidad para 1990 fue de 23,1 ppm, en ascenso con respecto a años precedentes. La más elevada corresponde a los grupos de edad con mayor prevalencia en el tratamiento sustitutivo, siendo para esta población de 102,8 ppm. La letalidad global de la IRT en España durante 1990 fue

de 5,4 por cada 100 pacientes en riesgo, menor que en los dos años anteriores (7,5 y 6,8 %). Para los pacientes ancianos esta tasa se sitúa en el 10,2 %, y desglosándola según la modalidad de tratamiento es de un 1,5 % para el TR, de un 9,8 % para la HD y de un 20,7 % para la DPCA.

Las principales causas de muerte son las cardíacas y vasculares, aunque no son despreciables las causas sociales (discontinuación de diálisis y suicidio). Estas últimas suponen un reto ético, y llegan a representar en alguna serie hasta un 22 % de las causas de muerte ¹¹, siendo en nuestra población un 7 % aproximadamente (fig. 8).

PERSPECTIVAS FUTURAS Y PROBLEMAS SIN RESOLVER

En el tratamiento de la IRT en la población anciana es evidente que hemos llegado muy lejos y en un período de tiempo muy corto, lo que sin duda alguna nos ha impedido analizar estos importantes cambios. Puede ser ahora, cuando la situación de crisis económica en muchos países va a condicionar la disponibilidad de medios, cuando al menos se debe imponer una serena reflexión sobre algunas preguntas que exigen respuesta ¹².

1. ¿Podemos hacer algo más desde el punto de vista preventivo?

2. Desde el punto de vista técnico es indudable que se podrá seguir progresando mientras se disponga de medios para la investigación, pero ¿a qué coste? ¹³.

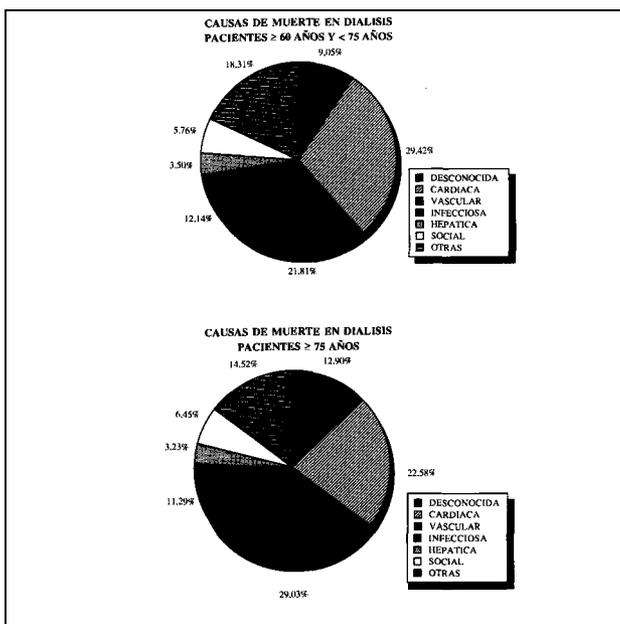


Fig. 8.-Causas de muerte en diálisis.

3. ¿No nos habremos preocupado en el tratamiento de la IRT más de la cantidad del número de enfermos tratados que de la calidad de vida que les ofrecemos?

4. ¿Hemos olvidado la dignidad humana?

5. ¿Quién debe plantear la discontinuación del tratamiento? Y ¿qué y quién nos protege de las posibles exigencias y/o denuncias legales de las familias?

6. ¿Debe limitarse, por tanto, el acceso de esta población al tratamiento sustitutivo de la IRT? ¿En base a qué criterios?

La respuesta a alguna de estas preguntas y a otras muchas posibles puede sernos sin duda impuesta. No obstante, la SEN, y cada nefrólogo en particular, no debe eludir el reto de la búsqueda de unas soluciones que en breve plazo nos serán requeridas.

Bibliografía

1. Worldwide demographics and future trends. *Kidney Int* 43 (supl. 41), s2-s39, 1993.
2. Proyección de la población española para el período 1980-2010. Resultados para el conjunto nacional. Tomo I. Instituto Nacional de Estadística. Madrid, 1987.
3. Arbelo Curbelo A, Hernández Rodríguez G y Arbelo López de Letona A: Demografía sanitaria de la ancianidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.
4. Informe preliminar del Comité de Registro Nacional de Diálisis y Trasplante, presentado en el I Congreso Hispano-Americano de Nefrología. Barcelona, 1992.
5. Glickman IL, Kaiser DL y Bolton WK: Aetiology and diagnosis of chronic renal insufficiency in the aged: the role of renal biopsy. En Macías JF y Cameron JS (eds.). *Renal function and disease in the elderly*. Butterworths. London, 1987, pp. 485-508.
6. Mailloux LU, Belluci AG, Mossey RT y cols.: Predictors of survival in patients undergoing dialysis. *Am J Med* 84:855-862, 1988.
7. Scoble JE, Maher ER, Hamilton G y cols.: Atherosclerotic renovascular disease causing renal impairment a case for treatment. *Clin Nephrol* 31 :119-1 22, 1989.
8. Rimmer JM y Cennari FJ: Atherosclerotic renovascular disease and progressive renal failure. *Ann Int Med* 11 8:712-719, 1993.
9. Hendriksen C, Lund E y Stromgard E: Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *Br Med J* 289:1522-1524, 1984.
10. Nissenson AR: Dialysis therapy in the elderly patient. *Kidney Int* 43 (supl. 40), S51-S57, 1993.
11. Port FK, Wolfe RA, Hawthorne VM y Ferguson CW: Discontinuation of dialysis therapy as a cause of death. *Am J Nephrol* 9:145-149, 1989.
12. Gómez Campderá FJ, Tejedor A y López Gómez JM: Nefrología geriátrica. ¿Hasta dónde?, o algunas preguntas por resolver. *Nefrología* 11 :455, 1991.
13. How can the care of elderly dialysis patients be improved? *Seminars in Dialysis* 5:24-33, 1992.