

376

10 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE CATALUÑA (RMRC)

Vela E, Cárries M, Bosch A, Barba G y Comité del Registro de Enfermos Renales (RMRC). Servicio Catalán de la Salud. Generalidad de Cataluña. Barcelona. 08025 España.

Objetivos:

Describir los cambios observados en la población en tratamiento sustitutivo renal (TSR) desde el inicio del Registro y la existencia del Programa de Atención a la insuficiencia renal.

Material y métodos:

Es un registro de base poblacional, creado en 1984. En la actualidad hay cerca de 1.500 pacientes registrados. Se ha utilizado la prueba de χ^2 para las variables cualitativas y el método anual para el análisis de la supervivencia.

Resultados:

	1984	1992	Significación
Incidencia			
Pacientes >64 años	98 (21,8%)	312 (46,2%)	p<0,0001
Prevalencia			
Pacientes >64 años	311 (14,3%)	1.487 (32,2%)	p<0,0001
Pacientes en diálisis	1.752 (80,7%)	2.854 (62,7%)	p<0,0001
Pacientes con un injerto funcionando	420 (19,3%)	1.624 (36,3%)	p<0,0001
Pacientes dializados en su propia RS**	1.280 (74,4%)	2.414 (64,8%)	p<0,0001
Tasa de TSR rural (< 10.000 hab.)	301,33 pmp*	222,36 pmp*	1984-1992
Tasa de TSR urbana (>10.000 hab.)	404,33 pmp*	443,06 pmp*	p<0,0001
Actividad de trasplante renal			
Pacientes trasplantados >55 años	69 (6,7%)	330 (22,2%)	p<0,0001
Pacientes diabéticos trasplantados	35 (3,4%)	87 (5,8%)	p<0,0001
Supervivencia			
Del enfermo diabético	1r año	0,786	0,805
	3r año	0,465	0,545
Del enfermo trasplantado	1r año	0,939	0,966
	5º año	0,887	0,919
Del injerto	1r año	0,779	0,860
	5º año	0,593	0,701

* pmp: por millón de población. ** RS: Región Sanitaria de residencia.

Conclusiones:

Los cambios ocurridos en este periodo muestran una mejora en la atención de los pacientes con insuficiencia renal terminal, en relación a la equidad medida en términos de accesibilidad para la población rural y a la calidad de vida a través del incremento de la tasa de trasplante, ofreciendo mayores oportunidades para los ancianos y los enfermos diabéticos.

378

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL (TSR) Y MORTALIDAD EN LA NEFROPATIA DIABETICA. AM Castella, MT González, C Vinzia, E Andrés, JM Griño, JM Cruzado, J Soler, J Alsina. Hospital Bellvitge. Barcelona.

La nefropatía diabética (ND) es hoy día una causa creciente de entrada de pacientes en TSR. Desde que iniciamos el seguimiento de los pacientes con ND en Enero de 1978 hasta Diciembre de 1993, hemos controlado a 394 diabéticos, 94 DMID y 300 DMNID

	DMID	DMNID
Edad inicio Diabetes M	20,6±8	50,6±10
Edad inicio nefropatía	36,2±11	59,6±10
Edad inicio IRC	40,7±11	60,7±9
Edad IRC terminal	41,8±11	61,7±8
Hemodialis HD	37	52
Diálisis perit.(DPCA, DPI)	8	18
HD-DP (cambio de técnica)	4	3
Trasplante renal	18* (20 TR)	4
T Doble R-Páncreas	9	-
Total pacientes en TRS	51* (54%)	73 (24%)
Pacientes fallecidos	52 (55%)	114 (38%)
" " pre TRS	16 (17%)	76 (25%)
Edad al éxito	43±11	66±8
Causa cardiovascular	13	13
AVC	2	5
infecciones	10	8
desconocida-otras	19	68

En resumen 124 pacientes (32%) han recibido TRS (*incluyendo 2 TR antes de diálisis). Dieciséis pacientes DMID y 76 DMNID fallecieron antes de llegar a la IRC, por causas intercurrentes. De los pacientes DMID han fallecido 17 en HD, 7 en DPCA, 2 en HD-DPCA, 10 en TR. De los DMNID han fallecido 26 en HD, 12 en DPCA. Hemos establecido una correlación entre la creatinina en el momento de la primera consulta en Nefrología y la mortalidad. DMID: mortalidad si creat. <178 $\mu\text{mol/l}$: 36%, si creat >178: 62,4%. DMNID: si creat <178 $\mu\text{mol/l}$: 36%, si creat >178: 64%. Creemos que debe intensificarse la prevención de la ND en las fases más incipientes de la misma, cuando aún podemos actuar intentando frenar la nefro y angiopatía diabéticas.

37

DOCE AÑOS DE PROGRAMA DE DIALISIS: CAMBIOS EN LA EDAD, DIAGNOSTICO Y MORTALIDAD.

D. Arza, R. Romero, D. Novoa, V. Arcocha, X.M. Lens, R. Alonso, L. Mouzo, D. Sanchez-Guisande.

Servicio de Nefrología. Hospital Xeral de Galicia. Santiago de Compostela España.

El porcentaje de pacientes mayores de 65 años de edad que inician programa de diálisis esta aumentando progresivamente tanto en Europa como en EEUU y ello conlleva un cambio en las causas de IRC con un aumento progresivo de la Nefroangiosclerosis (NA) y Nefropatía Diabética. (ND).

Para estudiar este fenomeno en nuestra zona hemos analizado los pacientes que iniciaron diálisis en nuestra área sanitaria (poblacion actual de 461.000 habitantes, 1 centro de referencia y 2 centros

satélites) desde 1982 a 1993 evaluando la edad de inicio, sexo, poblacion mayor de 65 años, enfermedad renal de base, causa de exitus y supervivencia. Los resultados por trienios han sido:

	1982-84	1985-87	1988-90	1991-93
Pacientes	58	70	96	126
Edad (años)	45±14,8	53±14,9	55±15,5	56±16,9
Edad >65	5(9%)	18(26%)	25(26%)	47(37%)
Causa IRC				
Diabetes	4(7%)	12(17%)	16(17%)	22(18%)
HTA	3(6%)	5(7%)	10(10%)	14(11%)
Causa Exitus				
Infeccion	4(17%)	4(11%)	8(23%)	4(18%)
Cardiovascular	7(30%)	14(38%)	14(41%)	8(36%)
Abandono HD	2(9%)	4(11%)	9(26%)	4(18%)
Supervivencia				
1 año	91%	83%	84%	85%

En conclusión: 1: Se aprecia un progresivo aumento en la edad de inicio y en el numero de pacientes que entran en diálisis. 2: El porcentaje de pacientes mayores de 65 años ha aumentado progresivamente desde el 9% en 1982-84 hasta el 37% en 1991-93. 3: La prevalencia de NA de un 7% en el primer trienio ha pasado a un 11% en el último, mientras que la ND permanece estable en el 17% desde 1985-87 y 4: La mortalidad ha aumentado y el abandono de diálisis ha pasado a ser la segunda causa de muerte entre 1991-93.

37

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO INTEGRADO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN DIABETICOS: RESULTADOS DE UN CENTRO.

C. Dall'Anese, R. Pérez García, F. Gómez Campdera, M.S. García de Vinuesa, F. Anaya, F. Valderrábano. Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de los distintos tipos de tratamiento sustitutivo de la IRC (TSIRC) en Diabéticos. Se estudió en forma retrospectiva la evolución de todos los Diabéticos admitidos para TSIRC en nuestro Servicio durante 16 años (1978 a 94). En dicho periodo han sido tratados 104 diabéticos: 59 (56,7%) varones y 45 (43,3%) mujeres; 87 (84%) DBT Tipo I y 17 (16%) Tipo II; edad media de inicio del TSIRC de 51,6±13,3 años. El TSIRC inicial fue la HD convencional en 70 pacientes (67%), de los cuales 48 (46%) fueron HD Hospitalaria, 18 (17,3%) en centros satélite y 4 (3,8%) Domiciliaria. La DPCA fue el 2º TSIRC inicial en frecuencia, con 34 pacientes (33%). Ningún paciente recibió un trasplante (Tx) como TSIRC inicial. No se encontraron diferencias significativas en la elección del TSIRC inicial con respecto a sexo o tipo de DBT. Con respecto a edad, los pacientes cuyo primer TSIRC fue DPCA eran significativamente más jóvenes que el resto (p<0,01). En el periodo estudiado hubo 48 cambios de TSIRC, y 30 pacientes (29%) recibieron un Tx. El tiempo total en TSIRC ha sido de 44,46±40,80 meses (33,78±38 en HD, 21,3±14,7 en DPCA y 39,17±37,23 en Tx). En cuanto a complicaciones el 85% de los pacientes presentaron alteraciones visuales, y el 37% cardiovasculares (ACV, IAM). Hubo 8 pérdidas de seguimiento (7,7%) y fallecieron 42 pacientes (40,4%) de los cuales 24 estaban en HD (58,5%), 13 en DPCA (31,7%) y 4 trasplantados (9,75%). Las causas de muerte fueron, por frecuencia: infecciones (24%), y vasculares (19%). Hubo una asociación significativa entre el tipo de TSIRC inicial y la mortalidad, con tendencia a haber mayor cantidad de muertes entre los pacientes cuyo primer TSIRC fue la HD Hospitalaria. Esto se puede deber a una selección de los pacientes con mayor cantidad de complicaciones, o mayor edad, para ser dializados en la Unidad Hospitalaria. La supervivencia actuarial a los 3 años fue del 72% globalmente. No hubo diferencias en la supervivencia entre los distintos TSIRC. Sólo fue significativamente mayor en los pacientes que recibieron un Tx con respecto a los que permanecieron en diálisis. Esto puede deberse a una selección de los pacientes candidatos a Tx.

Conclusiones: a pesar de la mayor comorbilidad, el TSIRC en diabéticos es efectivo y necesario. El gran número de cambios de modalidad terapéutica habla a favor de ofrecer todos los tipos de TSIRC a estos pacientes.