

CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA

HOSPITAL ALEMÁN 2011

AUDITORÍA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



Autor: Dra. Mariana Tahhan

ÍNDICE:

Prólogo.....	página 3
Introducción.....	página 4
Definición.....	página 5
Etapas 1 a 4: progresión.....	página 6
Etapas 5: falla renal.....	página 10
Trasplante.....	página 18
Conclusiones.....	página 21
Bibliografía.....	página 22

Prólogo:

El patrón de enfermedad en el siglo 21 ha cambiado significativamente. La carga de enfermedad para la Salud Pública son las enfermedades crónicas como consecuencia entre otras razones, de la disminución de las enfermedades infecciosas, el envejecimiento poblacional y los cambios en el estilo de vida. El aumento en la prevalencia de Diabetes y Enfermedad Cardiovascular, como prototipo de enfermedades crónicas, tiene serias consecuencias socioeconómicas y de salud pública.

En este contexto, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de Salud Pública en el mundo desarrollado y con un crecimiento cada vez mayor en los países en vías de desarrollo.

Clásicamente denominada Insuficiencia Renal Crónica, a fines de la centuria pasada se comienza a implementar la sigla ERC (*Chronic Kidney Disease* en la literatura anglosajona). La insuficiencia se desarrolla a medida que progresa la enfermedad, hasta alcanzar la etapa final con necesidad de terapias de reemplazo renal para la sobrevivencia de los afectados. Esta etapa final se conoce como ESRD (*End-stage renal disease*) en textos de habla inglesa.

Es tal la relevancia con características de pandemia que está adquiriendo esta entidad, que la Federación Internacional de Fundaciones del Riñón (*International Federation of Kidney Foundations*) y la Sociedad Internacional de Nefrología (*International Society of Nephrology - ISN*) establecieron el segundo jueves del mes de marzo como Día Mundial del Riñón, con el objetivo de coordinar acciones a nivel global que alerten a los gobiernos para implementar políticas de salud que ayuden a identificar a las poblaciones en riesgo y actuar en forma preventiva para demorar la progresión de enfermedad renal a falla renal.

En el mundo, el Día Internacional del Riñón (*World Kidney Day*) se celebró por primera vez el jueves 9 de marzo de 2006. Entre ellos también en nuestro país, con diversos actos, charlas a la comunidad, etc, en todas las ciudades principales de la Argentina.

Con participación del estado a través de actividades realizadas en forma conjunta con el sector privado representado por la Sociedad Argentina de Nefrología, la Asociación de Centros Privados de Diálisis y otras asociaciones similares.

Según informe del Ministerio de Salud, el costo total de mantenimiento de pacientes en diálisis crónica, incluyendo a todos los sistemas de salud, supera los 1.200.000.000 de pesos al año, sin considerar la disminución o pérdida de calidad de vida y capacidad productiva de los pacientes. El costo directo de la diálisis oscila entre el 50-60 % del costo total del tratamiento de esta población en la Argentina.

Introducción:

En el año 1995, en Estados Unidos, la Fundación Nacional del Riñón (*National Kidney Foundation*) organizó un grupo de trabajo con expertos para publicar guías con el objetivo de mejorar la supervivencia del paciente en diálisis, reducir la morbilidad, mejorar la calidad de vida y la eficiencia de la terapia; las llamadas guías DOQI: *Dialysis Outcomes Quality Initiative*.

Este primer objetivo fue posteriormente ampliado a comienzos del actual milenio, contemplando una nueva fase: la etapa previa a la necesidad de diálisis, abarcando el espectro de la enfermedad renal crónica cuando la intervención temprana y las medidas de prevención pueden evitar o demorar la necesidad de terapias de reemplazo renal.

Así surgieron las guías K/DOQI: *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*. Estas guías enfatizan la necesidad de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de la ERC.

Existen guías para Nutrición, Nutrición en Niños con ERC, Anemia, Enfermedad Mineral Ósea, Diabetes y Enfermedad Renal, Dislipemias en ERC, etc. Todas de libre acceso en: www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines.

Las guías KDOQI fueron publicadas en el año 2002 y desarrollaron la actual definición y clasificación de la ERC en etapas, de uso habitual en el mundo.

En el año 2005 se presentaron las guías KDIGO: *Kidney Disease: Improvement of Global Outcome*, para unificar los criterios de las variadas guías que existen en la comunidad nefrológica mundial y establecer planes de acción en las diversas etapas.

Las guías KDOQI revolucionaron el concepto de ERC. Desde su publicación generaron investigaciones, controversias, incluyendo cambios en políticas públicas y prácticas de laboratorio.

Dado el importante crecimiento de la ERC en el mundo y la experiencia adquirida por la comunidad nefrológica mundial en el manejo de personas que viven con esta condición, es necesario la revisión y actualización de estas guías. Por lo tanto un grupo de expertos, liderados por los Drs: Adeera Levin y Paul Stevens, se encuentran desarrollando un Grupo de Trabajo para actualización de estas guías. Se espera su publicación en la primera mitad del 2012. (www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/CKD.php)

Definición:

Se considera presencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC):

- Presencia de *daño renal*.
- Filtrado Glomerular (FG) < 60 ml/min/1.73m² por tres meses o más.

Se entiende por *daño renal*: anormalidades patológicas o marcadores de daño renal en sangre, orina o imágenes (ejemplo: proteinuria, hematuria, litiasis) por tres meses o más.

Basados en el nivel de función renal se clasifican las etapas, sin tener en cuenta la etiología de la enfermedad.

ETAPA	DESCRIPCIÓN	FG (ml/min/1.73m ²)
1	Daño renal con FG normal o aumentado	≥ 90
2	Daño renal con leve disminución FG	60 – 89
3	Daño renal con moderada disminución FG	30 – 59
4	Daño renal con severa disminución FG	15 – 29
5	Falla renal	< 15 (o diálisis)

La ERC es una situación compleja y progresiva, asociada con factores de riesgo conocidos: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, dislipemia y obesidad.

Las etapas 1 y 2 son generalmente asintomáticas y de hallazgo incidental.

A partir de la etapa 3, el deterioro de la función renal es progresivo e irreversible, dependiendo la velocidad del deterioro de múltiples causas; muchas de ellas prevenibles y modificables.

Etapas 1 a 4: progresión:

En las primeras etapas de la ERC es fundamental la prevención.

Una de las particularidades de esta condición es que las principales causas no se encuentran en patologías intrínsecas del riñón, sino en enfermedades sistémicas que dañan al riñón.

Una serie de enfermedades sistémicas puede causar pérdida progresiva de la función renal. Las dos más significativas son: Diabetes (DBT) e Hipertensión arterial (HTA).

En el mundo desarrollado, más del 50 % de los casos de pacientes en la etapa final de la enfermedad se debe a estas patologías. En **Estados Unidos**, la DBT constituyó el 44% de los pacientes nuevos ingresados a diálisis y la HTA, el 28.7% en el año 2004.

En los países en vías de desarrollo, si bien hay una mayor proporción de causas infecciosas, los cambios de estilo de vida provocan un crecimiento de causas similares a las de los países desarrollados.

En **Latinoamérica**, la DBT es también la primer causa de ingreso a diálisis crónica, con el 30.3% de los casos nuevos por año.

Argentina presentó un aumento del porcentaje de diabéticos ingresando a diálisis en los últimos años. Pasó del 34.8% en el 2004 hasta el 36,5% en 2007.

La Nefropatía diabética es la primer causa de nuevos ingresos a diálisis crónica en nuestro país.

Uno de los cambios que introdujo la publicación de la guías KDOQI fue el informe del FG por parte de los laboratorios. La introducción del informe de la Tasa de Filtrado Glomerular estimada a partir de valores de creatinina y aplicando fórmulas conocidas, ha puesto en su real dimensión el crecimiento de la ERC.

En nuestro país la Sociedad Argentina de Nefrología, la Fundación Bioquímica Argentina y la Asociación Bioquímica Argentina, elaboraron un documento conjunto para la utilización de ecuaciones que estiman el FG a partir del valor de creatinina plasmática, con recomendaciones específicas de los casos en los cuales es válido usarlas. www.san.org/noticias/archivos/Documento_SAN_ABA_FBA

La ERC es una enfermedad habitualmente no reconocida por los pacientes ni los médicos, ya que permanece asintomática hasta etapas avanzadas.

Hay un sub-diagnóstico de la prevalencia de ERC establecida (etapas 3 a 5, FG < 60 ml/m). En Estados Unidos, los estudios más nuevos informan que la prevalencia de ERC se encuentra en aumento en la población general, y que el 16,8% de los individuos mayores de 20 años de edad la padecerían.

Existe clara evidencia de:

- Una muy pequeña proporción de pacientes con ERC (etapas 3 a 5) progresan a la falla renal, la mayoría muere de enfermedad cardiovascular antes de llegar a diálisis.
- También existe evidencia que estrategias de prevención simples, llevan a la reducción del riesgo, reducción de la morbi-mortalidad de este grupo y demora en la progresión a diálisis.
- Existen programas de prevención para pacientes con ERC y han demostrado su efectividad para mejorar la evolución clínica y reducir costos.

Pero, por otra parte, la mayoría de los pacientes que ingresan a diálisis en el mundo, tuvieron contacto con el nefrólogo 3 meses previo a su ingreso. Estos pacientes presentan elevada morbi-mortalidad, permanecen más tiempo internados y tienen baja probabilidad de continuar trabajando posteriormente. Los costos de enfermedad se incrementan en todo sentido.

En un trabajo personal, presentado en el Congreso Argentino de Diabetes (año 2004) para evaluar la mortalidad temprana al ingreso a Hemodiálisis, demostramos que la mayor mortalidad se daba en pacientes diabéticos vs. no diabéticos. Y el primer contacto con el nefrólogo lo tuvieron en la Unidad de Terapia Intensiva en el momento de iniciar hemodiálisis de urgencia.

El sistema de salud de Argentina, con sus tres subsectores: público, seguridad social y privado contempla la prevención en forma absolutamente heterogénea.

En general lo hacen a través de planes de prevención fundamentalmente en Diabetes e Hipertensión arterial. En cuanto a Obesidad, su cobertura está incluida en el PMO (Plan Médico Obligatorio) como prestación obligatoria, a partir de la Ley 26396, publicada en el Boletín Oficial el 03/09/08.

Sin embargo estos planes están absolutamente desarticulados, y muy pocos hacen especial hincapié en la prevención de la falla renal.

En otro trabajo personal, presentado en el Congreso Nacional de Nefrología (año 2003) describiendo los conocimientos de los pacientes diabéticos al ingreso a Hemodiálisis, comprobamos que: el 100% de los pacientes desconocía la importancia del control de HTA y desconocía el test de Hemoglobina glicosilada como parámetro de control de su Diabetes. El 50 % tenía conocimientos nutricionales generales, pero no seguimiento regular con dietista. Ningún paciente tenía conocimiento de la relación entre Diabetes y Enfermedad Renal.

Coincidiendo con lo explicado en la introducción de esta Monografía, en nuestro país, en marzo de 2010, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud y dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, presentó la: *Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención*.

En su prólogo, el Ministro de Salud hace referencia al crecimiento de las enfermedades crónicas que sumado a las enfermedades infectocontagiosas, impone al sistema sanitario de nuestro país a una “doble carga” de enfermedad. Con implicancias en todas las esferas: económica, social, desarrollo humano.

En lo específico renal, se hace necesario detectar en forma precoz la enfermedad y poner en práctica medidas para reducir su progresión.

El propósito de esta Guía es sistematizar las prácticas preventivas y de detección precoz de la enfermedad renal en el Primer Nivel de Atención (PNA) del país y generar recomendaciones basadas en evidencia de alta calidad. La población objetivo de esta guía son los adultos mayores de 18 años de ambos sexos que concurren al PNA, que pertenezcan o no a los denominados grupos de riesgo para enfermedad renal y pueden o no padecer la enfermedad, aunque si ésta se encuentra presente debe clasificarse como estadios precoces (1 y 2).

Fue elaborado por una serie de expertos de: Cámara Argentina de Productos y Servicios de Terapia Renal, Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA) y Sociedad Argentina de Nefrología, bajo la coordinación general del Ministerio de Salud de la Nación.

Se encuentra de libre acceso en: www.san.org.ar

ERC en el adulto mayor: Es un ítem que merece un párrafo aparte.

Esta población está en continuo aumento y presenta a los médicos tratantes, incluyendo a la familia y Auditoría Médica, complejas situaciones a resolver entre continuar con las medidas conocidas de mantenimiento o iniciar terapia sustitutiva renal.

En Estado Unidos, 25 millones de individuos tiene 70 años o más y aproximadamente la mitad de ellos presentan ERC. Y viceversa, 23 millones de individuos tienen ERC y la mitad tienen 70 años o más.

Las guías en uso actual para el manejo de pacientes con ERC, no dan respuesta a esta situación. En general, los diversos “trials” realizados, sobre los cuales se apoyan estas guías, no incluyen en la población en estudio al adulto mayor a 70 años.

Y es precisamente esta población la más vulnerable a la ERC, portadora de la principales comorbilidades que aumentan el riesgo de deteriorar una función renal previa ya disminuída y, más aún, precipitar una falla renal aguda en el contexto de, por ejemplo, una internación en Unidad de Terapia Intensiva por otra causa.

El adulto mayor debe ser considerado a priori como parte de una población en alto riesgo para ERC. Por lo tanto aplicar todas las medidas clínicas conocidas para minimizar el daño renal. Entre ellas la derivación temprana al nefrólogo, que está demostrado que disminuye la hospitalización y la morbimortalidad.

Etapa 5: falla renal

De acuerdo a las guías KDOQI, esta etapa abarca a los pacientes con FG < 15 ml/min, se encuentren o no en plan de diálisis.

En Argentina, todos los habitantes tienen cobertura para el tratamiento de diálisis. Esta terapia de reemplazo, está incluida en el Plan Médico Obligatorio (PMO).

Los financiadores del tratamiento son:

- El Estado
- Obras Sociales
- Empresas de Medicina Prepaga

Los prestadores, dentro del Sistema de Salud, se encuentran en:

- Hospitales (públicos y privados)
- Centros de diálisis independientes
- Empresas de diálisis multinacionales

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el paciente en Terapia de Reemplazo Renal (diálisis o trasplante) cumple los requisitos para obtener el Certificado de Discapacidad, con todos los beneficios que dicho certificado aporta.

Los distintos prestadores realizan contratos con los financiadores en forma directa o bien agrupados en asociaciones. Algunas de las cuales son:

Asociación Regional de Diálisis y Transplantes Renales de Capital Federal y Pcia. de Bs As

Asociación Prestadores Privados de Hemodiálisis y Transplantes Renales de Mendoza

Asociación Prestadores de Hemodiálisis y Transplantes Renales del Centro

Asociación de Diálisis de la Provincia de Corrientes

Asociación de Centros Privados de Diálisis Salta (CE.PRI.DIA.SA.)

Asociación Prestadores de Diálisis y Transplantes Renales de San Juan

Asociación de Prestadores de Diálisis y Transplantes Renales de la Provincia de Santa Fe

En la actualidad, diálisis tiene un valor modulado. Puede ser por prestación o módulo mensual por paciente. Este último es el contrato que realizan dos de los principales financiadores: PAMI y IOMA.

Con cualquiera de las dos alternativas, en los contratos se especifica lo que abarca cada módulo. Ej: medicación incluida (o sea el costo a cargo del prestador) o nó, en cuyo caso el costo estará a cargo del financiador. Por ejemplo con el uso de Eritropoyetina, Quelantes del calcio, Vitamina D, etc.

El módulo de diálisis, para los principales financiadores abarca las dos modalidades: Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal. Cuando por diferentes razones la indicación es la Diálisis Peritoneal con Cicladora, se requiere la autorización por parte del financiador.

En los casos de las Obras Sociales, en general se requiere autorización para la realización de Diálisis Peritoneal.

El procedimiento de diálisis sólo puede aplicarse en instituciones que hayan sido formalmente habilitadas para tal fin por la autoridad competente.

Dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad y Atención Médica que depende del Ministerio de Salud y Acción Social, se encuentran las Normas de Organización y Funcionamiento de la Práctica Dialítica: Ley 22.853 (Ley de Diálisis).

Este documento normativo se halla enmarcado en las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud enunciadas en el Decreto N° 1.269/92.

Se encuentran detalladas todas las características de la planta física, equipamiento, recursos humanos y marco normativo de funcionamiento de un Establecimiento que brinde el tratamiento de diálisis.

Nuestro país cuenta con un excelente Registro Argentino de Diálisis Crónica, realizado en forma conjunta entre el INCUCAI y la Sociedad Argentina de Nefrología.

Desde el año 2004 se tiene información veraz sobre la tasa de nuevos pacientes que ingresan a diálisis crónica y los que se encuentran realizando tratamiento en tiempo real. Dicha información se encuentra en la página web del Ministerio de Salud, a través de un organismo descentralizado, el INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante). www.incucan.gov.ar

Dentro de dicha página, se encuentra el SINTRA (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina). Es un sistema de información con escalones jurisdiccionales, regionales e integrado nacionalmente, que permite el monitoreo y evaluación permanente en tiempo real de la actividad, la gestión de pacientes en diálisis, listas de espera y asignación de órganos y tejidos con fines de implante.

Todos estos datos se obtienen de la información detallada que ingresa al módulo: “Registro Nacional de Insuficiencia Renal Crónica Terminal” del SINTRA. Estos datos los generan todos los Centros de Diálisis de la República Argentina.

La información se obtiene on line y en tiempo real.

Podemos decir que el **26/10/2011 a las 14:26:**

- Total de pacientes en diálisis en la República Argentina: **26.552**

en hemodiálisis: **25.379**

en peritoneal: **1.163**

hemodiafiltración: **10**

- Pacientes agrupados por etiología de ingreso:

Nefropatía diabética: 26,3%

Nefroangioesclerosis: 19,9%

Desconocida: 19,7%

Glomerulonefritis: 11,3%

Todas estas patologías suman el 77,2% del total. El resto se agrupa en porcentajes menores al 6% cada una: nefropatía obstructiva, túbulo intersticial, Síndrome urémico hemolítico, nefropatía lúpica, mieloma, amiloidosis, nefropatía familiar, no especificado y fallo de trasplante.

- Pacientes agrupados por nacionalidad:

Argentina:	94,7%
Paraguaya:	1,6%
Chilena:	1,0%
Boliviana:	1,0%

Suman el 98,3%. El resto contempla habitantes de Italia, España, Uruguay y Perú. Y en número de 1 por país a habitantes de otros países del mundo.

- Pacientes agrupados por sexo:

masculino:	55.9%
femenino:	44,1%

- Pacientes agrupados por grupo etario:

desde 60 hasta 69 años:	25%
desde 50 hasta 59 años:	20,1%
desde 70 hasta 79 años:	17,9%
desde 40 hasta 49 años:	12,7%

Pacientes agrupados por financiador al 11/11/2011: Total en Diálisis: **26872**

correspondían a	PAMI:	9.714	(36.1%)
	PROFE:	5.106	(19.0%)
	Obra Social Provincial:	4.655	(17.3%)

El resto se distribuye entre Subsidio provincial, Prepaga y otras Obras Sociales.

Pacientes agrupados por prestador al 11/11/2011: Total en Diálisis: **26872**

Fresenius Medical Care Argentina SA:	8.859	(33.4%)
Confederación de Diálisis de la RA:	7.625	(28.7%)
Privado – independiente:	5.987	(22.6%)
Diaverum Argentina:	2.980	(11.2%)
Hospital Público:	1.077	(4.1%)

A partir de todos estos datos, que se encuentran disponibles desde el año 2004; el INCUCAI y Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) elaboraron en forma conjunta informes que nos permiten conocer la realidad del universo de los pacientes en tratamiento de Diálisis en nuestro país. El último presentado fue en el año 2010. (www.nefrodial.org/descargas/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_version_completa.pdf)

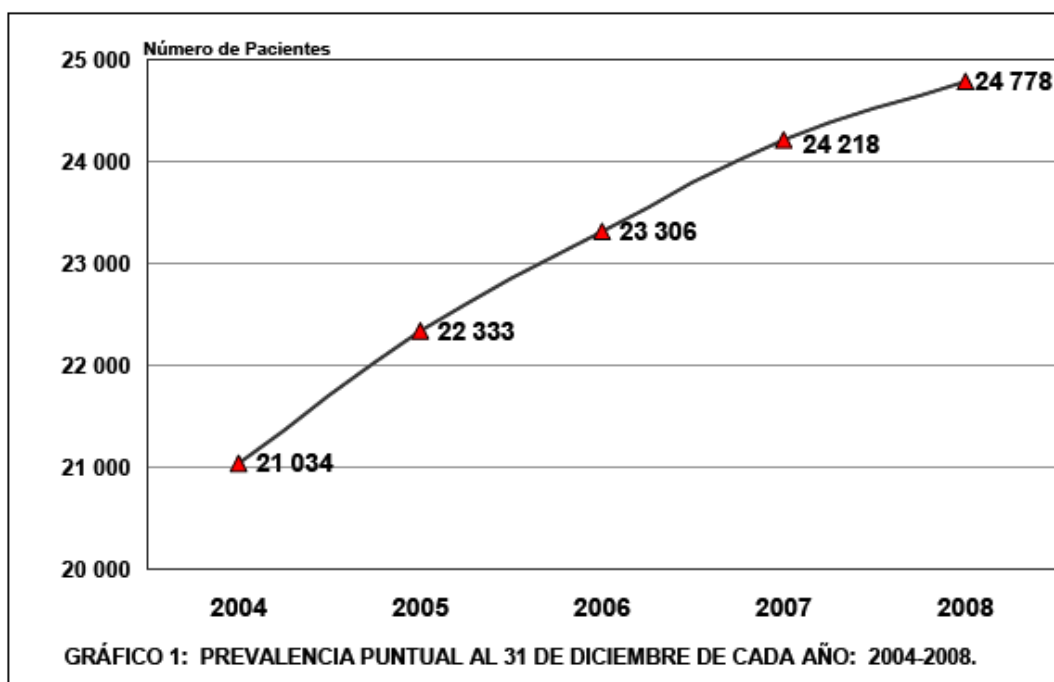
El **informe 2010** nos muestra la población prevalente anual en DC de 2008. Se define como tal, la cantidad total de pacientes que recibieron tratamiento dialítico crónico durante un año calendario o parte de él, incluyendo los pacientes que ingresaron o reingresaron en ese año. En el lapso entre el 1 de enero a las 00.00 horas hasta el 31 de diciembre de 2008 a las 24.00 horas.

Además se estudió la población incidente desde el 1 de abril de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2008 por separado: pacientes que recibieron diálisis por primera vez en su vida. Esto permitió analizar las características clínicas, bioquímicas y socio-económicas de los pacientes al ingreso y la repercusión de estas variables en la sobrevida aplicando modelos de Regresión Logística.

La incidencia se definió como el número de pacientes nuevos en DC ingresados a los Centros de Argentina en un año calendario. No se consideraron como incidentes a los pacientes que vuelven a DC desde un Trasplante o Recupero de Función o Interrupción del tratamiento por cualquier causa; a estos últimos se los considera como reincidentes o reingresos y se evalúan dentro de los prevalentes anuales.

El **informe** nos muestra lo siguiente:

Prevalencia a DC:



- El número de pacientes se ha incrementado año a año. Partiendo de 21.034 en 2004 hasta 24.778 en 2008. Pero la tasa de crecimiento ha descendido. Entre 2004 y 2005 fue de 6.18%; entre 2005 y 2006 de 4.36%; entre 2006 y 2007 de 3.91% y entre 2007 y 2008 fue de 2.31 %.
- Considerando que la población de la Argentina ha aumentado, se infiere que el crecimiento de la tasa ha descendido en el tiempo, siendo el crecimiento anual promedio de 3.18%. Pero esa tasa debe ser ajustada porque la población es cada vez más añosa, que son los que mayormente ingresan a DC, siendo los menos los jóvenes.
- Resumiendo, la población en DC en Argentina en el último año presentó el menor crecimiento desde que se inició el Registro, tanto en tasa cruda (1.31%) como ajustada (0.73%), con amesetamiento de la tasa de prevalencia puntual en DC.

Prevalencia en Terapia Sustitutiva Renal (TSR):

A fines de 2008, en Argentina se encontraban:

Tratamiento sustitutivo de la función renal: **30.035** personas

de las cuales: **24.778** en DC

5.257 con riñón funcionante

El **17,5%** de la población con tratamiento sustitutivo es un Trasplantado Renal.

Por lo tanto: la Tasa de Prevalencia en Terapia Sustitutiva Renal fue de 755.68 pacientes por millón de habitantes en 2008 (IC 95%: 747.16 – 764.28).
--

La tasa de prevalencia con riñón funcionante es de 132.27 pacientes por millón de habitantes (IC 95%: 128.71 – 135.89).
--

Comparaciones internacionales (tomadas del USRDS)

www.usrds.org/2010/slides/indiv/1v2index.html

Nuestro país presenta una tasa de prevalencia *similar* a: Australia, Dinamarca, Finlandia, Nueva Zelanda y Reino Unido, (promedio 756 ppm).

Supera a: Brasil, República Checa, Israel, Luxemburgo, Polonia, Rumania, Tailandia, Turquía y Rusia.

Es *superado* por: Taiwán, Japón (más de 2000 ppm), Estados Unidos de Norteamérica, Bélgica, Canadá, Chile, Israel, Grecia, Francia, Uruguay (todos entre 1000 a 2000 ppm).

El informe finaliza la exposición de Prevalencia explicando que: “no es la mejor variable para ponderar la población que se encuentra en estadio final de insuficiencia renal crónica. La prevalencia sube si existe baja tasa de trasplante, baja si existe alta mortalidad y se eleva si se ingresa a más pacientes. No obstante mantener muy buena correlación con la Incidencia, es a esta última a la que debemos evaluar si queremos acercarnos al mayor reconocimiento de la población con estadio 5 de Insuficiencia renal crónica”.

Incidencia a DC:

En el año 2008, ingresaron **5687** pacientes a DC en Argentina.

Tasa bruta: **143.08** (IC95%: 139.39 – 146.85)

Se mantienen valores similares a años anteriores. Las tasas ajustadas por edad y género de la población es la misma que al inicio del Registro: alrededor de 140 ppm.

Incidencia a Terapia Sustitutiva Renal Crónica:

En 2008, iniciaron TSR con un injerto renal en Argentina: **51** personas, sin haber recibido previamente en su vida terapia dialítica crónica.

riñón cadavérico: **29** riñón de donante vivo relacionado: **22**

Por lo tanto, **5738** personas en total iniciaron TSR en Argentina en 2008.

Tasa cruda de Incidencia a TSR : 144.27 pacientes por millón de habitantes en 2008 (IC95%: 140.66-148.15).

Comparaciones internacionales: (tomadas del USRDS)

Nuestro país presenta una tasa de incidencia *similar* a: Austria, Brasil, Chile, Croacia y Francia (promedio 144 ppm).

Supera a: Australia, Nueva Zelanda, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Noruega, Polonia, Rumania, Rusia, Escocia, España Suecia y Reino Unido, entre otros.

Es *superado* por:

Taiwán, Estados Unidos de Norteamérica (estos dos países superan los 300 ppm)

Japón, Luxemburgo y Turquía (entre 200 y 300 ppm)

Bélgica, Canadá, República Checa, Israel, Grecia y Uruguay (entre 150 a 200 ppm).

Trasplante renal :

Un poco de historia.....

En el año 1954, Murray realiza en Estados Unidos el primer Trasplante renal exitoso entre gemelos univitelinos.

En 1957, en Argentina, Alfredo Lanari realiza el primer Trasplante renal en el Instituto de Investigaciones Médicas, dependiente de la Universidad de Buenos Aires. En ese año se crea el primer banco de tejidos a través de la Ley 17.041.

En 1977, en Argentina, se sanciona la primera normativa nacional que regula la actividad de trasplante en el país. La ley 21.541 crea el Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante – CUCAI.

En 1990 el CUCAI se transforma en INCUCAI. Y a partir de la ley 23.885, pasa a ser un organismo descentralizado, con autarquía y conserva su dependencia del Ministerio de Salud de la Nación.

Normativa vigente que enmarca la actividad:

www.incucai.gov.ar/institucional/legislacion.jsp

Leyes

- Ley 24.193. *Ley de Trasplante de Organos y Tejidos*, sancionada el 30/03/1993 texto actualizado por Ley 26.066 y Ley 26.636.
- Ley 25.505. *Ley Nacional de Inscripción de donantes de órganos*.

Resoluciones Ministerio de Salud de la Nación

- Resolución N° 275/10. Protocolo nacional para certificar el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos (Muerte encefálica).
- Resolución N° 658/05. Aprobación de la resolución 081/05 del Directorio del INCUCAI sobre valores arancelarios de la procuración de órganos y tejidos provenientes de donantes cadavéricos con fines de implante.
- Resolución N° 542/05. Criterios generales para asignación y distribución de órganos y tejidos.
- Resolución N° 199/04. Programa Federal de Procuración de órganos y tejidos.

Resoluciones Incucai

- Incluye una serie de resoluciones que parten de la Resolución N° 117/04 que crea el sistema SINTRA y diversas modificaciones sobre la misma.

En la actualidad nuestro sistema de salud cuenta con equipos profesionales capacitados y centros de trasplantes habilitados, coordinados y fiscalizados por el Incucai en todo el país.

En el año 2003, se lanza el *Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos*, que plantea la procuración como una tarea médico asistencial ubicada dentro de la organización intrahospitalaria.

En esta línea, se implementa la figura del coordinador hospitalario de trasplante, profesional perteneciente a la institución de salud y responsable de la actividad de procuración en su lugar de trabajo. La puesta en marcha del Programa Federal de Procuración requirió la adhesión de las autoridades sanitarias de cada una de las provincias argentinas, alcanzada a través de convenios de compromiso entre éstas y nación. Se ha logrado un crecimiento de los trasplantes en nuestro país.

La actividad de procuración reflejada en el índice de donantes por millón de habitantes pasó de 6 en 2002 a 12 en 2007.

El operativo de procuración está compuesto por varios pasos logísticos de diversa índole, que requieren de acciones coordinadas en cada una de sus etapas.

Comienza con la detección del posible donante, la evaluación de los criterios de selección, la certificación de muerte, el mantenimiento cadavérico y la entrevista con los familiares del fallecido. Estos pasos se desarrollan en la institución sanitaria en donde se encuentra el posible donante.

La coordinación y logística general de todos los pasos operativos se implementa desde la guardia operativa nacional cuya sede está en el Incucai y desde las dependencias de los organismos jurisdiccionales. Aquí es donde también se procede a la distribución y asignación de órganos de acuerdo al orden de prioridades establecido por el sistema informático SINTRA a partir de los criterios de distribución establecidos en las resoluciones correspondientes.

La ablación de los órganos se practica en el quirófano del establecimiento asistencial donde se encuentra el fallecido. Luego, los órganos son trasladados a los diferentes centros donde se concreta el trasplante en cada uno de los receptores. El control final del implante y su registro en el sistema informático es efectuado por el Incucai o el organismo jurisdiccional responsable de la coordinación del operativo.

La duración completa del operativo de procuración de órganos es variable. Se inicia en el momento de la detección del potencial donante y finaliza con la cirugía de trasplante. Por lo general se extiende por un lapso de 18 a 20 horas aproximadamente, aunque en ocasiones el proceso puede durar hasta 50 horas.

Los centros de trasplante son entidades de salud de diferente naturaleza jurídica y de dependencia pública o privada que se encuentran habilitadas para la práctica de trasplantes. Cada centro requiere el cumplimiento de una serie de requisitos establecidos

en las normas vigentes según el tipo de trasplante, tanto en lo que respecta a su estructura física y tecnológica, como también en relación a los recursos humanos.

El artículo 10 de la Ley 24.193 otorga a la autoridad de contralor jurisdiccional la responsabilidad de habilitar establecimientos y autorizar profesionales para trasplante de órganos y tejidos. Este permiso debe renovarse cada 2 años y requiere que se efectúe la inspección del área física y los recursos técnicos como así también los antecedentes curriculares de los profesionales a autorizar.

En Argentina, al 11/11/2011, se encontraban en el país en lista de espera para Trasplante renal: **4585** personas

En el año en curso se trasplantaron **695** personas.

Según legislación vigente, a partir del mes que una persona ingresa a tratamiento de diálisis, debe estar inscripta para trasplante. El costo del trasplante renal está modulado y cubre los estudios pre y post trasplante y el acto en sí de trasplante.

Los convenios se realizan entre el financiador del tratamiento de diálisis (público, privado u obra social) y los Centros autorizados para realizarlo. Están excluidos los costos de traslados, determinada medicación inmunosupresora, procedimientos de hemodiálisis aguda y crónica.

Por resolución 500/2004, el trasplante renal por OS tiene cobertura del APE (Administración de Programas Especiales), que incluye el traslado y medicación inmunosupresora de por vida.

Para los pacientes del sector público, la cobertura de medicación y seguimiento postrasplante está cubierta por el Decreto 1071/2007, que crea el Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante (la Resolución 974/2009 incluyó a los pacientes del PROFE)

El organismo responsable de la Gestión y provisión de medicamentos es el INCUCAI.

Si por alguna razón, el paciente en tratamiento de diálisis crónica no acepta o no está apto para trasplante renal, se debe completar un formulario de Consentimiento informado para la No Inclusión en Lista de Espera.

Conclusiones:

上医医未病之病
中医医将病之病
下医医已病之病
~黄帝内经~

Superior doctors prevent the disease.
Mediocre doctors treat the disease
before evident.
Inferior doctors treat the full-blown disease.
--Huang Dee: Nai-Ching
(2600 BC First Chinese Medical Text)

La ERC está en continuo y progresivo avance, imponiendo altos costos al sistema de salud. Está comprobado que la prevención debe ser el objetivo, identificando a los grupos en riesgo de desarrollar la enfermedad para actuar en consecuencia.

Por otra parte, cuando ya la falla renal está establecida, es imperativo que el tratamiento de diálisis y trasplante esté disponible para todos los habitantes sin distinciones entre provincias.

Bibliografía:

Nugent RA et al. The burden of Chronic Kidney Disease on Developing Nations: A 21st Century Challenge in Global health. Minireview.

Nephron Clin Pract 2011;118:c269–c277. DOI: 10.1159/000321382

Just PM et al. Reimbursement and economic factors influencing dialysis modality choice around the world. *Nephrol Dial Transplant* (2008) 23: 2365–237.

DOI: 10.1093/ndt/gfm939

Stevens AS et al. CKD in the elderly-old questions and new challenges: World Kidney Day 2008. *Am J Kidney Dis.* 2008;51(3):353-357.

Murtagh FE et al. Trajectories of Illness in Stage 5 Chronic Kidney Disease: A Longitudinal Study of Patient Symptoms and Concerns in the Last Year of Life.

Clin J Am Soc Nephrol 6: 1580–1590, 2011. DOI: 10.2215/CJN.09021010

Halbesma N et al, for the PREVEND Study Group. Development and Validation of a General Population Renal Risk Score. *Clin J Am Soc Nephrol* 6: 1731–1738, 2011.

DOI: 10.2215/CJN.08590910

Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Marzo de 2010.

Resolución Ministerial 27/2011.

Leipzig RM, Whitlock EP, Wolff TA, et al; for the US Preventive Services Task Force Geriatric Workgroup. Reconsidering the approach to prevention recommendations for older adults. *Ann Intern Med.* 2010;153(12):809-814.

Levey AS. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies. Conference report. *Kidney International* (2011) 80, 17–28;

DOI:10.1038/ki.2010.483

Richards N et al. Primary care-based disease management of chronic kidney disease (CKD), based on estimated glomerular filtration rate (eGFR) reporting, improves patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* (2008) 23: 549–555.

DOI: 10.1093/ndt/gfm857.