

# Informe anual del registro de pacientes en diálisis y trasplante renal en España (1988)

M. García García \* y M. Valles \*\*

\* Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. \*\* Residencia Alvarez de Castro. Girona.

El presente informe ha sido elaborado con los datos obtenidos directamente de la base de datos del Registro de la Sociedad Europea de Diálisis y Trasplante —Sociedad Renal Europea— mediante la elaboración de tablas vacías que han servido para tratar temas específicos en esta anualidad. De esta forma se ha podido elaborar un informe con carácter prospectivo previamente determinado.

Como en otros años insistimos en que los datos que se ofrecen proceden de los pacientes registrados, bien sea a través de cuestionarios individuales o a partir de cuestionarios de centros. En este informe comentaremos el grave problema que se avecina para el registro dada la progresiva disminución de la participación de los centros. Este problema se está produciendo tanto en España como en la EDTA.

El contenido del informe de esta anualidad se ha dividido en seis grandes apartados: 1) Examen demográfico general. 2) Enfermedad renal y primaria. 3) Trasplante renal. 4) Hepatitis SIDA. 5) Mortalidad y supervivencia y 6) Conclusiones.

## 1. Examen demográfico general

En la tabla I se recoge un resumen comparativo entre la Comunidad Económica Europea (CEE) y España. Cabe señalar que el número de pacientes tratados por millón de población recogidos en el registro es similar. Como puede observarse, en España la hemodiálisis asistida es mayor que en la CE, habiendo, por el contrario, menor diálisis domiciliaria (25,2 vs 44,4 pacientes/millón de habitantes). Además, constatamos por primera vez que la tasa de pacientes con injerto funcionante por millón de habitantes es mayor en España que en el promedio de la CEE.

En la figura 1 se muestra la evolución de los tipos de tratamiento sustitutivo renal desde el año 1980 al 1988. No se ha incluido la diálisis peritoneal intermitente por no ser generalmente en España un método estable de tratamiento periódico y por representar una cifra muy pequeña. La hemodiálisis asistida, que

en 1980 representaba el 85,2 % de todas las formas de tratamiento, ha pasado en 1988 a representar el 61,6 %. Este descenso ha sido debido al notable auge del trasplante renal, que pasó del 8,6 al 31,1 %. En relación a los métodos domiciliarios, ha habido poco cambio, aunque sí se ha constatado una inversión de la importancia de la DPCA vs hemodiálisis domiciliaria, creciendo la primera y disminuyendo la segunda.

En la figura 2 se comparan entre España y la CE los porcentajes de pacientes en diálisis domiciliaria en relación a la totalidad de aquellos que están en diálisis. El promedio de pacientes de la CE en hemodiálisis domiciliaria era de 5,3 %, con extremos que variaban desde el 0 % en Grecia hasta el 21,3 % en el Reino Unido; asimismo, el porcentaje medio en DPCA de la CE era del 13,8 %, con extremos que variaban desde el 3,1 % en la República Federal Alemana hasta el 45,6 % en el Reino Unido. En España el 2,7 % correspondía a hemodiálisis domiciliaria y el 7,9 % a DPCA. Globalmente la diálisis domiciliaria en la CE era del 19,1 %, con límites desde 1,5 % en Portugal hasta 66,9 % en el Reino Unido. En España se situó en el 10,6 %.

Un tema muy importante que da valor al registro es la participación de los centros. En la figura 3 se recoge la evolución de dicha participación, consta-

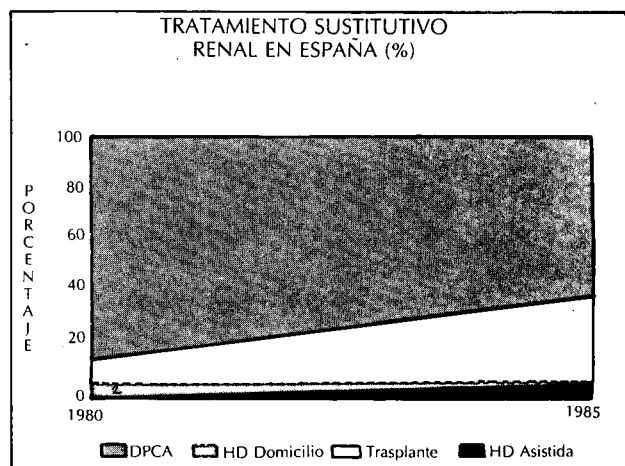


Fig. 1.—Evolución de los distintos tipos de tratamiento sustitutivo renal en España (1980-1988).

Correspondencia: M. García García y M. Valles Prats.  
Comité de Registro de la SEN.  
Apartado de Correos 20.153. Barcelona.

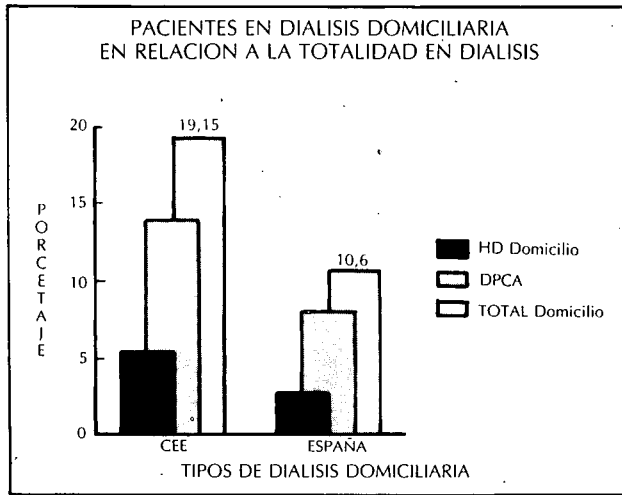


Fig. 2.—Proporción de pacientes en diálisis domiciliaria (DPCA y HD domicilio) en relación a la totalidad de pacientes en diálisis en España y en la Comunidad Económica Europea.

Tabla I. Comparación entre CEE y España (1988)

	CEE	España
Población (millones de habitantes) ...	323,2	38,8
Pacientes/millón de habitantes .....	350,3	351
Pacientes en HD asistida/millón de habitantes .....	202,6	215,7
Pacientes en HD domiciliaria/millón de habitantes .....	17,6	6,4
Pacientes en DPCA/millón de habitantes .....	26,8	18,8
Pacientes con injerto func/millón de habitantes .....	101,3	109,1
Nuevos pacientes/millón de habitantes .....	60,4	57,1

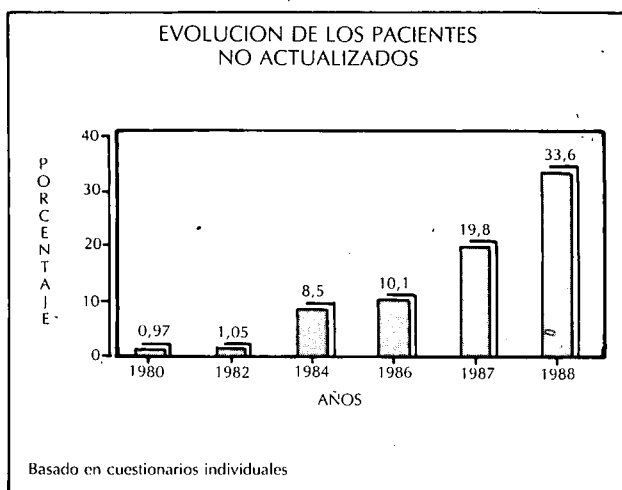


Fig. 3.—Evolución desde 1980 de los pacientes no actualizados en el registro.

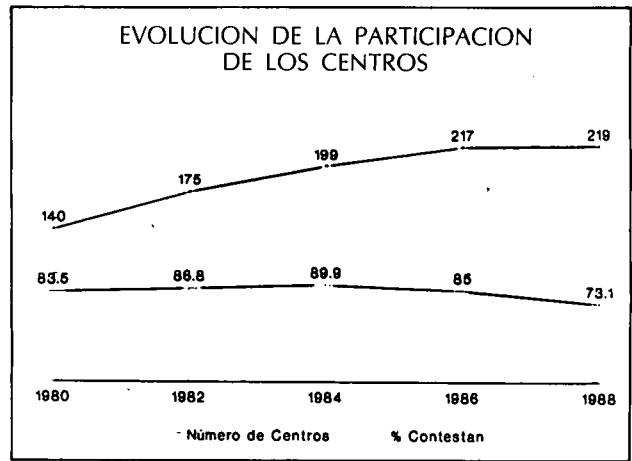


Fig. 4.—Evolución desde 1980 del número de centros registrados y del porcentaje de participación de los mismos.

tándose una apreciable desafección en 1988, en que se sitúa la participación en el 73,1 % de los 219 centros registrados. Asimismo, en la figura 4 se recoge la evolución de los pacientes no actualizados debido a no rellenarse los cuestionarios individuales. El porcentaje en la anualidad de 1988 se situaba en un 33 % de pacientes no actualizados, lo que muestra la importancia de este problema. Se puede inferir, asimismo, que mucha de la información está procediendo de los cuestionarios de centros. Si no se corrige esta tendencia el registro será poco fiable en breve tiempo.

## 2. Enfermedad renal primaria

En esta anualidad hemos intentado examinar con

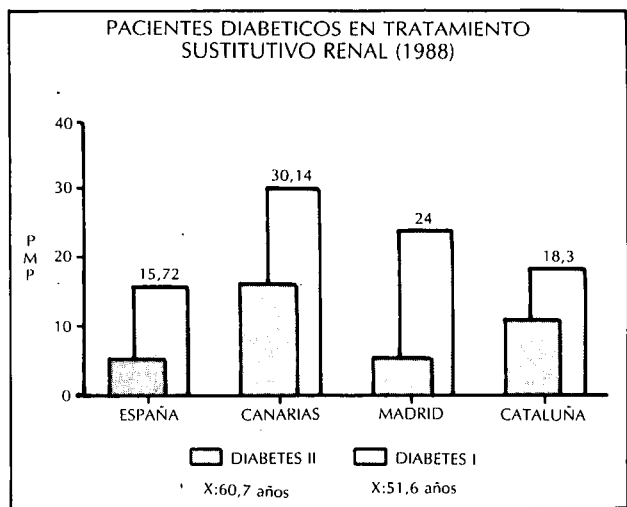


Fig. 5.—Pacientes con diabetes tipo I y tipo II como enfermedad renal primaria en España y algunas autonomías.

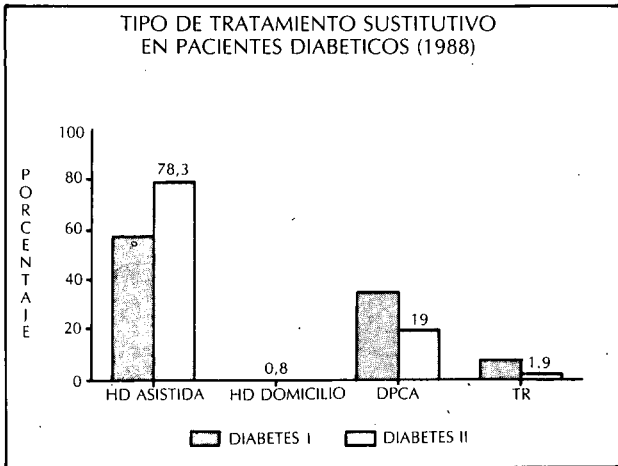


Fig. 6.—Tipo de tratamiento sustitutivo renal en pacientes diabéticos.

mayor profundidad la diabetes, la poliquistosis renal y la amiloidosis como enfermedades primarias de los pacientes que están en tratamiento sustitutivo renal.

**Diabetes**

Desde 1984, en que la EDTA introdujo la subdivisión de la diabetes, hemos visto cómo el número de pacientes diabéticos, tanto del tipo I como del tipo II, ha ido creciendo de forma lenta y progresiva. La diabetes tipo I representa un grupo más numeroso, en la actualidad el 5,3 % de todos los pacientes en tratamiento sustitutivo, y más joven, frente a la diabetes tipo II, que representa el 1,8 % del total, con un promedio de edad más elevado (fig. 5).

Por otro lado se ofrece porcentualmente más DPCA y trasplante renal a los diabéticos tipo I sobre los de tipo II (fig. 6).

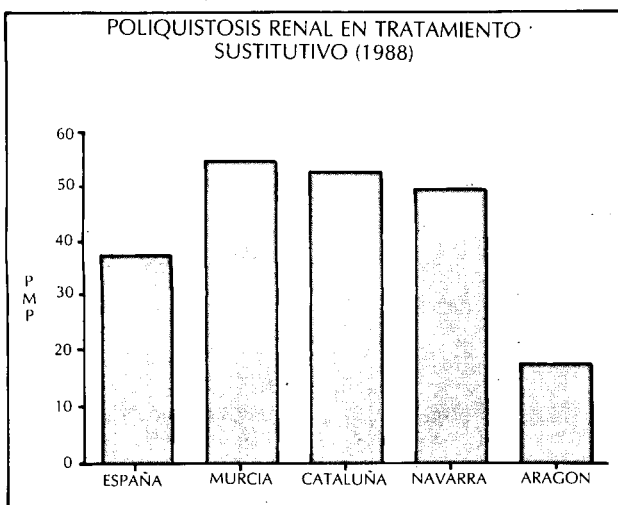


Fig. 7.—Pacientes con poliquistosis renal en tratamiento sustitutivo renal en España y en algunas autonomías.

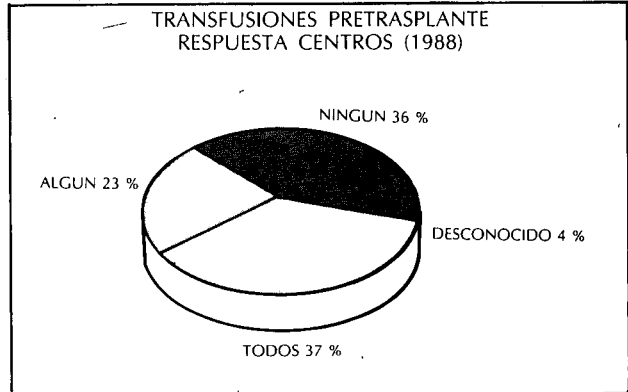


Fig. 8.—Respuesta de los centros sobre la utilización de transfusiones pretrasplante en 1988.

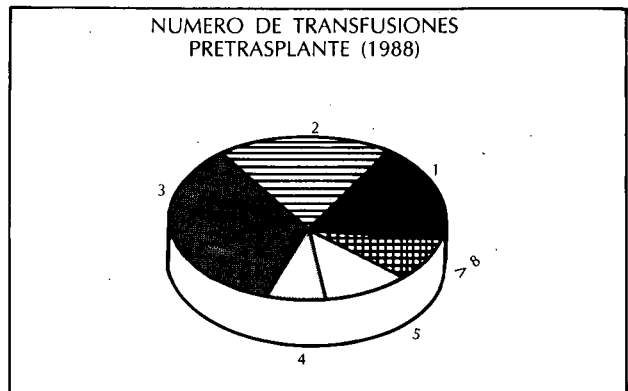


Fig. 9.—Número de transfusiones pretrasplante practicadas en los centros que transfundieron (1988).

**Poliquistosis renal**

Los pacientes con poliquistosis renal, que desarrollan insuficiencia renal con mayor frecuencia, suelen

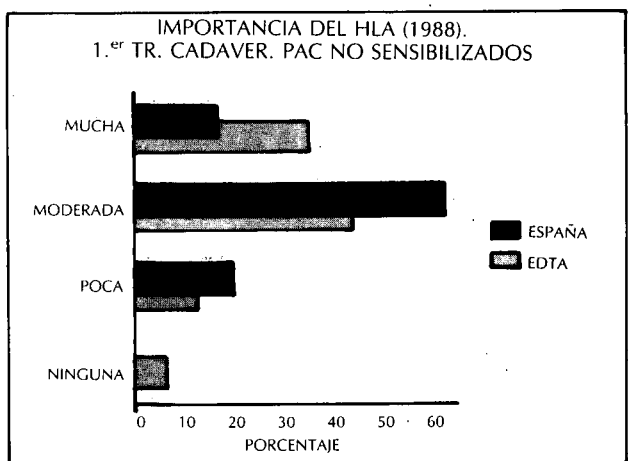


Fig. 10.—Importancia que los centros de España y de la EDTA dan al tipaje HLA para el primer trasplante de cadáver en pacientes no sensibilizados.

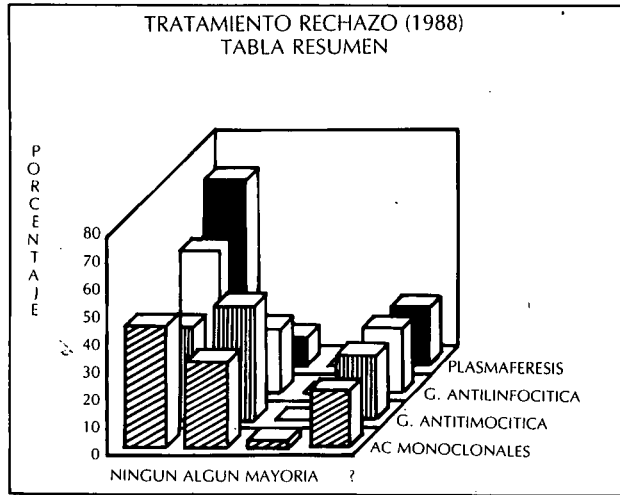


Fig. 11.—Incidencia de diversas terapias específicas en el tratamiento del rechazo en 1988 en España.

llegar a la fase terminal en la quinta década de la vida.—La autonomía de Murcia es la que incluye más pacientes por millón de población (fig. 7). Se tratan alrededor del 15 % de los pacientes y el 3,2 % se tratan con DPCA.

**Amiloidosis**

La nefropatía amiloide terminal sigue tratándose en sus estadios terminales. En España, con una edad media de 54,2 años, los pacientes con amiloidosis representan el 1 % de todos los pacientes en tratamiento sustitutivo. De ellos, un 6 % se benefician del trasplante renal y el 13 % están en DPCA. El grado

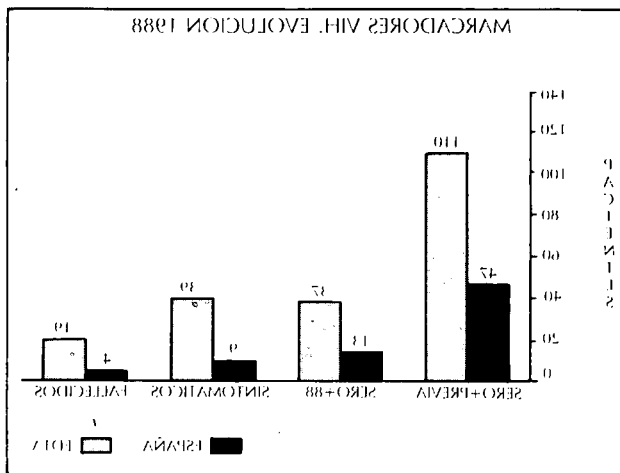


Fig. 12.—Pacientes registrados con infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en tratamiento sustitutivo renal. SERO+PREVIA = Pacientes portadores de anticuerpos VIH anteriores a 1988; SERO+88 = Pacientes portadores de anticuerpos VIH que entraron en tratamiento sustitutivo renal en 1988; SINTOMATICOS = Pacientes vivos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida; FALLECIDOS = Pacientes muertos.

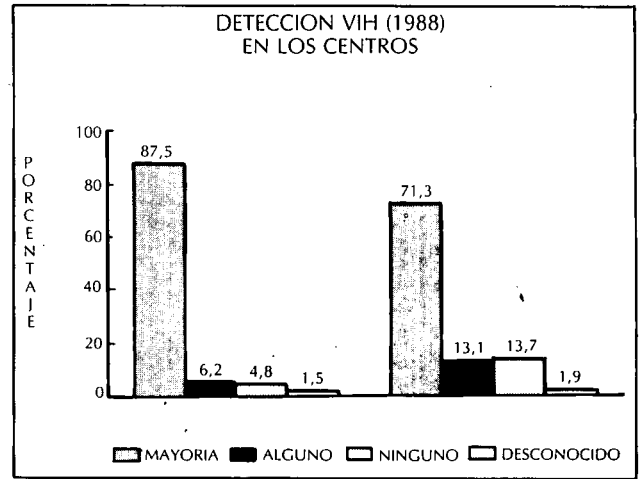


Fig. 13.—Detección del VIH en los pacientes en los centros de España y EDTA en 1988.

de aceptación de pacientes con amiloidosis como enfermedad renal primaria para tratamiento sustitutivo varía enormemente en los diversos países de la EDTA. La escasez de datos no permite un análisis válido para las diversas autonomías.

**3. Trasplante renal**

El número de transfusiones pretrasplante ha descendido de forma clara los últimos años en la mayoría de países europeos. En España se constata que el 37 % de los centros administraron transfusiones pretrasplante a todos sus enfermos en lista de espera (fig. 8). El 53,5 % de los pacientes en programa de transfusiones recibieron entre dos y tres unidades (fig. 9).

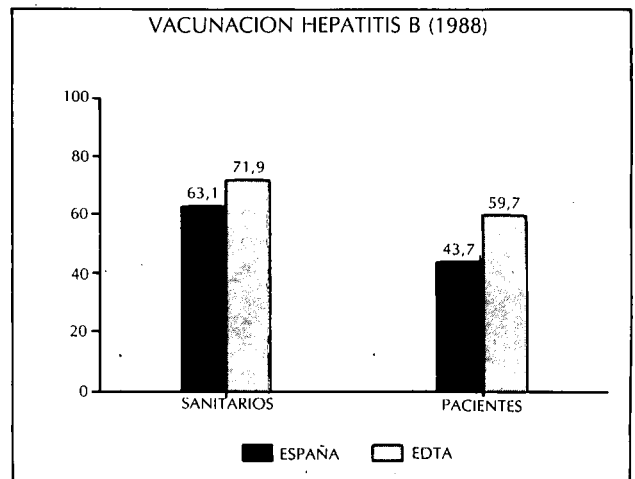


Fig. 14.—Vacunación contra la hepatitis B en los sanitarios y en los pacientes en España y EDTA en 1988.

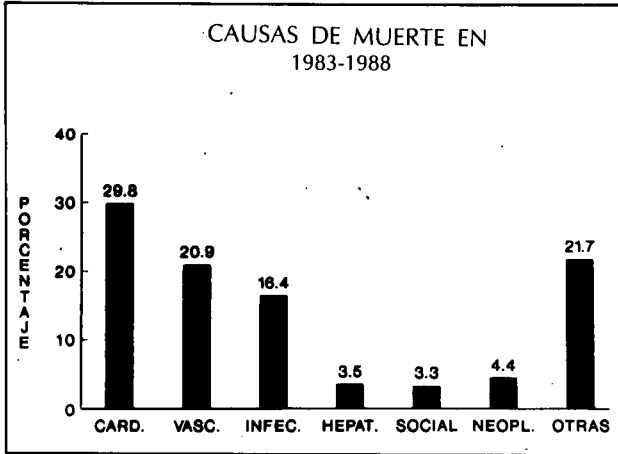


Fig. 15.—Causas de muerte de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal en el período 1983-1988.

En España se sigue valorando de forma moderadamente positiva la importancia del HLA en el primer trasplante de cadáver en pacientes no sensibilizados, aunque globalmente se le dio menor importancia en comparación con el predominio de los países de la EDTA (fig. 10).

En relación a aspectos del tratamiento del rechazo, cabe señalar que tan sólo los anticuerpos monoclonales se han utilizado como tratamiento del rechazo en algún centro en la mayoría de los casos. La globulina antitimocítica, la globulina antilinfocítica y la plasmaféresis sólo se han venido aplicando de forma más esporádica (fig. 11).

#### 4. Hepatitis y SIDA

Llama la atención el elevado número de pacientes con infección del virus de la inmunodeficiencia hu-

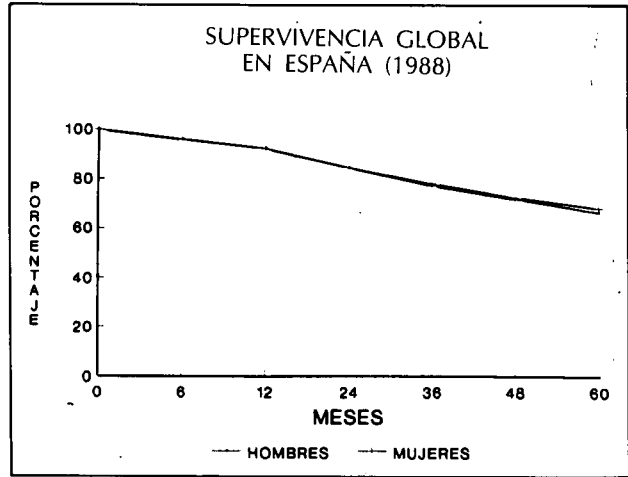


Fig. 17.—Supervivencia global en varones y hembras en 1988 en España.

mana (VIH) registrados en España en comparación con la EDTA (73 vs 252), lo que muy probablemente indica que en muchos países de la EDTA no se indican los pacientes afectados de VIH. En la figura 12 se recogen los pacientes infectados por VIH separados como anteriores a 1988, incluidos en 1988, afectados de SIDA y fallecidos. Los pacientes VIH positivos introducidos durante la anualidad de 1988 y registrados fueron 13, cifra sensiblemente menor a 1987, en que fueron 48.

En la figura 13 se recogen la detección del VIH en los centros, constatándose que sólo una parte mínima de los centros (4,8 %) indica el no control regular en ningún paciente; la situación es sensiblemente mejor en España que en la EDTA, en que se confiesa no practicar detección del VIH en ningún paciente en el 13,7 % de los centros.

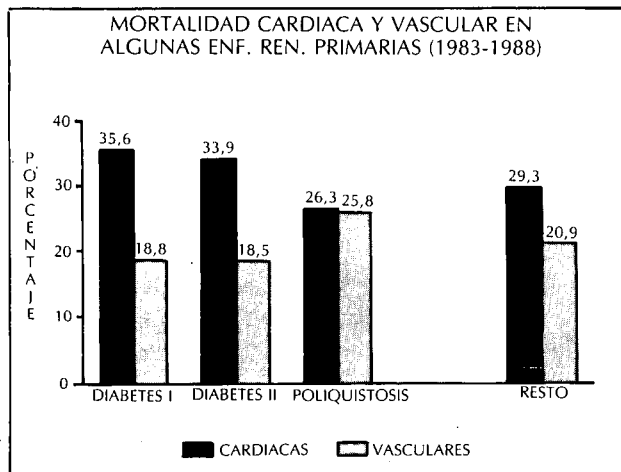


Fig. 16.—Mortalidad atribuida a causa cardíaca y vascular en la diabetes tipo I, tipo II y poliquistosis renal.

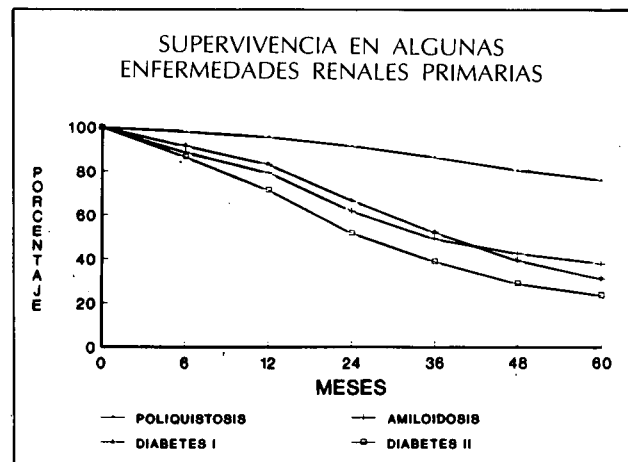


Fig. 18.—Supervivencia en 1988 de pacientes cuya enfermedad renal primaria era poliquistosis renal, diabetes tipo I, diabetes tipo II y amiloidosis.

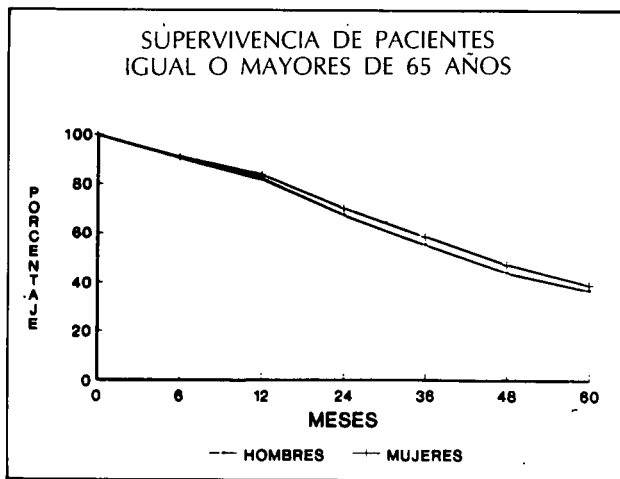


Fig. 19.—Supervivencia en 1988 según sexos de pacientes con edad igual o mayor a sesenta y cinco años.

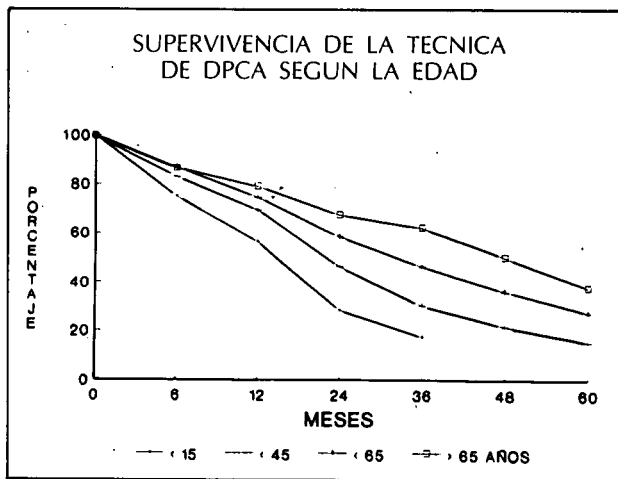


Fig. 20.—Supervivencia de la técnica de DPCA según la edad en 1988.

La situación de la vacunación de la hepatitis B recogida en la figura 14 muestra una peor situación en España que en la EDTA, constatándose en España una vacunación en el personal sanitario en el 63,1 % y en los pacientes en el 43,7 %.

### 5. Mortalidad y supervivencia

Las causas de muerte en el período 1983-1988 se recogen en la figura 15. Las causas cardiovasculares supusieron el 50,7 %. La causa social que supone suicidio y cesación de la terapia dialítica supuso el 3,3 % de todas las causas.

En la figura 16 se recoge la mortalidad cardiovascular atribuida a diabetes, poliquistosis renal y al resto de los pacientes. Cabe señalar que la causa de la muerte cardiovascular fue en todos los casos próxima al 50 %. Hubo un claro predominio de causa de muerte atribuida a origen cardíaco en la diabetes I y II sobre la poliquistosis renal (35,6 y 33,9 % vs 26,4 %).

La supervivencia global en sesenta meses, separando varones y hembras, se recoge en la figura 17. Cabe señalar que la supervivencia a sesenta meses en varones y hembras fue muy similar (67,0 % vs 68,2 %).

En la figura 18 se recoge la supervivencia global en algunas enfermedades renales primarias. Así, mientras que la supervivencia a los veinticuatro meses en la poliquistosis renal era del 91,5 % en la diabetes tipo I era del 66,7 %, en la diabetes tipo II del 51,7 % y en la amiloidosis del 61,9 %. Estas diferencias de la poliquistosis renal con las otras etiologías se marcan mucho más a los sesenta meses, momento en el que la supervivencia de los pacientes con poliquistosis renal es del 75,5 %, mientras que en la dia-

betes tipo I es del 31,0 %, en diabetes tipo II del 23,3 % y en los pacientes con amiloidosis introducidos en tratamiento sustitutivo renal es del 37,7 %.

La supervivencia de los pacientes de edad superior a sesenta y cinco años separados en varones y hembras se recoge en la figura 19. Hubo poca diferencia entre varones y hembras, recogiendo una supervivencia al año del 82,6 y 83,7 % y a los cinco años del 36,8 y 38,8 %, respectivamente.

La supervivencia de la técnica de DPCA, según la edad de inicio de la misma, se recoge en la figura 20. Cabe señalar que la supervivencia de la técnica en los menores de quince años fue corta, muy probablemente por ser trasplantados. La duración de la técnica fue inversa en función de la edad, existiendo un porcentaje mayor en aquellos pacientes de edad mayor o igual a sesenta y cinco años en los que se registraba una persistencia de la técnica a los cuatro años del 50 % y a los cinco años del 37,6 %.

### 6. Conclusiones

1. La difusión del tratamiento sustitutivo renal en España es similar a la Comunidad Económica Europea, existiendo en España menor diálisis domiciliaria y mayor hemodiálisis asistida y trasplante renal.

2. El método predominante de diálisis domiciliaria es la DPCA.

3. Se está constatando una progresiva disminución de la participación de los centros en el registro, que de proseguir puede acabar invalidándolo.

4. La diabetes tipo I se registra como enfermedad renal primaria mucho más frecuente que la diabetes tipo II. Además, porcentualmente se ofrece más DPCA y trasplante renal a los diabéticos tipo I que son más jóvenes.

5. Se constata el descenso de la administración de transfusiones pretrasplante renal.

6. En España se valora de forma moderadamente positiva la importancia del HLA en el primer trasplante de cadáver en pacientes no sensibilizados.

7. En España se sigue registrando un elevado número de pacientes VIH positivos en comparación con la EDTA, practicándose el control de anticuerpos VIH en más del 95 % de los centros.

8. En la diabetes tipo I y II la mortalidad atribuida a causa cardíaca es superior a la que se presenta en

los pacientes con poliquistosis renal y la causa cardíaca general del registro.

9. La supervivencia es bastante similar en varones y hembras.

10. La supervivencia de los pacientes con poliquistosis renal a los cinco años es mejor que la general del registro, mientras que la supervivencia de los pacientes con diabetes tipo I, tipo II y amiloidosis es mucho peor.

11. La supervivencia de la técnica de DPCA es mayor cuanto mayor es la edad del paciente.

## TRASPLANTE RENAL EN ESPAÑA 1990

### EVALUACION ACTIVIDAD SEMESTRAL

	<u>1.º semestre/89</u>	<u>1.º semestre/90</u>	<u>Aumento %</u>
I. ZONA NORTE			
GALICIA .....	36	34	
ASTURIAS .....	8	16	
CANTABRIA .....	10	30	
PAIS VASCO .....	35	34	
EBROTRASPLANTE .....	19	11	
TOTAL .....	108	125	16
II. CATALUÑA-BALEARES			
CATALUÑA .....	105	144	
BALEARES .....	—	5	
TOTAL .....	105	149	42
III. COMUNIDAD VALENCIANA			
TOTAL .....	48	62	49
IV. ZONA CENTRO			
MADRID .....	103	125	
CASTILLA-LEON .....	3	8	
MURCIA .....	3	8	
TOTAL .....	109	141	29
V. ZONA SUR			
ANDALUCIA .....	57	81	42
VI. CANARIAS			
TOTAL .....	27	24	—
TOTAL DEL ESTADO .....	454	582	28

Datos proporcionados por la Organización Nacional de Trasplantes.