

Cuantificación de la demanda insatisfecha en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica

Gonzalo Mejía, Iván Darío Ramírez, Alvaro Restrepo, Mario Arbeláez, Jorge E. Henao, Alvaro García, Jorge L. Arango

Actualmente una indefinida proporción de la comunidad conoce sobre la existencia de la terapia de reemplazo renal. No obstante, a pesar de que la mayoría de los pacientes institucionales tiene acceso a ella, un gran número de los llamados "clasificados económicos" no puede ser admitido en estos programas, con la consecuente mortalidad implicada. Empezamos el presente estudio con el objeto de cuantificar con mayor exactitud las dimensiones de este fenómeno. Entre febrero y mayo de 1992, evaluamos prospectivamente todos los pacientes con insuficiencia renal crónica que consultaron al HUSVP a quienes fue imposible ofrecerles este tratamiento. Encontramos 35 casos, 23 hombres (66%), con una edad promedio de 31 ± 2 años (rango 13 a 63), 17 (49%) procedían de Medellín y su área metropolitana, 23 (66%) eran casados, 24 (69%) provenían del área urbana, y 19 (54%) carecían de empleo. La etiología de la falla renal fue desconocida en 23 casos (66%). Las pruebas de función renal al momento de la evaluación fueron: nitrógeno ureico 137.5 ± 2.2 mg/dL (rango 60-200) y creatinina 16.3 ± 0.3 mg/dL (5.2-27.8). En todos los casos, la razón fundamental para no ser admitidos a diálisis o trasplante fue su precaria situación socioeconómica; durante el período

del estudio fueron recibidos dos enfermos en el programa de reemplazo renal, representando una satisfacción de la demanda de uno por cada 18.5 casos. En conclusión, aunque en nuestra Unidad realizamos 70 a 90 trasplantes y 6.000 a 7.000 diálisis por año, este trabajo demuestra la pobre satisfacción de la demanda de terapia de reemplazo renal en los enfermos sin seguridad social y la magnitud del problema que no logramos resolver.

INTRODUCCION

En la actualidad una gran proporción de la comunidad conoce sobre la existencia de programas de diálisis y trasplante para los enfermos con insuficiencia renal crónica (IRC) terminal y sobre la posibilidad de tratamiento con estos métodos. La concientización de la población general sobre la importancia de la donación de órganos ha representado muchos años de esfuerzo y no ha sido fácil llegar a contar con una legislación moderna que regulara la definición de muerte y la donación y utilización de órganos para trasplante como la que tiene Colombia (Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988; Decreto 1172 de 1989). De otra parte, el acceso de los pacientes a la terapia de reemplazo renal se ve limitado por sus altos costos. Consecuentemente, la mayoría de los enfermos en diálisis son pagados por instituciones de seguridad social, y una elevada pero indefinida proporción de aquellos denominados "clasificados económicos", no puede ser recibida en estos programas. Realizamos el presente estudio para tratar de cuantificar con mayor exactitud la magnitud de la demanda

Drs. Gonzalo Mejía, Mario Arbeláez, Jorge E. Henao, Alvaro García y Jorge L. Arango: Profesores del Departamento de Medicina Interna, Sección de Nefrología; Drs. Iván Darío Ramírez y Alvaro Restrepo: Residentes del Departamento de Medicina Interna; Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Solicitud de separatas al Dr. Mejía.

insatisfecha y así tratar de enfrentarla en mejor forma.

MATERIAL Y METODOS

Durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 1992 realizamos una evaluación prospectiva de los pacientes con IRC que acudieron a la consulta externa-adultos, al servicio de urgencias-adultos y a la Unidad Renal del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, los cuales requerían tratamiento de reemplazo de la función renal y no fue posible ofrecerse. En esta investigación no se incluyó población infantil, ni pacientes en fases intermedias de falla renal quienes continuarían seguimiento por la consulta externa del Hospital. Empleando un formato para cada caso, registramos su información demográfica: sexo, edad, procedencia, área urbana o rural, profesión u oficio, estado civil y número de hijos. Tabulamos los diagnósticos, medimos la función renal (creatinina y nitrógeno ureico), establecimos las causas por las cuales estos pacientes no pudieron ser vinculados al tratamiento, y por último tabulamos toda la información. Los datos se presentan como promedios \pm ESM. No se hicieron comparaciones por lo cual no fue preciso aplicar pruebas estadísticas.

RESULTADOS

Encontramos 35 casos de los cuales 23 (66%) fueron hombres. La edad promedio fue 31 ± 2 años (rango 13 a 63 años), 23 (66%) fueron solteros y 12 (34%) casados. Su procedencia fue: Medellín 14 (40%), resto del Valle de Aburrá tres (9%), resto del departamento de Antioquia 12 (34%) y otros departamentos de Colombia seis (16%). Del área urbana procedían 24 (69%). El número de hijos fue 1.4 ± 0.3 . La ocupación fue oficios domésticos siete, agricultor, cuatro, vendedor ambulante dos, lavandera uno, administrador de heladería uno y estudiante uno; 19 (54%) estaban desempleados. La etiología de la IRC se distribuyó así: desconocida en 23 casos (66%), hipertensión, tres (9%); diabetes mellitus, dos (6%); hialinosis focal y segmentaria, dos (6%), y glomerulonefritis proliferativa endocapilar difu-

sa, enfermedad de Alport, riñones poliquísticos, síndrome nefrótico no clasificado y malformaciones congénitas en un caso cada uno.

Las pruebas de función renal observadas en los pacientes fueron: nitrógeno ureico 137.5 ± 2.2 mg/dL (rango 60 a 200) y creatinina 16.3 ± 0.3 mg/dL (rango 5.2 a 27.8).

En todos los casos, la razón para no poder ser admitidos a los programas de reemplazo renal fue la precaria situación socioeconómica, y en ninguno hubo razones de tipo médico, como diabetes, edad avanzada, neoplasias o incompetencia mental. Durante el mismo lapso fueron recibidos dos pacientes (uno para hemodiálisis y uno para trasplante), lo cual representa una satisfacción de la demanda de uno por cada 18.5 casos.

DISCUSION

El problema del acceso limitado a diálisis se presenta no sólo en Colombia sino en otros países incluso en los desarrollados. En nuestro medio, sólo algunos pacientes de los denominados "clasificados económicos" pueden ser tratados con diálisis peritoneal ambulatoria continua o con trasplante renal intrafamiliar, en muchas ocasiones empleando la estrategia de transfusiones específicas del donante (1) para evitar la administración de ciclosporina dentro del esquema de inmunosupresión, debido a su alto costo. El acceso a hemodiálisis se logra a veces únicamente como un paso transitorio antes del trasplante y en términos generales no existe la posibilidad de seleccionar el tipo de tratamiento como sería lo recomendable (2).

Solamente 16% de la población adulta de Colombia tiene algún tipo de cobertura por parte de las diferentes instituciones de seguridad social. Sus derechohabientes, a diferencia de los "clasificados", pueden recibir cualquier tipo de diálisis y si son trasplantados, generalmente se les administra la inmunosupresión que requieran; sin embargo, aun en estos casos es difícil contar con los medicamentos más modernos como los anticuerpos monoclonales (OK-T3) o las globulinas antitumóricas y antilinfocíticas, nuevamente debido a su elevado precio.

La incidencia de la IRC en los países desarrollados se ha estimado en 50 a 100 casos nuevos por millón de habitantes por año (3, 4); se han publicado datos que elevan esta cifra hasta 160 a 170 por millón y existe gran variación dependiendo de la edad (desde 12 por millón en niños hasta 590 en pacientes de 65 a 74 años) (3, 5). Al respecto no se conocen informes precisos en Colombia, pero si aplicamos estos datos a nuestra población total, tendríamos más o menos 3.500 pacientes nuevos que requerirían esta terapia por año, los cuales se sumarían a los supervivientes de los años precedentes (5).

Ahora, la incidencia de IRC terminal está aumentando 7% por año en otros países (3) a medida que se han ido incluyendo pacientes de mayor edad y riesgo, pertenecientes a grupos poblacionales minoritarios o con diagnósticos causales que antes eran inaceptables (4, 6). En Colombia desconocemos la proporción de dicho incremento, aun cuando sabemos que existe (5) y sería conveniente crear un registro o una base de datos nacionales.

La IRC terminal puede definirse como una enfermedad incurable y esencialmente mortal; tanto la diálisis como el trasplante renal son tratamientos paliativos. No obstante, la expectativa de vida con estas modalidades se considera ya suficientemente buena como para recomendar su aplicación en casi todos los casos (7). Sin embargo, los elevados costos que tienen son la principal limitante para su empleo en todos los países y es lo que ha conducido a que existan restricciones para su mayor aplicación (2, 8).

Según la tasa de pacientes en diálisis por millón de habitantes por año, Colombia figura dentro del grupo de cobertura baja junto con Cuba, Ecuador y Perú, es decir, menos de 40 casos; aquellos dentro del grupo con cobertura intermedia son Brasil, Chile, México y Venezuela (100 casos); y los de cobertura alta son Uruguay y Argentina (más de 200 casos) (9). Cuando se efectúan comparaciones con países desarrollados (10), se hace más evidente todavía la escasa demanda que logramos satisfacer; de acuerdo con el dato más reciente, tenemos 35 pacientes en diálisis

por millón de habitantes (4, 5). Además, nuestro país está también dentro del grupo de tasa baja de trasplante, o sea, cinco por millón de habitantes por año (11).

Las características de los pacientes atendidos reflejan en general, la pirámide poblacional y las políticas de salud de cada país. De otro lado, aun cuando no existe información suficiente para calcular las repercusiones económicas y el costo real de los años de vida perdidos a consecuencia de la IRC como problema global, su gran magnitud es obvia. A la luz de todo lo anterior, resulta evidente la necesidad de realizar acciones precoces de prevención y tratamiento de las entidades que con el tiempo pudieran desencadenar IRC. Se ha sugerido también que se establezcan criterios para la inclusión a estos programas dentro de los cuales deben primar la edad, la sobrevida probable, la calidad de vida, la posibilidad de rehabilitación social y la elegibilidad para trasplante (9); sin embargo, estos parámetros son de muy difícil aplicación.

A pesar del gran esfuerzo que representa para nuestro servicio realizar anualmente 70 a 90 trasplantes renales y 6.000 a 7.000 hemodiálisis, y mantener permanentemente cerca de 80 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria, los datos aportados por el presente trabajo resaltan la pobreza de la demanda satisfecha para el tratamiento de los enfermos que carecen de seguridad social y la magnitud del problema que se está quedando sin un manejo adecuado.

SUMMARY

A large proportion of the community is currently aware of the existence of renal replacement therapy for end-stage renal disease.

Nevertheless, patients without some form of social security can seldom be admitted to such programs, which implies a high mortality among them. We undertook the present study to obtain a more exact estimation of the magnitude of this phenomenon. Between February and May 1992, we prospectively evaluated all patients with end-stage renal disease attending to the Adult Clinics

and Emergency Services of San Vicente de Paul University Hospital (Medellin, Colombia), who required this type of treatment but could not receive it. We found 35 cases, 23 men (66%), mean age 31 ± 2 years (range 13-63); 17 (49%) came from Medellin and its outskirts, 23 (66%) were married, 24 (69%) belonged to urban areas, and 19 (54%) were unemployed. The etiology of renal failure was unknown in 23 (66%). Values of renal function were: BUN 137.5 ± 2.2 mg/dl (range 60-200) and creatinine 16.3 ± 0.3 mg/dl (5.2-27.8). In all cases the reason for not being admitted to the dialysis or transplantation programs was their precarious socio-economical status. During the duration of the study only two patients could be accepted to the renal replacement therapy program which represents a demand satisfaction for this service of 1 in every 18.5 cases. In conclusion, despite the effort implied in performing 70 to 90 renal transplants and 6.000 to 7.000 hemodialysis treatments per year at our Unit, this study emphasises the poverty of such a demand satisfaction for patients without social security coverage and the magnitude of the problem that is being left unsolved.

REFERENCIAS

1. **García LF, Arango R, Rezonzew R, Correa M, Angel B, Guzmán B, et al.** Donor-specific and random transfusions in HLA-haploidentical kidney transplantation. *Transplant Proc* 1991; **23**: 1744-1746.
2. U. S. Renal Data System. 1991 Annual Data Report. The National Institutes of Health. IV. Methods of ESRD treatment. *Am J kidney Dis* 1991; **18**(Suppl 2): 38-48.
3. U. S. Renal Data System. 1991 Annual Data Report. The National Institutes of Health. III. Incidence and causes of treated ESRD. *Am J kidney Dis* 1991; **18**(Suppl 2): 30-37.
4. **Mora JM.** Comentarios a la insuficiencia renal crónica en Colombia. *Acta Med Colomb* 1991; **16**: 231-234.
5. **López-Viñas CA.** La enfermedad renal en Colombia. Segundo Premio Nacional de Medicina del Seguro de Vida Kölnische Rück. Colombia. Incidencia y prevalencia de la enfermedad renal. 1990, Bogotá, Arte Editorial: 21-23.
6. **Rosansky SJ, Jackson K.** Rate of change of end-stage renal disease treatment. Incidence 1978-1987 - Has there been selection? *J Am Soc Nephrol* 1992; **2**: 1502-1506.
7. U.S. Renal Data System. 1991 Annual Data Report. The National Institutes of Health. Executive Summary. *Am J kidney Dis* 1991; **18**(Suppl 2): 9-16.
8. U.S. Renal Data System. 1991 Annual Data Report. The National Institutes of Health. II. Prevalence and cost of ESRD therapy. *Am J kidney Dis* 1991; **18**(Suppl 2): 21-29.
9. Organización Panamericana de la Salud. I Conferencia de consenso sobre insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante. Informe Final. Organización Mundial de la Salud. Caracas. 1988.
10. U. S. Renal Data System. 1991 Annual Data Report. The National Institutes of Health. X. International comparisons of ESRD therapy. *Am J kidney Dis* 1991; **18**(Suppl 2); 93-95.
11. U. S. Renal Data System. 1991 Annual Data Report. The National Institutes of Health. VI. Renal transplantation: Access and outcomes. *Am J kidney Dis* 1991; **18**(Suppl 2): 61-73.