

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO DIALÍTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Por:

Dr. Eduviel Ramos Cárdenas¹, Dr. Orlando Gutiérrez Simón² y Dr. Eduardo G. Fernández Ruiz³

1. Especialista de I Grado en Nefrología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Nefrología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de II Grado en Nefrología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

DIALISIS RENAL/métodos
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA/terapia

Subject headings:

RENAL DIALYSIS/methods
KIDNEY FAILURE, CHRONIC/therapy

La enfermedad renal crónica (ERC) está considerada como uno de los grandes problemas de salud pública, de proporciones epidémicas, y que afecta a millones de personas que podrían beneficiarse de una detección temprana, en dependencia del estadio de su enfermedad y de que se efectúe un tratamiento precoz^{1,2}.

Investigaciones realizadas en nuestro país en la población total señalan que por cada millón de personas deben existir entre 3 500 y 4 000 enfermos en etapa de insuficiencia renal crónica, en diferentes estadios. Las tasas de incidencia han aumentado progresivamente: 2002 a 75 pacientes por millón de personas (pmp); en el 2003, a 97 pmp; y en el 2004, 111,3 pmp, tendencia similar a lo informado en el ámbito internacional³.

El aumento progresivo mundial de pacientes con ERC que precisan de un tratamiento renal sustitutivo obedece a diferentes causas, y el envejecimiento demográfico es una realidad en los países desarrollados, con una mayor incidencia de nefropatías consecutivas a diabetes e hipertensión⁴.

La remisión tardía de pacientes a la consulta de Nefrología se ha mostrado como un factor de riesgo al inicio de diálisis no programadas y ha existido una mayor mortalidad tras su inicio.

Aunque los costos estimados por cada paciente remitido tardíamente, o que inician la diálisis de forma no programada, son difíciles de calcular, varios estudios los han estimado entre el doble y quíntuplo que el costo de los pacientes atendidos en consultas predialíticas.

La colaboración entre el nefrólogo y el médico de la atención primaria para tratar a los pacientes con ERC puede conseguir retrasar el inicio de las diálisis, el mejoramiento de la morbilidad y mortalidad, así como la calidad de vida de estos pacientes.

Después de un estudio realizado en el Hospital "Arnaldo Milián Castro" durante el año 2004-2005, se comprobó que la ERC en diálisis presentó una alta incidencia y una tendencia al incremento progresivo; predominó la remisión tardía al nefrólogo en más de la mitad de los pacientes, sobre todo en los mayores de 60 años, y no existieron diferencias en el comportamiento por sexo. La

nefropatía diabética y la vascular hipertensiva constituyen las principales causas de enfermedad renal crónica en diálisis. El acceso vascular temporal para la primera hemodiálisis fue utilizado en casi la mitad de los pacientes y en la mayoría de los remitidos tardíamente. La hemodiálisis constituyó la modalidad de tratamiento renal sustitutivo más empleada; el filtrado glomerular teórico se encontró en valores inferiores a los recomendados para el inicio del tratamiento depurador, sobre todo en el grupo cuya remisión fue tardía. Los fallos evitables se presentaron con mayor frecuencia en estos últimos pacientes, con excepción de la anemia, que predominó en ambos grupos. Los pacientes que fueron remitidos tardíamente al nefrólogo presentaron mayor estadía durante el primer ingreso, mayor número de ingresos posteriores, y una mortalidad superior en los primeros seis meses que los remitidos tempranamente.

Nuestros resultados coinciden con la tendencia actual mundial del aumento progresivo en la incidencia de la ERC en el tratamiento renal sustitutivo, lo cual ha generado la saturación de estos centros en los últimos meses. Esta situación ha podido ser suplida por la oportuna apertura de nuevos centros territoriales, que han garantizado el tratamiento eficaz a estos enfermos⁵⁻⁸.

El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante (RLDYT), en su informe sobre el año 2002, expone que el tratamiento renal sustitutivo en Latinoamérica continúa mostrando una tendencia hacia un progresivo aumento en los últimos años⁹.

Nuestra incidencia fue superior a la de Inglaterra y Holanda, con 95 y 100 pmp, respectivamente, e inferior a las de España (131 pmp), Italia (130 pmp), Alemania (170 pmp) y Portugal (200 pmp); este último presenta la mayor tasa de Europa y muy por debajo de Estados Unidos y Japón, que superan los 300 pmp¹⁰.

En la bibliografía consultada, se mencionan varios factores que influyen en una remisión tardía: la presentación de la enfermedad renal crónica de forma asintomática, la agudización de una enfermedad renal de base por diferentes motivos^{1,4,8}, la subestimación de los beneficios de la diálisis en pacientes de la tercera edad, y aquellos que presentan riesgos cardiovasculares⁹.

En una reciente revisión, se halló que los pacientes con esta enfermedad se continúan remitiendo tardíamente a Nefrología, ya sea por la Atención Primaria o por otras especialidades¹; esto implica mayor gravedad, si se tiene en cuenta que la tercera parte de estos pacientes no ha recibido tratamiento médico antes de ser remitido al nefrólogo⁸.

El cambio que la Nefrología, como especialidad, necesita con más urgencia, es el incremento de la interrelación con la Atención Primaria de Salud, para mejorar la detección precoz del paciente enfermo, su valoración oportuna por el nefrólogo y un seguimiento conjunto por ambas especialidades; ello permitirá retrasar la progresión de dicha enfermedad, controlar mejor la morbilidad asociada, obtener mejor tasa de hospitalización, iniciar diálisis programadas, y lograr mejor calidad de vida para el paciente, así como reducir los costos^{7,8,10}.

Los pacientes que sufren enfermedad renal crónica tienen una mortalidad tres veces mayor que los que no la padecen, y esta es cinco veces mayor en los que están recibiendo tratamiento de diálisis. La presencia de enfermedad renal crónica, como trastorno clínico, supone un factor de riesgo que incrementa cuatro veces la mortalidad del paciente, y es el mejor predictor del desarrollo de alteraciones cardiovasculares⁸.

Referencias bibliográficas

1. Gallego E, López A, Lorenzo I. Referencia precoz y tardía al nefrólogo, su influencia en la morbimortalidad en hemodiálisis. *Nefrología*. 2003;23:234-42.
2. Healthy People 2010. Survival, mortality and causes of death. Chapter 9. *Am J Kidney Dis*. 2003;41(Supl 2):151-64.
3. Pérez Oliva JF, Herrera R, Almaguer M, Pérez M, Mármol A. Estado actual del tratamiento renal sustitutivo en Cuba. *Nefrología*. 2005;25(6):721-2.
4. Jims RJA, Cassidy MJD, Masud T. The Increasing number of older patients with renal disease. *BMJ*. 2003;327:463-4.
5. Gorrioz JL, Sancho A, Pallardo LM. Significado pronóstico de la diálisis programada en pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal: Un estudio multicéntrico español. *Nefrología*. 2002;22:49-50.

6. Hernández Jaras JL, García H, Bernat A, Cerrillo. Aproximación al análisis de costes de diferentes tipos de hemodiálisis mediante unidades de valor. *Nefrología*. 2000;20:284-90.
7. Ceballos M, López Revuelta K, Saracho R, García López F, Castro P, Gutiérrez JA, et al. Informe de diálisis y trasplante correspondiente al año 2002 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. *Nefrología*. 2005;25(2):121-9.
8. De Francisco AL, Fernández Fresnedo G. Llegada tardía a diálisis como consecuencia de insuficiencia renal no identificada. *Nefrología*. 2002;21(2):95-8.
9. Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante. Informe 2003. *Nefrología Latinoamericana* 2004. En prensa.
10. Kazmi G, Obraador T, Samina S, Khan MD. Late nephrology referral and mortality among patients with end stage analysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2004;19:1808-14.

Recibido: 7 de febrero de 2008

Aprobado: 13 de febrero de 2008