

ESTADISTICA

Evolución demográfica y de los métodos de tratamiento de la insuficiencia renal terminal en el anciano en España en los años 1977 a 1992

F. J. Gómez Campderá y V. Barrio*

Servicios de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, y *Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

INTRODUCCION

El envejecimiento de las sociedades que llamamos desarrolladas es un hecho evidente y, de momento, imparable. La mayor longevidad de estas poblaciones lo es a expensas de enfermedades crónicas que están teniendo un enorme impacto en los costes socio-económicos para conseguir un estado satisfactorio de salud y bienestar.

En el caso concreto de la insuficiencia renal terminal (IRT), su tratamiento sustitutivo está plenamente justificado en razón de su probada efectividad, a pesar de su elevado coste económico, que sin duda se seguirá incrementando en los próximos años. Esta geriatización de nuestra especialidad nos está obligando a reconsiderar muchos de nuestros criterios terapéuticos¹.

Hemos revisado recientemente, y en base a los datos que nos proporcionaba el Registro Español de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), el problema del paciente mayor de 60 años en tratamiento sustitutivo de la IRT (TSIRT) en España².

El objeto del presente trabajo es presentar un perfil evolutivo de los principales índices demográficos, epidemiológicos y de los métodos terapéuticos que se han producido en la población mayor de 65 años tratada en nuestro país durante los últimos 15 años.

MÉTODOS

Para ello analizamos los datos recogidos anualmente por el registro de la EDTA-ERA, complementados con los aportados por el registro de la SEN cuando éstos han podido mejorarlos, especialmente en los datos del año 1992, año en que el porcentaje de respuestas de nuestros centros al registro de la EDTA no alcanzó el 70%. Para el análisis de los perfiles utilizamos los datos correspondientes a los años 1977, 1982, 1987 y 1992. Los códigos y criterios utilizados son los de estos registros. Un análisis que incluye datos para establecer comparaciones en nuestra área geográfica se ha publicado recientemente³. Los datos de población, así como las tasas de mortalidad, nos han sido facilitadas por el área de análisis y previsiones demográficas del Instituto Nacional de Estadística, algunos de cuyos datos están publicados^{4,5}, estando los más actuales pendientes de publicación.

INCIDENCIA

En la figura 1 se observan los cambios producidos en la edad de inicio del TSIRT. La proporción de los pacientes mayores de 65 años ha ido incrementándose desde un 2% en 1977 a un 39% en 1992; de estos últimos, casi un 9% eran mayores de 75 años.

En base a los datos de población, la *incidencia* de los pacientes > de 65 años que inician TSIRT ha ido incrementándose desde un 6 a 41, 93 y 127 pacientes por millón de población mayor de 65 años (pmpm) en 1977, 1982, 1987 y 1992, respectivamente.

Asimismo, la *prevalencia* de pacientes en TSIRT ha ido aumentando de un 10 a 100, 272 y 289 pmpm en los mismos años.

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

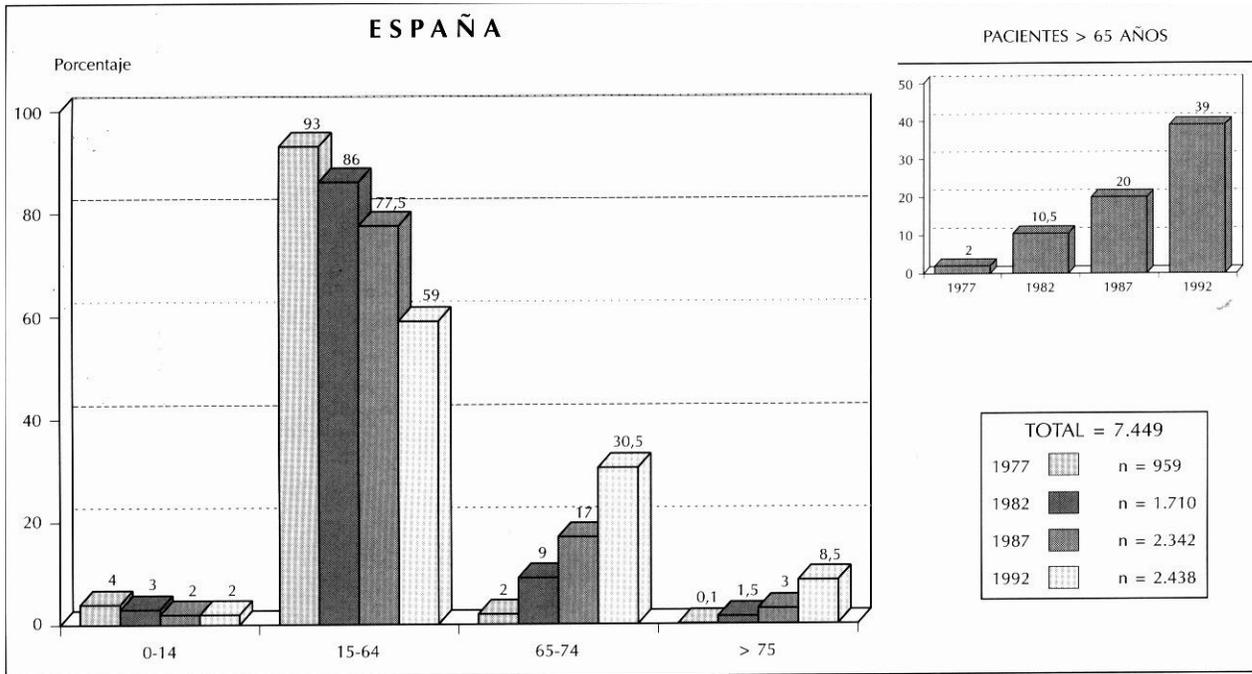


Fig. 1.—Distribución de las edades de los pacientes que inician tratamiento sustitutivo de la IRT en España en los años 1977, 1982, 1987 y 1992.

ENFERMEDAD RENAL PRIMARIA

El reparto de la nefropatía crónica responsable de la IRT se puede ver en la figura 2. Se observa un

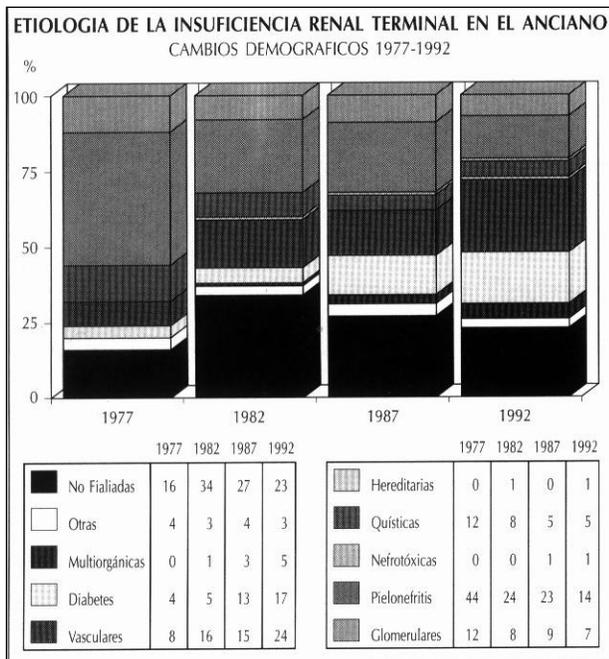


Fig. 2.—Distribución de las etiologías de la IRT en el anciano en los años 1977, 1982, 1987 y 1992.

descenso en la proporción de las nefropatías intersticiales (44, 24, 33 y 14%, respectivamente). Se mantiene un porcentaje elevado de etiología no filiada (16, 34, 27 y 23%) y un crecimiento neto de pacientes diabéticos (4, 5,13 y 17%) y de causa vascular (8, 16, 15 y 24%). En 1992, la suma de diabetes y causa vascular representa un 41% de las etiologías. Las demás causas se mantienen más o menos estables, con un descenso de las enfermedades quísticas que parece más relativo que en números absolutos y que se corresponde con el incremento de las otras etiologías.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO

En la elección del primer tratamiento se observa un descenso en la proporción de los tratados con diálisis peritoneal (DPI o DPCA) a pesar de las expectativas que la introducción de esta última despertó (33, 30, 21 y 10%, respectivamente). La hemodiálisis (HD) experimentó un crecimiento proporcional (67, 70, 79 y 90%) (fig. 3).

En la figura 4 se comparan los métodos de tratamiento, a 31 de diciembre de 1992, entre la población total y los mayores de 65 años. La proporción de pacientes en TR, DPCA, HDD y HDH era de 1,8, 10, 0,2 y 88% para los mayores de 65 años, frente al 33, 4,6, 0,7 y 61,3% para la población total.

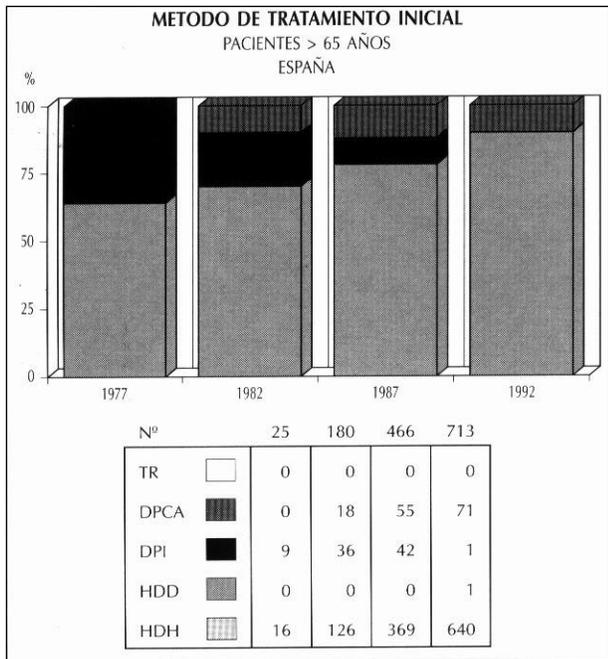


Fig. 3.-Distribución del método de tratamiento inicial en el anciano en los años 1977, 1982, 1987 y 1992.

estancamiento de la DPCA, la aparición progresiva, pero todavía reducida, del TR y la preponderancia de la HD en centro.

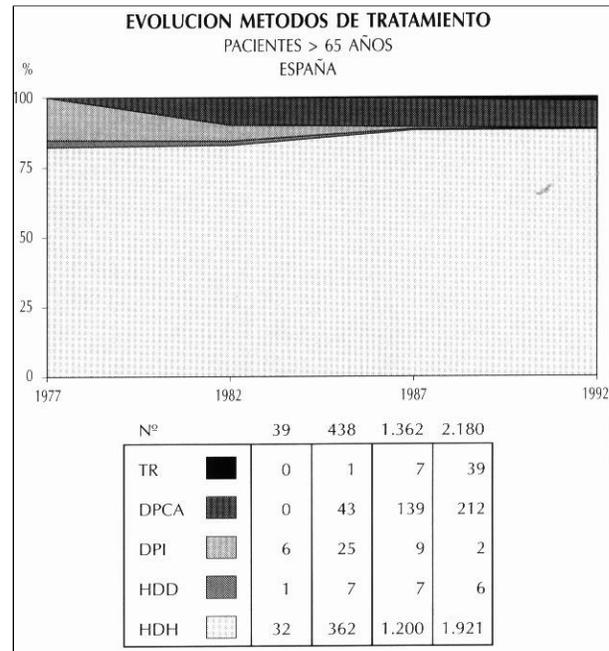


Fig. 5.-Evolución de los métodos de tratamiento de la IRT en el anciano desde 1977 a 1992.

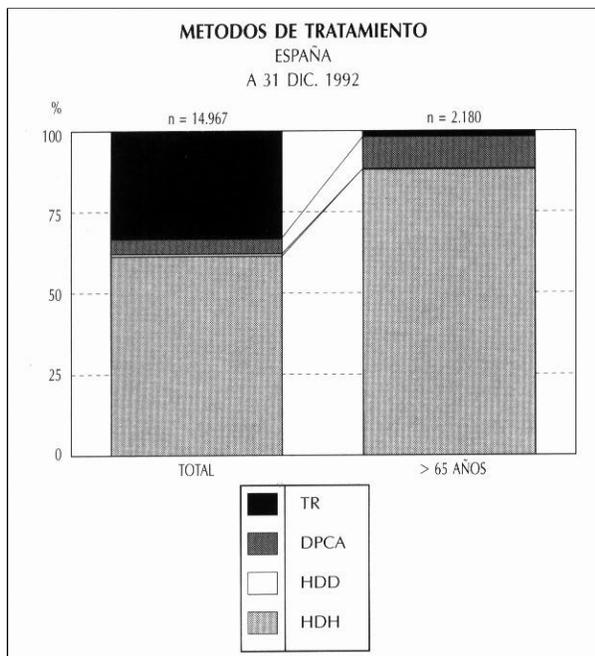


Fig. 4.-Comparación de los métodos de tratamiento de la IRT, a 31 de diciembre de 1992, entre la población total y los mayores de 65 años.

SUPERVIVENCIA

La mortalidad por enfermedades del aparato genitourinario supone la séptima causa de muerte de la ancianidad⁶. En los últimos diez años supone la causa de muerte en un 1,4 por 1.000 ancianos y un 2,1% de todas las causas, teniendo en cuenta que no están incluidos en este grupo los fallecidos por las primeras causas: (cardiovascular (HTA), endocrinológicas (diabetes), neoplasias).

Las curvas de supervivencia actuarial a los 5 años de los pacientes que iniciaron tratamiento con una edad entre 65 y 75 años y superior a los 75 años, en los periodos comprendidos entre 1977-82, 1982-87 y 1987-92, pueden observarse en las figuras 6 y 7. Se observa una discreta mejoría en los sucesivos periodos y, comparativamente, en cada periodo, según los grupos de edad.

CAUSAS DE MUERTE

La mortalidad porcentual a los 5 y 10 años y 5 años para los pacientes con IRT que iniciaron TSIRT entre los años 1977-82, 1982-87 y 1987-92, con una edad

En cuanto a la prevalencia, como se puede ver en figura 5, la evolución de los métodos de tratamiento muestra una presencia simbólica de la HDD, un

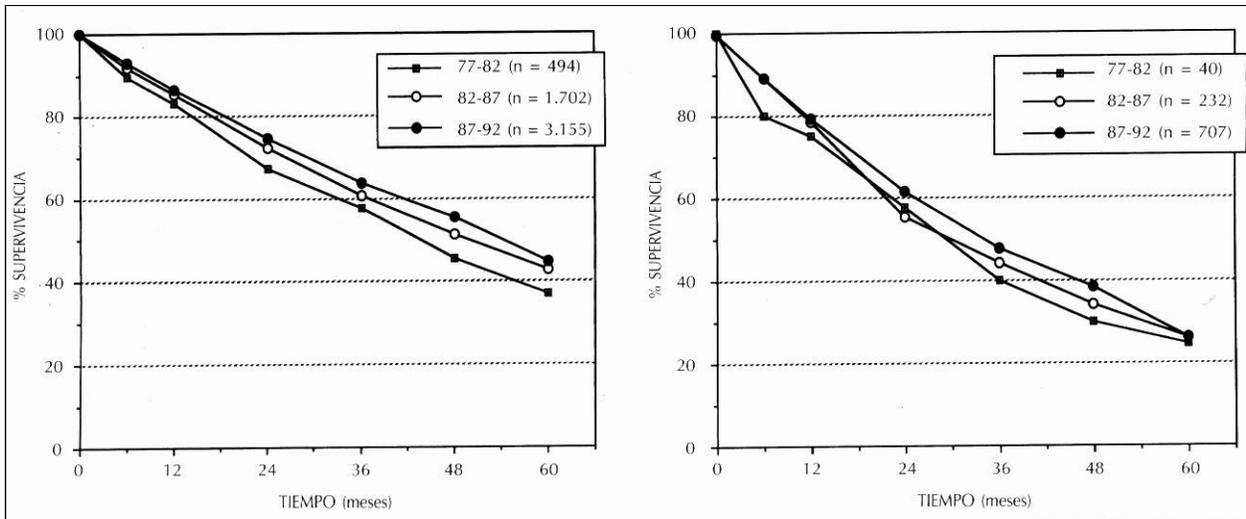


Fig. 6.—Supervivencia actuarial a los 5 años de los pacientes con IRC que iniciaron tratamiento sustitutivo en los períodos comprendidos entre 1977-82, 1982-87 y 1987-92 con una edad entre 65 y 75 años en la parte izquierda y con una edad superior a 75 años en la derecha.

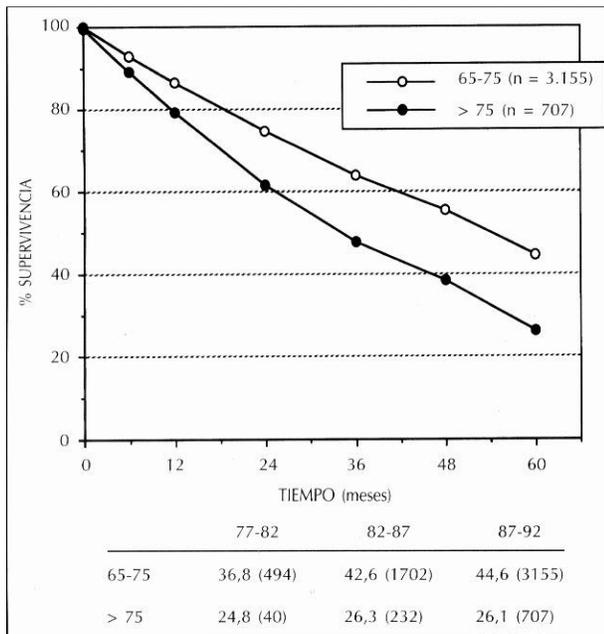


Fig. 7.—Supervivencia actuarial a los 5 años de los pacientes con IRC que iniciaron tratamiento sustitutivo entre 1987 y 1992 con edades entre 65 y 75 años y superiores a 75 años. La tabla muestra las tasas de supervivencia actuarial a los 5 años de los pacientes con IRC con una edad entre 65 y 75 años y superior a 75 años en los períodos comprendidos entre 1977-82, 1982-87 y 1987-92. Las cifras entre paréntesis representan el número de pacientes en riesgo al inicio de cada intervalo.

entre 65 y 75 años y superior a 75 años, respectivamente, pueden verse en la figura 8 y tablas I y II. Las causas cardiovasculares son las más frecuentes, segui-

das de las infecciones en todos los grupos y períodos, sin que en nuestra población las sociales (discontinúa) supongan una causa frecuente de muerte.

CONCLUSIONES

Con los cambios que venimos experimentando es necesario adelantarnos a los acontecimientos y adaptarnos a una incorporación cada vez más importante de ancianos al TSIRT.

Su afluencia masiva nos debe obligar a fomentar la HD de estos pacientes en centros satélites y a reservar puestos en las unidades hospitalarias para los de más alto riesgo.

Otra posibilidad sería desarrollar técnicas de DP, en colaboración con personal extrahospitalario o bajo forma de centros extrahospitalarios de DP.

Finalmente, el TR puede ser una opción lícita, cuya indicación va a depender de la situación clínica del paciente y, en último caso, del balance oferta-demanda de órganos.

AGRADECIMIENTOS

A Dra. Elizabeth H. Jones (Research and Development Officer ERA-EDTA Registry) por los datos facilitados del registro de la EDTA referentes a la población española.

A doña Margarita Cantalapiedra y doña Angeles Lora-Tamayo, del Area de Análisis y Previsiones demográficas del INE, por los datos facilitados sobre población y mortalidad de la población española.

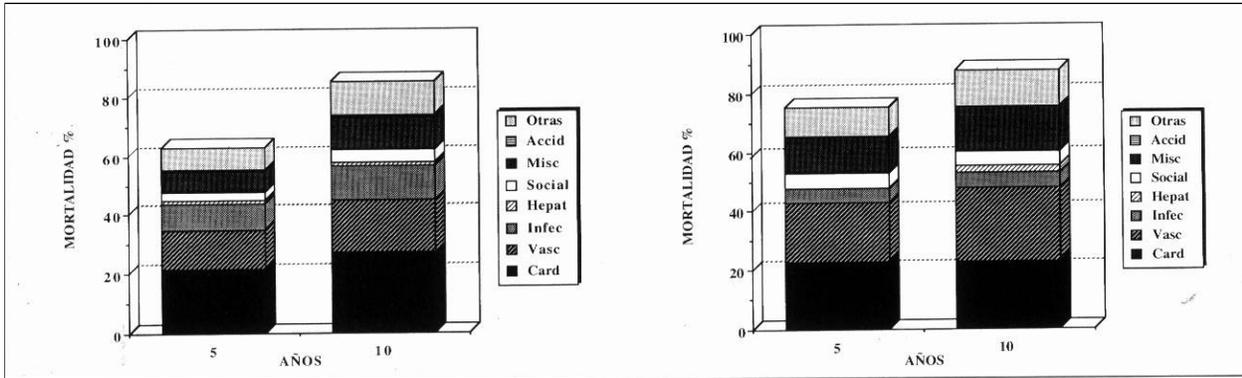


Fig. 8.-Mortalidad porcentual a los 5 y 10 años de los pacientes con IRC que iniciaron tratamiento sustitutivo entre 1977 y 1982 con una edad entre 65 y 75 años en la parte izquierda y con una edad superior a 75 años en la derecha.

Tabla I. Tasas acumuladas de mortalidad según las diferentes causas a los 5 y 10 años de los pacientes con IRC que iniciaron tratamiento sustitutivo con una edad entre 65 y 75 años en los períodos comprendidos entre 1977-82, 1982-87 y 1987-92. Las cifras entre paréntesis representan el número de pacientes en riesgo al inicio de cada intervalo.

	Card.	Vasc.	Infec.	Hepat.	Social	Misc.	Accid.	Otras	Total
77-82 (494)									
5 años	21,2	13,4	8,9	1,0	2,8	7,3	0,4	7,7	62,4
10 años	26,9	17,6	11,5	1,2	4,5	10,9	1,0	11,5	85,3
82-87 (1.700)									
5 años	15,7	11,3	7,6	0,8	3,0	7,3	0,53	8,8	54,9
10 años	19,0	13,9	9,0	0,9	3,7	9,2	0,9	10,3	66,9
87-92 (3.153)									
5 años	8,9	5,5	3,6	0,5	1,4	4,2	0,2	4,2	28,6

Tabla II. Tasas acumuladas de mortalidad según las diferentes causas a los 5 y 10 años de los pacientes con IRC que iniciaron tratamiento sustitutivo con una edad superior a 75 años en los períodos comprendidos entre 1977-82, 1982-87 y 1987-92. Las cifras entre paréntesis representan el número de pacientes en riesgo al inicio de cada intervalo.

	Card.	Vasc.	Infec.	Hepat.	Social	Misc.	Accid.	Otras	Total
77-82 (40)									
5 años	22,5	20,0	5,0	0,0	5,0	12,5	0,0	10,0	75,0
10 años	22,5	25,0	5,0	2,5	5,0	15,0	0,0	12,5	87,5
82-87 (231)									
5 años	20,8	12,6	6,9	0,9	5,6	12,1	0,0	9,9	68,8
10 años	22,4	14,3	8,2	1,3	5,6	13,0	0,4	11,7	77,1
87-92 (705)									
5 años	11,8	5,1	5,1	0,6	4,1	5,4	0,1	4,4	36,6

Bibliografía

- Gómez Campderá FJ Tejedor A y López Gómez JM: Nefrología geriátrica. ¿Hasta dónde?, o algunas preguntas por resolver. *Nefrología* 11: 455, 1991.
- Gómez Campderá FJ Tejedor A y Orte L: Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal terminal en el anciano en España. *Nefrología* 14: 136-144, 1994.
- Valderrábano F, Jbnes EHP y Mallick NP: Report on management of renal failure in Europe, XXIV, 1993. *Nephrol Dial Transplant* 10: 1-25 (suppl 5), 1995.
- Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de población de 1991. INE Madrid, 1995.
- Tablas de mortalidad de la población española. Resultados por comunidades autónomas. Años 1970-1975-1980. INE Madrid, 1988.
- Arbelo Curbelo A, Hernández Rodríguez G y Arbelo López de Letona A: Demografía sanitaria de la ancianidad. Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.