

La insuficiencia renal crónica en Andalucía. II. Aspectos generales del tratamiento sustitutivo

Comité de Registro de Pacientes Renales.

Programa sectorial de prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

RESUMEN

Un análisis general de los recursos humanos y materiales para el tratamiento de la IRC en Andalucía, en diciembre de 1983, muestra que la restricción de medios no es actualmente un factor limitante en la admisión de enfermos a los programas de mantenimiento. El ajuste local entre necesidades y oferta de tratamiento es incompleto, de forma que el grado de utilización de los puestos de hemodiálisis oscila entre niveles relativamente cercanos a la saturación y la franca infrautilización. Por otra parte, la localización de los recursos no se adapta a la distribución de la población, determinando que un porcentaje excesivo de pacientes deba viajar largos trayectos para recibir tratamiento.

En comparación con el resto de Europa, nuestra distribución entre diversos métodos de tratamiento se caracteriza por un uso reducido del trasplante renal y sobre todo de la hemodiálisis domiciliaria. Las prevalencias en estos tratamientos guarda una fuerte relación con el lugar de residencia y, por ende, con los criterios o posibilidades de los servicios médicos locales. Así las posibilidades de disfrutar de un trasplante son menores en provincias sin centro de trasplante; el uso de métodos domiciliarios es significativamente inferior en zonas dependientes de centros pequeños. Los pacientes tratados mediante diferentes sistemas presentan diferencias en cuanto a sexo, edad, enfermedad causal o patología asociada, como probable expresión de tendencias en la selección de los pacientes: los pacientes mantenidos con trasplante o hemodiálisis domiciliaria son más jóvenes y con menos patología crónica concomitante; la DPCA se usa con más frecuencia en los grupos extremos de edad, en pacientes diabéticos o con patología asociada.

Algunos de nuestros hallazgos revelan distorsiones organizativas de nuestro aparato asistencial que deberían corregirse por el esfuerzo combinado de profesionales y administración.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica. Hemodiálisis. Trasplante renal. DPCA.

END-STAGE RENAL DISEASE IN ANDALUCIA. II. GENERAL FEATURES OF TREATMENT

SUMMARY

A general study of manpower and resources for ESRD in Andalucía in December 1983 has shown that resource limitation is no longer a restriction on admission of patients to maintenance programs. The local balance between needs and opportunities for treatment is incomplete so that the degree of utilization of hemodialysis ranges from near saturation levels to frank underutilization. Moreover the spread of resources is not in accordance with the distribution of the population which results in a very high percentage of patients taking long trips to receive their treatment.

Recibido: 13-XI-1984.

En forma definitiva: 29-XI-1984.

Aceptado: 3-XII-1984.

Correspondencia: Dr. Miguel Angel Gentil Govantes.

Servicio de Ordenación Funcional.

Dirección General de Asistencia Hospitalaria.

Avda. San Francisco Javier. Edificio Sevilla, 2. Planta 4.ª, módulo 24.

41005. Sevilla.

Compared with the rest of Europe, our distribution system is characterised by underutilization of kidney transplant and, above all, of hemodialysis at home. Prevalence of these treatments is closely related to the place of residence and consequently to access to local medical services. Thus the chance of obtaining a kidney transplant is lower in these provinces without a transplant center. The use of home methods is significantly lower in those areas dependent on small centers.

The method of treatment differs with sex, age, causal illness and associated pathology. This diversity probably reflects choices made when the patients were selected: patients maintained on home hemodialysis or transplant are younger and have less associated chronic pathology; CAPD is more often used in the elderly, diabetics and those with associated illnesses. Some of our findings show a distortion in the organization of our system of care which should be removed by the combined efforts of professionals and the Administration.

Key words: End stage renal disease (ESRD). Hemodialysis. Kidney transplant. Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD).

INTRODUCCION

El presente artículo continúa el análisis del censo de pacientes de insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo en Andalucía a 31 de diciembre de 1983. Las características básicas de este grupo de enfermos fueron expuestas en un trabajo previo ¹, en el cual apuntábamos ya como aspectos diferenciales de nuestra región con respecto a la mayoría de países de la CEE ² una prevalencia de IRC algo inferior y una distribución entre métodos de tratamiento desviada hacia la hemodiálisis (HD) en centros.

Trataremos ahora de profundizar en diversos aspectos del tratamiento, con la intención de contribuir a la explicación de esos rasgos diferenciales de nuestra situación asistencial. En primer lugar describimos brevemente la oferta de tratamiento en la región y su relación con la prevalencia de IRC tratada. Luego analizaremos un conjunto de factores clínicos y locales con posible influencia en la elección del método terapéutico.

MATERIAL Y METODOS

La metodología de recogida y análisis de datos sobre pacientes se ha explicado con detalle en un trabajo anterior ¹.

Los datos referentes a centros de tratamiento se obtuvieron de una encuesta oficial realizada en abril de 1983 por algunos de los autores. El número de puestos de diálisis disponibles se actualizó a 31-12-1983, mediante un cuestionario por centros. Al considerar el número de puestos de hemodiálisis nos referimos al total de monitores funcionalmente operativos y dedicados al tratamiento de pacientes crónicos, sin desglosar los llamados «puestos de reserva». Se excluyeron los puestos integrados en «unidades de agudos», solo ocasionalmente empleados para pacientes crónicos.

La información concerniente a trasplante fue proporcionada por la Secretaría Regional de Trasplante ³. Las cifras de población corresponden a las de población de hecho en el censo de 1981 ⁴.

RESULTADOS

Distribución y aprovechamiento de los recursos para el tratamiento (Fig. 1)

Andalucía, con una población de 6.440.000 habitantes, cuenta con un total de 13 servicios o secciones de nefro-

logía de adultos y 2 secciones de nefrología pediátrica. Todas las provincias poseen al menos un servicio de nefrología, pero existe una marcada concentración de recursos en las capitales de las mismas (14 de los 15 servicios o secciones de nefrología y 15 de los 18 centros satélites de hemodiálisis; ver figura 1). Así, 11 áreas hospitalarias de las 23 establecidas ⁵, de poblaciones comprendidas entre 86.000 y 186.000 habitantes, carecen de todo tipo de instalaciones para el tratamiento de la IRC. Como consecuencia, una elevada proporción de pacientes deben desplazarse para obtener asistencia. Limitándonos a la diálisis en centros, que obliga a tres o más traslados semanales, encontramos que, en 1983, 61,5 % de los enfermos tenía que viajar a una ciudad distinta a la de su domicilio y el 27 % debían incluso trasladarse fuera de su comarca hospitalaria, con un trayecto promedio superior a los 75 kilómetros.

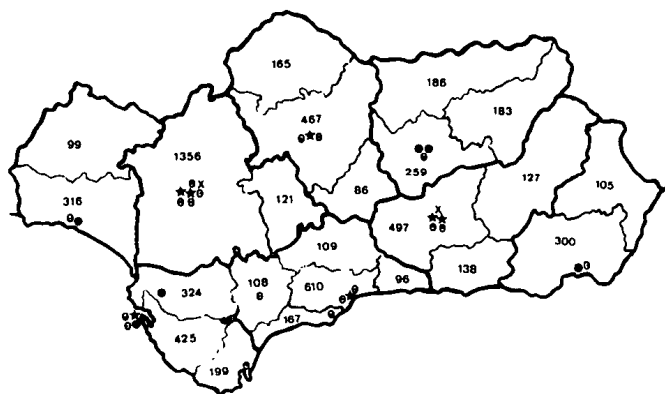


Fig. 1.—Áreas hospitalarias de Andalucía; las cifras indican la población de cada área en miles de habitantes. Símbolos: estrellas = servicios de nefrología con programa de trasplante renal; círculos negros = servicios de nefrología sin programa de trasplante; aspas = servicios de nefrología pediátrica; círculos claros = centros satélites de hemodiálisis.

Los siete centros autorizados para trasplante atendían poblaciones entre 350.000 y más de dos millones de habitantes. Su experiencia variaba desde 6 a 92 injertos realizados en 1 a 6 años de desarrollo del programa.

A 31-12-1983 se contaba en la región con un total de 327 puestos de hemodiálisis instalados, de los que 130

perteneían a hospitales públicos, 40 a centros satélites públicos y 157 a centros satélites privados.

Los puestos de hemodiálisis disponibles eran suficientes para cubrir las necesidades dentro de cada provincia, si bien con el desequilibrio capital/provincia antes mencionado. Obviamente, se constata una correlación entre el número de puestos de HD disponibles y el de enfermos tratados (Fig. 2). Sin embargo, el ajuste no es completo, existiendo una oscilación en el índice de utilización de los puestos desde 2,4 a 4,9 enfermos hemodializados por puesto, según las provincias (3,5 enfermos por puesto de media para la región). Por otro lado (tabla I) observamos una correlación significativa, aunque poco estrecha, entre prevalencia de enfermos hemodializados en centro e índice de utilización de los puestos. No se comprueban, en cambio, correlaciones entre los valores para cada provincia de prevalencia de pacientes de HD, número de puestos de HD PMP y cociente entre el número de puestos de propiedad pública y privada.

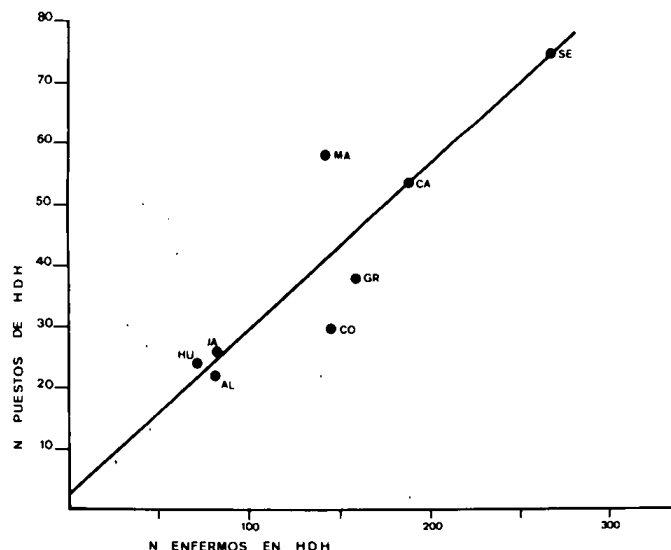


Fig. 2.—Correlación entre número de enfermos tratados mediante hemodiálisis en centro (abscisas) y número de puestos de hemodiálisis (ordenadas), para las ocho provincias andaluzas ($r = 0,91$, $p < 0,01$). Obsérvese la desviación de Málaga (Ma), Granada (Gr) y Córdoba (Co).

El índice de utilización era mayor en los hospitales públicos (4,0 enfermos dializados por puesto) que en los centros satélites públicos (3,7 por puesto) y que en los privados (3,0 por puesto). Y ello a pesar de que la inmensa mayoría de los puestos para portadores del antígeno de superficie de la hepatitis, cuyo índice de utilización (2,6 enfermos por puesto) es bastante inferior al de los puestos para enfermos HBsAg negativos (4,5 enfermos por puesto) asentaban en hospitales públicos.

Variaciones locales y evolución temporal en el uso de distintos métodos de tratamiento

En la tabla II mostramos la distribución entre modalidades de tratamiento sustitutivo, de forma comparativa con

TABLA I

Provincia	Pacientes en HD en centro por millón de población (a)	Número de puestos de HD por millón de población (b)	Número de enfermos tratados por puesto de HD (c)
Almería	212	54	3,7
Cádiz	184	54	3,5
Córdoba	199	42	4,9
Granada	192	50	4,1
Huelva	186	58	2,9
Jaén	145	40	3,4
Málaga	135	56	2,4
Sevilla	173	51	3,5
Andalucía	177	51	3,5

Coefficientes de correlación lineal.—a/b, $r = 0,01$; a/c, $r = 0,66$, n. s. Si se consideran enfermos efectivamente tratados en la provincia, en lugar de enfermos residentes como figuran en la tabla, $r = 0,75$, $p < 0,05$.

TABLA II

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE IRC ENTRE DISTINTOS METODOS DE TRATAMIENTO

	EDTA *	CEE *	España *	Andalucía (1983)
Número de pacientes Hemodiálisis en centro	78.637	56.242	7.375	1.514
Hemodiálisis en domicilio	63,9	61,7	77,7	75,2
Diálisis peritoneal intermitente en centros	10,2	12,6	4,7	2,5
Diálisis peritoneal continua ambulatoria	1,0	1,1	1,2	1,8
Trasplante renal funcionante	5,0	5,4	4,5	9,7
	19,9	19,2	12,0	10,8

Las cifras representan % sobre el total de pacientes. * Registro de la EDTA a 31-12-1982, cuestionarios por pacientes (2).

el resto del país y Europa. Destaca el escaso empleo de la hemodiálisis en domicilio (HDD); en cambio, la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) ha alcanzado un desarrollo entre los más altos de Europa.

En la figura 3 se muestran las prevalencias en distintos métodos, según la provincia de residencia del paciente. Las variaciones son muy marcadas, sobre todo en los métodos domiciliarios (HDD, de 0 a 19 pacientes PMP; DPCA, de 4 a 40 pacientes PMP) y en el trasplante renal (de 7 a 39 pacientes PMP). La prevalencia en trasplante es muy inferior en las tres provincias carentes de centros de trasplante (15 trasplantes funcionantes PMP) con respecto a las cinco que sí los tenían (27 PMP). En estas últimas, la prevalencia de injertos funcionantes era directamente proporcional a la antigüedad del programa.

En cuanto a los métodos domiciliarios, las discrepancias se acentúan si la comparación se hace agrupando a los enfermos según el servicio de nefrología del que dependen (tabla III): el porcentaje tratado en casa varía de 0 a 24,5 % de los pacientes en diálisis. El uso de la diáli-

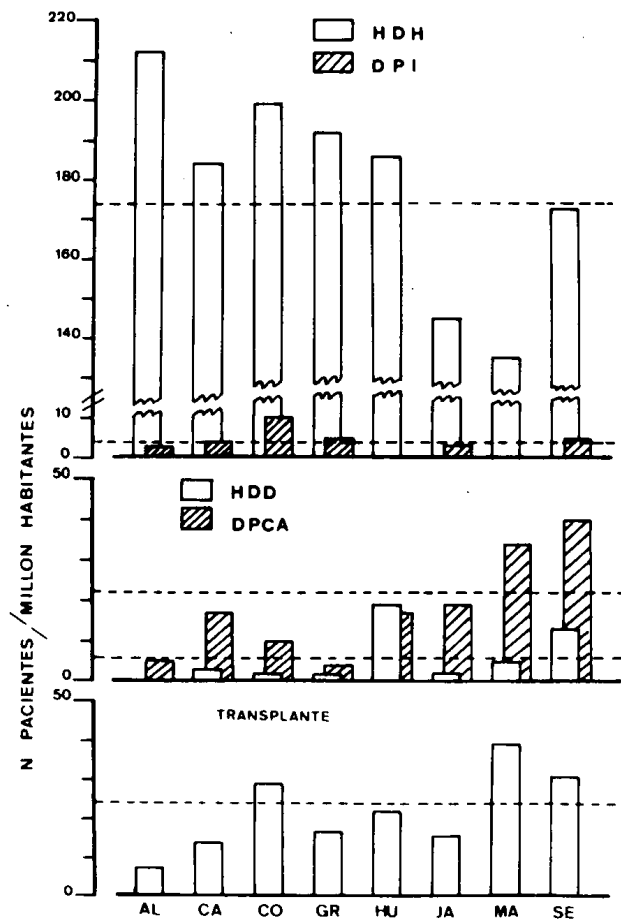


Fig. 3.—Prevalencia en los distintos métodos de tratamiento para cada provincia andaluza: HDH = hemodiálisis en hospital; DPI = diálisis peritoneal intermitente en hospital; HDD = hemodiálisis domiciliaria; DPCA = diálisis peritoneal continua ambulatoria. Las líneas interrumpidas representan la prevalencia en cada modalidad para el conjunto de la región.

sis en domicilio tiende a ser más frecuente por parte de los grandes centros nefrológicos. Así los cinco primeros servicios por número de pacientes trataban con HDD o DPCA el 19,1 % de sus pacientes por término medio,

frente al 3,6 % en los restantes centros, más pequeños. Por otro lado, no encontramos correlación alguna entre el porcentaje de pacientes tratados en domicilio y el de dializados en centros públicos o el número de puestos disponibles por millón de población.

La tabla IV compara la frecuencia de trasplante funcional y diálisis domiciliaria según que el paciente resida en las capitales de provincia (ciudades de más de 100.000 habitantes que acaparan casi todo el equipamiento de nefrología) o en el resto de las poblaciones. El hecho de vivir alejado de los centros de nefrología no parece estimular el uso de sistemas domiciliarios. En cambio parece disminuir las probabilidades de disfrutar de un trasplante. No hemos analizado si este último hecho, así como la prevalencia aparentemente mayor en las grandes ciudades, se deben en realidad a cambios de domicilio inducidos por la enfermedad en los pacientes más antiguos.

En la tabla V se expone la distribución entre los diversos tratamientos en relación con la antigüedad en programa. La interpretación de esta tabla es compleja por los diversos factores que pueden intervenir en su determinación, pero a nuestro juicio son admisibles las siguientes aseveraciones:

1. El empleo de HD en domicilio parece haberse estancado o incluso ir en descenso.
2. La DPI parece emplearse sólo como método de transición y rara vez se mantiene más allá del primer año.
3. La aplicación de DPCA, que comenzó en nuestra región en 1980-1981, puede encontrarse en proceso de expansión, si bien es preciso deslindar en nuestras cifras el efecto de la fuerte tasa de abandono de tratamiento.
4. Las posibilidades de recibir un trasplante en los primeros 3 años de tratamiento son muy pequeños. A los 5 años la proporción de trasplantados apenas alcanza el 25 %, y a los 10 años sigue por debajo del 50 %.

TABLA III

MÉTODOS DE DIALISIS SEGUN SERVICIOS DE NEFROLOGIA

Clave del centro	Número pacientes en diálisis *	Porcentajes tratados mediante:			
		Diálisis en centro (HD + DPI)	Diálisis en domicilio (HD + DPCA)	DPCA	Hemodiálisis en domicilio
080	263	76,8	23,2	14,8	8,4
070	185	76,8	23,2	20,5	2,7
030	160	95,6	4,4	3,8	0,6
020	110	80,0	20,0	17,3	2,7
081	94	75,5	24,5	23,4	1,1
040	84	95,2	4,8	3,6	1,2
010	84	96,6	2,4	2,4	0
041	81	100	0	0	0
060	81	83,9	16,1	14,8	1,2
050	74	94,6	5,4	0	5,4
021	70	100	0	0	0
061	17	100	0	0	0
022	7	100	0	0	0

* Cifra absoluta de pacientes que se dializan en el área dependiente del servicio o sección de nefrología; incluye centros satélites de hemodiálisis. Correlación entre número de pacientes y porcentaje en domicilio: $r = 0,66$, $p < 0,06$.

TABLA IV

METODO DE TRATAMIENTO SEGUN TIPO DE POBLACION DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

Población de residencia	Prevalencia (pacientes PMP)	Porcentajes mantenidos mediante:			
		Diálisis en centro	Hemodiálisis en domicilio	DPCA	Trasplante
Capitales de provincia	259	74,3	2,1	9,4	13,7
Resto de poblaciones	216	79,3	1,5	9,7	8,5

TABLA V

DISTRIBUCION ENTRE METODOS DE TRATAMIENTO SEGUN ANTIGÜEDAD EN DIALISIS

Método tratamiento empleado a 31-12-1984	Año de comienzo de la diálisis *				Antes de 1973	Tiempo medio en tratamiento **
	1983	1982-1981	1981-1980	1978-1973		
HD centro	74,1	76,6	77,8	72,5	52,2	35,5
HD domicilio	2,1	2,2	3,9	1,9	0	34,4
Diálisis peritoneal en centro	5,7	0,8	0	0,4	0	10,4
CPCA	17,4	12,7	3,3	1,2	4,3	10,0
Trasplante	0,8	7,9	15,1	24,0	43,5	64,8

* Porcentaje sobre el total de pacientes que comenzaron cualquier tipo de tratamiento sustitutivo.

** Meses. Considerado desde el comienzo de cualquier tipo de tratamiento.

Relaciones entre características de los pacientes y métodos de tratamiento. Sexo y edad (tabla VI)

Había un ligero predominio de varones en todos los métodos, excepto en DPI.

Los pacientes tratados con trasplante o HD domiciliaria tenían una edad media netamente inferior a los que recibían DPCA o HD en centros. Los pacientes mantenidos con DPI, por el contrario, tenían una edad media casi 10 años superior a la del conjunto. La figura 4 nos permite observar aspectos de la relación edad/método empleando no bien reflejados por la edad media. Los grupos extremos de edad (niños y ancianos) emplearon más frecuentemente la diálisis peritoneal, tanto DPI como DPCA, mientras que el uso de HD domiciliaria era casi nulo. El empleo del trasplante disminuye con la edad del paciente hasta hacerse insignificante por encima de los 60 años.

El hallazgo más destacable es que la homogeneidad entre DPCA y HD en centro en cuanto a edad no es real. De hecho un 23,9 % de los pacientes de DPCA tienen más de 60 años y un 4,8 % más de 70 años, frente a un 16,2 % y 2,5 %, respectivamente, de los de HD en centro. Sin embargo, las edades medias resultan similares

debido a que los niños representan un 8,2 % de los pacientes de DPCA frente a un 1,1 % de los de HD en centro.

Patología causal de la IRC

La relación entre etiología de la IRC y método empleado (Fig. 5) está condicionada en gran parte por el grupo de edad a que pertenecen los pacientes. Como hemos demostrado anteriormente en estos mismos enfermos ¹, cada grupo nosológico tiene un reparto distinto por tramos de edad. Esto explica que la DPCA, muy usada en niños y ancianos, presente menor porcentaje de enfermedades quísticas y vasculares, que afectan más a los grupos de edad media. Y que los trasplantados, muy rara vez por encima de los 60 años, tengan mayor frecuencia de glomerulonefritis y menor de nefropatías intersticiales.

Podemos señalar en cambio, como una asociación probablemente específica, la mayor frecuencia entre pacientes en DPCA de enfermedades sistémicas (15,0 %) y en especial de diabetes mellitus (9,5 %). Esos diagnósticos constituían, respectivamente, el 5,0 y 1,9 % de los pacientes tratados con HD en centro y el 5,5 y 3,1 % de los trasplantados.

TABLA VI

EDAD Y SEXO SEGUN METODO DE TRATAMIENTO

	HD en centros	HD en domicilio	DPI	DPCA	Trasplante	Total
Varones (%)	54	53	33	56	57	54
Mujeres (%)	46	47	67	44	43	46
Edad media (años)	45,8	38,6	54,2	46,6	37,5	44,9

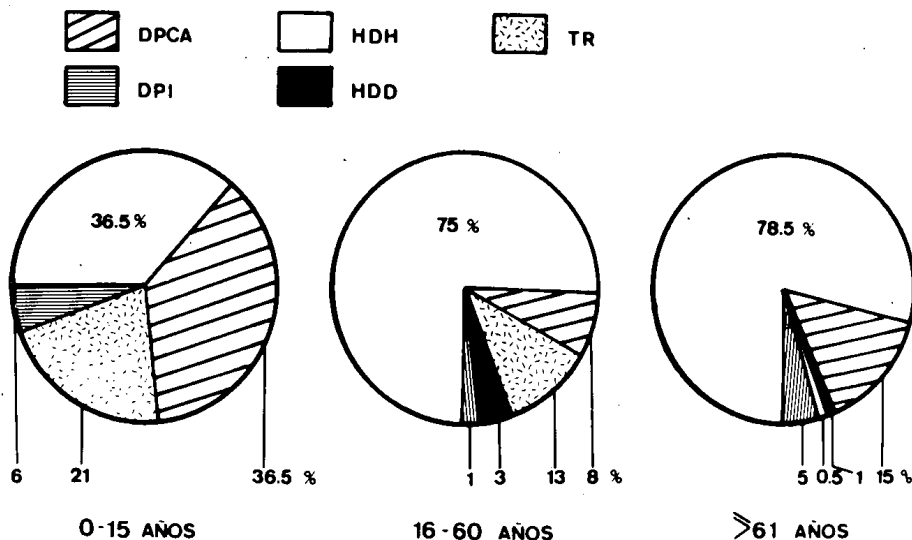


Fig. 4.—Reparto entre distintos modos de tratamiento a 31-12-1983, de los enfermos pertenecientes al grupo de edad indicado al pie de cada círculo. Siglas, con igual significado que en figura 3. Las cifras representan porcentajes sobre el total de pacientes de ese grupo de edad.

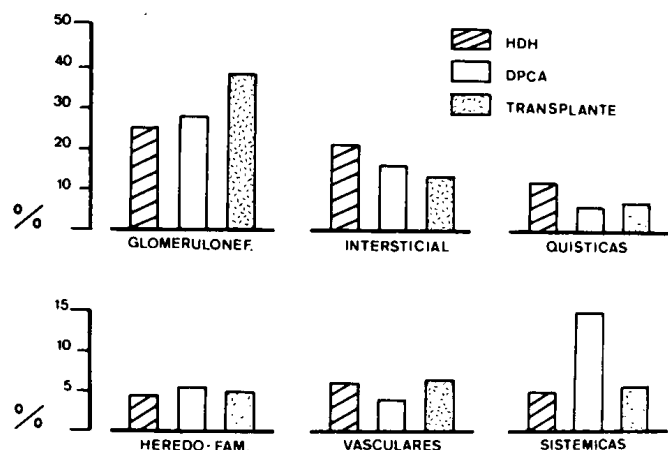


Fig. 5.—Distribución por grupos de diagnósticos causales de la IRC de los enfermos tratados con hemodiálisis en centro (HDH), DPCA o trasplante renal. En ordenadas se representan porcentajes sobre el total de pacientes tratados con cada método.

Patología concomitante (tabla VII)

En un trabajo previo¹ hemos señalado una fuerte asociación entre edad y patología asociada en este grupo de pacientes. También mostrábamos un aumento de la patología hepática crónica con la antigüedad en diálisis.

Tales asociaciones pueden explicar en gran parte las diferencias encontradas en la tabla VII en relación con los modos de tratamiento, teniendo en cuenta la distribu-

ción por edad y los datos sobre antigüedad en diálisis antes señalados.

Sin embargo, no es posible descartar por completo otras influencias. Así, excluidas las hepatopatías crónicas, los pacientes en DPCA presentaban enfermedades crónicas concomitantes en un 34 % de los casos, cuando el porcentaje esperable tras corrección por edad era del 24 %. Los pacientes tratados con HD domiciliaria y trasplante sufrían patologías asociadas en un 25 % inferior a lo esperado por su patrón de edad.

HD en centros satélites (tabla VIII)

Los pacientes que se dializaban en centros satélites eran de edad similar a los de HD hospitalaria. Sin embargo, existía un cierto grado de selección, en cuanto que apreciamos menores porcentajes de enfermedades sistémicas o de diabetes mellitus como etiología de la IRC, y de patología crónica concomitante.

DISCUSION

Un índice de utilización de los puestos de hemodiálisis holgadamente por debajo del nivel de saturación permite afirmar que el acceso de pacientes de IRC al tratamiento no está limitado, en la actualidad, por restricciones en los

TABLA VII

PORCENTAJE DE PACIENTES AFECTOS DE PATOLOGIA ASOCIADA, SEGUN METODO DE TRATAMIENTO

	HD en centro	HD en domicilio	DPI en centro	DPCA	Trasplante
Cardiopatía isquémica	3,4	2,6	7,4	7,5	0,6
Hepatopatía crónica	5,6	2,6	0	4,1	7,3
Patología asociada (todos los diagnósticos) ...	29,1	18,4	22,2	38,1	18,9

TAVLA VIII

COMPARACION DE PACIENTES TRATADOS MEDIANTE HD EN HOSPITALES Y CENTROS SATELITES

	HD en hospital (n = 522)	HD en satélite (n = 616)
Edad media (años)	45,4	45,9
Porcentaje de mayores de 60 años	16,5 %	15,9 %
Enfermedad sistémica como causa de IRC	6,3 %	4,2 %
Diabetes mellitus	2,7 %	1,3 %
Patología crónica asociada	36,61 %	22,7 %

medios de tratamiento. No podemos descartar, sin embargo, que esa limitación haya existido en un pasado reciente, dando lugar a un retraso relativo aún no recuperado. De esa manera se justificaría nuestra prevalencia en tratamiento algo inferior a la del conjunto de España¹. En otro sentido, la ausencia de una correlación entre prevalencia y número de puestos de diálisis tiende a negar la existencia de un «efecto inductivo» de la oferta de tratamiento sobre las tendencias locales en la admisión de enfermos. Más bien podríamos pensar que la amplitud de medios de tratamiento deja margen para cualquier sistemática de selección de pacientes, incluidas las menos exigentes.

El ajuste entre oferta y demanda de tratamiento es parcial, tanto cuantitativa como geográficamente. Así la correlación entre prevalencia e índice de utilización parece señalar hacia una oferta de tratamiento aparentemente rígida, respecto a la que la demanda, regida por otros mecanismos, se adapta variando la intensidad de uso de los puestos. Por otro lado, existe una fuerte concentración de recursos alrededor de los servicios de nefrología de las capitales de provincia. Esto condena a frecuentes y largos desplazamientos a una proporción elevada de los pacientes, con las consiguientes repercusiones sociales y económicas. Todo ello puede ser expresión de un desarrollo no planificado e influido por diversos factores: promoción de centros por la iniciativa particular de los profesionales (o condicionada a su colaboración); tendencia a la creación de unidades sobredimensionadas para rentabilizar el empleo de personas; rentabilidad de la diálisis como estímulo de generación de unidades en competencia, etc.

Los criterios o posibilidades locales parecen los determinantes fundamentales en la distribución de pacientes entre diversos modos de tratamiento. El uso de los métodos domiciliarios no se relaciona con la disponibilidad de puestos de diálisis en centros (que no escasean en ninguna provincia), ni con la lejanía del domicilio del paciente. Observamos que con más frecuencia el desarrollo de programas domiciliarios se produce en servicios que controlan gran número de pacientes. Quizás su mayor volumen de medios y personal haga factible (y rentable) el que una parte de ellos se especialice en llevar adelante la diálisis a domicilio.

La actividad de los centros de trasplante parece haber favorecido preferentemente a los enfermos de su entorno cercano. Tal tendencia ha podido estimular la proliferación de centros de trasplante, algunos de los cuales atienden masas de población muy reducidas.

Existen, pues, diferencias notorias en el acceso de los pacientes a las modalidades de tratamiento más convenientes, en relación con su lugar de residencia. El conocimiento de esta situación debería dar pie a medidas por parte de profesionales y administración, destinadas a elevar el nivel de las zonas más atrasadas. En el caso de la diálisis domiciliaria deberíamos centrarnos en averiguar porqué la mayoría de las unidades pequeñas no consiguen desarrollar programas continuados, y decidir si lo más conveniente es estimular la implantación de nuevos centros de enseñanza o la conexión con centros más antiguos y experimentados. En cuanto al trasplante, es evidente que el problema fundamental sigue siendo aumentar el número de órganos de cadáver obtenidos. Pero al mismo tiempo resulta patente la necesidad de mejorar la coordinación entre provincias, en orden a conseguir un reparto más homogéneo de los riñones disponibles (lo que posiblemente mejoraría también la compatibilidad donante-receptor). A diferencia de la diálisis domiciliaria, descartamos de entrada un incremento en el número de centros de trasplante: ya la situación actual ha conducido a una atomización excesiva de la experiencia, con consecuencias adversas en cuanto a supervivencia de órganos y pacientes³.

Por otro lado, también parece claro que la elección del método de tratamiento se ve influida por las características del paciente.

Con carácter muy genérico y aproximativo podría trazarse un perfil típico del paciente que se escoge para cada método. El procedimiento de base es claramente la hemodiálisis en centro, con la que se mantienen las tres cuartas partes de los pacientes. Es notable la escasa selección a que se someten los pacientes dializados en centros satélites. La DPI es un procedimiento aplicado en una pequeña minoría de pacientes, con carácter probablemente transitorio; se trata sobre todo de mujeres de edad avanzada. La HD en domicilio y el trasplante tienden a reservarse a pacientes jóvenes y parcialmente seleccionados en cuanto a su estado general de salud. La DPCA se usa con más frecuencia en los grupos de edad extremos, portadores de enfermedades causales más letales (sobre todo diabetes) y gravados con más patología asociada.

Estas definiciones nos ayudan a orientarnos sobre el techo de aplicación de cada método, de acuerdo con la tendencia clínica predominante. También habrán de ser tenidas muy en cuenta a la hora de valorar los resultados de cada técnica en cuanto a morbimortalidad.

AGRADECIMIENTO

El Registro de Pacientes Renales de Andalucía es el resultado de la colaboración de todos los profesionales

COMITE DE REGISTRO DE PACIENTES RENALES

de la nefrología de nuestra comunidad autónoma. La Consejería de Salud y Consumo agradece muy especialmente la intervención de los componentes del comité de registro: M. Frutos, J. García Valdecasas, A. Montes, R. Otero, V. Pérez Bañasco, R. Pérez Calderón, G. Rodríguez Algarra, C. Solozábal, F. Tejuca, T. García de Castro (proceso de datos) y M. A. Gentil (coordinación y redacción).

BIBLIOGRAFIA

1. Comité de Registro de Pacientes Renales de la Junta de Andalucía: «La insuficiencia renal crónica en Andalucía. I. Características de los pacientes en tratamiento sustitutivo». Admitido para publicación en *Nefrología*, volumen 4, n.º 1, 1985.
2. WING, A. J.; BROYER, M.; BRUNNER, F. P.; BRYNGER, H.; CHALLAH, S.; DONCKERWOCKE, R. A.; GRETZ, N.; JACOB, C.; KRAMER, P., y SELWOOD, N. H.: «Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe, XII, 1982». *Proc. EDTA*, 20: 2-75, 1983.
3. Secretaría Regional de Andalucía de la O. N. de Trasplante: «Estudio evolutivo de los 307 primeros trasplantes renales». Memoria presentada en la Reunión de Sur Trasplante. Málaga, 1984.
4. «Poblaciones de derecho y de hecho de los municipios españoles. Censo de la población 1981». Ministerio de Economía y Comercio. Instituto Nacional de Estadística. Madrid, 1982.
5. Consejería de Salud y Consumo: «Situación y futuro de la red hospitalaria de Andalucía». Edición: Grupo Editorial Sur, pp. 105-129. Sevilla, 1984.