

Prevalencia de insuficiencia renal crónica en la población de influencia del Hospital de Apoyo Cayetano Heredia: 1982-1984.

Prevalence of chronic renal failure at the "Hospital de Apoyo Cayetano Heredia" 1982-1984.

FIGLIO Gino¹, CIEZA Javier².

¹Médico Residente Servicio de Nefrología Hospital de Apoyo Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

²Médico Asistente Servicio de Nefrología Hospital de Apoyo Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

SUMMARY

In order to find out the prevalence of chronic renal failure (CRF) in our country, we made this retrospective study. We evaluated all patients with CRF controlled at the "Hospital de Apoyo Cayetano Heredia" coming from its influencing area, between 1982 and 1984. The prevalence rate was definitely lower than other countries. We found 37.7 cases /million. The prevalence rate was higher in females. It also had age correlation.

RESUMEN

Se realiza un estudio retrospectivo para obtener una primera aproximación a la prevalencia de insuficiencia renal crónica (IRC) en nuestro medio. Evaluamos a todos los pacientes provenientes del área de influencia del Hospital de Apoyo Cayetano Heredia, con el diagnóstico de IRC durante los años 1982 a 1984.

Se encontraron tasas marcadamente inferiores a las reportadas en la literatura. La prevalencia fue de 37.7 casos por millón de habitantes y correlacionó positivamente con la edad. Las mujeres tuvieron tasas más altas.

INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema de Salud Pública a nivel mundial, no por tener tasas de incidencia en la población sino por la magnitud de sus efectos económicos. En Estados Unidos por ejemplo, el costo del programa de tratamiento al

paciente renal en 1981 fue de 1.6 billones de dólares, y en 1983 aumentó a 2 billones, con un costo anual promedio por paciente de 25,000 dólares (1).

El aumento en la sobrevivencia de los pacientes renales, producto del avance tecnológico en los procedimientos dialíticos y de trasplante renal, ha planteado a la mayoría de países la necesidad de organizarse para captar una demanda creciente de un tratamiento especializado de alto costo económico y social. Esto ha generado una preocupación epidemiológica por determinar los requerimientos de diálisis y trasplante renal en la población, en base a estudios de incidencia de insuficiencia renal crónica Terminal (IRCT) (2,6).

En ese sentido, el objetivo de nuestro trabajo fue obtener una primera aproximación a la prevalencia de IRC en nuestro medio, basada en la demanda de atención al Hospital de Apoyo Cayetano Heredia (HACH).

PACIENTES Y METODOS

Se revisaron los registros de los pacientes con diagnóstico de IRC vistos en el HACH desde el 01 de enero de 1982 hasta el 30 de diciembre de 1984, inclusive.

Se hizo el diagnóstico de IRC en caso de compromiso de la función renal persistente por 6 meses, y dado por una Depuración de creatinina corregida para superficie corporal (DpCr) menor de 80 cc/min para los varones y 70 cc/min para las mujeres; o una CRS mayor de 1.5 mg% para varones o mayor de 1.2 mg% para las mujeres. La corrección para la edad se hizo según Rowe (8), incluyendo los pacientes por debajo del décimo percentil esperado para la edad y sexo.

Los diagnósticos de la enfermedad renal de fondo se hicieron según los criterios establecidos por Pasternack (2). Se incluyeron las siguientes: Diabetes Mellitus, Nefritis Intersticial, Glomerulonefritis Crónica primaria o secundaria, LES, Amiloidosis, HTA y desconocida. Cuando un paciente completó criterios para dos nefropatías sin poder discernirse cuál era la más importante, se consignaron ambas bajo la denominación "dos diagnósticos".

Se registró también la fecha del diagnóstico de IRC, la fecha del último control hospitalario y la creatinina sérica (CRS) en el momento del diagnóstico.

El grado de IRC al diagnóstico se clasificó de acuerdo al siguiente criterio:

Grado I: CRS < 2.5 mg%

Grado II: CRS entre 3 y 4.4 mg% inclusive.

Grado III: CRS entre 4.5 y 5.9 mg% inclusive

Grado IV: CRS mayor o igual a 6 mg%

Para el cálculo de la prevalencia se consideraron sólo los pacientes procedentes del área de influencia del HACH (Distritos de Ancón, Independencia, Puente de Piedra, Rímac, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres y Santa Rosa) que estuviesen vivos el 31 de julio de 1984; tomando como referencia la población total del Área Hospitalaria,

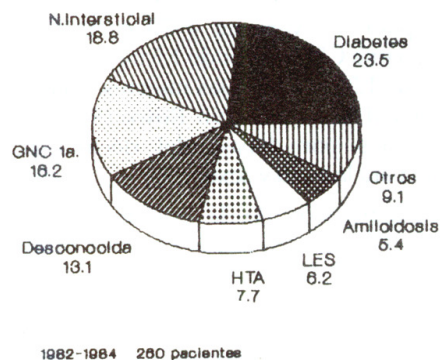
según el Censo Nacional de 1981 (7). Los datos se analizan por diferencia de medias (t de Student) y regresión lineal según el caso, considerando significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 259 pacientes con diagnóstico de IRC, de los cuales 116 (44.8%) procedían del área de influencia del HACH. El tiempo de seguimiento promedio fue de 28.3 meses y la CRS media al diagnóstico de IRC fue de 5.1 mg%.

Las causas de IRC fueron: Diabetes Mellitus (23.5%), nefritis intersticial (18.8%), Glomerulonefritis crónica primaria (16.2%), desconocida (13.1%), hipertensión arterial (7.7%), Lupus eritematoso sistémico (6.2%), amiloidosis renal (5.4%) y otras (9.1%). Se encontraron 13 pacientes (5%) con dos nefropatías simultáneas (7 con uropatía obstructiva y una glomerulopatía asociada, 3 diabéticos con uropatía obstructiva, 1 diabético con nefroesclerosis hipertensiva y 2 nefritis intersticiales crónicas con una glomerulopatía asociada) (Gráfico N°1).

**GRAFICO 1
CAUSAS DE IRC EN HACH (%)**

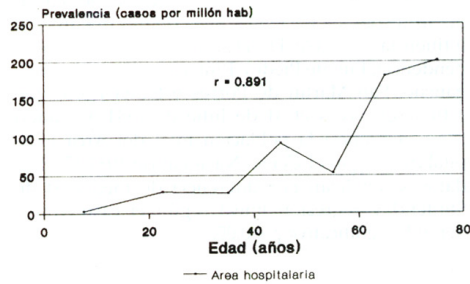


La prevalencia media promedio fue de 37.7 casos por millón de habitantes, con una tendencia a aumentar durante los tres años que comprendió el estudio. Se encontró que la prevalencia de IRC fue mayor entre las mujeres, durante todo el período evaluado (Tabla N°1).

Sexo/Año	1982	1983	1984	Media
Masculino	12.6	24.3	35.1	24.0
Femenino	53.2	54.5	45.9	51.2
Total	33.1	39.6	40.6	37.7

La prevalencia de IRC mostró un aumento lineal con la edad en forma estadísticamente significativa (Gráfico N°2).

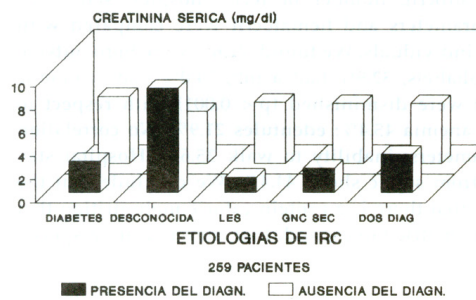
GRAFICO 2
PREVALENCIA DE IRC SEGUN EDAD 1982-1984



El 50.2% de los pacientes llegaron al diagnóstico en un estadio leve (crs < 2.5 mg%), mientras que el 30.9% lo hizo en etapa Terminal (crs > 6 mg%) básicamente para ingresar a un programa de soporte dialítico (Tabla N°2). Al evaluar los factores de riesgo asociados, se encontró que el grado de IRC al diagnóstico fue significativamente menor entre los pacientes mayores de 60 años ($p < 0.005$) y las mujeres ($p < 0.005$). En relación a la enfermedad de fondo, el diagnóstico de IRC fue más precoz en pacientes con diabetes ($p < 0.001$), LES ($p < 0.001$), GNC secundaria ($p < 0.001$) o dos nefropatías de fondo ($p < 0.01$). Los pacientes con enfermedad causal de la IRC Desconocida, llegaron al diagnóstico en estadio avanzado ($p < 0.001$)(Gráfico N°3).

Grado	N	%
I (crs < 2.5 mg%)	130	50.2
II (crs 2.5-4.4 mg%)	29	11.2
III (crs 4.5-5.9 mg%)	20	7.7
IV (crs > 6 mg%)	80	30.9
Total	259	100.0

GRAFICO 3
CREATININA SEGUN NEFROPATIAS



En todos los casos hubo significancia ($p < 0.01$)

DISCUSIÓN

Hemos encontrado una tasa de casos hospitalarios muy por debajo de lo reportado en países occidentales (2), lo cual probablemente responde a diferentes en la metodología para la captación de pacientes (nuestro estudio no es multicéntrico), y a diferencias en la composición etaria de la población general (nuestra población es mucho más joven, y la prevalencia aumenta directamente con la edad). Pasternack (2) encontró una prevalencia de IRC moderada severa (CRS > 2.5 mg%) de 67 casos por 100 mil habitantes, en Finlandia entre 1973-1976. Sus prevalencias por edad fueron mayores que las aquí obtenidas, sobre todo en los grupos etarios mayores, Sin embargo, no podemos descartar que realmente nuestra prevalencia de IRC sea menor, teniendo en cuenta que los niveles de ingesta proteica en la población son bajos. Desafortunadamente, limitaciones metodológicas del trabajo nos permiten sólo afirmar que la tasa encontrada representa el límite inferior de la tasa de prevalencia real.

El hallazgo de una mayor prevalencia de IRC en el sexo femenino puede estar en relación a que nuestro hospital atiende en forma ambulatoria el doble de mujeres que de hombres.

Las causas de IRC encontradas son similares a las reportadas en otras series, destacando sin embargo, la alta frecuencia de amiloidosis renal; lo cual puede deberse a la alta prevalencia de Tuberculosis en nuestra población.

El 30.9% de nuestros pacientes llegaron en un estadio avanzado de la enfermedad, lo cual probablemente obedece a que nuestro hospital funciona como centro de referencia y por ello atiende, pacientes más graves. Hay que señalar además, que la enfermedad renal crónica incipiente es casi asintomática, lo cual definitivamente retrasa la llegada del paciente a consultar sin embargo, no podemos soslayar por ello la ineficacia del sistema de salud actual para captar tempranamente a los pacientes renales.

Creemos que la importancia del presente trabajo radica en lo siguiente: 1) Constituye una primera aproximación a la tasa de prevalencia de IRC en nuestro medio y justifica la realización de un trabajo prospectivo que precise si realmente nuestras tasas son más bajas; lo cual tendría una importancia capital para el diseño de programas de control y tratamiento a nivel poblacional. 2) Hemos encontrado un grupo significativo de pacientes con nefropatía de fondo desconocida, y que llegan en grados avanzados de enfermedad renal. Dado que las posibilidades de influir sobre el curso natural del proceso son mayores en las etapas iniciales, el problema estriba en la captación temprana de los pacientes oligosintomáticos, y es en éste sentido, donde debieran orientarse los recursos de salud e investigación clínica en el área de la insuficiencia renal crónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yankauer A. End stage renal disease: How many, how much? Am J Pub Health 1984;74: 4-5.
2. Pasternack A, Kasanen A, Sourander L, Kaarsalo E. Prevalence and incidence of moderate and severe chronic renal failure in South Western Finland, 1973-1976. Acta Medscand 1985;218: 173-80.

3. Sugimoto T, Rosansky S. The incidence of treated ESRD in the Eastern USA: 1973-1979. *Am J Pub Health* 1984;74: 14-7.
4. Dombey S, Sagar S, Knapp M. Chronic renal failure in Nottingham and requirements for dialysis and transplant facilities. *Br Med J* 1975;2:484-5.
5. Pendreigh D, Howitt L, Mac Dougall A, et al. Survey of chronic renal failure in Scotland. *Lancet* 1972; 5: 304-7.
6. Mc Geown M. Chronic renal failure in Northern Ireland, 1968-1970. *Lancet* 1972; 5: 307-310.
7. Dirección General de Demografía del Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones Especiales de Población. Boletín # 8. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística. 1985.
8. Rowe J, Andres R, Tobin J, et al. Age-adjusted standars for creatinine clearance. *Ann Intern Med* 1976; 84: 567-69.

Rev Med Hered 1990; 1 (1)