

ESTADISTICA

Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1993. Comité de Registro de la SEN

V. Barrio

Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción

Este informe del Comité de Registro de Diálisis y Trasplante de la SEN presenta los datos relativos a la situación de la insuficiencia renal crónica (IRC) en España a 31 de diciembre de 1993. Como en años previos, ha sido elaborado a partir de la base de datos de enfermos renales del Registro de la EDTA en Londres actualizada hasta el 31 de diciembre de 1992 y de los cuestionarios de centros de 1993. Debido al importante porcentaje de ausencia de respuesta al cuestionario de centros en 1993 (fig. 1), similar a años previos, así como por el creciente número de pacientes cuya información no ha sido actualizada en los últimos años, como se muestra para el cuestionario de pacientes actualizado hasta el 31 de diciembre de 1992 para el caso particular de España (fig. 2), se ha optado al elaborar el presente informe a renunciar a la exhaustividad de informes previos no presentando en particular datos regionales ni de la población pediátrica. Alguno de los datos presentados han sido corregidos o completados cuando ha sido posible con los publicados por otros registros u organismos oficiales^{1,2}.

Se presentan datos de demografía comparada de la insuficiencia renal crónica (IRC) en España con la CEE y EDTA, utilización de recursos disponibles, situación del trasplante renal y curvas de supervivencia para cada modalidad de tratamiento. También se incluye información relativa a la situación actual de

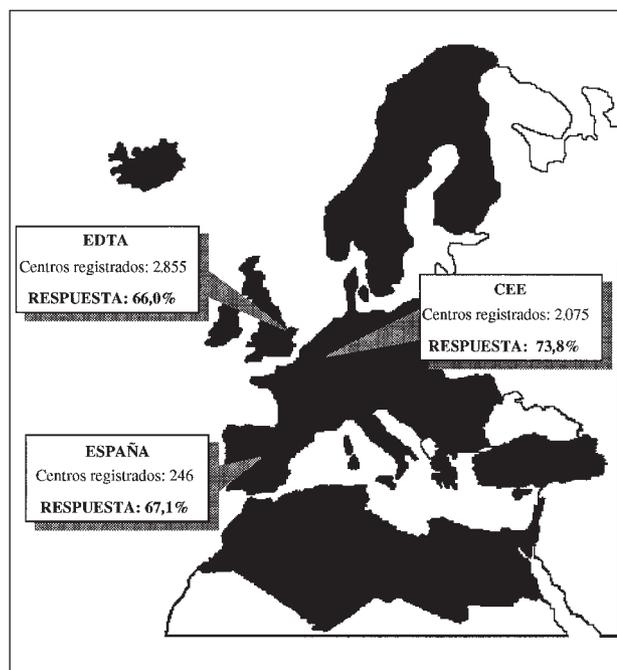


Fig. 1.—Porcentaje de respuesta al Cuestionario de Centros de 1993 del Registro de la EDTA.

la infección por virus de la hepatitis C (VHC) en los pacientes en hemodiálisis, pautas de aislamiento y a la utilización de eritropoyetina humana recombinante, vitamina D, quelantes de fósforo y concentración de calcio en el líquido de diálisis.

Los datos corregidos por unidad de población se dan como tasas específicas no estandarizadas por millón habitantes, utilizando el censo de población de 1991 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Correspondencia: Dr. V. Barrio.
Hospital Príncipe de Asturias.
Ctra. de Alcalá-Meco, s/n.
28805 Alcalá de Henares (Madrid).
Recibido: 25-V-96.
Aceptado: 22-V-96

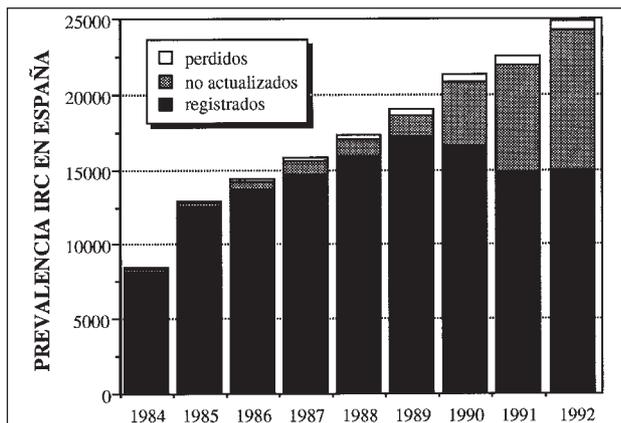


Fig. 2.—Evolución de la calidad de respuesta a los cuestionarios de pacientes con IRC del Registro de la EDTA en los últimos años para España.

DEMOGRAFIA DE LA IRC EN ESPAÑA

Incidencia

En 1993 iniciaron tratamiento sustitutivo de IRC en España 2.579 nuevos pacientes. La tasa de incidencia para España en 1993 (66,0 pmp) es similar a la del año anterior (65,4 pmp), inferior a la del conjunto de los países que integran la CEE (81,4 pmp) y superior a la global de la EDTA (54,6 pmp) para el año 1993.

Prevalencia

La prevalencia de la IRC en tratamiento sustitutivo en España estimada por el Registro de la EDTA a finales de 1993 es de 23.342 pacientes (598 pmp), con un importante ascenso con respecto a los datos del año anterior (421 pmp), mientras que las cifras para la CEE (460 pmp) y la EDTA (296 pmp) muestran un discreto aumento con respecto a años previos³.

En la figura 3 se presentan los números absolutos y las tasas de incidencia y prevalencia corregidas por millón de población para España, la CEE y EDTA en 1993. Nuevamente se insiste en la precariedad de las cifras dada la ausencia de respuesta de entre el 25 y 35 % de los centros registrados.

Evolución de la edad del paciente con IRC

La edad media de los pacientes nuevos adultos (mayores de 15 años) con IRC al inicio del tratamiento sustitutivo en España y en la EDTA ha ido aumentando progresivamente desde 1977 (41,6 y 45,8 años, respectivamente) hasta 1992 (57,7 y 57,4 años)

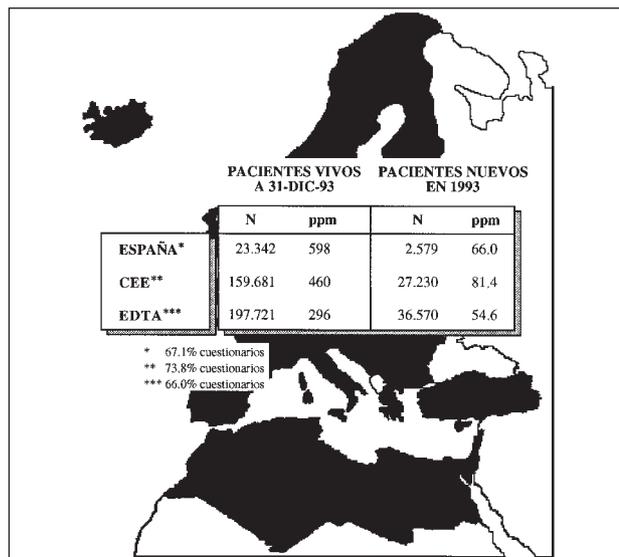


Fig. 3.—Incidencia en 1993 y prevalencia de IRC a 31 de diciembre 1993 en España, CEE y EDTA en números absolutos y corregidas por millón de población.

según se refleja en la figura 4. El porcentaje de pacientes mayores de 65 años ha pasado del 9 % en el año 1977 al 37 % en 1992 para el conjunto de la EDTA¹. Las mismas cifras para los Estados Unidos de Norteamérica son aún más llamativas: con una prevalencia de 794 pmp para 1992, la edad media de los pacientes alcanzaba los 63 años y un 17 % eran mayores de 75 años⁴. Se mantienen, sin embargo, importantes diferencias en la edad media de los pacientes según las modalidades de tratamiento tanto en España como en la EDTA (fig. 5), siendo de destacar la homogeneidad de los datos salvo para la diálisis peritoneal intermitente (DPI), así como los cerca

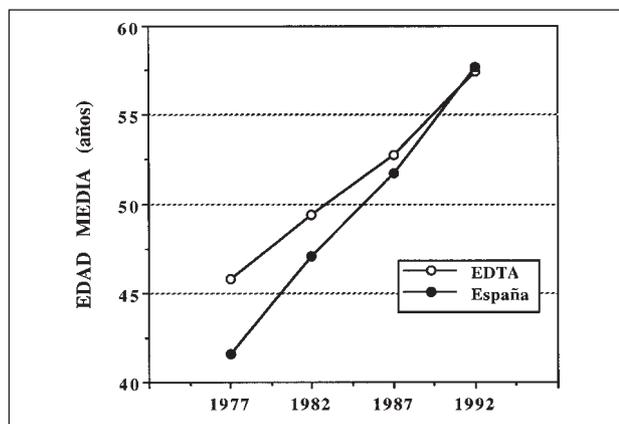


Fig. 4.—Evolución de la edad media de pacientes adultos al inicio del tratamiento sustitutivo por IRC en España y la EDTA desde 1977 a 1992.

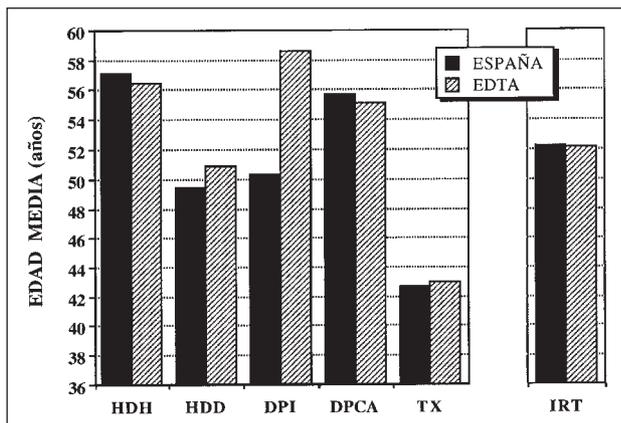


Fig. 5.—Edad media de los pacientes vivos a finales de 1992 según el tipo de tratamiento en España y en la EDTA (HDH: hemodiálisis hospitalaria, HDD: hemodiálisis domiciliaria, DPI: diálisis peritoneal intermitente, DPCA: diálisis peritoneal continua ambulatoria, TX: trasplante renal).

de 15 años de diferencia entre la edad media de los pacientes en hemodiálisis hospitalaria (HDH) frente a los portadores de un trasplante renal (Tx).

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EL MODO DE TRATAMIENTO

La distribución a finales de 1993 de los pacientes con IRC en España, la CEE y la EDTA en los diferentes modos de tratamiento se refleja en la figura 6 co-

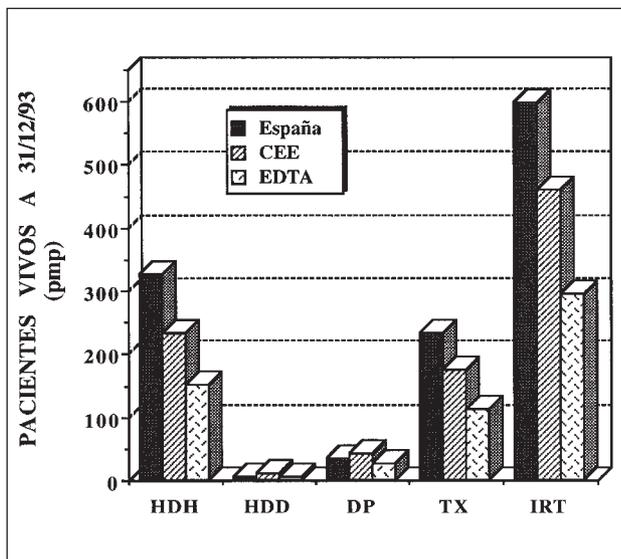


Fig. 6.—Distribución de pacientes en tasas corregidas por millón de población en los distintos modos de tratamiento a finales de 1993 en España, la CEE y la EDTA (HDH: hemodiálisis hospitalaria, HDD: hemodiálisis domiciliaria, DP: diálisis peritoneal, TX: trasplante renal, IRT: insuficiencia renal terminal).

mo tasa corregida por millón de habitantes (hemodiálisis hospitalaria HDH: 327 pmp en España, 234 pmp en la CEE, 153 pmp en la EDTA; diálisis peritoneal DP: 35 pmp en España, 41 pmp en la CEE, 26 pmp en la EDTA; Tx funcionante: 233 pmp en España, 176 pmp en la CEE, 112 pmp en la EDTA). La utilización de los diferentes modos de tratamiento varía en función de la edad del paciente con IRC como se refleja en números absolutos o en valores porcentuales para la población con IRC en España en las figuras 7 y 8, respectivamente.

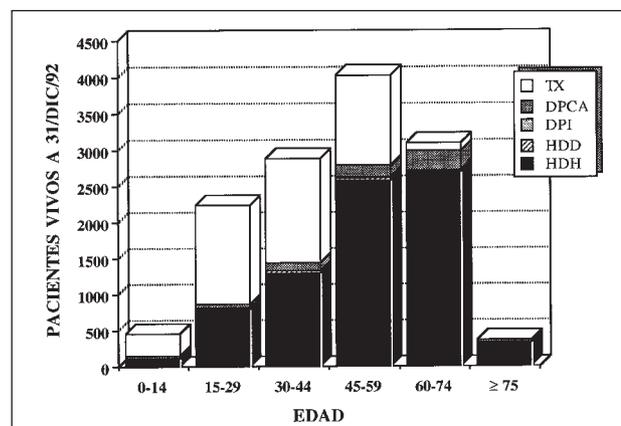


Fig. 7.—Distribución en números absolutos de pacientes en diversos modos de tratamiento de la IRC en España en función de la edad.

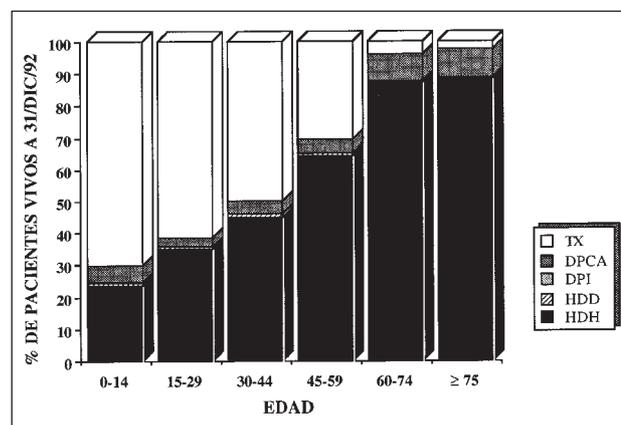


Fig. 8.—Distribución porcentual de pacientes en diversos modos de tratamiento de la IRC en España en función de la edad.

ENFERMEDAD RENAL PRIMARIA

Las causas de la IRC en pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo en España varían en función de la edad, como se muestra en las figuras 9, 10 y 11, que presentan los datos de la población global con

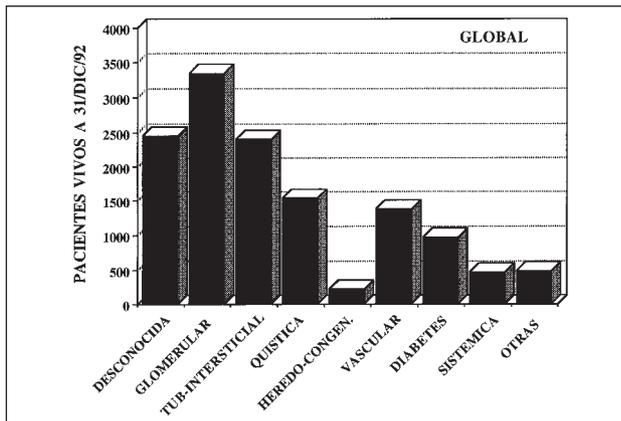


Fig. 9.—Prevalencia global de pacientes en tratamiento sustitutivo a finales de 1992 en España en función de la etiología de la IRC.

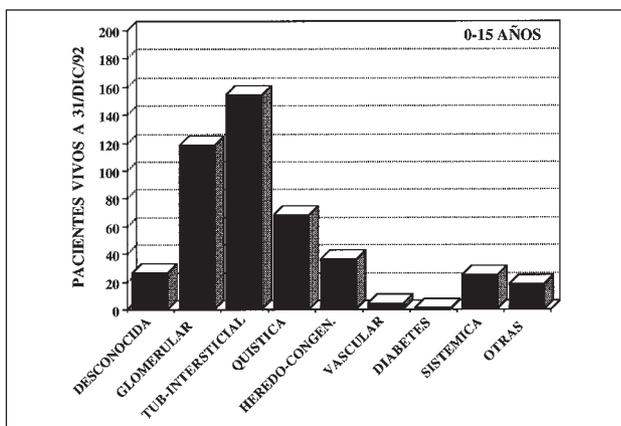


Fig. 10.—Prevalencia de pacientes pediátricos (menores de 15 años) en tratamiento sustitutivo a finales de 1992 en España en función de la etiología de la IRC.

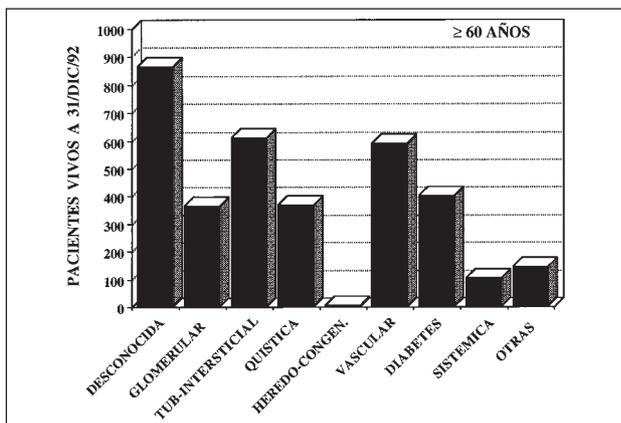


Fig. 11.—Prevalencia de pacientes adultos mayores de 60 años en tratamiento sustitutivo a finales de 1992 en España en función de la etiología de la IRC.

IRC, de los pacientes pediátricos (menores de 15 años) y de aquellos mayores de 60 años, respectivamente.

TRASPLANTE RENAL

El número de trasplantes renales realizados en España en 1993 fue de 1.488 (15 de donante vivo y 59 en receptores pediátricos), lo que representa 38,4 trasplantes por millón de habitantes (fig. 12), cifra muy superior a la de la CEE (27,3 pmp) o a la del conjunto de la EDTA (18,2 pmp) a pesar del mayor porcentaje de trasplantes de vivo en estos últimos (9 y 15 %, respectivamente). La prevalencia de trasplantes renales funcionantes a finales de 1993 (fig. 13) en España era de 233 pmp, mayor que la de la CEE (176 pmp) y el doble que la de la EDTA (112 pmp). En las

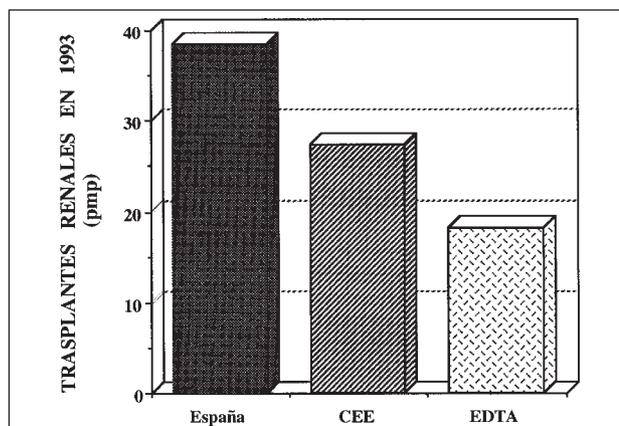


Fig. 12.—Trasplantes renales realizados en 1993 corregidos por millón de población en España, la CEE y la EDTA.

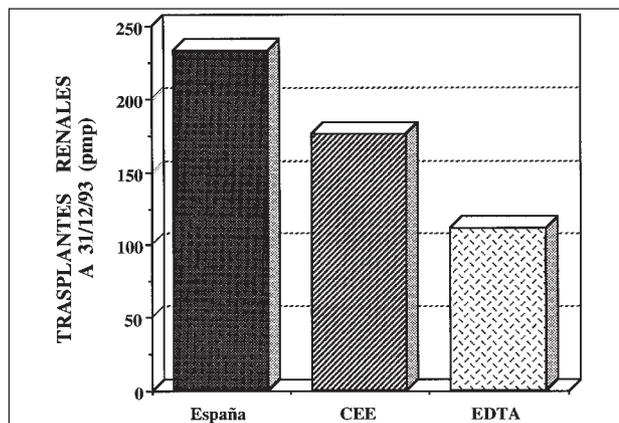


Fig. 13.—Prevalencia de trasplantes renales funcionantes a finales de 1993 corregida por millón de población en España, la CEE y la EDTA.

figuras 14 y 15 se muestran los porcentajes de centros que desechan injertos de donantes Ag HBs o VHC +, respectivamente, o bien los utilizan para receptores con marcadores positivos para los virus de hepatitis B y C. La infección por *Pneumocistis carinii* en los pacientes trasplantados en 1993 es inferior al 2 % en más del 80 % de los centros de España, la CEE o la EDTA (fig. 16), y sólo un 35 % de los centros refieren utilizar profilaxis frente al *Pneumocistis carinii* en la mayoría o en algunos pacientes portadores de un injerto renal (fig. 17).

VIRUS DE LA HEPATITIS C

Sólo el 2,0 % de los centros en España frente al 3,7 % en la CEE y al 10,3 % en la EDTA, no realizaron en el año 93 de forma sistemática o en pacientes seleccionados la serología frente al virus de la hepatitis C (VHC) en los pacientes con IRC (fig. 18). A finales de 1993, la prevalencia de marcadores serológicos

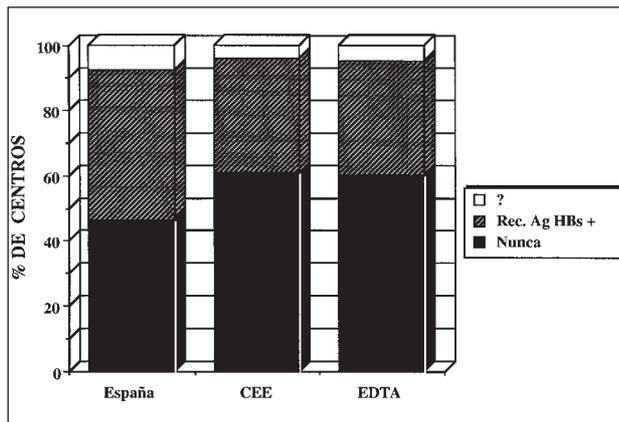


Fig. 14.—Utilización de riñones de donantes Ag HBs + en España, la CEE y EDTA.

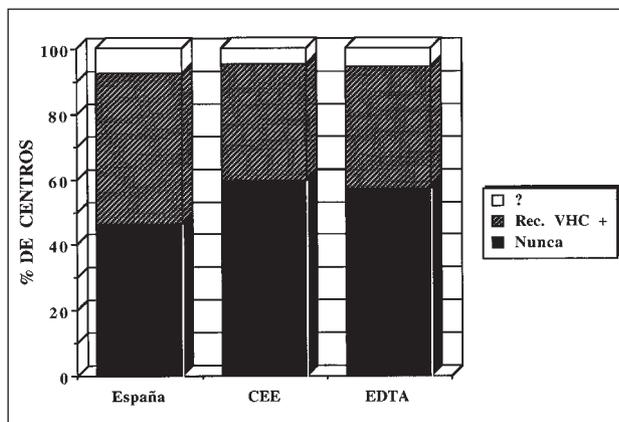


Fig. 15.—Utilización de riñones de donantes VHC + en España, la CEE y EDTA.

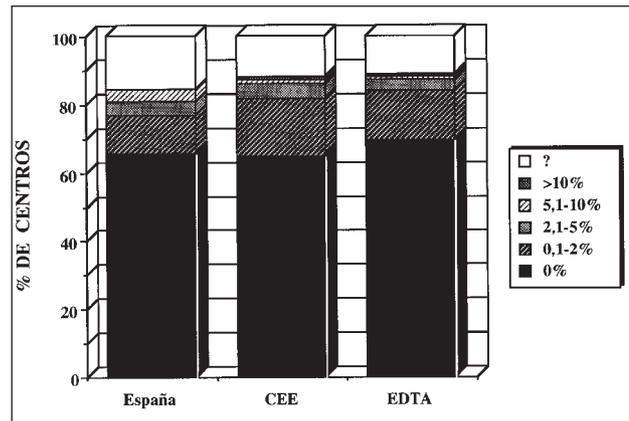


Fig. 16.—Infección por *Pneumocistis carinii* en los trasplantes realizados en 1993 en España, la CEE y la EDTA.

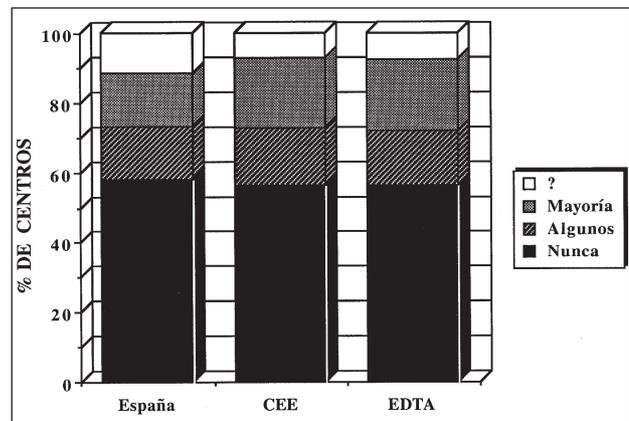


Fig. 17.—Profilaxis frente a *Pneumocistis carinii* en pacientes con trasplante renal en 1993 en España, la CEE y la EDTA.

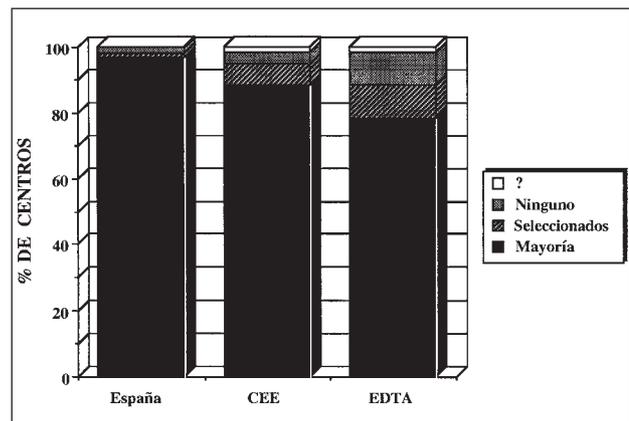


Fig. 18.—Determinación de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C en pacientes con IRC en 1993 en España, la CEE y la EDTA.

cos positivos para el virus de la hepatitis C en los pacientes con IRC en programa de hemodiálisis crónica

fue de 24,7 % en España frente al 13,8 % en la CEE y al 15,1 % en la EDTA (fig. 19). Existen importantes diferencias regionales en la seroprevalencia frente al VHC. Mientras la mayoría de los países de la cuenca mediterránea presentan altas tasas de seroprevalencia (entre 25 y 30 %) al igual que los países del este de Europa, en el resto de Europa las cifras son muy inferiores (Suecia y Alemania 8 %, Inglaterra 3 %). La magnitud del problema^{5,6}, así como la reciente evidencia de infección cruzada entre pacientes en hemodiálisis⁷, están propiciando la adopción de medidas de aislamiento de pacientes en programa de hemodiálisis periódica con marcadores positivos para el virus de la hepatitis C. Las figuras 20 y 21 reflejan la política de aislamiento frente al VHC en 1993 de los centros en España, la CEE y la EDTA: diferente monitor en diferente sala de hemodiálisis (7 % en España frente al 20 % en la CEE y 16 % en la EDTA)

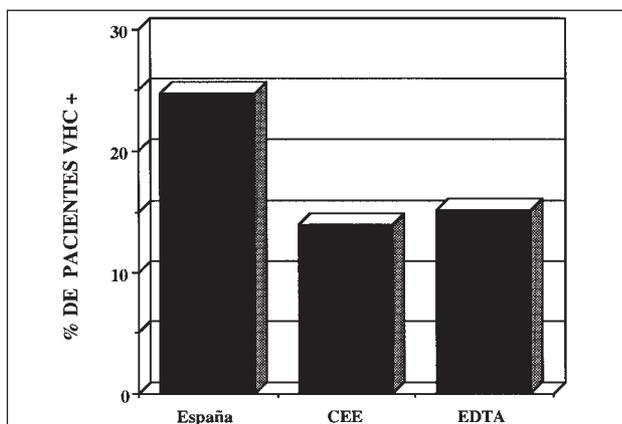


Fig. 19.—Prevalencia a finales de 1993 de pacientes con IRC en programa de hemodiálisis crónica con marcadores serológicos positivos para VHC en España, la CEE y la EDTA.

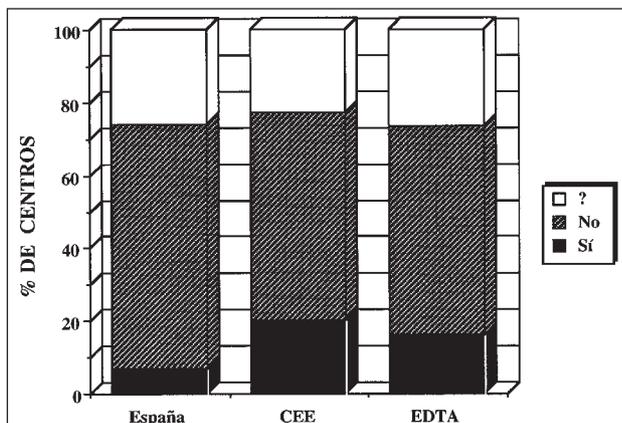


Fig. 20.—Aislamiento frente al VHC en 1993 de los centros en España, la CEE y la EDTA: diferente monitor en diferente sala de hemodiálisis.

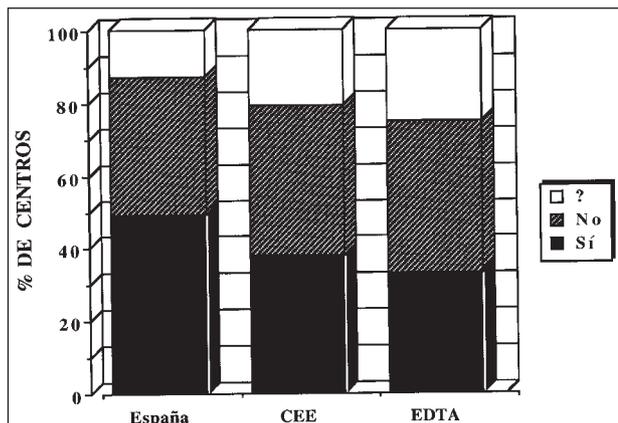


Fig. 21.—Aislamiento frente al VHC en 1993 de los centros en España, la CEE y la EDTA: diferente monitor en la misma sala de hemodiálisis.

versus diferente monitor en la misma sala de hemodiálisis (49 % en España frente a 38 % en la CEE y 33 % en la EDTA); hay que resaltar nuevamente la ausencia de respuesta en el 20 al 25 % de los centros.

UTILIZACION DE VITAMINA D EN PREDIALISIS

La figura 22 muestra la utilización de vitamina D en 1993 en el conjunto de centros de la EDTA en relación con el grado de función renal. El porcentaje aumenta a medida que disminuye el filtrado glomerular estimado por aclaramiento de creatinina. Así, mientras sólo el 17 % de los centros refieren la utilización de vitamina D en la mayoría o en alguno de sus pacientes cuando el aclaramiento es superior a 50 ml/min, este porcentaje aumenta hasta el 70 % en pacientes con aclaramientos entre 30 y 10 ml/min o

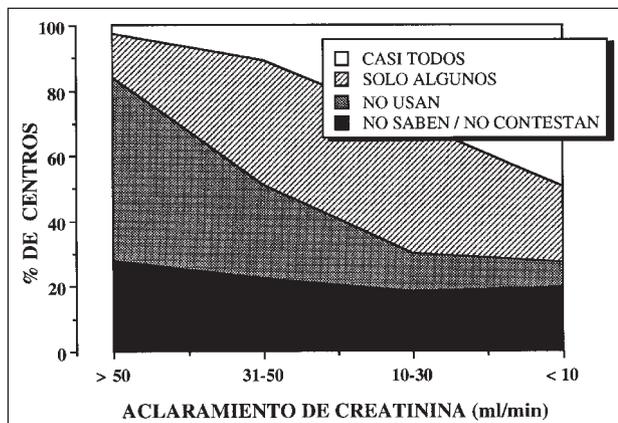


Fig. 22.—Utilización de vitamina D en 1993 en el conjunto de centros de la EDTA en relación con el grado de función renal.

en aquellos sometidos a tratamiento sustitutivo con diálisis.

UTILIZACION DE QUELANTES DE FOSFORO

El tipo de quelantes de fósforo utilizado en los pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo con diálisis en 1993 se refleja en la figura 23. Tanto en España como en la EDTA, el carbonato de calcio es el de primera elección (76 % de los centros) seguido del acetato de calcio (17 y 10 % en la EDTA y España, respectivamente). Aunque el hidróxido de aluminio sólo se utiliza de primera elección en un 15 % de los centros de España y un 10 % de los de la EDTA, su utilización como segundo fármaco sigue siendo importante, tanto en España como en la EDTA (50 y 36 %), respectivamente. La utilización del citrato cálcico como quelante de fósforo es testimonial hasta la fecha.

CONCENTRACION DE CALCIO EN LIQUIDO DE DIALISIS

La concentración de calcio en el líquido de hemodiálisis sigue una distribución bimodal tanto en el conjunto de centros de la EDTA (fig. 24) como en España, aunque esta tendencia es mucho más acusada en los centros españoles (fig. 25). Así, mientras que el 64 % de los centros del conjunto de la EDTA utilizan concentraciones de calcio en el líquido de hemodiálisis superiores a 1,50 mmol/l en la mayoría de sus pacientes, sólo en el 8,5 % se utiliza una concentración baja de calcio (inferior o igual a 1,25 mmol/l). En España, un 48 % de los centros utilizan concentraciones de calcio en el líquido de hemodiálisis superiores a 1,50 mmol/l en la mayoría de sus

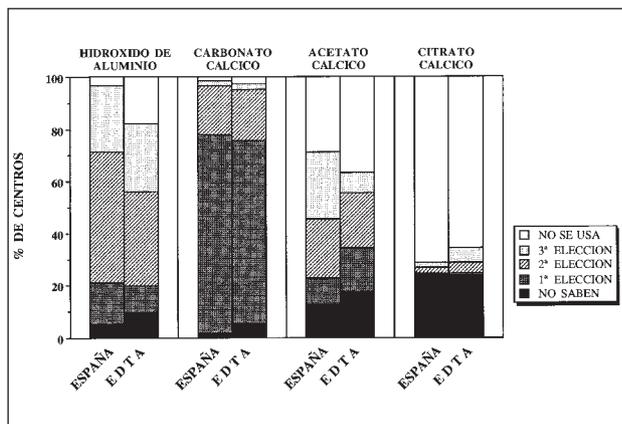


Fig. 23.—Utilización de quelantes de fósforo en los pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo con diálisis en 1993 en España y en la EDTA.

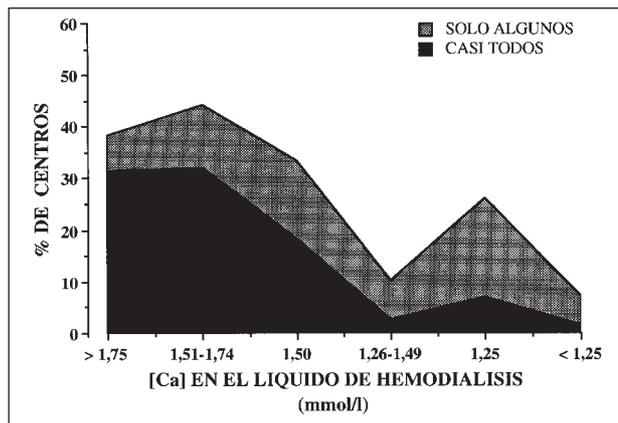


Fig. 24.—Concentración de calcio en el líquido de hemodiálisis en la EDTA.

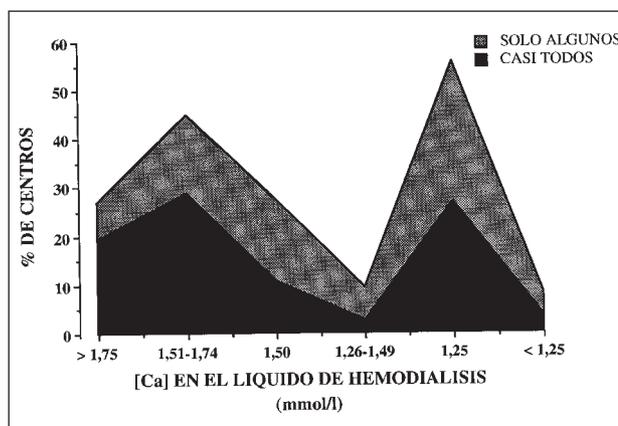


Fig. 25.—Concentración de calcio en el líquido de hemodiálisis en España.

pacientes frente al 30 % con una concentración baja de calcio (inferior o igual a 1,25 mmol/l). La distribución bimodal se repite en el caso de la diálisis peritoneal tanto en España como en la EDTA, aunque las diferencias no son tan acusadas. Así, para la EDTA (fig. 26), un 35 % de los centros utilizan concentraciones altas de calcio (> 1,50 mmol/l) en el líquido de diálisis peritoneal frente al 14 % de los centros que utilizan concentraciones de calcio iguales o inferiores a 1,25 mmol/l.

UTILIZACION DE ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE (EPO RHU)

El porcentaje de pacientes que reciben tratamiento sustitutivo con EPO rhu era del 53 % en hemodiálisis frente al 35 % en diálisis peritoneal para el conjunto de la EDTA, del 62 y del 46 % en la CEE y del 57 y

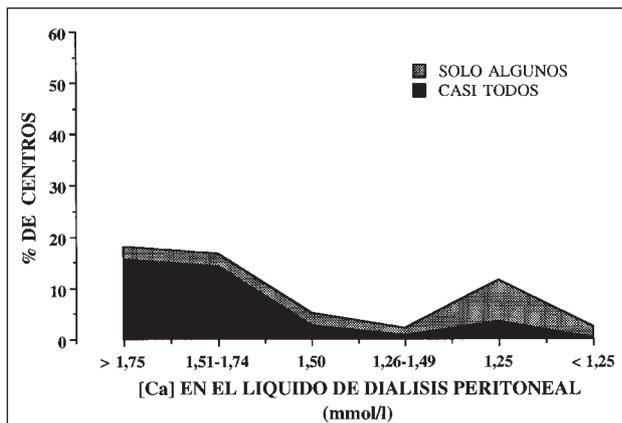


Fig. 26.—Concentración de calcio en el líquido de diálisis peritoneal en la EDTA.

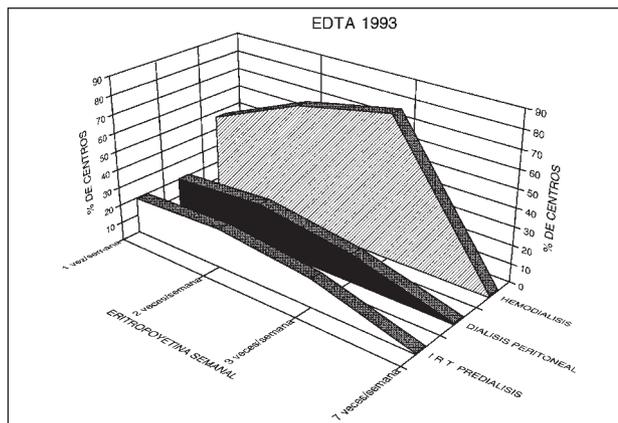


Fig. 28.—Pauta de tratamiento con EPO rhu en hemodiálisis, diálisis peritoneal e IRC en prediálisis en 1993 en la EDTA.

39 %, respectivamente, para España. La inmensa mayoría de los pacientes con IRC en prediálisis o en tratamiento con diálisis peritoneal utilizan la vía subcutánea para la administración de EPO (fig. 27), mientras que en los pacientes en hemodiálisis se sigue utilizando la vía intravenosa en un alto porcentaje en algunos países (53 % en España frente al 6 % en Inglaterra). La administración de EPO se realiza en mas del 60 % de los centros tres veces por semana en la mayoría de los pacientes en hemodiálisis frente al 22 % en los pacientes en diálisis peritoneal o en prediálisis (fig. 28). La hemoglobina deseada se situó entre 9,5 y 10,4 g/dl en cerca del 50 % de los centros tanto en la EDTA, CEE como España (fig. 29), aunque en un porcentaje importante de centros, —entre 30 y 35 %—, y de forma creciente desde el año 1990¹, se tiende a niveles de hemoglobina más elevados (10,5 a 11,4 g/dl).

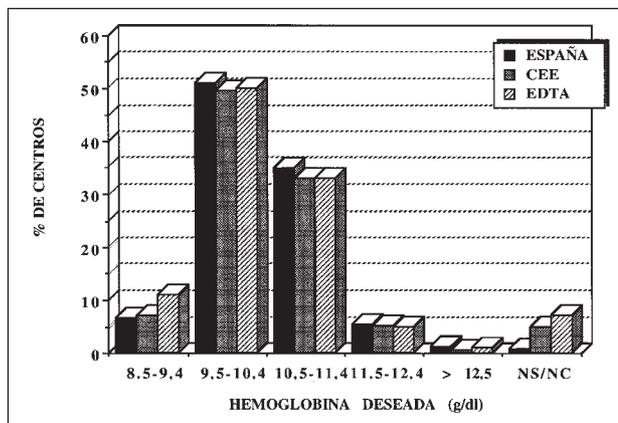


Fig. 29.—Hemoglobina diana en los pacientes en tratamiento sustitutivo con EPO rhu en 1993 en España, la CEE y la EDTA.

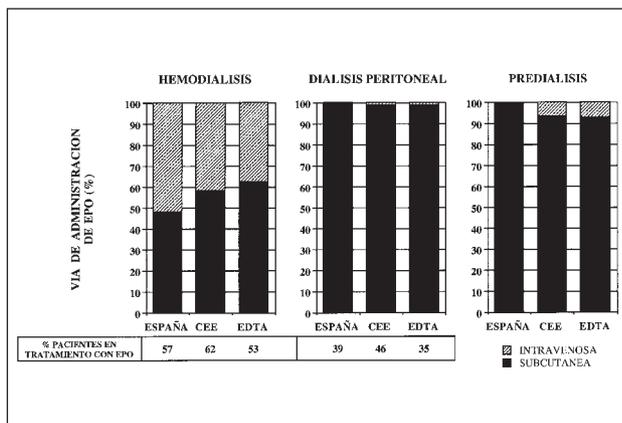


Fig. 27.—Tratamiento sustitutivo con EPO rhu y vía de administración en hemodiálisis, diálisis peritoneal e IRC en prediálisis en 1993 en España, la CEE y la EDTA.

SUPERVIVENCIA

En la figura 30 se muestra la supervivencia actuarial a los 10 años de la IRC en España y la EDTA de los pacientes incluidos en tratamiento sustitutivo entre 1982 y 1992, independientemente del tipo de terapéutica y de la etiología de la IRC (69,0 y 50,5 %, a los 5 y 10 años para España frente a 58,8 y 41,1 % en la EDTA). Como botón de muestra de la importancia de diferentes factores en las curvas de supervivencia de los pacientes con IRC (edad, comorbilidad, etiología de la IRC, etc.), la figura 31 refleja la supervivencia actuarial a los 5 años del paciente diabético con IRC frente al no diabético en España y la EDTA entre 1987 y 1992 (38,2 % frente a 71,6 %, en España, respectivamente, y 34,7 % frente al 61,9 % en la EDTA), independientemente del tipo de terapéutica empleado y de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo. La influencia de la edad al inicio

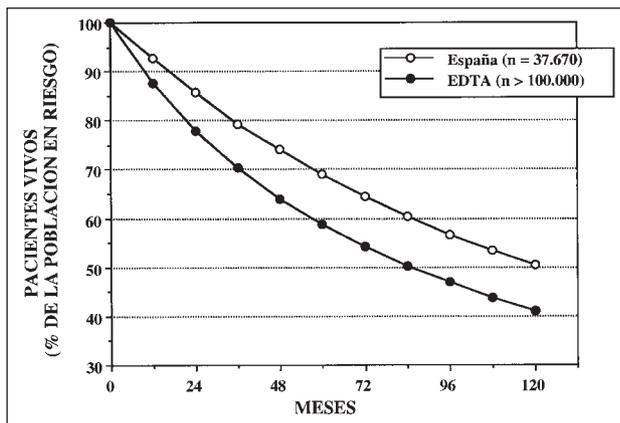


Fig. 30.—Supervivencia actuarial a los 10 años de la IRC en España y la EDTA para el conjunto de pacientes incluidos en tratamiento sustitutivo entre 1982 y 1992.

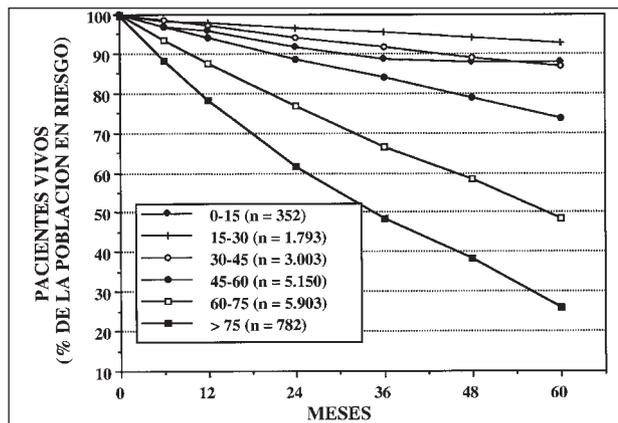


Fig. 32.—Supervivencia actuarial a los 5 años de la IRC en España en función de la edad al inicio del tratamiento de los pacientes incluidos en tratamiento sustitutivo entre 1987 y 1992, independientemente del tipo de terapéutica empleado.

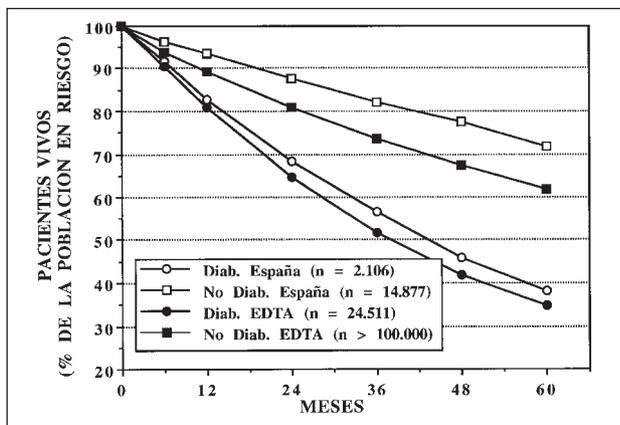


Fig. 31.—Supervivencia actuarial a los 5 años de la IRC en España y la EDTA de pacientes diabéticos y no diabéticos incluidos en tratamiento sustitutivo entre 1987 y 1992, independientemente del tipo de terapéutica empleado.

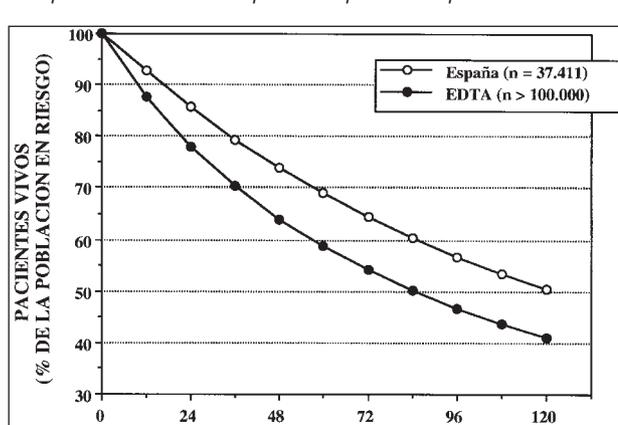


Fig. 33.—Supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes con IRC incluidos en programa de hemodiálisis periódica entre los años 1982 y 1992 en España y la EDTA.

del tratamiento sustitutivo sobre la supervivencia por IRC, independientemente del tratamiento empleado, se muestra en la figura 32 para el período comprendido entre 1987 y 1992 en la población española (0-15 88,0 %, 15-30 92,8 %, 30-45 87,0 %, 45-60 73,6 %, 60-75 48,5 % y mayores de 75 años 26,0 %).

Las curvas de supervivencia actuarial en España y la EDTA de los pacientes incluidos en programa de hemodiálisis periódica entre los años 1982 y 1992 se muestran en la figura 33 (69,0 y 50,4 % a los 5 y 10 años, respectivamente, en España, frente a 58,7 y 41,1 % en la EDTA). Las cifras de supervivencia a los 5 años de los pacientes incluidos en hemodiálisis no sólo no han mejorado en el período 1987-1992 tanto en España como en la EDTA (67,6 y 58,2 %, respectivamente), sino que han disminuido discretamente (fig. 34), en relación con la inclusión de pacientes con mayores índices de comorbilidad y edad más

avanzada al inicio del tratamiento sustitutivo en estos últimos años.

La supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes incluidos en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) entre 1982 y 1992 en España y la EDTA, independientemente de la etiología de la IRC, se muestra en la figura 35 (53,2 y 32,3 %, a los 5 y 10 años para España frente a 50,5 y 31,2 % en la EDTA). La importancia de la etiología de la IRC en las curvas de supervivencia de los pacientes incluidos en tratamiento sustitutivo con DPCA entre 1987 y 1992 en España y la EDTA, se muestra en la figura 36 para los pacientes diabéticos frente a los no diabéticos (41,1 % frente al 60,6 %, en España, respectivamente, y 37,2 % frente al 56,5 % en la EDTA), independientemente de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo. La influencia de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo

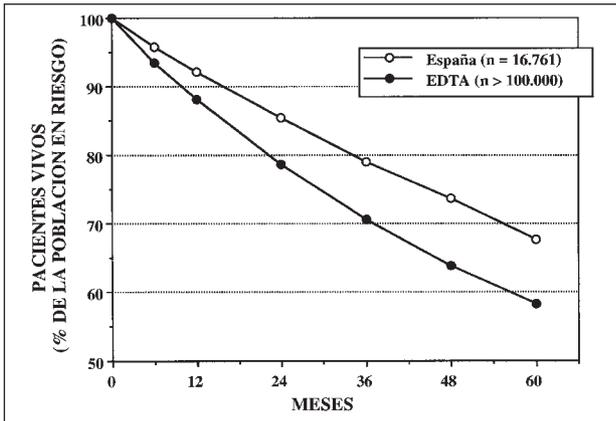


Fig. 34.—Supervivencia actuarial a los 5 años de los pacientes con IRC incluidos en programa de hemodiálisis periódica entre los años 1987 y 1992 en España y la EDTA.

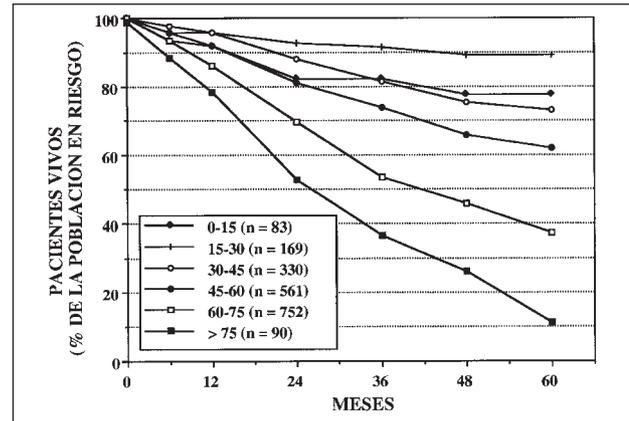


Fig. 37.—Supervivencia actuarial a los 5 años de los pacientes con IRC incluidos en tratamiento sustitutivo con DPCA entre 1987 y 1992 en España en función de la edad al inicio del tratamiento.

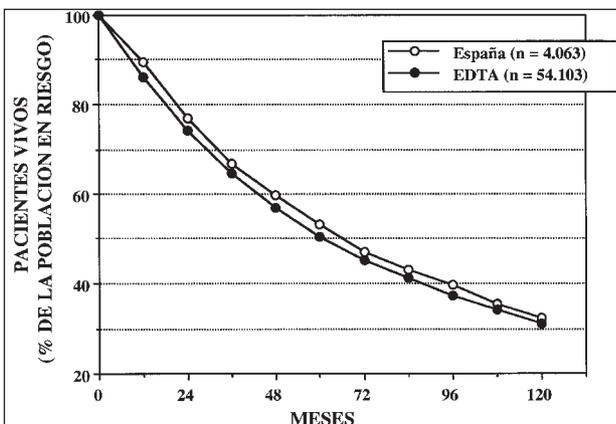


Fig. 35.—Supervivencia actuarial a los 10 años en España y la EDTA de los pacientes con IRC incluidos en tratamiento sustitutivo con DPCA entre 1982 y 1992.

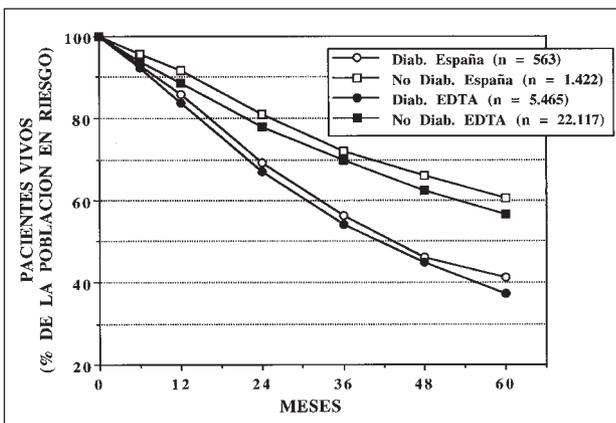


Fig. 36.—Supervivencia actuarial a los 5 años en España y la EDTA de pacientes diabéticos y no diabéticos con IRC incluidos en tratamiento sustitutivo con DPCA entre 1987 y 1992.

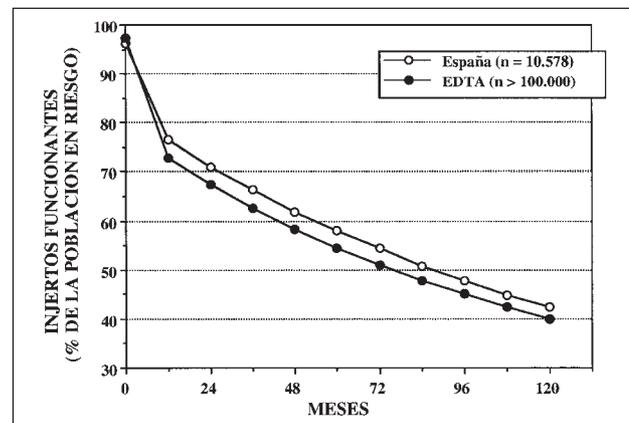


Fig. 38.—Supervivencia actuarial a los 10 años del injerto renal realizado en España y la EDTA entre 1982 y 1992.

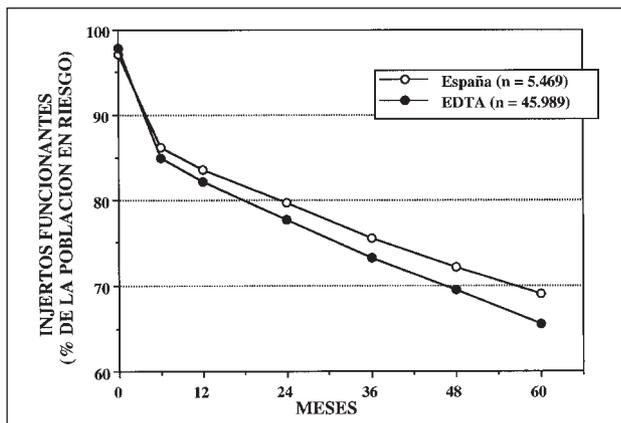


Fig. 39.—Supervivencia actuarial a los 5 años del primer injerto renal realizado en España y la EDTA entre 1987 y 1992.

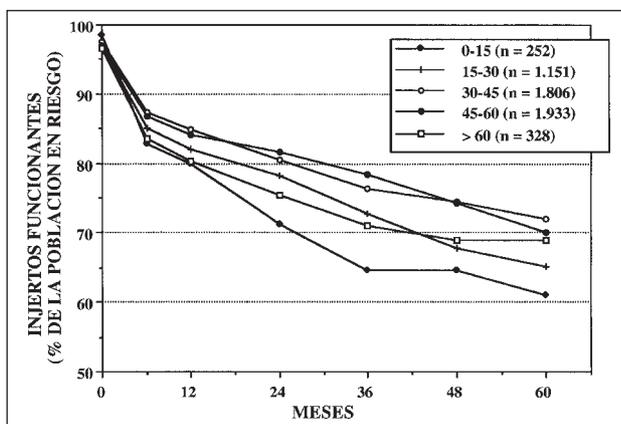


Fig. 40.—Supervivencia actuarial a los 5 años del injerto renal realizado en España entre 1987 y 1992, en función de la edad del receptor.

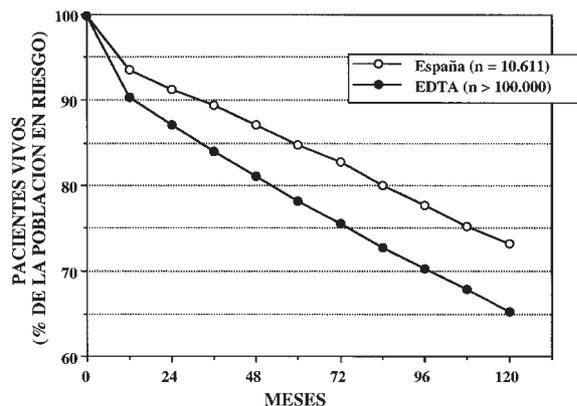


Fig. 41.—Supervivencia actuarial a los 10 años del paciente con trasplante renal realizado en España y la EDTA entre 1982 y 1992.

Supervivencia actuarial del injerto renal realizado en España entre 1987 y 1992 en función de la edad del receptor del trasplante, se muestra en la figura 40 (0-15 61,0 %,

15-30 65,1 %, 30-45 71,9 %, 45-60 70,1 % y mayores de 60 años 68,9 %). Los mismos datos para el conjunto de la EDTA en el período 1987-92 confirman una menor supervivencia del injerto en pacientes pediátricos menores de 15 años (63,9 % a los 5 años) con respecto a la de los adultos menores de 60 años (66,1 %). Sin embargo, las cifras para la supervivencia actuarial del injerto renal realizado en la EDTA en el período 1987-92 en pacientes con IRC mayores de 60 años a la hora de recibir el trasplante (58,5 % a los 5 años), son claramente inferiores a las de España.

Las curvas de supervivencia actuarial a los 10 años en España y la EDTA del paciente con trasplante renal realizado entre 1982 y 1992 (84,8 y 73,3 % en España a los 5 y 10 años, respectivamente, frente al 78,2 y 65,2 % en la EDTA), se muestran en la figura 41. En la figura 42, se muestra la importante mejora experimentada en los últimos años en la supervivencia actuarial del paciente con trasplante renal realizado en España y la EDTA entre los años 1987 y 1992 (90,5 % frente al 86,1 % a los 5 años, respectivamente). La supervivencia actuarial a los 5 años del paciente con trasplante renal realizado en España entre 1987 y 1992 en función de la edad del receptor, se muestra en la figura 43 (0-15 91,3 %, 15-30 93,0 %, 30-45 93,6 %, 45-60 87,2 % y mayores de 60 años 76,3 %).

CONCLUSIONES

1. En el momento de cierre del estudio, se habían procesado en el Registro de la EDTA los cuestionarios de 165 centros (67,1 %). Estos datos confirman la tendencia de años previos en cuanto al preocupante aumento de enfermos cuya información no está actualizada y pone en peligro la fiabilidad y validez del Registro.

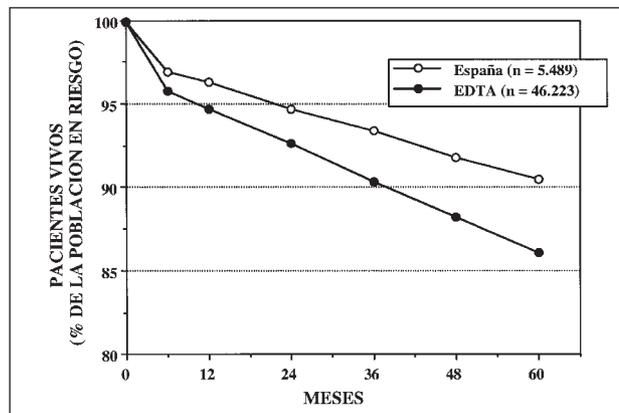


Fig. 42.—Supervivencia actuarial a los 5 años del paciente con trasplante renal en España y la EDTA entre 1987 y 1992.

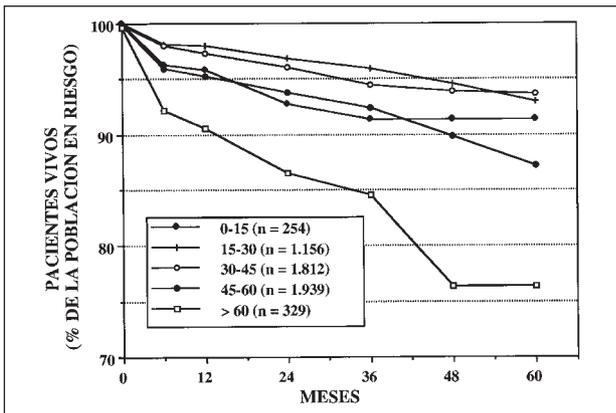


Fig. 43.—Supervivencia actuarial a los 5 años del paciente con trasplante renal realizado en España entre 1987 y 1992 en función de la edad del receptor.

- El número de nuevos pacientes admitidos para tratamiento por IRC en 1993 fue de 66,0 pmp, con una prevalencia de 589 pmp a 31 de diciembre de 1993. Durante este año se realizaron en España 1.488 trasplantes de riñón, lo que supone 38,4 pmp, cifra muy superior a la media de la CEE y EDTA.
- La prevalencia de la infección por VHC en hemodiálisis es del 24,7 % a finales de 1993 y en un porcentaje importante de centros se están adoptando medidas de aislamiento. La eritropoyetina es utilizada por un 57 % de los pacientes

en hemodiálisis y por un 39 % de los pacientes en DPCA, mayoritariamente por vía subcutánea.

- La supervivencia actuarial del paciente con IRC en tratamiento sustitutivo es del 69 % a los 5 años y del 50,5 % a los 10 años. El paciente trasplantado presenta una supervivencia global del 85 % a los 5 años y del 73 % a los 10 años. La supervivencia del primer injerto es del 69,1 % a los 5 años y del 42,5 % a los 10 años.

Bibliografía

- Valderrábano F, Jones EHP y Mallick NP: Report on the management of renal failure in Europe, XXIV, 1993. *Nephrol Dial Transplant* 10 (Suppl. 5):1-25, 1995.
- Organización Nacional de Trasplantes. *Actividad de donación y trasplante*. España, 1995.
- Barrio V, Orte L y Tejedor A: Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1992. Comité de Registro de la SEN. *Nefrología* 15:233-244, 1995.
- US Renal Data System. USRDS 1995. *Annual Data Report*. Bethesda, Md: National Institute of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 1995.
- Natov SN y Pereira BJG: Hepatitis C infection in patients on dialysis. *Sem Dial* 7:360-368, 1994.
- Kohler H: The prevalence of hepatitis C in different countries of the ERA/EDTA area. *Nephrol Dial Transplant* 10:468-469, 1995.
- Stuyver L, Claeys H, Wyseur A, Van Arnhem W, De Beenhouwer H, Uytendaele S, Beckers J, Matthijs D, Leroux-Roels G, Maertens G y De Paepe M: Hepatitis C virus in a hemodialysis unit: Molecular evidence for nosocomial transmission. *Kid Int* 49:889-895, 1996.