

# Proyecto de estudio multicéntrico europeo sobre el «tratamiento sustitutivo renal en pacientes de más de 65 años»

F. Valderrábano

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

El proyecto que resumimos a continuación ha sido presentado a la Comisión Europea dentro del programa BIOMED-2, y tiene como objetivo principal estudiar los criterios y la forma de tomar decisiones en relación con el tratamiento de diálisis en la población de enfermos de más de 65 años, en ocho países europeos. En este suplemento se ha revisado cómo el número de pacientes mayores de 65 años que llegan a una fase de insuficiencia renal terminal y comienzan en diálisis, se ha ido incrementando progresivamente y, según el registro de la EDTA, más de un 35% de los pacientes que empiezan diálisis en la década de los años 1990 tienen más de 65 años<sup>1</sup>.

Se han barajado diversos factores para explicar este hecho, entre los cuales cabe destacar: 1) la prolongación de la expectativa de vida de los pacientes con enfermedad coronaria, que pueden desarrollar insuficiencia renal en una edad más tardía, 2) un posible aumento de la incidencia de insuficiencia renal crónica a consecuencia de factores ambientales u ocupacionales, 3) un cambio en los criterios en relación con la admisión para tratamiento sustitutivo, 4) el desarrollo tecnológico y las mejoras técnicas en lo que se refiere a accesos vasculares, esquemas de diálisis, membranas, etc. y, por último y 5) un incremento generalizado del número de centros de diálisis.

Como consecuencia de este aumento puede surgir una tendencia a la escasez de recursos y en esta situación los criterios de selección son más difíciles de aplicar a la hora de decidir qué pacientes ancianos serán admitidos a diálisis y cuáles no. De aquí se pueden deducir importantes problemas sociales y éticos, sobre todo porque en los pacientes ancianos es difícil predecir *a priori* el éxito del tra-

tamiento por existir mayor comorbilidad y por circunstancias sociales, psicológicas y médicas. Dos preguntas importantes caben hacerse en relación con lo anterior:

A) ¿En qué criterios se basan los médicos para decidir qué paciente será admitido para tratamiento? y B) ¿Cuáles son los criterios aceptables y justificables para tomar una decisión con respecto al acceso a tratamiento con diálisis de enfermos ancianos?

## CRITERIOS MEDICOS

Cuando se define el éxito del tratamiento en términos de supervivencia, hay que tener en cuenta que la supervivencia a los dos años de los pacientes de más de 65 años es de alrededor del 50%, siendo superior a ésta en los pacientes entre 65 y 75 e inferior por encima de los 75 años<sup>2</sup>. La supervivencia es peor en pacientes que tienen enfermedad vascular periférica, enfermedad cardíaca isquémica e insuficiencia cardíaca congestiva. Otros factores adversos son la presencia de amiloidosis, convulsiones o la presentación aguda de una insuficiencia renal terminal, aunque la importancia relativa de estos factores no está clara. Durante la hemodiálisis los pacientes ancianos sufren con mayor frecuencia arritmias y disminución significativa de la presión arterial sistólica. Complicaciones infecciosas y depresión son más frecuentes en estos pacientes.

## CRITERIOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES

Algunos criterios no médicos pueden tener un papel como factores de éxito en los pacientes en diálisis de edad avanzada. El soporte familiar y social, la calidad de vida, la satisfacción y el estado socioeconómico son muy importantes. Cuando se estudia prospectivamente la influencia de factores somáticos, psicosociales y demográficos en pacientes de más de 78 años se observa que el 56% de los que sobreviven al cabo de tres años tenían me-

Correspondencia: Dr. F. Valderrábano Quintana  
Servicio de Nefrología  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
Dr. Esquerdo, 46  
28007 Madrid

jores índices en la escala de Karnofsky, y con más frecuencia estaban en diálisis a domicilio<sup>3</sup>. Un estudio holandés no publicado demuestra que hay más posibilidades de entrar en un programa de diálisis para los hombres que para las mujeres y como no hay una explicación médica se ha concluido que esto sería debido a factores sociales. Es posible que los hombres tengan más soporte familiar que las mujeres. Si el apoyo social es importante, cabría preguntarse si realmente los médicos conocen de forma adecuada las situaciones familiares y sociales de los pacientes, y cómo consiguen esta información. Por último, tendríamos que preguntarnos si se podría conseguir más información en estos aspectos de la habitualmente obtenida.

## DIFERENCIAS INTERNACIONALES

Respecto a la incidencia de enfermos de edad avanzada que ingresan en programa de diálisis cada año no hay diferencias significativas entre países como Bélgica, Alemania, Francia o España. Suecia tiene cifras más altas de la media y el Reino Unido más bajas. Sin embargo, no está claro lo que significan estas diferencias en términos de criterios de admisión de los pacientes. En otras palabras, no existe información disponible sobre si se aplican los mismos criterios en diferentes países europeos y si estos criterios son aceptables y justificables desde el punto de vista ético.

Por todas estas razones, el presente protocolo propone una acción concertada cuyos objetivos se enumeran a continuación.

## OBJETIVOS

A) Comprender mejor los criterios aceptables para la admisión de pacientes a los programas de diálisis. Como paso previo se proponen dos reuniones e investigaciones de campo en relación con las políticas y criterios con respecto a la inclusión de pacientes de más de 65 años en programas de diálisis en los diferentes países participantes.

B) Desarrollar un instrumento de investigación para ser usado a nivel internacional y para comparar los mecanismos de decisión con respecto al tratamiento de pacientes de más de 65 años con diálisis peritoneal o hemodiálisis, en base a: a) factores somáticos, b) mejoría de la calidad de vida, c) aspectos sociales incluyendo apoyo social, d) aspectos éticos y e) aspectos económicos.

C) Coordinar actividades investigadoras y crear una estructura y una plataforma para investigación europea.

Esta acción conjunta que se propone podrá además ayudar al desarrollo y aplicación del instrumento para medir los criterios de admisión, a mejorar la toma de decisiones, a estudiar las relaciones entre la falta de recursos y la toma de decisión, y, por último, a analizar diferencias inter e intranacionales.

## METODOS DE ESTUDIO

Para contestar las preguntas claves con respecto a qué factores inclinan al nefrólogo a admitir a pacientes para diálisis y cuál es la relativa importancia de estos factores, se pueden aplicar varios métodos. Uno sería un estudio retrospectivo en el que se incluiría a los pacientes muertos sin haber entrado en programa de diálisis. La desventaja de este método es su complejidad. Una aproximación más posibilista para estudiar cómo los médicos toman decisiones sería la preparación de casos hipotéticos («casos viñeta») que los médicos deberían responder. Esta es la metodología que se ha decidido utilizar en este estudio. Estos casos incluirán sistemáticamente diferencias en las características clínicas y sociales de los pacientes, incluyendo las diferentes posibilidades de apoyo familiar-social, diferente edad de los pacientes, diferente historia previa, actitud activa o pasiva al tratamiento, etcétera.

El estudio tiene que responder a las siguientes preguntas a investigar:

1) ¿Cuáles son los hechos y las cifras en relación con la insuficiencia renal terminal?

Se recabará información de los diferentes países en relación con pacientes ancianos con insuficiencia renal terminal. Recursos, número de pacientes, mortalidad, costes, etc. Para estandarizar la información se harán preguntas específicas con respecto a los anteriores temas.

2) ¿Qué factores inclinan o desaniman a los nefrólogos a incluir a pacientes ancianos para tratamiento sustitutivo?

Se discutirán casos procedentes de experiencias propias en los que existan dificultades específicas para tomar decisiones en temas clínicos, éticos y sociales. Estos casos serán discutidos y eventualmente más elaborados. Los factores en los que se incide fundamentalmente serán las características clínicas (causa de insuficiencia renal, empeoramiento lento-rápido, comorbilidad, edad psicológica, etc.) y características sociales del paciente (edad, estado civil, nivel educacional, ocupación, apoyo social disponible, ganas de vivir, etc.). Se seleccionarán, finalmente, cinco casos que serán posteriormente elaborados, y se desarrollará una lista de valoración en relación con cómo se toman las decisiones, el grado

de complejidad y la importancia de los aspectos médicos frente a los sociales y éticos.

3) ¿Cuáles son las diferencias en los criterios intranacionales e internacionales y cuál es su relativa importancia?

Para estudiar las variaciones internacionales e intranacionales se incluirán nefrólogos que trabajan en unidades de diálisis de diferentes regiones de cada país. Los cinco «casos viñeta» y las preguntas que los acompañan se distribuirán a nivel nacional para ser contestados por nefrólogos de diferentes centros de diálisis.

4) ¿Qué recomendaciones se pueden hacer en relación con: 1) criterios aceptables y justificables, 2) un protocolo para la práctica clínica, y 3) un estudio prospectivo europeo?

Se valorarán y se interpretarán los diferentes «casos viñeta» y se compararán, discutirán y comentarán.

El objetivo final será preparar un estudio prospectivo tratando de probar el éxito de los criterios para tomar decisiones. Para esto será necesario producir una información sistematizada con respecto a lo que sucede con los insuficientes renales antes del diagnóstico de insuficiencia renal terminal, y en su posterior seguimiento.

Para el estudio se han seleccionado países del norte, el centro y el sur de Europa: Suecia, Reino

Unido, Italia, España, Alemania, Bélgica y Holanda. Suecia tiene la tasa más alta de trasplantes en estos grupos de edad, y, en consecuencia, menos problemas de diálisis, en contraste con el Reino Unido. España, aunque tiene la tasa de trasplante de cadáver más alta del mundo, trasplanta a pocos enfermos por encima de los 65 años. Holanda, Bélgica y Alemania son comparables con respecto a las posibilidades de trasplante y de tratamiento con diálisis.

La preparación del protocolo ha finalizado ya, la recolección de datos tendrá lugar en los primeros meses de 1998 y el estudio estará finalizado, incluyendo las recomendaciones finales y el informe pertinente, a principios de 1999.

## BIBLIOGRAFIA

1. Valderrábano F, Jones EHP, Mallick NP: Report on management of renal failure in Europe, XXIV, 1993. *Nephrol Dial Transplant* 10 (Suppl. 5): 1-25, 1995.
2. Ismail N, Hakim RM, Oreopoulos DG, Patrikarea A: Renal replacement therapies in the elderly: part 1. Hemodialysis and chronic peritoneal dialysis. *Amer J Kidney Dis* 22: 759-782, 1993.
3. Seltzer MM, Litchfield LC, Kapust LR, Mayer JB: Professional and family collaboration in case management: A hospital based replication of a community-based study. *Social Work Health Care*, 17: 1-22, 1992.