

Registro Argentino de Diálisis Crónica 2013

Informe 2014

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)
Sociedad Argentina de Nefrología (SAN)

Autores:

Sergio Marinovich (SAN)
Carlos Lavorato (SAN)
Liliana Bisigniano (INCUCAI)
Carlos Soratti (INCUCAI)
Daniela Hansen Krogh (INCUCAI)
Eduardo Celia (SAN)
Víctor Fernández (INCUCAI)
Viviana Tagliafichi (INCUCAI)
Guillermo Rosa Diez (SAN)
Alicia Fayad (SAN)
Verónica Haber (INCUCAI)

Referencia sugerida para este Informe:

Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, Haber V:

Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2013. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2014.



Prof. Dr. Jaime Perez Loredo
1938 – 2014

Dedicamos este trabajo a quien recientemente nos dejara y cuya pasión por el trabajo de investigación y el compromiso con el que emprendía cada proyecto, su sencillez, su honestidad, su trato respetuoso y cordial, su ética y su búsqueda del conocimiento como todo premio para el esfuerzo realizado; fue y será siempre un modelo y una fuente de inspiración para todos aquellos que lo conocieron y para quienes tuvimos el orgullo de trabajar junto a “Jimmy”.

Registro Argentino de Diálisis Crónica 2013

1. **Introducción**
2. **Material y Métodos del Registro de pacientes**
3. **Prevalencia e Incidencia**
 - Prevalencia puntual
 - Tasas crudas y ajustadas
 - Prevalencia en Terapia Sustitutiva renal crónica
 - Comparaciones Internacionales
 - Tasas de Prevalencia por Provincias
 - Incidencia
 - Tasas crudas y ajustadas
 - Incidencia a Terapia Sustitutiva renal crónica
 - Comparaciones Internacionales
 - Tasas de Incidencia por Provincias
 - Correlación Incidencia Prevalencia
4. **Características de la población Incidente**
 - Edad y Sexo al Ingreso a DC
 - Etiologías de IRD al Ingreso a DC
 - Etiologías de Ingreso por Provincias
 - Etiologías de Ingreso en Pacientes Diabéticos. Insulinoterapia
 - Confirmación por Biopsia de la Etiología de la Enfermedad renal
 - Modalidad Dialítica al Ingreso
 - Incidencia por Provincia de residencia del Centro de DC
 - Nacionalidad de los que Ingresan a DC
 - Parámetros clínicos, bioquímicos y socio-económicos al Ingreso a DC
 - Anemia
 - Función renal inicial
 - Parámetros antropométricos. Nutrición
 - Enfermedades Cardíacas y Vasculares
 - Otras comorbilidades
 - Hepatitis B y C. Anticuerpos HIV
 - Primer Acceso Vascular para Hemodiálisis Crónica
 - Variables socio-económicas
 - Variables que señalan la llegada tardía al Sistema de Salud
5. **Características de la población Prevalente**
 - Edad y Sexo de los Prevalentes puntuales
 - Etiologías de IRD en Prevalentes en DC
 - Modalidad Dialítica en Prevalentes
 - Antigüedad en tratamiento sustitutivo de la función renal
 - Nacionalidad de los prevalentes en DC
 - Cantidad de Centros utilizados por la población prevalente anual en DC
 - Parámetros clínicos y bioquímicos de los Prevalentes anuales en DC
 - Anemia y su tratamiento
 - Adecuación Dialítica. Hemodiálisis
 - Accesos vasculares para Hemodiálisis
 - Variables nutricionales: Tasa catabólica proteica, Albuminemia.
 - Alteraciones del Metabolismo Fosfo-cálcico y su tratamiento
 - Hipertensión Arterial y su tratamiento
 - Serología viral: Hepatitis B y C. Vacunación Anti-Hepatitis B. AcHIV
 - Enfermedades Cardíacas y Vasculares
6. **Incidencia y Prevalencia según tipo de Financiador**
 - Incidencia y Prevalencia Nacional
 - Incidencia y Prevalencia por Provincias
7. **Causas de Egreso.**
 - Respuesta
 - Tasas de Egreso de DC por causas
8. **Mortalidad en DC**
 - Tablas de Mortalidad en DC de 2013 por Edad, Sexo y Etiología
 - Comparación de la Tasa de Mortalidad 2013 con la de años anteriores

- Todos
- Mortalidad en DC de pacientes con Nefropatía Diabética y Otras Etiologías
- Importancia del Género en la Mortalidad en DC.
- Mortalidad en DC en Diferentes Etiologías de IRD
- Mortalidad en DC por Provincia del Centro de DC
- Mortalidad por Modalidad Dialítica
- Causas de Muerte
- 9. Sobrevida en DC
 - Sobrevida del total de la población en DC
 - Modelo del riesgo proporcional de Cox en Ambas modalidades
 - Modelo del riesgo proporcional de Cox en HD
- 10. Trasplante renal
 - Trasplante renal en la Población General
 - Trasplante renal en la población en Diálisis crónica
 - Tasas de Trasplante renal en la Población en DC por Provincia
- 11. Agradecimientos

1. Introducción

Este es el octavo Informe del Registro Argentino de Diálisis Crónica. Comenzando con el de 2004-2005, continuando con el de 2006, luego 2007, posteriormente con datos de 2008, luego con el reporte de la información de 2009-2010, a posteriori con la estadística de 2011, posteriormente con la de 2012 y finalizando con el actual que muestra los datos del año 2013. Desde hace 4 años, disminuimos el tiempo transcurrido entre la presentación del Informe y el último año de datos, haciendo más actualizada la información ofrecida. En el actual Informe se encuentra condensada la información de Diálisis Crónica de Argentina de los últimos 10 años.

Los resultados obtenidos son consecuencia de un trabajo riguroso y continuado en el tiempo, que posiciona a la Argentina en un lugar privilegiado por tener un Registro sumamente confiable, con precisas observaciones en las variables de mayor interés, permitiendo conocer la realidad en el campo de la Diálisis Crónica de nuestro país. Nada de ello hubiera sido posible sin la colaboración del 99% de los Centros de Diálisis Crónica de Argentina que reportan al sistema informático SINTRA dependiente del INCUCAI ⁽¹⁾. Sin ese recuento tan mayoritario no existiría este Registro o en realidad, por llegar a contener casi el total de Centros-pacientes, Censo anual de Diálisis Crónica (DC) de Argentina.

En esta edición como en las anteriores ⁽²⁻¹³⁾, se ofrece una importante cantidad de información acerca de Prevalencia e Incidencia en DC en Argentina, de como se presentan y evolucionan las variables iniciales de los pacientes y también indicadores finales de la terapia sustitutiva renal: Cuántos de los pacientes se trasplantan y cuál es su mortalidad-sobrevivida en DC. También importante, se muestran los valores de las variables de los pacientes prevalentes para el año 2013 y comparaciones con los valores de los años anteriores: Anemia, Adecuación, Acceso Vascular, Metabolismo Fosfo-Cálcico y otras con no menos relevancia. Es consecuencia de los datos aportados por los Centros a la Constancia de Continuidad de Práctica Dialítica (CPD) que se puso en vigencia para los prevalentes anuales a partir del año 2011 ⁽¹⁴⁾.

Se señalan a continuación algunos resultados relevantes que emergen del procesamiento de los datos de los 10 últimos años:

1. La Incidencia en DC continúa en aumento, llegando en 2013 a 160 pacientes por millón de habitantes (ppm) en Todo el país, habiendo aumentado esta tasa a un ritmo del 1.8% interanual desde 2004. En algunas Provincias las Tasas superan los 220 ppm y en otras apenas se alcanza los 120 ppm.
La Incidencia en Tratamiento sustitutivo renal crónico (DC más Trasplante anticipado) es de 162 ppm en 2013.
Los varones presentan una tasa progresivamente mayor en el tiempo transcurrido, no ocurriendo lo mismo con la de las mujeres, por lo que la brecha entre las tasas de ambos se amplía. La población de varones de 65 o más años es la que realizó el mayor aporte en el aumento de la Tasa de Incidencia en DC en los últimos 10 años.
La Hemodiálisis como primera modalidad se indica al 95% de los incidentes 2013; no obstante, la Diálisis Peritoneal fue aumentando de frecuencia en el tiempo desde 3.1% hasta el 5.0% entre 2004 y 2013.
Es preocupante que la población que ingresa por primera vez a DC llegue muy anémica, con peores condiciones nutricionales a medida que avanza el tiempo, con continuo aumento de los catéteres transitorios como primer acceso para Hemodiálisis y creciente porcentaje de no vacunados anti Hepatitis B entre 2004 y 2013.
2. La Diabetes presenta muy significativo el aumento de la tasa como causa de Enfermedad renal Definitiva (ERD) entre 2004 y 2013. Cuatro de cada diez personas que ingresan a DC en Argentina son Diabéticos. Muchas provincias llegaron a 5-6 de cada 10. La Diabetes conlleva gravísima enfermedad cardiovascular lo que hace muy difícil el tratamiento adecuado una vez que los pacientes ingresan a DC. Para que esta pandemia disminuya hay que prevenirla con fuerte acento en la atención primaria. En regiones de Argentina donde existe mayor prevalencia de Diabetes existe mayor Incidencia en DC causada por esta enfermedad.
3. La Prevalencia en DC también registró permanente aumento desde el año 2004, llegando a una tasa de 663 ppm en 2013, con crecimiento interanual 2004-2013 del 2.1 %.
La Prevalencia en Tratamiento sustitutivo renal crónico (DC más Trasplante) es de 860 ppm en 2013. La edad de la población se fue incrementando significativamente y al igual que en Incidencia, son los varones (fundamentalmente gerontes) los que aportaron más al crecimiento de la tasa.

La Hemodiálisis continúa siendo la modalidad ampliamente utilizada, aunque la Diálisis peritoneal mostró desde 2007 un significativo aumento llegando a representar en 2013 al 5.4% de la población prevalente en DC.

4. El 69% de la población prevalente en DC muestra valores de Hemoglobina de 10gr/dL o mayor, Kt/V hemodiálisis de 1.30 o mayor en el 77%, Fistula nativa en el 70% y Albuminemia de 3.5 gr/dL o mayor en el 79%. Todas estas variables mejoran a medida que transcurren los meses posteriores al ingreso a tratamiento dialítico y son altamente dependientes de la edad del paciente. Los valores de estos parámetros indican que la población está bien asistida en los Centros de DC de Argentina, aunque se verifican grandes diferencias entre provincias.
5. Existió una significativa reducción de la Mortalidad ajustada entre 2009 y 2012, pero en 2013 se registró la tercera tasa más elevada en el tiempo con 16.3 muertos cada 100 pacientes. La Sobrevida a 1 año es del 79% y a 9 años del 20%. Si se desconsideran los primeros 90 días de tratamiento, la sobrevida al año alcanza el 82%. Los menores de 50 años No Diabéticos presentan sobrevida en DC a 9 años superior al 50%. Al ajustarse por comorbilidades, laboratorio y condiciones al ingreso la sobrevida en DC es la misma no importa el año de Ingreso del paciente a DC.
6. Es muy significativo el aumento de la Tasa de Trasplante renal en los últimos 10 años, a expensas de la mayor donación renal de vivos y de cadáveres, por lo que Argentina, con 31 trasplantes ppm, está primera en Latinoamérica y tercera en América en 2013, detrás de Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Esta mayor actividad trasplantológica permite que 4.1 de cada 100 pacientes egresen de DC por trasplante renal en 2013, cuando en 2005 lo lograban 3.4 de cada 100 pacientes; con grandes diferencias entre provincias: Algunas trasplantan 6-7 y otras 1-2 de cada 100 pacientes.

Como siempre, los Integrantes de este Registro agradecemos a todos los miembros de los Centros de Diálisis Crónica de Argentina (Directores, Gerentes, Médicos, Enfermeros, Técnicos y Administrativos) porque la valiosa información que ingresa al Modulo Registro Nacional de Insuficiencia Renal Crónica Terminal del SINTRA la generan ellos.

Dr. Sergio Miguel Marinovich
Coordinador del Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI

Referencias

1. Soratti M y Hansen-Krogh D. INCUCAI. SINTRA. Disponible en <http://sintra.incucai.gov.ar/>
2. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013. Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucai2012_informe2013.pdf
3. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012. http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
4. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2011. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_san_incucai.php
5. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 1). P.7-62. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMPL ETA.pdf
6. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 2). P.71-127. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMPL ETA.pdf

7. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Nefrología Argentina, Vol. 7, N° 1 supl., p. 7-98, 2009.
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
9. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica – Período 2004-2006. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
10. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2006. Informe 2008. Nefrología Argentina, Vol. 6, N° 2 supl., p.12-97, 2008. Disponible en <http://www.nefrologiaargentina.org.ar/resultados.php?t=3&IdRevista=22#>
11. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro de pacientes en Diálisis crónica en Argentina 2004-2005. Nefrología Argentina, Vol. 6 Nro 1, supl., p.9-64, 2008
12. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis 04-05. Disponible en www.san.org.ar/regi-dc.php
13. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis Crónica 04-05 publicado por INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación. Setiembre de 2008.
14. Hansen-Krogh D, Gagliardi B. INCUCAI. SINTRA. Continuidad de Práctica Dialítica. Disponible en https://irct.incucai.gov.ar/public/documentacion/instructivo_cpd.zip

2. Material y Métodos del Registro de pacientes

El registro de Pacientes en Diálisis Crónica (DC) 2013 comprende a la población prevalente anual de este año. Población prevalente anual en DC definimos como la cantidad total de pacientes que recibieron tratamiento dialítico crónico durante un año calendario o parte de el, incluyendo los pacientes que ingresaron o reingresaron en ese año.

Para realizar la evaluación de la población prevalente anual en DC de 2013 se construyó a partir del SINTRA un fichero base con las variables fundamentales de todos los pacientes que realizaron DC en el lapso entre el 1 de Enero a las 00.00 horas hasta el 31 de Diciembre de 2013 a las 24.00 horas.

Además se estudió la población incidente desde el 1 de Abril del año 2004 hasta el 31 de Diciembre de 2013 por separado: Se trata de los pacientes que reciben DC por primera vez en su vida. Esta división permite 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.

Dentro de las variables consideradas para cada paciente se incluyen:

- Identificación codificada del paciente: Numérica
- Nacionalidad: Cualitativa de 236 categorías (países del mundo) y 1 opción
- Fecha de Nacimiento. Deriva de ella la Edad actual: A fin de año para los que llegan al 31/12 o al egreso de tratamiento.
- Fecha de primera DC en la vida. Deriva de ella Edad en primera DC en la vida.
- Etiología de Insuficiencia renal crónica definitiva (IRD) en la primera DC en la vida: Cualitativa de 15 categorías y 1 opción: Desconocida, Glomerulonefritis, Nefritis Túbulo Intersticial, Nefropatía Obstructiva, Nefroangioesclerosis, Poliquistosis Renal, Amiloidosis, Nefropatía Lúpica, Nefropatía Diabética, Síndrome Urémico Hemolítico, Mieloma, Otra Etiología, Fallo De Trasplante, Nefropatía Familiar, Etiología No Especificada.
- Etiología confirmada o no por Biopsia: Cualitativa 2 categorías y 1 opción: Si, No.
- Presencia de Diabetes Mellitus: Cualitativa de 3 categorías y 1 opción: Si, No, Desconoce.
- Fecha de Egreso Definitivo en el año: Fecha de último egreso en el año o si llega vivo a fin del año en DC corresponde 31/12.
- Fecha de Muerte por SINTRA
- Cantidad de Centros utilizados por el paciente en el año
- Variables de Comorbilidad al ingreso: Presencia de Hipertensión arterial, Insuficiencia cardíaca, Insuficiencia Respiratoria Crónica, Arritmia cardíaca, Enfermedad cerebro-vascular, Enfermedad vascular periférica, Insuficiencia coronaria, Pericarditis, Neuropatía periférica, Tabaquismo, Tuberculosis, Enfermedad de Chagas-Mazza, Presencia de Cáncer con o sin metástasis en los 5 años previos, entre otras.
- Variables antropométricas y bioquímicas al Ingreso: Talla, Peso, Creatininemia, Uremia, Albuminemia, Hematocrito, Presencia del virus B y C de la Hepatitis y Presencia del anticuerpo 1-2 del SIDA, entre otras.
- Variables sociales y económicas al Ingreso: Ingreso económico del grupo familiar y Tipo de vivienda (Precaria o Material), entre otras.
- Variables de cuidado nefrológico previo al Ingreso: Vacunación anti virus B de la Hepatitis, tipo de primer Acceso Vascular para Hemodiálisis (Permanente o Transitorio), Número de Transfusiones previas en los 6 meses previos al ingreso, entre otras.
- Variables de Comorbilidad en tratamiento dialítico: Presencia de Hipertensión arterial, Insuficiencia cardíaca, Enfermedad cerebro-vascular, Enfermedad vascular periférica, Insuficiencia coronaria.
- Parámetros clínicos-bioquímicos en tratamiento dialítico: Hemoglobina, Hematocrito, Kt/V, Accesos vasculares, Calcemia, Fosfatemia, iPTH, Albuminemia, Presencia del virus B y C de la Hepatitis y Presencia del anticuerpo 1-2 del SIDA, entre otras.

Variables en relación al tratamiento efectuado en el primer y último Centro utilizado (para el caso de ser Incidente se considera el primer Centro):

- Identificación del Centro: Numérica
- Provincia de Residencia del Centro: Cualitativa 24 categorías (23 Provincias más Capital Federal) y 1 opción.
- Provincia de Residencia del paciente cuando dializaba en ese Centro: Cualitativa 24 categorías (23 Provincias más Capital Federal) y 1 opción.

- Tipo de Financiador de la DC del paciente: Cualitativa de 14 categorías y 1 opción : Obra Social Provincial, Prepaga, Subsidio Nacional, Subsidio Provincial, Sistema Público de Salud, Mutual, Seguro de Salud, Financiador Privado, PAMI, Incluir Salud (ex PROFE), SSS APE, Otras Obras Sociales, ART, Desconocido.
- Modalidad Dialítica del paciente en ese Centro: Cualitativa de 4 categorías y 1 opción: Hemodiálisis Bicarbonato, Hemodiálisis Acetato, DPCA y DPA (las últimas 2 son variantes de Diálisis Peritoneal).
- Fecha de primera DC en ese Centro.
- Fecha de egreso de DC de ese Centro.
- Causa Primaria de Egreso: Cualitativa de 7 categorías y 1 opción: Trasplante renal, Interrupción por Indicación Médica, Interrupción por Decisión del Paciente, Recuperación de la Función Renal, Fallecimiento, Cambio de Centro de Diálisis, Traslado al Exterior.
- Causa Secundaria de Egreso: Cualitativa de 13 categorías con 1 opción: Muerte Cardíaca, Muerte Cerebrovascular, Muerte Infecciosa, Muerte por Neoplasia, Muerte por Otras Causas, Muerte por Causa Desconocida, Cambio De Domicilio, Cambio de Financiador, Por Decisión del Paciente, Cambio Temporal por Vacaciones u Otro Motivo, Trasplante con Donante Vivo Relacionado, Trasplante con Donante Cadavérico, Cambio de Centro por Otras Causas,. La respuesta a esta variable está encadenada a la respuesta en Causa primaria de Egreso.
- Días de tratamiento en ese Centro.
- De la suma de los días parciales se obtienen los días de tratamiento total o días de exposición al riesgo en el año de cada paciente.
- Días de tratamiento desde el primer Ingreso a DC hasta el Egreso, si lo hubo, si no hasta el 31 de Diciembre de 2013 (para la evaluación de los Incidentes).

El procesamiento de la información se realizó en las bases bioestadísticas SPSS® v15 y MedCal® v11.0.1, con un inicial control de calidad eliminándose los casos que no se correspondían con el período a estudiar, o que habían fallecido previamente o los duplicados.

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. La tasa de incidencia por millón de habitantes/año es la relación entre el número de pacientes nuevos ingresados en el año calendario y la población expresada por millón de habitantes de ese mismo año.

La prevalencia puntual es el número de pacientes vivos en DC al 31 de Diciembre de cada año. La tasa de prevalencia por millón de habitantes es la relación entre el número de pacientes prevalentes puntuales y la población expresada por millón de habitantes.

Las tasas de Incidencia o Prevalencia por millón de habitantes se realizaron con las Estimaciones de Población total, por Provincias o por grupos de edad realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) para el año 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 generadas a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001⁽¹⁻⁵⁾. Para el año 2010, 2011, 2012 y 2013 se utilizaron las Proyecciones de la Población por grupos de edad y sexo para el Total país y Provincias desde el año 2010 hasta el año 2040, realizadas por el INDEC y basadas en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010⁽⁶⁾.

La Tasa Trasplante renal por millón de habitantes/año es la relación entre el número de Trasplantes en Argentina y la población expresada por millón de habitantes de ese mismo año estimada por el INDEC.

La Tasa de Trasplante renal por 100 P/AER se determinó calculando el tiempo al riesgo de cada paciente hasta el evento trasplante renal o hasta el egreso por otra causa o hasta el final del año si el egreso de DC no se produce. En el numerador el número de trasplantes en el período y en el denominador la sumatoria de años de exposición al riesgo; el resultado se multiplica por 100, quedando la tasa como Trasplantes por 100 P/AER. Se ajustaron para edad, sexo y etiología por estandarización indirecta, extrayéndose la Razón de Trasplante Estandarizada (RTE) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% y para determinar significación estadística se aplicó la Chi² donde p<0.05 si Chi² es mayor de 3.84. Como estándar se utilizaron Tablas de Trasplante renal que se describen en cada Comparación estandarizada.

Las tasas de Mortalidad por 100 paciente/años de exposición se determinó calculando el tiempo al riesgo de cada paciente hasta el evento muerte o hasta el egreso o hasta el final del año a considerara si el egreso de DC no se produce. En el numerador el número de muertos en el período y en el denominador la sumatoria de años de exposición al riesgo; el resultado se multiplica por 100, quedando la tasa como x muertos por 100 paciente/años de exposición al riesgo (P/AER). Se analizó la mortalidad en relación a

grupos de edad (5 y 10 años) y etiología de IRD (Nefropatía Diabética y Otras etiologías). Se ajustaron para edad y etiología por estandarización indirecta, extrayéndose la Razón de mortalidad Estandarizada (RME) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% y para determinar significación estadística se aplicó la Chi² corregida por Wolfe donde $p < 0.05$ si Chi² es mayor de 2.71⁽⁷⁾. Como estándar se utilizaron Tablas de Mortalidad que se describen en cada Comparación estandarizada.

Para comparar valores de 2 medias se utilizó el Test de *t* de Student con corrección de Welch si procede. En Comparaciones múltiples de medias (más de 2 variables) se utilizó ANOVA1-Newman-Keuls y Chi² de Pearson para comparar cualitativas (2 o más). El análisis de regresión estándar o el coeficiente de correlación *r* de Pearson se utilizó para determinar correlación entre variables. Valores de $p < 0.05$ fueron considerados significativos.

En la evaluación de Sobrevida se utilizó el método de Kaplan-Meier. Para comparación de diversas poblaciones se utilizó la prueba Logrank (Mantel-Cox). Para determinar covariadas predictoras se utilizó el Modelo del riesgo proporcional de Cox multivariado, método adelante condicional.

En cada capítulo, de ser necesario, se detallará más acerca de los métodos utilizados.

Referencias

1. INDEC: Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, volumen 31, 2004. Disponible en www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/2/proyecciones_provinciales_vol31.pdf
2. Estadísticas Vitales. Información Básica-2006 Serie 5, Número 50. Ministerio de Salud de la Nación, 2007. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/serie5Nro50.pdf>
3. Estadísticas Vitales. Información Básica-2007 Serie 5, Número 51. Ministerio de Salud de la Nación, 2008. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/serie5Nro51.pdf>
4. Estadísticas Vitales. Información Básica-2008 Serie 5, Número 52. Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/serie5Nro52.pdf>
5. Estadísticas Vitales. Información Básica-2009 Serie 5, Número 53. Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/serie5Nro53.pdf>
6. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2013.
7. Wolfe RA. The Standardized Mortality Rate revisited: Improvements, Innovations and Limitations. Am J Kidney Dis 24(2) 290-297, 1994.

3. Prevalencia e Incidencia

Prevalencia puntual

Tasas crudas y ajustadas

El número de pacientes en DC en Argentina registrado por el SINTRA y después de haberse depurado convenientemente, se ha elevado entre el 31 de Diciembre de 2004 y el 31 de Diciembre de 2013. En el Gráfico 1 se indica el número de pacientes en DC al fin de cada año desde el 2004 hasta 2013, demostrándose que siempre existe aumento en la frecuencia absoluta.

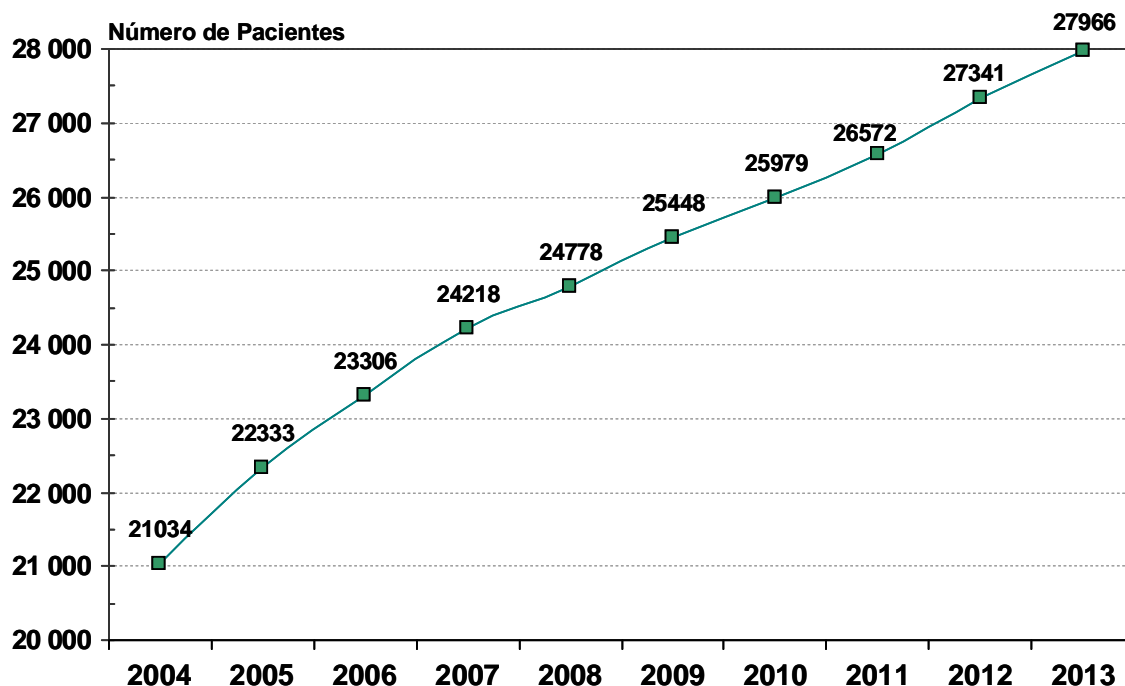


GRÁFICO 1: PREVALENTES PUNTUALES AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO

Para determinar el crecimiento anual en el número de pacientes en DC consideramos los datos al 31/12 de cada año, así se comienza con 21034 pacientes en 2004 y finaliza con 27966 en 2013.

La Tasa de crecimiento del número de pacientes entre años fue el siguiente:

2004-2005:	6.18%
2005-2006:	4.36%
2006-2007:	3.91%
2007-2008:	2.31%
2008-2009:	2.70%
2009-2010:	2.09%
2010-2011:	2.28%
2011-2012:	2.89%
2012-2013:	2.29%

La tasa de crecimiento promedio anual (en Número de pacientes) fue de 3.22 % entre 2004 y 2013; pero solamente del 2.43% desde 2007 en adelante. Evaluando retrospectivamente, es probable que existiera sesgo registral en los 3 primeros años, en especial en 2004 y 2005. La obligación de registrar los pacientes en el SINTRA por parte de los Centros de DC, fue adoptada progresivamente por las Obras Sociales, siendo muy pocas las que no lo exigen en la actualidad. Contrariamente, en los primeros años solo algunas lo requerían.

La población de Argentina también creció según el INDEC ⁽¹⁾ y lo hizo a una tasa promedio anual del 1.14% en el período intercensal 2001-2010, por lo que debemos valorar más si hablamos de Crecimiento

de una población, no al Crecimiento porcentual del Número de pacientes sino al Crecimiento porcentual de una Tasa, que en este caso es la razón entre Número de pacientes en DC y la Población de Argentina para cada año.

A fines del año 2013, el INDEC publicó las Proyecciones de la Población por grupos de edad y sexo para el Total país y Provincias desde el año 2010 hasta el año 2040, por lo que, desde ahora disponemos de datos oficiales, evitando conjeturas ⁽²⁾. En esa publicación se menciona que la omisión censal de la población en el Censo 2010 fue del 1.99% para el Total País. Este hecho es trascendente porque debimos rehacer las tasas de Incidencia y Prevalencia desde 2010 hasta 2013, teniendo en cuenta la importante diferencia poblacional en cada año (Como ejemplo: Según el último Censo, en 2010 la Población de Argentina era de 40.117.096 personas y la Estimación para el mismo año resultó en 40.788.453; Diferencia: 671.000 personas). Al posicionar en el denominador un número poblacional mayor, la Tasa resulta menor. Por lo anterior, recomendamos utilizar las Tasas corregidas para los años 2010, 2011, 2012 y 2013 presentadas en este Informe y desestimar las Tasas publicadas en Informes anteriores para los mismos años.

Como se observa en el Gráfico 2a el 31/12/2004 Argentina presentaba una tasa de 550.25 pacientes en DC por millón de habitantes (ppm) y el 31/12/2013 era de 662.66 ppm; 2.10% fue el crecimiento promedio anual de la tasa entre 2004 y 2013, diferente al 3.22% si tomamos el número de pacientes. Desde el año 2007 el crecimiento anual promedio se redujo a 1.24%. Como se señaló antes, probablemente existió un subregistro de pacientes en los 3 primeros años, llevando a tasas más bajas que las que realmente existieron.

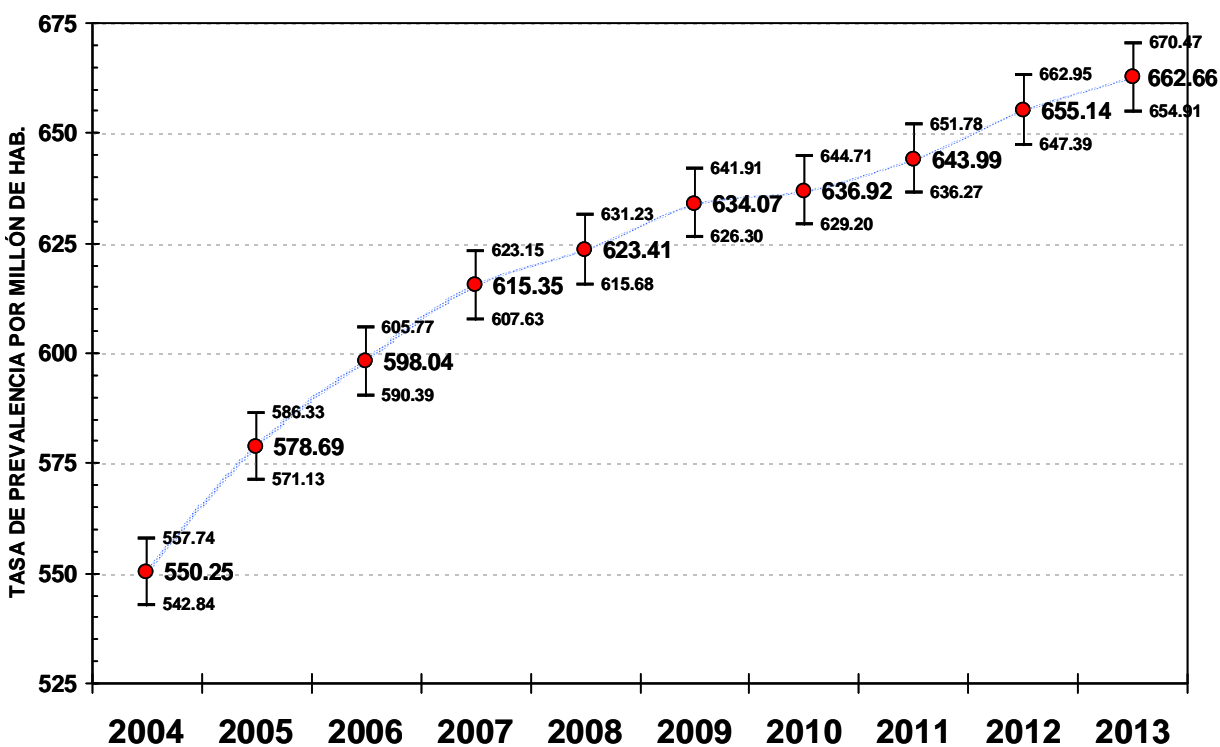


GRÁFICO 2a: TASAS BRUTAS DE PREVALENCIA PUNTUAL EN DC EN ARGENTINA
 Con intervalo de confianza del 95%. Pacientes en DC al 31 de Diciembre de cada año

¿Cuál será la prevalencia en DC en futuro cercano? Si desconsideramos los 3 primeros años del Registro, la mejor tendencia es lineal, llevando la tasa a 710-725 ppm (Gráfico 2b). En el anterior Informe, habíamos proyectado una tasa de 740-760 ppm para el año 2020. La corrección, hacia valores mayores de la Población Argentina disminuyó las tasas desde el año 2010, haciendo que la línea de tendencia sea menos pronunciada, y por ende bajan los valores de las estimaciones previas para los próximos años.

Respecto al Número de pacientes prevalentes puntuales en DC, se estima en 32000 personas a fin del año 2020. De nuevo la mejor tendencia es lineal (Gráfico 2b).

Debe aclararse que estas estimaciones se realizan proyectando los valores de los últimos 7 años. De variar en forma importante la Incidencia y el Egreso a futuro, estas proyecciones carecerían de valor.

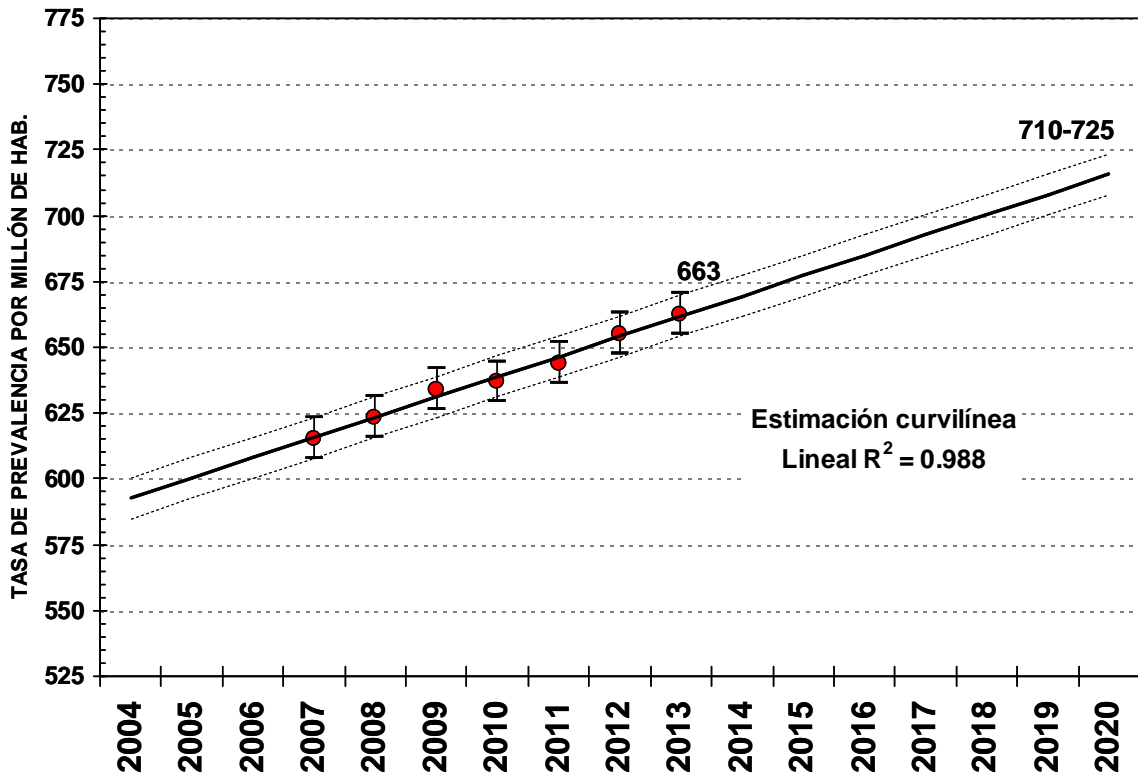


GRÁFICO 2b: PROYECCIÓN DE LAS TASAS BRUTAS DE PREVALENCIA PUNTUAL

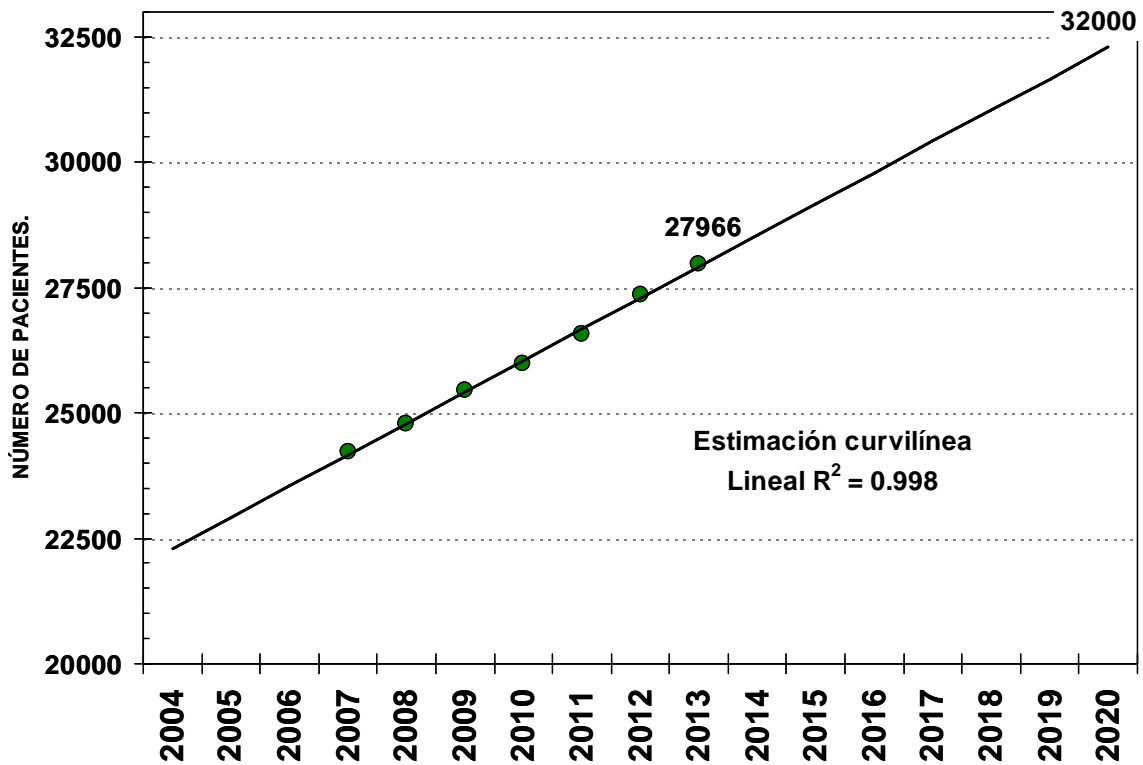


GRÁFICO 2b': PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PREVALENCIA PUNTUAL

Al ajustar utilizando la Tabla de Prevalencia de Argentina 2005 como referente (en grupos de edad en diferentes sexos), la Tasa de Prevalencia del año 2013 es 11% significativamente mayor a la del año 2005 (χ^2 : 312; $p = 0.000$), pero como la población actual en DC es más vieja, presentan una disminución del valor bruto al ajustarse por edad y sexo. Si comparamos la Prevalencia de 2013 con la del año anterior, no obstante ser 0.5% mayor, la diferencia no alcanza significación. En el Gráfico 2c se observan los valores.

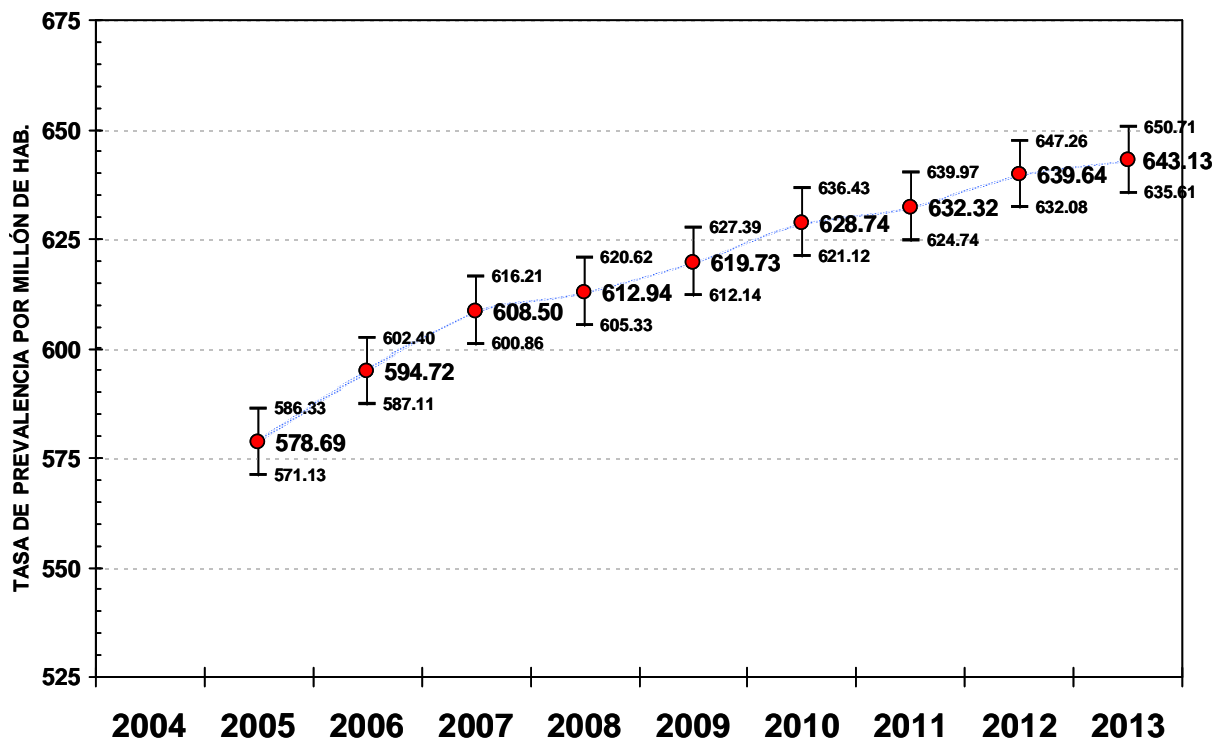


GRÁFICO 2c: TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA PUNTUAL EN DC EN ARGENTINA
 Con intervalo de confianza del 95%. Pacientes en DC al 31 de Diciembre de cada año.
 Estandarización Indirecta por Edad y Sexo. Referente 2005

Prevalencia en Terapia Sustitutiva renal

5257 personas vivían con un injerto renal funcionando el 31 de Diciembre de 2008; 5132 al fin del año 2009; 5906 al 31 de Diciembre de 2010; 5403 personas al 31 de Diciembre de 2011; 6877 personas al 31 de Diciembre de 2012; por último al 31/12/2013, 8324 personas estaban en tratamiento sustitutivo renal con un riñón trasplantado. Estos números de pacientes con trasplante funcionando se agregan cada año a los prevalentes puntuales en DC y como resultados tendremos cantidad y Tasa cruda de pacientes en Tratamiento sustitutivo renal crónico. El Registro de Trasplantados activos va incorporando año tras año más pacientes que los que se trasplantan en un año; la razón es que progresivamente los Centros de Trasplante van agregando pacientes trasplantados de años anteriores, siendo el número del último año (2013) el que mejor los representa. Creemos que en los próximos años podríamos llegar a conocer con mayor precisión el número de personas vivas con injerto funcionando, en la medida que vaya mejorando la información reportada por los Centros de Trasplante.

Cantidad y Tasa cruda de Prevalencia en Tratamiento sustitutivo renal crónico:

- **2008: 30035 pacientes; 755.68 ppm (IC 95%: 747.16- 764.28).**
- **2009: 30580 pacientes; 761.94 ppm (IC 95%: 753.42- 770.53)**
- **2010: 31885 pacientes; 781.72 ppm (IC 95%: 773.16- 790.35)**
- **2011: 31975 pacientes; 774.94 ppm (IC 95%: 766.47- 783.48)**
- **2012: 34218 pacientes; 819.92 ppm (IC 95%: 811.26- 828.66)**
- **2013: 36290 pacientes; 859.89 ppm (IC 95%: 851.07- 868.79)**

Comparaciones Internacionales

Para comparaciones internacionales se considera a la Tasa bruta de Prevalencia en Terapia sustitutiva renal (Diálisis más Trasplante). Tomando los datos presentados en el último reporte de la USRDS ⁽³⁾ donde se muestran los datos internacionales, la Tasa de Argentina 2011 (algo menos de 800 ppm) es superada en ese año por países como Taiwán, Japón (más de 2000 ppm), Estados Unidos de Norteamérica, Portugal, Bélgica, Chile, Canadá, República de Corea, Israel, Grecia, Francia, España, Reino Unido, Uruguay (todos entre 1000-2000 ppm), Austria, República Checa, Croacia, Holanda, Suecia, Nueva Zelanda, Dinamarca, Noruega, Escocia y Turquía (entre 800-1000 ppm). Argentina en 2011 solo supera a Tailandia, Serbia, Bosnia-Herzegovina, Islandia, Rumania, Colombia, Brasil, Rusia y Bangladesh. Al momento de la redacción de este Informe no se habían publicados los datos de 2012 de la USRDS.

Tasas de Prevalencia en DC por Provincias

En la Tabla 1a se detallan las cantidades de pacientes en DC al 31 de Diciembre desde 2004 hasta 2013 con las respectivas Tasas crudas de Prevalencia Puntual y tasa de crecimiento anual bruto promedio por Provincia de residencia del paciente, ordenadas de mayor a menor tasa 2013.

PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	CREC. PROM. ANUAL	
	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	CREC TASA	CREC Nº
NEUQUÉN	433 844.55	439 841.90	445 839.28	485 899.89	498 909.19	525 943.35	531 928.47	542 931.72	561 948.56	593 986.68	1.78	3.59
RÍO NEGRO	399 683.27	426 725.19	447 756.51	497 836.43	518 866.98	561 933.93	581 896.22	602 914.22	624 933.21	638 939.90	3.68	5.39
TUCUMÁN	1044 743.44	1111 781.39	1185 823.16	1241 851.54	1309 887.23	1351 904.59	1373 921.96	1428 945.74	1425 930.95	1439 927.51	2.51	3.66
SAN LUIS	220 549.98	239 583.95	248 592.42	280 654.17	287 655.93	331 740.26	356 801.90	383 850.29	398 871.04	420 906.32	5.78	7.52
MENDOZA	1194 720.23	1279 763.44	1398 825.63	1513 884.06	1583 915.21	1561 893.12	1591 896.47	1580 879.13	1598 878.21	1629 884.45	2.38	3.58
SAN JUAN	401 610.60	446 669.22	455 672.89	451 657.55	485 697.20	513 727.27	553 794.45	578 820.26	583 817.40	605 838.15	3.65	4.74
LA RIOJA	152 484.20	182 567.68	204 623.12	200 598.38	192 562.71	207 594.40	234 683.05	250 719.44	272 771.68	261 730.04	4.98	6.48
SANTIAGO	376 452.14	417 496.57	448 528.18	464 541.59	491 567.27	526 601.47	539 613.03	565 635.68	591 657.77	653 718.95	5.32	6.36
JUJUY	396 615.32	439 672.72	463 699.75	479 714.11	498 732.38	514 745.76	496 725.66	475 686.04	503 717.29	504 709.74	1.68	2.81
CATAMARCA	215 600.89	244 667.90	250 670.35	257 675.23	250 643.64	253 638.40	243 643.41	266 697.16	271 703.15	275 706.48	1.91	2.90
CÓRDOBA	1836 569.04	1922 590.61	1995 607.74	2071 625.44	2116 633.53	2124 630.53	2175 644.82	2211 648.05	2312 703.15	2365 677.71	1.97	2.86
BUENOS AIRES	8712 599.55	9165 625.41	9506 642.99	9757 654.04	9827 652.86	9933 654.12	10205 649.30	10394 653.32	10643 661.03	10796 662.75	1.13	2.42
TOTAL PAÍS	21034 550.25	22333 578.69	23306 598.04	24218 615.35	24778 623.41	25448 634.07	25979 636.92	26572 643.99	27341 655.14	27966 662.66	2.10	3.22
SALTA	582 509.80	621 534.66	641 542.35	724 601.95	754 616.00	782 627.82	783 631.90	814 647.00	856 670.29	853 658.21	2.93	4.40
CHUBUT	244 554.07	270 606.12	290 643.66	300 658.46	300 651.21	336 721.42	319 621.31	322 614.27	325 607.54	334 612.11	1.36	3.68
CAPITAL	1607 533.59	1652 547.36	1698 561.18	1697 559.30	1701 559.06	1736 569.04	1695 559.69	1734 571.59	1735 570.94	1739 571.27	0.77	0.89
SANTA FE	1307 414.09	1401 440.90	1452 453.86	1505 467.27	1585 488.81	1687 516.84	1747 536.23	1787 543.92	1894 571.65	1907 570.75	3.65	4.31
LA PAMPA	156 491.03	173 537.85	180 552.78	173 524.92	171 512.67	179 530.34	177 541.24	183 554.10	177 530.74	191 567.26	1.72	2.39
CORRIENTES	379 390.65	400 407.82	424 427.59	429 427.97	472 465.74	472 460.68	471 462.79	497 483.35	532 512.14	560 533.68	3.57	4.48
T. D. FUEGO	25 223.76	33 286.24	36 302.78	47 383.58	48 380.31	65 500.27	64 486.10	60 442.01	66 471.93	76 527.83	10.87	14.06
CHACO	383 376.89	430 419.54	417 403.34	445 426.70	468 444.79	488 459.67	504 466.66	525 480.49	523 473.18	569 508.97	3.48	4.58
ENTRE RÍOS	471 390.49	476 391.06	517 420.54	544 437.81	552 439.56	558 439.72	568 452.38	565 445.32	594 463.36	621 479.49	2.34	3.16
SANTA CRUZ	46 219.19	62 289.93	77 353.46	96 432.68	96 424.93	102 443.47	106 384.82	124 435.98	125 426.03	144 476.16	9.86	14.09
MISIONES	249 245.57	291 282.62	303 289.80	326 307.09	352 326.53	408 372.73	439 394.33	469 415.49	503 439.61	541 466.60	7.46	9.08
FORMOSA	207 405.60	215 415.45	227 432.54	237 445.29	225 416.76	236 430.87	229 415.14	218 391.23	230 408.68	253 445.16	1.16	2.38

Nº : Cantidad de Pacientes en DC al 31/12 de cada año; CREC TASA: Crecimiento en la Tasa en %; CREC Nº: Crecimiento en el Número en %; CREC. PROM. ANUAL : Crecimiento promedio anual 2004-2013. TASA EN PACIENTES EN DC POR MILLÓN DE HABITANTES .

PROVINCIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TASA CREC.
MISIONES	307.1	326.5	372.7	394.3	415.5	439.6	466.6	7.26
TIERRA D. FUEGO	383.6	380.3	500.3	486.1	442.0	471.9	527.8	6.23
SAN LUIS	654.2	655.9	740.3	801.9	850.3	871.0	906.3	5.66
SANTIAGO	541.6	567.3	601.5	613.0	635.7	657.8	719.0	4.86
SAN JUAN	657.5	697.2	727.3	794.5	820.3	817.4	838.1	4.17
CORRIENTES	428.0	465.7	460.7	462.8	483.3	512.1	533.7	3.80
LA RIOJA	598.4	562.7	594.4	683.0	719.4	771.7	730.0	3.63
SANTA FE	467.3	488.8	516.8	536.2	543.9	571.7	570.7	3.41
CHACO	426.7	444.8	459.7	466.7	480.5	473.2	509.0	3.02
RÍO NEGRO	836.4	867.0	933.9	896.2	914.2	933.2	939.9	2.02
SANTA CRUZ	432.7	424.9	443.5	384.8	436.0	426.0	476.2	2.02
NEUQUÉN	899.9	909.2	943.3	928.5	931.7	948.6	986.7	1.56
ENTRE RÍOS	437.8	439.6	439.7	452.4	445.3	463.4	479.5	1.55
SALTA	602.0	616.0	627.8	631.9	647.0	670.3	658.2	1.51
TUCUMÁN	851.5	887.2	904.6	922.0	945.7	931.0	927.5	1.45
LA PAMPA	524.9	512.7	530.3	541.2	554.1	530.7	567.3	1.37
CÓRDOBA	625.4	633.5	630.5	644.8	648.1	670.0	677.7	1.35
TOTAL PAÍS	615.4	623.4	634.1	636.9	644.0	655.1	662.7	1.24
CATAMARCA	675.2	643.6	638.4	643.4	697.2	703.2	706.5	0.83
CAPITAL FEDERAL	559.3	559.1	569.0	559.7	571.6	570.9	571.3	0.36
BUENOS AIRES	654.0	652.9	654.1	649.3	653.3	661.0	662.8	0.22
FORMOSA	445.3	416.8	430.9	415.1	391.2	408.7	445.2	0.16
MENDOZA	884.1	915.2	893.1	896.5	879.1	878.2	884.5	0.03
JUJUY	714.1	732.4	745.8	725.7	686.0	717.3	709.7	-0.04
CHUBUT	658.5	651.2	721.4	621.3	614.3	607.5	612.1	-0.95

TASA CREC.: Tasa de Crecimiento promedio anual entre 2007 y 2013; TASA EN PACIENTES EN DC POR MILLÓN DE HABITANTES .

Las Tasas de los años 2010, 11 y 12 fueron corregidas de acuerdo a la Población para esos años estimada recientemente por el INDEC ⁽²⁾.

Como dijimos en los reportes anteriores ⁽⁴⁻¹⁵⁾, se destacan diferencias entre las Provincias argentinas en cuanto a DC. En 2013 se sigue constatando que existen algunas con prevalencias brutas parecidas a las del primer mundo, mientras que en el otro extremo provincias con tasas muy bajas. Neuquén, Río Negro, Tucumán, San Luis, Mendoza y San Juan superan los 800 ppm en los 3 últimos años. Todas las provincias del Litoral-NEA se encuentran en la zona de baja prevalencia; como veremos después también es baja la Incidencia en DC en esta región. No obstante, algo está cambiando en parte del Litoral-NEA, porque como se observa en la Tabla 1a' Misiones, Santa Fe, Chaco y Corrientes tuvieron un fuerte crecimiento anual promedio en tasas crudas 2007-13.

La Tabla 1a' también permite observar en que Provincias se produjo decrecimiento en el período 2007-13. Es así que 2 de 24 Provincias presentan valores negativos entre esos años: Chubut y Jujuy. Mendoza, Formosa, Buenos Aires, Capital Federal y Catamarca presentaron crecimiento promedio anual menor a 1%.

Pero estas observaciones son insuficientes para llegar a alguna conclusión, ya que estamos analizando tasas no ajustadas de cada Provincia. Como veremos luego en los capítulos Características de la Población Incidente o Prevalente, la mayor edad y el sexo masculino presentan las mayores tasas de Incidencia y Prevalencia en DC. Las Provincias argentinas son desiguales en su estructura poblacional: existen distritos con gente más joven y menor cantidad de varones en su población. La inversa es válida. Es por ello que es indispensable ajustar las tasas de Prevalencia e Incidencia por la estructura poblacional en cuanto a edad y sexo.

En las Tablas 1b1, 1b2, 1b3 y 1b4 observamos las diferencias cuando se les realizan los ajustes por edad y sexo a las Tasas crudas de Prevalencia en las distintas Provincias para los años 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente. Las referentes son presentadas más adelante (en el Capítulo Características de la Población Prevalente) como Tablas 11a1, 11a2, 11a3 y 11a4. Para mejor detalle se presentan los Gráficos para cada año comenzando con el 3a para 2010 y finalizando con el 3d para 2013.

La repetición de la presentación de las tablas-gráficos de los años 2010, 2011 y 2012 obedece a que los valores cambiaron por las correcciones recientemente realizadas a la población de Argentina y Provincias para esos años, como se explicó previamente ⁽²⁾.

Existen aquellas donde la tasa (de bruta a ajustada) se eleva considerablemente por tener una población más joven y/o con menos varones que la media nacional; las que más se elevan (en orden descendente 2013) pertenecen a la población de las Provincias de Santa Cruz, Tierra del Fuego, Misiones, Salta, Chaco, Formosa, Santiago Del Estero, Jujuy, La Rioja, Neuquén, Corrientes, Catamarca y Tucumán.

Se elevan algo menos las de Chubut, San Juan, San Luis y Río Negro. Otras por tener una población más añosa y/o con mayor proporción de varones presentan Tasas ajustadas más bajas que las brutas: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, La Pampa y muy especialmente Capital Federal.

En Entre Ríos y Mendoza no cambian mayormente.

Las Tablas de Prevalencia ajustadas por Provincias 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 se pueden consultar en ediciones anteriores de este Registro ⁽⁶⁻¹⁵⁾.

Cabe destacar que las tasas ajustadas por edad y sexo son las únicas válidas si queremos comparar Prevalencia en DC entre las diferentes Provincias argentinas.

Observamos claramente que 11 Provincias tienen una significativa mayor Prevalencia que la media nacional desde 2010 hasta 2013. Son siempre las mismas en los últimos 4 años, sobresaliendo Neuquén, Tucumán y Río Negro como las 3 permanentes primeras. Debajo de estas, se posicionan San Luis, San Juan, Mendoza, Santiago del Estero, La Rioja, Jujuy, Salta y Catamarca.

En el extremo opuesto, 8 Provincias presentaron en cada uno de los últimos 4 años, una significativa menor Prevalencia que la media nacional. Los valores más bajos pertenecen a Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Entre Ríos y Formosa. La acompañan con valores algo mayores La Pampa, Santa Fe, Misiones, Corrientes y Chaco. La Provincia de Buenos Aires solo en 2012 y 2013 presentó significativa menor Prevalencia que la media nacional.

En definitiva las mayores o menores significativas Tasas corresponden a 19 de 24 Provincias entre 2010 y 2013. Poco a cambiado en el tiempo: Las de alta prevalencia son las mismas y las de baja prevalencia también.

Es bastante grande el rango de Tasas de Prevalencia ajustada: Neuquén y Tucumán con más de 1000 pacientes por millón de habitantes en un extremo y en el otro Entre Ríos y Capital Federal con menos de 500 pacientes por millón de habitantes. Estas grandes diferencias son parecidas a las vistas en años anteriores a 2010.

TABLA 1b1: TASAS DE PREVALENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2010								
POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE								
PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%		TASA AJUSTADA	IC95%		χ^2	P
1 NEUQUÉN	928.47	851.16	1010.91	1070.28	981.17	1165.31	146.29	<0.001
2 TUCUMÁN	921.96	873.83	972.05	1025.73	972.19	1081.46	317.71	<0.001
3 RÍO NEGRO	896.22	824.82	972.15	939.11	864.29	1018.68	88.70	<0.001
4 MENDOZA	896.47	852.96	941.63	892.64	849.31	937.61	182.99	<0.001
5 SAN JUAN	794.45	729.61	863.52	855.46	785.63	929.82	48.47	<0.001
6 JUJUY	725.66	663.20	792.43	855.13	781.52	933.80	43.36	<0.001
7 SAN LUIS	801.90	720.75	889.69	848.58	762.71	941.48	29.51	<0.001
8 LA RIOJA	683.05	598.32	776.41	793.30	694.90	901.72	11.32	<0.001
9 SALTA	631.90	588.41	677.76	773.40	720.17	829.53	29.61	<0.001
10 CATAMARCA	643.41	565.04	729.60	728.42	639.70	826.00	4.38	<0.05
11 SANTIAGO DEL ESTERO	613.03	562.36	667.03	721.02	661.43	784.55	8.30	<0.005
12 CHUBUT	621.31	554.99	693.37	691.52	617.70	771.72	2.16	NS
13 BUENOS AIRES	649.30	636.76	662.02	628.06	615.93	640.37	2.00	NS
14 TIERRA DEL FUEGO	486.10	374.33	620.75	625.00	481.30	798.13	0.02	NS
15 CÓRDOBA	644.82	618.00	672.50	613.19	587.69	639.52	3.14	NS
16 CHACO	466.66	426.80	509.24	563.80	515.64	615.24	7.51	<0.01
17 CORRIENTES	462.79	421.94	506.54	522.22	476.12	571.58	18.63	<0.001
18 LA PAMPA	541.24	464.43	627.12	505.14	433.46	585.29	9.55	<0.005
19 SANTA FE	536.23	511.38	561.98	499.77	476.60	523.77	103.24	<0.001
20 FORMOSA	415.14	363.10	472.53	499.64	437.01	568.72	13.56	<0.001
21 MISIONES	394.33	358.30	433.00	497.88	452.38	546.70	26.76	<0.001
22 SANTA CRUZ	384.82	315.05	465.44	482.30	394.86	583.34	8.25	<0.005
23 CAPITAL FEDERAL	559.69	533.36	586.98	458.38	436.81	480.73	185.07	<0.001
24 ENTRE RÍOS	452.38	415.94	491.16	450.98	414.65	489.64	68.37	<0.001
TOTAL PAÍS	636.92	629.20	644.71	636.92	629.20	644.71		

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo : $\chi^2 > 3.84$. Pacientes en Tratamiento dialítico crónico al 31/12/2010. Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Prevalencia ajustada que la media. NS: Diferencia no significativa.

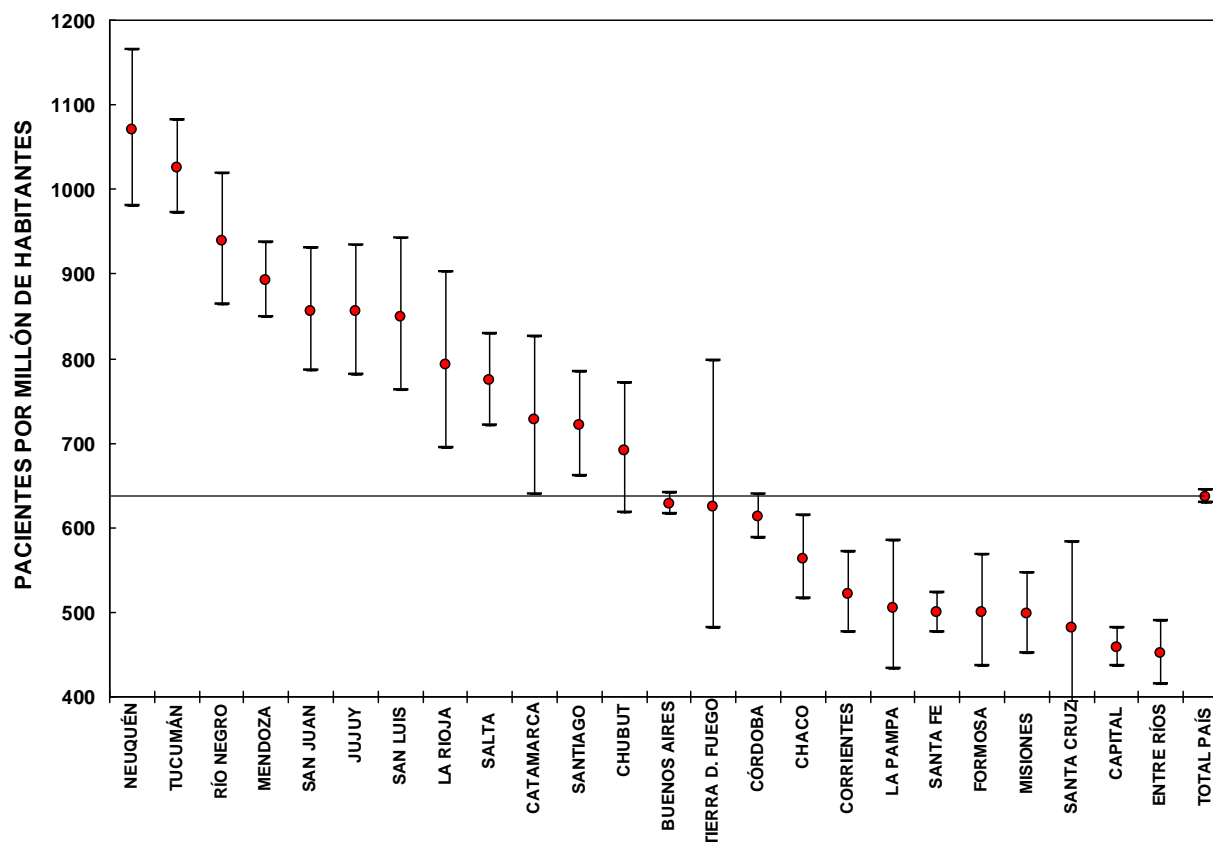


GRÁFICO 3a: TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC 2010
ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95 %

TABLA 1b2: TASAS DE PREVALENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2011 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE									
PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%		TASA AJUSTADA	IC95%		χ^2	P	
1 NEUQUÉN	931.72	854.92	1013.57	1064.82	977.05	1158.36	139.98	<0.001	
2 TUCUMÁN	945.74	897.32	996.09	1049.01	995.30	1104.87	346.75	<0.001	
3 RÍO NEGRO	914.22	842.64	990.26	952.94	878.32	1032.20	93.63	<0.001	
4 SAN LUIS	850.29	767.25	939.86	894.23	806.90	988.43	41.65	<0.001	
5 SAN JUAN	820.26	754.74	889.95	880.50	810.17	955.30	57.02	<0.001	
6 MENDOZA	879.13	836.31	923.57	875.02	832.40	919.26	149.66	<0.001	
7 LA RIOJA	719.44	633.01	814.37	829.12	729.51	938.52	16.05	<0.001	
8 JUJUY	686.04	625.72	750.60	803.05	732.44	878.62	23.24	<0.001	
9 SALTA	647.00	603.31	693.02	788.61	735.36	844.70	33.52	<0.001	
10 CATAMARCA	697.16	615.89	786.18	782.88	691.62	882.85	10.18	<0.005	
11 SANTIAGO DEL ESTERO	635.68	584.34	690.33	745.01	684.83	809.05	12.02	<0.001	
12 CHUBUT	614.27	549.00	685.16	680.75	608.42	759.32	0.99	NS	
13 BUENOS AIRES	653.32	640.82	666.00	633.00	620.88	645.28	3.08	NS	
14 CÓRDOBA	648.05	621.32	675.64	616.85	591.40	643.11	4.10	<0.05	
15 CHACO	480.49	440.27	523.41	578.05	529.65	629.68	6.13	<0.05	
16 TIERRA DEL FUEGO	442.01	337.28	568.97	561.83	428.71	723.21	1.12	NS	
17 SANTA CRUZ	435.98	362.62	519.83	545.43	453.65	650.32	3.43	NS	
18 CORRIENTES	483.35	441.78	527.77	542.56	495.90	592.43	14.63	<0.001	
19 MISIONES	415.49	378.73	454.85	521.38	475.25	570.77	21.00	<0.001	
20 LA PAMPA	554.10	476.72	640.46	516.26	444.16	596.72	8.98	<0.005	
21 SANTA FE	543.92	518.99	569.74	507.65	484.38	531.75	101.61	<0.001	
22 CAPITAL FEDERAL	571.59	545.00	599.14	469.41	447.57	492.03	174.84	<0.001	
23 FORMOSA	391.23	341.01	446.75	467.12	407.16	533.42	22.67	<0.001	
24 ENTRE RÍOS	445.32	409.35	483.60	443.22	407.42	481.32	79.79	<0.001	
TOTAL PAÍS	643.99	636.27	651.78	643.99	636.27	651.78			

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo : $\chi^2 > 3.84$. Pacientes en Tratamiento dialítico crónico al 31/12/2011. Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Prevalencia ajustada que la media. NS: Diferencia no significativa.

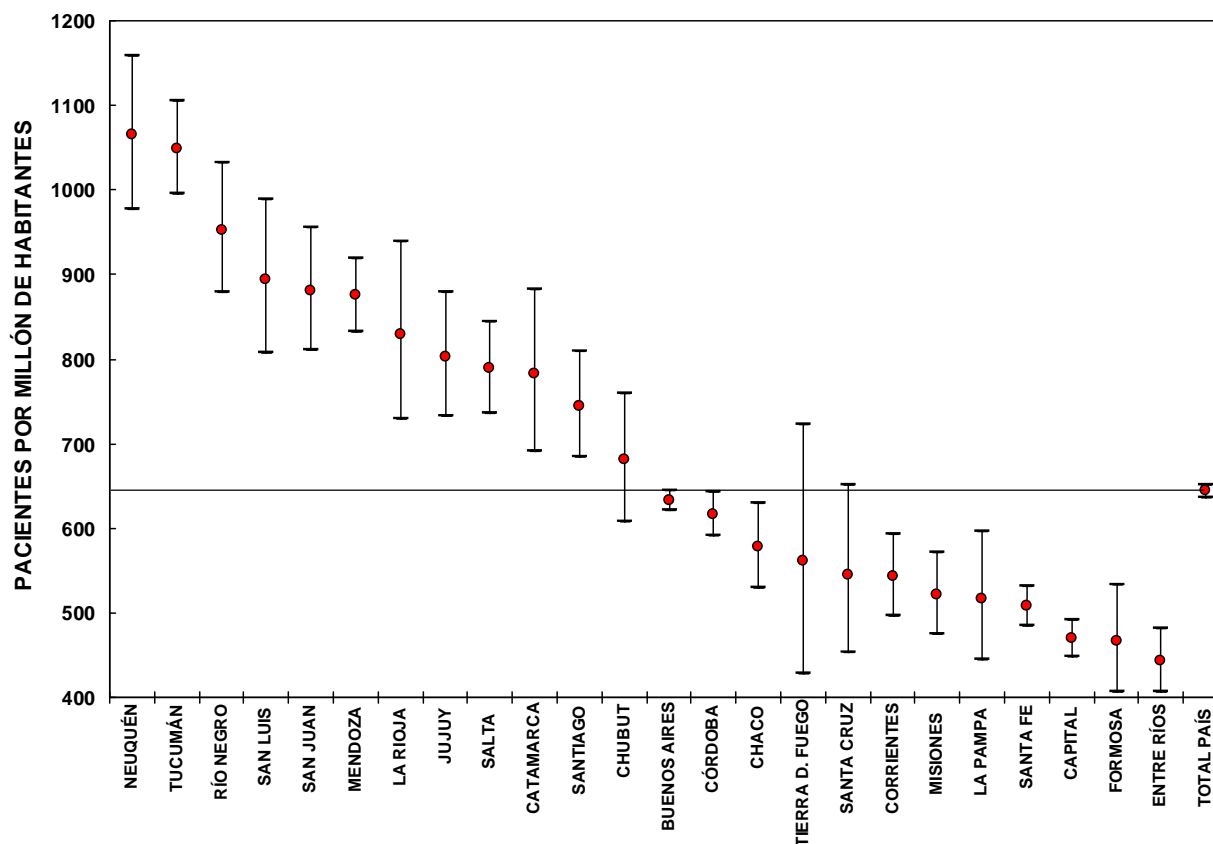


GRÁFICO 3b: TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC 2011
ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95 %

TABLA 1b3: TASAS DE PREVALENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2012 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE								
PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%		TASA AJUSTADA	IC95%		χ^2	P
1 NEUQUÉN	948.56	871.68	1030.41	1075.95	988.74	1168.79	140.93	<0.001
2 TUCUMÁN	930.95	883.24	980.58	1030.57	977.75	1085.50	297.49	<0.001
3 RÍO NEGRO	933.21	861.41	1009.39	967.84	893.38	1046.86	96.23	<0.001
4 SAN LUIS	871.04	787.56	960.97	911.11	823.79	1005.18	43.69	<0.001
5 LA RIOJA	771.68	682.69	869.06	883.32	781.45	994.78	24.47	<0.001
6 SAN JUAN	817.40	752.38	886.53	875.59	805.95	949.65	49.40	<0.001
7 MENDOZA	878.21	835.67	922.35	873.87	831.54	917.79	133.55	<0.001
8 JUJUY	717.29	655.96	782.80	834.85	763.47	911.10	29.70	<0.001
9 SALTA	670.29	626.13	716.74	814.32	760.67	870.75	40.66	<0.001
10 CATAMARCA	703.15	621.91	792.05	783.57	693.04	882.63	8.71	<0.005
11 SANTIAGO DEL ESTERO	657.77	605.80	713.01	768.40	707.69	832.93	15.06	<0.001
12 CHUBUT	607.54	543.27	677.32	670.60	599.67	747.62	0.18	NS
13 BUENOS AIRES	661.03	648.53	673.71	641.46	629.33	653.76	4.74	<0.05
14 CÓRDOBA	670.01	642.98	697.90	638.30	612.55	664.86	1.57	NS
15 TIERRA DEL FUEGO	471.93	364.97	600.42	594.04	459.41	755.78	0.63	NS
16 CORRIENTES	512.14	469.53	557.56	572.54	524.91	623.33	9.68	<0.005
17 CHACO	473.18	433.49	515.53	567.59	519.98	618.38	10.78	<0.005
18 MISIONES	439.61	402.03	479.77	548.75	501.83	598.87	15.84	<0.001
19 SANTA FE	571.65	546.19	597.99	534.06	510.27	558.66	79.36	<0.001
20 SANTA CRUZ	426.03	354.62	507.60	531.90	442.74	633.74	5.45	<0.05
21 LA PAMPA	530.74	455.42	614.95	493.33	423.32	571.61	14.34	<0.001
22 FORMOSA	408.68	357.56	465.05	484.44	423.85	551.26	21.12	<0.001
23 CAPITAL FEDERAL	570.94	544.39	598.45	469.55	447.72	492.18	194.25	<0.001
24 ENTRE RÍOS	463.36	426.84	502.17	460.65	424.34	499.23	74.45	<0.001
TOTAL PAÍS	655.14	647.39	662.95	655.14	647.39	662.95		

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo : $\chi^2 > 3.84$. Pacientes en Tratamiento dialítico crónico al 31/12/2012. Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Prevalencia ajustada que la media. NS: Diferencia no significativa.

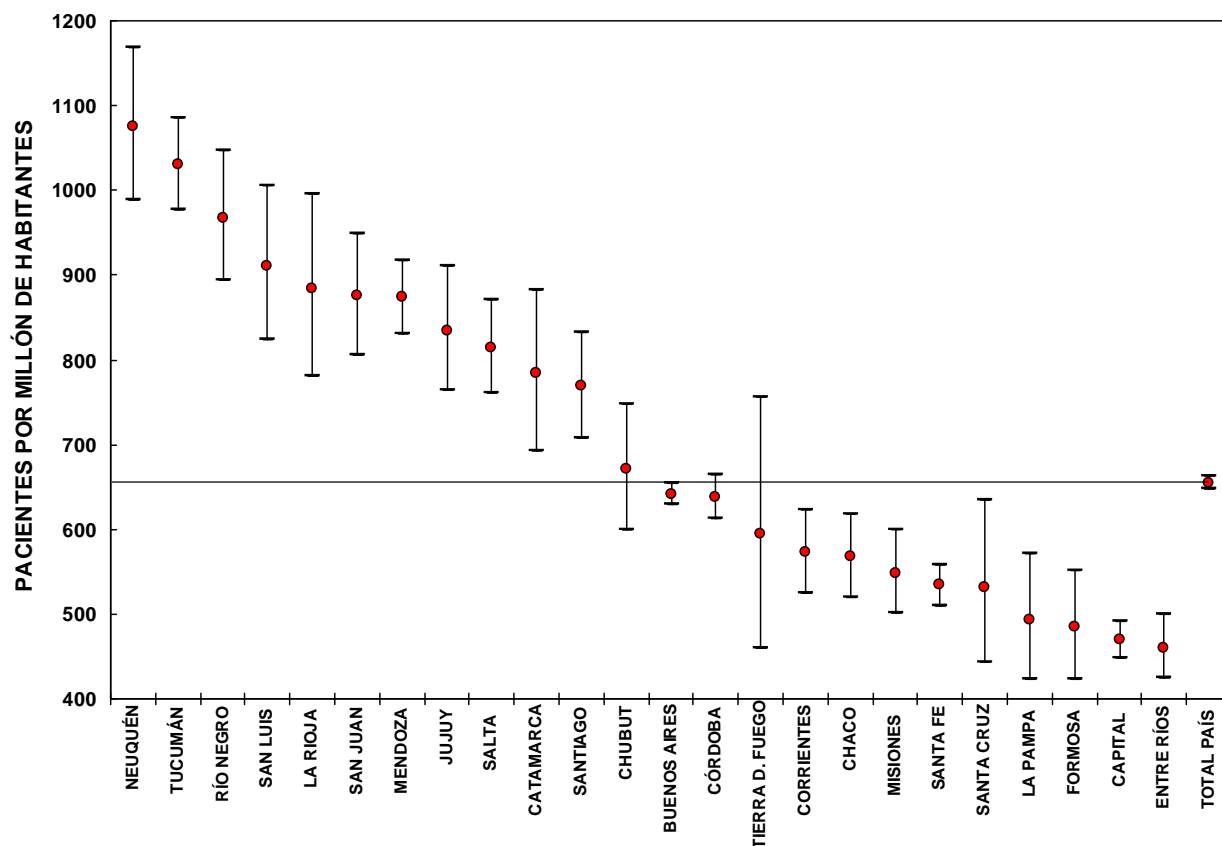


GRÁFICO 3c: TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC 2012
ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95 %

TABLA 1b4: TASAS DE PREVALENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2013									
POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE									
PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%		TASA AJUSTADA	IC95%		χ^2	P	
1 NEUQUÉN	986.68	908.85	1069.40	1109.35	1021.85	1202.35	160.96	<0.001	
2 TUCUMÁN	927.51	880.20	976.71	1024.17	971.93	1078.49	277.11	<0.001	
3 RÍO NEGRO	939.90	868.37	1015.75	969.98	896.16	1048.26	93.75	<0.001	
4 SAN LUIS	906.32	821.70	997.29	942.91	854.87	1037.54	52.79	<0.001	
5 SAN JUAN	838.15	772.68	907.68	895.69	825.72	969.99	55.35	<0.001	
6 MENDOZA	884.45	842.02	928.47	880.34	838.11	924.16	132.33	<0.001	
7 SANTIAGO DEL ESTERO	718.95	664.86	776.27	837.35	774.34	904.11	35.91	<0.001	
8 LA RIOJA	730.04	644.14	824.19	829.92	732.28	936.96	13.28	<0.001	
9 JUJUY	709.74	649.12	774.50	821.33	751.17	896.26	23.31	<0.001	
10 SALTA	658.21	614.77	703.90	796.96	744.37	852.29	29.14	<0.001	
11 CATAMARCA	706.48	625.43	795.10	781.25	691.62	879.25	7.47	<0.01	
12 CHUBUT	612.11	548.21	681.40	672.58	602.37	748.72	0.07	NS	
13 TIERRA DEL FUEGO	527.83	415.85	660.66	656.06	516.88	821.17	0.01	NS	
14 CÓRDOBA	677.71	650.67	705.59	646.48	620.69	673.07	1.44	NS	
15 BUENOS AIRES	662.75	650.31	675.38	643.99	631.90	656.26	8.81	<0.005	
16 CHACO	508.97	468.00	552.56	608.17	559.21	660.26	4.19	<0.05	
17 CORRIENTES	533.68	490.38	579.77	593.93	545.75	645.22	6.72	<0.01	
18 SANTA CRUZ	476.16	401.56	560.59	592.66	499.81	697.76	1.80	NS	
19 MISIONES	466.60	428.11	507.63	579.03	531.26	629.94	9.86	<0.005	
20 SANTA FE	570.75	545.42	596.95	534.07	510.37	558.60	89.09	<0.001	
21 LA PAMPA	567.26	489.66	653.67	526.60	454.55	606.81	10.13	<0.005	
22 FORMOSA	445.16	391.99	503.53	523.99	461.40	592.70	14.01	<0.001	
23 ENTRE RÍOS	479.49	442.51	518.73	476.02	439.31	514.98	68.57	<0.001	
24 CAPITAL FEDERAL	571.27	544.74	598.77	470.94	449.06	493.61	204.81	<0.001	
TOTAL PAÍS	662.66	654.91	670.47	662.66	654.91	670.47			

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo : $\chi^2 > 3.84$. Pacientes en Tratamiento dialítico crónico al 31/12/2013. Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Prevalencia ajustada que la media. NS: Diferencia no significativa.

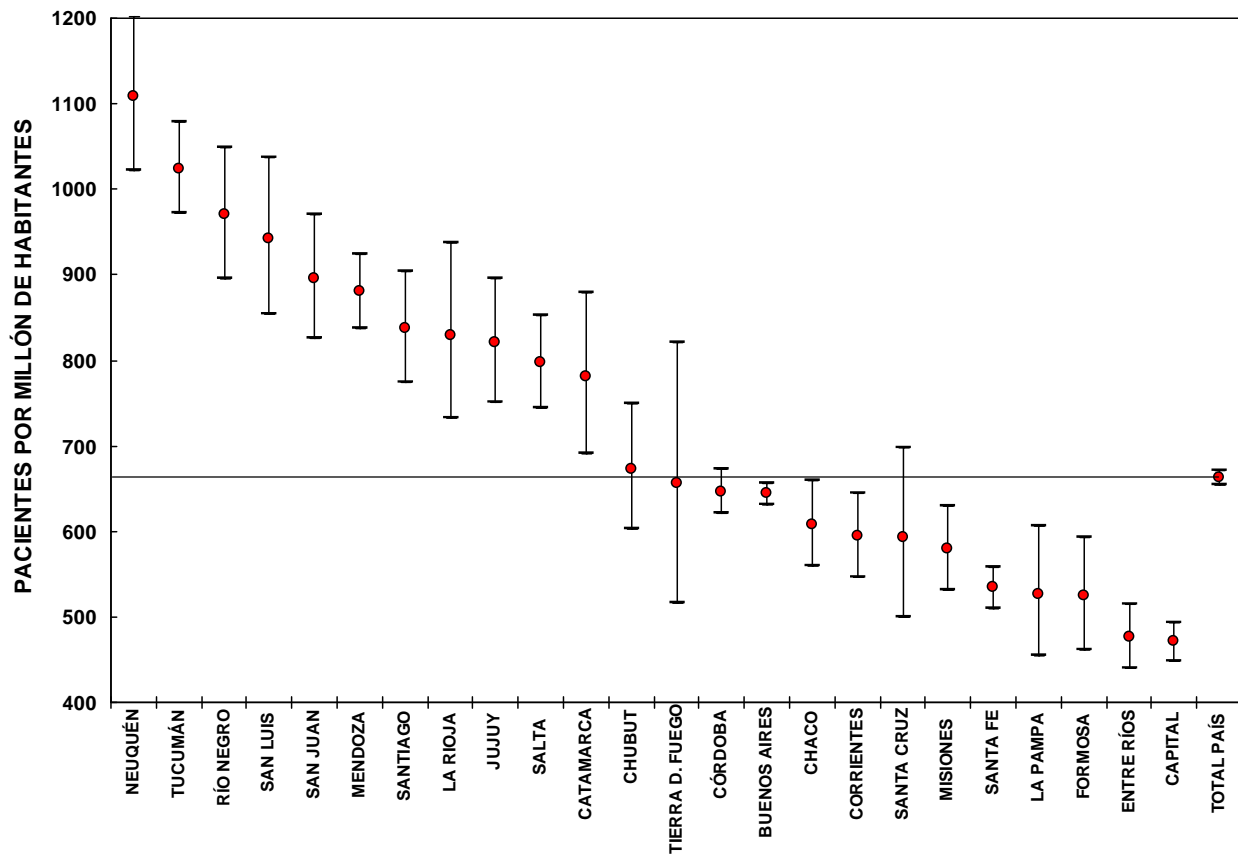
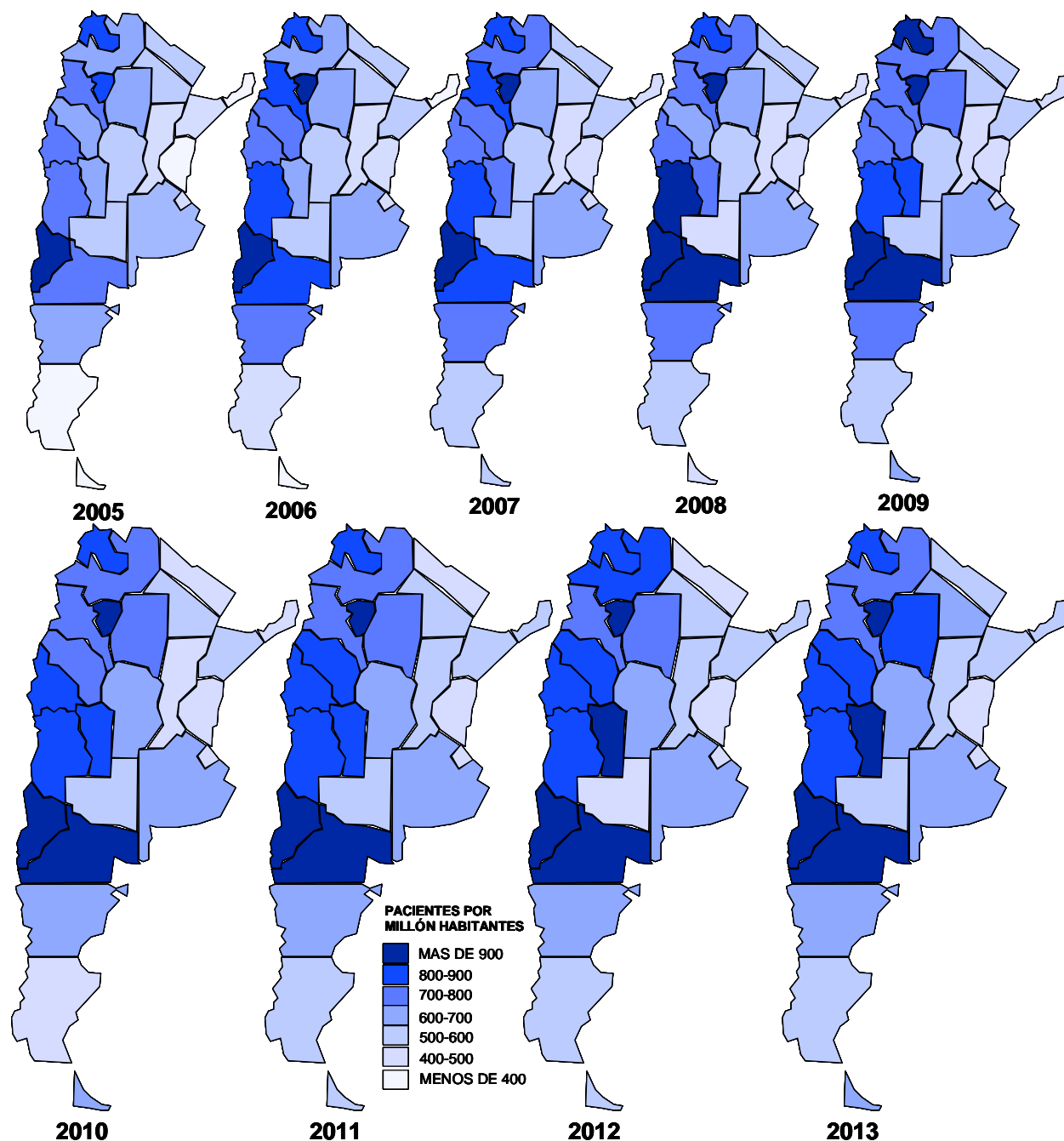


GRÁFICO 3d: TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC 2013
ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95 %

Las Tasas ajustadas por edad y sexo de cada Provincia en los 9 últimos años se muestran en la Tabla 1c y Gráfico 4a.

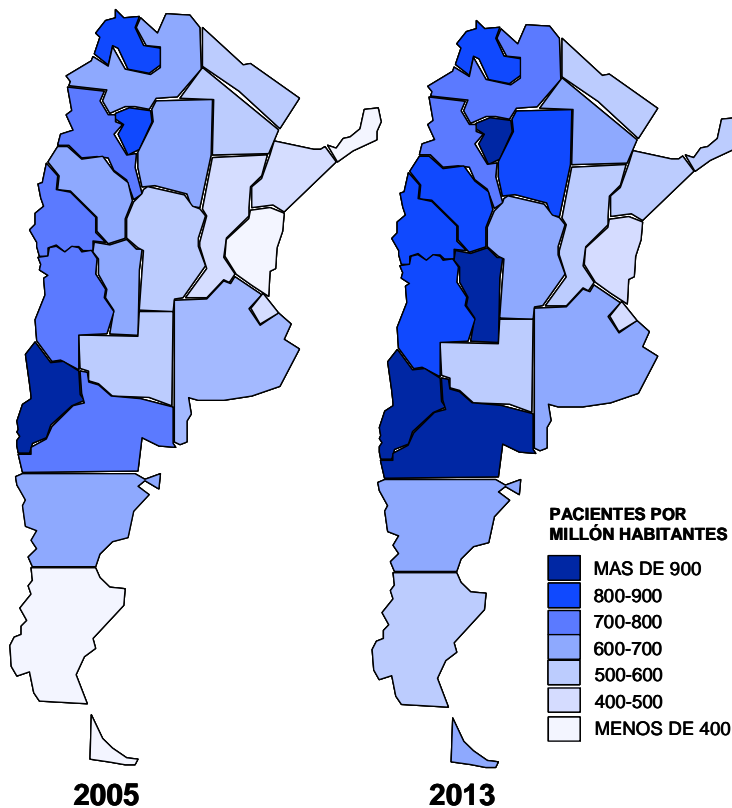


**GRÁFICO 4a: PREVALENCIA PUNTUAL EN DC EN ARGENTINA
TASAS AJUSTADAS POR EDAD Y SEXO**

En el tiempo transcurrido aumentó el número de Provincias con más de 900 ppm (desde 1 en 2005 hasta 4 en 2013), disminuyendo bastante la cantidad de Provincias con menos de 500 ppm (desde 7 en 2005 hasta 2 en 2013). 3 Provincias muestran decrecimiento en su tasa en los últimos años: Formosa, Catamarca y Jujuy. Las Provincias de Santa Cruz y Tierra del Fuego aumentaron muy significativamente su tasa ajustada con la mayor tasa de crecimiento promedio anual del 7.5% y 7.9%, respectivamente. Se evidencia el contraste cuando confrontamos la prevalencia ajustada en el año 2005 con la del año 2013; algunas provincias pasaron a zonas de alta prevalencia y otras sin llegar a ellas muestran importante incremento, como se observa en el Gráfico 4b.

TABLA 1c. TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE.										
PROVINCIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TASA CREC.
NEUQUÉN	1007.5	997.5	1059.2	1063.0	1094.8	1070.3	1064.8	1075.9	1109.4	1.24
TUCUMÁN	889.7	935.8	964.7	1003.2	1020.9	1025.7	1049.0	1030.6	1024.2	1.80
RÍO NEGRO	776.9	804.5	882.1	907.4	969.4	939.1	952.9	967.8	970.0	2.88
SAN LUIS	640.5	650.3	718.1	720.6	813.7	848.6	894.2	911.1	942.9	5.03
SAN JUAN	727.8	731.4	714.1	757.0	789.3	855.5	880.5	875.6	895.7	2.68
MENDOZA	769.2	830.3	887.9	917.8	894.2	892.6	875.0	873.9	880.3	1.77
SANTIAGO DEL ESTERO	600.3	636.8	650.1	679.3	717.5	721.0	745.0	768.4	837.3	4.28
LA RIOJA	684.2	750.3	718.1	674.4	711.0	793.3	829.1	883.3	829.9	2.66
JUJUY	832.0	862.5	875.9	896.2	909.1	855.1	803.0	834.8	821.3	-0.09
SALTA	680.2	689.9	764.3	782.9	797.1	773.4	788.6	814.3	797.0	2.07
CATAMARCA	797.7	801.3	806.2	769.1	762.8	728.4	782.9	783.6	781.2	-0.20
CHUBUT	678.0	717.4	729.8	718.9	792.9	691.5	680.8	670.6	672.6	0.10
TIERRA DEL FUEGO	379.3	399.7	500.8	493.7	644.9	625.0	561.8	594.0	656.1	7.86
CÓRDOBA	560.8	575.7	591.4	597.8	593.8	613.2	616.8	638.3	646.5	1.80
BUENOS AIRES	599.8	617.0	628.1	627.2	628.9	628.1	633.0	641.5	644.0	0.90
CHACO	524.3	502.8	529.2	550.5	566.6	563.8	578.1	567.6	608.2	1.93
CORRIENTES	485.7	507.5	505.4	548.5	540.3	522.2	542.6	572.5	593.9	2.62
SANTA CRUZ	345.5	421.1	513.4	503.6	524.6	482.3	545.4	531.9	592.7	7.50
MISIONES	371.2	379.7	400.3	424.9	483.0	497.9	521.4	548.7	579.0	5.76
SANTA FE	413.9	426.0	438.6	458.6	484.7	499.8	507.7	534.1	534.1	3.25
LA PAMPA	516.8	529.5	501.5	488.3	503.5	505.1	516.3	493.3	526.6	0.31
FORMOSA	537.3	557.9	571.4	533.8	549.3	499.6	467.1	484.4	524.0	-0.14
ENTRE RÍOS	396.7	425.6	442.2	443.1	442.4	451.0	443.2	460.6	476.0	2.34
CAPITAL FEDERAL	425.2	437.7	439.1	440.6	450.9	458.4	469.4	469.6	470.9	1.29

Tasas en Pacientes por millón de Habitantes ajustadas por edad y sexo para cada Provincia y año. TASA CREC.: Tasa de Crecimiento promedio anual 2005-2013 de la Tasa ajustada. Ordenados de mayor a menor tasa 2013



**GRÁFICO 4b: PREVALENCIA PUNTUAL EN DC EN ARGENTINA
TASAS AJUSTADAS POR EDAD Y SEXO**

La prevalencia no es la mejor variable para ponderar la población que se encuentran en estadio final de Insuficiencia renal crónica en Diálisis. La prevalencia sube si existe baja tasa de trasplante renal, baja si existe alta mortalidad, y por supuesto 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 en DC

Tasa crudas y ajustadas

Incidentes son los Nuevos pacientes que ingresan a DC en cada año calendario o, como también se concibe, Nuevos pacientes aceptados para DC; los verdaderos incidentes son los que ingresan a tratamiento dialítico crónico por primera vez en su vida en el lapso a considerar.

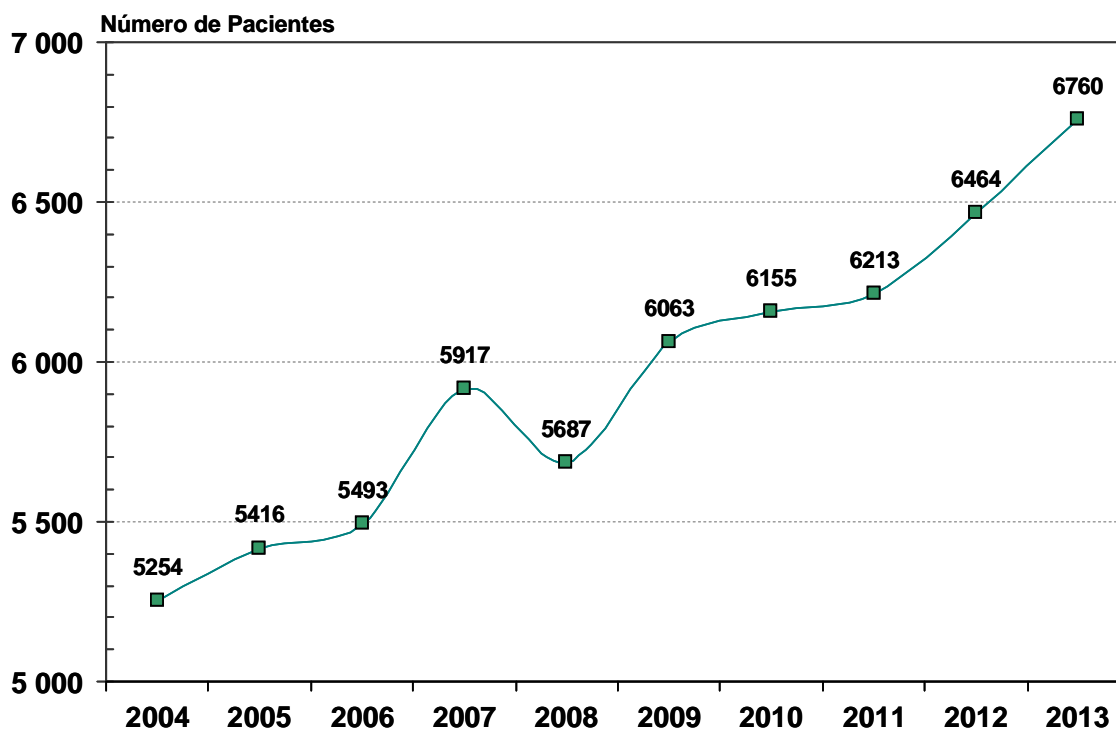


GRÁFICO 5a: NÚMERO DE PACIENTES INCIDENTES EN DC

Existió un aumento casi constante del número de Incidentes desde el año 2004, a excepción del año 2008 donde se registró una cantidad menor a la del año anterior (Gráfico 5a). La Tasa de crecimiento del número de pacientes incidentes entre años fue el siguiente:

2004-2005: +3.08%
2005-2006: +1.42%
2006-2007: +7.72%
2007-2008: -3.89%
2008-2009: +6.61%
2009-2010: +1.52%
2010-2011: +0.94%
2011-2012: +4.04%
2012-2013: +4.58%

La tasa de crecimiento promedio anual (en Número de pacientes) fue de 2.89 % entre 2004 y 2013; pero solamente del 2.30% desde 2007 en adelante.

Como se observa en el Gráfico 5b, la Tasa bruta de Incidencia aumentó desde 137 ppm en 2004 hasta 160 ppm en 2013. La del año 2013 es la más alta tasa bruta de Incidencia observada desde 2004. No obstante, con las recientes correcciones de Población de Argentina desde el año 2010, ahora se aprecia que por 5 años (entre 2007 y 2011) la Tasa se mantuvo estable alrededor de los 150 ppm. En los 2 últimos años se produjeron significativos aumentos.

Existió un crecimiento promedio anual de la Tasa bruta de Incidencia de 1.77% entre 2004 y 2013. Bastante menor es el crecimiento promedio anual 2007- 2013: 1.12%.

Las Tasas de los años 2010, 2011 y 2012 válidas son las que en este Informe se presentan, corregidas de acuerdo a las recientes estimaciones de Población realizadas por el INDEC; las publicadas previamente para esos años deben desecharse.

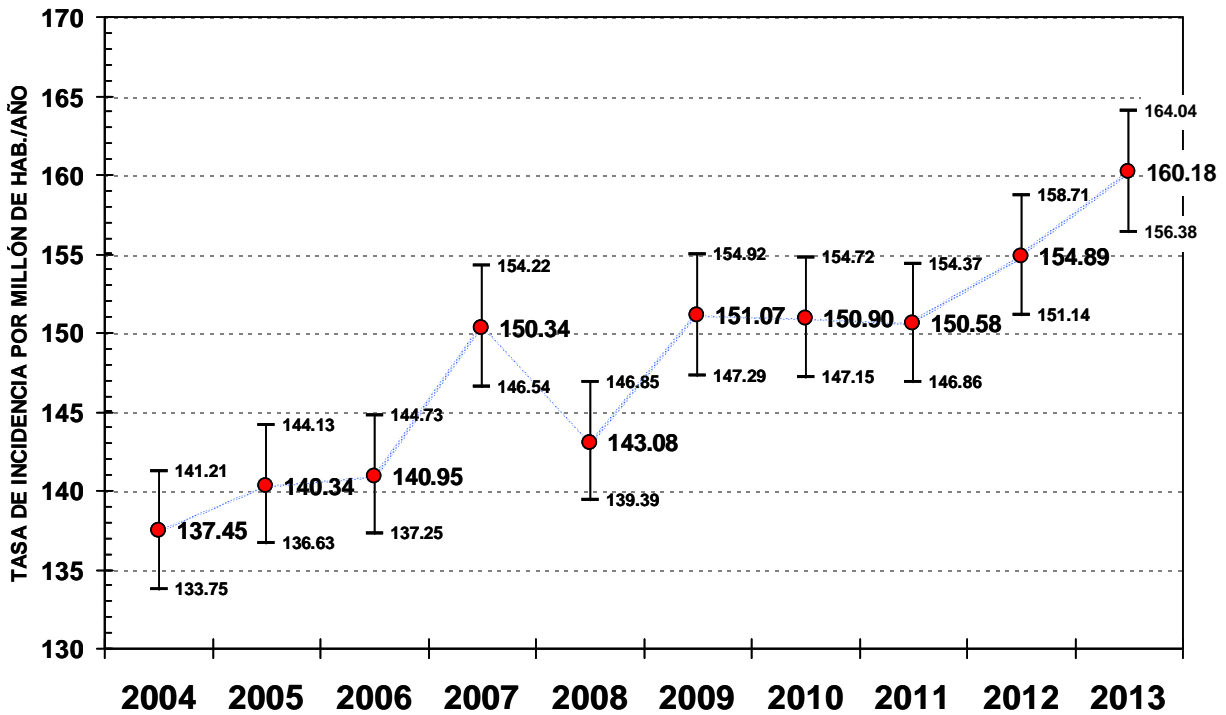


GRÁFICO 5b: TASAS BRUTAS DE INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA
 Con intervalo de confianza del 95%.

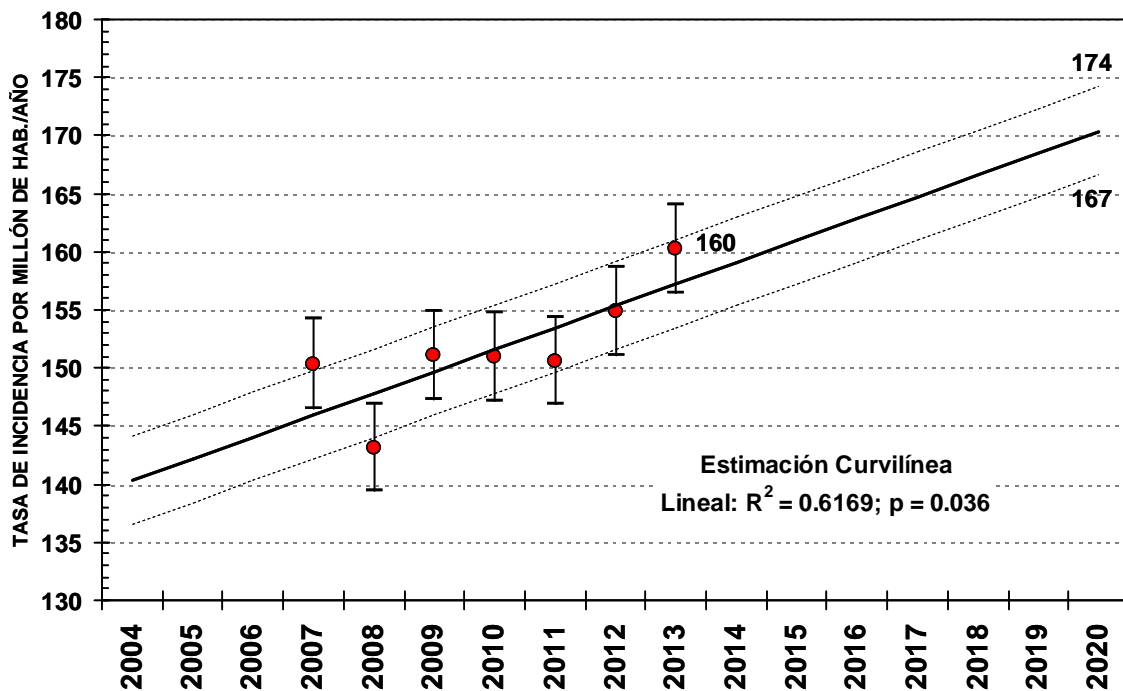


GRÁFICO 5c: PROYECCIÓN DE LAS TASAS BRUTAS DE INCIDENCIA EN DC

¿Cuál será la Incidencia en DC en futuro cercano? Considerando las Tasas desde el año 2007, la mejor y más significativa estimación curvilínea es lineal ($R^2 = 0.617$). Para el año 2020 se esperaría una tasa de 167-174 ppm (Gráfico 5c). Si aplicamos la tasa de crecimiento promedio anual 2007-2013 (1.12%), se esperaría una tasa de Incidencia de 173 ppm en el año 2020.

En la anterior edición, se realizó una estimación incluyendo los valores de los 3 primeros años (2004-2006) que aquí se desestiman por lo aclarado antes en Prevalencia; además aquí se corrigieron las tasas de acuerdo a la población estimada recientemente por el INDEC para los años 2010, 2011 y 2012. La resultante del cambio de estos 2 factores hizo caer la tasa proyectada para el año 2020 (anterior: 173-181 ppm).

Al ajustar utilizando la Tabla de Incidencia de Argentina 2005 como referente (en grupos de edad en diferentes sexos), la Tasa de Incidencia en DC del año 2013 es 10.7% significativamente mayor a la del año 2005 (Chi^2 de 69.66; $p = 0.000$); como la población argentina es progresivamente más vieja, las tasas presentan, a medida que pasan los años, una mayor disminución de su valor bruto al ajustarse por edad y sexo. En el Gráfico 5d se observan los valores y los respectivos IC95%.

Entre 2012 y 2013 el crecimiento de la tasa ajustada (2.7%) resultó también significativo (Referencia 2012): Chi^2 de 4.88; $p < 0.05$.

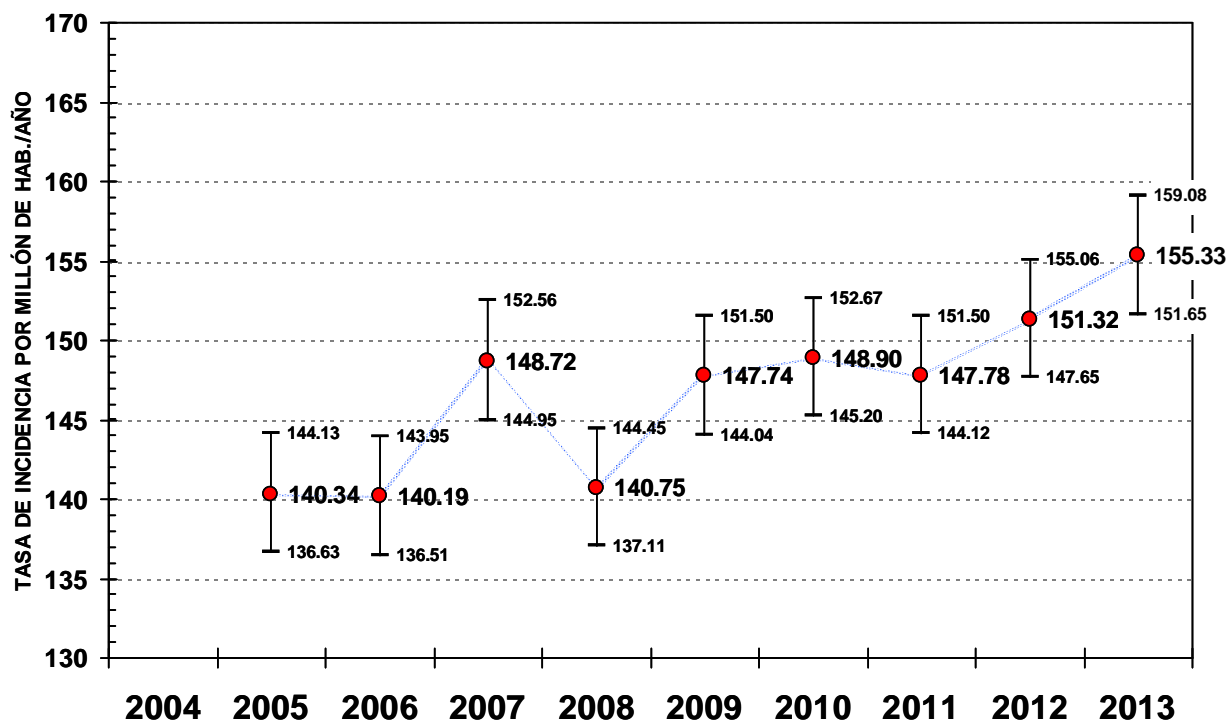


GRÁFICO 5d: TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA
 Con intervalo de confianza del 95%. Pacientes ingresados a DC por primera vez en su vida en los años respectivos. Estandarización indirecta por Edad y Sexo. Referente 2005

Incidencia en Terapia Sustitutiva renal crónica

51 personas comenzaron Terapia Sustitutiva renal con un injerto renal en 2008, sin haber recibido previamente en su vida terapia dialítica crónica. En 2009 lo hicieron 61 personas, 25 en 2010, 56 en 2011, 46 en 2012 y 76 pacientes en 2013 se trasplantaron sin DC previa.

Por lo tanto, 5738 personas comenzaron tratamiento sustitutivo de la función renal en Argentina en 2008 (5687 en Diálisis Crónica y 51 con Riñón trasplantado). En 2009 la cifra se eleva a 6124 (6063 en DC y 61 con injerto renal), en 2010 a 6180 pacientes (6155 y 25, respectivamente), en 2011 a 6269 (6213 y 56, respectivamente), en 2012 a 6510 pacientes (6464 y 46, respectivamente) y en 2013 a 6836 (6760 y 76, respectivamente).

De tal forma que la Tasa cruda de Incidencia a Tratamiento sustitutivo renal es:

- **2008: 144.37 ppm (IC 95%: 140.66-148.15).**
- **2009: 152.59 ppm (IC 95%: 148.79-156.46).**
- **2010: 151.51 ppm (IC 95%: 147.76-155.34).**
- **2011: 151.93 ppm (IC 95%: 148.20-155.74).**
- **2012: 155.99 ppm (IC 95%: 152.22-159.83).**
- **2013: 161.98 ppm (IC 95%: 158.16-165.87).**

Comparaciones Internacionales

Para compararnos con otros países utilizamos las Tasas crudas de Incidencia a Tratamiento sustitutivo renal crónico. Según los últimos datos de la USRDS correspondientes al año 2011 ⁽³⁾ solamente Estados Unidos de Norteamérica supera largamente los 300 ppm en 2011 (362 ppm). Entre 200-300 ppm se encuentran Japón, Singapur, Turquía, Tailandia, Portugal, Rep. de Corea y Grecia. Entre 150-200 ppm Chile, Bélgica, Rep. Checa, Israel, Uruguay, Brasil y Canadá. Argentina, en ese grupo, con 152 ppm en 2011, supera a Francia, Austria, Suecia, España, Croacia, Holanda, Australia, Nueva Zelanda, entre otros.

Tasas de Incidencia en DC por Provincias

En la Tabla 2a se detallan las cantidades de pacientes Incidentes en DC desde 2004 hasta 2013 con las respectivas Tasas brutas y crecimiento anual bruto promedio por Provincia de residencia del paciente, ordenadas de mayor a menor tasa 2013.

PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	CREC. PROM.	
	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	Nº TASA	TASA	CREC
SAN LUIS	85 212.49	50 122.17	62 148.10	73 170.55	66 150.84	108 241.54	85 191.47	85 188.71	89 194.78	103 222.26	4.18	5.97
LA RIOJA	41 130.61	51 159.08	59 180.22	56 167.55	47 137.75	56 160.80	84 245.20	76 218.71	86 243.99	77 215.37	7.61	9.03
TUCUMÁN	252 179.45	253 177.94	269 186.86	309 212.03	297 201.30	291 194.85	299 200.78	333 220.54	310 202.52	314 202.39	1.56	2.69
SAN JUAN	96 146.18	112 168.06	106 156.76	111 161.84	120 172.50	130 184.30	153 219.80	135 191.58	128 179.46	145 200.88	4.10	5.17
LA PAMPA	41 129.05	46 143.01	50 153.55	39 118.33	36 107.93	46 136.29	50 152.89	53 160.48	42 125.94	64 190.08	6.59	7.26
CATAMARCA	58 162.10	60 164.24	43 115.30	47 123.49	55 141.60	46 116.07	50 132.39	71 186.08	66 171.25	73 187.54	3.49	4.37
RÍO NEGRO	77 131.86	72 122.57	71 120.16	97 163.25	89 148.96	114 189.78	111 171.22	117 177.68	106 158.53	126 185.62	5.09	6.76
NEUQUÉN	82 159.94	84 161.09	88 165.97	88 163.28	81 147.88	94 168.90	98 171.36	91 156.43	105 177.54	110 183.03	1.80	3.62
MENDOZA	296 178.55	318 189.82	341 201.39	372 217.36	327 189.05	317 181.37	337 189.89	321 178.61	352 193.45	336 182.43	0.51	1.70
SANTIAGO	90 108.23	101 120.27	95 112.00	97 113.22	97 112.07	90 102.91	106 120.56	108 121.51	130 144.69	161 177.26	6.19	7.23
JUJUY	101 156.94	110 168.56	103 155.67	104 155.05	98 144.12	109 158.15	111 162.40	106 153.10	102 145.45	118 166.17	0.92	2.02
CÓRDOBA	479 148.46	502 154.26	513 156.27	581 175.46	535 160.18	580 172.18	599 177.59	600 175.86	600 173.88	579 165.92	1.42	2.30
TOTAL PAÍS	5254 137.45	5416 140.34	5493 140.95	5917 150.34	5687 143.08	6063 151.07	6155 150.90	6213 150.58	6464 154.89	6760 160.18	1.77	2.89
BUENOS AIRES	2069 142.39	2165 147.74	2213 149.69	2259 151.43	2194 145.76	2286 150.54	2292 145.83	2310 145.20	2443 151.73	2545 156.23	1.08	2.36
CAPITAL	434 144.10	426 141.15	408 134.84	453 149.30	423 139.03	457 149.80	426 140.66	464 152.95	475 156.31	469 154.07	0.94	1.07
ENTRE RÍOS	138 114.41	120 98.59	134 109.00	135 108.65	159 126.61	148 116.63	161 128.23	164 129.26	165 128.71	199 153.65	3.86	4.68
SANTA FE	374 118.49	386 121.48	376 117.53	439 136.30	408 125.83	464 142.15	475 145.80	448 136.36	488 147.29	505 151.14	3.03	3.68
SALTA	157 137.52	139 119.67	152 128.61	183 152.15	164 133.98	183 146.92	166 133.97	170 135.12	190 148.78	194 149.70	1.48	2.94
T. D. FUEGO	8 71.60	8 69.39	11 92.52	16 130.58	9 71.31	23 177.02	17 129.12	8 58.94	17 121.56	21 145.85	24.34	27.97
CHUBUT	66 149.87	67 150.41	76 168.68	53 116.33	56 121.56	83 178.21	57 111.02	71 135.44	68 127.12	77 141.11	2.41	4.53
CORRIENTES	83 85.55	89 90.74	95 95.81	115 114.72	145 143.08	138 134.69	143 140.51	150 145.88	170 163.65	144 137.23	6.05	6.98
CHACO	84 82.66	104 101.47	83 80.28	119 114.11	118 112.15	108 101.73	128 118.52	134 122.64	131 118.52	151 135.07	7.06	8.21
MISIONES	84 82.84	88 85.47	78 74.60	81 76.30	86 79.78	110 100.49	123 110.48	116 102.76	125 109.25	147 126.78	5.40	6.98
FORMOSA	50 97.97	48 92.75	42 80.03	60 112.73	56 103.73	55 100.42	57 103.33	51 91.53	47 83.51	67 117.89	3.84	5.08
SANTA CRUZ	9 42.89	17 79.50	25 114.76	30 135.21	21 92.95	27 117.39	27 98.02	31 109.00	29 98.84	35 115.73	16.12	20.40

Nº: Cantidad Nuevos Pacientes ingresados en DC en cada año; CREC TASA: Crecimiento en la Tasa en %; CREC Nº: Crecimiento en el Número en %; CREC. PROM. ANUAL: Crecimiento promedio anual 2004-2013. TASA EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES POR AÑO.

TABLA 2a'. CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL DE LAS TASAS BRUTAS DE INCIDENCIA EN DC ENTRE 2007-2013. POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE.

PROVINCIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TASA CREC.
TIERRA D. FUEGO	130.6	71.3	177.0	129.1	58.9	121.6	145.8	24.61
LA PAMPA	118.3	107.9	136.3	152.9	160.5	125.9	190.1	10.67
MISIONES	76.3	79.8	100.5	110.5	102.8	109.2	126.8	9.31
CATAMARCA	123.5	141.6	116.1	132.4	186.1	171.2	187.5	8.80
SANTIAGO	113.2	112.1	102.9	120.6	121.5	144.7	177.3	8.39
SAN LUIS	170.6	150.8	241.5	191.5	188.7	194.8	222.3	7.29
LA RIOJA	167.5	137.7	160.8	245.2	218.7	244.0	215.4	6.74
CHUBUT	116.3	121.6	178.2	111.0	135.4	127.1	141.1	6.71
ENTRE RÍOS	108.6	126.6	116.6	128.2	129.3	128.7	153.7	6.39
SAN JUAN	161.8	172.5	184.3	219.8	191.6	179.5	200.9	4.24
CORRIENTES	114.7	143.1	134.7	140.5	145.9	163.7	137.2	3.84
CHACO	114.1	112.1	101.7	118.5	122.6	118.5	135.1	3.26
RÍO NEGRO	163.2	149.0	189.8	171.2	177.7	158.5	185.6	3.16
NEUQUÉN	163.3	147.9	168.9	171.4	156.4	177.5	183.0	2.35
FORMOSA	112.7	103.7	100.4	103.3	91.5	83.5	117.9	2.12
SANTA FE	136.3	125.8	142.2	145.8	136.4	147.3	151.1	2.00
JUJUY	155.0	144.1	158.1	162.4	153.1	145.5	166.2	1.48
TOTAL PAÍS	150.3	143.1	151.1	150.9	150.6	154.9	160.2	1.12
CAPITAL FEDERAL	149.3	139.0	149.8	140.7	153.0	156.3	154.1	0.71
BUENOS AIRES	151.4	145.8	150.5	145.8	145.2	151.7	156.2	0.57
SALTA	152.2	134.0	146.9	134.0	135.1	148.8	149.7	0.08
SANTA CRUZ	135.2	93.0	117.4	98.0	109.0	98.8	115.7	-0.42
TUCUMÁN	212.0	201.3	194.8	200.8	220.5	202.5	202.4	-0.60
CÓRDOBA	175.5	160.2	172.2	177.6	175.9	173.9	165.9	-0.79
MENDOZA	217.4	189.1	181.4	189.9	178.6	193.4	182.4	-2.62

TASA CREC.: Tasa de Crecimiento promedio anual entre 2007 y 2013; TASA EN NUEVOS PACIENTES EN DC POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO.

Las Tasas de los años 2010, 11 y 12 fueron corregidas de acuerdo a la Población para esos años estimada recientemente por el INDEC ⁽²⁾.

Se observa una gran variabilidad en 2013, como se había advertido en años anteriores: 6 Provincias (Neuquén, Tucumán, San Juan, San Luis, Río Negro y La Rioja) están dentro de los 8 primeros puestos tanto en Incidencia como en Prevalencia (Altas Tasas); esto es, entran más pacientes y se tratan más en estas Provincias. Muy distinto a Misiones y Formosa donde entran menos pacientes y presentan menor prevalencia puntual. No obstante desde 2008 comenzó a mostrarse un cambio en la mayoría de las Provincias del Litoral-NEA.

En la Tabla 2a' se puede observar cuál fue el crecimiento promedio anual por Provincias desde 2007 hasta 2013. Las Provincias del Litoral-NEA (todas) tuvieron un crecimiento mayor a la media del país en ese lapso. Mendoza mostró decrecimiento en este período, pero con tasas muy

superiores a la media de Argentina en todos los años, al igual que Córdoba y Tucumán. Santa Cruz completa el cuadro de las únicas 4 Provincias que presentan decrecimiento de la Tasa de Incidencia desde el año 2007.

Todo lo anterior debe ser evaluado ajustando por edad y sexo para no llegar a falsas conclusiones. Las tasas en bruto no nos permiten discernir claramente si existe mayor o menor incidencia en DC.

En el análisis por Provincias de residencia del paciente encontramos diferencias muy significativas en las tasas de Incidencia; pero la composición etaria y de sexo es muy variable de un distrito a otro. En el capítulo Características de la población Incidente se constata que la mayor edad y el sexo masculino son influyentes para elevar las tasas de Incidencia de una determinada población en DC. Esto motivó que las tasas de Incidencia a DC de todos los años se ajustaran por la edad y sexo de la población de cada Provincia.

En las Tablas 2b1, 2b2, 2b3 y 2b4 observamos las diferencias cuando se les realizan los ajustes por edad y sexo a las Tasas crudas de Incidencia en las distintas Provincias para los años 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente. Las referentes son presentadas más adelante (en el Capítulo Características de la Población Incidente) como Tablas 3a1, 3a2, 3a3 y 3a4. Para mejor detalle se presentan los Gráficos para cada año comenzando con el 6a para 2010 y finalizando con el 6d para 2013.

La repetición de la presentación de las tablas-gráficos de los años 2010, 2011 y 2012 obedece a que los valores cambiaron por las correcciones recientemente realizadas a la población de Argentina y Provincias para esos años⁽²⁾.

Las Tablas de Incidencia ajustada por Provincias 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 se pueden consultar en ediciones anteriores de este Registro⁽⁶⁻¹⁵⁾.

Entre 2010 y 2013, 6 Provincias presentaron en los 4 años significativa mayor Incidencia que la media nacional: La Rioja, San Luis, Tucumán, San Juan, Neuquén y Mendoza. En 3 años lo hicieron Jujuy y Río Negro. En 2013 se agregan Catamarca y Santiago del Estero. En definitiva, todo el NOA (Salta lo consigue en 2013 y es casi significativo su valor en 2013), todo Cuyo y Norpatagonia presentan tasas significativamente mayores a la media nacional en los 4 últimos años.

También entre 2010 y 2013, 3 Provincias-Distritos presentaron en los 4 años significativa menor Incidencia que la media nacional: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Buenos Aires. En 3 años Entre Ríos y en 2 años Formosa. De la región Pampeana solo faltan Córdoba y La Pampa y del Noreste, faltan Misiones, Chaco y Corrientes. No obstante, estas 5 Provincias presentan una tasa no significativamente diferente a la media nacional en el último año.

Podemos decir que las Provincias de la Región Pampeana y del Noreste muestran tasas de Incidencia en Diálisis Crónica significativamente más bajas que las Provincias del Noroeste, Cuyo y Norpatagonia. Y ello es casi una constante que viene ocurriendo desde los inicios de este Registro. Veremos después que a mayor Incidencia mayor Prevalencia o la Inversa.

Sigue existiendo una gran brecha entre las primeras provincias y las últimas en cuanto a Tasa de Incidencia ajustada en DC en Argentina (2013): Máximo 250 ppm, Mínimo 125 ppm, Rango 125 ppm.

El porqué de una mayor o menor Incidencia en las distintas Regiones argentinas no fue hasta el momento dilucidado.

Pensamos, al comienzo de nuestro Registro, que podía atribuirse a una diferente aceptación a DC por Provincias. Ello ya se descartó, ya que en todas las Provincias la aceptación es completa y las diferencias en Incidencia siguen presentes entre las mismas Provincias, transcurrido el tiempo.

No se determinó si las diferentes etnias podrían influir en mayor o menor morbilidad. Lo que sí surgió de este Registro es la constatación de un mayor ingreso a DC por Diabetes en Provincias con altas tasas de Incidencia en DC y en donde la Diabetes es más prevalente en la población general (NOA y Cuyo).

Por último, existen lugares donde hemos constatado que se realiza mejor prevención primaria y secundaria de las enfermedades que llevan a IRCT y el mejor ejemplo es Ciudad de Buenos Aires.

Más adelante, seguiremos analizando esta cuestión.

TABLA 2b1: TASAS DE INCIDENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2010 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE								
PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%		TASA AJUSTADA	IC95%		χ^2	P
1 LA RIOJA	245.20	195.57	303.57	291.70	232.67	361.16	37.83	<0.001
2 SAN JUAN	219.80	186.35	257.52	238.41	202.13	279.32	32.57	<0.001
3 TUCUMÁN	200.78	178.66	224.87	226.31	201.38	253.47	49.79	<0.001
4 NEUQUÉN	171.36	139.11	208.83	205.35	166.71	250.26	9.38	<0.005
5 SAN LUIS	191.47	152.93	236.75	204.70	163.50	253.12	7.96	<0.005
6 JUJUY	162.40	133.59	195.57	195.43	160.76	235.35	7.46	<0.01
7 MENDOZA	189.89	170.15	211.28	188.33	168.76	209.55	16.61	<0.001
8 RÍO NEGRO	171.22	140.85	206.20	182.07	149.78	219.27	3.93	<0.05
9 TIERRA DEL FUEGO	129.12	75.17	206.75	180.61	105.15	289.18	0.55	NS
10 CÓRDOBA	177.59	163.65	192.39	167.76	154.59	181.75	6.73	<0.01
11 SALTA	133.97	114.36	155.97	167.17	142.70	194.62	1.74	NS
12 CORRIENTES	140.51	118.42	165.52	160.61	135.37	189.20	0.56	NS
13 CATAMARCA	132.39	98.25	174.54	152.12	112.90	200.56	0.00	NS
14 CHACO	118.52	98.87	140.92	146.34	122.09	174.00	0.12	NS
15 SANTIAGO DEL ESTERO	120.56	98.70	145.81	143.21	117.25	173.21	0.29	NS
16 MISIONES	110.48	91.82	131.82	143.09	118.92	170.73	0.35	NS
17 LA PAMPA	152.89	113.47	201.57	141.46	104.98	186.50	0.21	NS
18 BUENOS AIRES	145.83	139.92	151.93	140.81	135.11	146.70	10.97	<0.001
19 SANTA FE	145.80	132.98	159.52	134.54	122.71	147.20	6.26	<0.05
20 SANTA CRUZ	98.02	64.58	142.62	129.93	85.60	189.05	0.61	NS
21 ENTRE RÍOS	128.23	109.18	149.64	127.72	108.75	149.04	4.49	<0.05
22 CHUBUT	111.02	84.08	143.84	127.17	96.31	164.76	1.67	NS
23 FORMOSA	103.33	78.26	133.88	126.45	95.77	163.84	1.79	NS
24 CAPITAL FEDERAL	140.66	127.62	154.68	112.14	101.75	123.32	37.81	<0.001
TOTAL PAÍS	150.90	147.15	154.72	150.90	147.15	154.72		

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo : $\chi^2 > 3.84$. Nuevos pacientes ingresados a Tratamiento dialítico crónico en 2010. Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Incidencia ajustada que la media.

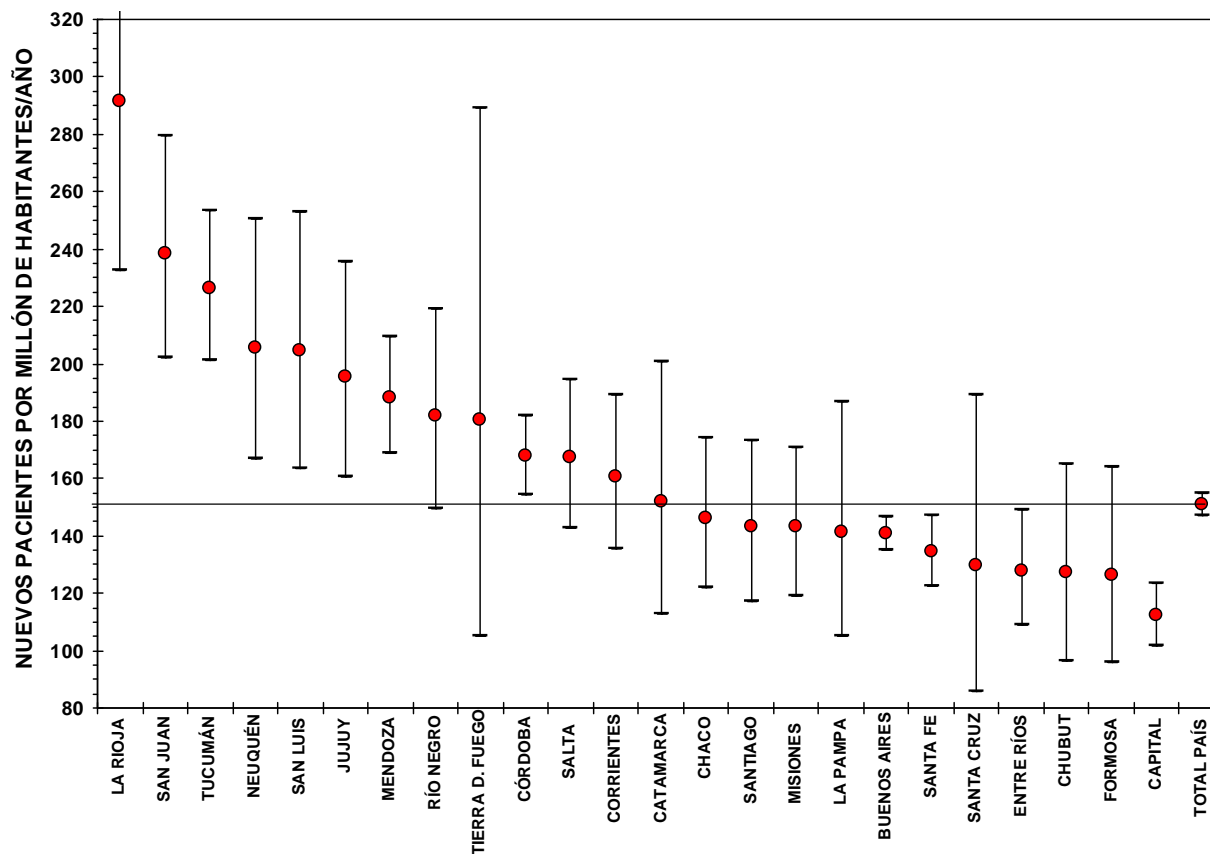


GRÁFICO 6a :TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA EN DC AÑO 2010
ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

TABLA 2b2: TASAS DE INCIDENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2011 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE								
PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%		TASA AJUSTADA	IC95%		χ^2	P
1 LA RIOJA	218.71	172.31	273.75	258.04	203.30	322.98	22.59	<0.001
2 TUCUMÁN	220.54	197.48	245.55	247.46	221.59	275.52	83.89	<0.001
3 CATAMARCA	186.08	145.33	234.72	211.82	165.43	267.19	8.35	<0.005
4 SAN JUAN	191.58	160.63	226.76	206.74	173.34	244.71	13.68	<0.001
5 SAN LUIS	188.71	150.73	233.34	200.10	159.83	247.43	6.92	<0.01
6 RÍO NEGRO	177.68	146.94	212.95	187.65	155.19	224.89	5.69	<0.05
7 NEUQUÉN	156.43	125.95	192.07	185.51	149.35	227.76	3.97	<0.05
8 JUJUY	153.10	125.34	185.17	182.70	149.58	220.97	3.98	<0.05
9 MENDOZA	178.61	159.60	199.26	176.87	158.05	197.32	8.33	<0.005
10 SALTA	135.12	115.57	157.03	167.67	143.41	194.85	1.97	NS
11 CÓRDOBA	175.86	162.07	190.51	166.28	153.23	180.13	5.91	<0.05
12 CORRIENTES	145.88	123.47	171.18	165.51	140.09	194.22	1.34	NS
13 CHUBUT	135.44	105.78	170.85	154.47	120.63	194.84	0.05	NS
14 CHACO	122.64	102.75	145.25	150.59	126.17	178.35	0.00	NS
15 LA PAMPA	160.48	120.20	209.91	148.08	110.91	193.69	0.01	NS
16 SANTA CRUZ	109.00	74.04	154.72	144.47	98.14	205.07	0.05	NS
17 SANTIAGO DEL ESTERO	121.51	99.68	146.71	143.68	117.86	173.47	0.24	NS
18 BUENOS AIRES	145.20	139.33	151.24	140.43	134.76	146.28	11.24	<0.001
19 MISIONES	102.76	84.91	123.26	132.02	109.09	158.35	2.01	NS
20 ENTRE RÍOS	129.26	110.23	150.63	128.38	109.48	149.60	4.18	<0.05
21 SANTA FE	136.36	124.02	149.59	126.12	114.71	138.36	14.11	<0.001
22 CAPITAL FEDERAL	152.95	139.35	167.52	122.71	111.80	134.40	19.50	<0.001
23 FORMOSA	91.53	68.14	120.34	110.79	82.48	145.67	4.84	<0.05
24 TIERRA DEL FUEGO	58.94	25.38	116.13	81.55	35.11	160.70	3.10	NS
TOTAL PAÍS	150.58	146.86	154.37	150.58	146.86	154.37		

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo : $\chi^2 > 3.84$. Nuevos pacientes ingresados a Tratamiento dialítico crónico en 2011.
Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Incidencia ajustada que la media.

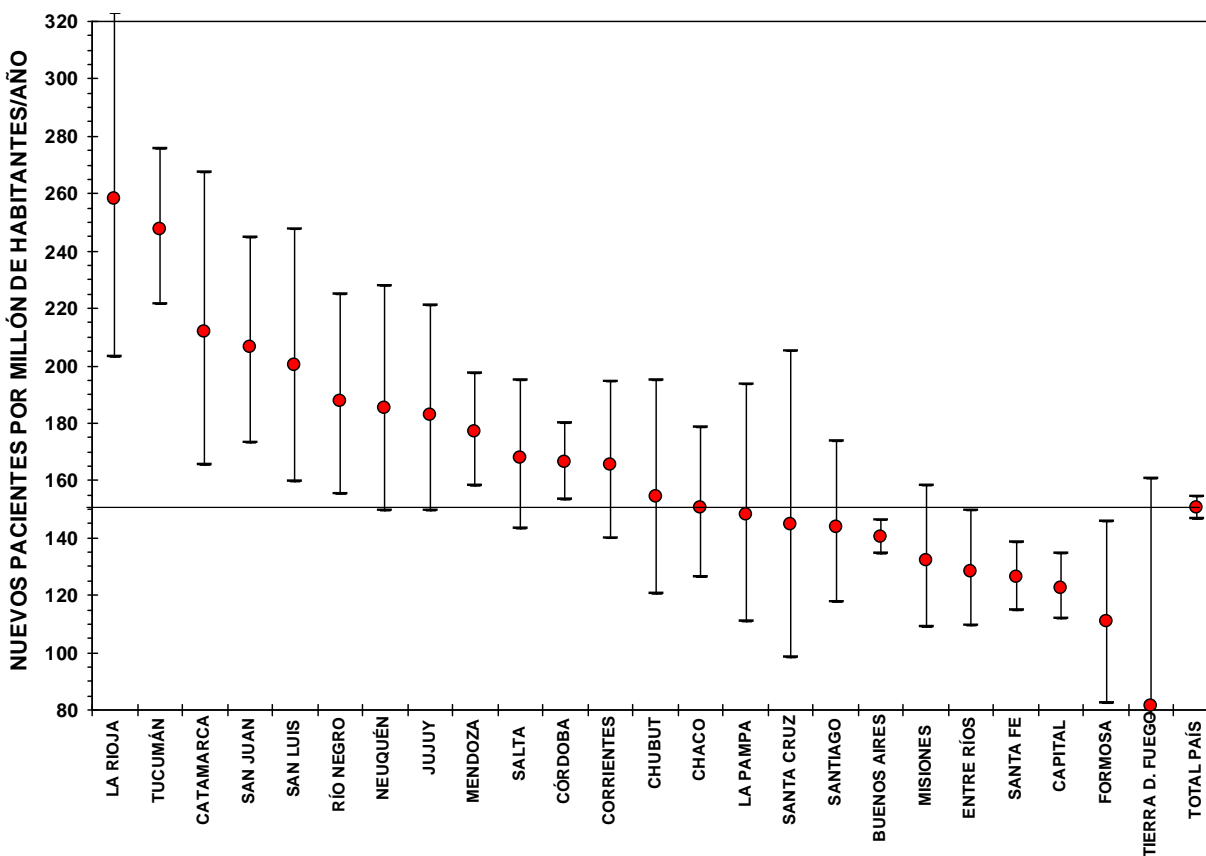


GRÁFICO 6b :TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA EN DC AÑO 2011
ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

TABLA 2b3: TASAS DE INCIDENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2012 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE								
PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%		TASA AJUSTADA	IC95%		χ^2	P
1 LA RIOJA	243.99	195.15	301.33	284.70	227.71	351.60	32.86	<0.001
2 TUCUMÁN	202.52	180.60	226.37	226.64	202.10	253.32	45.46	<0.001
3 NEUQUÉN	177.54	145.21	214.92	207.35	169.59	251.01	9.00	<0.005
4 SAN LUIS	194.78	156.42	239.70	204.98	164.61	252.25	7.03	<0.01
5 SAN JUAN	179.46	149.72	213.38	193.20	161.18	229.72	6.28	<0.05
6 CATAMARCA	171.25	132.44	217.87	192.89	149.17	245.41	3.19	NS
7 MENDOZA	193.45	173.76	214.75	191.64	172.14	212.75	16.02	<0.001
8 CORRIENTES	163.65	139.97	190.19	184.54	157.84	214.46	5.23	<0.05
9 SALTA	148.78	128.37	171.51	183.43	158.27	211.44	5.45	<0.05
10 JUJUY	145.45	118.60	176.57	172.12	140.34	208.95	1.14	NS
11 SANTIAGO DEL ESTERO	144.69	120.88	171.81	170.29	142.27	202.20	1.17	NS
12 RÍO NEGRO	158.53	129.78	191.73	165.93	135.84	200.69	0.50	NS
13 CÓRDOBA	173.88	160.24	188.37	164.77	151.85	178.50	2.30	NS
14 TIERRA DEL FUEGO	121.56	70.77	194.64	163.68	95.30	262.09	0.05	NS
15 BUENOS AIRES	151.73	145.78	157.87	147.01	141.24	152.96	6.66	<0.01
16 CHACO	118.52	99.09	140.64	144.72	121.00	171.73	0.60	NS
17 CHUBUT	127.12	98.71	161.15	143.62	111.52	182.07	0.39	NS
18 MISIONES	109.25	90.94	130.17	138.93	115.64	165.53	1.48	NS
19 SANTA FE	147.29	134.51	160.96	136.64	124.78	149.31	7.68	<0.01
20 SANTA CRUZ	98.84	66.18	141.96	129.34	86.60	185.76	0.94	NS
21 ENTRE RÍOS	128.71	109.82	149.92	127.80	109.05	148.86	6.11	<0.05
22 CAPITAL FEDERAL	156.31	142.57	171.02	126.05	114.97	137.91	20.23	<0.001
23 LA PAMPA	125.94	90.76	170.24	115.87	83.50	156.63	3.56	NS
24 FORMOSA	83.51	61.36	111.06	99.95	73.43	132.91	9.16	<0.005
TOTAL PAÍS	154.89	151.14	158.71	154.89	151.14	158.71		

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo: $\chi^2 > 3.84$. Nuevos pacientes ingresados a Tratamiento dialítico crónico en 2012.
Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Incidencia ajustada que la media.

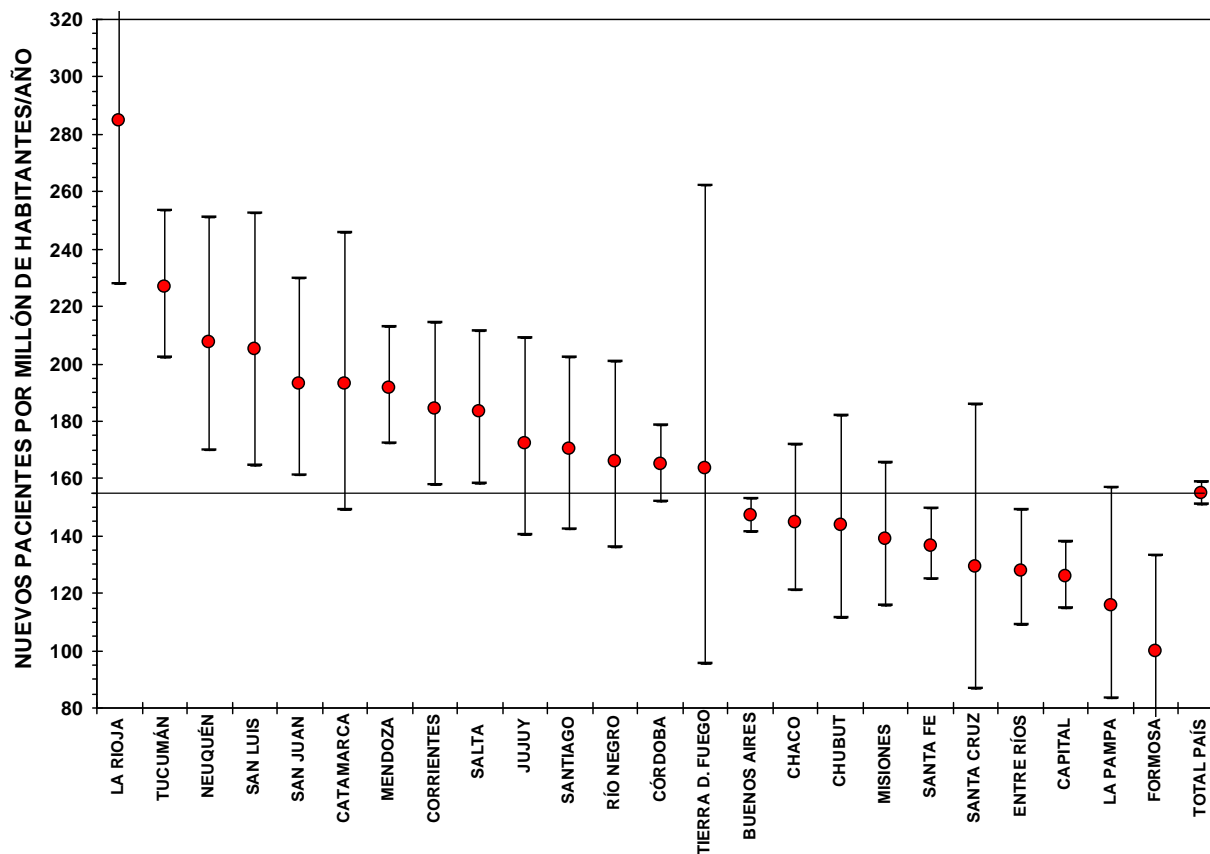


GRÁFICO 6c :TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA EN DC AÑO 2012
ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

**TABLA 2b4: TASAS DE INCIDENCIA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2013
POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE**

PROVINCIA	TASA BRUTA	IC95%	TASA AJUSTADA	IC95%	χ^2	P
1 LA RIOJA	215.37	169.96 269.19	249.61	196.98 311.97	15.40	<0.001
2 SAN LUIS	222.26	181.42 269.56	232.47	189.74 281.94	14.46	<0.001
3 TUCUMÁN	202.39	180.62 226.06	225.73	201.45 252.13	37.31	<0.001
4 SAN JUAN	200.88	169.51 236.37	215.71	182.02 253.81	12.94	<0.001
5 NEUQUÉN	183.03	150.42 220.60	211.74	174.02 255.20	8.62	<0.005
6 CATAMARCA	187.54	146.99 235.80	209.52	164.23 263.45	5.30	<0.05
7 SANTIAGO DEL ESTERO	177.26	150.93 206.86	207.91	177.03 242.62	11.01	<0.001
8 JUJUY	166.17	137.54 199.00	195.50	161.81 234.12	4.70	<0.05
9 TIERRA DEL FUEGO	145.85	90.25 222.95	193.61	119.80 295.97	0.76	NS
10 RÍO NEGRO	185.62	154.63 221.01	193.27	161.00 230.12	4.46	<0.05
11 SALTA	149.70	129.37 172.31	183.91	158.94 211.69	3.71	NS
12 MENDOZA	182.43	163.44 203.02	180.78	161.97 201.19	4.93	<0.05
13 LA PAMPA	190.08	146.37 242.73	174.56	134.43 222.91	0.47	NS
14 CHACO	135.07	114.38 158.41	164.10	138.97 192.47	0.09	NS
15 MISIONES	126.78	107.12 149.02	160.10	135.27 188.18	0.00	NS
16 CHUBUT	141.11	111.36 176.37	158.79	125.31 198.46	0.01	NS
17 CÓRDOBA	165.92	152.68 180.00	157.42	144.86 170.78	0.17	NS
18 CORRIENTES	137.23	115.73 161.57	153.84	129.74 181.12	0.23	NS
19 ENTRE RÍOS	153.65	133.04 176.55	152.24	131.82 174.92	0.51	NS
20 BUENOS AIRES	156.23	150.22 162.43	151.57	145.74 157.58	7.77	<0.01
21 SANTA CRUZ	115.73	80.60 160.96	151.24	105.33 210.34	0.12	NS
22 SANTA FE	151.14	138.25 164.92	140.46	128.48 153.26	8.73	<0.005
23 FORMOSA	117.89	91.36 149.72	139.87	108.39 177.64	1.23	NS
24 CAPITAL FEDERAL	154.07	140.44 168.67	124.71	113.68 136.52	29.54	<0.001
TOTAL PAÍS	160.18	156.38 164.04	160.18	156.38 164.04		

IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Valor significativo : $\chi^2 > 3.84$. Nuevos pacientes ingresados a Tratamiento dialítico crónico en 2013. Trazo grueso divide Provincias con mayor o menor Incidencia ajustada que la media.

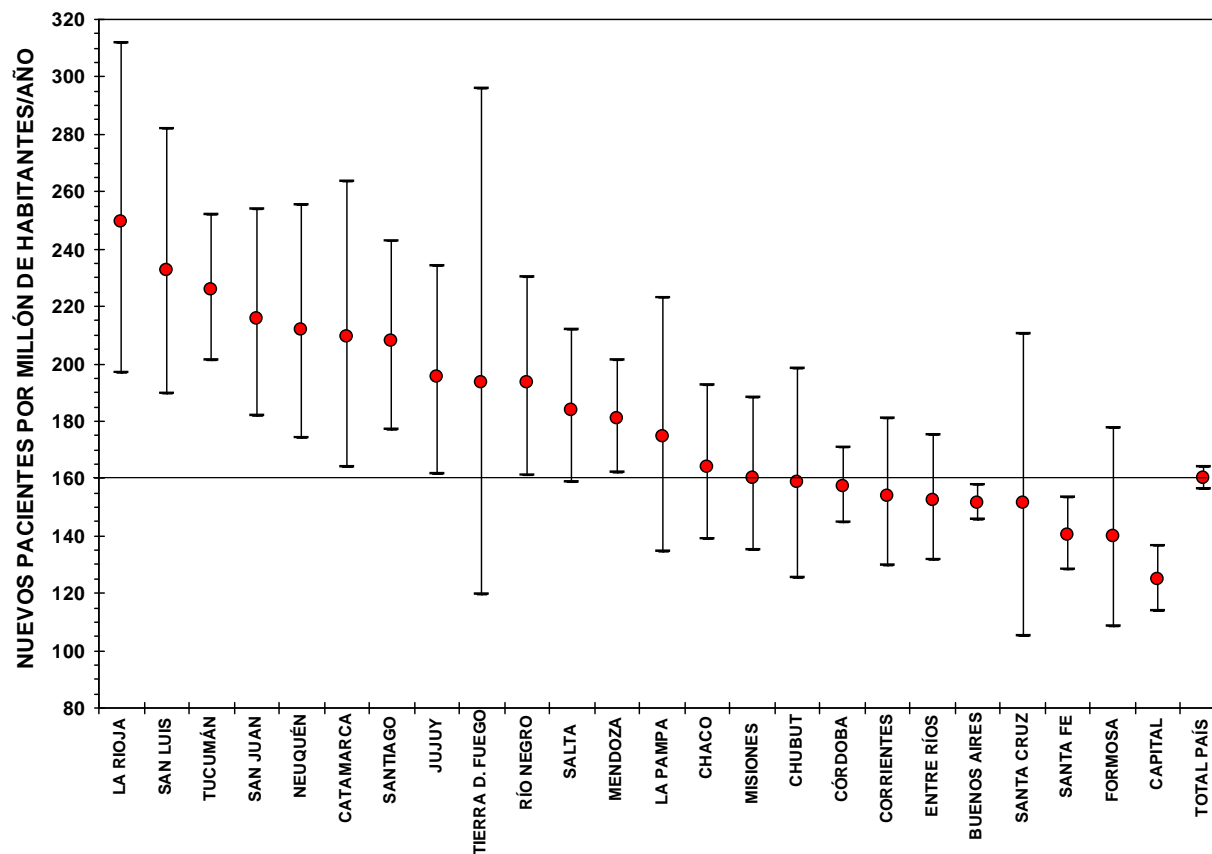
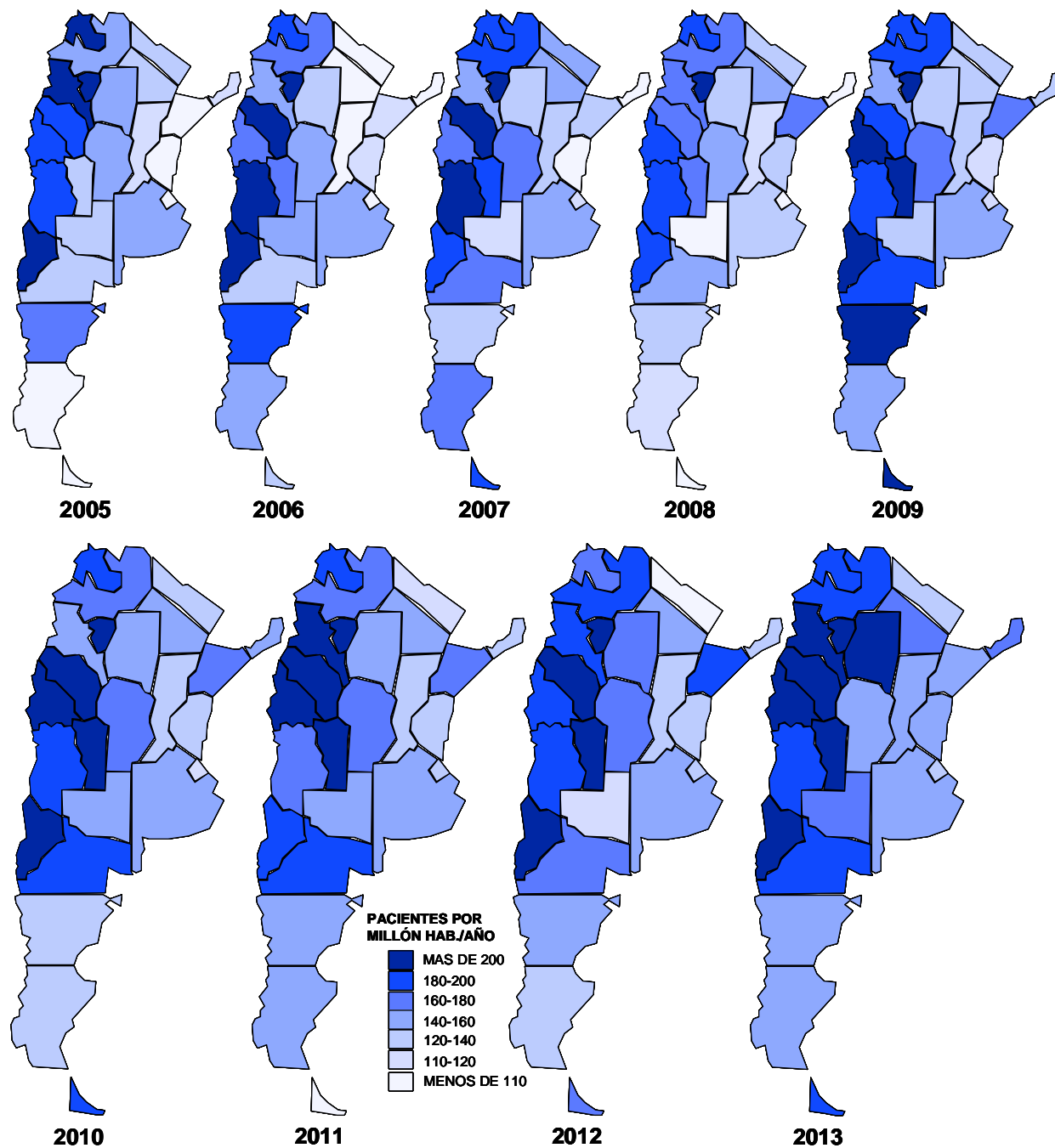


GRÁFICO 6d :TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA EN DC AÑO 2013

ESTANDARIZACIÓN POR EDAD Y SEXO . MEDIAS E INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

Es interesante mostrar las tasas ajustadas por edad y sexo de los 9 últimos años (Tabla 2c). Tucumán es la única provincia que alcanzó o superó siempre (en los 9 años) los 200 ppm. Neuquén y La Rioja lo hicieron en 6 años, seguidas por San Luis en 5 años y San Juan en 4 años. En el otro extremo, con menos de 140 ppm, Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue la única Provincia-Distrito que siempre (en los 9 años) obtuvo valores en ese rango. Formosa, Santa Fe y Entre Ríos lo hicieron en 8 años, seguidas por Misiones en 7 años y La Pampa en 5 años. En el Gráfico 7 se muestran las Incidencias de cada Provincia en los diferentes años con agrupamientos de la Tasa.



**GRÁFICO 7: INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA
TASAS AJUSTADAS POR EDAD Y SEXO**

TABLA 2c. TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE.										
PROVINCIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	CREC. PROM.
LA RIOJA	198.3	223.2	206.4	170.5	198.3	291.7	258.0	284.7	249.6	5.2
SAN LUIS	139.1	164.8	189.6	168.0	268.9	204.7	200.1	205.0	232.5	10.3
TUCUMÁN	206.6	215.8	243.9	232.0	223.8	226.3	247.5	226.6	225.7	1.5
SAN JUAN	184.9	171.9	177.2	189.1	201.6	238.4	206.7	193.2	215.7	2.7
NEUQUÉN	202.7	205.6	199.5	180.3	203.8	205.3	185.5	207.3	211.7	1.0
CATAMARCA	200.3	140.1	149.8	172.7	141.3	152.1	211.8	192.9	209.5	2.8
SANTIAGO	146.3	136.8	137.6	136.7	124.7	143.2	143.7	170.3	207.9	6.4
JUJUY	214.1	196.1	193.9	180.7	196.8	195.4	182.7	172.1	195.5	-1.1
TIERRA DEL FUEGO	102.2	133.3	184.1	100.8	247.8	180.6	81.6	163.7	193.6	32.1
RIO NEGRO	133.7	129.5	174.0	157.5	198.5	182.1	187.6	165.9	193.3	6.5
SALTA	156.4	167.2	197.0	174.8	190.6	167.2	167.7	183.4	183.9	2.9
MENDOZA	190.7	201.9	217.5	188.8	180.6	188.3	176.9	191.6	180.8	-0.5
LA PAMPA	137.0	146.5	112.6	102.2	128.7	141.5	148.1	115.9	174.6	4.7
CHACO	131.5	102.3	144.4	142.5	128.4	146.3	150.6	144.7	164.1	4.8
MISIONES	115.7	100.1	101.5	106.6	133.0	143.1	132.0	138.9	160.1	5.5
CHUBUT	173.9	193.3	132.2	137.9	201.2	127.2	154.5	143.6	158.8	2.5
CÓRDOBA	145.5	147.1	165.0	150.0	161.0	167.8	166.3	164.8	157.4	1.4
CORRIENTES	107.7	115.4	137.2	171.5	160.2	160.6	165.5	184.5	153.8	5.8
ENTRE RÍOS	100.0	110.1	109.6	127.4	117.2	127.7	128.4	127.8	152.2	6.6
BUENOS AIRES	141.7	143.4	145.3	139.8	144.5	140.8	140.4	147.0	151.6	1.0
SANTA CRUZ	100.2	143.3	167.4	115.4	145.3	129.9	144.5	129.3	151.2	8.6
SANTA FE	112.3	109.2	126.7	116.8	132.0	134.5	126.1	136.6	140.5	3.6
FORMOSA	123.4	105.5	147.4	136.3	130.7	126.5	110.8	99.9	139.9	3.5
CAPITAL FEDERAL	105.4	102.3	114.1	106.3	115.4	112.1	122.7	126.1	124.7	2.7

Tasas en Pacientes por millón de Habitantes/año ajustadas por edad y sexo para cada Provincia y año. TASA CREC.: Tasa de Crecimiento promedio anual 2005-2013 de la Tasa ajustada. Ordenados de mayor a menor tasa 2013

Correlación Incidencia Prevalencia en DC

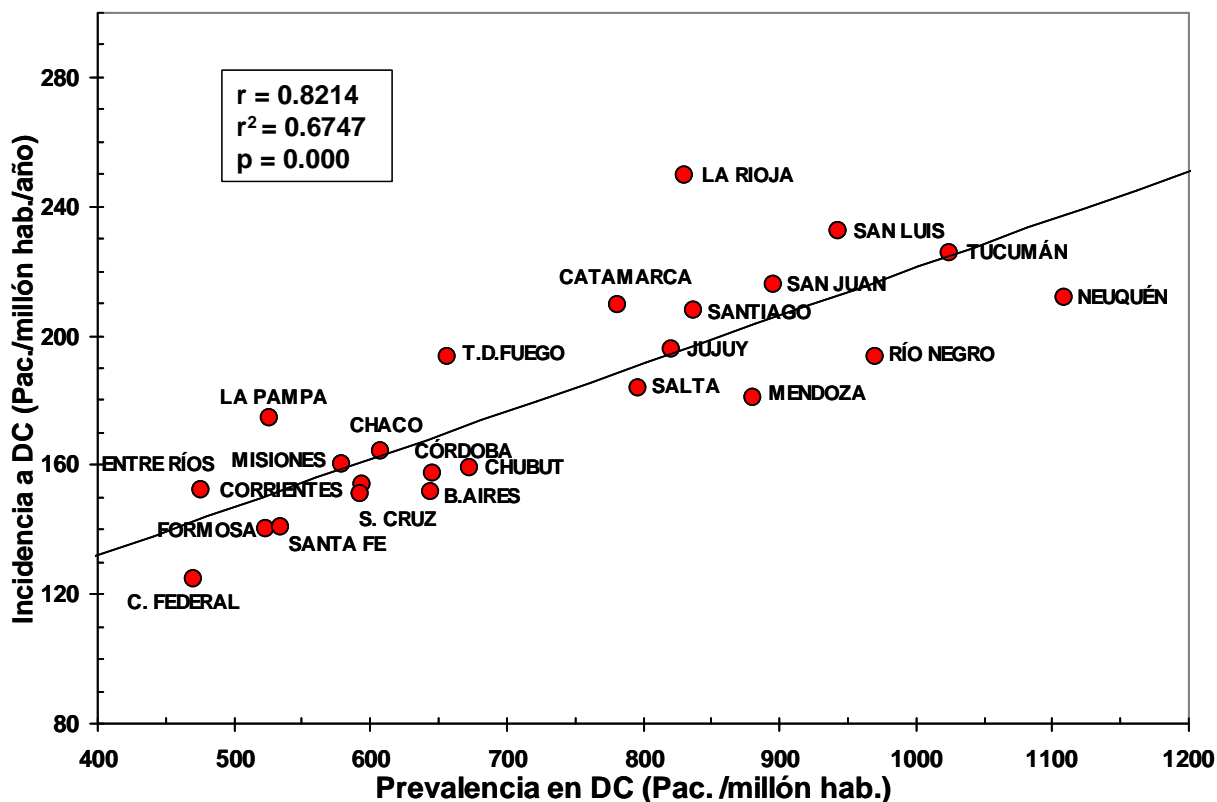


GRÁFICO 8a : CORRELACIÓN ENTRE TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA Y TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC. PROVINCIAS ARGENTINAS AÑO 2013

En el estudio de los indicadores de la DC, Incidencia se valora más que Prevalencia por algunas razones. En primer lugar, la Prevalencia está regida por las Tasa de Ingreso y de Egreso que incluye fundamentalmente a las Tasa de muerte, de trasplante renal y de pérdida por abandono de Tratamiento o Recuperación de la función renal; en cambio la Incidencia tiene una sola entrada y es el paciente con necesidad de reemplazo crónico de la función renal, no presentando salidas, puesto que una vez aceptado a DC se convierte en paciente Prevalente.

No obstante lo dicho y viendo las diferencias entre Provincias argentinas tanto en Prevalencia o Incidencia realizamos una correlación entre ambas Tasas considerando los 24 distritos.

En los Gráficos 8a y 8b se puede observar que la correlación de las tasas ajustadas por edad y sexo de incidencia y prevalencia por provincias (considerando las de residencia del paciente) para el año 2013 y el trienio 2011-2013 resultaron ambas muy significativas ($p=0.000$). En todos los años desde 2005, también estas correlaciones habían resultado muy significativas ⁽⁴⁻¹⁵⁾.

Como antes fue señalado, las Provincias del Noroeste, Cuyo y Norpatagonia (todas) están situadas en la zona de Alta Incidencia y Prevalencia. Existe una gran diferencia con las otras regiones, que se aprecia mejor en el Trienio 2011-2013.

En definitiva, a mayor Incidencia mayor Prevalencia. Una r^2 de 0.69 significa que en un 69% una alta prevalencia es el resultado de una alta incidencia; la inversa es válida. El resto (31%) lo explica la tasa de egresos (Muerte, Trasplante, etc).

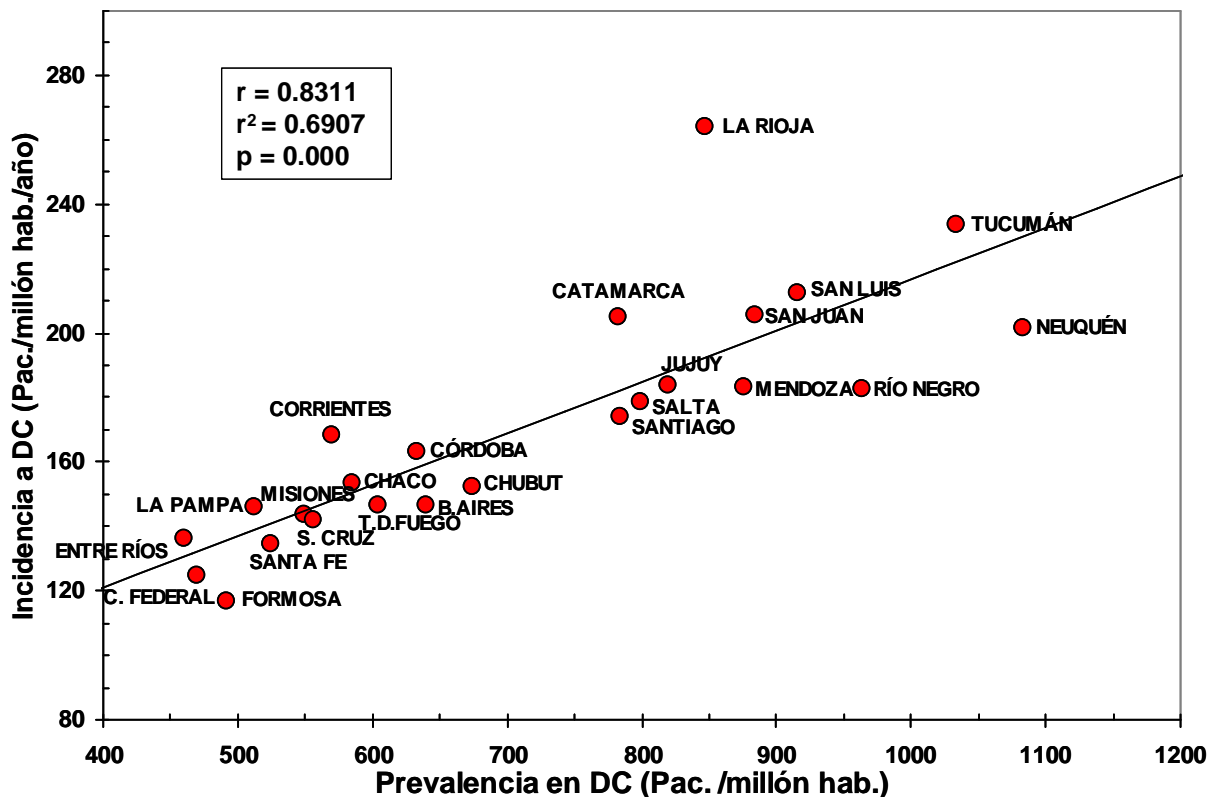


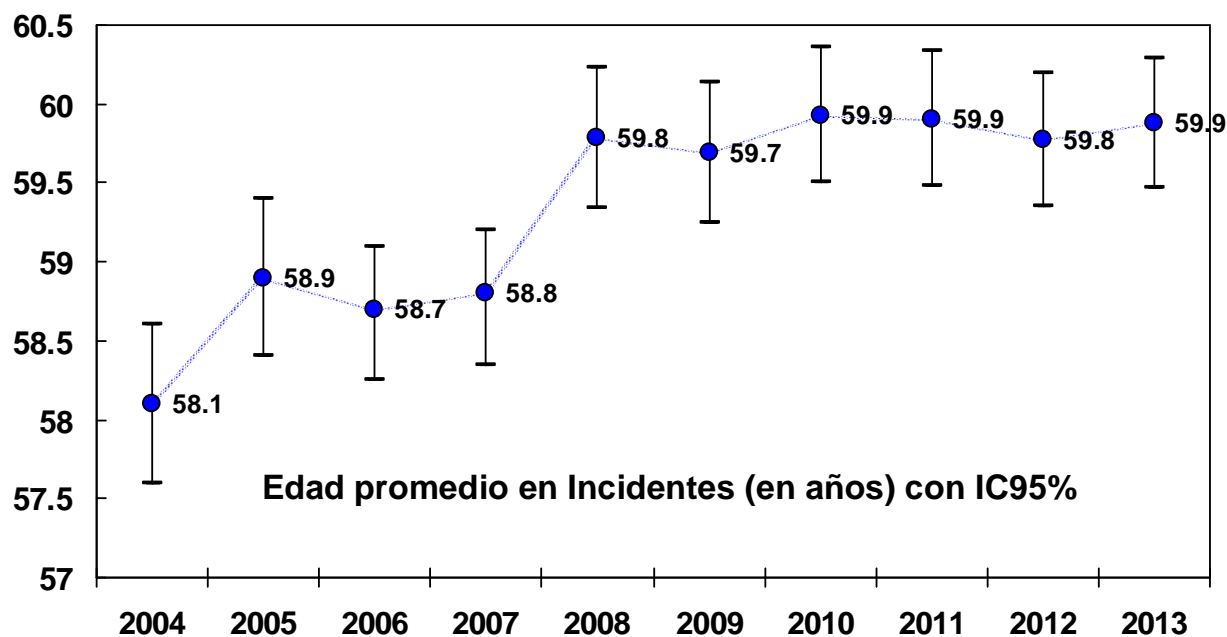
GRÁFICO 8b : CORRELACIÓN ENTRE TASAS AJUSTADAS DE INCIDENCIA Y TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC. PROVINCIAS ARGENTINAS TRIENIO 2011- 2013

Referencias

1. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: Censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B nº 2. - 1a ed. - Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2012.
2. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2013.
3. U.S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Chapter 12: International comparisons, Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD. 2013. Disponible en http://www.usrds.org/2013/view/v2_12.aspx
4. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013.
Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucaai2012_informe2013.pdf
5. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012.
Disponible en http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
6. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2011. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_san_incucai.php
7. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 1). P.7-62. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 2). P.71-127. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
9. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Nefrología Argentina, Vol. 7, Nº 1 supl., p. 7-98, 2009.
10. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
11. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica – Período 2004-2006. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
12. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2006. Informe 2008. Nefrología Argentina, Vol. 6, Nº 2 supl., p.12-97, 2008. Disponible en <http://www.nefrologiaargentina.org.ar/resultados.php?t=3&IdRevista=22#>
13. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro de pacientes en Diálisis crónica en Argentina 2004-2005. Nefrología Argentina, Vol. 6 Nro 1, supl., p.9-64, 2008
14. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis 04-05. Disponible en www.san.org.ar/regi-dc.php
15. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis Crónica 04-05 publicado por INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación. Setiembre de 2008.

4. Características de la Población Incidente

Edad y Sexo al Ingreso a DC



AÑO	EDAD INGRESO		INTERVALO CONFIANZA 95%		FRECUENCIA	
	MEDIA	DS	L. INFERIOR	L. SUPERIOR	≥ 65 AÑOS (%)	≥ 80 AÑOS (%)
2004	58.1	17.3	57.6	58.6	40.0	6.5
2005	58.9	17.3	58.4	59.4	42.1	7.2
2006	58.7	17.5	58.2	59.1	41.1	7.4
2007	58.8	17.6	58.3	59.2	41.8	8.3
2008	59.8	16.9	59.3	60.2	43.3	8.3
2009	59.7	17.6	59.2	60.1	44.0	9.1
2010	59.9	17.2	59.5	60.4	43.9	9.1
2011	59.9	17.1	59.5	60.3	43.9	8.4
2012	59.8	17.2	59.4	60.2	43.6	9.1
2013	59.9	17.1	59.5	60.3	43.6	8.7

Como se observa en el Gráfico y Tabla contigua, en 2008 la edad de ingreso fue de 59.8 años, siendo significativamente mayor a la del año anterior ($p = 0.002$) y mucho mayor con respecto a la del año 2004 ($p = 0.000$). En 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 la edad promedio se mantiene en valores de 2008, no existiendo diferencias significativas entre los valores de los 6 últimos años (Comparación múltiple por Student-Newman-Keuls: $p = 0.970$). No continúa creciendo la proporción de pacientes con ≥ 65 años, como tampoco la de ≥ 80 años desde el año 2008, ya observado en ediciones anteriores⁽²⁻¹³⁾. En resumen, la Edad de los Incidentes desde el año 2008 no ha mostrado variaciones significativas.

La influencia de la edad y el sexo en los Ingresos a DC se pueden constatar en las Tablas 3a1 (año 2010), 3a2 (año 2011), 3a3 (año 2012) y 3a4 (año 2013). Son tablas de Incidencia por grupos quinquenales de edad en diferentes sexos. Estas tablas sirven como referencia para las tasas ajustadas por edad y sexo por Provincias, mostradas en el Capítulo Prevalencia e Incidencia en DC. La repetición de la presentación de las tablas-gráficos de los años 2010, 11 y 12 obedece a que las tasas fueron corregidas de acuerdo a las enmiendas recientemente realizadas a la población de Argentina y Provincias para esos años⁽¹⁾.

Para consultar las Tablas de los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 remitimos al lector a ediciones anteriores de este Registro⁽⁴⁻¹³⁾.

TABLA 3a1 : INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD AÑO 2010						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	21	5.88	4	2.31	17	9.25
5-9	19	5.42	10	5.84	9	5.02
10-14	56	15.81	27	15.52	29	16.10
15-19	81	22.75	36	20.42	45	25.04
20-24	125	37.35	60	35.89	65	38.81
25-29	133	42.00	47	29.54	86	54.57
30-34	214	68.76	89	56.62	125	81.14
35-39	225	82.99	104	75.55	121	90.66
40-44	211	89.87	95	79.29	116	100.90
45-49	357	161.38	156	137.43	201	186.63
50-54	506	245.34	217	203.79	289	289.70
55-59	676	360.14	283	289.24	393	437.33
60-64	828	508.42	351	406.77	477	622.98
65-69	812	622.43	361	508.52	451	758.41
70-74	747	725.93	313	535.84	434	975.50
75-79	581	719.03	203	419.95	378	1164.38
80 y más	563	562.16	239	355.84	324	982.26
TOTAL	6155	150.90	2595	124.47	3560	178.53

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD: Edad en años en la 1º DC
TASA EN NUEVOS PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

TABLA 3a2: INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD AÑO 2011						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	22	6.07	7	3.98	15	8.04
5-9	29	8.27	13	7.60	16	8.91
10-14	47	13.31	26	15.01	21	11.68
15-19	97	27.14	56	31.69	41	22.69
20-24	116	34.16	62	36.59	54	31.74
25-29	151	47.42	76	47.54	75	47.31
30-34	187	59.50	79	49.80	108	69.38
35-39	191	68.21	88	61.94	103	74.66
40-44	258	107.65	109	89.16	149	126.90
45-49	328	147.27	137	119.91	191	176.09
50-54	445	213.44	194	180.20	251	248.94
55-59	752	395.33	317	319.62	435	477.81
60-64	863	518.37	379	429.59	484	618.46
65-69	868	646.50	365	499.77	503	821.51
70-74	715	682.50	281	473.03	434	956.83
75-79	621	763.35	257	528.40	364	1112.66
80 y más	523	510.35	207	301.26	316	935.78
TOTAL	6213	150.58	2653	125.85	3560	176.41

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD: Edad en años en la 1º DC
Tasas en Nuevos pacientes por millón de habitantes/año

TABLA 3a3: INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD AÑO 2012						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	21	5.72	10	5.62	11	5.82
5-9	24	6.83	9	5.26	15	8.33
10-14	47	13.35	25	14.49	22	12.25
15-19	74	20.70	33	18.70	41	22.66
20-24	147	42.68	76	44.28	71	41.08
25-29	157	48.86	70	43.41	87	54.35
30-34	197	62.45	77	48.40	120	76.76
35-39	223	77.15	89	60.73	134	94.04
40-44	310	126.14	123	98.16	187	155.23
45-49	376	167.74	157	136.59	219	200.53
50-54	500	237.25	201	184.69	299	293.37
55-59	680	353.02	284	282.71	396	429.65
60-64	891	524.85	351	390.13	540	676.75
65-69	877	633.88	368	489.11	509	806.46
70-74	765	715.00	298	491.83	467	1006.38
75-79	589	718.08	221	450.80	368	1115.15
80 y más	586	559.32	206	293.41	380	1099.47
TOTAL	6464	154.89	2598	121.90	3866	189.32

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD: Edad en años en la 1º DC
Tasas en Nuevos pacientes por millón de habitantes/año

TABLA 3a4: INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD AÑO 2013						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	26	7.00	12	6.66	14	7.32
5-9	32	9.08	18	10.50	14	7.74
10-14	56	15.93	33	19.18	23	12.82
15-19	66	18.51	34	19.34	32	17.70
20-24	145	41.55	78	44.92	67	38.21
25-29	160	49.22	80	49.07	80	49.37
30-34	191	60.55	87	54.72	104	66.48
35-39	230	77.30	93	61.69	137	93.34
40-44	300	118.63	131	101.66	169	136.26
45-49	394	174.41	166	143.36	228	207.06
50-54	519	243.71	201	182.79	318	308.75
55-59	742	380.61	292	287.17	450	482.49
60-64	955	552.79	386	421.56	569	700.77
65-69	936	656.57	356	459.30	580	891.61
70-74	765	698.08	327	527.65	438	919.91
75-79	652	786.58	236	476.55	416	1246.70
80 y más	591	552.11	229	319.47	362	1023.68
TOTAL	6760	160.18	2759	128.06	4001	193.67

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD: Edad en años en la 1º DC
Tasas en Nuevos pacientes por millón de habitantes/año

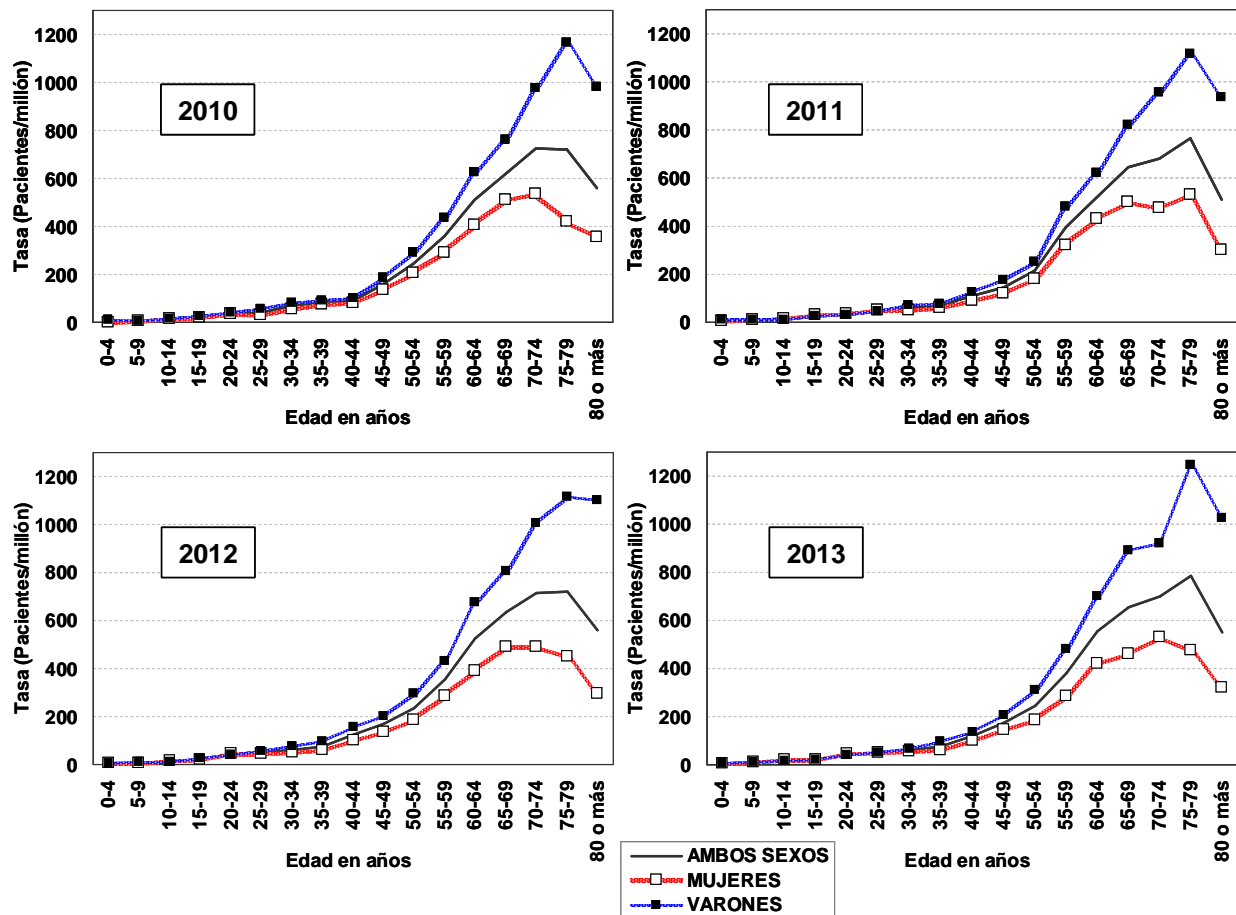


GRÁFICO 9a : TASAS DE INCIDENCIA EN DC POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

En las Tablas 3a y Gráfico 9a, se observa que a medida que aumenta la edad también aumentan también las tasas de Ingresos a DC; las tasas son parecidas para ambos sexos hasta los 40 años, pero después de esa edad las tasas de los varones superan a las de las mujeres y la diferencia se amplía cuando mayor es la edad. Cuando se habla de tasa de Incidencia nunca podemos dejar de correlacionarla con la edad; es despreciable la tasa entre 0-4 años, en especial si se la compara con las de 70 o más años. Debemos pensar que a medida que la población general envejece tendremos más pacientes en DC. En 2013, en el grupo de varones de 75 a 79 años, se alcanza la mayor tasa desde el año 2005, con 1247 ppm. No obstante esto último, existen escasas diferencias en las formas de las curvas del total y por género en los últimos 4 años, tanto que las mismas pueden prácticamente superponerse.

En las Tablas 3b1, 3b2, 3b3, 3b4 y Gráfico 9b se presentan las Tasas de Incidencia en DC de los años 2010 y sucesivos, en grupos que permiten la comparación con otros Registros. Es notoria la diferencia entre géneros, pudiéndose observar que los varones casi duplican las tasas de las mujeres a partir de los 65 años y casi la triplican a partir de los 75 años. Más de 1 de cada 1000 varones mayores de 74 años de Argentina ingresan a DC desde el año 2008.

TABLA 3b1 : INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD <u>AÑO 2010</u>						
EDAD en la 1º DC	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	177	12.48	77	11.08	100	13.83
20-44	908	61.83	395	53.31	513	70.51
45-64	2367	304.23	1007	249.18	1360	363.74
65-74	1559	668.07	674	520.85	885	851.31
75 y más	1144	632.21	442	382.67	702	1072.60
TOTAL	6155	150.90	2595	124.47	3560	178.53

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD en la 1º DC en años.TASA EN NUEVOS PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

TABLA 3b2: INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD <u>AÑO 2011</u>						
EDAD en la 1º DC	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	195	13.70	102	14.64	93	12.80
20-44	903	60.52	414	55.03	489	66.11
45-64	2388	303.08	1027	250.91	1361	359.49
65-74	1583	662.28	646	487.78	937	879.10
75 y más	1144	622.31	464	395.40	680	1022.82
TOTAL	6213	150.58	2653	125.85	3560	176.41

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD en la 1º DC en años.Tasas en Nuevos pacientes por millón de habitantes/año

TABLA 3b3: INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD <u>AÑO 2012</u>						
EDAD en la 1º DC	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	166	11.63	77	11.03	89	12.20
20-44	1034	68.21	435	56.95	599	79.64
45-64	2447	306.91	993	239.74	1454	379.54
65-74	1642	669.25	666	490.32	976	891.17
75 y más	1175	629.03	427	358.12	748	1107.13
TOTAL	6464	154.89	2598	121.90	3866	189.32

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD en la 1º DC en años.Tasas en Nuevos pacientes por millón de habitantes/año

TABLA 3b4: INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD <u>AÑO 2013</u>						
EDAD en la 1º DC	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	180	12.57	97	13.87	83	11.33
20-44	1026	66.62	469	60.49	557	72.84
45-64	2610	323.59	1045	249.40	1565	403.80
65-74	1701	674.61	683	489.67	1018	903.57
75 y más	1243	654.43	465	383.65	778	1131.95
TOTAL	6760	160.18	2759	128.06	4001	193.67

Nº : Cantidad de Nuevos pacientes en DC; EDAD en la 1º DC en años.Tasas en Nuevos pacientes por millón de habitantes/año

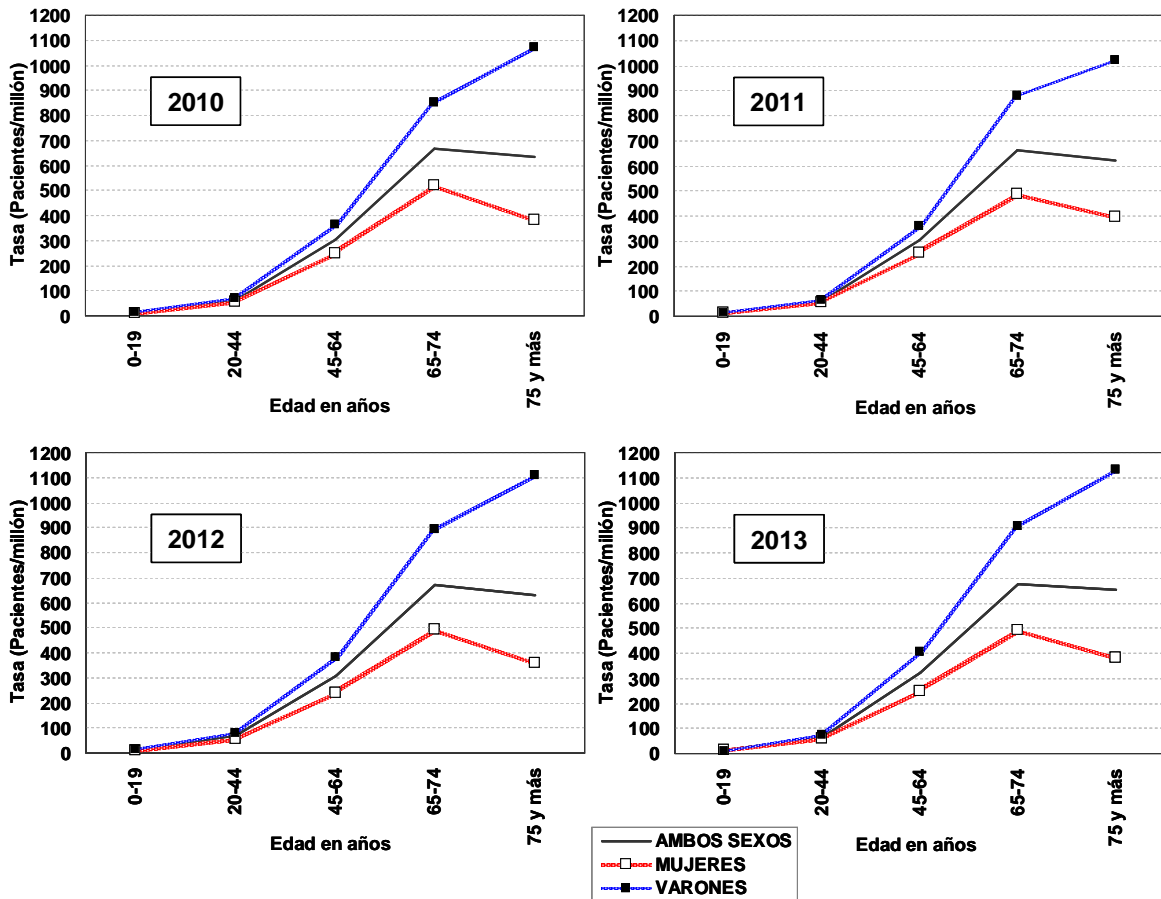


GRÁFICO 9b : TASAS DE INCIDENCIA EN DC POR GRUPOS DE EDAD

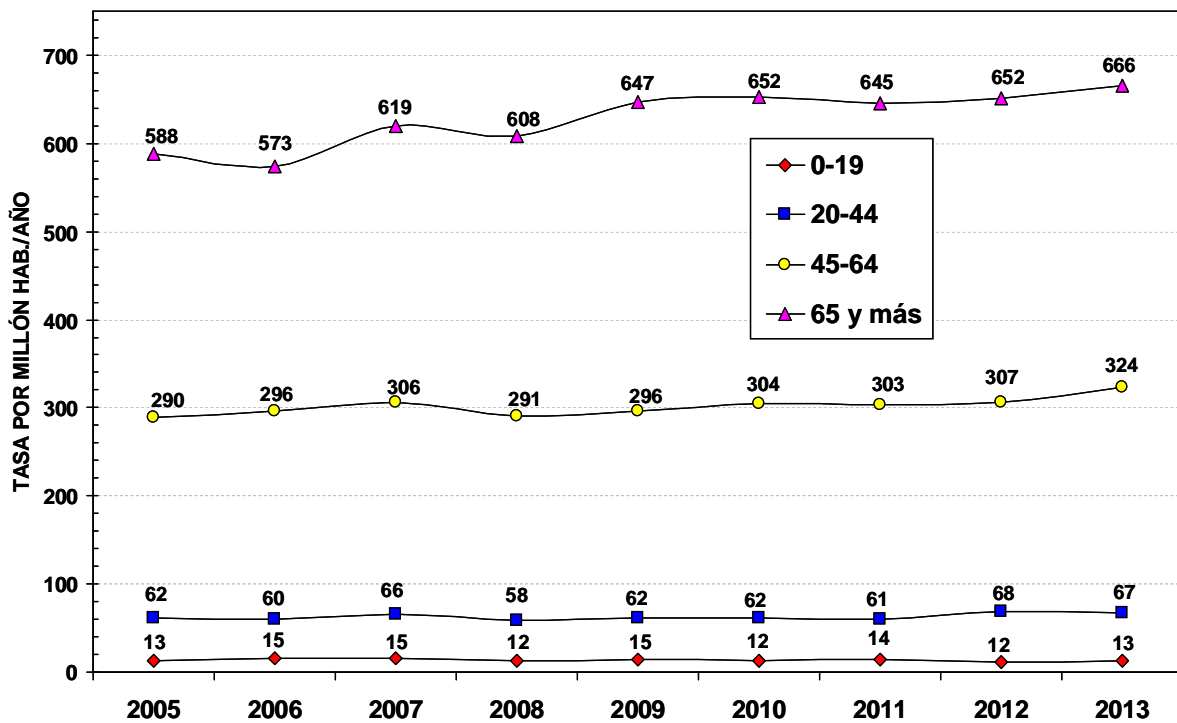


GRÁFICO 10a: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. AMBOS SEXOS

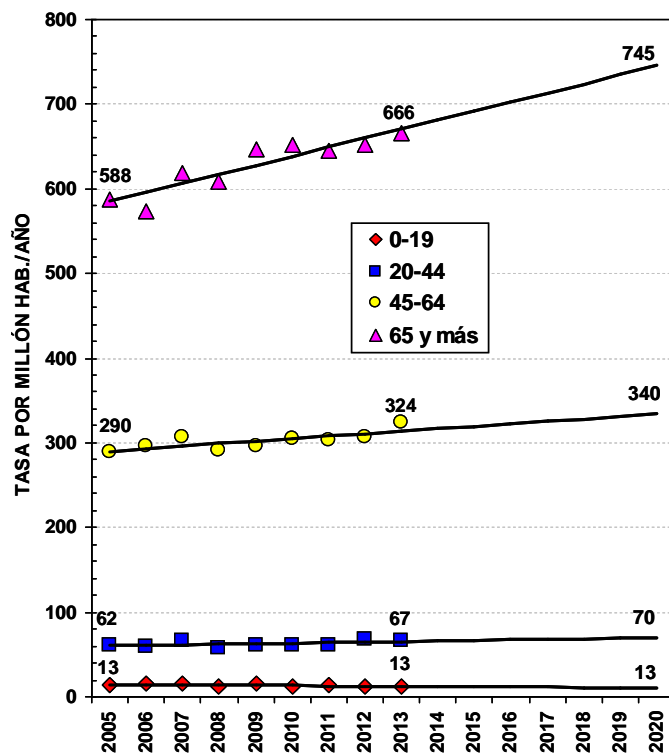


GRÁFICO 10b: PROYECCIONES DE LAS TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. AMBOS SEXOS

En el Gráfico 10a, podemos observar la evolución de las tasas de Incidencia en DC en diferentes grupos de edad desde el año 2005, para ambos sexos. Claramente, se observa que no existió crecimiento en el tiempo transcurrido en los grupos de menor edad (0-19 y 20-44); las muy bajas tasas que presentan se mantienen en los mismos valores en los últimos 9 años. Existió incremento en el grupo medio (45-64) de 11.7% entre ambas puntas y crecimiento superior en el grupo de mayor edad (65 o más); la tasa aumentó desde 588 ppm en 2005 hasta 666 ppm en 2013 (13.3% entre estos años).

De continuarse el crecimiento de las tasas visto hasta el año 2013, nos encontraríamos en 2020 con una tasa en 745 ppm para el grupo de 65 o más (Gráfico 10b), habiéndose aumentado la brecha con respecto a los grupos de menor edad, que aumentarían muy poco su tasa (45-64) o la mantendrían en valores parecidos a los actuales (0-19 y 20-44).

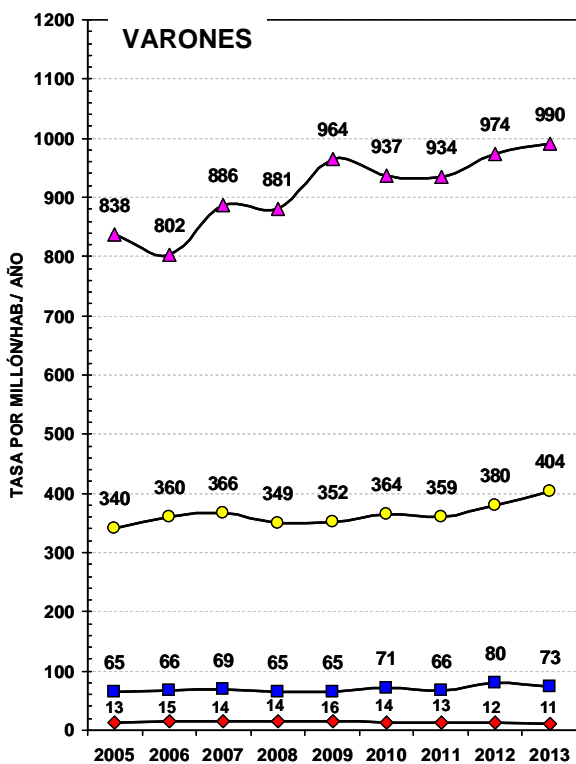
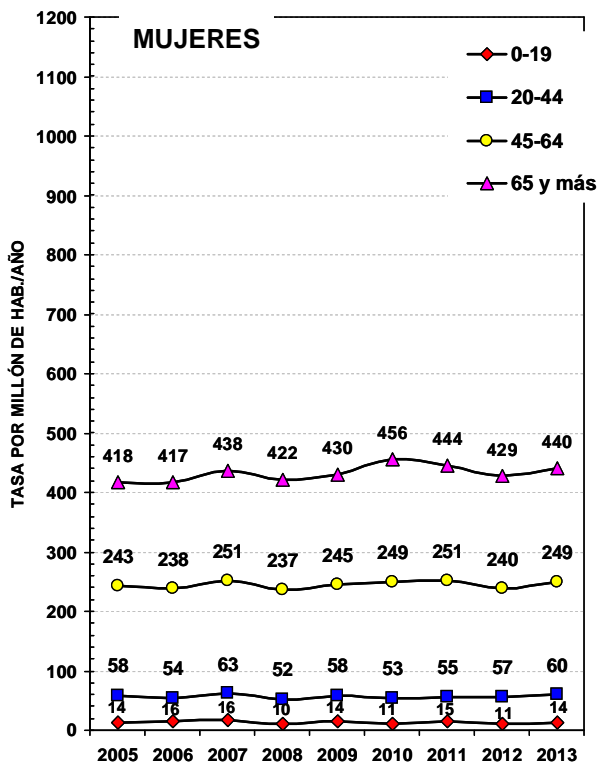


GRÁFICO 10c: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. POR SEXO

Habíamos observado las grandes diferencias en las Tasas entre Varones y Mujeres a partir de los 40 años de edad. En el Gráfico 10c se muestra la evolución de las Tasas de Incidencia en los diferentes grupos de edad en cada género, desde 2005 hasta 2013. No existen diferencias en los 2 grupos más jóvenes, sin incremento el tiempo y con tasas semejantes en varones y mujeres. En el grupo intermedio (45-64) los varones siempre presentaron tasas más altas que las mujeres, además de un mayor crecimiento entre 2005 y 2013 (18.8 % vs. 2.5%).

En el grupo de mayor edad (65 y más) son muy notorias las diferencias: Las tasas de los varones en todo el tiempo duplican a las de las mujeres, además de presentar un incremento mayor de la tasa entre 2005 y 2013 (18.1% vs. 5.3%).

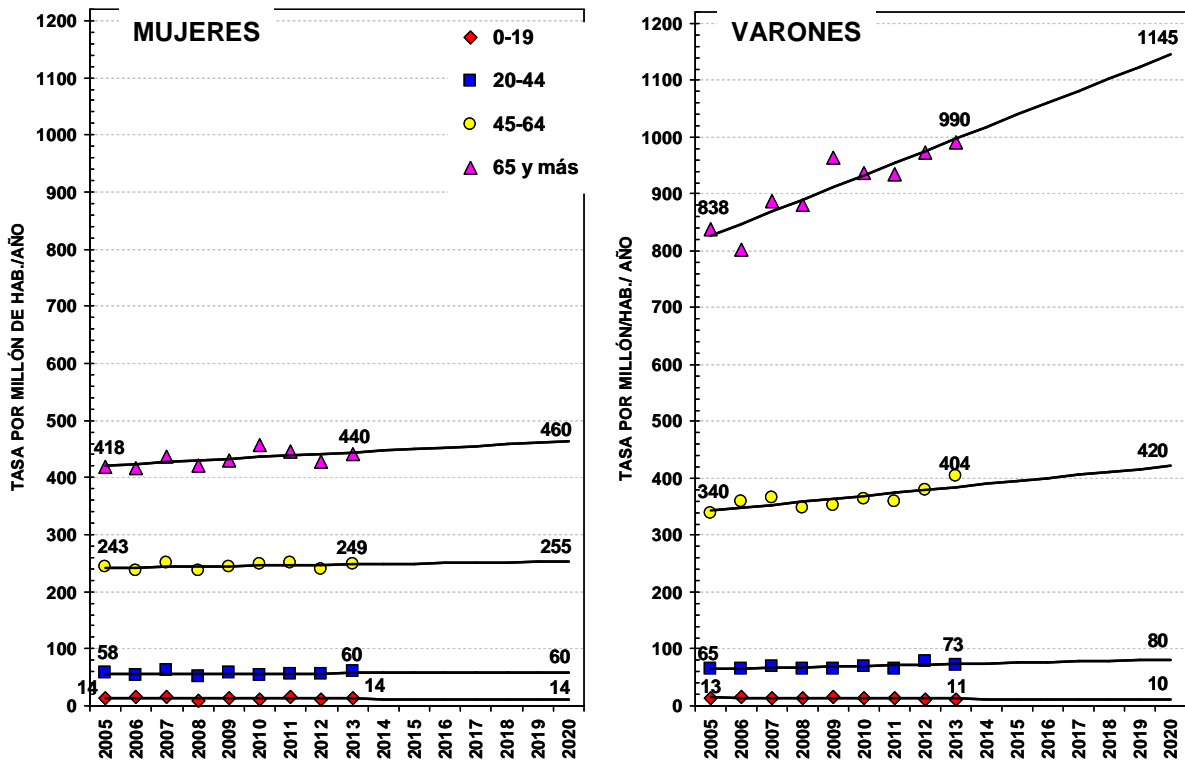


GRÁFICO 10d: PROYECCIONES DE LAS TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. POR SEXO

A futuro, las diferencias se acentuarán entre las tasas de varones y mujeres a partir de los 45 años, como se evidencia en las proyecciones del Gráfico 10d. En el grupo más viejo, las tasas de varones casi triplicarán al de las mujeres, llegando a 1145 ppm, aproximadamente, en el año 2020. Menos marcada será la diferencia a medida que se desciende en grupos etarios, no obstante serán más altas para los varones en el grupo 20-44 años.

Se revela, entonces, que la población de 65 o más años es la que realizó el mayor aporte en el aumento de la Tasa de Incidencia en DC en Argentina en los últimos 9 años, seguida lejos por la población de 45-64 años. No hubo ningún aporte de la población más joven de hasta 44 años, que mantuvo las mismas tasas desde 2005. Si discriminamos por género, la predominancia masculina es inmensa y la diferencia con el otro género se amplía con el paso del tiempo, en especial a partir de los 65 años.

Visto de otro modo, en 2004 los varones representaron el 57.0% del total de nuevos pacientes, en 2005 el 56.2%, en 2006 el 56.8%, en 2007 el 56.5%, en 2008 el 57.9 %, en 2009 el 57.8% al igual que en 2010, siendo en 2011 del 57.3%, llegando al máximo del 59.8% en 2012 y disminuyendo levemente al 59.2% en 2013. Por lo tanto vemos, de otra manera, aumento en la supremacía del sexo masculino en el tiempo transcurrido. Las tasas general de Incidencia en DC de varones y mujeres en los 10 últimos años muestran una notoria diferencia entre ellas (todas con $p=0.000$), como se observa en el Gráfico 11a donde se representan las Tasas medias y sus respectivos Intervalos de Confianza del 95%.

Los varones aumentaron su tasa entre 2004 y 2012 el 21.4%, mientras que las mujeres la elevaron el 6.6%. De esta manera, en el tiempo transcurrido, la brecha en la Tasa de Incidencia de varones y mujeres se ha ampliado significativamente.

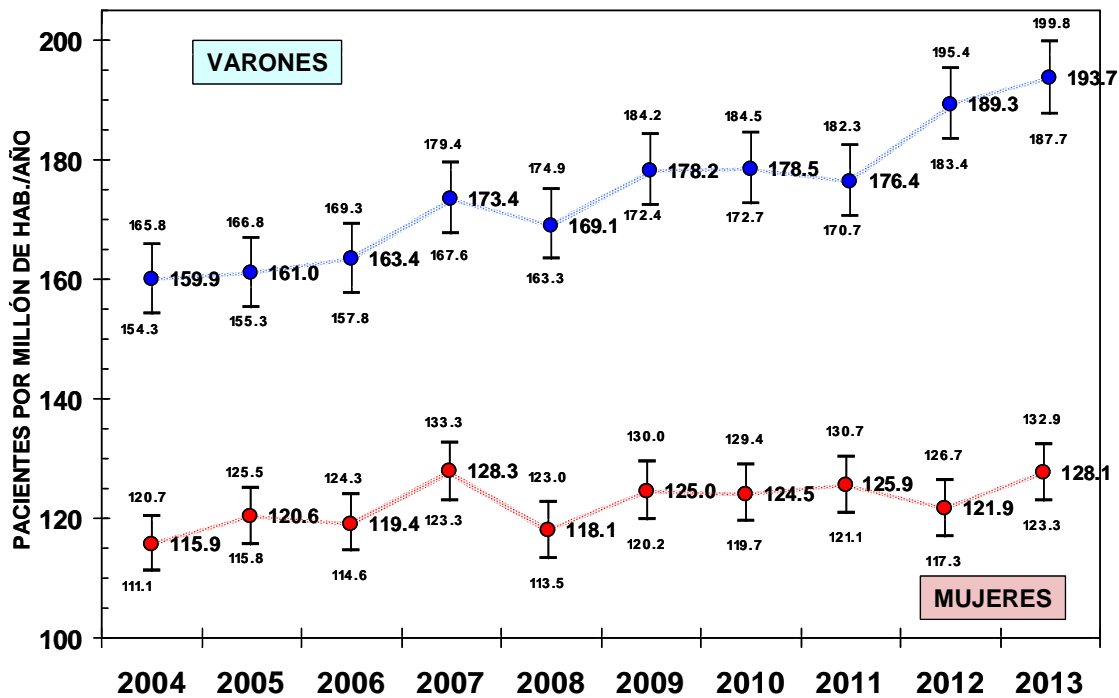


GRÁFICO 11a: TASAS INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA CON INTERVALOS DE CONFIDENCIA DEL 95% EN LOS DIFERENTES SEXOS

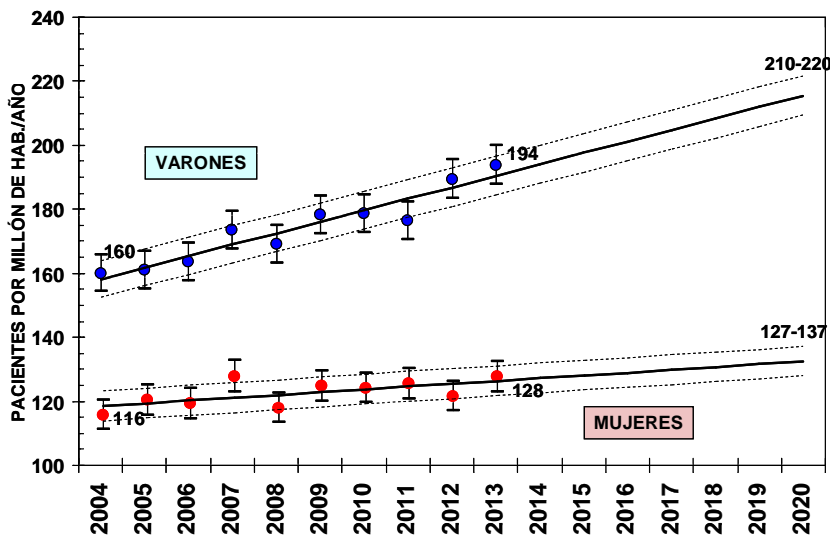


GRÁFICO 11b: PROYECCIONES DE LAS TASAS INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA EN LOS DIFERENTES SEXOS

De continuarse el crecimiento de las tasas visto hasta el año 2013, nos encontraríamos en 2020 con una tasa para varones entre 210-220 ppm, habiéndose aumentado la brecha con respecto a la de las mujeres que llegaría a 127-137 ppm (Gráfico 11b).

Desconocemos porque las mujeres presentan tasas bajas con escaso crecimiento presente y futuro o la inversa, porque las altas tasas y elevado crecimiento de ellas en varones. Especulando, sabemos que las mujeres son más longevas (mayor expectativa

de vida), esta diferencia es antigua y universal y los factores de la vida moderna la exacerban. Las causas relacionadas con la conducta, como fumar, comer en exceso, conducir de manera imprudente y la violencia, entre otros, colocan a los hombres a una cierta distancia de la mayoría de las mujeres, lo que lleva a mayor morbi-mortalidad en ellos. En la Insuficiencia renal es imprescindible la prevención y el buen tratamiento de las enfermedades que a ella conducen; probablemente la mujer tenga mejor cuidado de su salud, además de una natural mejor preservación de la función renal en el tiempo (todavía sin comprobarse).

En la mayoría de las Provincias se constata una mayor tasa para varones: El 83% de las Provincias en 2004, el 71% en 2005 (el más bajo porcentaje de varones), el 88% en 2006, el 79% en 2007, el 88% en 2008, el 83% en 2009, el 96% en 2010, el 92% en 2011 y el 96% en 2012 y 2013 (23/24) presentan tasas crudas de incidencia en DC mayores para varones que para mujeres.

TABLA 3c. INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA EN DIFERENTES SEXOS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE.																						
PROVINCIA DEL PACIENTE	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013			
	MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ. VAR.		MUJ.		VAR.	
	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
LA RIOJA	109	152	113	205	104	255	156	178	100	175	121	200	163	328	149	289	141	347	31	172.72	46	258.37
SAN LUIS	206	209	113	136	158	138	136	205	128	173	179	303	156	227	136	242	134	256	46	196.81	57	248.16
TUCUMÁN	172	186	185	171	165	209	193	232	178	225	163	227	168	234	193	249	193	212	132	167.83	182	237.92
SAN JUAN	144	149	174	162	137	177	127	198	170	175	168	201	187	254	185	199	149	210	62	169.69	83	232.85
CATAMARCA	140	184	170	158	81	150	116	131	114	169	86	146	122	143	183	189	161	182	29	148.97	44	226.12
MENDOZA	143	217	177	204	181	223	190	246	156	223	147	217	172	208	142	217	165	223	135	143.88	201	222.46
RÍO NEGRO	120	147	119	126	129	112	131	195	154	144	137	243	123	220	151	204	122	195	53	155.58	73	215.89
LA PAMPA	82	176	143	143	154	154	103	134	96	120	130	142	79	228	138	183	83	169	28	165.17	36	215.33
CAPITAL	103	191	92	198	105	170	112	192	93	193	101	207	93	196	110	203	103	218	167	102.72	302	212.93
NEUQUÉN	137	183	119	203	162	170	122	205	146	150	143	195	143	200	134	180	158	197	47	155.71	63	210.59
CÓRDOBA	128	170	126	184	129	185	143	210	133	188	147	198	143	214	148	205	136	214	221	123.60	358	210.39
TIERRA D. FUEGO	110	35	18	119	52	132	200	64	65	78	203	151	47	208	60	58	117	126	6	85.12	15	204.09
SANTA FE	97	142	95	148	104	132	104	170	94	159	121	164	120	173	114	160	119	178	180	104.83	325	200.11
SANTIAGO	90	126	103	135	98	126	118	109	105	119	106	100	100	141	141	102	120	170	71	155.79	90	198.88
BUENOS AIRES	118	168	125	172	124	176	129	175	118	175	123	179	124	169	121	170	115	191	1035	124.40	1510	189.46
ENTRE RÍOS	80	150	86	112	82	137	97	121	107	147	87	147	108	150	111	148	104	154	88	133.31	111	174.81
JUJUY	154	163	155	182	153	158	142	168	134	154	161	155	170	154	140	167	149	142	60	166.75	58	165.57
CHUBUT	151	149	131	170	156	181	123	109	100	143	146	210	82	140	99	172	108	146	32	117.32	45	164.89
SALTA	124	151	113	126	118	139	129	175	109	159	120	174	96	173	129	141	135	163	90	137.46	104	162.20
MISIONES	80	86	90	81	60	89	67	86	69	90	100	101	99	122	69	136	79	140	59	101.72	88	151.87
CHACO	93	73	102	103	64	97	134	94	120	105	96	107	112	125	105	141	91	146	69	122.04	82	148.40
CORRIENTES	61	110	97	80	86	106	115	115	102	185	118	152	126	156	125	168	140	188	71	133.44	73	141.13
FORMOSA	95	101	94	92	61	98	98	127	138	70	107	94	80	127	50	133	67	100	30	105.23	37	130.63
SANTA CRUZ	49	37	76	83	84	144	110	160	81	105	106	129	90	106	109	109	84	113	17	115.68	18	115.79
TOTAL	116	160	121	161	119	163	128	173	118	169	125	178	124	179	126	176	122	189	2759	128.06	4001	193.67

Nº: Cantidad de Nuevos pacientes en DC (solo para 2013); MUJ.: Mujeres; VAR.: Varones. TASAS CRUDAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES POR AÑO; Ordenados de mayor a menor Tasa masculina 2013

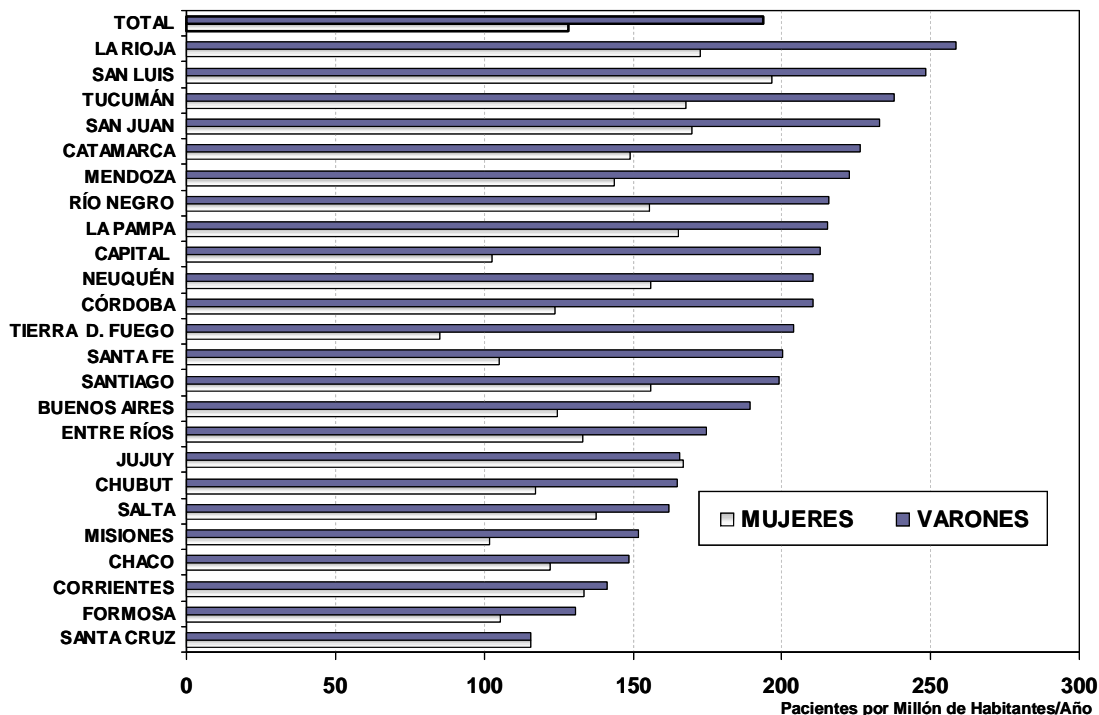


GRÁFICO 12: TASAS CRUDAS DE INCIDENCIA EN DC POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE EN DIFERENTES SEXOS. AÑO 2013

13 provincias en 2013 presentan tasas de Incidencia para varones superiores a 200 ppm y ninguna provincia supera esa cifra para Mujeres. Las tasas de Incidencia crudas en DC en diferentes sexos para los 10 últimos años por Provincia de residencia del paciente se detallan en la Tabla 3c. En el Gráfico 12 solamente para 2013.

La edad de Ingreso a DC por Provincias para el año 2013 se muestra en la Tabla 3d, como también en el Gráfico 13, ordenados de mayor a menor edad promedio; en la tabla también se observa la proporción de pacientes con 65 o más años y con 80 o más años ingresados a DC en 2012.

TABLA 3d. EDAD DE LOS INCIDENTES EN DC DE ARGENTINA EN 2013									
PROVINCIA	Nº POBLACIÓN		TASA	PROMEDIO EDAD INGRESO	I. CONFIANZA 95%		FRECUENCIA		
					L. INFERIOR	L. SUPERIOR	≥ 65 AÑOS	≥ 80 AÑOS	
CAPITAL FEDERAL	469	3044076	154.1	64.91	63.41	66.40	57.4	17.7	
SAN LUIS	103	463411	222.3	62.49	59.51	65.48	49.5	6.8	
ENTRE RIOS	199	1295121	153.7	62.24	59.94	64.54	48.7	13.1	
SANTA FE	505	3341228	151.1	61.96	60.59	63.33	49.7	8.9	
CÓRDOBA	579	3489669	165.9	61.85	60.50	63.20	47.8	10.9	
MENDOZA	336	1841813	182.4	61.37	59.45	63.28	50.6	11.9	
LA RIOJA	77	357516	215.4	60.79	57.11	64.47	46.8	6.5	
RIO NEGRO	126	678797	185.6	60.13	57.10	63.15	46.0	7.9	
BUENOS AIRES	2545	16289599	156.2	59.56	58.88	60.24	43.2	9.0	
LA PAMPA	64	336706	190.1	59.32	55.00	63.64	42.2	6.3	
TUCUMÁN	314	1551460	202.4	58.28	56.55	60.01	32.5	5.4	
CORRIENTES	144	1049325	137.2	58.10	55.25	60.96	38.9	6.3	
SANTIAGO DEL ESTERO	161	908268	177.3	58.10	55.75	60.44	38.5	2.5	
SALTA	194	1295944	149.7	57.66	55.48	59.84	32.5	5.2	
SAN JUAN	145	721830	200.9	57.66	54.92	60.39	37.2	3.4	
CHACO	151	1117953	135.1	57.39	54.27	60.51	39.7	11.3	
CATAMARCA	73	389256	187.5	56.87	53.28	60.47	28.8	1.4	
CHUBUT	77	545656	141.1	56.48	52.57	60.40	32.5	5.2	
NEUQUÉN	110	601003	183.0	56.08	53.21	58.96	30.9	2.7	
MISIONES	147	1159445	126.8	55.24	52.33	58.15	35.4	3.4	
TIERRA DEL FUEGO	21	143987	145.8	55.20	48.08	62.33	23.8	0.0	
FORMOSA	67	568331	117.9	54.70	50.37	59.03	41.8	0.0	
JUJUY	118	710121	166.2	54.36	51.16	57.57	30.5	3.4	
SANTA CRUZ	35	302420	115.7	54.16	48.67	59.64	28.6	0.0	
TOTAL	6760	42202935	160.2	59.88	59.47	60.29	43.6	8.7	

TASA EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO .POBLACIÓN ESTIMADA PARA 2013 EN BASE AL CENSO 2010; PROVINCIA : Provincia de residencia del paciente. Nº : Cantidad de nuevos pacientes incidentes a DC en el año; FRECUENCIA: Porcentaje del total de pacientes con ≥ 65 años o con ≥ 80 años. Edad de ingreso en años

En el año 2013 solo 4 Provincias consiguen superar la media nacional significativamente; ellas son por orden de valores: Capital Federal, Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos. Se constata nuevamente, como en 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, que Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el distrito con mayor edad promedio de ingreso y porcentaje de población añosa. Paradojalmente, Capital Federal presenta la mayor edad promedio, sin embargo su tasa general de Incidencia ajustada fue una de las 3 más bajas del país desde 2006 hasta 2013. Capital Federal fue el único distrito que presentó en los últimos 8 años edad de ingreso promedio a DC significativamente mayor que la media nacional. Los residentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires ingresan más tarde porque se retrasa su inicio a tratamiento sustitutivo por mejor prevención y tratamiento de las enfermedades renales; adicionalmente, no obstante ser su población la más vieja del país (lo confirmó el Censo 2010) su tasa de Incidencia a DC es una de la más bajas. Consecuentemente, ingresan menos que los que deberían, probablemente porque su población no llega Insuficiencia renal estadio 5 en el grado que lo hace la población de otras provincias. Después veremos que, además, posee una de la tasas de trasplante renal más alta del país.

En la tabla 3e se muestran los porcentajes de pacientes que ingresan con ≥ 65 y con ≥ 80 años por Provincia de residencia del paciente en los 4 últimos años y la media del cuatrienio 2010-2013. En los Gráficos 14a y 14b los valores del período 2010-2013.

Nuevamente observamos que Capital Federal se aparta sensiblemente del resto en ambos grupos.

San Luis, Mendoza, Córdoba, La Pampa, Entre Ríos y Santa Fe comparten con Ciudad de Buenos Aires el privilegio de ser las únicas 7 provincias que superan a la media nacional en el cuatrienio 2010-13 en porcentaje de ≥ de 65 años. En este grupo las que se encuentran muy por debajo de la media nacional en el cuatrienio son 7 provincias: Tierra del Fuego, Jujuy, Tucumán, Santa Cruz, Salta, Chubut y Catamarca.

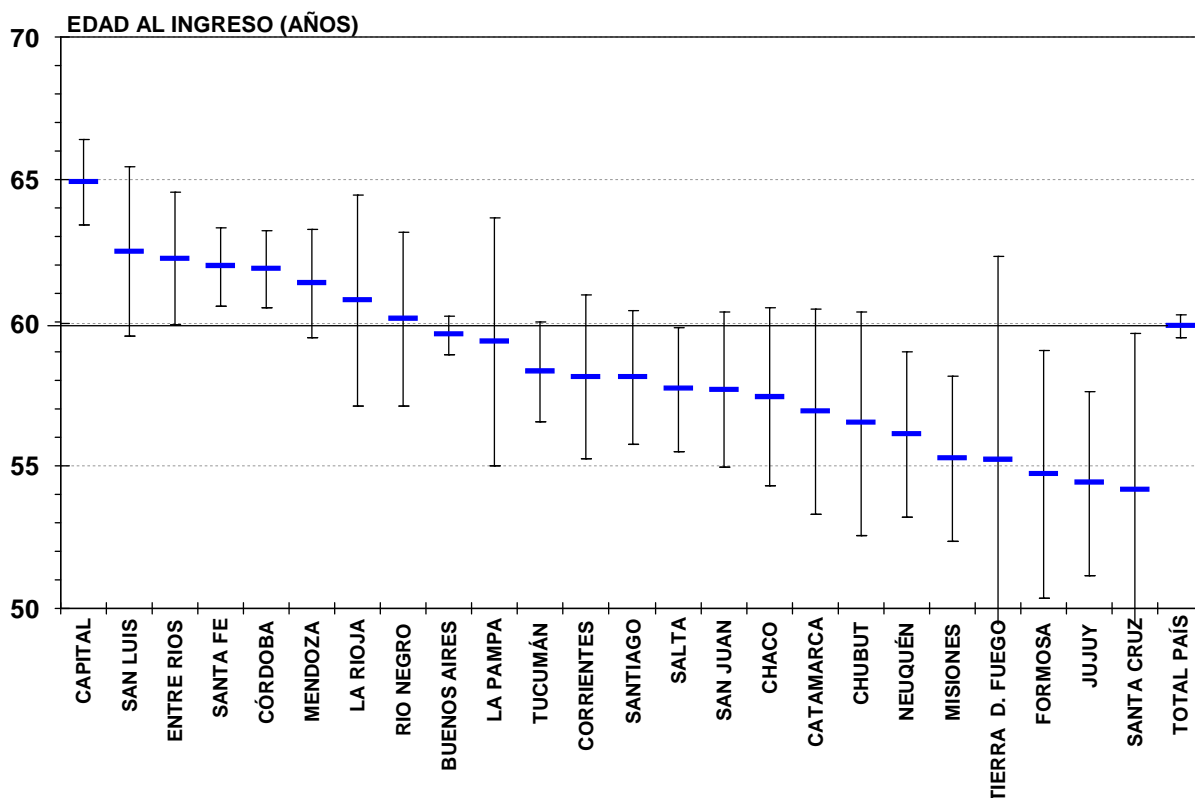
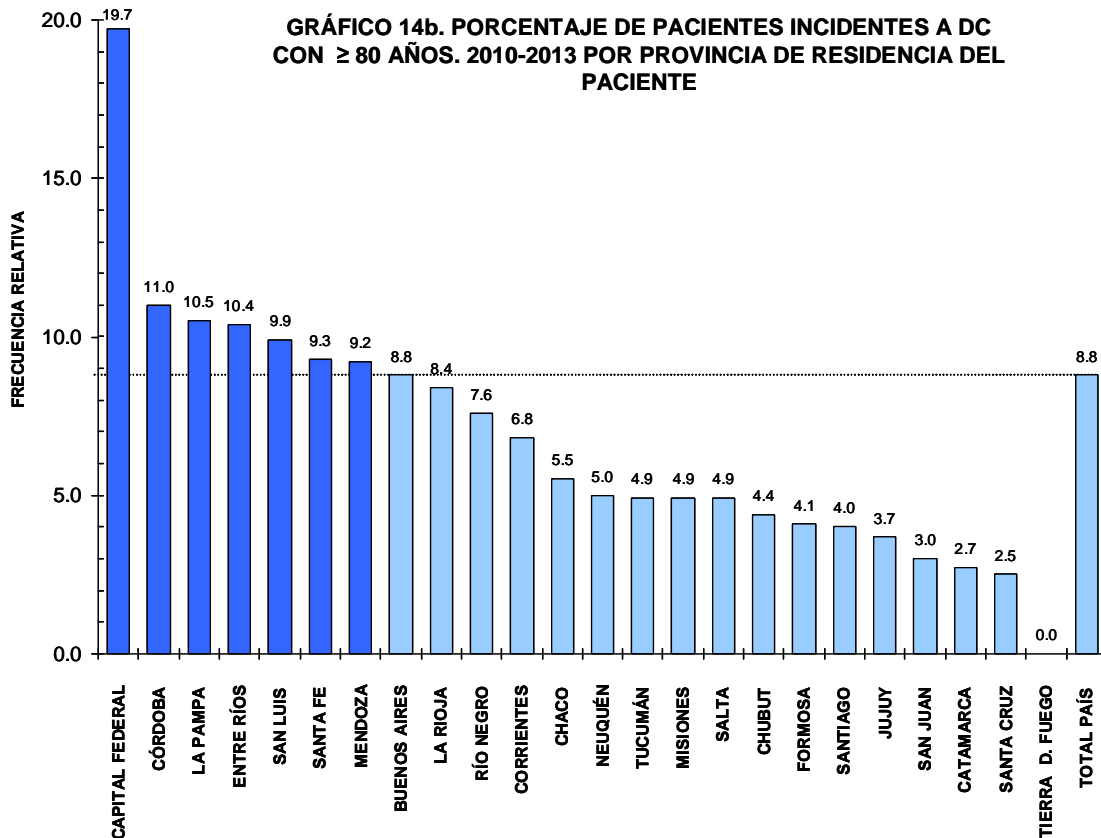
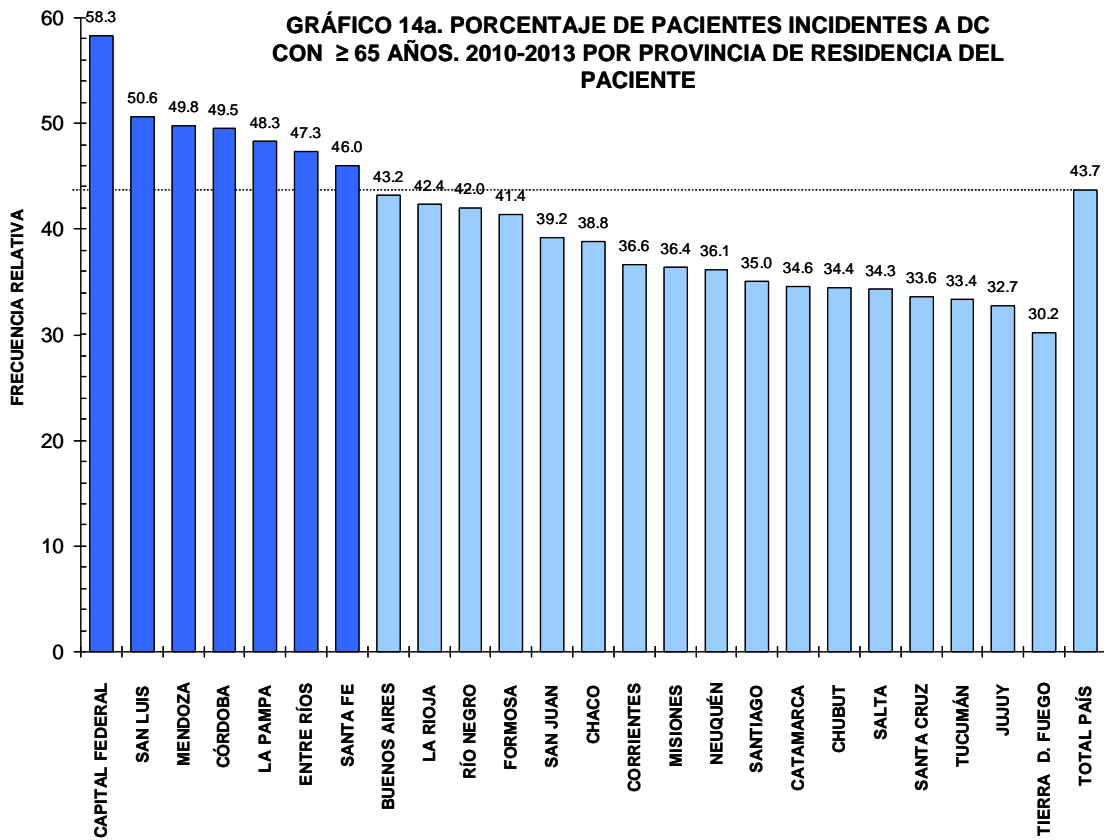


GRAFICO 13. EDAD PROMEDIO DE INCIDENTES 2013 POR PROVINCIAS
CON INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

PROVINCIA DEL PACIENTE	≥ 65 AÑOS (%)					≥ 80 AÑOS (%)				
	2010	2011	2012	2013	2010-13	2010	2011	2012	2013	2010-13
CAPITAL FEDERAL	56.6	57.8	61.3	57.4	58.3	19.0	19.6	22.5	17.7	19.7
SAN LUIS	54.1	47.1	51.7	49.5	50.6	15.3	7.1	11.2	6.8	9.9
MENDOZA	49.9	48.9	49.7	50.6	49.8	8.0	6.9	9.9	11.9	9.2
CÓRDOBA	50.6	49.8	49.8	47.8	49.5	12.2	10.3	10.7	10.9	11.0
LA PAMPA	54.0	49.1	50.0	42.2	48.3	14.0	7.5	16.7	6.3	10.5
ENTRE RÍOS	47.8	48.2	44.2	48.7	47.3	11.2	8.5	8.5	13.1	10.4
SANTA FE	46.7	45.3	42.0	49.7	46.0	9.5	10.3	8.8	8.9	9.3
TOTAL PAÍS	43.9	43.9	43.6	43.6	43.7	9.1	8.4	9.1	8.7	8.8
BUENOS AIRES	43.2	42.6	43.8	43.2	43.2	9.5	8.1	8.7	9.0	8.8
LA RIOJA	44.0	35.5	43.0	46.8	42.4	6.0	9.2	11.6	6.5	8.4
RÍO NEGRO	44.1	47.0	29.2	46.0	42.0	9.9	5.1	7.5	7.9	7.6
FORMOSA	47.4	41.2	34.0	41.8	41.4	8.8	5.9	2.1	0.0	4.1
SAN JUAN	34.0	43.7	43.0	37.2	39.2	2.0	2.2	4.7	3.4	3.0
CHACO	42.2	38.1	35.1	39.7	38.8	5.5	4.5	0.0	11.3	5.5
CORRIENTES	36.4	35.3	35.9	38.9	36.6	4.2	8.7	7.6	6.3	6.8
MISIONES	30.9	44.8	35.2	35.4	36.4	2.4	8.6	5.6	3.4	4.9
NEUQUÉN	36.7	34.1	42.9	30.9	36.1	5.1	6.6	5.7	2.7	5.0
SANTIAGO	31.1	35.2	33.8	38.5	35.0	4.7	2.8	6.2	2.5	4.0
CATAMARCA	40.0	35.2	36.4	28.8	34.6	6.0	2.8	1.5	1.4	2.7
CHUBUT	43.9	32.4	30.9	32.5	34.4	5.3	4.2	2.9	5.2	4.4
SALTA	32.5	40.6	32.1	32.5	34.3	3.6	5.9	4.7	5.2	4.9
SANTA CRUZ	18.5	45.2	41.4	28.6	33.6	0.0	3.2	6.9	0.0	2.5
TUCUMÁN	35.1	33.9	32.3	32.5	33.4	5.0	3.9	5.5	5.4	4.9
JUJUY	32.4	34.0	34.3	30.5	32.7	4.5	3.8	2.9	3.4	3.7
TIERRA D. FUEGO	29.4	37.5	35.3	23.8	30.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Ordenados de mayor a menor porcentaje de ≥ 65 años en el período 2010- 2013



Etiologías de IRD al Ingreso a DC

CAUSA	2004 N TASA	2005 N TASA	2006 N TASA	2007 N TASA	2008 N TASA	2009 N TASA	2010 N TASA	2011 N TASA	2012 N TASA	2013 N TASA	DIF 04-13
NEFROPATÍA DIABÉTICA	1649 43.1	1880 48.7	1854 47.6	1973 50.1	2020 50.8	2092 52.1	2184 53.5	2264 54.9	2344 56.2	2371 56.2	13.1
NEFROANGIOESCLEROSIS	1084 28.4	1072 27.8	1156 29.7	1316 33.4	1250 31.5	1348 33.6	1445 35.4	1418 34.4	1420 34.0	1504 35.6	7.2
DESCONOCIDA	1048 27.4	1013 26.2	992 25.5	1096 27.8	985 24.8	995 24.8	977 24.0	967 23.4	1019 24.4	1161 27.5	0.1
GLOMERULONEFRITIS	411 10.8	417 10.8	409 10.5	411 10.4	409 10.3	467 11.6	445 10.9	479 11.6	473 11.3	483 11.4	0.6
NEF. OBSTRUCTIVA	306 8.0	326 8.4	319 8.2	328 8.3	343 8.6	371 9.2	346 8.5	333 8.1	348 8.3	395 9.4	1.4
POLIQUISTOSIS	288 7.5	236 6.1	272 7.0	259 6.6	257 6.5	267 6.7	266 6.5	238 5.8	308 7.4	299 7.1	-0.4
OTRAS	197 5.2	211 5.5	246 6.3	222 5.6	206 5.2	256 6.4	246 6.0	285 6.9	284 6.8	279 6.6	1.4
NEFRITIS T. INTERSTICIAL	94 2.5	90 2.3	72 1.8	115 2.9	79 2.0	90 2.2	84 2.1	73 1.8	82 2.0	89 2.1	-0.4
NEFROPATÍA LÚPICA	82 2.1	80 2.1	86 2.2	92 2.3	50 1.3	81 2.0	71 1.7	82 2.0	88 2.1	71 1.7	-0.4
MIELOMA MÚLTIPLE	30 0.8	36 0.9	37 0.9	30 0.8	43 1.1	41 1.0	41 1.0	33 0.8	40 1.0	41 1.0	0.2
SINDROME U. HEMOLÍTICO	37 1.0	35 0.9	22 0.6	32 0.8	26 0.7	32 0.8	25 0.6	23 0.6	41 1.0	34 0.8	-0.2
AMILOIDOSIS	23 0.6	17 0.4	22 0.6	37 0.9	14 0.4	13 0.3	19 0.5	12 0.3	11 0.3	27 0.6	0.0
NEFROPATÍA FAMILIAR	4 0.1	3 0.1	6 0.2	6 0.2	5 0.1	10 0.2	6 0.1	6 0.1	6 0.1	6 0.1	0.0
FALLO DE TRASPLANTE	1 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0
TOTAL	5254 137.5	5416 140.3	5493 141.0	5917 150.3	5687 143.1	6063 151.1	6155 150.9	6213 150.6	6464 154.9	6760 160.2	22.7

DIF 04-12: Crecimiento de la Tasa entre el año 2004 y el año 2013. FALLO DE TRASPLANTE: Pacientes que ingresan por fallo de Trasplante anticipado

CAUSA	2004 N %	2005 N %	2006 N %	2007 N %	2008 N %	2009 N %	2010 N %	2011 N %	2012 N %	2013 N %	DIF 04-13
NEFROPATÍA DIABÉTICA	1649 31.4	1880 34.7	1854 33.8	1973 33.3	2020 35.5	2092 34.5	2184 35.5	2264 36.4	2344 36.3	2371 35.1	3.7
NEFROANGIOESCLEROSIS	1084 20.6	1072 19.8	1156 21.0	1316 22.2	1250 22.0	1348 22.2	1445 23.5	1418 22.8	1420 22.0	1504 22.2	1.6
DESCONOCIDA	1048 19.9	1013 18.7	992 18.1	1096 18.5	985 17.3	995 16.4	977 15.9	967 15.6	1019 15.8	1161 17.2	-2.8
GLOMERULONEFRITIS	411 7.8	417 7.7	409 7.4	411 6.9	409 7.2	467 7.7	445 7.2	479 7.7	473 7.3	483 7.1	-0.7
NEF. OBSTRUCTIVA	306 5.8	326 6.0	319 5.8	328 5.5	343 6.0	371 6.1	346 5.6	333 5.4	348 5.4	395 5.8	0.0
POLIQUISTOSIS	288 5.5	236 4.4	272 5.0	259 4.4	257 4.5	267 4.4	266 4.3	238 3.8	308 4.8	299 4.4	-1.1
OTRAS	197 3.7	211 3.9	246 4.5	222 3.8	206 3.6	256 4.2	246 4.0	285 4.6	284 4.4	279 4.1	0.4
NEFRITIS T. INTERSTICIAL	94 1.8	90 1.7	72 1.3	115 1.9	79 1.4	90 1.5	84 1.4	73 1.2	82 1.3	89 1.3	-0.5
NEFROPATÍA LÚPICA	82 1.6	80 1.5	86 1.6	92 1.6	50 0.9	81 1.3	71 1.2	82 1.3	88 1.4	71 1.1	-0.5
MIELOMA MÚLTIPLE	30 0.6	36 0.7	37 0.7	30 0.5	43 0.8	41 0.7	41 0.7	33 0.5	40 0.6	41 0.6	0.0
SINDROME U. HEMOLÍTICO	37 0.7	35 0.6	22 0.4	32 0.5	26 0.5	32 0.5	25 0.4	23 0.4	41 0.6	34 0.5	-0.2
AMILOIDOSIS	23 0.4	17 0.3	22 0.4	37 0.6	14 0.2	13 0.2	19 0.3	12 0.2	11 0.2	27 0.4	0.0
NEFROPATÍA FAMILIAR	4 0.1	3 0.1	6 0.1	6 0.1	5 0.1	10 0.2	6 0.1	6 0.1	6 0.1	6 0.1	0.0
FALLO DE TRASPLANTE	1 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0
TOTAL	5254	5416	5493	5917	5687	6063	6155	6213	6464	6760	

DIF 04-12: Crecimiento de la Frecuencia relativa entre el año 2004 y el año 2013. FALLO DE TRASPLANTE: Pacientes que ingresan por fallo de Trasplante anticipado

En la Tabla 4a se presentan las Tasas por millón de Habitantes/año y en la 4b las Frecuencias relativas de todas las causas de IRD de la población incidente desde 2004 hasta 2013. Las tasas por etiología de los años 2010, 2011 y 2012 fueron corregidas de acuerdo a las enmiendas recientemente realizadas a las cifras de población de Argentina y Provincias para esos años⁽¹⁾.

Existen 3 Etiologías de IRD que son mucho más frecuentes que el resto: Nefropatía Diabética, Nefroangioesclerosis y Desconocida o la No determinación de la causa de IRD o No Filiada. Veremos después que estas 3 se hacen más frecuentes a medida que se avanza en la edad de ingreso a DC, en especial la Nefropatía Diabética y Nefroangioesclerosis (las que más crecieron entre 2004 y 2013).

La No Filiada había caído significativamente en Tasa y porcentaje hasta el año 2011; pero volvió a aumentar en 2012-13.

La Glomerulonefritis muestra estabilidad entre 2004 y 2013 (último: 7.1%), con valores significativamente más bajos a los que presentaba en 1997 (11 % de los Ingresos) o en 1989 (el 21.5%)⁽¹⁴⁾.

La Nefropatía Lúpica descendió entre 2004 y 2013, terminando con una tasa 0.4 ppm por debajo de la que mostraba en 2004.

La Poliquistosis descendió en Tasa y en Frecuencia relativa entre 2004 y 2013.

Sin dudas la Nefropatía Diabética es la que marca el rumbo: La tasa general bruta de incidencia (ppm) aumentó entre 2004-2013 en 22.7 ppm, siendo la Nefropatía Diabética la que más contribuyó a ese aumento entre esos años con 13.1 ppm.

En el Gráfico 15 se trazan las Tasas de Incidencia y Frecuencia relativas de las principales etiologías de IRD en los pacientes incidentes en DC desde 2004 hasta 2013. Es muy revelador este Gráfico al mostrar el aumento de la brecha entre Desconocidas y Nefroangioesclerosis, que comenzaron casi juntas en 2004 y finalizan con gran diferencia en 2013.

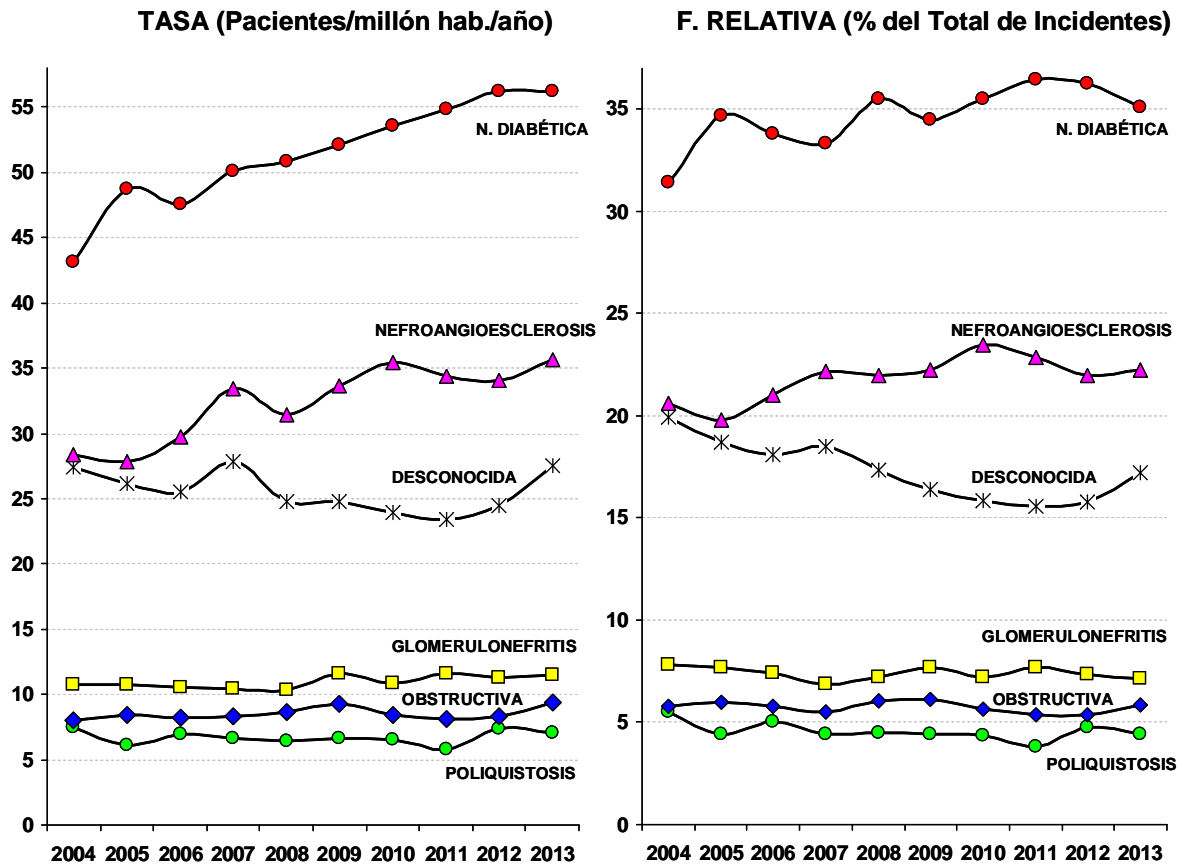


GRÁFICO 15: INCIDENCIA EN DC. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE IRD

La edad es un factor influyente en la tasa de Incidencia a DC y aquí confirmamos que lo es para casi todas las etiologías de IRD: Evaluamos la población de Ingresos 2010, 2011, 2012 y 2013 en grupos quinquenales de edad, observando que a medida que se avanza en la edad es mayor la tasa de incidencia de la mayoría de las causas principales de IRD. La Nefroangioesclerosis aparece luego de la 4º década y aumenta hasta en el penúltimo (2010, 2011 y 2013) o último grupo (2012); algo parecido sucede con las Desconocidas, que pasa a ser la primera causa en los Incidentes de 75 o más años. La Nefropatía Diabética comienza en la 3º década y solo desciende más allá de los 70 años.

En las Tablas siguientes se presentan todas las etiologías en cada año, mientras que solo las más importantes se representan en los Gráficos.

Año 2010: Tabla 4c y Gráfico 16a; Año 2011: Tabla 4d y Gráfico 16b; Año 2012: Tabla 4e y Gráfico 16c; Año 2013: Tabla 4f y Gráfico 16d.

La presentación de las tablas-gráficos de los años 2010, 2011 y 2012 originalmente mostradas en Informes anteriores, obedece a que los valores cambiaron por las correcciones realizadas a la población de Argentina y Provincias para esos años, tal como fue referido antes.

Pedimos disculpas a los lectores por la profusión de tablas-gráficos, pero siempre fue nuestro objetivo mostrar datos precisos y con los cambios retrospectivos en la Población de nuestro país estuvimos obligados a rehacer las tablas-gráficos desde el año 2010.

Las Tablas de años previos a 2010 se pueden consultar en las anteriores ediciones de este Registro ⁽⁴⁻¹³⁾.

TABLA 4c : INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD. AÑO 2010

EDAD	ETIOLOGÍAS DE IRD 2010. TASAS EN MILLÓN DE HABITANTES/AÑO														TOTAL
	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL		
0-4	0.0	1.4	0.0	1.1	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	0.3	5.9	
5-9	0.9	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	5.4	
10-14	2.3	2.3	0.8	4.5	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	4.0	0.0	15.8	
15-19	5.6	6.7	1.4	2.2	0.8	0.0	0.3	0.6	0.0	0.8	0.0	3.9	0.3	22.8	
20-24	12.0	9.9	0.6	4.2	0.3	0.0	0.3	3.0	2.7	1.2	0.0	3.3	0.0	37.4	
25-29	12.9	8.2	0.0	1.6	2.8	0.3	0.3	3.5	6.9	0.9	0.0	4.1	0.3	42.0	
30-34	21.5	15.7	2.9	1.6	4.5	1.3	0.0	4.2	10.9	0.3	0.0	5.8	0.0	68.8	
35-39	19.9	15.5	1.1	3.0	8.9	7.7	0.4	5.5	15.9	0.7	0.0	3.7	0.7	83.0	
40-44	19.6	11.9	1.3	3.4	14.5	9.8	0.0	3.0	20.9	0.9	0.4	4.3	0.0	89.9	
45-49	33.9	18.1	3.6	5.9	25.3	18.5	0.0	0.9	47.5	0.5	0.9	6.3	0.0	161.4	
50-54	39.8	19.4	4.8	9.7	38.3	18.4	1.0	4.4	99.9	0.5	2.9	6.3	0.0	245.3	
55-59	49.0	22.9	4.3	16.5	55.4	21.3	1.1	0.0	171.0	0.5	2.7	14.9	0.5	360.1	
60-64	56.5	25.2	5.5	29.5	87.2	22.7	1.2	0.6	264.6	0.0	3.7	11.7	0.0	508.4	
65-69	64.4	24.5	6.1	33.7	141.0	13.0	5.4	0.8	307.4	0.0	6.1	19.9	0.0	622.4	
70-74	98.2	16.5	4.9	48.6	240.0	18.5	1.9	0.0	274.0	0.0	4.9	18.5	0.0	725.9	
75-79	100.2	12.4	5.0	43.3	309.4	13.6	0.0	0.0	216.6	1.2	3.7	13.6	0.0	719.0	
80 o más	90.9	7.0	7.0	27.0	297.6	11.0	0.0	0.0	105.8	0.0	5.0	11.0	0.0	562.2	
TOTAL	24.0	10.9	2.1	8.5	35.4	6.5	0.5	1.7	53.5	0.6	1.0	6.0	0.1	150.9	

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstruictiva; NEFRO: Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT: Nefropatía Diabética; SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar

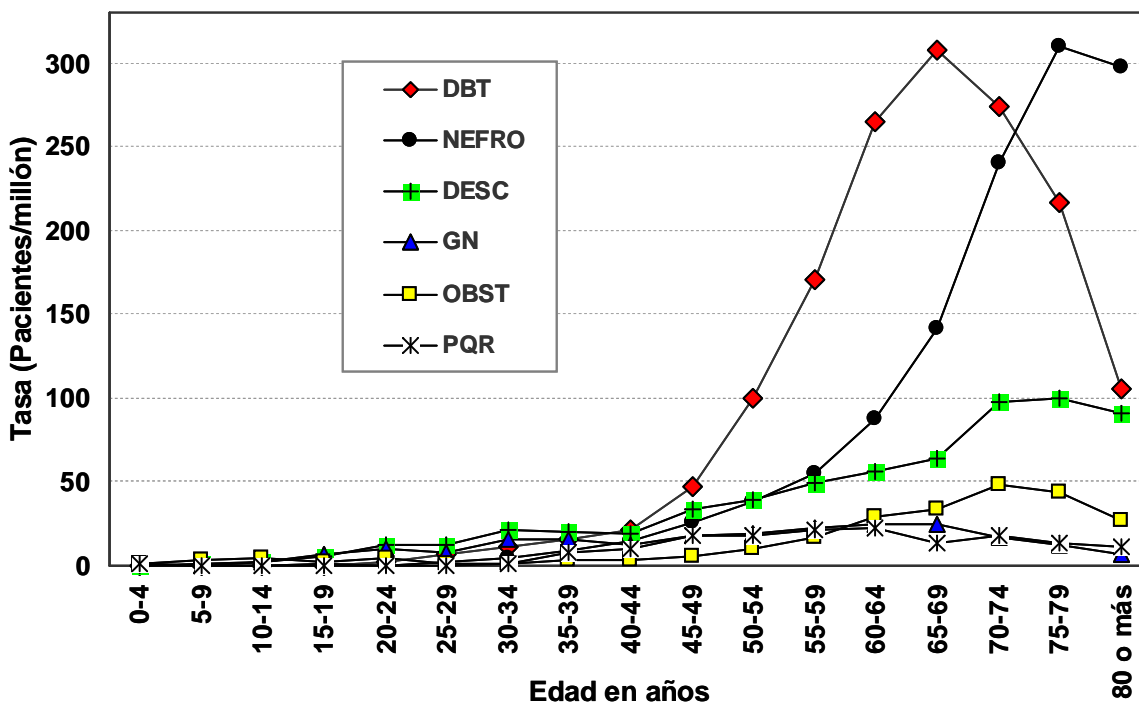


GRÁFICO 16a: TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN EL AÑO 2010 DE LAS PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE IRD POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

TABLA 4d : INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD. AÑO 2011														
EDAD	ETIOLOGÍAS DE IRD 2011. TASAS EN MILLÓN DE HABITANTES/AÑO													
	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL	TOTAL
0-4	0.0	0.6	0.0	1.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	2.8	0.0	6.1
5-9	0.6	1.4	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0	8.3
10-14	1.7	3.7	0.6	1.4	0.3	0.3	0.0	0.3	0.0	1.4	0.0	3.7	0.0	13.3
15-19	5.3	9.8	0.6	2.2	0.8	0.6	0.0	2.8	0.6	1.4	0.0	3.1	0.0	27.1
20-24	9.1	6.2	0.9	2.1	2.1	0.0	0.0	3.2	3.2	0.6	0.0	6.5	0.3	34.2
25-29	13.5	9.7	2.2	1.9	2.8	0.9	0.0	4.1	9.7	0.0	0.0	1.9	0.6	47.4
30-34	14.3	13.4	0.0	1.6	6.0	1.6	0.0	5.1	12.7	0.3	0.0	3.8	0.6	59.5
35-39	21.1	14.6	1.8	2.1	5.4	3.6	0.0	4.3	10.7	0.7	0.0	3.9	0.0	68.2
40-44	25.0	17.1	1.3	4.2	14.2	10.4	0.8	2.1	25.5	0.4	0.4	6.3	0.0	107.6
45-49	25.6	16.6	2.2	6.7	23.3	14.4	0.4	2.7	47.6	0.9	0.4	6.3	0.0	147.3
50-54	32.6	16.8	3.8	10.1	29.3	16.3	0.0	1.4	87.8	0.0	1.9	13.4	0.0	213.4
55-59	53.6	21.0	4.2	17.9	58.4	19.5	0.5	0.5	205.0	0.0	1.6	13.1	0.0	395.3
60-64	63.1	25.2	3.6	25.2	99.1	15.0	1.8	1.2	266.1	0.6	4.2	13.2	0.0	518.4
65-69	66.3	29.0	6.7	34.3	145.2	16.4	0.0	1.5	318.0	0.0	6.0	23.1	0.0	646.5
70-74	89.7	22.0	5.7	54.4	205.2	15.3	3.8	0.0	263.5	0.0	5.7	17.2	0.0	682.5
75-79	135.2	27.0	6.1	32.0	304.8	9.8	1.2	0.0	217.6	0.0	3.7	24.6	1.2	763.4
80 o más	75.1	9.8	3.9	29.3	276.2	16.6	0.0	0.0	84.9	0.0	0.0	14.6	0.0	510.3
TOTAL	23.4	11.6	1.8	8.1	34.4	5.8	0.3	2.0	54.9	0.6	0.8	6.9	0.1	150.6

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstructiva; NEFRO: Nefroangiosclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT: Nefropatía Diabética; SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar

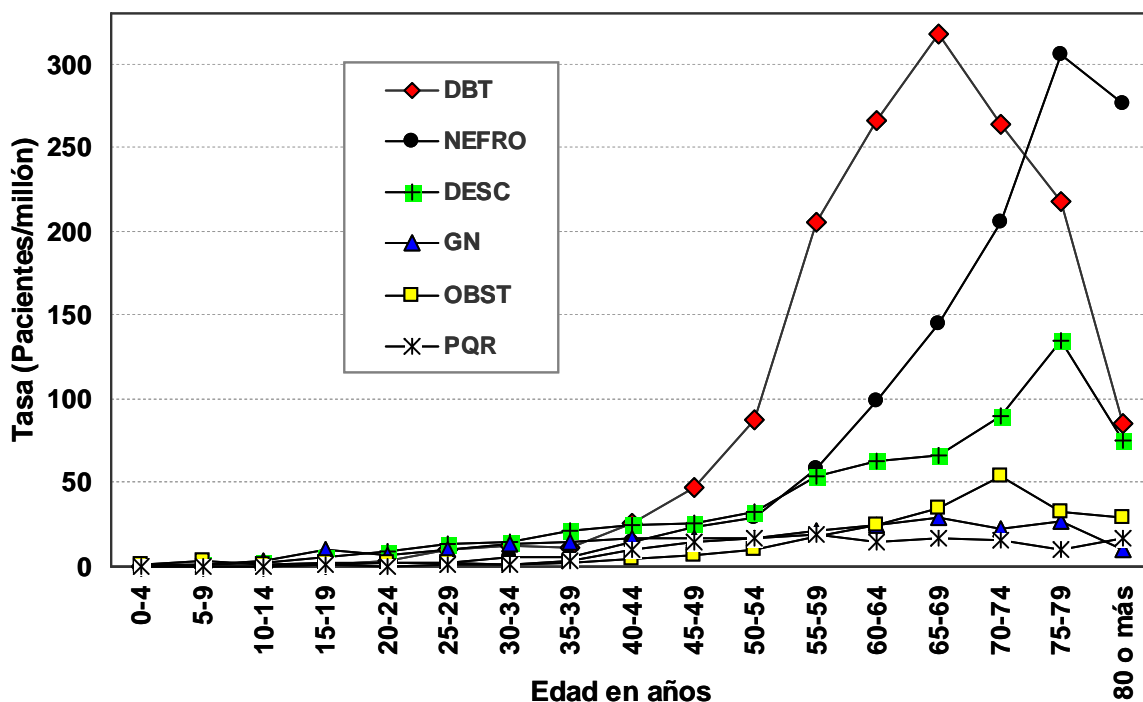


GRÁFICO 16b: TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN EL AÑO 2011 DE LAS PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE IRD POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

TABLA 4e : INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD. AÑO 2012															
EDAD	ETIOLOGÍAS DE IRD 2012. TASAS EN MILLÓN DE HABITANTES/AÑO														
	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL	TOTAL	
0-4	0.0	0.0	0.0	2.2	0.3	0.8	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	1.6	0.0	5.7	
5-9	0.0	1.1	0.3	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.7	0.0	6.8	
10-14	2.8	3.1	0.3	2.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	3.1	0.3	13.3	
15-19	4.8	6.2	0.3	3.1	0.3	0.0	0.0	0.3	0.0	1.4	0.0	4.5	0.0	20.7	
20-24	10.5	8.1	0.6	4.6	2.0	0.9	0.0	5.5	2.9	3.2	0.0	3.8	0.6	42.7	
25-29	11.8	12.8	1.2	2.2	1.2	0.3	0.0	3.4	9.3	1.9	0.0	4.7	0.0	48.9	
30-34	16.5	14.9	1.6	2.2	2.9	1.9	0.3	4.8	11.1	2.5	0.0	3.8	0.0	62.5	
35-39	19.4	14.5	0.3	3.1	8.6	6.2	0.0	3.8	14.9	1.0	0.0	5.2	0.0	77.1	
40-44	26.9	18.7	2.0	4.5	20.8	13.0	0.0	4.9	28.9	0.8	0.4	5.3	0.0	126.1	
45-49	33.9	18.7	2.2	8.0	24.5	18.3	1.3	3.6	51.3	0.0	0.9	4.9	0.0	167.7	
50-54	39.9	16.6	4.3	9.0	32.7	21.4	0.5	0.9	100.1	0.0	3.8	7.6	0.5	237.2	
55-59	43.1	16.6	4.7	16.1	60.2	16.1	1.6	2.1	179.6	0.0	2.1	10.4	0.5	353.0	
60-64	69.5	20.6	7.1	22.4	88.9	20.6	0.0	1.2	273.3	0.0	5.9	15.3	0.0	524.8	
65-69	74.4	23.1	10.8	34.0	127.9	23.9	1.4	2.2	310.8	0.0	3.6	21.7	0.0	633.9	
70-74	85.1	29.9	3.7	43.9	227.1	21.5	0.9	0.0	274.8	0.0	5.6	21.5	0.9	715.0	
75-79	104.8	18.3	4.9	39.0	268.2	23.2	0.0	0.0	229.2	0.0	3.7	26.8	0.0	718.1	
80 o más	98.3	8.6	3.8	30.5	276.8	17.2	0.0	0.0	102.1	0.0	1.0	21.0	0.0	559.3	
TOTAL	24.4	11.3	2.0	8.3	34.0	7.4	0.3	2.1	56.2	1.0	1.0	6.8	0.1	154.9	

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstruictiva; NEFRO: Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT: Nefropatía Diabética; SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar

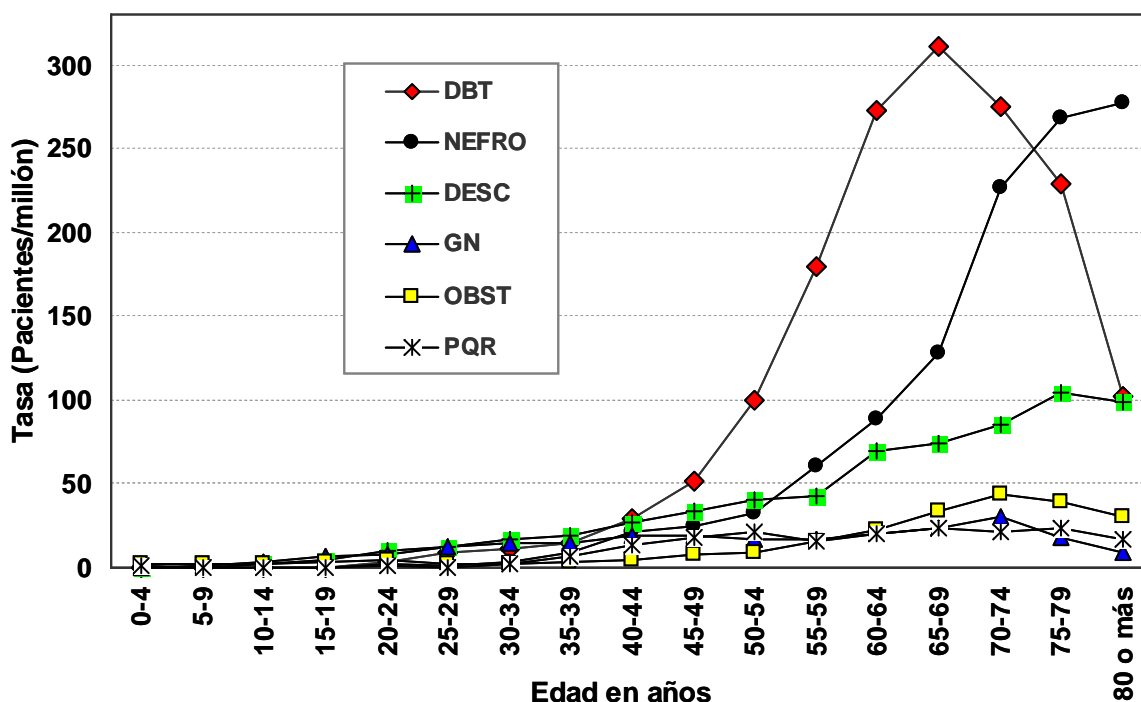


GRÁFICO 16c: TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN EL AÑO 2012 DE LAS PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE IRD POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

TABLA 4f : INCIDENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD. AÑO 2013														
EDAD	ETIOLOGÍAS DE IRD 2013. TASAS EN MILLÓN DE HABITANTES/AÑO													
	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL	TOTAL
0-4	0.5	0.8	0.0	2.4	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	2.2	0.3	7.0
5-9	0.9	3.1	0.0	0.9	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	2.6	0.0	9.1
10-14	1.1	3.1	0.0	5.4	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	5.1	0.0	15.9
15-19	3.4	5.6	0.6	2.2	0.6	1.1	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	3.4	0.0	18.5
20-24	12.9	7.4	0.9	3.4	0.9	0.0	0.3	3.7	4.0	2.9	0.0	4.9	0.3	41.5
25-29	18.8	9.5	1.5	1.8	3.1	1.2	0.0	1.8	6.5	0.9	0.0	4.0	0.0	49.2
30-34	19.7	10.8	2.5	2.2	5.4	2.2	0.3	4.1	7.9	1.6	0.0	3.8	0.0	60.5
35-39	20.8	12.1	0.7	3.4	9.4	6.0	0.7	3.0	16.5	1.0	0.3	3.0	0.3	77.3
40-44	26.5	17.8	0.8	3.2	17.4	13.4	1.2	3.6	27.7	0.8	0.0	5.9	0.4	118.6
45-49	28.8	19.9	2.2	6.6	30.1	18.6	1.8	1.3	54.4	0.0	1.3	9.3	0.0	174.4
50-54	39.4	22.5	4.2	9.9	33.8	17.8	0.5	2.3	102.8	0.0	1.4	8.9	0.0	243.7
55-59	50.8	21.5	3.1	20.0	59.0	20.5	2.6	1.5	189.3	0.0	2.1	9.7	0.5	380.6
60-64	78.7	22.0	5.2	32.4	81.6	20.8	2.3	2.3	281.9	0.0	4.6	20.3	0.6	552.8
65-69	89.8	30.9	7.0	40.7	148.0	21.0	0.7	1.4	284.1	0.0	7.7	25.3	0.0	656.6
70-74	104.9	22.8	10.0	45.6	207.1	19.2	3.7	0.9	268.3	0.0	4.6	11.0	0.0	698.1
75-79	125.5	21.7	15.7	53.1	308.8	16.9	0.0	0.0	229.2	0.0	2.4	13.3	0.0	786.6
80 o más	104.6	5.6	3.7	28.0	287.7	7.5	0.9	0.0	98.1	0.0	3.7	12.1	0.0	552.1
TOTAL	27.5	11.4	2.1	9.4	35.6	7.1	0.6	1.7	56.2	0.8	1.0	6.6	0.1	160.2

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstruiva; NEFRO: Nefroangiosclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT: Nefropatía Diabética; SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar

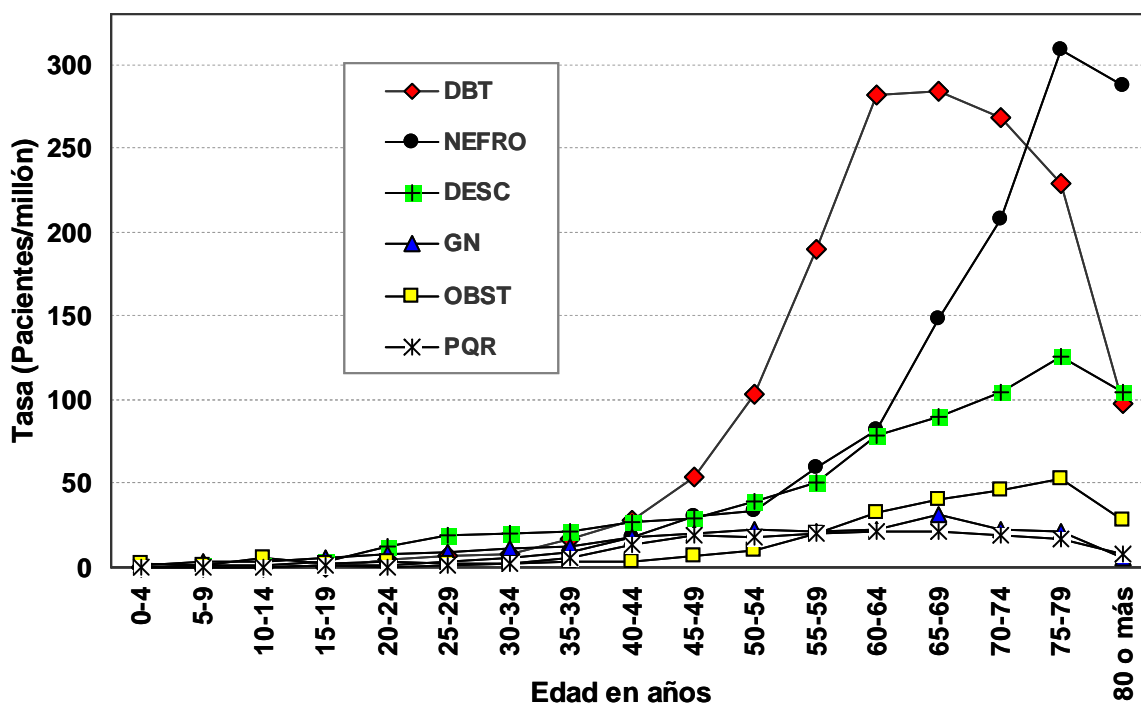


GRÁFICO 16d: TASAS DE INCIDENCIA EN DC EN EL AÑO 2013 DE LAS PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE IRD POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Etiologías de IRD al Ingreso a DC por Provincias

Hemos observado diferencias entre provincias respecto a la incidencia a DC; la gran variabilidad alcanza también a las tasas por causa de IRD en los 10 años evaluados hasta ahora. En las Tablas 5a, 5b, 5c y 5d se presentan las tasas por Etiología de IRD por Provincias de residencia del paciente para 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente. En provincias pequeñas las tasas varían considerablemente entre uno y otro año. Para disminuir los grandes desvíos, se calcularon las tasas de las etiologías para el período 2011-2013 (Tabla 5e).

TABLA 5a: INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2010

PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA		TASAS POR ETIOLOGÍAS											
	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL
BUENOS AIRES	145.8	23.9	11.3	2.2	8.9	33.0	6.6	0.6	1.8	48.9	0.8	0.8	6.8	0.1
CAPITAL FEDERAL	140.7	35.3	11.6	1.7	5.9	34.7	6.9	1.0	0.3	33.7	1.0	2.6	5.9	0.0
CATAMARCA	132.4	21.2	10.6	5.3	2.6	15.9	0.0	0.0	0.0	68.8	0.0	0.0	5.3	2.6
CHACO	118.5	12.0	5.6	3.7	13.0	31.5	2.8	0.0	2.8	40.7	0.0	1.9	4.6	0.0
CHUBUT	111.0	11.7	11.7	0.0	9.7	27.3	5.8	0.0	0.0	33.1	0.0	0.0	11.7	0.0
CORDOBA	177.6	23.4	10.1	2.4	9.5	50.7	7.1	0.3	1.2	61.4	1.2	2.1	8.0	0.3
CORRIENTES	140.5	22.6	13.8	2.9	9.8	28.5	4.9	1.0	1.0	48.1	1.0	0.0	6.9	0.0
ENTRE RÍOS	128.2	20.7	8.8	0.8	8.8	35.0	7.2	0.0	1.6	39.8	0.8	0.8	4.0	0.0
FORMOSA	103.3	18.1	1.8	1.8	12.7	32.6	7.3	0.0	0.0	25.4	0.0	1.8	1.8	0.0
JUJUY	162.4	24.9	14.6	0.0	7.3	36.6	5.9	0.0	2.9	62.9	0.0	1.5	5.9	0.0
LA PAMPA	152.9	3.1	9.2	0.0	12.2	61.2	6.1	0.0	3.1	52.0	0.0	0.0	6.1	0.0
LA RIOJA	245.2	20.4	20.4	0.0	2.9	75.9	2.9	0.0	0.0	122.6	0.0	0.0	0.0	0.0
MENDOZA	189.9	23.1	10.7	5.1	12.4	38.9	4.5	0.0	3.4	81.7	0.0	2.3	7.9	0.0
MISIONES	110.5	13.5	9.9	0.9	1.8	32.3	2.7	0.0	0.9	41.3	0.9	0.9	5.4	0.0
NEUQUEN	171.4	17.5	14.0	1.7	5.2	52.5	12.2	0.0	8.7	54.2	0.0	0.0	1.7	3.5
RIO NEGRO	171.2	32.4	20.1	3.1	4.6	49.4	6.2	0.0	1.5	46.3	1.5	0.0	6.2	0.0
SALTA	134.0	33.1	6.5	0.8	3.2	21.8	4.8	0.8	2.4	57.3	0.0	0.0	3.2	0.0
SAN JUAN	219.8	18.7	25.9	0.0	15.8	44.5	11.5	0.0	4.3	91.9	0.0	1.4	5.7	0.0
SAN LUIS	191.5	13.5	11.3	0.0	15.8	58.6	9.0	0.0	2.3	81.1	0.0	0.0	0.0	0.0
SANTA CRUZ	98.0	21.8	14.5	0.0	3.6	14.5	0.0	0.0	0.0	39.9	0.0	0.0	3.6	0.0
SANTA FE	145.8	27.9	10.4	2.1	6.4	28.2	9.2	0.9	1.8	52.2	0.0	0.6	5.8	0.0
SANTIAGO DEL ESTERO	120.6	19.3	8.0	1.1	3.4	27.3	4.5	0.0	0.0	53.5	1.1	0.0	2.3	0.0
TIERRA DEL FUEGO	129.1	7.6	7.6	0.0	7.6	22.8	0.0	0.0	0.0	76.0	0.0	0.0	7.6	0.0
TUCUMAN	200.8	28.2	6.0	2.7	13.4	41.0	8.1	0.0	1.3	96.0	0.0	0.0	4.0	0.0
TOTAL	150.9	24.0	10.9	2.1	8.5	35.4	6.5	0.5	1.7	53.5	0.6	1.0	6.0	0.1

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial;OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO:Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT:Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar
TASAS POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

TABLA 5b: INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2011

PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA		TASAS POR ETIOLOGÍAS											
	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL
BUENOS AIRES	145.2	24.5	12.0	1.7	8.0	32.0	5.9	0.3	1.5	50.0	0.5	0.6	8.0	0.2
CAPITAL FEDERAL	153.0	26.0	16.8	2.0	7.3	36.9	8.2	0.7	0.3	46.1	0.7	1.0	6.9	0.0
CATAMARCA	186.1	26.2	2.6	7.9	10.5	28.8	2.6	0.0	5.2	102.2	0.0	0.0	0.0	0.0
CHACO	122.6	16.5	5.5	0.9	8.2	34.8	1.8	0.0	5.5	43.0	0.0	0.0	6.4	0.0
CHUBUT	135.4	22.9	13.4	1.9	9.5	19.1	5.7	0.0	3.8	36.2	0.0	3.8	19.1	0.0
CÓRDOBA	175.9	21.4	11.7	2.3	9.7	49.8	7.3	0.6	2.3	61.0	0.9	0.6	8.2	0.0
CORRIENTES	145.9	21.4	6.8	3.9	10.7	43.8	11.7	0.0	0.0	39.9	1.0	1.0	5.8	0.0
ENTRE RÍOS	129.3	23.6	7.1	0.0	13.4	33.9	3.2	0.0	0.0	38.6	0.8	1.6	7.1	0.0
FORMOSA	91.5	3.6	3.6	0.0	5.4	35.9	5.4	0.0	3.6	32.3	0.0	0.0	0.0	1.8
JUJUY	153.1	8.7	13.0	0.0	8.7	40.4	2.9	0.0	5.8	69.3	0.0	0.0	4.3	0.0
LA PAMPA	160.5	6.1	18.2	0.0	18.2	60.6	3.0	0.0	0.0	48.4	0.0	0.0	6.1	0.0
LA RIOJA	218.7	17.3	5.8	0.0	5.8	54.7	5.8	0.0	2.9	120.9	2.9	0.0	2.9	0.0
MENDOZA	178.6	27.8	15.6	2.2	10.0	35.1	7.2	0.0	1.7	67.3	0.6	1.7	8.9	0.6
MISIONES	102.8	15.9	8.0	2.7	5.3	30.1	3.5	0.0	2.7	29.2	0.0	0.9	4.4	0.0
NEUQUÉN	156.4	25.8	10.3	5.2	8.6	36.1	0.0	0.0	5.2	58.4	0.0	1.7	5.2	0.0
RÍO NEGRO	177.7	34.9	18.2	0.0	10.6	36.4	3.0	0.0	1.5	63.8	0.0	1.5	7.6	0.0
SALTA	135.1	19.9	7.2	0.0	4.0	23.8	4.8	2.4	2.4	66.0	0.0	0.8	4.0	0.0
SAN JUAN	191.6	21.3	19.9	1.4	5.7	52.5	5.7	0.0	4.3	71.0	1.4	1.4	7.1	0.0
SAN LUIS	188.7	28.9	11.1	0.0	8.9	48.8	6.7	0.0	4.4	73.3	2.2	2.2	2.2	0.0
SANTA CRUZ	109.0	31.6	17.6	3.5	10.5	7.0	0.0	0.0	3.5	31.6	3.5	0.0	0.0	0.0
SANTA FE	136.4	23.7	11.9	0.9	7.0	29.5	5.8	0.3	2.7	48.4	0.3	1.5	4.3	0.0
SANTIAGO DEL ESTERO	121.5	18.0	10.1	2.3	1.1	22.5	1.1	0.0	0.0	58.5	1.1	0.0	5.6	1.1
TIERRA DEL FUEGO	58.9	0.0	0.0	0.0	0.0	7.4	0.0	0.0	0.0	51.6	0.0	0.0	0.0	0.0
TUCUMÁN	220.5	36.4	7.9	4.0	7.3	27.8	7.9	0.0	2.6	118.5	0.7	0.0	7.3	0.0
TOTAL	150.6	23.4	11.6	1.8	8.1	34.4	5.8	0.3	2.0	54.9	0.6	0.8	6.9	0.1

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial;OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO:Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT:Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar
TASAS POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

TABLA 5c: INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2012

PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA		TASAS POR ETIOLOGÍAS											
	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL
BUENOS AIRES	151.7	25.2	12.0	1.6	8.3	32.8	8.0	0.3	2.2	52.4	1.2	0.9	6.9	0.1
CAPITAL FEDERAL	156.3	25.7	12.5	2.6	7.6	43.1	9.2	0.3	1.3	39.2	2.0	3.0	9.9	0.0
CATAMARCA	171.2	7.8	18.2	10.4	10.4	33.7	7.8	0.0	5.2	75.2	0.0	0.0	2.6	0.0
CHACO	118.5	15.4	3.6	1.8	12.7	35.3	3.6	0.0	3.6	36.2	0.0	0.0	6.3	0.0
CHUBUT	127.1	18.7	22.4	1.9	11.2	26.2	9.3	0.0	5.6	24.3	0.0	0.0	7.5	0.0
CÓRDOBA	173.9	22.9	10.4	2.0	7.5	53.9	6.7	0.0	1.4	62.0	0.6	0.0	6.4	0.0
CORRIENTES	163.7	27.0	9.6	4.8	7.7	45.2	4.8	0.0	3.9	54.9	0.0	1.9	3.9	0.0
ENTRE RÍOS	128.7	23.4	10.9	0.8	9.4	34.3	9.4	0.8	0.8	31.2	0.0	0.8	7.0	0.0
FORMOSA	83.5	10.7	5.3	0.0	5.3	12.4	0.0	0.0	0.0	40.9	0.0	0.0	7.1	1.8
JUJUY	145.5	27.1	7.1	0.0	4.3	29.9	5.7	1.4	1.4	64.2	0.0	1.4	2.9	0.0
LA PAMPA	125.9	18.0	9.0	0.0	3.0	39.0	9.0	0.0	0.0	45.0	0.0	0.0	3.0	0.0
LA RIOJA	244.0	14.2	19.9	0.0	5.7	93.6	0.0	0.0	0.0	110.6	0.0	0.0	0.0	0.0
MENDOZA	193.4	29.1	14.3	4.4	9.3	33.0	9.3	0.0	1.6	83.0	0.5	1.6	7.1	0.0
MISIONES	109.2	21.8	6.1	1.7	7.9	15.7	2.6	0.0	2.6	41.1	0.0	1.7	7.9	0.0
NEUQUÉN	177.5	22.0	27.1	5.1	8.5	30.4	6.8	0.0	0.0	69.3	0.0	0.0	8.5	0.0
RÍO NEGRO	158.5	25.4	12.0	0.0	12.0	25.4	9.0	0.0	0.0	52.3	4.5	0.0	17.9	0.0
SALTA	148.8	30.5	7.8	0.0	7.8	15.7	3.9	0.0	4.7	71.3	0.0	0.0	7.0	0.0
SAN JUAN	179.5	19.6	12.6	2.8	11.2	40.7	7.0	0.0	7.0	72.9	0.0	0.0	5.6	0.0
SAN LUIS	194.8	35.0	4.4	2.2	24.1	50.3	10.9	0.0	4.4	54.7	2.2	2.2	2.2	2.2
SANTA CRUZ	98.8	3.4	17.0	3.4	3.4	17.0	3.4	0.0	0.0	44.3	3.4	0.0	3.4	0.0
SANTA FE	147.3	26.0	10.9	2.4	8.5	29.0	8.5	0.9	0.9	50.4	1.5	1.8	6.6	0.0
SANTIAGO DEL ESTERO	144.7	23.4	7.8	1.1	3.3	13.4	10.0	0.0	2.2	77.9	1.1	0.0	3.3	1.1
TIERRA DEL FUEGO	121.6	14.3	21.5	0.0	7.2	14.3	7.2	0.0	0.0	35.8	0.0	0.0	21.5	0.0
TUCUMÁN	202.5	30.1	7.2	2.0	7.8	28.7	5.9	0.0	3.3	111.1	1.3	0.0	4.6	0.7
TOTAL	154.9	24.4	11.3	2.0	8.3	34.0	7.4	0.3	2.1	56.2	1.0	1.0	6.8	0.1

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO: Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT: Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar
TASAS POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

TABLA 5d: INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2013

PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA		TASAS POR ETIOLOGÍAS											
	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL
BUENOS AIRES	156.2	28.9	11.8	1.7	8.9	31.9	6.9	0.4	1.3	55.5	0.9	1.2	6.8	0.1
CAPITAL FEDERAL	154.1	28.9	15.4	2.6	7.6	36.5	8.2	2.3	0.7	40.4	1.6	1.6	7.6	0.7
CATAMARCA	187.5	18.0	15.4	0.0	18.0	23.1	5.1	0.0	10.3	95.1	0.0	2.6	0.0	0.0
CHACO	135.1	20.6	6.3	1.8	10.7	41.1	1.8	1.8	0.9	43.8	0.0	0.9	5.4	0.0
CHUBUT	141.1	22.0	14.7	0.0	11.0	18.3	9.2	0.0	1.8	36.7	0.0	0.0	27.5	0.0
CÓRDOBA	165.9	23.5	12.6	3.2	8.9	45.8	7.7	1.1	2.0	52.4	0.9	1.4	6.0	0.3
CORRIENTES	137.2	19.1	4.8	1.9	15.2	43.8	3.8	1.0	1.9	41.9	0.0	1.0	2.9	0.0
ENTRE RÍOS	153.7	37.1	6.2	0.0	6.9	47.1	12.4	0.8	1.5	35.5	0.0	2.3	3.9	0.0
FORMOSA	117.9	15.8	8.8	0.0	8.8	24.6	5.3	0.0	1.8	38.7	0.0	0.0	14.1	0.0
JUJUY	166.2	35.2	12.7	1.4	5.6	25.3	5.6	1.4	2.8	73.2	0.0	0.0	2.8	0.0
LA PAMPA	190.1	8.9	8.9	3.0	8.9	59.4	11.9	0.0	0.0	65.3	0.0	3.0	20.8	0.0
LA RIOJA	215.4	16.8	5.6	5.6	5.6	78.3	0.0	0.0	5.6	92.3	0.0	0.0	5.6	0.0
MENDOZA	182.4	29.3	13.6	5.4	14.7	41.3	7.6	0.0	1.6	57.6	2.2	0.5	8.1	0.5
MISIONES	126.8	32.8	10.3	1.7	3.4	20.7	5.2	0.0	3.4	44.8	0.0	1.7	2.6	0.0
NEUQUÉN	183.0	20.0	23.3	3.3	3.3	43.3	5.0	0.0	6.7	73.2	0.0	0.0	5.0	0.0
RÍO NEGRO	185.6	32.4	11.8	4.4	7.4	47.1	5.9	0.0	2.9	61.9	1.5	0.0	10.3	0.0
SALTA	149.7	34.0	5.4	0.8	3.9	27.0	6.9	0.8	1.5	66.4	0.0	0.0	3.1	0.0
SAN JUAN	200.9	18.0	9.7	4.2	15.2	49.9	4.2	2.8	5.5	79.0	0.0	0.0	12.5	0.0
SAN LUIS	222.3	36.7	10.8	8.6	21.6	58.3	15.1	2.2	2.2	66.9	0.0	0.0	0.0	0.0
SANTA CRUZ	115.7	19.8	6.6	0.0	3.3	33.1	6.6	0.0	0.0	43.0	0.0	0.0	3.3	0.0
SANTA FE	151.1	25.4	10.5	1.8	10.8	30.8	9.6	0.0	0.9	51.5	1.8	0.6	7.2	0.3
SANTIAGO DEL ESTERO	177.3	29.7	16.5	1.1	13.2	26.4	6.6	0.0	1.1	78.2	0.0	0.0	4.4	0.0
TIERRA DEL FUEGO	145.8	34.7	20.8	0.0	13.9	6.9	0.0	0.0	0.0	69.5	0.0	0.0	0.0	0.0
TUCUMÁN	202.4	28.4	8.4	1.9	11.0	43.2	5.8	0.6	1.3	98.0	0.0	0.0	3.9	0.0
TOTAL	160.2	27.5	11.4	2.1	9.4	35.6	7.1	0.6	1.7	56.2	0.8	1.0	6.6	0.1

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO: Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT: Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar
TASAS POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

TABLA 5e: INCIDENCIA EN DC EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. TRIENIO 2011-2013

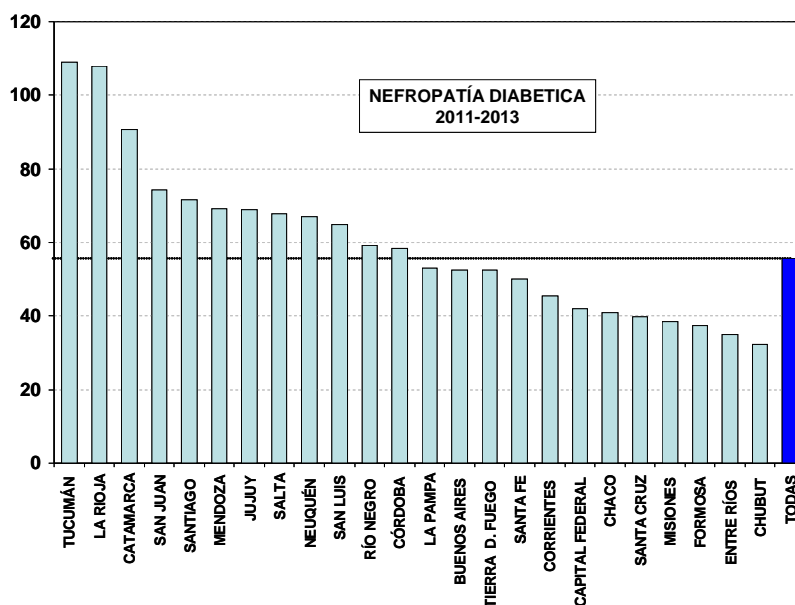
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA		TASAS POR ETIOLOGÍAS											
	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FAMIL
BUENOS AIRES	151.1	26.2	12.0	1.6	8.4	32.2	6.9	0.3	1.7	52.6	0.9	0.9	7.2	0.1
CAPITAL FEDERAL	154.4	26.9	14.9	2.4	7.5	38.8	8.6	1.1	0.8	41.9	1.4	1.9	8.1	0.2
CATAMARCA	181.6	17.3	12.1	6.1	13.0	28.5	5.2	0.0	6.9	90.8	0.0	0.9	0.9	0.0
CHACO	125.5	17.5	5.1	1.5	10.6	37.1	2.4	0.6	3.3	41.0	0.0	0.3	6.0	0.0
CHUBUT	134.6	21.2	16.8	1.2	10.6	21.2	8.1	0.0	3.7	32.4	0.0	1.2	18.1	0.0
CÓRDOBA	171.8	22.6	11.6	2.5	8.7	49.8	7.2	0.6	1.9	58.4	0.8	0.7	6.9	0.1
CORRIENTES	148.9	22.5	7.1	3.5	11.2	44.3	6.7	0.3	1.9	45.6	0.3	1.3	4.2	0.0
ENTRE RÍOS	137.3	28.1	8.1	0.3	9.9	38.5	8.3	0.5	0.8	35.1	0.3	1.6	6.0	0.0
FORMOSA	97.7	10.1	5.9	0.0	6.5	24.3	3.6	0.0	1.8	37.3	0.0	0.0	7.1	1.2
JUJUY	155.0	23.8	10.9	0.5	6.2	31.8	4.8	1.0	3.3	68.9	0.0	0.5	3.3	0.0
LA PAMPA	158.9	11.0	12.0	1.0	10.0	53.0	8.0	0.0	0.0	53.0	0.0	1.0	10.0	0.0
LA RIOJA	226.0	16.1	10.4	1.9	5.7	75.7	1.9	0.0	2.8	107.8	0.9	0.0	2.8	0.0
MENDOZA	184.8	28.8	14.5	4.0	11.4	36.5	8.1	0.0	1.6	69.2	1.1	1.3	8.1	0.4
MISIONES	113.0	23.6	8.2	2.0	5.5	22.1	3.8	0.0	2.9	38.5	0.0	1.5	5.0	0.0
NEUQUÉN	172.5	22.5	20.3	4.5	6.8	36.6	3.9	0.0	3.9	67.1	0.0	0.6	6.2	0.0
RÍO NEGRO	174.0	30.9	14.0	1.5	10.0	36.4	6.0	0.0	1.5	59.3	2.0	0.5	12.0	0.0
SALTA	144.6	28.2	6.8	0.3	5.2	22.2	5.2	1.0	2.9	67.9	0.0	0.3	4.7	0.0
SAN JUAN	190.7	19.6	14.0	2.8	10.7	47.7	5.6	0.9	5.6	74.3	0.5	0.5	8.4	0.0
SAN LUIS	202.1	33.6	8.8	3.6	18.2	52.5	10.9	0.7	3.6	64.9	1.5	1.5	1.5	0.7
SANTA CRUZ	107.9	18.2	13.6	2.3	5.7	19.3	3.4	0.0	1.1	39.8	2.3	0.0	2.3	0.0
SANTA FE	145.0	25.1	11.1	1.7	8.8	29.8	7.9	0.4	1.5	50.1	1.2	1.3	6.0	0.1
SANTIAGO DEL ESTERO	148.0	23.7	11.5	1.5	5.9	20.8	5.9	0.0	1.1	71.6	0.7	0.0	4.5	0.7
TIERRA DEL FUEGO	109.6	16.7	14.3	0.0	7.1	9.5	2.4	0.0	0.0	52.4	0.0	0.0	7.1	0.0
TUCUMÁN	208.4	31.6	7.8	2.6	8.7	33.3	6.5	0.2	2.4	109.1	0.7	0.0	5.2	0.2
TOTAL	155.3	25.1	11.5	1.9	8.6	34.7	6.7	0.4	1.9	55.7	0.8	0.9	6.8	0.1

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstruiva; NEFRO: Nefroangiosclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT: Nefropatía Diabética; SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías; FAMIL: Nefropatía Familiar
TASAS POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

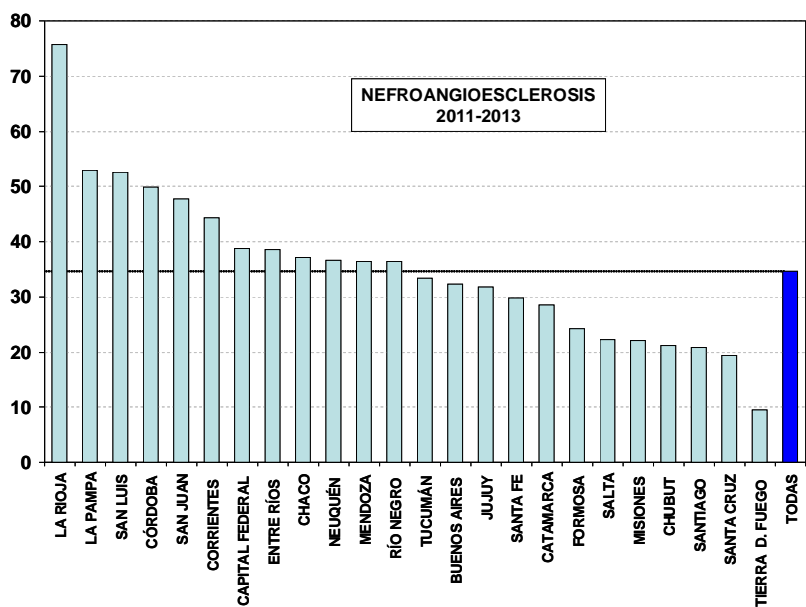
A continuación presentamos, para las principales causas, las tasas de cada uno de los 3 últimos años y la tasa media 2011-2013; los gráficos aledaños muestran las tasas medias 2011-2013 de cada Provincia y la del Total país.

Así de esta manera y comenzando con Nefropatía Diabética, las diferencias entre provincias son menores (Tucumán 109 y Chubut 32 pacientes por millón); no obstante las mismas son muy significativas.

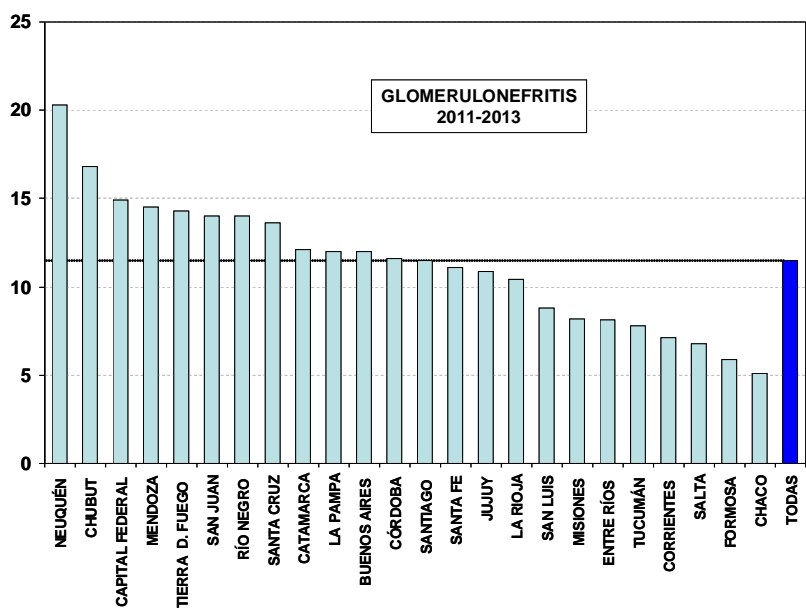
NEFROPATÍA DIABÉTICA				
PROVINCIA PAC.	2011	2012	2013	2011-13
TUCUMÁN	119	111	98	109.1
LA RIOJA	121	111	92	107.8
CATAMARCA	102	75	95	90.8
SAN JUAN	71	73	79	74.3
SANTIAGO	59	78	78	71.6
MENDOZA	67	83	58	69.2
JUJUY	69	64	73	68.9
SALTA	66	71	66	67.9
NEUQUÉN	58	69	73	67.1
SAN LUIS	73	55	67	64.9
RÍO NEGRO	64	52	62	59.3
CÓRDOBA	61	62	52	58.4
LA PAMPA	48	45	65	53.0
BUENOS AIRES	50	52	55	52.6
TIERRA D. FUEGO	52	36	69	52.4
SANTA FE	48	50	51	50.1
CORRIENTES	40	55	42	45.6
CAPITAL FEDERAL	46	39	40	41.9
CHACO	43	36	44	41.0
SANTA CRUZ	32	44	43	39.8
MISIONES	29	41	45	38.5
FORMOSA	32	41	39	37.3
ENTRE RÍOS	39	31	36	35.1
CHUBUT	36	24	37	32.4
TODAS	54.9	56.2	56.2	55.7



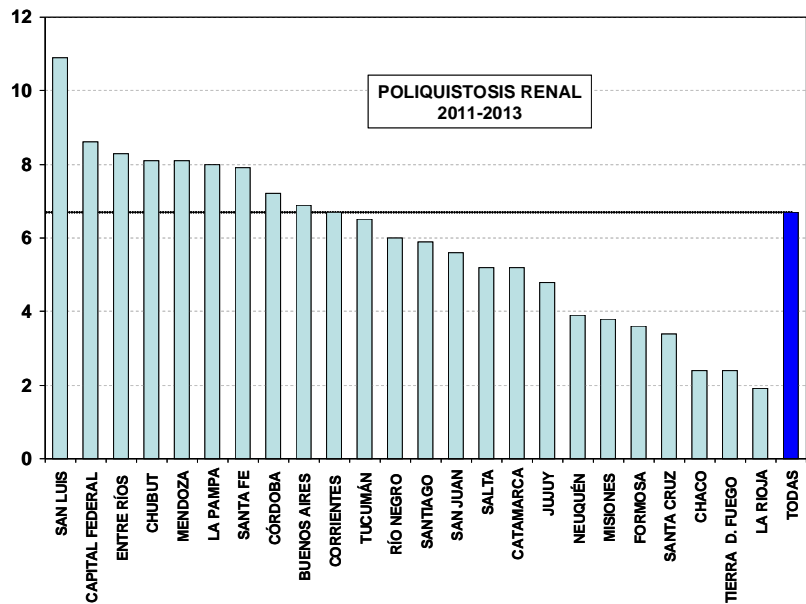
NEFROANGIOESCLEROSIS				
PROVINCIA PAC.	2011	2012	2013	2011-13
LA RIOJA	55	94	78	75.7
LA PAMPA	61	39	59	53.0
SAN LUIS	49	50	58	52.5
CÓRDOBA	50	54	46	49.8
SAN JUAN	53	41	50	47.7
CORRIENTES	44	45	44	44.3
CAPITAL FEDERAL	37	43	36	38.8
ENTRE RÍOS	34	34	47	38.5
CHACO	35	35	41	37.1
NEUQUÉN	36	30	43	36.6
MENDOZA	35	33	41	36.5
RÍO NEGRO	36	25	47	36.4
TUCUMÁN	28	29	43	33.3
BUENOS AIRES	32	33	32	32.2
JUJUY	40	30	25	31.8
SANTA FE	30	29	31	29.8
CATAMARCA	29	34	23	28.5
FORMOSA	36	12	25	24.3
SALTA	24	16	27	22.2
MISIONES	30	16	21	22.1
CHUBUT	19	26	18	21.2
SANTIAGO	23	13	26	20.8
SANTA CRUZ	7	17	33	19.3
TIERRA D. FUEGO	7	14	7	9.5
TODAS	34.4	34.0	35.6	34.7
INCIDENCIA EN PACIENTES POR MILLÓN HAB./AÑO				



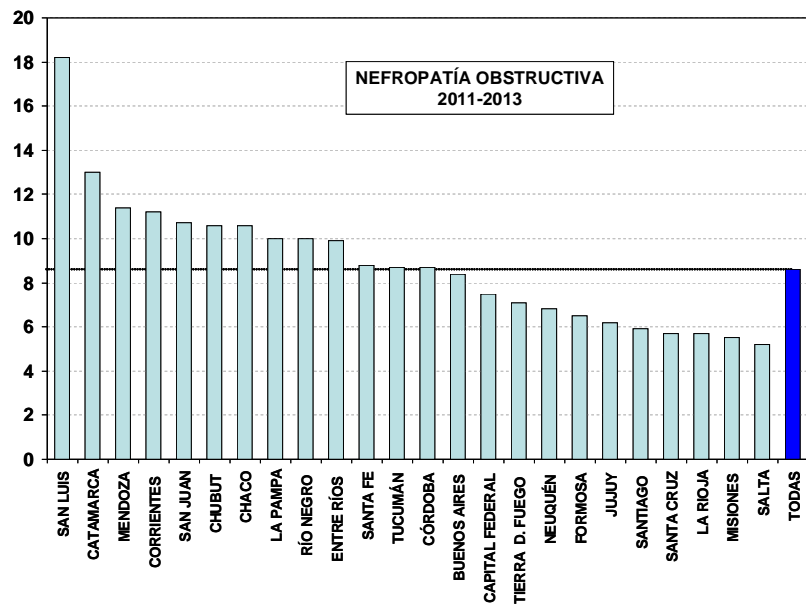
GLOMERULONEFRITIS				
PROVINCIA PAC.	2011	2012	2013	2011-13
NEUQUÉN	10	27	23	20.3
CHUBUT	13	22	15	16.8
CAPITAL FEDERAL	17	13	15	14.9
MENDOZA	16	14	14	14.5
TIERRA D. FUEGO	0	21	21	14.3
SAN JUAN	20	13	10	14.0
RÍO NEGRO	18	12	12	14.0
SANTA CRUZ	18	17	7	13.6
CATAMARCA	3	18	15	12.1
LA PAMPA	18	9	9	12.0
BUENOS AIRES	12	12	12	12.0
CÓRDOBA	12	10	13	11.6
SANTIAGO	10	8	17	11.5
SANTA FE	12	11	10	11.1
JUJUY	13	7	13	10.9
LA RIOJA	6	20	6	10.4
SAN LUIS	11	4	11	8.8
MISIONES	8	6	10	8.2
ENTRE RÍOS	7	11	6	8.1
TUCUMÁN	8	7	8	7.8
CORRIENTES	7	10	5	7.1
SALTA	7	8	5	6.8
FORMOSA	4	5	9	5.9
CHACO	5	4	6	5.1
TODAS	11.6	11.3	11.4	11.5
INCIDENCIA EN PACIENTES POR MILLÓN HAB./AÑO				



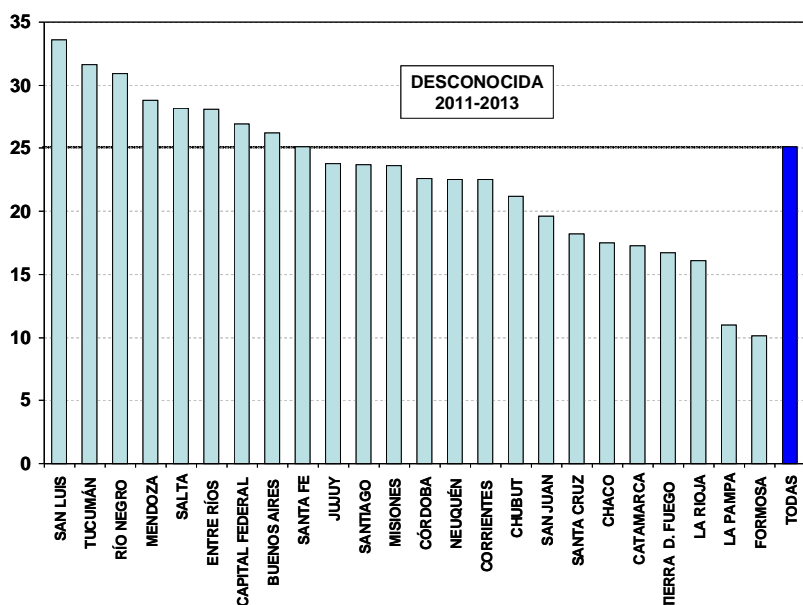
POLIQUISTOSIS RENAL				
PROVINCIA PAC.	2011	2012	2013	2011-13
SAN LUIS	7	11	15	10.9
CAPITAL FEDERAL	8	9	8	8.6
ENTRE RÍOS	3	9	12	8.3
CHUBUT	6	9	9	8.1
MENDOZA	7	9	8	8.1
LA PAMPA	3	9	12	8.0
SANTA FE	6	8	10	7.9
CÓRDOBA	7	7	8	7.2
BUENOS AIRES	6	8	7	6.9
CORRIENTES	12	5	4	6.7
TUCUMÁN	8	6	6	6.5
RÍO NEGRO	3	9	6	6.0
SANTIAGO	1	10	7	5.9
SAN JUAN	6	7	4	5.6
SALTA	5	4	7	5.2
CATAMARCA	3	8	5	5.2
JUJUY	3	6	6	4.8
NEUQUÉN	0	7	5	3.9
MISIONES	4	3	5	3.8
FORMOSA	5	0	5	3.6
SANTA CRUZ	0	3	7	3.4
CHACO	2	4	2	2.4
TIERRA D. FUEGO	0	7	0	2.4
LA RIOJA	6	0	0	1.9
TODAS	5.8	7.4	7.1	6.7
INCIDENCIA EN PACIENTES POR MILLÓN HAB./AÑO				



NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA				
PROVINCIA PAC.	2011	2012	2013	2011-13
SAN LUIS	9	24	22	18.2
CATAMARCA	10	10	18	13.0
MENDOZA	10	9	15	11.4
CORRIENTES	11	8	15	11.2
SAN JUAN	6	11	15	10.7
CHUBUT	10	11	11	10.6
CHACO	8	13	11	10.6
LA PAMPA	18	3	9	10.0
RÍO NEGRO	11	12	7	10.0
ENTRE RÍOS	13	9	7	9.9
SANTA FE	7	8	11	8.8
TUCUMÁN	7	8	11	8.7
CÓRDOBA	10	8	9	8.7
BUENOS AIRES	8	8	9	8.4
CAPITAL FEDERAL	7	8	8	7.5
TIERRA D. FUEGO	0	7	14	7.1
NEUQUÉN	9	8	3	6.8
FORMOSA	5	5	9	6.5
JUJUY	9	4	6	6.2
SANTIAGO	1	3	13	5.9
SANTA CRUZ	11	3	3	5.7
LA RIOJA	6	6	6	5.7
MISIONES	5	8	3	5.5
SALTA	4	8	4	5.2
TODAS	8.1	8.3	9.4	8.6
INCIDENCIA EN PACIENTES POR MILLÓN HAB./AÑO				



ETIOLOGÍA DESCONOCIDA				
PROVINCIA PAC.	2011	2012	2013	2011-13
SAN LUIS	29	35	37	33.6
TUCUMÁN	36	30	28	31.6
RÍO NEGRO	35	25	32	30.9
MENDOZA	28	29	29	28.8
SALTA	20	31	34	28.2
ENTRE RÍOS	24	23	37	28.1
CAPITAL FEDERAL	26	26	29	26.9
BUENOS AIRES	25	25	29	26.2
SANTA FE	24	26	25	25.1
JUJUY	9	27	35	23.8
SANTIAGO	18	23	30	23.7
MISIONES	16	22	33	23.6
CÓRDOBA	21	23	23	22.6
NEUQUÉN	26	22	20	22.5
CORRIENTES	21	27	19	22.5
CHUBUT	23	19	22	21.2
SAN JUAN	21	20	18	19.6
SANTA CRUZ	32	3	20	18.2
CHACO	16	15	21	17.5
CATAMARCA	26	8	18	17.3
TIERRA D. FUEGO	0	14	35	16.7
LA RIOJA	17	14	17	16.1
LA PAMPA	6	18	9	11.0
FORMOSA	4	11	16	10.1
TODAS	23.4	24.4	27.5	25.1
INCIDENCIA EN PACIENTES POR MILLÓN HAB./AÑO				



Nuestro país presenta importantes diferencias en las Tasas de Incidencia a DC cuando se analiza por Provincia de residencia del paciente; esto ocurre desde que comenzó a registrarse en forma completa en el año 2004. Esta desigualdad o disparidad obedece a distintos factores que van más allá de este trabajo; solo podemos decir que todavía en 2011-2013 existen algunos distritos donde la detección de pacientes con necesidad de tratamiento sustitutivo es deficiente. También que algunas provincias presentan altas tasas de algunas etiologías de ingreso que si se hubiera realizado prevención-tratamiento adecuados no existirían.

Observamos en la penúltima tabla-gráfico que San Luis y Catamarca presentan las tasas más altas de Nefropatía Obstrucciona como causa de Ingreso a DC en el Trienio 2011-2013. Ésta es una patología casi exclusiva de la persona mayor de 55 años, que de prevenirse haría que menos pacientes ingresen a DC.

TABLA 5f: NEFROPATÍA DIABÉTICA COMO CAUSA DE INGRESO A DC										
PROVINCIA DEL PACIENTE	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TUCUMÁN	90.4	77.4	88.2	96.8	101.0	97.8	96.0	118.5	111.1	98.0
CATAMARCA	92.2	93.1	53.6	60.4	64.4	47.9	68.8	102.2	75.2	95.1
LA RIOJA	51.0	62.4	67.2	65.8	79.1	86.1	122.6	120.9	110.6	92.3
SAN JUAN	54.8	52.5	66.5	59.8	86.3	90.7	91.9	71.0	72.9	79.0
SANTIAGO	49.3	47.6	62.5	46.7	53.1	46.9	53.5	58.5	77.9	78.2
JUJUY	45.1	61.3	63.5	74.5	52.9	75.4	62.9	69.3	64.2	73.2
NEUQUÉN	46.8	63.3	47.2	59.4	65.7	70.1	54.2	58.4	69.3	73.2
TIERRA D. FUEGO	35.8	34.7	33.6	40.8	47.5	23.1	76.0	51.6	35.8	69.5
SAN LUIS	55.0	39.1	40.6	63.1	57.1	85.0	81.1	73.3	54.7	66.9
SALTA	56.1	58.5	49.9	45.7	62.1	62.6	57.3	66.0	71.3	66.4
LA PAMPA	28.3	40.4	43.0	39.4	39.0	44.4	52.0	48.4	45.0	65.3
RÍO NEGRO	37.7	39.2	47.4	45.4	43.5	69.9	46.3	63.8	52.3	61.9
MENDOZA	63.9	74.0	73.2	73.0	71.7	77.2	81.7	67.3	83.0	57.6
BUENOS AIRES	43.4	50.4	48.8	49.2	47.4	46.5	48.9	50.0	52.4	55.5
CÓRDOBA	51.4	54.4	54.2	63.4	56.9	61.7	61.4	61.0	62.0	52.4
SANTA FE	30.7	41.9	41.3	45.6	48.1	45.6	52.2	48.4	50.4	51.5
MISIONES	18.7	28.2	12.4	25.4	32.5	38.4	41.3	29.2	41.1	44.8
CHACO	18.7	40.0	29.0	31.6	38.0	33.0	40.7	43.0	36.2	43.8
SANTA CRUZ	14.3	23.4	32.1	49.6	39.8	43.5	39.9	31.6	44.3	43.0
CORRIENTES	21.6	29.6	26.2	35.9	52.3	40.0	48.1	39.9	54.9	41.9
CAPITAL FEDERAL	30.2	29.8	33.0	32.0	32.2	35.1	33.7	46.1	39.2	40.4
FORMOSA	39.2	48.3	34.3	39.5	38.9	54.8	25.4	32.3	40.9	38.7
CHUBUT	25.0	44.9	40.0	43.9	41.2	47.2	33.1	36.2	24.3	36.7
ENTRE RÍOS	31.5	26.3	25.2	29.0	28.7	31.5	39.8	38.6	31.2	35.5
TODAS	43.1	48.7	47.6	50.1	50.8	52.1	53.5	54.9	56.2	56.2
Incidencia en Nuevos Pacientes en DC por millón de habitantes /año										

Otra de ellas y la más importante es la Diabetes Mellitus, que de tratarse adecuadamente en etapas tempranas menos pacientes llegarían a DC o por lo menos no se provocaría la tan masiva llegada de pacientes a DC causada por esa etiología de IRD, como vemos en algunas provincias argentinas.

En la tabla 5f se muestran las Tasas de Ingresos a DC desde el año 2004 hasta el año 2013 por provincia de residencia del paciente, estando ordenadas de mayor a menor Tasa 2013. En negrita se marcan las casillas de las Provincias que mostraron mayor tasa que la media nacional en los años evaluados. Como se observa, Tucumán, Catamarca, La Rioja, San Juan, Santiago, Jujuy y Neuquén presentan muy altas tasas de

Incidencia por Nefropatía Diabética, siempre o casi siempre mayores que la media nacional.
 Para Tucumán, esta etiología representa el 52.4% de los nuevos pacientes incidentes a DC en el trienio 2011-2013, seguida por Catamarca con el 50.0% y Santiago del Estero con el 47.8%. Las 2 primeras son las únicas provincias en donde la Nefropatía Diabética es causa del 50% o más del total de Incidentes a DC en el último trienio.

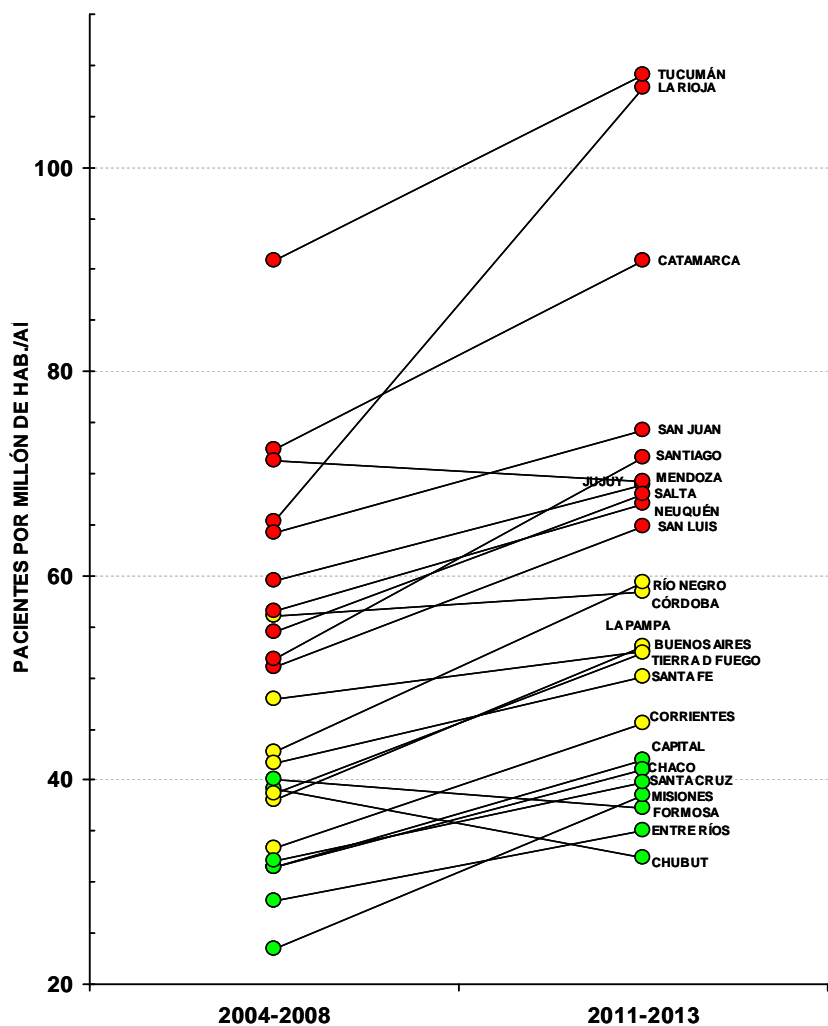


GRÁFICO 17a : CRECIMIENTO ENTRE 2 PERÍODOS DE LAS TASAS DE INCIDENCIA EN DC POR NEFROPATÍA DIABÉTICA EN PROVINCIAS ARGENTINAS

En el Gráfico 17a observamos el crecimiento de la tasa de Incidencia por Nefropatía Diabética entre 2004-2008 y 2011-2013. Las Provincias con tasas mayores a la media nacional en el período anterior aumentaron sus tasas mucho más que las provincias con tasas menores a la media nacional en ese período. Por lo anterior, es bastante probable que la brecha entre las provincias con tasas altas y las provincias con tasas bajas de Incidencia en DC por Nefropatía Diabética aumente cada vez más, de no aplicarse medidas correctivas en las primeras, que obviamente pasan por la prevención y el mejor tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones.

Al ser la Nefropatía Diabética la primer causa de Ingreso a DC existe una muy buena correlación entre la Tasa de Ingreso por Nefropatía Diabética y Tasa de Ingreso por todas las causas en Provincias argentinas. En el Gráfico 17b se muestran los puntos de cada Provincia de residencia del paciente para el Trienio 2011-2013. La r de Pearson resultó en 0.8144 (p =0.000). A mayor incidencia en DC por Nefropatía Diabética mayor será la Tasa de Incidencia general en DC y viceversa. La Diabetes es el componente mayor en la Incidencia total.

La pregunta es porque estas diferencias en Incidencia en DC por Nefropatía Diabética entre Provincias. Pensamos, al comienzo de nuestro Registro, que podía deberse a una diferente aceptación a DC por Provincias. Ello ya se descartó, ya que en todas las Provincias la aceptación es completa y las diferencias en Incidencia siguen presentes entre las mismas Provincias, transcurrido el tiempo.

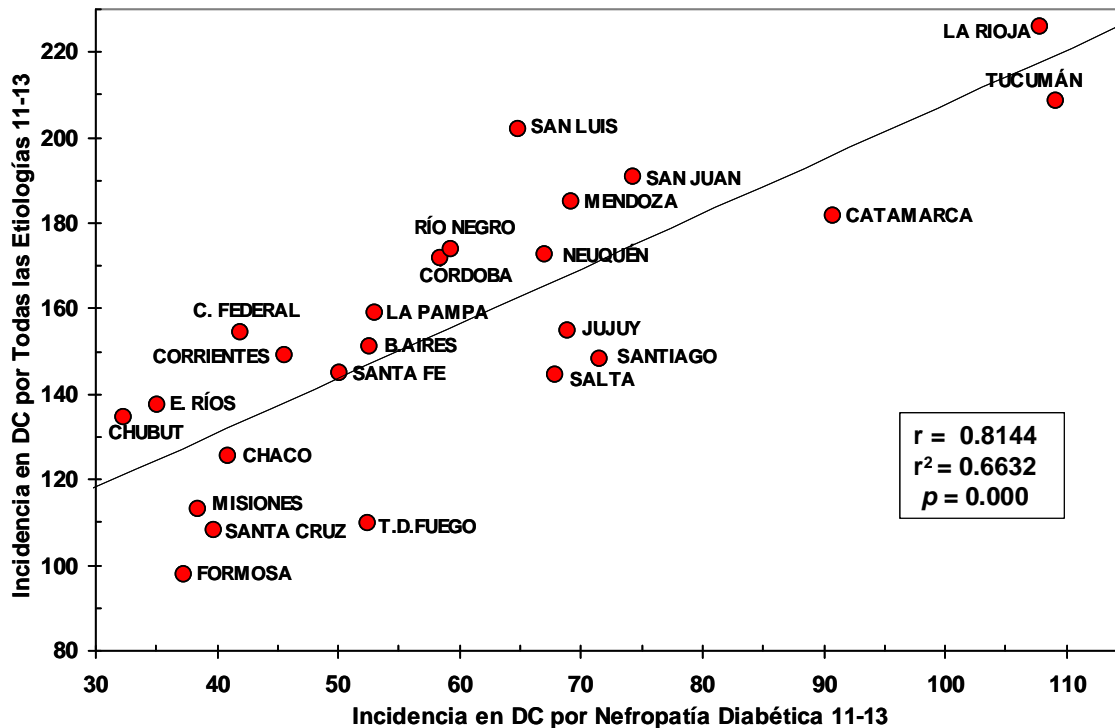


GRÁFICO 17b: CORRELACIÓN ENTRE TASAS BRUTAS DE INCIDENCIA EN DC POR NEFROPATÍA DIABÉTICA Y TASAS BRUTAS DE INCIDENCIA EN DC POR TODAS LAS CAUSAS EN PROVINCIAS DE ARGENTINA. TRIENIO 2011-2013. TASAS EN NUEVOS PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO

Decíamos en ediciones anteriores, que pueden existir muy diferentes tasas de prevalencia entre provincias para algunas enfermedades que frecuentemente conducen a la IRD como la Diabetes, de tal manera que esa podría ser la razón o una de las razones por la(s) cuál(es) algunas provincias presentan altas tasas de Ingreso a DC por Nefropatía Diabética. Según la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2005⁽¹⁵⁾, en Argentina la Prevalencia (Proporción) de Diabetes en la población de mayores de 18 años era de 8.4 % con escasas diferencias interprovinciales. En ediciones anteriores de este Registro, habíamos presentado la proporción de Diabéticos y las Tasas de Incidencia de Nefropatía Diabética por provincias para el año 2005 o 2006 o 2007. La correlación Proporción de Diabéticos con tasa de Incidencia no resultó significativa en ninguno de los años evaluados. Tampoco encontramos correlación significativa ($p = 0.395$) para el trienio 2004-2007; en realidad es negativa sin alcanzar significación ($r=0.182$)⁽⁴⁻⁸⁾.

En 2009 se realizó una Segunda ENFR que muestra que la Prevalencia de Diabetes aumentó desde 8.4% a 9.6% para el Total País, siendo este aumento muy significativo ($p = 0.006$)⁽¹⁶⁾. Por Regiones, así de mayor a menor Prevalencia se registró: Noroeste (10.5%), Cuyo (10.3%), Patagonia (10.2%), Pampeana-Gran Buenos Aires (9.4%) y Noreste (8.9%).

REGIÓN DEL PACIENTE	NEF. DIABÉTICA TASA PAC/MILLÓN	DIABÉTICOS EN % POBLACIÓN >18 AÑOS
PAMPEANA-GBA	49.1	9.4
NOROESTE	79.4	10.5
NORESTE	39.7	8.9
CUYO	79.7	10.3
PATAGONIA	52.7	10.2
TODAS	54.33	9.6
R de Pearson		0.8629
R ²		0.7445
SIGNIFICACIÓN		$p = 0.000$

TASA PAC/MILLÓN : Tasa de Ingreso a DC por Nefropatía Diabética en el Trienio 2009-2011; DIABETICOS EN % : Frecuencia relativa de Diabetes en la población de mayores de 18 años según la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2009. GBA: Gran Buenos Aires.

Realizamos una correlación entre las Tasas de Incidencia a DC por Nefropatía Diabética Trienio 2009-2011 y la Prevalencia Diabetes en el año 2009 en Regiones argentinas.

Lo que no habíamos visto previamente lo observamos en el Trienio 2008-2010 y también en el Trienio 2009-2011. A mayor proporción de Diabéticos es mayor la Tasa de Incidencia a DC por

Nefropatía Diabética. Las regiones del Noroeste y Cuyo presentan altas Tasas y Proporciones, mientras que las regiones pampeana y noreste las más bajas (Tabla 5d y Gráfico 18). La correlación es muy significativa ($p = 0.000$) lo que nos permite decir que estamos en condiciones de realizar una conclusión diferente a la de años previos: A mayor proporción de Diabéticos existe una mayor tasa de Incidencia a DC por Nefropatía Diabética cuando evaluamos por Región de residencia del paciente. Para el Trienio 2008-2010 la correlación también resultó muy significativa ($p = 0.000$)⁽⁴⁾.

No se realizó la correlación con las Tasas de Incidencia 2011-2013 porque no resultan contemporáneas con la última ENFR del año 2009. Se realizó en todo el país la Tercera ENFR a fines de 2013. Al momento de confeccionar el presente Informe, no se habían presentado datos de Prevalencia de Diabetes por Provincia o Regiones.

Esto aporta más luz sobre las altas tasas de Incidencia en DC por Nefropatía Diabética; por lo tanto, la tarea es disminuir la proporción de Diabéticos en las regiones más castigadas. La Diabetes Mellitus fue considerada pandemia mundial desde 2006 por la Organización Mundial de la Salud.

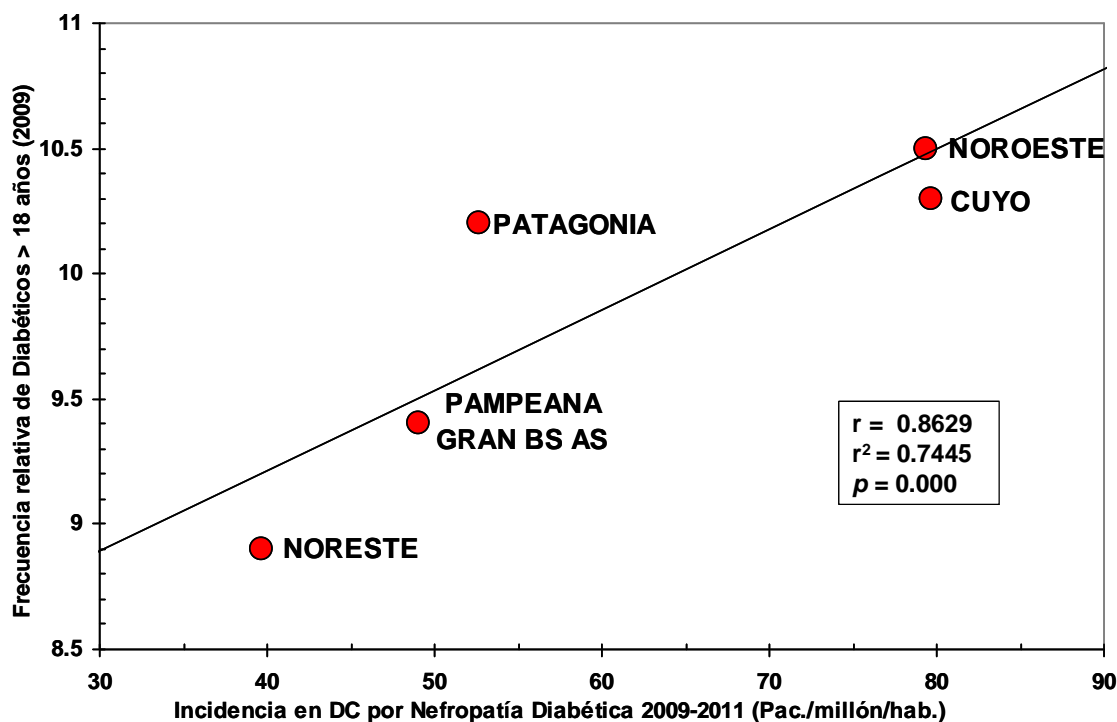


GRÁFICO 18 . CORRELACIÓN ENTRE INCIDENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA COMO CAUSA DE IRD 2009-2011 Y FRECUENCIA DE DIABETES EN LA POBLACIÓN GENERAL MAYOR DE 18 AÑOS

Etiologías de IRD en Pacientes Diabéticos. Insulinoterapia

CAUSA	FRECUENCIA ABSOLUTA (N) Y RELATIVA (%)																			
	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NEF. DIABÉTICA	1649	90.1	1880	90.8	1854	90.7	1973	91.3	2020	90.4	2092	89.7	2184	89.5	2264	89.7	2344	88.5	2371	88.8
NEFROESCLEROSIS	69	3.8	74	3.6	92	4.5	91	4.2	90	4.0	108	4.6	131	5.4	116	4.6	131	4.9	123	4.6
DESCONOCIDA	60	3.3	53	2.6	47	2.3	47	2.2	50	2.2	56	2.4	51	2.1	62	2.5	70	2.6	78	2.9
GLOMERULONEFRITIS	9	0.5	17	0.8	12	0.6	11	0.5	19	0.9	14	0.6	13	0.5	27	1.1	26	1.0	31	1.2
OTRAS	9	0.5	4	0.2	13	0.6	8	0.4	9	0.4	15	0.6	12	0.5	17	0.7	25	0.9	25	0.9
NEF. OBSTRUCTIVA	11	0.6	19	0.9	14	0.7	12	0.6	26	1.2	30	1.3	21	0.9	23	0.9	24	0.9	23	0.9
POLIQUISTOSIS	10	0.5	9	0.4	7	0.3	8	0.4	7	0.3	7	0.3	12	0.5	4	0.2	10	0.4	7	0.3
NEF. T. INTERSTICIAL	5	0.3	6	0.3	0	0.0	3	0.1	7	0.3	4	0.2	6	0.2	3	0.1	6	0.2	4	0.1
NEF. LÚPICA	6	0.3	3	0.1	4	0.2	4	0.2	2	0.1	1	0.0	0	0.0	1	0.0	6	0.2	3	0.1
MIELOMA MÚLTIPLE	0	0.0	2	0.1	1	0.0	1	0.0	3	0.1	4	0.2	5	0.2	2	0.1	4	0.2	2	0.1
NEF. FAMILIAR	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	1	0.0	1	0.0	2	0.1
SIND. U. HEMOLÍTICO	2	0.1	3	0.1	0	0.0	1	0.0	0	0.0	1	0.0	1	0.0	3	0.1	0	0.0	0	0.0
AMILOIDOSIS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.1	1	0.0	0	0.0	3	0.1	0	0.0	2	0.1	0	0.0
TOTAL	1830	100	2070	100	2044	100	2162	100	2234	100	2332	100	2440	100	2523	100	2649	100	2669	100

No todos los pacientes Diabéticos que ingresan a DC lo hacen por Nefropatía Diabética. Debemos aclarar que con el sistema actual solamente se permite elegir una opción en Causa de IRD; por lo tanto, el nefrólogo obligadamente opta por una cuando algunas veces tiene dudas respecto a la causa primaria. La Nefropatía Diabética representaba el 90-91% de las causas de Ingreso a DC de la población argentina de Diabéticos que ingresaban a DC hasta el año 2008; a partir de allí bajó a menos de 90%, por aumento de la proporción de la Nefroangioesclerosis, relacionado probablemente con la mayor cantidad de población anciana incidente en los últimos años. Luego de la Nefroangioesclerosis sigue la Desconocida (4.6 y 2.9%, respectivamente en 2013).

Por lo tanto se podría considerar que el ingreso de Diabéticos en 2004 en vez de 1649 fue de 1830

AÑO	TOTAL DE INGRESOS	TOTAL DE DIABÉTICOS	FRECUENCIA RELATIVA (%)
2004	5254	1830	34.8
2005	5416	2070	38.2
2006	5493	2044	37.2
2007	5917	2162	36.5
2008	5687	2234	39.3
2009	6063	2332	38.5
2010	6155	2440	39.6
2011	6213	2523	40.6
2012	6464	2649	41.0
2013	6760	2669	39.5

pacientes llevando de 31.4% al 34.8% el porcentaje de Diabéticos con respecto al total ingresado en 2004; para el 2005 en lugar de 1880 la N sería 2070 y la proporción aumenta desde 34.7 hasta 38.2%. Para el año 2006 la N aumenta desde 1854 hasta 2044, por lo que los Diabéticos representan el 37.2% del total de Ingresos a DC, en lugar del 33.8%, en 2007 representaron el 36.5% de los nuevos pacientes; en 2008 resultó el valor de 39.3%; en 2009 del 38.5%, en 2010 del 39.6%, en 2011 del 40.6% y en el año 2012 la N aumenta desde 2344 hasta 2649, llegando a mostrar la mayor proporción con respecto al total de Incidentes (41.0%). Por último en 2013 la N aumenta desde 2371 hasta 2669, siendo la proporción del 39.5% del total de Incidentes. Casi 4 de cada 10 pacientes incidentes son Diabéticos (Tabla 6b).

No podemos identificar a los Diabéticos tipo 1 o 2 por el Sistema, aunque hemos observado que las mayores tasas se observan luego de los 45-50 años, por lo que se deduce que es muy amplia la mayoría del Tipo 2. Podemos identificar los pacientes en tratamiento con Insulina y observamos en Tabla 6c que el porcentaje de Diabéticos Insulino-tratados previo al inicio de la DC aumentó muy significativamente ($p = 0.000$) en los últimos años para llegar a representar el 74 % de los incidentes a DC en el año 2013, cuando en 2004 solo el 55% recibía Insulina en el momento de su ingreso a DC en 2004.

	AÑO DE INGRESO A DC											P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
DIABÉTICOS CON INSULINOTERAPIA (%)	54.7	59.1	60.2	62.4	63.7	66.7	70.1	69.3	73.7	74.1	0.000	

Comparaciones realizadas con χ^2 de Pearson

Confirmación por Biopsia de la Etiología de la Enfermedad renal que llevó a Estadio 5.

EDAD en la 1º DC	INCIDENTES 2011			INCIDENTES 2012			INCIDENTES 2013			INCIDENTES 2004-2006 (%)	INCIDENTES 2007-2009 (%)	INCIDENTES 2010-2012 (%)
	BIOP. TOTAL		%	BIOP. TOTAL		%	BIOP. TOTAL		%			
0-4	5	22	22.73	3	21	14.29	7	26	26.92	16.13	21.67	23.44
5-9	6	29	20.69	6	24	25.00	10	32	31.25	28.89	36.59	16.67
10-14	18	47	38.30	12	47	25.53	15	56	26.79	39.26	32.18	28.00
15-19	40	97	41.24	21	74	28.38	22	66	33.33	33.82	26.92	31.35
20-24	27	116	23.28	37	147	25.17	38	145	26.21	22.47	23.77	23.97
25-29	36	151	23.84	42	157	26.75	34	160	21.25	21.83	24.84	26.53
30-34	43	187	22.99	47	197	23.86	48	191	25.13	19.39	21.50	23.08
35-39	44	191	23.04	41	223	18.39	39	230	16.96	17.14	20.86	20.97
40-44	38	258	14.73	52	310	16.77	43	300	14.33	15.59	14.88	16.05
45-49	39	328	11.89	44	376	11.70	50	394	12.69	10.82	10.47	11.50
50-54	44	445	9.89	50	500	10.00	56	519	10.79	9.04	8.46	9.92
55-59	51	752	6.78	41	680	6.03	52	742	7.01	7.40	7.47	6.97
60-64	55	863	6.37	50	891	5.61	61	955	6.39	6.13	5.80	6.00
65-69	52	868	5.99	49	877	5.59	59	936	6.30	5.31	4.30	5.55
70-74	25	715	3.50	30	765	3.92	38	765	4.97	4.14	4.62	3.82
75-79	29	621	4.67	24	589	4.07	25	652	3.83	5.38	4.15	3.80
80 o más	14	523	2.68	14	586	2.39	16	591	2.71	2.47	2.45	2.27
TOTAL	566	6213	9.11	563	6464	8.71	613	6760	9.07	9.08	8.69	8.79

BIOP.: Pacientes a los que se le realizó Estudio Anatómico-patológico renal para confirmar Causa de Enfermedad renal.

Solamente el 9.1 % en 2011, el 8.7 % en 2012 y el 9.1% de los Incidentes tuvieron una confirmación por estudio Anatómico-patológico por biopsia renal de la etiología de la Enfermedad que a futuro llevó a Estadio final. Estos valores son altamente dependientes de la edad, siendo menos frecuente en gerontes la confirmación por biopsia. Aclaramos que la edad es la de primera diálisis en la vida, no conociéndose la edad de realización de la biopsia renal. En Tabla 7a se presentan Frecuencia absoluta y relativa de Confirmación por biopsia para cada año y grupo de edad (desde 2011), como también frecuencia relativa de los períodos 2004-06, 2007-09 y 2010-12 para cada grupo de edad. En Gráfico 19 se muestran las frecuencias relativas de los períodos evaluados y del año 2013. Para conocer los valores de años previos al 2010, remitimos al lector a ediciones anteriores ⁽²⁻¹³⁾.

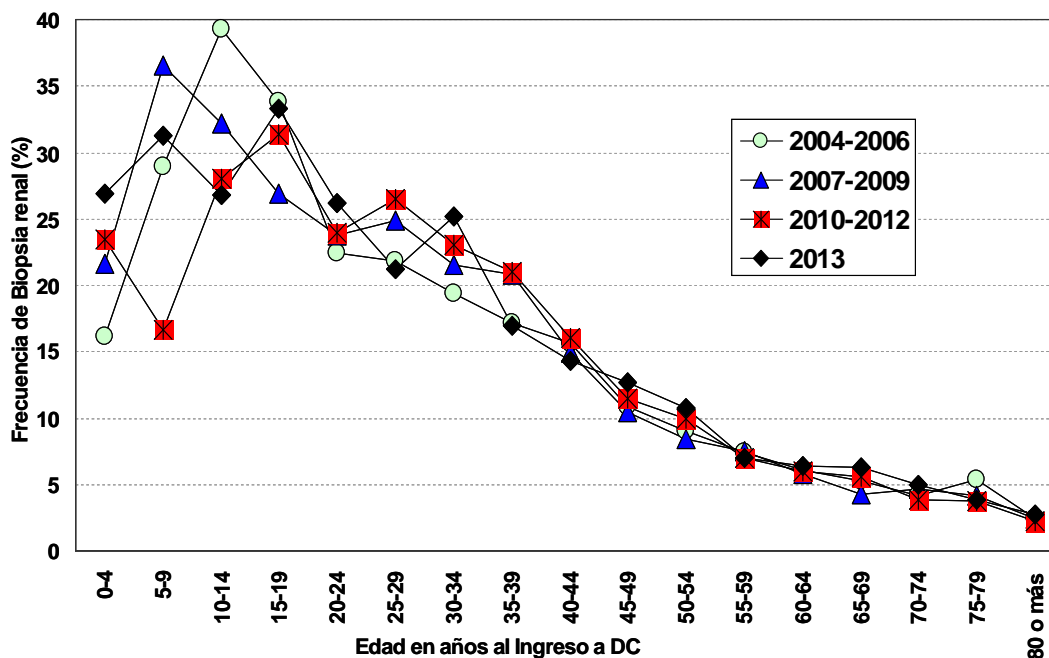


GRÁFICO 19: CONFIRACIÓN DE ETIOLOGÍA DE IRD POR BIOPSIA RENAL POR GRUPOS DE EDAD EN INCIDENTES

Existen algunas diferencias entre períodos, especialmente en los grupos pediátricos donde la Biopsia es más frecuente. En el año 2013, las proporciones no son significativamente diferentes a las del período 2010-2012. A partir de los 40 años las curvas de todos los períodos y del año 2013 se parecen.

TABLA 7b : FRECUENCIA DE BIOPSIA RENAL EN DISTINTAS ETIOLOGÍAS DE INGRESO A DC									
CAUSA SE INGRESO	2011		2012		2013		INCIDENTES 2004-2006 (%)	INCIDENTES 2007-2009 (%)	INCIDENTES 2010-2012 (%)
	BIOP. TOT.	%	BIOP. TOT.	%	BIOP. TOT.	%			
NEFROPATÍA LÚPICA	51	82	56	88	54	71	61.7	67.3	63.5
AMILOIDOSIS	9	12	9	11	19	27	59.7	68.8	69.0
GLOMERULONEFRITIS	305	479	292	473	288	483	57.5	60.4	62.4
MIELOMA MÚLTIPLE	6	33	14	40	16	41	33.0	36.0	29.8
NEFROPATÍA FAMILIAR	1	6	1	6	2	6	7.7	47.6	16.7
OTRAS	63	285	63	284	65	279	22.8	23.8	21.2
NEFRITIS T. INTERSTICIAL	15	73	9	82	18	89	17.2	16.2	14.2
SINDROME U. HEMOLÍTICO	3	23	4	41	6	34	12.8	8.9	10.1
NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA	9	333	9	348	23	395	2.4	2.3	2.6
POLQUISTOSIS	4	238	8	308	9	299	3.5	2.2	2.2
DESCONOCIDA	16	967	24	1019	27	1161	1.9	1.9	2.1
NEFROPATÍA DIABÉTICA	42	2264	35	2344	53	2371	2.0	1.6	1.8
NEFROANGIOESCLEROSIS	42	1418	39	1420	33	1504	2.2	2.6	2.7
TOTAL	566	6213	563	6464	613	6760	9.1	8.7	8.8

BIOP.: Pacientes a los que se le realizó un Estudio Anatómo-patológico renal para confirmar Causa de Enfermedad renal.TOT.: Total de pacientes

Queda nuevamente demostrado que el diagnóstico de la etiología de Ingreso a DC está basado en datos clínicos y otros exámenes complementarios; pero no en la biopsia renal, salvo el caso de Nefropatía Lúpica, Amiloidosis y Glomerulonefritis que mayormente tienen un sustento Anatómo-patológico. En la Tabla 7b podemos observar las etiologías de Ingreso a DC de mayor a menor frecuencia relativa de realización de biopsia renal en el año 2013. Se refuerza lo ya demostrado en los informes anteriores de este Registro: El diagnóstico de Desconocida, Nefropatía Diabética, Nefropatía Obstructiva y Nefroangioesclerosis no tienen sustento Anatómo-patológico.

La agrupación en 3 períodos vista en tabla 7b se representa en el gráfico 20. Existe una tendencia a biopsiar más algunas patologías para cuyo diagnóstico es necesario el estudio anatómo-patológico (Amiloidosis, Nefritis Lúpica y Glomerulonefritis).

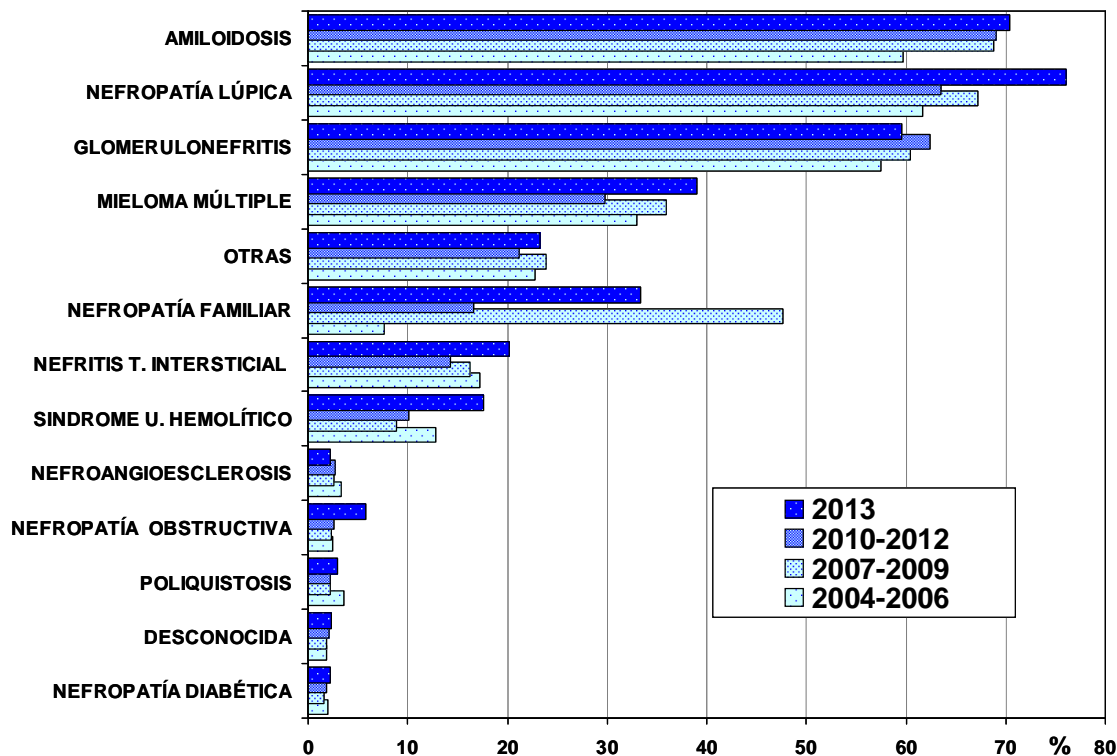


GRÁFICO 20: CONFIRACIÓN DE ETIOLOGÍA DE INGRESO A DC POR BIOPSIA RENAL PACIENTES INCIDENTES. PERÍODOS 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012 Y AÑO 2013. FRECUENCIA RELATIVA

Modalidad Dialítica al Ingreso

La modalidad de primera elección es la Hemodiálisis (HD) con el 96.6% en 2004, 97.5 % en 2005, 96.8 % en 2006, 97.3% en 2007, 96.6% en 2008, 96.2% en 2009, 96.1% en 2010, 95.7% en 2011, 95.1% en 2012 y 95.0% en 2013. Las distintas variantes de Diálisis Peritoneal (DP) representaban el 3.1% en 2004, el 2.3 % en 2005, el 3.2% en 2006; en 2007 el 2.7%, elevándose a partir de allí al 3.4%, 3,8%, 3.9 %, 4.3%, 4.9% y 5.0% respectivamente en 08, 09, 10, 11,12 y 13. (Tabla 8a y Gráfico 21).

MODALIDAD	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HEMODIÁLISIS BICARBONATO	5756	97.28	5486	96.47	5800	95.66	5889	95.68	5915	95.20	6119	94.66	6405	94.75
HEMODIÁLISIS ACETATO	2	0.03	6	0.11	34	0.56	27	0.44	30	0.48	27	0.42	18	0.27
DPCA	157	2.65	183	3.22	213	3.51	217	3.53	251	4.04	304	4.70	312	4.62
DPA	2	0.03	12	0.21	16	0.26	22	0.36	17	0.27	14	0.22	25	0.37
TOTAL HEMODIÁLISIS	5758	97.31	5492	96.57	5834	96.22	5916	96.12	5945	95.69	6146	95.08	6423	95.01
TOTAL PERITONEAL	159	2.69	195	3.43	229	3.78	239	3.88	268	4.31	318	4.92	337	4.99
TOTAL	5917		5687		6063		6155		6213		6464		6760	

N: Cantidad de Nuevos pacientes. % : Porcentaje del total de Nuevos pacientes. DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. DPA: Diálisis Peritoneal Automatizada

El aumento en la proporción de pacientes incidentes en DP desde 2007 hasta el 2013 es muy significativo al compararse los 7 valores ($p = 0.000$). Es bastante alentador el crecimiento desde 2007 de la DP.

La Hemodiálisis con Acetato todavía se sigue indicando como primera técnica aunque en una proporción mínima: Los 18 pacientes que iniciaron con esta técnica en 2013, pertenecen a un Centro de la Provincia de Tucumán. No se tienen registros, hasta el momento, de pacientes que realicen HD domiciliaria en Argentina.

La DP es más frecuente que la HD solo en los primeros 10 años de vida y posteriormente se produce una lenta disminución de la frecuencia de la DP, llegando a realizarse en menos del 3% de los pacientes a partir de los 70 años de edad (Tablas 8b y 8c). Los valores de los años 2004, 2005 y 2006 se pueden consultar en las ediciones anteriores de este Registro ⁽⁹⁻¹³⁾.

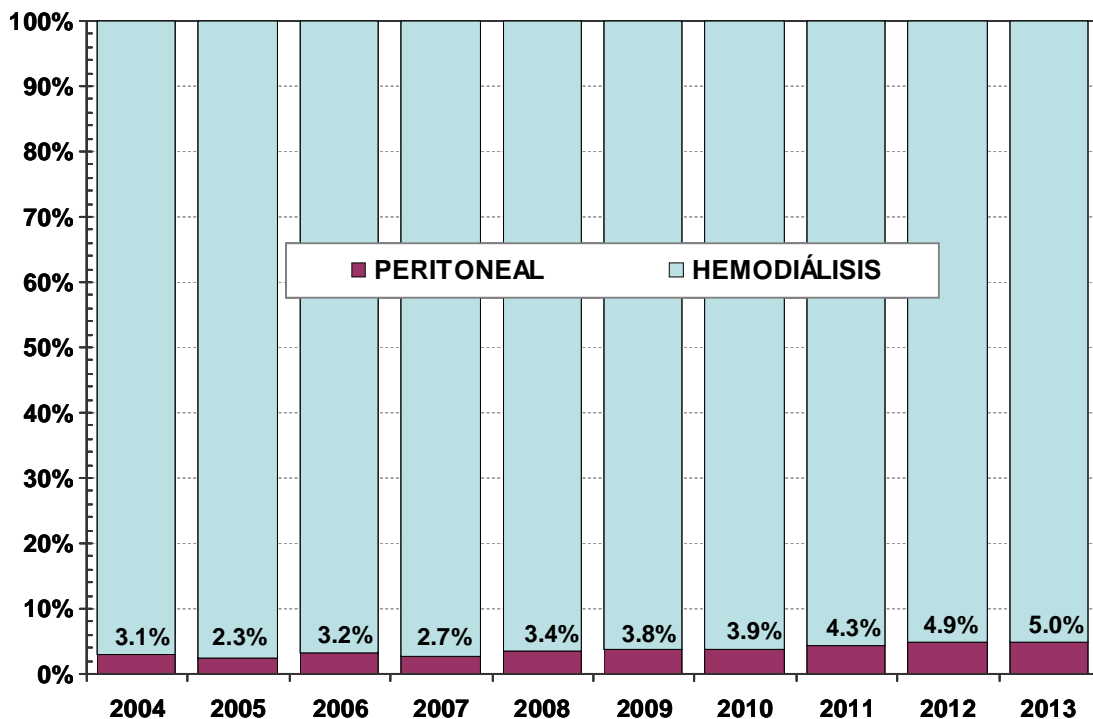


GRÁFICO 21: PRIMERA MODALIDAD DIALÍTICA EN INCIDENTES 2004-2013

EDAD en la 1º DC	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD
0-4	17	2	18	3	15	5	17	4	18	4	18	3	25	1
5-9	17	13	11	9	15	17	10	9	18	11	16	8	17	15
10-14	19	53	10	33	13	46	16	40	11	36	14	33	20	36
15-19	3	82	11	71	7	86	4	77	8	89	9	65	9	57
20-24	4	133	7	85	11	126	11	114	7	109	16	131	15	130
25-29	5	158	8	141	10	149	5	128	9	142	11	146	13	147
30-34	10	183	9	152	17	150	10	204	15	172	17	180	20	171
35-39	3	191	10	169	3	161	13	212	16	175	14	209	15	215
40-44	8	250	17	246	9	270	9	202	16	242	23	287	20	280
45-49	12	369	14	335	17	380	17	340	20	308	24	352	27	367
50-54	11	504	14	459	15	415	22	484	13	432	18	482	22	497
55-59	11	659	15	633	16	621	18	658	28	724	26	654	29	713
60-64	13	714	14	728	27	796	28	800	28	835	32	859	33	922
65-69	9	736	14	742	18	762	29	783	25	843	20	857	30	906
70-74	9	692	10	649	17	702	13	734	17	698	27	738	21	744
75-79	4	533	10	568	9	609	4	577	10	611	19	570	15	637
80 o +	4	486	3	469	10	539	13	550	9	514	14	572	6	585
TOTAL	159	5758	195	5492	229	5834	239	5916	268	5945	318	6146	337	6423

EDAD en la 1º DC	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD
0-4	89.5	10.5	85.7	14.3	75.0	25.0	81.0	19.0	81.8	18.2	85.7	14.3	96.2	3.8
5-9	56.7	43.3	55.0	45.0	46.9	53.1	52.6	47.4	62.1	37.9	66.7	33.3	53.1	46.9
10-14	26.4	73.6	23.3	76.7	22.0	78.0	28.6	71.4	23.4	76.6	29.8	70.2	35.7	64.3
15-19	3.5	96.5	13.4	86.6	7.5	92.5	4.9	95.1	8.2	91.8	12.2	87.8	13.6	86.4
20-24	2.9	97.1	7.6	92.4	8.0	92.0	8.8	91.2	6.0	94.0	10.9	89.1	10.3	89.7
25-29	3.1	96.9	5.4	94.6	6.3	93.7	3.8	96.2	6.0	94.0	7.0	93.0	8.1	91.9
30-34	5.2	94.8	5.6	94.4	10.2	89.8	4.7	95.3	8.0	92.0	8.6	91.4	10.5	89.5
35-39	1.5	98.5	5.6	94.4	1.8	98.2	5.8	94.2	8.4	91.6	6.3	93.7	6.5	93.5
40-44	3.1	96.9	6.5	93.5	3.2	96.8	4.3	95.7	6.2	93.8	7.4	92.6	6.7	93.3
45-49	3.1	96.9	4.0	96.0	4.3	95.7	4.8	95.2	6.1	93.9	6.4	93.6	6.9	93.1
50-54	2.1	97.9	3.0	97.0	3.5	96.5	4.3	95.7	2.9	97.1	3.6	96.4	4.2	95.8
55-59	1.6	98.4	2.3	97.7	2.5	97.5	2.7	97.3	3.7	96.3	3.8	96.2	3.9	96.1
60-64	1.8	98.2	1.9	98.1	3.3	96.7	3.4	96.6	3.2	96.8	3.6	96.4	3.5	96.5
65-69	1.2	98.8	1.9	98.1	2.3	97.7	3.6	96.4	2.9	97.1	2.3	97.7	3.2	96.8
70-74	1.3	98.7	1.5	98.5	2.4	97.6	1.7	98.3	2.4	97.6	3.5	96.5	2.7	97.3
75-79	0.7	99.3	1.7	98.3	1.5	98.5	0.7	99.3	1.6	98.4	3.2	96.8	2.3	97.7
80 o +	0.8	99.2	0.6	99.4	1.8	98.2	2.3	97.7	1.7	98.3	2.4	97.6	1.0	99.0
TOTAL	2.69	97.31	3.43	96.57	3.78	96.22	3.88	96.12	4.31	95.69	4.92	95.08	4.99	95.01

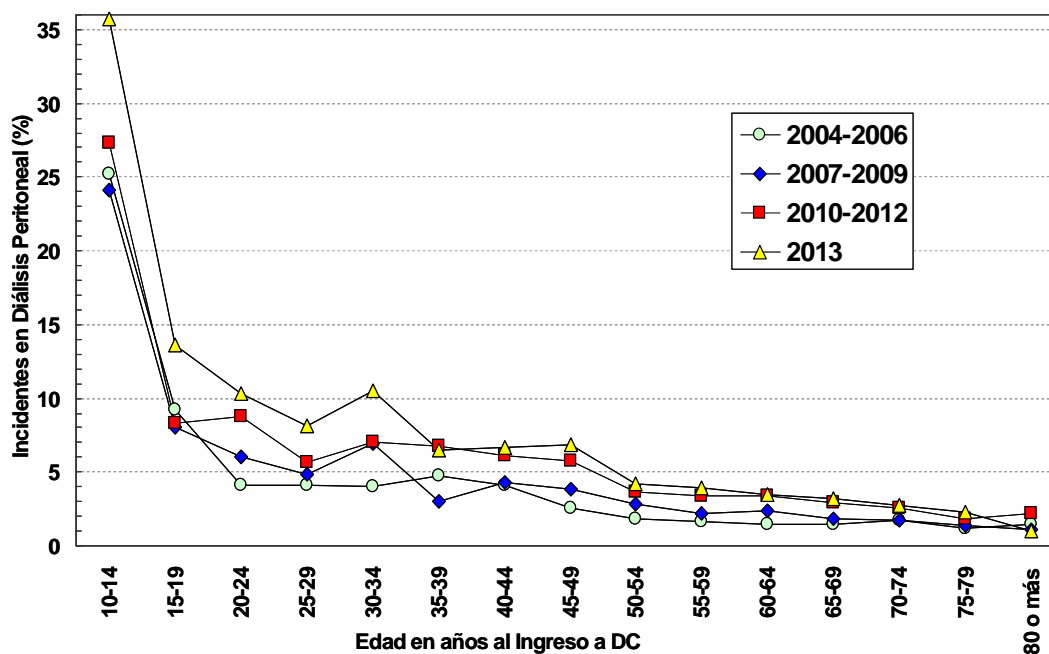


GRÁFICO 22: PROPORCIÓN DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL POR GRUPOS DE EDAD EN INCIDENTES, DESDE LOS 10 AÑOS.

Es importante el cambio en el tiempo transcurrido, la DP sobrepasó el 4.9% como técnica de primera elección. Como se observa en los Gráficos 22 y 23, existe mayor proporción de pacientes en casi todos los grupos etarios si se comparan los porcentajes del año 2013 con los porcentajes de todos los periodos anteriores (2004-06, 2007-09 y 2010-12). El mayor aumento porcentual se produce entre 0 y 34 años. Es relevante la mayor frecuencia de Peritoneal en la mayoría de los grupos etarios y esperamos que la misma continúe en aumento en el futuro.

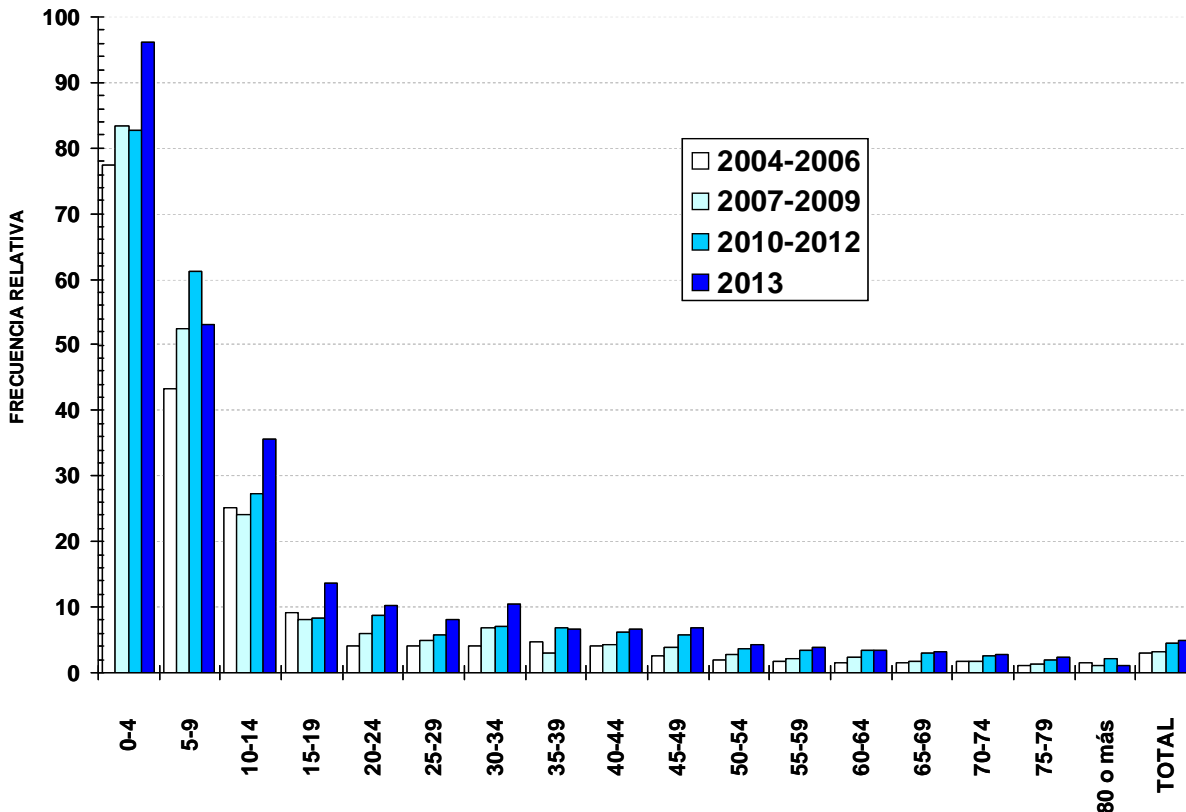


GRÁFICO 23a. PORCENTAJE DE PACIENTES INCIDENTES EN PERITONEAL POR GRUPOS DE EDAD EN DISTINTOS PERÍODOS

Como vimos antes, existen en nuestro país grandes variaciones entre Provincias en Incidencia, Prevalencia, Tasas por etiologías, Edad de Ingreso, etc. En primera modalidad dialítica también observamos grandes diferencias: Provincias con altos porcentajes de pacientes comenzando en DP y otras con altos porcentajes comenzando en HD.

En la Tabla 8d podemos observar lo dicho. Se eligió la Provincia de residencia del Centro de DC y los datos de los años 2011, 2012, 2013 y el trienio 2011-2013.

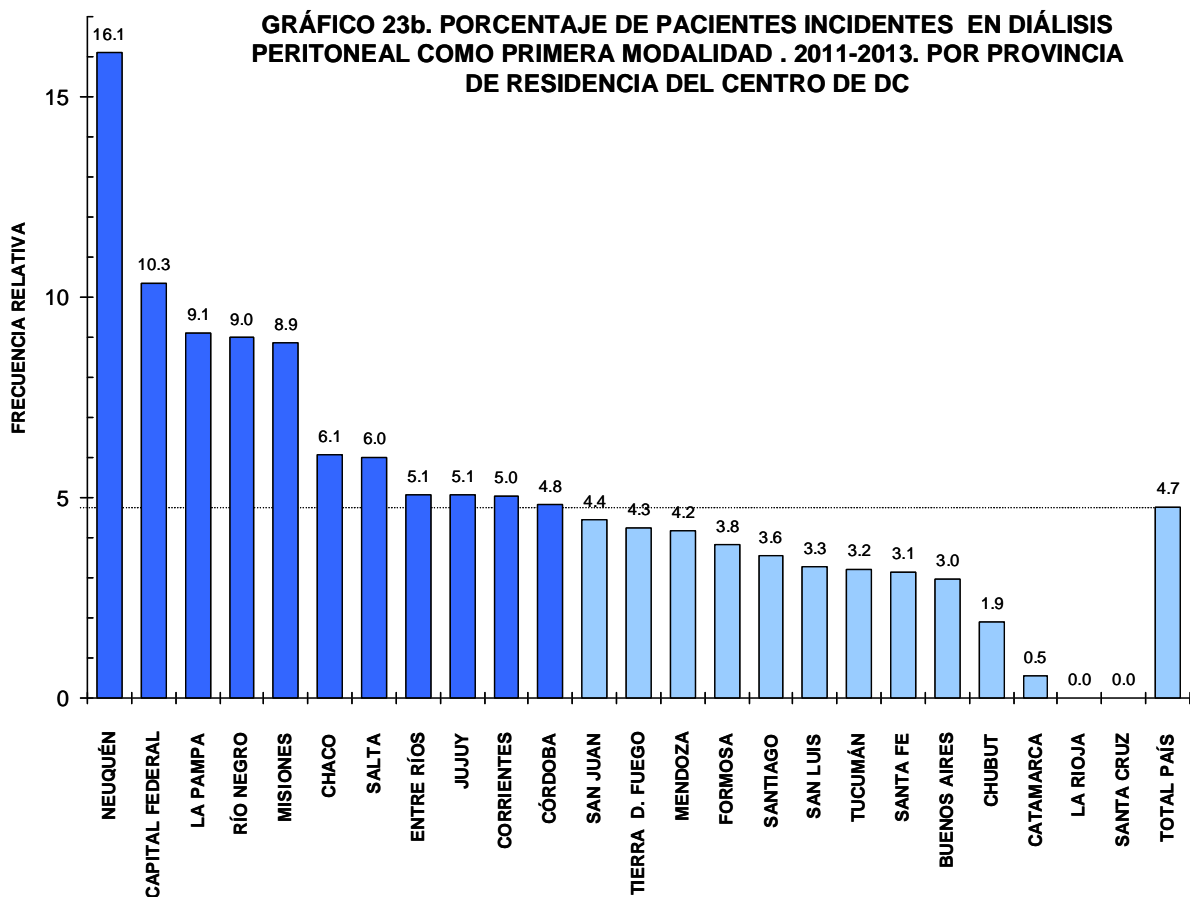
La DP es una técnica que sigue siendo minoritaria y lo es en todo el mundo salvo excepciones (Mayoritaria solo en Hong Kong). En la mayoría de los países del mundo la DP no supera el 20%, siendo la media para el año 2011 de 14.3%, si se consideran los 41 países que reportan a la USRDS ⁽¹⁷⁾. En este Registro se reportan la modalidad en los Prevalentes puntuales, no en los Incidentes. Volveremos a comparaciones en Características de Prevalentes, para evaluar las mismas poblaciones.

En Argentina, como vemos también en el Gráfico 23b, solamente una Provincia supera la cifra media mundial: Neuquén. Siguen otras en donde la técnica se desarrolla en porcentaje significativamente mayor a la media nacional: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Pampa, Río Negro y Misiones.

En el otro extremo, no ingresan pacientes en DP o lo hacen en muy pequeña cantidad en las Provincias de Santa Cruz, La Rioja, Catamarca y Chubut. Ergo, en estos distritos la HD tiene un porcentaje del 100% o cercano.

TABLA 8d. PRIMERA MODALIDAD DIALÍTICA POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC. FRECUENCIA RELATIVA								
PROVINCIA	2011		2012		2013		2011-2013	
	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD
NEUQUÉN	16.1	83.9	18.5	81.5	13.8	86.2	16.1	83.9
CAPITAL FEDERAL	11.0	89.0	10.2	89.8	9.9	90.1	10.3	89.7
LA PAMPA	9.8	90.2	7.9	92.1	9.2	90.8	9.1	90.9
RÍO NEGRO	6.8	93.2	7.5	92.5	12.3	87.7	9.0	91.0
MISIONES	7.3	92.7	9.0	91.0	9.9	90.1	8.9	91.1
CHACO	6.0	94.0	2.3	97.7	9.3	90.7	6.1	93.9
SALTA	8.4	91.6	5.7	94.3	4.1	95.9	6.0	94.0
ENTRE RÍOS	6.0	94.0	5.5	94.5	4.0	96.0	5.1	94.9
JUJUY	2.9	97.1	5.1	94.9	6.9	93.1	5.1	94.9
CORRIENTES	4.9	95.1	4.4	95.6	5.9	94.1	5.0	95.0
CÓRDOBA	3.0	97.0	5.7	94.3	5.8	94.2	4.8	95.2
SAN JUAN	3.8	96.2	3.1	96.9	6.2	93.8	4.4	95.6
TIERRA DEL FUEGO	0.0	100.0	6.3	93.8	4.5	95.5	4.3	95.7
MENDOZA	2.5	97.5	5.4	94.6	4.5	95.5	4.2	95.8
FORMOSA	0.0	100.0	2.2	97.8	7.5	92.5	3.8	96.2
SANTIAGO DEL ESTERO	2.8	97.2	2.4	97.6	5.1	94.9	3.6	96.4
SAN LUIS	3.5	96.5	4.5	95.5	2.0	98.0	3.3	96.7
TUCUMÁN	2.4	97.6	3.8	96.2	3.5	96.5	3.2	96.8
SANTA FE	3.3	96.7	2.5	97.5	3.6	96.4	3.1	96.9
BUENOS AIRES	2.7	97.3	3.4	96.6	2.8	97.2	3.0	97.0
CHUBUT	0.0	100.0	2.9	97.1	2.7	97.3	1.9	98.1
CATAMARCA	0.0	100.0	1.8	98.2	0.0	100.0	0.5	99.5
LA RIOJA	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0
SANTA CRUZ	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0
TOTAL	4.3	95.7	4.9	95.1	5.0	95.0	4.7	95.3

Ordenadas de mayor a menor Frecuencia relativa en DP en el Trienio 2011-2013



Nacionalidad de los que Ingresan a DC

Los Argentinos representan el 94.4 % de los nuevos pacientes si consideramos los últimos 2 años evaluados; la paraguaya y la boliviana son las 2 comunidades de extranjeros más frecuentes; les siguen Chile, Italia, Uruguay, Perú y España. (Tabla 9a).

TABLA 9a. INCIDENTES EN DC EN ARGENTINA POR NACIONALIDAD																				
NACIONALIDAD	AÑO DE INCIDENCIA																			
	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ARGENTINA	4944	94.1	5121	94.6	5190	94.5	5568	94.1	5338	93.9	5716	94.3	5773	93.8	5853	94.2	6104	94.4	6381	94.4
PARAGUAY	95	1.8	91	1.7	83	1.5	102	1.7	107	1.9	99	1.6	109	1.8	117	1.9	115	1.8	122	1.8
BOLIVIA	34	0.6	37	0.7	41	0.7	60	1.0	54	0.9	53	0.9	61	1.0	69	1.1	59	0.9	78	1.2
CHILE	53	1.0	36	0.7	51	0.9	56	0.9	44	0.8	60	1.0	68	1.1	63	1.0	45	0.7	59	0.9
ITALIA	54	1.0	60	1.1	57	1.0	53	0.9	52	0.9	59	1.0	65	1.1	43	0.7	48	0.7	47	0.7
URUGUAY	25	0.5	20	0.4	17	0.3	17	0.3	26	0.5	17	0.3	22	0.4	19	0.3	27	0.4	20	0.3
PERÚ	5	0.1	12	0.2	8	0.1	9	0.2	16	0.3	14	0.2	19	0.3	14	0.2	19	0.3	20	0.3
ESPAÑA	26	0.5	20	0.4	23	0.4	27	0.5	32	0.6	18	0.3	21	0.3	20	0.3	21	0.3	14	0.2
BRASIL	2	0.0	1	0.0	2	0.0	2	0.0	2	0.0	5	0.1	1	0.0	3	0.0	3	0.0	7	0.1
PORTUGAL	1	0.0	2	0.0	3	0.1	1	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	2	0.0	1	0.0
ALEMANIA	2	0.0	0	0.0	3	0.1	1	0.0	1	0.0	4	0.1	1	0.0	0	0.0	2	0.0	1	0.0
POLONIA	3	0.1	4	0.1	4	0.1	1	0.0	3	0.1	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0
JAPÓN	0	0.0	3	0.1	3	0.1	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
OTRAS	10	0.2	9	0.2	8	0.1	18	0.3	10	0.2	17	0.3	14	0.2	9	0.1	18	0.3	10	0.1
TOTAL	5254		5416		5493		5917		5687		6063		6155		6213		6464		6760	
ARGENTINOS	4944	94.1	5121	94.6	5190	94.5	5568	94.1	5338	93.9	5716	94.3	5773	93.8	5853	94.2	6104	94.4	6381	94.4
EXTRANJEROS	310	5.9	295	5.4	303	5.5	349	5.9	349	6.1	347	5.7	382	6.2	360	5.8	360	5.6	379	5.6

N: Número de pacientes. % : Frecuencia relativa con respecto al total

La proporción de argentinos aumentó el 0.1% entre 2004-05 y 2011-13 y consecuentemente disminuyó en igual proporción la de los extranjeros (Tabla 9b). Los extranjeros crecieron en el segmento de las nacionalidades sudamericanas, porque las europeas y asiáticas presentaron una disminución en el tiempo.

TABLA 9b. INCIDENTES EN DC EN ARGENTINA POR NACIONALIDAD EN 5 PERÍODOS										
NACIONALIDAD	PERÍODO DE INCIDENCIA									
	2004-2005		2006-2007		2008-2009		2010-2011		2012-2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ARGENTINA	10065	94.3	10758	94.3	11054	94.1	11626	94.0	12485	94.4
PARAGUAY	186	1.7	185	1.6	206	1.8	226	1.8	237	1.8
ITALIA	114	1.1	110	1.0	111	0.9	108	0.9	95	0.7
CHILE	89	0.8	107	0.9	104	0.9	131	1.1	104	0.8
BOLIVIA	71	0.7	101	0.9	107	0.9	130	1.1	137	1.0
ESPAÑA	46	0.4	50	0.4	50	0.4	41	0.3	35	0.3
URUGUAY	45	0.4	34	0.3	43	0.4	41	0.3	47	0.4
PERÚ	17	0.2	17	0.1	30	0.3	33	0.3	39	0.3
POLONIA	7	0.1	5	0.0	3	0.0	2	0.0	0	0.0
JAPÓN	3	0.0	5	0.0	2	0.0	1	0.0	1	0.0
PORTUGAL	3	0.0	4	0.0	1	0.0	1	0.0	3	0.0
BRASIL	3	0.0	4	0.0	7	0.1	4	0.0	10	0.1
ALEMANIA	2	0.0	4	0.0	5	0.0	1	0.0	3	0.0
OTRAS	19	0.2	26	0.2	27	0.2	23	0.2	28	0.2
TOTAL	10670		11410		11750		12368		13224	
ARGENTINOS	10065	94.3	10758	94.3	11054	94.1	11626	94.0	12485	94.4
EXTRANJEROS	605	5.7	652	5.7	696	5.9	742	6.0	739	5.6

N: Número de pacientes. % : Frecuencia relativa con respecto al total

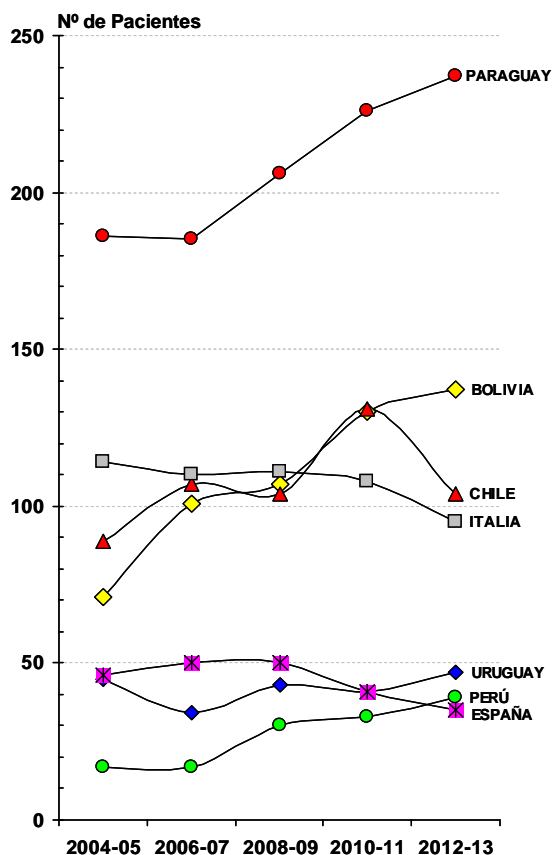


GRÁFICO 24: NÚMERO DE PACIENTES INCIDENTES POR PERÍODOS. PRINCIPALES NACIONALIDADES EXTRANJERAS

Paraguay, Bolivia y Perú presentan un crecimiento numérico sostenido tal como se muestra en el Gráfico 24. Uruguay y Chile crecen muy poco, en tanto Italia y España descienden.

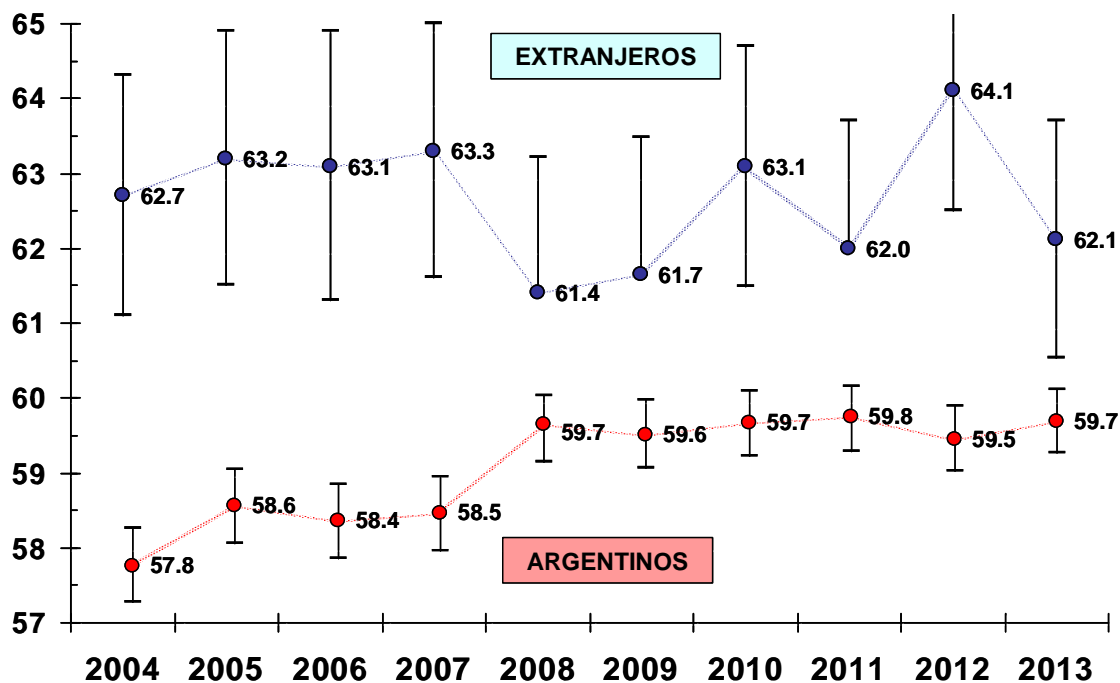
NACIÓN	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ALEMANIA	70.0		81.9	77.0	84.8	83.9	81.7		56.2	87.0
ITALIA	70.3	75.6	74.7	75.4	77.3	75.2	75.0	73.5	74.4	77.9
PORTUGAL	68.0	78.6	70.9	71.1	68.8			76.0	69.5	77.0
ESPAÑA	73.4	75.8	75.9	76.5	73.0	75.3	75.5	76.7	77.2	75.7
CHILE	60.8	61.6	58.2	65.2	65.1	61.7	67.0	66.5	68.7	65.9
URUGUAY	60.2	58.1	65.0	62.2	59.8	61.0	62.4	67.9	65.5	64.2
BRASIL	61.6	60.7	72.3	47.9	71.5	54.7	60.1	76.1	76.9	63.8
ARGENTINA	57.8	58.6	58.4	58.5	59.7	59.6	59.7	59.8	59.5	59.7
PARAGUAY	58.2	56.8	54.6	54.5	55.4	55.3	55.7	56.0	60.3	58.5
BOLIVIA	57.8	57.4	58.6	61.5	54.4	54.0	58.6	54.7	56.5	55.7
OTRAS	63.6	61.3	79.5	64.6	55.1	66.4	56.1	67.8	63.1	55.5
PERÚ	58.3	52.2	47.3	48.3	41.5	52.7	55.4	53.1	54.5	50.1
JAPÓN		68.3	68.1	71.1	54.4	52.4		72.6	87.6	
POLONIA	81.1	78.1	72.6	82.4	80.4		82.7	82.6		

Edad Promedio en cada año. Ordenados de mayor a menor edad 2013

Continúa descendiendo en el tiempo la incidencia y prevalencia de los europeos por tener una edad muy elevada según se aprecia en la Tabla 9c. La mayoría de los europeos que se dializan en Argentina probablemente pertenezcan a la última oleada inmigratoria posterior a la Guerra Civil Española o la Segunda Guerra Mundial. Casi todos los pacientes ingresados en los últimos 10 años a DC de los países de Europa tienen edad promedio superior a los 70 años.

Los nativos de países latinoamericanos tienen edades inferiores a las de los europeos, mientras que los argentinos superan en la edad promedio a los nativos de Perú, Bolivia y Paraguay.

Si comparamos la edad promedio de ingreso a DC de argentinos y extranjeros desde 2004 hasta 2013 veremos que la de los segundos es significativamente mayor. Solamente en 2008 se acercaron, aumentó la de los argentinos, disminuyó la de los extranjeros y la diferencia no fue significativa.



ORIGEN	ARGENTINOS			EXTRANJEROS			P
	EDAD EN AÑOS (DS)	INT.CONFIANZA 95% INFERIOR	SUPERIOR	EDAD EN AÑOS (DS)	INT.CONFIANZA 95% INFERIOR	SUPERIOR	
2004	57.8 (17.4)	57.3	58.3	62.7 (14.5)	61.1	64.3	0.000
2005	58.6 (17.4)	58.1	59.1	63.2 (15.2)	61.5	64.9	0.000
2006	58.4 (17.5)	57.9	58.9	63.1 (15.7)	61.3	64.9	0.000
2007	58.5 (17.7)	58.0	59.0	63.3 (15.9)	61.6	65.0	0.000
2008	59.7 (16.9)	59.2	60.1	61.4 (16.8)	59.7	63.2	0.069
2009	59.6 (17.6)	59.1	60.0	61.7 (17.2)	59.8	63.5	0.032
2010	59.7 (17.2)	59.3	60.2	63.1 (16.0)	61.5	64.7	0.000
2011	59.8 (17.1)	59.3	60.2	62.0 (16.9)	60.2	63.7	0.018
2012	59.5 (17.2)	59.1	59.9	64.1 (15.6)	62.5	65.7	0.000
2013	59.7 (17.1)	59.3	60.2	62.1 (15.7)	60.5	63.7	0.009

Parámetros clínicos, bioquímicos y socio-económicos al Ingreso a DC

En los siguientes apartados presentamos los variables de Ingreso a DC de los pacientes de Argentina desde 2004 hasta 2013. En los cuadros respectivos las variables y sus valores en negrita representan a las que resultaron significativas comparando los 10 años.

Anemia

Disponemos de solo 3 variables en la planilla de Ingreso a DC: Hematocrito al ingreso, responder si recibió transfusiones en los 6 meses previos al ingreso y de responderse que si, se habilita la casilla del Número de Unidades de Sangre recibidas (o Transfusiones).

TABLA 10a. ANEMIA											
PARÁMETROS	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
PROMEDIO HEMATOCRITO (%)	26.77	26.70	26.83	27.00	27.23	27.27	27.43	27.69	27.56	27.63	0.000
	26.60	26.55	26.68	26.86	27.09	27.12	27.30	27.55	27.42	27.50	
	26.94	26.85	26.97	27.14	27.38	27.41	27.57	27.83	27.70	27.76	
PAC. CON HEMATOCRITO <27%	50.38	50.86	49.79	47.88	45.19	46.76	44.10	41.98	43.46	43.12	0.000
PAC. CON HEMATOCRITO <30%	71.58	71.16	70.86	69.16	67.11	67.82	65.51	64.74	65.02	64.78	0.000
TRANSFUNDIÓ EN 6 MESES PREVIOS (%)	24.55	23.55	22.40	23.13	21.42	22.02	20.95	20.40	19.84	19.96	0.000

Comparaciones realizadas con ANOVA1 para cuantitativas y Chi² de Pearson para cualitativas; debajo del promedio de Hematocrito se muestran los límites inferior y superior del IC95% para esta variable

Como se observa en la Tabla 10a y en el Gráfico 25a, los pacientes que ingresan a DC en Argentina presentaron Hematocrito promedio con progresivo y significativo aumento; desde 2005 hasta 2011 es constante el incremento, para luego mantenerse hasta 2013. El valor promedio de 2013 no es significativamente diferente a los de 2011 y 2012. La realidad nos dice que a lo largo de los últimos 10 años estamos ingresando a los pacientes con Hematocrito alrededor de 27% (Hg ≈ 9.0 gr./dL), lo cual no es adecuado todavía.

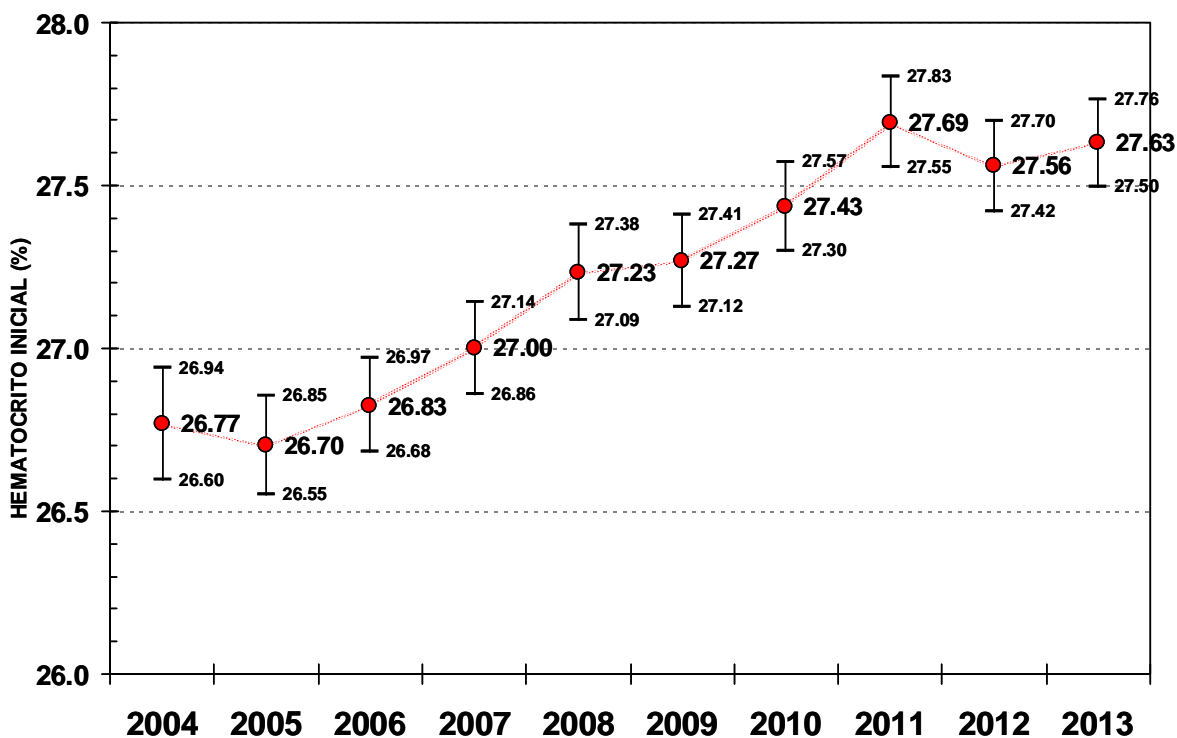


GRÁFICO 25a : HEMATOCRITO INICIAL PROMEDIO EN LOS PACIENTES INCIDENTES EN DC

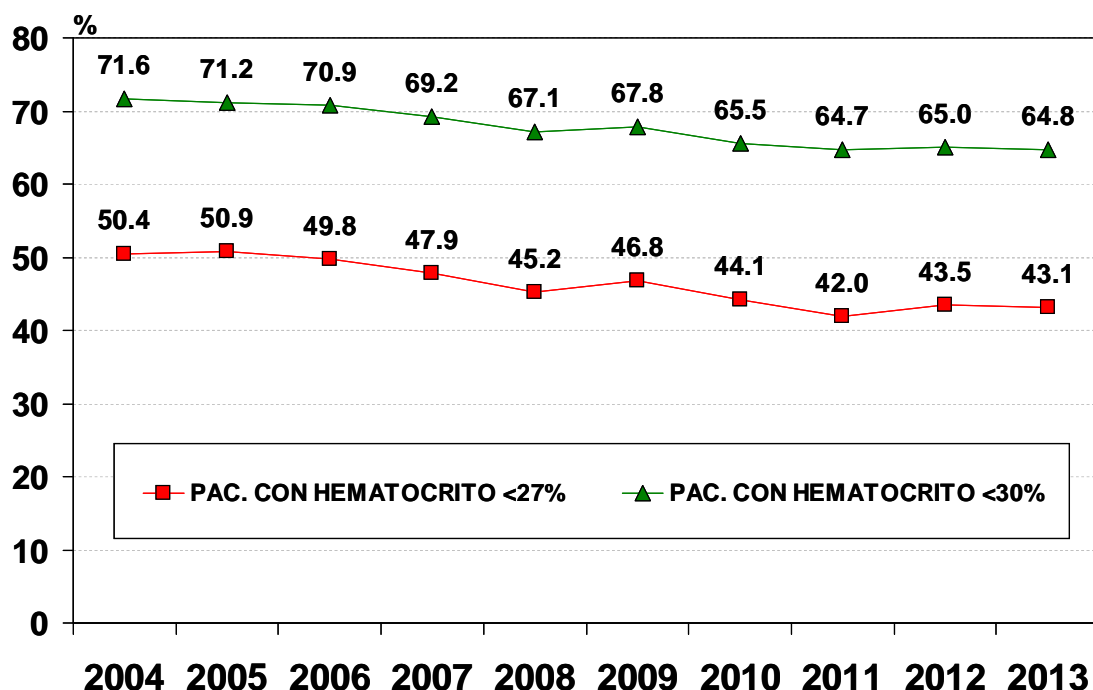


GRÁFICO 25b: Porcentaje de Pacientes Incidentes con Hematócrito inicial menor a 27% y 30%. Por año de Ingreso. Total País

Se constata además que existió una disminución significativa en el porcentaje de pacientes que ingresan con Hematócrito menor de 27% o menor de 30% (Gráfico 25b); también disminuyó significativamente el porcentaje de pacientes que recibieron transfusiones en los 6 meses previos al ingreso a DC.

No obstante la leve mejoría en las variables de ingreso, seguimos con una media menor a 28% y un alto porcentaje de pacientes con Hematócrito menor de 30%: Esto significa que los pacientes mayoritariamente ingresan a DC con anemia sin tratamiento previo con la medicación adecuada (Eritropoyetina, Hierro, etc.).

Función renal inicial

La Uremia promedio y la Creatinina promedio al Ingreso a DC disminuyeron sus valores significativamente entre 2004-2013. El Filtrado glomerular estimado con la fórmula CKD-EPI⁽¹⁸⁾, por lo anterior, creció significativamente hasta el año 2013 (Tabla 10b).

PARÁMETROS	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
UREMIA (mg/dl)	186.8	183.8	180.5	184.0	181.5	185.1	180.0	172.8	173.5	171.3	0.000
	184.3	181.6	178.5	181.9	179.5	183.1	178.1	171.0	171.7	169.5	
	189.3	185.9	182.5	186.0	183.5	187.2	182.0	174.7	175.4	173.1	
CREATININEMIA (mg/dl)	7.96	7.60	7.55	7.64	7.49	7.47	7.10	7.06	7.24	7.14	0.000
	7.82	7.50	7.44	7.54	7.39	7.37	7.01	6.98	7.15	7.05	
	8.09	7.71	7.66	7.74	7.60	7.57	7.19	7.15	7.33	7.22	
FILTRADO GLOMERULAR CKD-EPI en ml/m por 1.73 m²	7.92	8.09	8.17	8.01	8.24	8.30	8.62	8.57	8.51	8.69	0.000
	7.76	7.95	8.04	7.89	8.11	8.18	8.49	8.45	8.40	8.57	
	8.09	8.23	8.30	8.13	8.37	8.42	8.74	8.69	8.63	8.81	
PACIENTES CON CKD-EPI mayor o igual a 15 ml/m por 1.73 m² (%)	6.11	6.41	6.46	6.47	6.90	7.05	8.06	7.41	7.18	8.49	0.000

Comparaciones realizadas con ANOVA1 para cuantitativas y Chi² de Pearson para cualitativas; debajo de negritas límite inferior y superior del IC95%. CKD-EPI se aplica a la población de = 15 años.

En 2010-2011 con la aparición de los estudios IDEAL y posteriores no se consideró beneficioso el inicio de DC más allá de los 15 ml/m⁽¹⁹⁾. Vemos que en Argentina creció significativamente el porcentaje de pacientes con Filtrado Glomerular de 15 ml/m o más. Recientemente, un grupo de Argentina concluye que comenzar Hemodiálisis crónica con Filtrado glomerular estimado de 15 ml/m/1.73m² o más no revela ninguna ventaja de supervivencia. Se demostró que esta subpoblación de alto filtrado tiene una carga altísima de comorbilidades, muy significativamente superior a la subpoblación de bajo filtrado y obviamente su riesgo de muerte aumenta, no obstante ajustarse por covariadas pronósticas. Constató, también que iniciar HD con acceso vascular definitivo tiene grandes beneficios en la sobrevida, independientemente del Filtrado glomerular de inicio; dicho de otro modo, esa subpoblación de alto filtrado muestra una sobrevida ajustada semejante a la de la población de bajo filtrado, si su primer acceso es definitivo⁽²⁰⁾.

Parámetros antropométricos. Nutrición

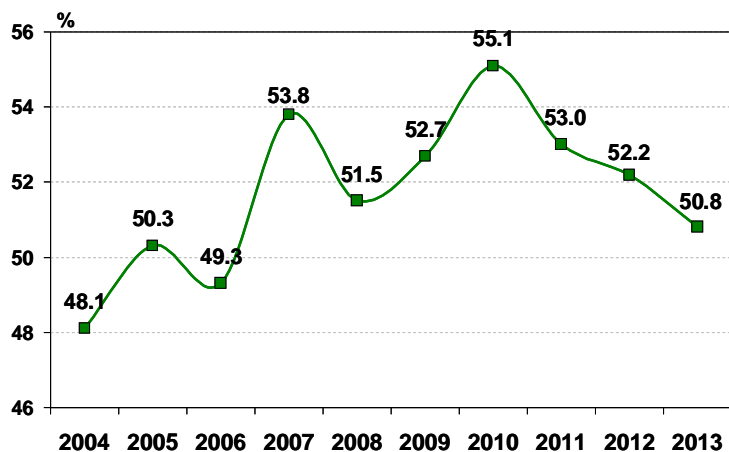


GRÁFICO 26: PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALBUMINEMIA MENOR A 3.5 GRAMOS/DECILITRO AL INGRESO A DC

Los pacientes mostraron aumento de peso sin cambios significativo en la Talla lo que derivó en aumento significativo del Índice de masa corporal (IMC), como se observa en la Tabla 10c.

No obstante, presentar mayor IMC no necesariamente está en directa relación con mejor estado nutricional. Como se observa en la tabla 10c y Gráficos 26-27a, la Albuminemia promedio (única variable de estado nutricional que se puede conocer en el Ingreso a DC por el SINTRA) cae significativamente entre 2004 y 2010, como también aumenta muy significativamente el porcentaje de pacientes que ingresan a DC con menos de 3.5 grs/dl en ese período. Posteriormente y hasta el año 2013 se

produce un ascenso en los valores promedio y disminución en el porcentaje de pacientes con rango inadecuado. No obstante El 51 % de los pacientes en 2013 llegan a su primer DC en la vida con valores de Albuminemia predictores de mayor mortalidad inmediata.

PARÁMETROS	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kgrs/M ²)	24.86	25.09	25.65	25.50	25.85	25.63	25.91	26.06	26.92	26.15	0.000
	24.63	24.92	25.16	25.20	25.53	25.48	25.75	25.89	26.37	25.99	
	25.08	25.26	26.14	25.80	26.17	25.79	26.08	26.23	27.47	26.31	
TALLA (cm)	164.0	164.1	164.3	164.2	164.6	164.2	164.1	164.3	164.5	164.3	0.084
	163.6	163.7	163.9	163.8	164.3	163.8	163.7	164.0	164.1	164.0	
	164.5	164.4	164.6	164.5	165.0	164.5	164.4	164.7	164.9	164.7	
PESO (Kgrs)	67.35	67.99	68.71	68.88	69.65	69.68	70.22	70.86	71.63	71.23	0.000
	66.81	67.50	68.23	68.40	69.15	69.19	69.72	70.34	71.10	70.72	
	67.90	68.48	69.19	69.36	70.15	70.18	70.73	71.38	72.16	71.73	
ALBUMINEMIA PROMEDIO (grs/dL)	3.42	3.40	3.44	3.37	3.39	3.38	3.35	3.36	3.38	3.40	0.000
	3.40	3.38	3.42	3.35	3.37	3.36	3.34	3.35	3.36	3.38	
	3.44	3.42	3.45	3.38	3.40	3.40	3.37	3.38	3.39	3.41	
PACIENTES CON ALBUMINEMIA menor a 3.5 grs/dL (%)	48.1	50.3	49.3	53.8	51.5	52.7	55.1	53.0	52.2	50.8	0.000

Comparaciones realizadas con ANOVA1 para cuantitativas y Chi² de Pearson para cualitativas; debajo de negritas límite inferior y superior del IC95%

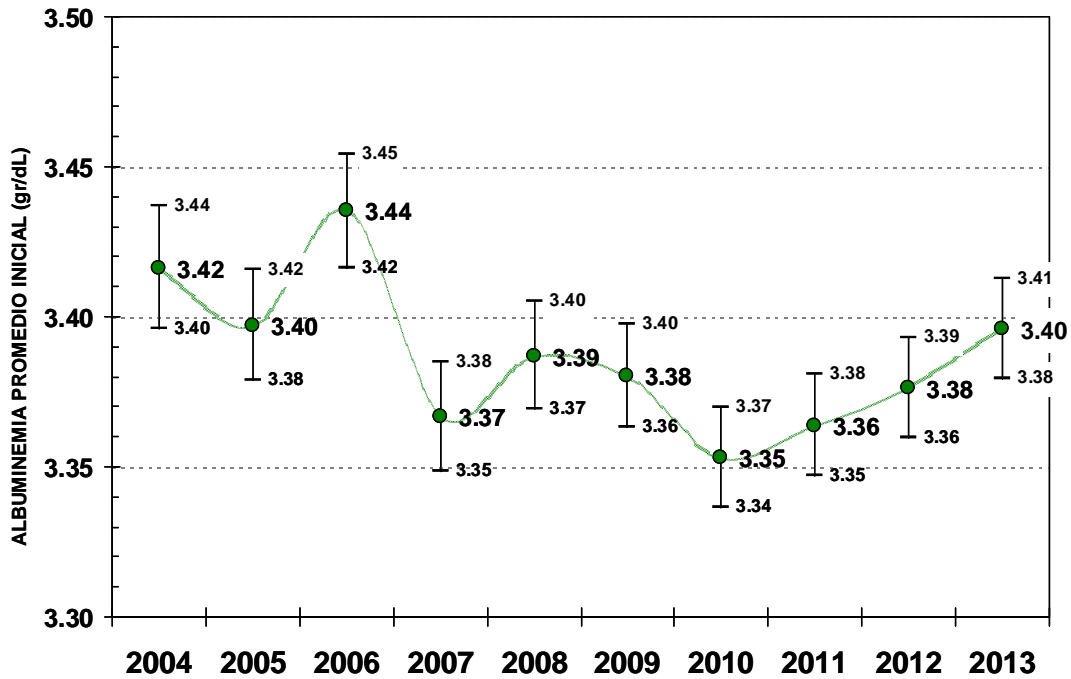


GRÁFICO 27a: ALBUMINEMIA INICIAL PROMEDIO EN PACIENTES INCIDENTES EN DC EN ARGENTINA

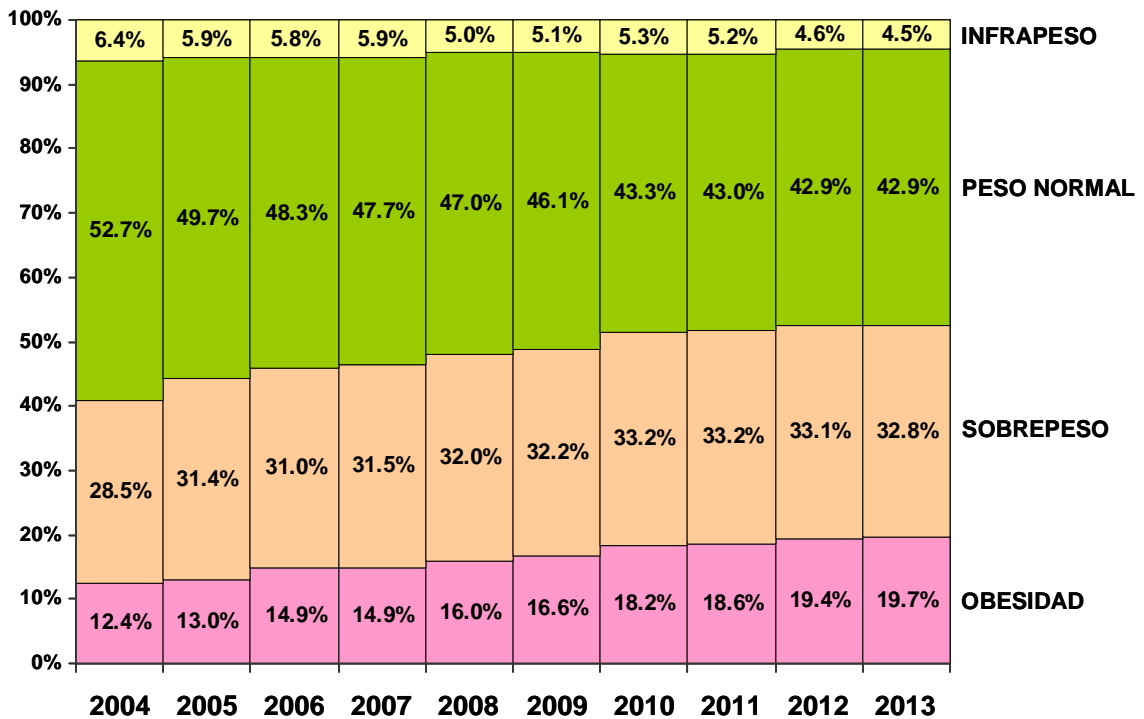


GRÁFICO 27b: Evolución en el tiempo de las Categorías de IMC en pacientes Incidentes en DC. Frecuencia relativa

El Gráfico 27b, muestra claramente la tendencia hacia el Sobrepeso-Obesidad de la Población Incidente en DC. En desmedro de la Categoría “Peso Normal”, las anteriores pasaron del 41% al 53% en 10 años. También existió una leve reducción del porcentaje de pacientes por debajo del peso normal. Por estos datos, los pacientes Incidentes tienden a la Obesidad, pero con déficit en Nutrición.

Enfermedades Cardíacas y Vasculares

El porcentaje de los pacientes que presentan Hipertensión Arterial en su ingreso a DC aumentó desde el 80.7% en 2004 hasta el 83.2% en 2013, con significación estadística, como se observa en la Tabla 10d; tanto la Insuficiencia Cardíaca como los antecedentes de Angina persistente o Infarto de Miocardio previos registraron una significativa reducción en la comparación global.

PARÁMETROS	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	80.7	81.8	81.9	82.2	83.2	83.2	84.4	83.7	84.4	83.2	0.000
ANGINA O INFARTO PREVIOS	11.3	11.7	10.6	9.5	10.7	10.4	10.0	10.4	9.9	10.1	0.008
PRESENCIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA	22.5	24.4	22.1	20.2	21.8	20.7	21.7	20.7	19.3	20.2	0.000
PRESENCIA DE ARRITMIA	11.0	10.9	10.4	10.1	9.9	10.2	9.9	10.0	9.1	9.5	0.031
DERRAME O PERICARDITIS	5.0	4.1	3.4	3.0	3.6	2.9	3.4	3.3	3.1	2.6	0.000
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	8.2	7.7	8.1	7.3	7.0	7.1	6.9	7.3	7.2	6.9	0.105
DÉFICIT DE PULSO SIN AMPUTACIÓN	16.9	18.9	17.3	17.9	19.0	17.8	18.8	18.8	19.2	18.9	0.015
DÉFICIT DE PULSO CON AMPUTACIÓN	4.8	5.3	5.2	5.0	4.7	4.4	4.8	4.6	4.6	4.1	0.048
DÉFICIT DE PULSO CON O SIN AMPUTACIÓN	19.9	22.3	20.6	20.9	22.0	20.9	21.8	21.8	22.0	21.2	0.081

Los valores representan los Porcentajes de pacientes con determinada patología. Comparaciones realizadas con Chi² de Pearson

La presencia de frote pericárdico y/o demostración de derrame pericárdico al inicio del tratamiento dialítico es cada vez menos frecuente, bajando muy significativamente desde el 5.0 % en 2004 hasta el 2.6% en 2013. Además es significativo el aumento de la Insuficiencia Vasular periférica (Déficit de pulso sin amputación) en los años transcurridos. La presencia de Arritmia cardíaca disminuyó significativamente en el tiempo. Por último, los pacientes que Ingresan presentando previamente Accidente Cerebrovascular o Accidente Isquémico Transitorio disminuyeron su porcentaje en el tiempo aunque este descenso no alcanza a ser significativo.

Otras comorbilidades

Los portadores de Asma o Enfermedad pulmonar obstructiva crónica representan el 6.9 % de los Ingresos en 2013, sin diferencia con los años previos en la comparación global. Consumió tabaco en los 10 años precedentes el 15-17% de la población ingresada a DC, sin cambio en el tiempo. La Tuberculosis activa tuvo descenso significativo, representando en 2013 a 2 de cada mil pacientes que ingresan a DC.

La Neoplasia como causa de IRD o como antecedente al Inicio de la DC sin ser causa de IRD, se presenta en el 7.3% de los pacientes ingresados en 2013, resultando el porcentaje más alto desde 2004; veremos después la importancia que la presencia o antecedente de Neoplasia tiene en la sobrevida inmediata.

PARÁMETROS	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
ASMA-EPOC	7.26	7.72	6.47	7.51	7.11	7.58	7.65	7.74	6.84	6.87	0.073
TABAQUISMO ÚLTIMOS 10 AÑOS	16.13	17.49	16.70	17.16	16.48	16.87	16.55	15.31	16.31	17.20	0.079
PRESENCIA DE NEOPLASIA ÚLTIMOS 5 AÑOS	5.48	5.99	5.80	6.39	6.67	6.58	5.91	6.56	6.41	7.30	0.002
PRUEBA DE CHAGAS POSITIVA	6.28	6.14	5.53	6.30	6.11	6.89	7.39	6.77	6.01	5.82	0.175
PRESENCIA DE TBC ACTUAL	0.37	0.28	0.23	0.30	0.16	0.26	0.10	0.10	0.13	0.24	0.020

Los valores representan los Porcentajes de pacientes con determinada alteración. Comparaciones realizadas con Chi² de Pearson

La prueba positiva para la Enfermedad de Chagas-Mazza se presenta en el 5.8 % de la población en 2013, sin diferencias en los años; el valor de esta prueba es registrada solamente en el 47% de la población, por lo que pierde importancia para el análisis de regresión.

Hepatitis B y C. Anticuerpos HIV

PARÁMETROS	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
PRESENCIA DE HBsAg	0.54	0.83	0.47	0.55	0.47	0.46	0.54	0.41	0.51	0.33	0.059
VACUNACION ANTI B COMPLETA O INCOMPLETA	44.2	44.5	45.1	41.6	38.6	41.5	40.0	40.5	40.2	39.3	0.000
PRESENCIA DE AchVC	2.01	1.65	1.82	1.91	1.38	1.74	1.30	1.00	0.98	0.92	0.000
PRESENCIA DE AchIV	0.25	0.40	0.44	0.38	0.38	0.47	0.50	0.50	0.40	0.43	0.768

Frecuencia relativa. Comparaciones realizadas con Chi² de Pearson

La presencia del HBsAg previo al ingreso a DC presentó un descenso casi significativo en 2013 con respecto a valores de años previos. Podemos decir que 1 de cada 300 pacientes que Ingresan a DC presenta HBsAg positivo previo (3 de cada mil).

La vacunación completa o incompleta es un indicador de cuidado previo y como se puede ver en la Tabla 10f se presenta en menos de la mitad de los que ingresan a DC; en 2008 se llega al más bajo valor, ya que solo el 39 % recibieron alguna o todas las dosis de la vacuna. En 2013 se obtiene el segundo valor más bajo; en la comparación global 2004-2013 el descenso resulta significativo. Ingresan en DC sin vacunarse 6 de cada 10 nuevos pacientes.

Es para tener muy en cuenta que casi el 1.0 % de los nuevos pacientes tienen anticuerpos contra el virus C de la Hepatitis antes de ingresar a DC en 2013, con disminución muy significativa desde 2004, cuando el porcentaje se ubicaba en el 2 %. Debemos tener en cuenta este porcentaje de previos positivos para el virus C, siendo un problema mórbido no creado por el Centro de DC, ya que el paciente antes de ingresar lo presenta.

Por último la presencia de los AchIV 1 y/o 2 presenta porcentajes muy parecidos en los últimos años, ingresando 4 pacientes positivos de cada mil en 2013.

Es muy preocupante el porcentaje de desconocimiento de la serología viral de los pacientes reportados en el DRI del SINTRA y que utilizamos en este Informe: En 2013 se responde Desconoce en el 13% del total de los pacientes en la sección Serología para HBsAg, en el 11% para AchVC y en el 4.5% para AchIV. Sabiendo que es obligatoria la realización de estas pruebas a todo paciente que inicia DC, no entendemos esta altísima tasa de desconocimiento.

A futuro inmediato la opción Desconoce, en pruebas altamente relacionadas con la bioseguridad de pacientes y personal, debería anularse como opción.

Primer Acceso Vascular para Hemodiálisis Crónica

Se observa un muy significativo incremento ($p = 0.000$) del uso como primer acceso del Catéter transitorio no tunelizado desde 2004 hasta 2013; en el último año el 69% de los nuevos pacientes ingresando a Hemodiálisis lo hacen con acceso transitorio. En contraposición cayó muy significativamente la Fístula Nativa como primer acceso entre 2004 y 2013 (Tabla 10g y Gráfico 28a).

TIPO DE ACCESO	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
CATÉTER TRANSITORIO NO TUNELIZADO	58.7	61.9	60.6	62.8	66.2	67.0	68.4	67.5	68.2	69.3	0.000
FÍSTULA NATIVA	35.0	32.2	33.0	31.2	28.0	27.2	26.4	26.2	25.7	24.7	0.000
FÍSTULA PROTÉSICA	4.0	3.7	3.9	4.0	4.0	3.6	3.3	3.6	3.6	3.0	0.043
CATÉTER PERMANENTE	2.3	2.1	2.5	2.1	1.8	2.1	1.9	2.7	2.6	3.0	0.000

Frecuencia relativa. Comparaciones realizadas con Chi² de Pearson

Comenzar Hemodiálisis con Prótesis o Fístula Protésica tuvo cambios menos significativos en el tiempo: Desde 4% hasta 3%. El porcentaje de pacientes comenzando HD con Catéter permanente tunelizado se elevó significativamente, especialmente entre 2010 y 2013, quedando en el último año en igual proporción que Prótesis.

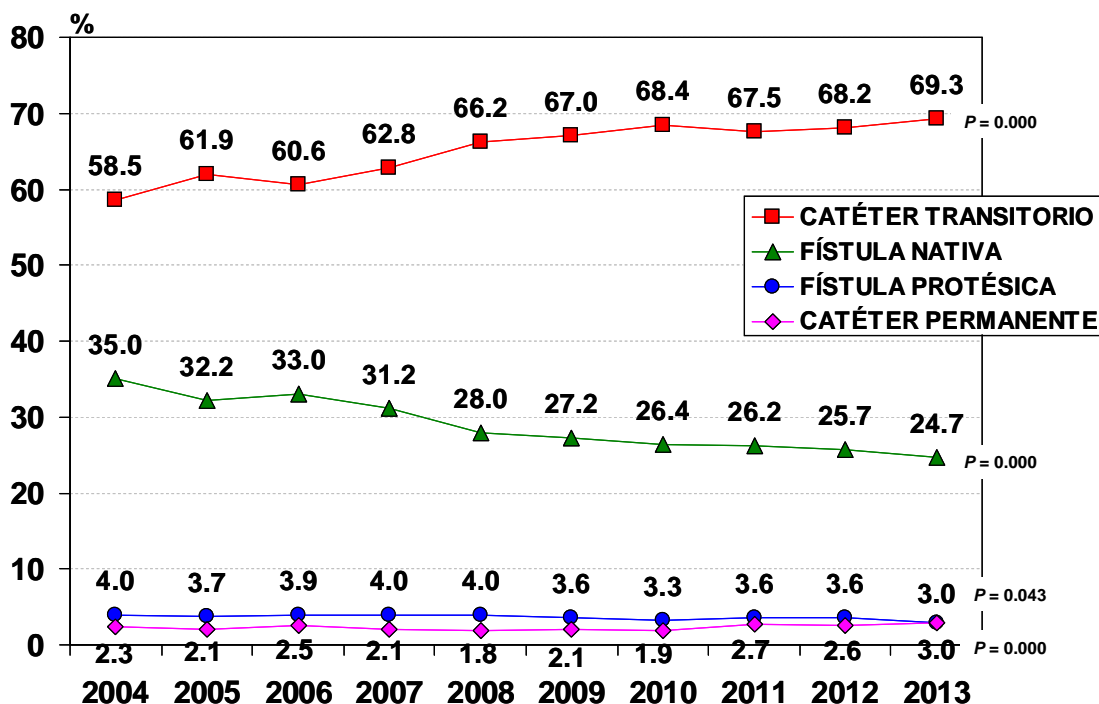


GRÁFICO 28a: PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS CRÓNICA SEGÚN AÑO DE INGRESO. FRECUENCIAS RELATIVAS (%)

TABLA 10h: PORCENTAJE DE PACIENTES CON CATÉTER TRANSITORIO NO TUNELIZADO COMO PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HD POR PROVINCIA Y POR PERÍODOS

PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE	2004-06	2007-09	2010-12	2013
JUJUY	64.2	82.7	85.7	83.19
TUCUMÁN	67.8	82.3	80.3	82.68
NEUQUÉN	75.6	78.8	73.4	81.25
FORMOSA	90.3	63.5	67.5	80.88
CHACO	64.9	64.8	70.1	79.33
CATAMARCA	57.2	54.8	58.7	79.17
SAN LUIS	63.6	69.6	79.9	78.00
LA RIOJA	36.9	48.0	71.7	76.32
SALTA	60.8	65.2	73.8	75.26
MISIONES	46.0	48.6	70.2	75.18
ENTRE RÍOS	65.0	70.9	77.1	72.54
MENDOZA	56.6	60.5	67.8	70.99
TOTAL PAÍS	60.4	65.2	67.9	69.33
BUENOS AIRES	63.7	65.1	67.3	68.72
SANTA FE	57.0	68.3	66.6	68.69
CÓRDOBA	57.7	64.4	65.0	67.45
LA PAMPA	65.9	62.6	60.7	66.67
SANTIAGO	58.9	65.6	69.4	65.63
SAN JUAN	46.2	75.1	77.5	65.03
CORRIENTES	46.3	53.6	56.4	60.29
CAPITAL FEDERAL	55.3	59.1	59.8	58.64
RÍO NEGRO	53.7	59.4	59.0	57.89
TIERRA D. FUEGO	26.9	44.4	60.5	55.00
CHUBUT	52.9	55.9	59.7	48.65
SANTA CRUZ	37.3	51.2	46.0	45.71

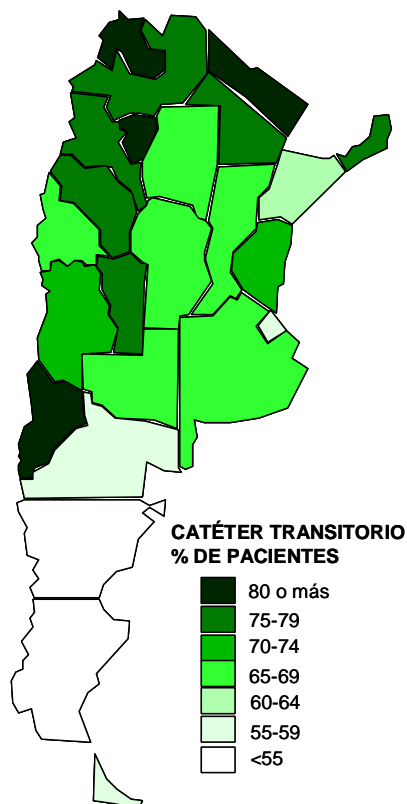


GRÁFICO 28b: PORCENTAJE DE PACIENTES UTILIZANDO CATÉTER TRANSITORIO COMO PRIMER ACCESO PARA HD. AÑO 2013

El incremento de uso de acceso transitorio en Hemodiálisis crónica es altamente preocupante, ya que se demostró claramente perjudicial en la sobrevida inmediata de estos pacientes; forma parte de las variables indicadoras de tardía intervención del nefrólogo. Si el nefrólogo puede captar más temprano al Enfermo renal Crónico (en etapa 3B o 4), probablemente encontraríamos mayor porcentaje de pacientes comenzando HD con acceso definitivo. Lejos de mejorar, este indicador está empeorando con el tiempo. Es importante identificar donde existen los mayores porcentajes de incidentes con catéteres temporarios como primer acceso vascular considerando la Provincia de residencia del paciente. En el último año Jujuy, Tucumán, Neuquén y Formosa superan el 80%. En el otro extremo, Santa Cruz, Chubut, Tierra del Fuego, Río Negro y Capital Federal presentan menos del 60% (Tabla 10h y Gráfico 28b).

Variables Socio-económicas

De las variables que el DRI presenta para responder, tomamos 3 de ellas con algunas correcciones ofrecidas de otras, para observar su evolución en el tiempo. Vivienda precaria comprende a los que viven en casas precarias y también a los que habitando en casa de material no poseen baños y/o cañerías para el agua; también los que viven en pensión u hotel con baño compartido. De la variable Ingresos económicos del grupo familiar consideramos los pacientes cuyo grupo familiar no ingresa dinero y los que ingresan \$1000 o menos.

PARÁMETROS	AÑO DE INGRESO A DC										P
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
VIVIENDA PRECARIA	12.1	13.0	12.5	12.0	10.5	10.6	9.9	8.5	8.9	8.7	0.000
SIN INGRESOS FAMILIARES	58.1	51.6	43.0	33.2	21.7	13.5	7.7	3.9	2.7	1.7	0.000
INGRESOS FAMILIARES DE \$1000 o MENOS	90.7	89.6	89.3	91.8	92.8	93.4	94.3	94.7	94.3	93.4	0.000

Frecuencia relativa. Comparaciones realizadas con Chi² de Pearson

La Tabla 10i nos muestra que la precariedad de la vivienda es de 8.7 % en el año 2013, habiendo descendido muy significativamente en el tiempo transcurrido.

Existe también diferencia en la variable Sin ingresos económicos para el grupo familiar; observamos que la proporción de pacientes en esa condición disminuyó muy significativamente desde 2004 ($p = 0.000$) desde el 58.1% hasta solo el 1.7 % en 2013. Respecto a la falta de ingresos económicos, nuestro grupo demostró un Riesgo relativo (1.24) mayor y significativo en la sobrevida al año en el grupo de pacientes incidentes en Hemodiálisis crónica de Argentina que no poseen ingresos económicos con respecto a los que tienen ingresos económicos, después de ajustar por edad, sexo, comorbilidades y laboratorio inicial⁽²¹⁾.

Llamativamente aumentó significativamente la proporción de pacientes cuyo ingreso familiar es de 1000 pesos o menos (incluye los Sin Ingresos) llegando al 93.4% de los incidentes del año 2009, manteniéndose alrededor de esa cifra hasta el año 2013. Dicho de otro modo, solo el 6.6% de los pacientes incidentes son reportados como ingresando más de 1000 pesos. En 2004, la cifra de 1000 pesos podría ser adecuada para contener a un grupo familiar típico y no caer en la pobreza-indigencia; pero indudablemente por la depreciación de nuestra moneda, no lo fue para los años 2010 en adelante.

Variables que señalan la llegada tardía al Sistema de Salud

En las ediciones anteriores de este Registro decíamos que existen señales a lo largo de este Capítulo y el anterior que invitan a pensar que el contacto del sistema de salud (o más específicamente el nefrólogo) con el paciente portador de Enfermedad renal es en muchos casos tardío. Con mayor conocimiento de la realidad (evolución de las variables, intercambios de opiniones con otros investigadores, etc.) podemos analizar este problema, aún vigente, con pequeños cambios.

Algunas variables analizadas aquí y posibles de cambiar son las siguientes:

1. Bajas tasas de Incidencia a DC ajustadas en algunas Provincias argentinas hace sospechar fuertemente que en ellas el sistema de salud muestra algún déficit para contactarse con el enfermo renal.
2. Mayores tasas de Incidencia en DC de los varones a medida que pasan los años con brecha cada vez más amplia con las tasas de Incidencia en DC de las Mujeres, hacen necesario focalizar más la atención y el cuidado hacia la población masculina.
3. Crecimiento significativo de la población que ingresa con Nefropatía Diabética, etiología que puede hacer retrasar el Ingreso a DC, si se medica convenientemente al diabético en estadios iniciales de su enfermedad. Se constató que las regiones del país con mayor prevalencia de Diabetes tienen más ingresos a DC por esta enfermedad (Noroeste y Cuyo) y en consecuencia su tasa general de Incidencia a DC será más alta que la de regiones con menor prevalencia de Diabetes.
4. Edad de Ingreso a DC muy temprana en algunas Provincias que contrasta fuertemente con la media nacional y en especial con la de Capital Federal que presenta la Edad promedio de ingreso a DC más elevada del país. La edad temprana de Ingreso está directamente relacionada con la falta de tratamiento en etapas iniciales o aún tardías de las respectivas etiologías que llevan a la Insuficiencia renal definitiva.
5. Variables de anemia al ingreso que se encuentran por debajo de los objetivos para un paciente que comienza DC; probablemente de tratarse la anemia adecuadamente en los meses previos los valores de inicio serían aceptables.
6. Más del 50% de pacientes ingresando con Albuminemia menor de 3.5 grs/dl, variable que tiene que ver con el estado nutricional en los meses previos y es un fiel marcador de mortalidad precoz en DC.
7. Falta de vacunación contra el virus B de la Hepatitis en el 60% de la población que ingresa a DC. Lo peor, es que ese porcentaje continúa creciendo. De haber contacto con el especialista precozmente este porcentaje bajaría sensiblemente.
8. Comenzar Hemodiálisis crónica con acceso transitorio es, quizás, la que mayor relación tiene con la llegada tardía al sistema. Lamentablemente esta variable fue aumentando significativamente en los últimos años hasta llegar a representar casi el 70 % de los pacientes que ingresan a DC en 2013. También este es un marcador de alta mortalidad precoz.

El contacto en tiempo y forma de los pacientes con el Sistema público o Privado de salud es una de las herramientas para retrasar el Ingreso a DC; pero hay otras:

1. Los sistemas de salud deben responder en tiempo y forma a los requerimientos del médico cuando identifica y trata a un enfermo renal. La falta de respuesta o la excesiva burocracia imposibilitan muchas veces medicar adecuadamente al paciente renal aún en la etapa previa a la DC.
2. Mejorar los conocimientos de muchos profesionales de la salud que con su ignorancia no derivan, o lo hacen tardíamente, al paciente con enfermedad renal al especialista.
3. Mejorar la educación médica de la población en general, que al desconsiderar ciertos signos o síntomas de enfermedad renal hacen que la misma progrese a estadios finales. Aún conociendo su enfermedad no sigue el tratamiento indicado y las consecuencias son previsibles. También muchas veces el paciente se niega a ingresar a DC cuando el especialista lo indica.
4. Mejorar el Sistema Público de Salud para que los carenciados sean asistidos en tiempo y forma en toda la Argentina, no solamente en Capital Federal y el Conurbano bonaerense. De esta manera el Sistema va hacia el enfermo, lo identifica, lo trata y se actúa precozmente para no llegar a etapas finales o retrasar su llegada a la misma.

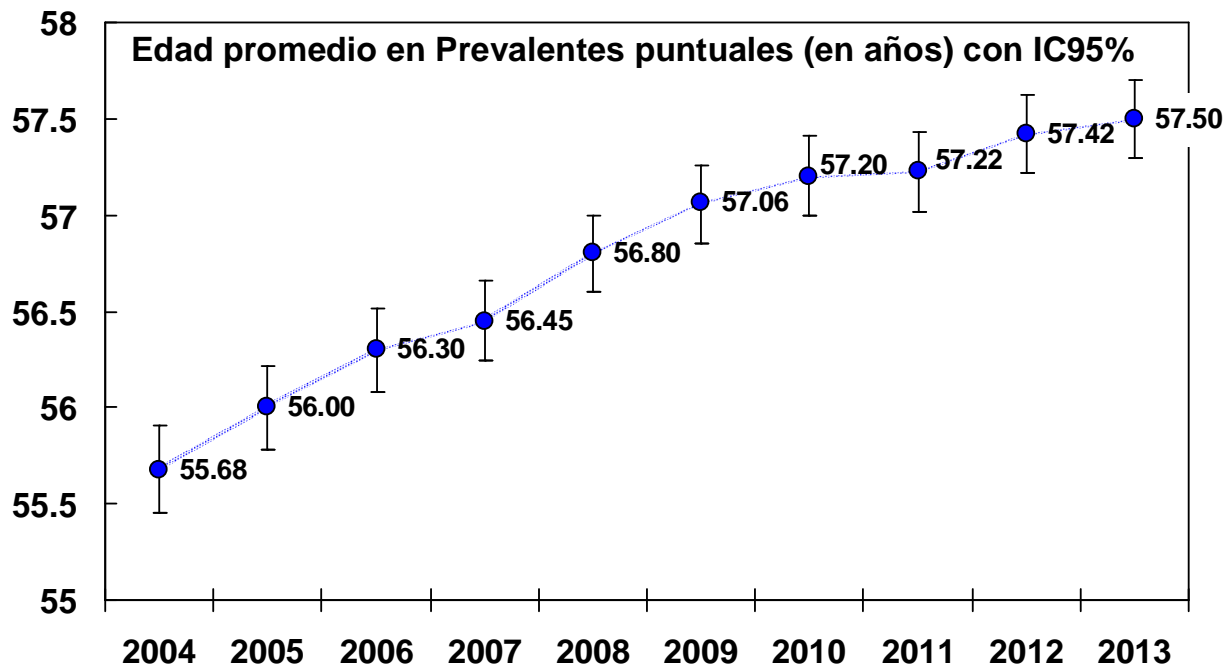
Referencias

1. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2013.
2. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013.
Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucaai2012_informe2013.pdf
3. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012.
Disponible en http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
4. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2011. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_san_incucai.php
5. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 1). P.7-62. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
6. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 2). P.71-127. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
7. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Nefrología Argentina, Vol. 7, Nº 1 supl., p. 7-98, 2009.
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
9. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica – Período 2004-2006. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
10. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2006. Informe 2008. Nefrología Argentina, Vol. 6, Nº 2 supl., p.12-97, 2008. Disponible en <http://www.nefrologiaargentina.org.ar/resultados.php?t=3&IdRevista=22#>
11. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Registro de pacientes en Diálisis crónica en Argentina 2004-2005. Nefrología Argentina, Vol. 6 Nro 1, supl., p.9-64, 2008
12. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis 04-05. Disponible en www.san.org.ar/regi-dc.php
13. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis Crónica 04-05 publicado por INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación. Setiembre de 2008.
14. Marinovich S, Lavorato C y Araujo JL: Epidemiología de la Insuficiencia renal crónica terminal en Argentina. En "Temas de Insuficiencia renal Diálisis y Trasplante". Cusumano A y Hermida O, Editorial Sigma, 2000.
15. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Ministerio de Salud. Disponible en http://www.estadistica.gov.ar/nuevo/descargas_public.php?num_confirm=26
16. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M y Laspiur S: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de Corte Transversal. Rev. Argent. Salud Pública, Vol. 2 - Nº 6, Marzo 2011.
17. U.S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Chapter 12: International comparisons, Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD. 2013. Disponible en http://www.usrds.org/2013/view/v2_12.aspx

18. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2009; 150: 604-12.
19. Cooper BA, Branley PB, Bulfone L, et al; IDEAL Study. A randomized controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med*. 2010; 363(7):606-619.
20. Marinovich S, Pérez Loredo J, Lavorato C, Rosa Diez G, Bisigniano L, Fernández V, Hansen Krogh D. Initial glomerular filtration rate and survival in hemodialysis. The role of permanent vascular access. *Nefrologia*. 2014;34(1):76-87
21. Marinovich S, Lavorato C, Rosa Diez G, Bisigniano L, Fernández V, Hansen-Krogh D: La falta de ingresos económicos se asocia a menor supervivencia en hemodiálisis crónica. *Nefrologia* 2012; 32(1):79-88.

5. Características de la Población Prevalente

Edad y Sexo de los Prevalentes Puntuales



AÑO	EDAD EN AÑOS AL 31/12 (DS)	INTERVALO CONFIANZA 95%		FRECUENCIA ≥ 65 AÑOS (%)	FRECUENCIA ≥ 80 AÑOS (%)
		L. INFERIOR	L. SUPERIOR		
2004	55.7 (16.9)	55.45	55.91	33.3	5.1
2005	56.0 (16.9)	55.78	56.22	33.9	5.4
2006	56.3 (16.9)	56.08	56.51	34.2	5.8
2007	56.5 (16.9)	56.24	56.66	34.6	6.0
2008	56.8 (16.9)	56.60	57.01	35.0	6.3
2009	57.1 (17.0)	56.85	57.26	35.9	6.7
2010	57.2 (17.0)	57.00	57.41	36.3	7.0
2011	57.2 (17.0)	57.02	57.43	36.4	6.9
2012	57.4 (17.0)	57.22	57.62	36.8	7.2
2013	57.5 (16.9)	57.30	57.70	36.9	7.2

Como se observa en el Gráfico y Tabla contigua, los pacientes prevalentes puntuales mostraron envejecimiento entre el 2004 y 2013 en forma muy significativa ($p=0.000$) pasando de 55.68 (± 16.9) a 57.50 (± 16.9) años. El crecimiento en la edad fue continuo, de uno a otro año se manifiesta una mayor edad promedio, aunque entre algunos años no resulte significativa. También continúa creciendo la proporción de pacientes con ≥ 65 años, siendo la de 2013 la más elevada de todas (36.9% del total); también es bastante constante el crecimiento de la población de ≥ 80 años (7.2 % en 2013).

La influencia de la edad y el sexo en los prevalentes puntuales en DC se pueden constatar en las Tablas 11a1 (año 2010), 11a2 (año 2011), 11a3 (año 2012) y 11a4 (año 2013). Son tablas de Prevalencia por grupos quinquenales de edad en diferentes sexos. Estas tablas sirven como referencia para las tasas ajustadas por edad y sexo por Provincias, mostradas en el Capítulo Prevalencia e Incidencia en DC. La repetición de la presentación de las tablas-gráficos de los años 2010, 11 y 12 obedece a que las tasas fueron corregidas de acuerdo a las enmiendas recientemente realizadas a la población de Argentina y Provincias para esos años⁽¹⁾.

Para consultar las Tablas de los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 remitimos al lector a ediciones anteriores de este Registro⁽²⁻¹³⁾.

TABLA 11a1: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD						
AÑO 2010						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	44	12.32	10	5.77	34	18.49
5-9	58	16.54	26	15.18	32	17.83
10-14	149	42.07	75	43.10	74	41.07
15-19	299	83.99	138	78.29	161	89.59
20-24	627	187.36	310	185.45	317	189.27
25-29	878	277.25	387	243.25	491	311.57
30-34	1192	382.99	547	347.99	645	418.69
35-39	1328	489.83	590	428.63	738	552.95
40-44	1480	630.37	680	567.52	800	695.89
45-49	1875	847.60	849	747.92	1026	952.66
50-54	2448	1186.95	1090	1023.63	1358	1361.29
55-59	2831	1508.20	1240	1267.34	1591	1770.45
60-64	3336	2048.42	1458	1689.67	1878	2452.72
65-69	3039	2329.51	1319	1858.01	1720	2892.37
70-74	2588	2514.99	1060	1814.67	1528	3434.47
75-79	1990	2462.78	838	1733.57	1152	3548.60
80 y más	1817	1814.28	773	1150.90	1044	3165.07
TOTAL	25979	636.92	11390	546.34	14589	731.62

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

TABLA 11a2: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD						
AÑO 2011						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	51	14.08	11	6.26	40	21.44
5-9	74	21.10	35	20.46	39	21.71
10-14	140	39.66	69	39.83	71	39.49
15-19	308	86.19	146	82.63	162	89.67
20-24	641	188.77	322	190.05	319	187.50
25-29	887	278.57	410	256.44	477	300.87
30-34	1219	387.85	567	357.43	652	418.84
35-39	1335	476.73	609	428.63	726	526.27
40-44	1520	634.20	671	548.85	849	723.08
45-49	1896	851.28	857	750.08	1039	957.87
50-54	2422	1161.71	1087	1009.68	1335	1324.04
55-59	2966	1559.26	1303	1313.78	1663	1826.68
60-64	3437	2064.48	1506	1707.04	1931	2467.44
65-69	3207	2388.62	1378	1886.82	1829	2987.17
70-74	2577	2459.87	1119	1883.72	1458	3214.43
75-79	2049	2518.69	839	1725.00	1210	3698.69
80 y más	1843	1798.41	788	1146.84	1055	3124.20
TOTAL	26572	643.99	11717	555.82	14855	736.10

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

TABLA 11a3: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD						
AÑO 2012						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	41	11.17	13	7.30	28	14.81
5-9	70	19.93	30	17.54	40	22.21
10-14	148	42.03	77	44.62	71	39.54
15-19	302	84.49	149	84.42	153	84.55
20-24	628	182.31	313	182.35	315	182.28
25-29	915	284.78	421	261.11	494	308.63
30-34	1270	402.62	559	351.34	711	454.81
35-39	1371	474.30	613	418.26	758	531.94
40-44	1591	647.36	690	550.67	901	747.93
45-49	1940	865.46	871	757.74	1069	978.83
50-54	2397	1137.36	1053	967.57	1344	1318.67
55-59	3005	1560.04	1299	1293.12	1706	1850.97
60-64	3611	2127.07	1583	1759.46	2028	2541.56
65-69	3251	2349.77	1367	1816.87	1884	2985.02
70-74	2759	2578.66	1184	1954.13	1575	3394.11
75-79	2079	2534.61	837	1707.31	1242	3763.62
80 y más	1963	1873.63	795	1132.35	1168	3379.42
TOTAL	27341	655.14	11854	556.19	15487	758.41

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

TABLA 11a4: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD						
AÑO 2013						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-4	48	12.93	19	10.55	29	15.17
5-9	79	22.43	36	21.01	43	23.77
10-14	143	40.68	76	44.16	67	37.34
15-19	283	79.36	144	81.90	139	76.89
20-24	616	176.51	318	183.12	298	169.96
25-29	932	286.68	455	279.06	477	294.35
30-34	1224	388.03	541	340.24	683	436.59
35-39	1445	485.65	638	423.20	807	549.79
40-44	1692	669.07	729	565.72	963	776.44
45-49	1954	864.98	882	761.73	1072	973.54
50-54	2429	1140.60	1092	993.08	1337	1298.11
55-59	3102	1591.18	1318	1296.18	1784	1912.81
60-64	3710	2147.48	1606	1753.96	2104	2591.26
65-69	3406	2389.17	1405	1812.69	2001	3076.07
70-74	2819	2572.39	1223	1973.43	1596	3351.98
75-79	2075	2503.29	840	1696.19	1235	3701.13
80 y más	2009	1876.79	844	1177.42	1165	3294.45
TOTAL	27966	662.66	12166	564.71	15800	764.80

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

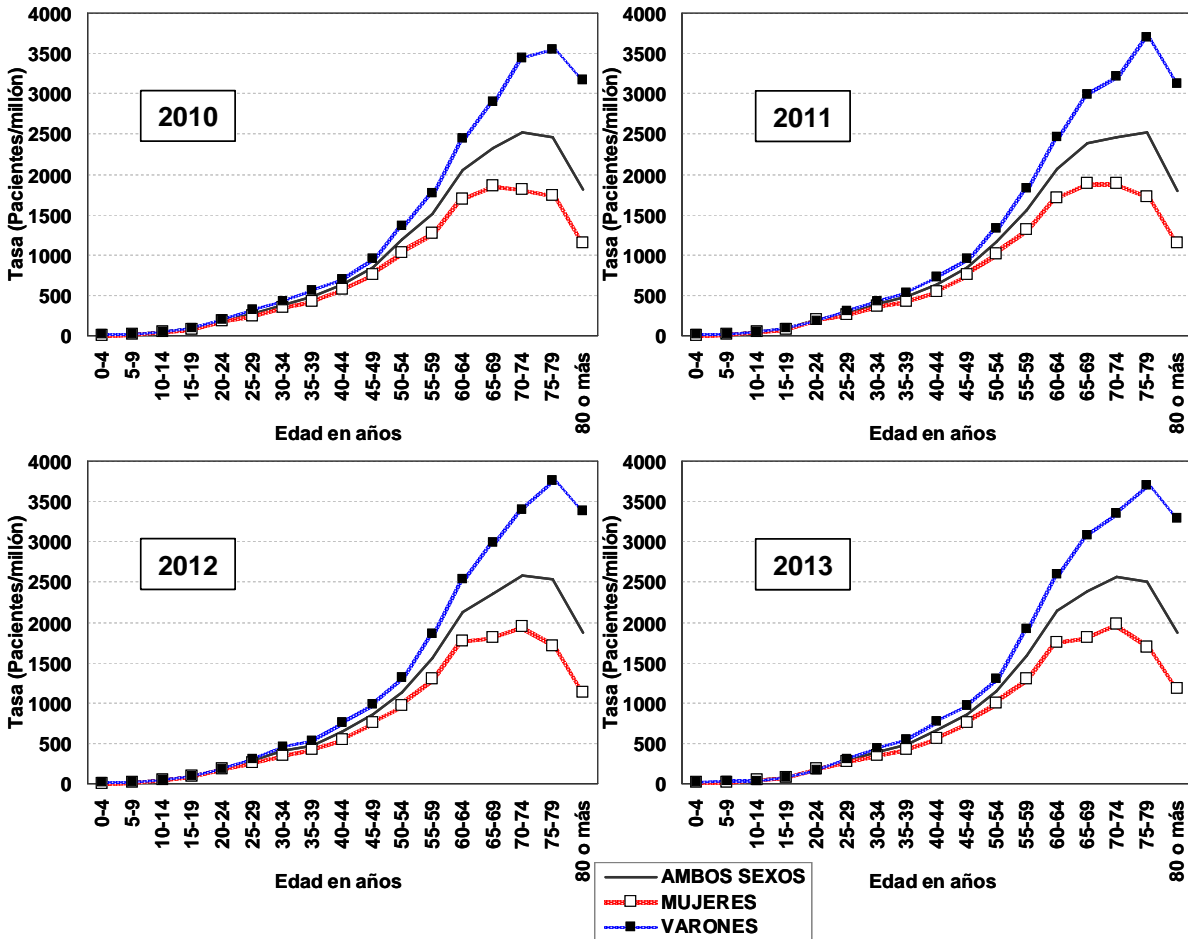


GRÁFICO 29a : TASAS DE PREVALENCIA EN DC POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Al describir a los pacientes incidentes destacábamos la influencia de la edad y el sexo en las Tasas. En los prevalentes puntuales se puede constatar lo mismo, como vemos en las Tablas y en el Gráfico 29a: A medida que aumenta la edad aumenta también la tasa de pacientes en DC; a partir de los 25 años las tasas de los varones son mayores que las de las mujeres y en edades tardías esta diferencia es mayor aún.

Observamos antes que ingresa, prácticamente, 1 varón por cada mil habitantes del mismo sexo de más de 70 años a DC y aquí agregamos que más de 3 de cada mil varones mayores de 65 años se dializan en 2013.

Otro dato que confirma el aumento de la población anciana en DC es el incremento de la tasa de prevalentes de 65 o más años de ambos sexos entre 2005 y 2013: Desde 1952 hasta 2332 pacientes por millón de Habitantes.

Nótese que 1.2 mujer cada 1000 habitantes del mismo sexo de 80 o más años se encontraba en DC en 2013; en cambio a 3.3 varones de cada mil habitantes del sexo masculino de 80 o más años se les realizaba DC. Por lo tanto para ese grupo etario la tasa de varones es un 175% mayor a la de las mujeres.

En las Tablas 11b1, 11b2, 11b3, 11b4 y Gráfico 29b se presentan las Tasas de Incidencia en DC de los años 2010 y sucesivos, en grupos que permiten la comparación con otros Registros.

TABLA 11b1: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD AÑO 2010						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	550	38.79	249	35.84	301	41.62
20-44	5505	374.88	2514	339.31	2991	411.10
45-64	10490	1348.29	4637	1147.40	5853	1565.44
65-74	5627	2411.30	2379	1838.45	3248	3124.37
75 y más	3807	2103.86	1611	1394.75	2196	3355.30
TOTAL	25979	636.92	11390	546.34	14589	731.62

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

TABLA 11b2: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD AÑO 2011						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	573	40.26	261	37.46	312	42.93
20-44	5602	375.47	2579	342.83	3023	408.68
45-64	10721	1360.69	4753	1161.21	5968	1576.35
65-74	5784	2419.85	2497	1885.43	3287	3083.88
75 y más	3892	2117.16	1627	1386.47	2265	3406.89
TOTAL	26572	643.99	11717	555.82	14855	736.10

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

TABLA 11b3: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD AÑO 2012						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	561	39.29	269	38.53	292	40.02
20-44	5775	380.93	2596	339.86	3179	422.65
45-64	10953	1373.77	4806	1160.30	6147	1604.57
65-74	6010	2449.58	2551	1878.10	3459	3158.36
75 y más	4042	2163.87	1632	1368.76	2410	3567.08
TOTAL	27341	655.14	11854	556.19	15487	758.41

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

TABLA 11b4: PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA POR GRUPOS DE EDAD AÑO 2013						
EDAD	TODOS		MUJERES		VARONES	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
0-19	553	38.63	275	39.32	278	37.96
20-44	5909	383.71	2681	345.79	3228	422.16
45-64	11195	1387.98	4898	1168.98	6297	1624.73
65-74	6225	2468.80	2628	1884.10	3597	3192.68
75 y más	4084	2150.20	1684	1389.38	2400	3491.89
TOTAL	27966	662.66	12166	564.71	15800	764.80

Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre ; EDAD: Edad en años al 31 de Diciembre
Tasas en Pacientes por millón de habitantes

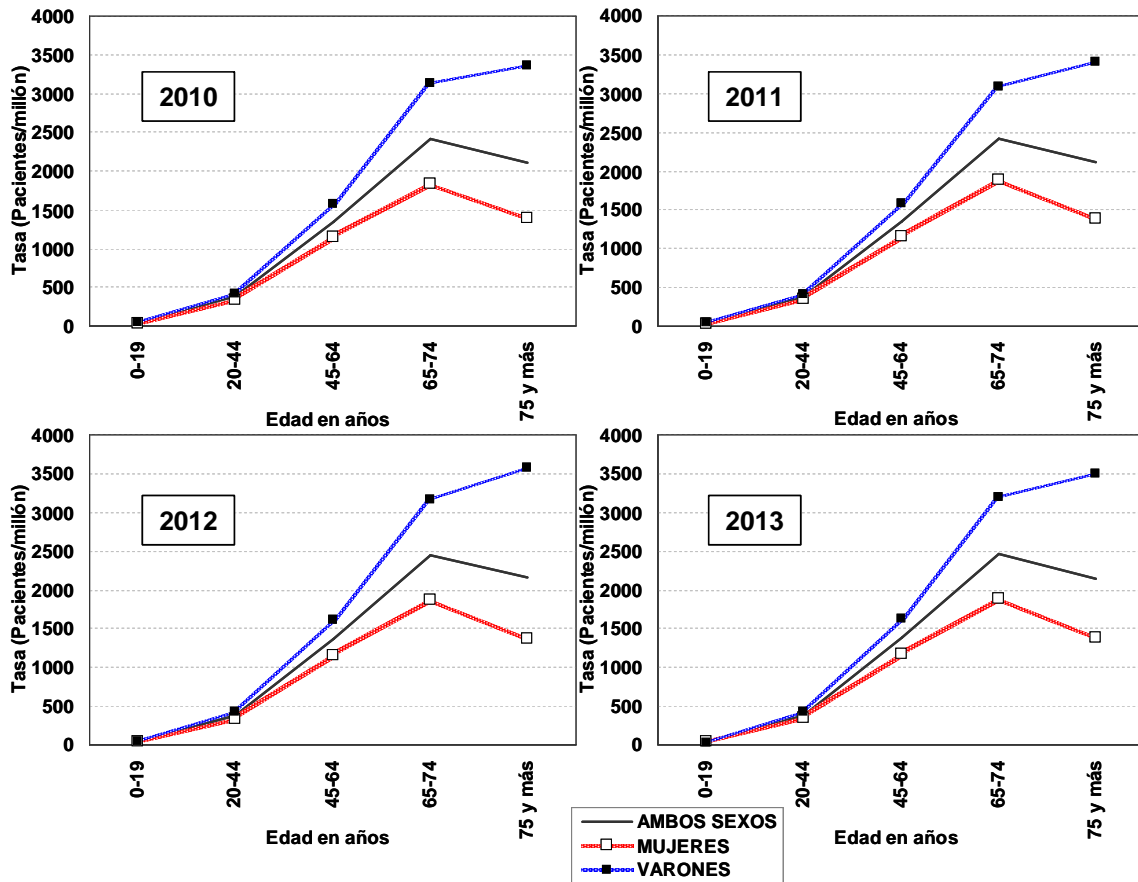


GRÁFICO 29b : TASAS DE PREVALENCIA EN DC POR GRUPOS DE EDAD

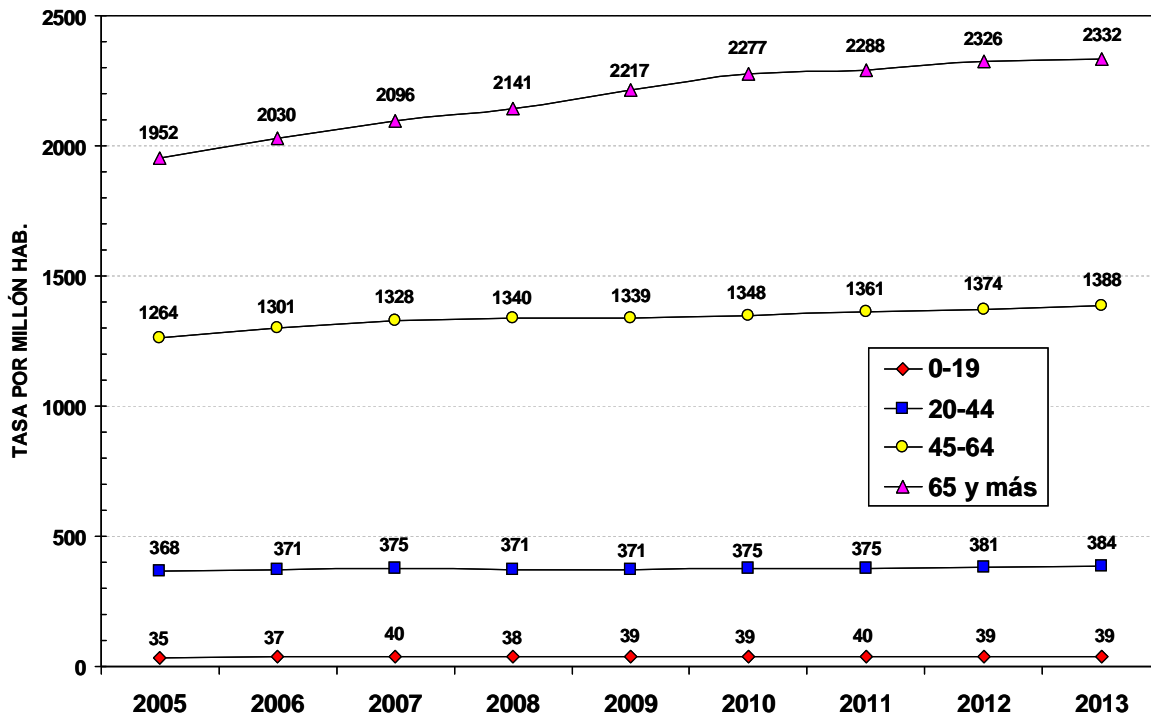


GRÁFICO 30a: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE PREVALENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. AMBOS SEXOS

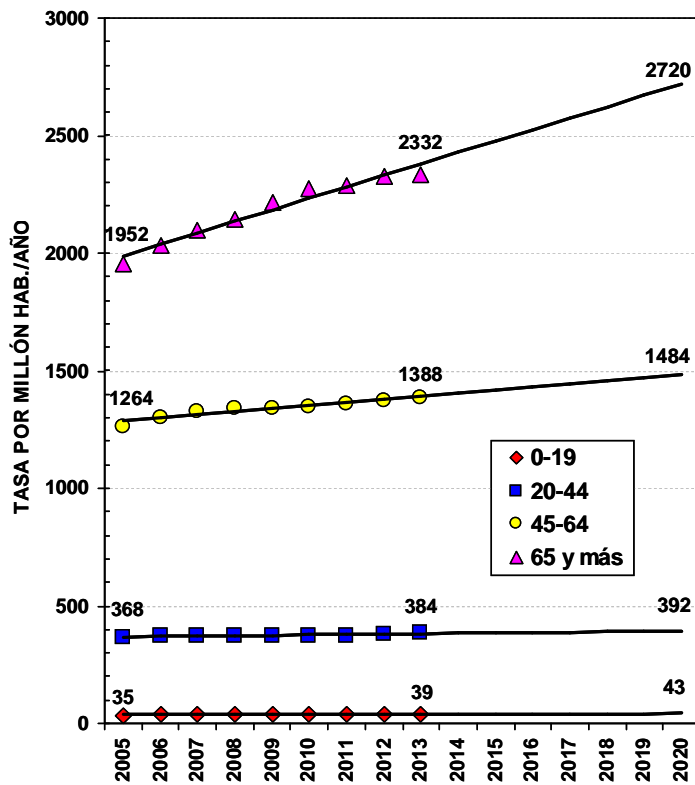


GRÁFICO 30b: PROYECCIONES DE LAS TASAS DE PREVALENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. AMBOS SEXOS

En el Gráfico 30a, podemos observar la evolución de las tasas de Prevalencia puntual en DC en los diferentes grupos de edad desde el año 2005, para ambos sexos. Se observa que existió un exiguo crecimiento en el tiempo transcurrido en los grupos de menor edad (0-19 y 20-44); las muy bajas tasas que presentan se mantienen casi en los mismos valores en los últimos 9 años. Existió un leve incremento en el grupo medio (45-64) de 9.8 % y un crecimiento muy significativo en el grupo de mayor edad (65 o más); la tasa de prevalencia de este grupo aumentó desde 1952 ppm en 2005 hasta 2332 ppm en 2013 (19.5% entre estos años).

De continuarse el crecimiento de las tasas visto hasta el año 2013, nos encontraríamos en 2020 con una tasa en 2720 ppm para el grupo de 65 años o más (Gráfico 30b), habiéndose aumentado la brecha con respecto a los grupos de menor edad, que aumentarían muy poco su tasa (45-64) o la mantendrían en valores parecidos a los actuales (0-19 y 20-44).

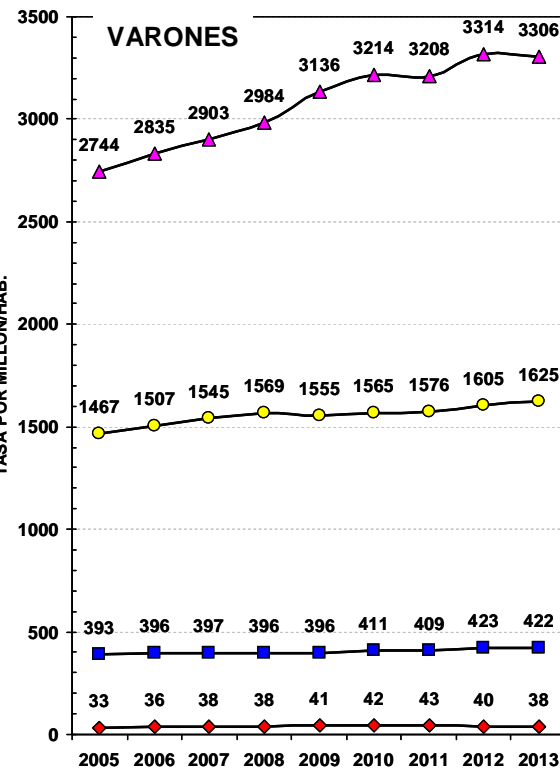
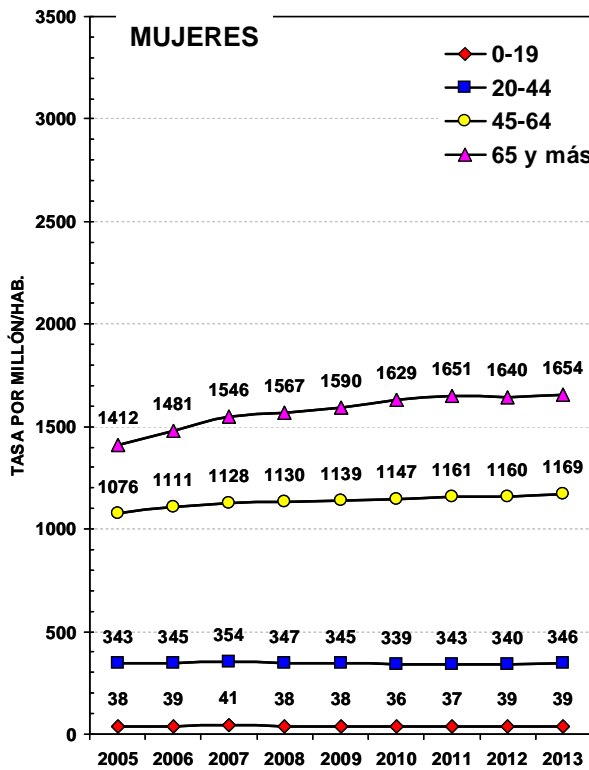


GRÁFICO 30c: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE PREVALENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. POR SEXO

En el Gráfico 30c se muestra la evolución de las Tasas de Incidencia en los diferentes grupos de edad en cada género, desde 2005 hasta 2013. No existen diferencias significativas en el grupo más joven, con exiguo incremento el tiempo y con tasas semejantes en varones y mujeres. Mayores son las tasas de varones en el grupo 20-44 en todo el tiempo, como también es mayor el crecimiento de la tasa entre 2005 y 2013 (7.4% vs. 0.9%). En el grupo 45-64 años, los varones siempre presentaron tasas más altas que las mujeres y también con mayor crecimiento entre 2005 y 2013 (10.8 % vs. 8.6%). En el grupo de mayor edad (65 y más) son muy notorias las diferencias: Las tasas de los varones en todo el tiempo duplican a las de las mujeres, además de presentar un incremento mayor entre 2005 y 2013 (20.5% vs. 17.1%).

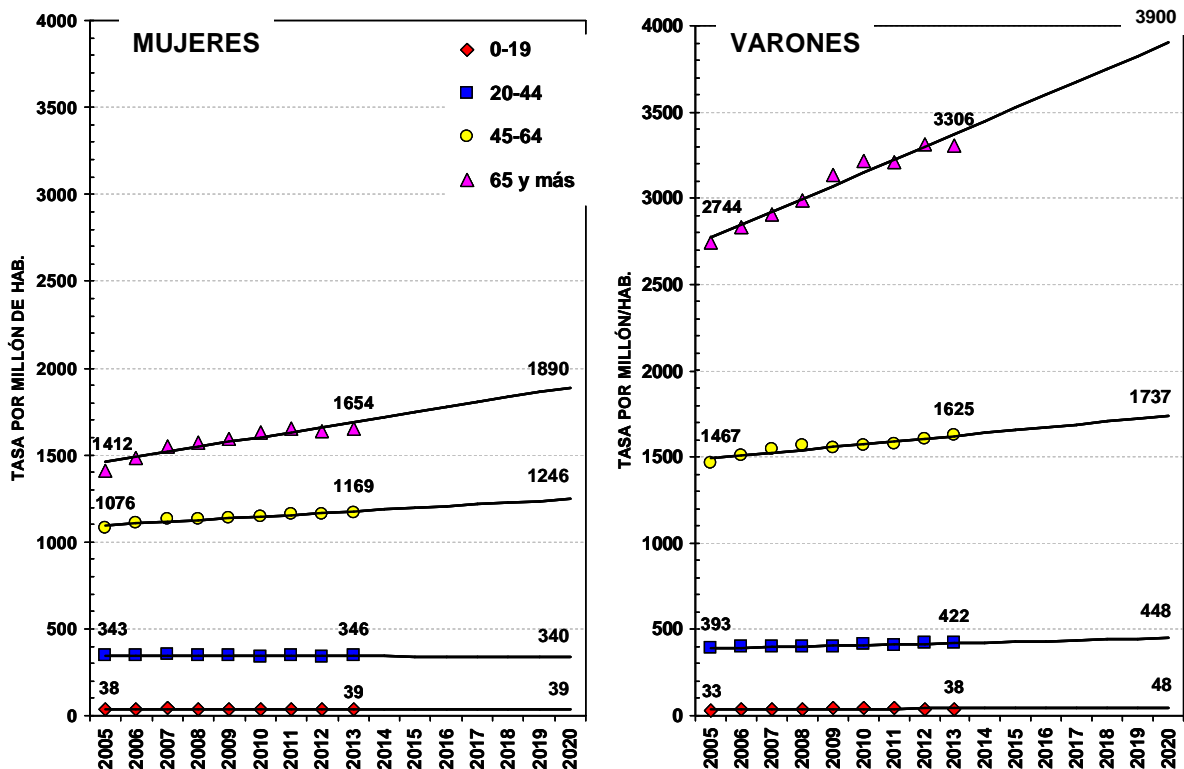


GRÁFICO 30d: PROYECCIONES DE LAS TASAS DE PREVALENCIA EN DC EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. POR SEXO

Como se evidencia en las proyecciones del Gráfico 30d, a futuro las diferencias se acentuarán entre las tasas de varones y mujeres a partir de los 45 años. En el grupo más viejo, la tasa de varones será 106% superior a la de las mujeres, llegando a 3900 ppm, aproximadamente, en el año 2020. Menos marcada será la diferencia a medida que se desciende en grupos etarios, no obstante serán más altas para los varones.

Se revela, entonces, que la población de 65 o más años es la que realizó el mayor aporte en el aumento de la Tasa de Prevalencia en DC en Argentina en los últimos 9 años, seguida lejos por la población de 45-64 años. No hubo ningún aporte de la población más joven de hasta 44 años, que mantuvo las mismas tasas desde 2005. Si discriminamos por género, la predominancia masculina es inmensa y la diferencia con el otro género se amplía con el paso del tiempo, en especial a partir de los 45 años. Podemos inferir, proyectando las tasas 2004-2013, que en el futuro la DC estará dominada por gerontes, fundamentalmente del sexo masculino.

En el Gráfico 31 se observan las medias e IC95% desde el año 2004 hasta el 2013 para la tasa de mujeres y varones. En todos los años, la comparación entre la tasa de varones y la de mujeres resultó en una diferencia muy significativa ($p=0.000$). Los varones aumentaron mucho más su tasa entre 2004 y 2013: 22.5%, mientras que las mujeres la elevaron el 17.9%. De esta manera, en el tiempo transcurrido, la brecha en la Tasa de Incidencia de varones y mujeres se ha ampliado significativamente. Es muy fácil apreciar claramente que la brecha entre ambas se ensancha progresivamente, en especial desde el año 2007; la misma era de 145 ppm en 2004 y pasa a 200 ppm en 2013.

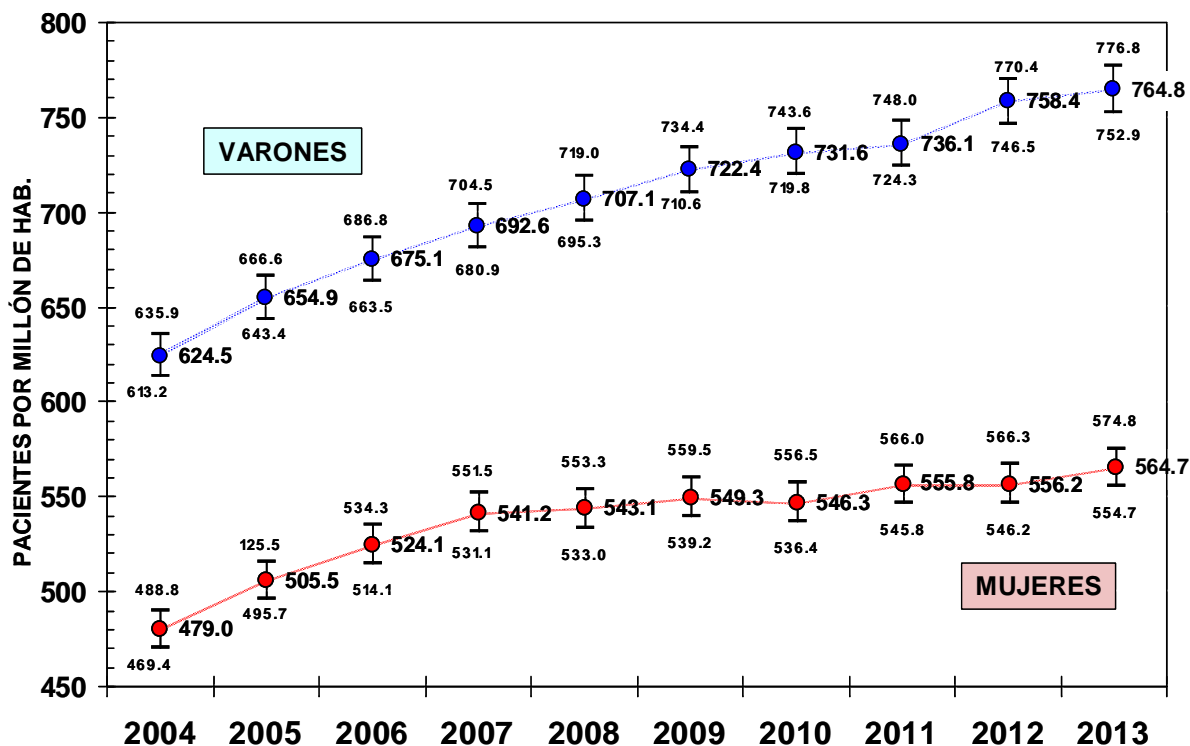


GRÁFICO 31: TASAS PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA CON INTERVALOS DE CONFIDENCIA DEL 95% EN LOS DIFERENTES SEXOS

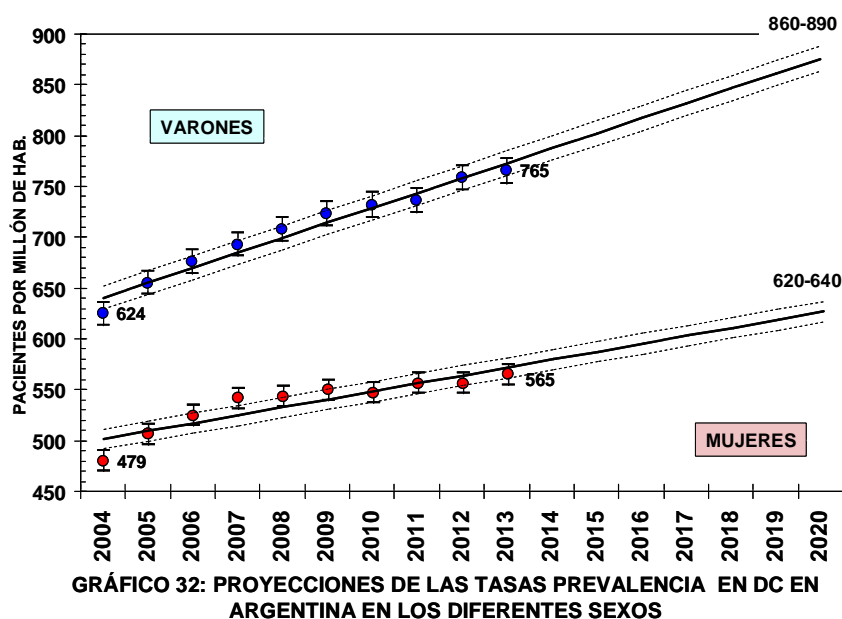


GRÁFICO 32: PROYECCIONES DE LAS TASAS PREVALENCIA EN DC EN ARGENTINA EN LOS DIFERENTES SEXOS

De continuarse el crecimiento de las tasas visto hasta el año 2013, nos encontraríamos en 2020 con una tasa para varones entre 860-890 ppm, aumentado la brecha con respecto a la de las mujeres que llegaría a 620-640 ppm (Gráfico 32). Considerando que la mortalidad en mujeres no es significativamente mayor que la del varón; así como tampoco lo es la tasa de trasplante renal, siendo las 2 causas de egreso de DC más importantes, la menor prevalencia de las mujeres en DC sería el resultado en parte de una menor tasa de

incidencia del sexo femenino en DC. Las probables causales de esta menor incidencia en DC son discutidas en el Capítulo Características de la Población Incidente.

Las tasas crudas de Prevalencia puntual en DC en diferentes sexos desde 2004 hasta 2013 por Provincia de residencia del paciente se muestran en la Tabla 12, ordenadas de mayor a menor tasa masculina 2013; en el Gráfico 33 se muestran los valores del año 2013. En la mayoría de las provincias se constata una mayor tasa para varones: El 92% de las provincias 2005 presentan tasas de prevalencia en DC mayores para varones que para mujeres. En el año 2006 lo muestran el 100 % de las Provincias; en

2007, 2008 y 2009, nuevamente, el 92% (22/24). En 2010 y 2011 el 96% (23/24). El 100% en 2012 y 2013.

TABLA 12. PREVALENCIA PUNTUAL EN DC EN ARGENTINA POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE EN DIFERENTES SEXOS																						
PROVINCIA DEL PACIENTE	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013			
	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.	MUJ.	VAR.		
	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
RÍO NEGRO	558	808	627	824	674	839	744	929	744	929	792	1075	759	1035	786	1043	787	1081	268	786.7	370	1094.3
NEUQUÉN	753	936	740	944	783	896	829	971	829	971	862	1025	843	1015	835	1029	849	1049	268	887.9	325	1086.4
SAN LUIS	532	568	564	604	589	595	633	675	633	675	610	870	652	955	700	1004	699	1047	172	735.9	248	1079.7
MENDOZA	592	853	644	888	700	956	762	1011	762	1011	757	1035	768	1031	741	1023	755	1006	705	751.4	924	1022.6
TUCUMÁN	728	759	772	791	790	857	813	890	813	890	850	960	844	1002	885	1008	874	990	686	872.2	753	984.4
SAN JUAN	572	650	647	692	624	724	595	722	595	722	616	842	669	924	731	912	723	915	276	755.4	329	923.0
LA RIOJA	429	539	477	658	473	771	494	702	494	702	503	685	529	838	550	890	537	1008	97	540.5	164	921.1
CÓRDOBA	465	678	481	706	506	714	522	734	522	734	531	735	536	759	546	755	555	791	994	555.9	1371	805.7
BUENOS AIRES	525	678	548	706	562	727	571	741	571	741	563	750	555	748	561	750	555	772	4642	558.0	6154	772.2
CATAMARCA	538	664	604	732	586	754	643	707	643	707	567	709	561	726	618	776	633	774	125	642.1	150	770.9
SANTIAGO	395	508	452	540	500	556	521	562	521	562	594	609	583	643	646	625	650	666	314	689.0	339	749.1
JUJUY	561	671	626	720	669	731	680	748	680	748	711	781	707	745	635	738	689	746	245	680.9	259	739.4
CAPITAL FEDERAL	433	652	432	683	455	686	461	675	461	675	441	718	433	706	442	721	443	718	717	441.0	1022	720.6
SALTA	471	549	494	576	507	578	556	648	556	648	563	694	543	723	582	713	603	739	393	600.2	460	717.4
CHUBUT	543	565	586	626	624	663	638	678	638	678	666	776	561	682	561	668	535	680	149	546.3	185	677.9
SANTA FE	346	485	366	519	378	534	382	557	382	557	429	609	446	631	465	627	477	671	813	473.5	1094	673.6
LA PAMPA	378	604	411	665	473	633	431	619	431	619	521	540	492	591	499	610	429	634	82	483.7	109	652.0
TIERRA D. FUEGO	257	192	266	305	292	313	483	288	483	288	579	424	450	521	361	519	394	546	29	411.4	47	639.5
CORRIENTES	331	451	348	469	374	482	402	455	402	455	381	541	389	538	405	564	412	615	248	466.1	312	603.2
ENTRE RÍOS	323	460	338	446	372	471	398	479	398	479	390	492	386	522	383	510	390	540	264	399.9	357	562.2
MISIONES	201	289	241	324	237	341	253	361	253	361	315	429	329	460	333	498	344	535	221	381.0	320	552.3
CHACO	377	377	424	415	389	418	428	426	428	426	467	452	473	460	482	479	467	479	282	498.8	287	519.4
FORMOSA	360	451	386	445	384	480	382	507	382	507	445	417	412	418	347	436	329	488	110	385.8	143	504.9
SANTA CRUZ	253	187	305	275	337	370	413	452	413	452	405	480	344	424	420	451	379	471	66	449.1	78	501.7
TOTAL	479	624	506	655	524	675	541	693	541	693	549	722	546	732	556	736	556	758	12166	564.7	15800	764.8

Nº: Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre (solo para 2013); MUJ.: Mujeres; VAR.: Varones. TASA CRUDAS EN PACIENTES POR MILLON DE HABITANTES; Ordenados de mayor a menor tasa masculina 2013.

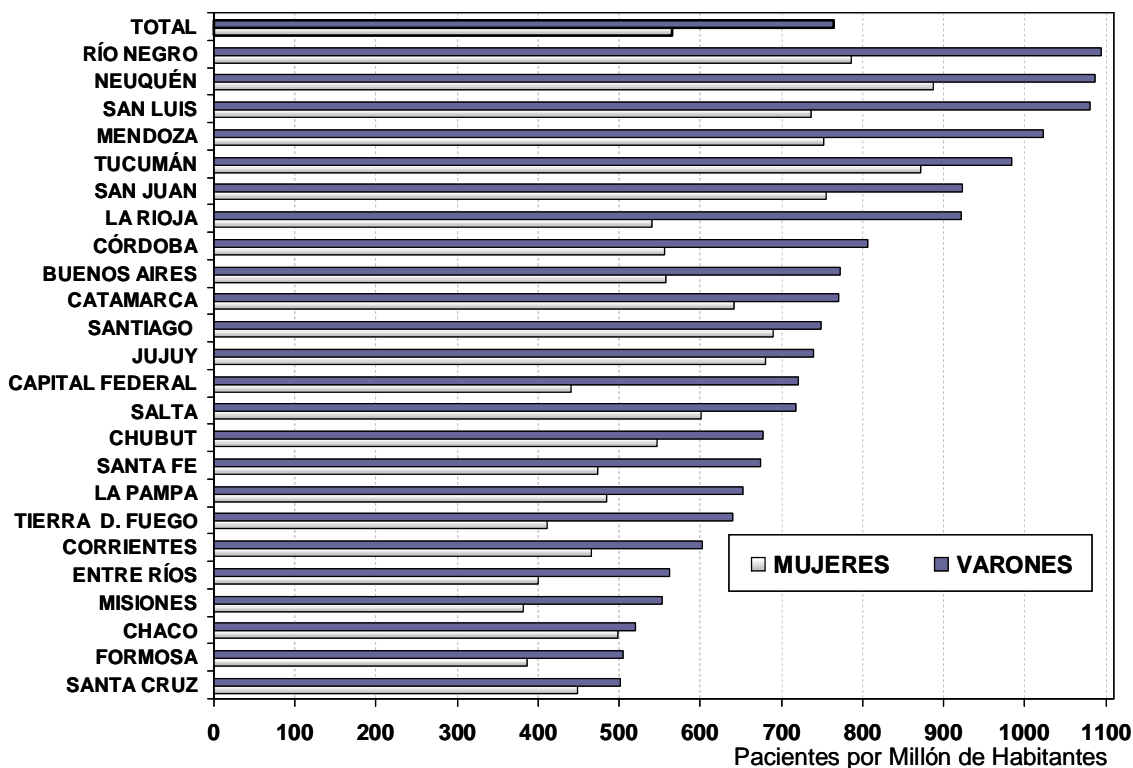


GRÁFICO 33: TASAS CRUDAS DE PREVALENCIA EN DC POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE EN DIFERENTES SEXOS. AÑO 2013

TABLA 13a. EDAD DE LOS PREVALENTES PUNTUALES EN DC DE ARGENTINA EN 2013								
PROVINCIA	Nº POBLACIÓN TASA			PROMEDIO EDAD	I. CONFIANZA 95%		FRECUENCIA	
					L.INFERIOR	L. SUPERIOR	≥ 65 AÑOS	≥ 80 AÑOS
CAPITAL FEDERAL	1739	3044076	571.27	62.82	62.00	63.64	51.1	17.1
CÓRDOBA	2365	3489669	677.71	60.13	59.46	60.79	42.7	9.3
SAN LUIS	420	463411	906.32	58.96	57.39	60.53	41.0	7.9
SANTA FE	1907	3341228	570.75	58.78	58.03	59.52	40.1	8.2
ENTRE RÍOS	621	1295121	479.49	58.63	57.30	59.97	39.9	9.2
MENDOZA	1629	1841813	884.45	58.56	57.72	59.40	41.3	8.2
CATAMARCA	275	389256	706.48	57.69	55.95	59.44	36.4	3.6
RÍO NEGRO	638	678797	939.90	57.12	55.82	58.42	35.9	5.8
BUENOS AIRES	10796	16289599	662.75	56.85	56.53	57.17	35.5	6.7
TUCUMÁN	1439	1551460	927.51	56.84	56.01	57.66	31.0	5.5
NEUQUÉN	593	601003	986.68	56.30	54.95	57.65	34.4	6.2
LA PAMPA	191	336706	567.26	56.11	53.56	58.65	37.7	4.2
SALTA	853	1295944	658.21	56.01	54.98	57.05	30.4	3.5
LA RIOJA	261	357516	730.04	55.98	54.02	57.93	30.7	3.8
CORRIENTES	560	1049325	533.68	55.85	54.36	57.34	34.6	7.5
SANTA CRUZ	144	302420	476.16	55.78	53.35	58.20	26.4	2.8
SAN JUAN	605	721830	838.15	55.76	54.43	57.08	35.5	3.0
SANTIAGO DEL ESTERO	653	908268	718.95	55.58	54.42	56.74	30.9	2.6
CHACO	569	1117953	508.97	55.35	53.89	56.81	33.0	6.7
TIERRA DEL FUEGO	76	143987	527.83	55.08	51.64	58.52	25.0	1.3
MISIONES	541	1159445	466.60	54.70	53.26	56.15	31.8	4.1
JUJUY	504	710121	709.74	54.47	53.05	55.88	28.4	3.6
FORMOSA	253	568331	445.16	54.31	52.20	56.42	30.4	3.2
CHUBUT	334	545656	612.11	53.28	51.51	55.05	24.9	3.6
TOTAL	27966	42202935	662.66	57.50	57.30	57.70	36.9	7.2

TASA EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES. POBLACIÓN ESTIMADA PARA 2013 EN BASE AL CENSO 2010; PROVINCIA : Provincia de residencia del paciente. Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31/12/2013; FRECUENCIA: Porcentaje del total de pacientes con ≥ 65 años o con ≥ 80 años. Edad al 31/12/2013. Ordenados de mayor a menor promedio

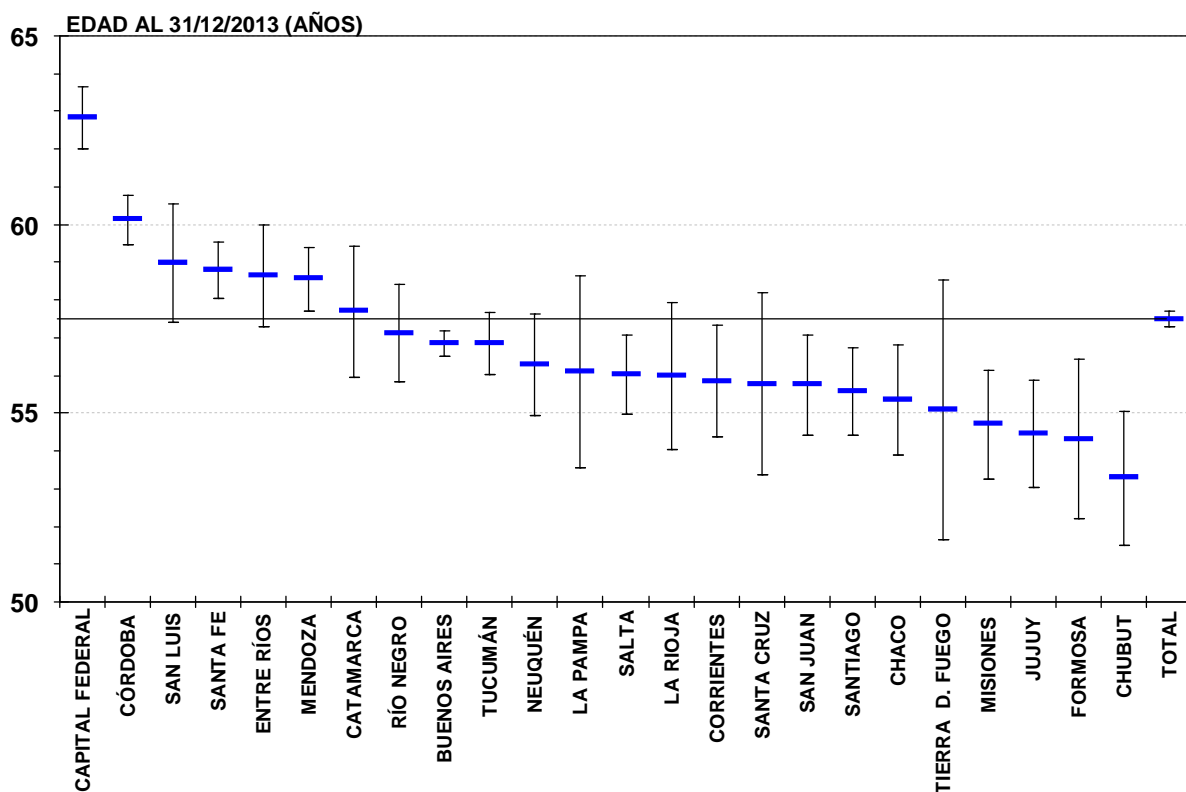
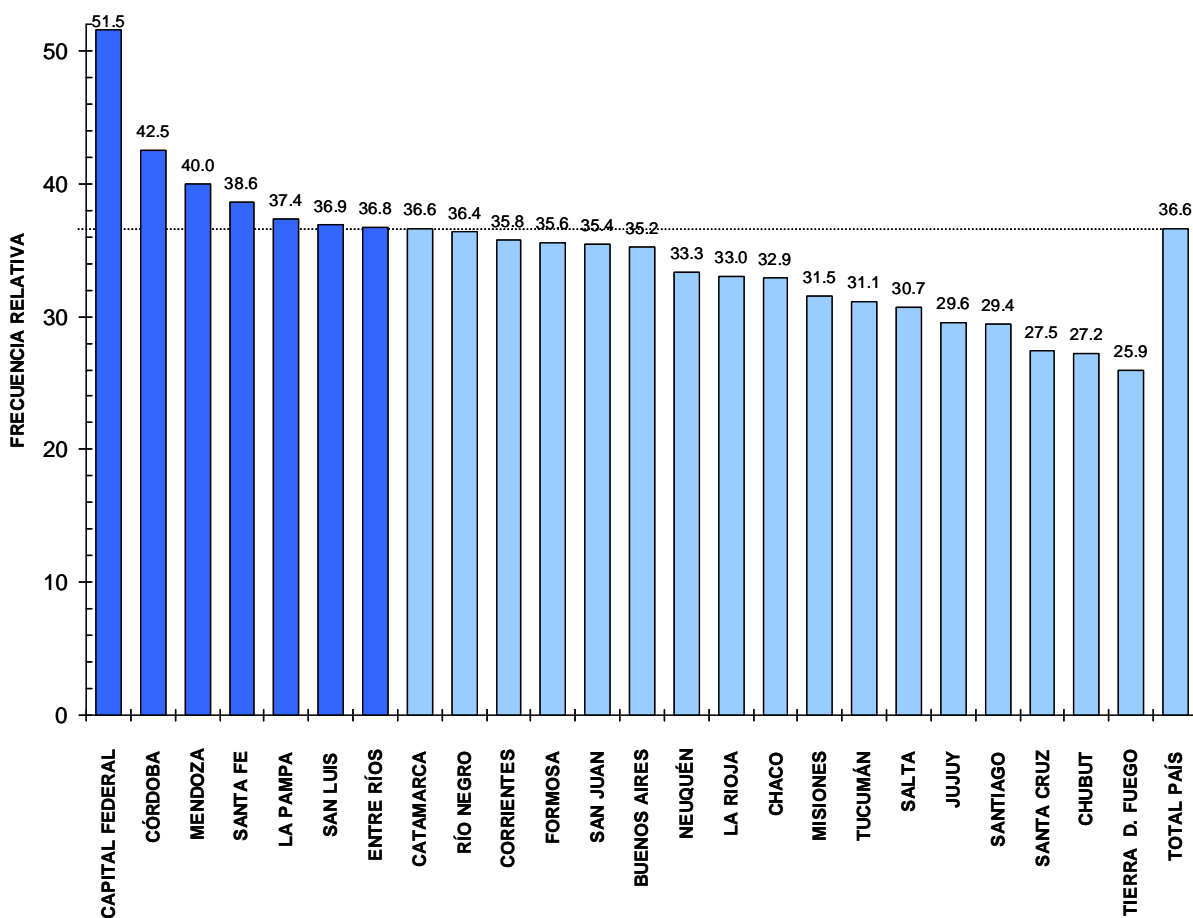


GRAFICO 34a. EDAD MEDIA DE PREVALENTES PUNTUALES 2013 POR PROVINCIAS CON INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

En la Tabla 13a (también en Gráfico 34a) podemos observar la edad promedio de los pacientes prevalentes puntuales en DC en 2013. Observamos que Capital Federal se aparta sensiblemente del resto del país, al igual que en Incidentes, presentando la mayor edad promedio con el mayor porcentaje de pacientes de 65 o más años y 80 o más años. Más del 50% de su población es mayor de 64.99 años desde el año 2007 hasta el último. Lo dicho en Incidentes vale también aquí: Capital Federal tiene una tasa menor a la media nacional, sin embargo su población es la más vieja del país y resulta paradójica que teniendo la población más anciana, la que más necesita de tratamiento sustitutivo, presenta tasas menores a la media del país. Esto puede ser el resultado de diferencias en las condiciones socioeconómicas o de políticas de salud que determinen una mejor accesibilidad sanitaria dando como resultado una mejor prevención primaria-secundaria y tratamiento de las enfermedades que llevan a IRD. Por otra parte al analizar datos de poblaciones como extracción de Tasas de Mortalidad o Trasplante sin dudas deben evaluarse tasas ajustadas por edad, de lo contrario estaríamos descalificando a Distritos con poblaciones añosas. Los pacientes residentes de Chubut, Formosa, Jujuy y Misiones que están en DC presentan una media menor a 55 años y los de Capital Federal presentan una media de 63 años; esta gran diferencia pesa en el resultado si las tasas no son ajustadas por edad.

GRÁFICO 34b. PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES PUNTUALES CON ≥ 65 AÑOS. 2010-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE



Es importante evaluar no solo 1 año, sino un período para extraer mejores inferencias respecto a que población se trata en DC en cada provincia. Elegimos el cuatrienio 2009-2012 y observamos la proporción de pacientes con 65 o más años y la de pacientes con 80 o más años, por provincia de residencia del paciente. En la tabla 13b y Gráficos 34b y 34c se muestran los resultados, muy parecidos a los vistos en el último año. Solamente 6 provincias atienden una proporción mayor de pacientes con 65 o más años que la media nacional en el período 2009-2012. Son ellas, Capital Federal, Córdoba, Mendoza, Santa Fe, Corrientes y Catamarca. Solamente 7 provincias atienden en DC una proporción mayor de pacientes con 80 o más años que la media nacional. Las 5 primeras anteriores más La Pampa y Entre Ríos.

GRÁFICO 34c. PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES PUNTUALES CON ≥ 80 AÑOS. 2010-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

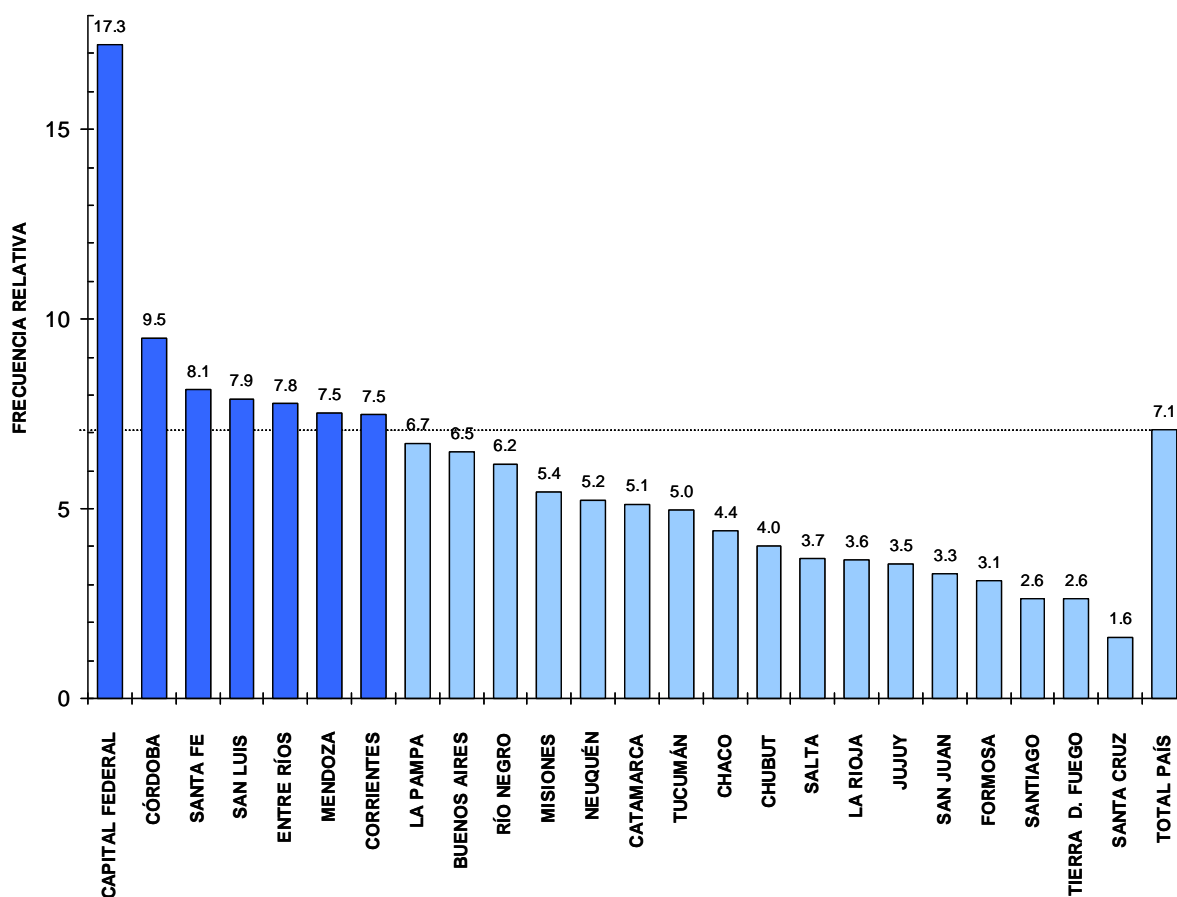


TABLA 13b. PREVALENTES PUNTUALES: MAYORES DE 64.99 Y 79.99 AÑOS EN 2010-2013.

PROVINCIA PACIENTE	≥ 65 AÑOS	≥ 80 AÑOS
CAPITAL FEDERAL	51.53	17.25
CÓRDOBA	42.48	9.48
MENDOZA	40.00	7.53
SANTA FE	38.62	8.14
LA PAMPA	37.36	6.73
SAN LUIS	36.87	7.90
ENTRE RÍOS	36.75	7.79
CATAMARCA	36.59	5.12
RÍO NEGRO	36.36	6.18
CORRIENTES	35.78	7.48
FORMOSA	35.59	3.12
SAN JUAN	35.40	3.28
BUENOS AIRES	35.19	6.49
NEUQUÉN	33.32	5.21
LA RIOJA	33.04	3.64
CHACO	32.86	4.43
MISIONES	31.51	5.43
TUCUMÁN	31.14	4.98
SALTA	30.67	3.69
JUJUY	29.58	3.54
SANTIAGO	29.43	2.64
SANTA CRUZ	27.45	1.60
CHUBUT	27.23	4.00
TIERRA D. FUEGO	25.94	2.63
TOTAL PAÍS	36.60	7.08

Frecuencias relativas (%) del Total de pacientes prevalentes puntuales. Ordenados de mayor a menor en categoría ≥ 65 años

En el estudio epidemiológico de la Enfermedad renal Crónica, la Incidencia en DC, a diferencia de la Prevalencia en DC, es más representativa de la historia y las etapas previas de la ERC. La Prevalencia está regida por las Tasa de Ingreso y de Egreso que incluye fundamentalmente a las Tasa de muerte, de trasplante renal y de pérdida por abandono de Tratamiento o Recuperación de la función renal. La Incidencia, en cambio, tiene una sola entrada y es el paciente con necesidad de reemplazo crónico de la función renal, no presentando salidas. Considerando que en la Argentina no hay restricciones para el ingreso a DC, la Incidencia representaría en mayor medida al Estadio 5 de la Enfermedad renal Crónica.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires y más abajo, Córdoba, Mendoza y Santa Fe son distritos que en el último cuatrienio muestran una mayor proporción de pacientes con 65 años o más que la media nacional, tanto en Incidentes como en Prevalentes en DC. El análisis de estas diferencias con respecto al resto de las provincias, deben ser consideradas por las mismas al momento de establecer políticas de salud y programas de prevención. Existe mayor prevención primaria y secundaria de la Enfermedad renal Crónica, al ingresar más tardíamente a DC a su población.

Etiologías de IRD en Prevalentes en DC

Estudiar las etiologías de IRD en pacientes prevalentes tiene quizás una importancia algo menor que estudiarlas en Incidentes; considerando que es de mayor valor determinar cuales patologías son las causales del ingreso a DC; además la prevalencia está fuertemente influida por las tasas de egreso y éstas son diferentes para cada etiología, como veremos después.

CAUSA	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		DIF. 04-13
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	4526	21.5	5082	22.8	5526	23.7	5796	23.9	6112	24.7	6411	25.2	6647	25.6	6998	26.3	7349	26.9	7605	27.2	5.7
NEFROANGIOESCLEROSIS	4136	19.7	4289	19.2	4496	19.3	4727	19.5	4875	19.7	5038	19.8	5141	19.8	5245	19.7	5397	19.7	5507	19.7	0.0
DESCONOCIDA	4393	20.9	4694	21.0	4798	20.6	5012	20.7	5074	20.5	5171	20.3	5216	20.1	5207	19.6	5231	19.1	5402	19.3	-1.6
GLOMERULONEFRITIS	2867	13.6	2882	12.9	2904	12.5	2889	11.9	2920	11.8	2921	11.5	2974	11.4	3041	11.4	3130	11.4	3142	11.2	-2.4
POLIQUISTOSIS	1498	7.1	1550	6.9	1597	6.9	1635	6.8	1669	6.7	1669	6.6	1690	6.5	1654	6.2	1693	6.2	1719	6.1	-1.0
OTRAS	1137	5.4	1231	5.5	1350	5.8	1402	5.8	1405	5.7	1490	5.9	1529	5.9	1611	6.1	1648	6.0	1692	6.1	0.6
N. OBSTRUCTIVA	1084	5.2	1194	5.3	1272	5.5	1343	5.5	1377	5.6	1406	5.5	1455	5.6	1489	5.6	1538	5.6	1533	5.5	0.3
NEFRITIS T. INTERSTICIAL	610	2.9	604	2.7	573	2.5	593	2.4	559	2.3	541	2.1	524	2.0	515	1.9	512	1.9	509	1.8	-1.1
NEFROPATÍA LÚPICA	405	1.9	431	1.9	462	2.0	478	2.0	453	1.8	465	1.8	473	1.8	481	1.8	495	1.8	488	1.7	-0.2
SINDROME U. HEMOLÍTICO	149	0.7	162	0.7	156	0.7	156	0.6	161	0.6	167	0.7	168	0.6	170	0.6	180	0.7	188	0.7	0.0
MIELOMA MÚLTIPLE	43	0.2	51	0.2	44	0.2	43	0.2	51	0.2	55	0.2	59	0.2	61	0.2	68	0.2	68	0.2	0.0
NEFROPATÍA FAMILIAR	14	0.1	15	0.1	22	0.1	25	0.1	27	0.1	32	0.1	34	0.1	40	0.2	47	0.2	53	0.2	0.1
AMILOIDOSIS	62	0.3	57	0.3	57	0.2	78	0.3	65	0.3	59	0.2	53	0.2	46	0.2	43	0.2	53	0.2	-0.4
SIN DATOS	95	0.5	80	0.4	41	0.2	32	0.1	23	0.1	19	0.1	13	0.1	11	0.0	7	0.0	5	0.0	-0.1
FALLO DE TRASPLANTE	15	0.1	11	0.0	8	0.0	9	0.0	7	0.0	4	0.0	3	0.0	3	0.0	3	0.0	2	0.0	-0.1
TOTAL	21034		22333		23306		24218		24778		25448		25979		26572		27341		27966		

DIF. 04-13: Diferencia entre el porcentaje de 2013 y el de 2004.

CAUSA	TASAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES											DIF. 04-13
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
NEFROPATÍA DIABÉTICA	118.4	131.7	141.8	147.3	153.8	159.7	163.0	169.6	176.1	180.2	61.8	
NEFROANGIOESCLEROSIS	108.2	111.1	115.4	120.1	122.7	125.5	126.0	127.1	129.3	130.5	22.3	
DESCONOCIDA	114.9	121.6	123.1	127.3	127.7	128.8	127.9	126.2	125.3	128.0	13.1	
GLOMERULONEFRITIS	75.0	74.7	74.5	73.4	73.5	72.8	72.9	73.7	75.0	74.4	-0.6	
POLIQUISTOSIS	39.2	40.2	41.0	41.5	42.0	41.6	41.4	40.1	40.6	40.7	1.5	
OTRAS	29.7	31.9	34.6	35.6	35.3	37.1	37.5	39.0	39.5	40.1	10.4	
N. OBSTRUCTIVA	28.4	30.9	32.6	34.1	34.6	35.0	35.7	36.1	36.9	36.3	7.9	
NEFRITIS T. INTERSTICIAL	16.0	15.7	14.7	15.1	14.1	13.5	12.8	12.5	12.3	12.1	-3.9	
NEFROPATÍA LÚPICA	10.6	11.2	11.9	12.1	11.4	11.6	11.6	11.7	11.9	11.6	1.0	
SINDROME U. HEMOLÍTICO	3.9	4.2	4.0	4.0	4.1	4.2	4.1	4.1	4.3	4.5	0.6	
MIELOMA MÚLTIPLE	1.1	1.3	1.1	1.1	1.3	1.4	1.4	1.5	1.6	1.6	0.5	
NEFROPATÍA FAMILIAR	0.4	0.4	0.6	0.6	0.7	0.8	0.8	1.0	1.1	1.3	0.9	
AMILOIDOSIS	1.6	1.5	1.5	2.0	1.6	1.5	1.3	1.1	1.0	1.3	-0.3	
SIN DATOS	2.5	2.1	1.1	0.8	0.6	0.5	0.3	0.3	0.2	0.1	-2.4	
FALLO DE TRASPLANTE	0.4	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	-0.4	
TOTAL	550.3	578.7	598.0	615.4	623.4	634.1	636.9	644.0	655.1	662.7	112.4	

DIF.04-13: Diferencia entre la tasa de 2013 y la de 2004.

Podemos ver, en la Tabla de referencia 14a y en el Gráfico 35, que en valores porcentuales ya no es tan frecuente la Nefropatía Diabética como lo es en incidentes, aunque sigue siendo primera y con mayor brecha con las que la siguen (Nefroesclerosis y Desconocida); 5.7% fue el crecimiento porcentual de la N. Diabética entre 2004 y 2013, el mayor considerando todas las etiologías; la Desconocida cayó entre esos años el 1.6% y la Nefroesclerosis prácticamente no tuvo cambios, de tal manera que esta última a partir de 2011 se convierte en la segunda causa en prevalentes.

Observamos en la Tabla 14b y Gráfico 35, que la N. Diabética pasó de 118.4 a 180.2 pacientes por millón de habitantes entre el 31/12/2004 y la misma fecha del año 2013, siendo la que más ha crecido (61.8 pacientes por millón) aumentando la brecha que la separa de las 2 siguientes. Más de la mitad (55%) del crecimiento de la tasa cruda de Prevalencia general entre 2004 y 2013 es responsabilidad de la Nefropatía Diabética. Después veremos que el aumento de prevalencia de la N. Diabética no está influida por una mortalidad disminuida (su mortalidad es una de las más elevadas); es consecuencia del ingreso masivo de pacientes con esa etiología en los últimos años. Lo contrario sucede con la Glomerulonefritis y la Poliquistosis que a pesar de ingresar menos pacientes con esos diagnósticos, mantienen las Tasas de prevalencia en los últimos años por tener una mortalidad baja.

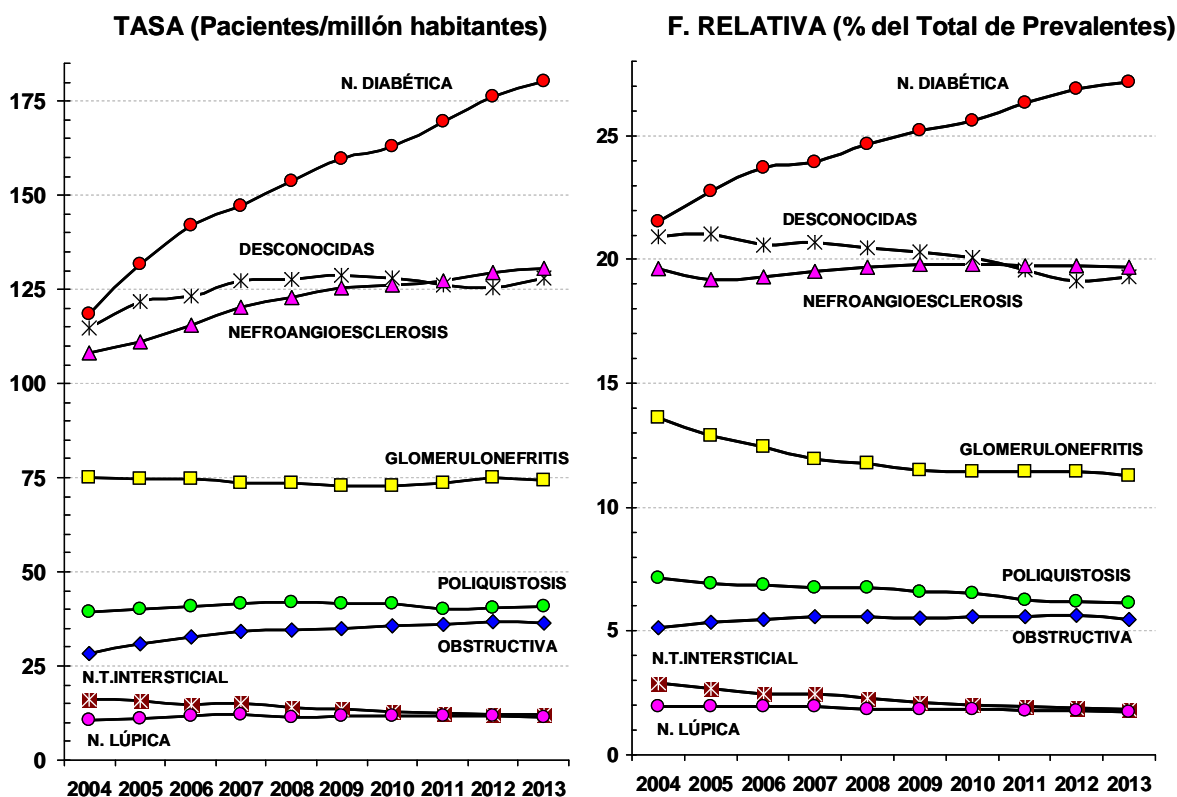


GRÁFICO 35 : PREVALENCIA EN DC. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE IRD

Las 2 primeras etiologías son las que más han crecido en ppm entre 2004 y 2013. Ello no debe extrañarnos porque a medida que pasa el tiempo ingresan a DC más pacientes de 65 o más años que pacientes más jóvenes y las 2 etiologías que dominan en los gerontes son la Nefropatía Diabética y la Nefroangioesclerosis.

Fallo de trasplante renal es una causa secundaria de Ingreso a DC; pero no una etiología primaria de IRD, por ello encontramos tan bajas frecuencias y tasas para esta categoría; probablemente el paciente que regresó a DC por un trasplante fallido se encuentre registrado con su etiología original o primaria de IRD. En "Sin datos" se registran pacientes ingresados antes del 2004 en donde no está consignada la etiología de IRD; la frecuencia y tasa de esta categoría está perdiendo vigencia en el tiempo ya que desde la fecha señalada, etiología es un campo obligatorio a llenar si se procede a inscribir un paciente en DC en SINTRA.

En las tablas 14c, 14d, 14e y 14f se muestran las distintas Tasas crudas de prevalencia puntual por etiología de IRD y por Provincia de residencia del paciente para los años 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente. Las provincias se ordenan de mayor a menor tasa de prevalencia general en el año. Para consultar las Tablas de los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 referimos al lector a las ediciones anteriores de este Registro⁽⁴⁻¹³⁾.

Tomando solamente a provincias con más de 500.000 habitantes (18 de 24) y para el año 2013, son notorias las diferencias encontradas en la prevalencia de la mayoría de las etiologías.

N. Diabética se presenta con un máximo de 359 ppm en Tucumán y un mínimo de 90 ppm en Chubut; Poliquistosis muestra un máximo de 54 ppm en San Juan y un mínimo de 22 ppm en Misiones y Chaco.

TABLA 14c. PREVALENCIA POR ETIOLOGÍAS DE IRCT POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2010																
PROVINCIA	TASA	TASAS POR ETIOLOGÍAS														
DEL PACIENTE	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FALTXX	FAMIL	SD
NEUQUÉN	928.47	194.1	176.6	33.2	28.0	183.6	36.7	1.7	38.5	199.3	7.0	0.0	24.5	1.7	3.5	0.0
TUCUMÁN	921.96	171.2	55.1	18.1	50.4	186.0	35.6	0.7	15.4	330.4	1.3	0.7	55.7	0.0	0.0	1.3
MENDOZA	896.47	161.2	82.8	33.8	51.3	133.5	49.0	0.6	15.8	287.9	2.8	2.3	73.3	0.0	0.6	1.7
RIO NEGRO	896.22	174.3	174.3	21.6	54.0	191.3	35.5	0.0	17.0	177.4	7.7	0.0	38.6	0.0	3.1	1.5
SAN LUIS	801.90	103.6	81.1	42.8	47.3	205.0	54.1	0.0	22.5	211.7	4.5	0.0	20.3	0.0	9.0	0.0
SAN JUAN	794.45	90.5	137.9	24.4	40.2	165.2	48.8	0.0	17.2	228.4	1.4	2.9	35.9	0.0	1.4	0.0
JUJUY	725.66	131.7	81.9	5.9	33.6	201.9	30.7	2.9	14.6	187.3	0.0	0.0	32.2	0.0	1.5	1.5
LA RIOJA	683.05	46.7	99.2	0.0	11.7	160.5	29.2	0.0	0.0	303.6	5.8	0.0	23.4	0.0	2.9	0.0
BUENOS AIRES	649.30	144.3	79.7	11.9	38.2	119.2	47.0	1.6	11.8	149.0	5.3	1.3	39.2	0.1	0.6	0.0
CÓRDOBA	644.82	90.4	52.5	14.2	32.3	169.3	35.0	1.5	9.8	184.4	5.6	2.4	45.4	0.0	1.2	0.9
CATAMARCA	643.41	103.3	68.8	13.2	18.5	135.0	26.5	0.0	13.2	233.0	0.0	2.6	26.5	0.0	2.6	0.0
SALTA	631.90	158.2	59.7	6.5	24.2	117.8	31.5	1.6	13.7	193.7	0.8	0.0	22.6	0.0	0.0	1.6
CHUBUT	621.31	122.7	107.1	5.8	46.7	114.9	31.2	0.0	9.7	120.8	5.8	1.9	54.5	0.0	0.0	0.0
SANTIAGO	613.03	162.6	70.5	8.0	21.6	105.8	28.4	1.1	9.1	178.6	1.1	0.0	26.2	0.0	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	559.69	131.7	68.7	10.9	26.1	110.0	51.5	1.3	6.6	105.3	5.0	3.3	38.6	0.0	0.7	0.0
LA PAMPA	541.24	58.1	33.6	6.1	33.6	165.1	45.9	3.1	9.2	134.5	6.1	0.0	42.8	0.0	0.0	3.1
SANTA FE	536.23	110.8	58.6	9.2	34.7	90.9	44.8	1.5	8.9	140.9	3.7	0.6	31.6	0.0	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	486.10	98.7	91.1	0.0	7.6	83.5	7.6	0.0	22.8	136.7	0.0	0.0	38.0	0.0	0.0	0.0
CHACO	466.66	81.5	43.5	12.0	38.9	98.1	30.6	2.8	13.0	116.7	0.0	3.7	25.9	0.0	0.0	0.0
CORRIENTES	462.79	74.7	48.1	5.9	36.4	122.8	19.7	0.0	6.9	126.8	1.0	0.0	17.7	0.0	2.9	0.0
ENTRE RÍOS	452.38	89.2	44.6	8.8	34.2	105.1	31.9	0.8	8.8	94.8	3.2	2.4	27.9	0.0	0.8	0.0
FORMOSA	415.14	79.8	14.5	10.9	45.3	74.3	43.5	0.0	5.4	125.1	1.8	1.8	12.7	0.0	0.0	0.0
MISIONES	394.33	85.3	53.0	2.7	17.1	85.3	23.4	0.9	9.0	95.2	1.8	0.9	18.9	0.0	0.9	0.0
SANTA CRUZ	384.82	54.5	79.9	7.3	10.9	43.6	32.7	0.0	14.5	108.9	7.3	0.0	25.4	0.0	0.0	0.0
TOTAL	636.92	127.9	72.9	12.8	35.7	126.0	41.4	1.3	11.6	163.0	4.1	1.4	37.5	0.1	0.8	0.3

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial;OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO:Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT:Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías;FALTXX : Fallo de Trasplante renal; FAMIL: Nefropatía Familiar; SD: Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre. TASAS CRUDAS POR MILLÓN DE HABITANTES

TABLA 14d. PREVALENCIA POR ETIOLOGÍAS DE IRCT POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2011																
PROVINCIA	TASA	TASAS POR ETIOLOGÍAS														
DEL PACIENTE	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FALTXX	FAMIL	SD
TUCUMÁN	945.74	178.8	54.3	18.5	43.7	185.4	39.1	0.7	15.2	351.7	1.3	0.7	55.6	0.0	0.0	0.7
NEUQUÉN	931.72	190.8	166.7	34.4	32.7	192.5	37.8	1.7	37.8	199.4	6.9	1.7	24.1	1.7	3.4	0.0
RÍO NEGRO	914.22	188.3	176.2	21.3	54.7	180.7	31.9	0.0	16.7	188.3	7.6	1.5	42.5	0.0	3.0	1.5
MENDOZA	879.13	164.1	85.7	33.9	50.1	127.4	46.2	0.0	15.6	276.5	2.2	2.2	71.8	0.0	1.7	1.7
SAN LUIS	850.29	119.9	71.0	37.7	46.6	222.0	53.3	0.0	22.2	235.3	6.7	2.2	24.4	0.0	8.9	0.0
SAN JUAN	820.26	90.8	141.9	25.5	36.9	174.6	49.7	0.0	19.9	231.3	1.4	1.4	45.4	0.0	1.4	0.0
LA RIOJA	719.44	51.8	95.0	2.9	17.3	164.0	31.7	0.0	5.8	316.6	8.6	0.0	25.9	0.0	0.0	0.0
CATAMARCA	697.16	102.2	65.5	23.6	26.2	136.3	28.8	0.0	15.7	267.3	2.6	0.0	28.8	0.0	0.0	0.0
JUJUY	686.04	105.4	85.2	5.8	31.8	184.9	28.9	1.4	14.4	193.5	0.0	0.0	31.8	0.0	1.4	1.4
BUENOS AIRES	653.32	143.4	79.7	11.4	38.1	119.8	45.6	1.3	11.4	153.6	5.0	1.4	41.8	0.1	0.8	0.0
CÓRDOBA	648.05	87.1	56.0	12.6	34.9	167.4	36.1	0.9	10.3	188.5	5.3	1.5	45.7	0.0	1.2	0.9
SALTA	647.00	152.6	58.8	4.8	22.3	121.6	31.0	1.6	15.9	210.6	0.8	0.8	25.4	0.0	0.0	0.8
SANTIAGO	635.68	169.9	76.5	10.1	16.9	111.4	24.8	0.0	9.0	185.6	2.3	0.0	28.1	0.0	1.1	0.0
CHUBUT	614.27	125.9	95.4	3.8	47.7	112.6	36.2	0.0	9.5	114.5	3.8	5.7	59.1	0.0	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	571.59	119.0	72.2	10.5	29.7	114.1	48.8	2.0	5.6	119.7	5.9	3.6	39.6	0.0	1.0	0.0
LA PAMPA	554.10	54.5	45.4	3.0	42.4	172.6	33.3	3.0	6.1	148.4	6.1	0.0	36.3	0.0	0.0	3.0
SANTA FE	543.92	106.2	61.8	6.4	36.5	95.9	41.7	1.8	9.4	149.1	4.3	1.2	29.5	0.0	0.0	0.0
CORRIENTES	483.35	75.9	48.6	9.7	37.9	120.6	29.2	0.0	4.9	130.3	1.9	0.0	21.4	0.0	2.9	0.0
CHACO	480.49	83.3	43.0	11.9	37.5	100.7	27.5	1.8	17.4	125.4	0.0	0.9	31.1	0.0	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	445.32	89.1	42.6	7.9	33.1	104.8	26.0	0.8	7.9	98.5	3.2	1.6	29.2	0.0	0.8	0.0
TIERRA D. FUEGO	442.01	58.9	81.0	0.0	7.4	73.7	7.4	0.0	14.7	169.4	0.0	0.0	29.5	0.0	0.0	0.0
SANTA CRUZ	435.98	63.3	91.4	10.5	21.1	38.7	24.6	0.0	21.1	130.1	10.5	0.0	24.6	0.0	0.0	0.0
MISIONES	415.49	87.7	53.2	4.4	21.3	90.4	23.0	0.9	8.9	102.8	0.9	1.8	19.5	0.0	0.9	0.0
FORMOSA	391.23	66.4	12.6	10.8	41.3	87.9	30.5	0.0	7.2	116.6	1.8	1.8	12.6	0.0	1.8	0.0
TOTAL	643.99	126.2	73.7	12.5	36.1	127.1	40.1	1.1	11.7	169.6	4.1	1.5	39.0	0.1	1.0	0.3

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial;OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO:Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT:Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías;FALTXX : Fallo de Trasplante renal; FAMIL: Nefropatía Familiar;
SD: Sin Datos. Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre. TASAS CRUDAS POR MILLÓN DE HABITANTES

TABLA 14e. PREVALENCIA POR ETIOLOGÍAS DE IRCT POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2012																
PROVINCIA	TASA		TASAS POR ETIOLOGÍAS													
DEL PACIENTE	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FALTX	FAMIL	SD
NEUQUÉN	948.56	192.8	177.5	28.7	32.1	186.0	40.6	1.7	38.9	211.4	5.1	1.7	27.1	1.7	3.4	0.0
RÍO NEGRO	933.21	200.4	166.0	20.9	59.8	178.0	37.4	0.0	16.5	183.9	9.0	1.5	55.3	0.0	3.0	1.5
TUCUMÁN	930.95	165.3	49.7	15.7	42.5	182.9	40.5	0.7	17.0	356.7	2.0	1.3	55.5	0.0	1.3	0.0
MENDOZA	878.21	162.7	90.7	32.4	50.0	127.0	44.5	0.0	17.0	279.7	3.3	3.8	64.3	0.0	1.6	1.1
SAN LUIS	871.04	131.3	70.0	39.4	61.3	221.0	54.7	0.0	21.9	221.0	10.9	2.2	26.3	0.0	10.9	0.0
SAN JUAN	817.40	93.9	136.0	22.4	40.7	168.2	54.7	0.0	23.8	234.1	1.4	1.4	39.3	0.0	1.4	0.0
LA RIOJA	771.68	53.9	105.0	0.0	25.5	192.9	28.4	0.0	5.7	326.3	8.5	0.0	25.5	0.0	0.0	0.0
JUJUY	717.29	121.2	82.7	5.7	27.1	195.4	35.7	1.4	15.7	199.6	0.0	1.4	28.5	0.0	1.4	1.4
CATAMARCA	703.15	80.4	77.8	31.1	31.1	145.3	33.7	0.0	20.8	251.7	2.6	0.0	28.5	0.0	0.0	0.0
SALTA	670.29	155.8	57.9	4.7	28.2	116.7	28.2	1.6	18.0	230.2	0.8	0.8	26.6	0.0	0.0	0.8
CÓRDOBA	670.01	89.3	56.8	12.8	36.5	176.8	36.5	0.9	9.3	195.6	4.9	0.6	48.4	0.0	1.2	0.6
BUENOS AIRES	661.03	139.7	81.3	10.8	38.1	122.0	45.5	1.4	11.7	162.1	4.9	1.6	40.9	0.1	1.0	0.0
SANTIAGO	657.77	164.7	73.5	8.9	17.8	109.1	31.2	0.0	8.9	212.6	2.2	0.0	26.7	0.0	2.2	0.0
CHUBUT	607.54	112.2	108.4	5.6	46.7	115.9	39.3	0.0	7.5	99.1	3.7	1.9	67.3	0.0	0.0	0.0
SANTA FE	571.65	110.5	65.5	6.6	38.0	101.1	42.6	2.1	6.9	157.6	5.1	2.7	32.9	0.0	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	570.94	119.5	70.4	11.8	26.7	118.5	45.7	1.0	6.9	119.1	7.2	3.3	39.8	0.0	1.0	0.0
LA PAMPA	530.74	60.0	54.0	0.0	36.0	155.9	33.0	3.0	6.0	146.9	6.0	0.0	30.0	0.0	0.0	0.0
CORRIENTES	512.14	78.0	52.0	17.3	34.7	131.9	27.9	0.0	6.7	137.7	1.0	0.0	23.1	0.0	1.9	0.0
CHACO	473.18	80.5	38.0	11.8	41.6	101.3	26.2	0.9	16.3	125.8	0.9	0.0	29.9	0.0	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	471.93	57.2	93.0	0.0	7.2	71.5	7.2	0.0	14.3	178.8	0.0	0.0	42.9	0.0	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	463.36	98.3	46.8	6.2	36.7	100.6	33.5	0.8	5.5	96.7	3.1	1.6	32.8	0.0	0.8	0.0
MISIONES	439.61	90.9	53.3	6.1	26.2	86.5	23.6	0.0	10.5	113.6	0.9	1.7	25.3	0.0	0.9	0.0
SANTA CRUZ	426.03	54.5	92.0	10.2	23.9	40.9	27.3	0.0	10.2	129.5	6.8	0.0	30.7	0.0	0.0	0.0
FORMOSA	408.68	62.2	17.8	10.7	42.6	81.7	30.2	0.0	10.7	126.2	1.8	1.8	19.5	0.0	3.6	0.0
TOTAL	655.14	125.3	75.0	12.3	36.9	129.3	40.6	1.0	11.9	176.1	4.3	1.6	39.5	0.1	1.1	0.2

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO:Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT:Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías;FALTX : Fallo de Trasplante renal; FAMIL: Nefropatía Familiar;
SD: Sin Datos. Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre. TASAS CRUDAS POR MILLÓN DE HABITANTES

TABLA 14f. PREVALENCIA POR ETIOLOGÍAS DE IRCT POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑO 2013																
PROVINCIA	TASA		TASAS POR ETIOLOGÍAS													
DEL PACIENTE	TOTAL	DESC	GN	NTI	OBST	NEFRO	PQR	AMILO	LES	DBT	SUH	MIELO	OTRAS	FALTX	FAMIL	SD
NEUQUÉN	986.68	189.7	169.7	26.6	31.6	203.0	43.3	0.0	36.6	241.3	5.0	1.7	33.3	1.7	3.3	0.0
RÍO NEGRO	939.90	201.8	156.2	23.6	54.5	181.2	35.4	0.0	17.7	198.9	10.3	0.0	56.0	0.0	2.9	1.5
TUCUMÁN	927.51	162.4	52.2	14.8	47.1	183.7	40.0	1.3	15.5	359.0	1.9	0.6	47.7	0.0	1.3	0.0
SAN LUIS	906.32	153.2	58.3	36.7	73.4	224.4	58.3	2.2	23.7	230.9	8.6	2.2	25.9	0.0	8.6	0.0
MENDOZA	884.45	166.7	95.6	34.7	49.4	135.2	46.2	0.0	15.7	264.4	4.9	2.2	66.2	0.0	2.2	1.1
SAN JUAN	838.15	94.2	135.8	20.8	34.6	175.9	54.0	2.8	24.9	248.0	1.4	0.0	44.3	0.0	1.4	0.0
LA RIOJA	730.04	55.9	100.7	5.6	25.2	165.0	28.0	0.0	11.2	304.9	8.4	0.0	25.2	0.0	0.0	0.0
SANTIAGO	718.95	182.8	80.4	6.6	27.5	118.9	27.5	0.0	9.9	229.0	0.0	0.0	34.1	0.0	2.2	0.0
JUJUY	709.74	133.8	88.7	5.6	28.2	181.7	35.2	2.8	16.9	190.1	0.0	0.0	23.9	0.0	1.4	1.4
CATAMARCA	706.48	71.9	77.1	28.3	38.5	128.5	28.3	0.0	28.3	282.6	0.0	0.0	23.1	0.0	0.0	0.0
CÓRDOBA	677.71	92.8	60.2	12.9	37.0	177.7	37.8	0.6	8.9	194.0	5.2	1.4	47.6	0.0	1.4	0.3
BUENOS AIRES	662.75	141.6	78.9	10.5	37.1	119.7	45.1	1.3	11.1	167.1	4.9	1.9	42.4	0.1	1.1	0.0
SALTA	658.21	166.7	56.3	3.9	24.7	111.1	28.6	2.3	15.4	225.3	0.0	0.0	23.9	0.0	0.0	0.0
CHUBUT	612.11	117.3	106.3	5.5	51.3	108.1	42.2	0.0	7.3	89.8	3.7	1.8	78.8	0.0	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	571.27	115.3	76.5	11.8	26.3	118.6	46.3	2.6	6.2	118.6	8.9	2.6	35.8	0.0	1.6	0.0
SANTA FE	570.75	106.8	63.2	6.9	33.5	99.4	44.6	1.8	5.1	166.4	5.1	2.7	35.0	0.0	0.3	0.0
LA PAMPA	567.26	62.4	50.5	3.0	35.6	151.5	41.6	3.0	5.9	157.4	5.9	3.0	47.5	0.0	0.0	0.0
CORRIENTES	533.68	84.8	43.8	15.2	37.2	151.5	26.7	0.0	5.7	142.9	1.0	0.0	22.9	0.0	1.9	0.0
TIERRA D. FUEGO	527.83	69.5	104.2	0.0	13.9	62.5	6.9	0.0	13.9	229.2	0.0	0.0	27.8	0.0	0.0	0.0
CHACO	508.97	83.2	39.4	11.6	36.7	124.3	22.4	2.7	16.1	137.8	0.9	0.9	33.1	0.0	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	479.49	106.6	45.6	4.6	34.7	117.4	37.8	1.5	6.2	91.1	3.1	1.5	28.6	0.0	0.8	0.0
SANTA CRUZ	476.16	59.5	86.0	13.2	19.8	62.8	29.8	0.0	9.9	155.4	6.6	0.0	33.1	0.0	0.0	0.0
MISIONES	466.60	99.2	52.6	6.9	25.9	91.4	22.4	0.0	12.1	129.4	1.7	2.6	22.4	0.0	0.0	0.0
FORMOSA	445.16	72.1	21.1	7.0	44.0	88.0	29.9	0.0	19.4	124.9	3.5	0.0	29.9	0.0	5.3	0.0
TOTAL	662.66	128.0	74.4	12.1	36.3	130.5	40.7	1.3	11.6	180.2	4.5	1.6	40.1	0.0	1.3	0.1

DESC: Etiología Desconocida; GN: Glomerulonefritis; NTI Nefritis Túbulo Intersticial; OBST: Nefropatía Obstructiva;
NEFRO:Nefroangioesclerosis; PQR: Poliquistosis; AMILO: Amiloidosis; LES: Nefropatía Lúpica; DBT:Nefropatía Diabética;
SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; MIELO: Mieloma; OTRAS : Otras etiologías;FALTX : Fallo de Trasplante renal; FAMIL: Nefropatía Familiar;
SD: Sin Datos. Nº : Cantidad de pacientes en DC al 31 de Diciembre. TASAS CRUDAS POR MILLÓN DE HABITANTES

Modalidad Dialítica en Prevalentes

La Hemodiálisis es un poco menos frecuente entre prevalentes que entre incidentes; pero sigue siendo la práctica que se aplica en el 94.6 % de la población que necesita DC en Argentina.

En la Tabla de referencia 15a vemos las distintas frecuencias absolutas y relativas de la HD y de la DP en población de prevalentes puntuales desde 2004 hasta 2013. En Gráfico 36 solo las frecuencias relativas.

TABLA 15a. MODALIDAD DIALÍTICA EN PREVALENTES PUNTUALES EN DC EN ARGENTINA								
AÑO	MODALIDAD					TOTAL HEMODIÁLISIS	TOTAL PERITONEAL	TOTAL
	HEMODIÁLISIS BICARBONATO	HEMODIÁLISIS ACETATO	DPCA	DPA				
2004	N	19945	164	881	44	20109	925	21034
	%	94.8	0.8	4.2	0.2	95.60	4.40	
2005	N	21282	147	862	42	21429	904	22333
	%	95.3	0.7	3.9	0.2	95.95	4.05	
2006	N	22282	90	891	43	22372	934	23306
	%	95.6	0.4	3.8	0.2	95.99	4.01	
2007	N	23189	77	915	37	23266	952	24218
	%	95.8	0.3	3.8	0.2	96.07	3.93	
2008	N	23718	61	948	51	23779	999	24778
	%	95.7	0.2	3.8	0.2	95.97	4.03	
2009	N	24335	93	960	60	24428	1020	25448
	%	95.6	0.4	3.8	0.2	95.99	4.01	
2010	N	24787	92	1030	70	24879	1100	25979
	%	95.4	0.4	4.0	0.3	95.77	4.23	
2011	N	25168	92	1210	102	25260	1312	26572
	%	94.7	0.3	4.6	0.4	95.06	4.94	
2012	N	25832	90	1312	107	25922	1419	27341
	%	94.5	0.3	4.8	0.4	94.81	5.19	
2013	N	26364	82	1418	102	26446	1520	27966
	%	94.5	0.3	4.8	0.4	94.56	5.44	

N: Cantidad de pacientes al 31 de Diciembre. % : Porcentaje del total de pacientes. DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. DPA: Diálisis Peritoneal Automatizada

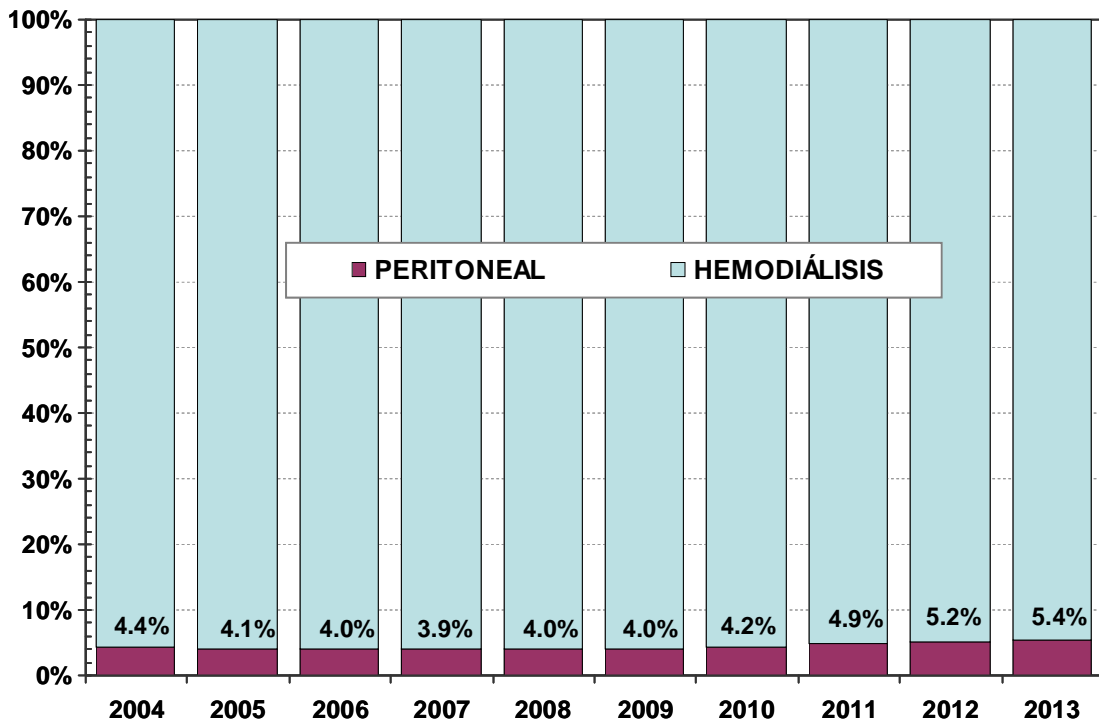


GRÁFICO 36: MODALIDAD DIALÍTICA EN PREVALENTES PUNTUALES. 2004-2013

Se observa una disminución en frecuencia relativa de pacientes en DP entre 2004 y 2007, recuperándose desde ese año hasta el 2013, lográndose en este último año la máxima proporción de pacientes en DP: 5.44%. La comparación global de los años 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 es muy significativa ($p=0.000$). Existe desde 2007 una significativa mayor prevalencia de pacientes en DP. Creemos que muchos pacientes asignados a Hemodiálisis con Acetato están erróneamente en ese subgrupo, cuando deberían considerarse en Bicarbonato; se trata de pacientes con muchos años de DC, en algunos casos más de 20, que originalmente estaban en Acetato y no se actualizó su cambio a Bicarbonato en el SINTRA.

En la Tabla 15b se presentan las cantidades de pacientes puntuales en HD y DP por grupos de edad en los últimos 7 años; en la tabla 15c los porcentajes correspondientes en cada año. Los valores de los años 2004, 2005 y 2006 se pueden consultar en las ediciones anteriores de este Registro ⁽⁹⁻¹³⁾.

TABLA 15b : MODALIDAD DIALÍTICA EN PREVALENTES PUNTALES														
POR GRUPOS DE EDAD. FRECUENCIA ABSOLUTA														
EDAD al 31/12	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD
0-4	33	2	32	4	31	8	34	10	45	6	37	4	43	5
5-9	54	32	52	21	42	24	37	21	46	28	46	24	48	31
10-14	44	111	43	97	49	89	49	100	48	92	50	98	54	89
15-19	32	230	40	229	39	254	42	257	53	255	46	256	43	240
20-24	30	546	29	515	35	579	44	583	49	592	57	571	57	559
25-29	46	917	45	897	43	856	46	832	55	832	65	850	76	856
30-34	62	1048	66	1084	79	1104	68	1124	91	1128	103	1167	94	1130
35-39	77	1235	86	1229	75	1163	83	1245	90	1245	92	1279	115	1330
40-44	80	1321	68	1365	66	1446	63	1417	89	1431	103	1488	117	1575
45-49	88	1759	90	1731	88	1811	91	1784	121	1775	135	1805	153	1801
50-54	89	2216	92	2246	88	2234	108	2340	105	2317	108	2289	117	2312
55-59	85	2763	104	2795	96	2738	112	2719	138	2828	138	2867	134	2968
60-64	87	2863	89	3048	104	3171	114	3222	119	3318	134	3477	148	3562
65-69	50	2684	60	2759	72	2885	83	2956	106	3101	116	3135	124	3282
70-74	45	2365	45	2377	50	2486	62	2526	83	2494	98	2661	98	2721
75-79	32	1737	35	1841	34	1909	33	1957	39	2010	47	2032	62	2013
80 o más	18	1437	23	1541	29	1671	31	1786	35	1808	44	1919	37	1972
TOTAL	952	23266	999	23779	1020	24428	1100	24879	1312	25260	1419	25922	1520	26446

TABLA 15c : MODALIDAD DIALÍTICA EN PREVALENTES PUNTALES														
POR GRUPOS DE EDAD. FRECUENCIA RELATIVA														
EDAD al 31/12	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD
0-4	94.3	5.7	88.9	11.1	79.5	20.5	77.3	22.7	88.2	11.8	90.2	9.8	89.6	10.4
5-9	62.8	37.2	71.2	28.8	63.6	36.4	63.8	36.2	62.2	37.8	65.7	34.3	60.8	39.2
10-14	28.4	71.6	30.7	69.3	35.5	64.5	32.9	67.1	34.3	65.7	33.8	66.2	37.8	62.2
15-19	12.2	87.8	14.9	85.1	13.3	86.7	14.0	86.0	17.2	82.8	15.2	84.8	15.2	84.8
20-24	5.2	94.8	5.3	94.7	5.7	94.3	7.0	93.0	7.6	92.4	9.1	90.9	9.3	90.7
25-29	4.8	95.2	4.8	95.2	4.8	95.2	5.2	94.8	6.2	93.8	7.1	92.9	8.2	91.8
30-34	5.6	94.4	5.7	94.3	6.7	93.3	5.7	94.3	7.5	92.5	8.1	91.9	7.7	92.3
35-39	5.9	94.1	6.5	93.5	6.1	93.9	6.3	93.8	6.7	93.3	6.7	93.3	8.0	92.0
40-44	5.7	94.3	4.7	95.3	4.4	95.6	4.3	95.7	5.9	94.1	6.5	93.5	6.9	93.1
45-49	4.8	95.2	4.9	95.1	4.6	95.4	4.9	95.1	6.4	93.6	7.0	93.0	7.8	92.2
50-54	3.9	96.1	3.9	96.1	3.8	96.2	4.4	95.6	4.3	95.7	4.5	95.5	4.8	95.2
55-59	3.0	97.0	3.6	96.4	3.4	96.6	4.0	96.0	4.7	95.3	4.6	95.4	4.3	95.7
60-64	2.9	97.1	2.8	97.2	3.2	96.8	3.4	96.6	3.5	96.5	3.7	96.3	4.0	96.0
65-69	1.8	98.2	2.1	97.9	2.4	97.6	2.7	97.3	3.3	96.7	3.6	96.4	3.6	96.4
70-74	1.9	98.1	1.9	98.1	2.0	98.0	2.4	97.6	3.2	96.8	3.6	96.4	3.5	96.5
75-79	1.8	98.2	1.9	98.1	1.7	98.3	1.7	98.3	1.9	98.1	2.3	97.7	3.0	97.0
80 o más	1.2	98.8	1.5	98.5	1.7	98.3	1.7	98.3	1.9	98.1	2.2	97.8	1.8	98.2
TOTAL	3.93	96.07	4.03	95.97	4.01	95.99	4.23	95.77	4.94	95.06	5.19	94.81	5.44	94.56

También en Prevalentes puntuales la DP es mayoritaria como técnica entre los 0-9.9 años de vida, después a medida que pasan los quinquenios su importancia se reduce progresivamente.

Habíamos observado en Incidentes el importante cambio en el tiempo transcurrido en la proporción de pacientes en DP como técnica de primera elección, si se comparan los porcentajes del año 2013 con los porcentajes de todos los periodos anteriores (2004-06, 2007-09 y 2010-12). En prevalentes, como se observa en los Gráficos 37a y 37b, existe mayor proporción de pacientes en la mayoría de los grupos quinquenales en el último año. Las excepciones son: 5-9, 15-19, 55-59 y 80 o más años.

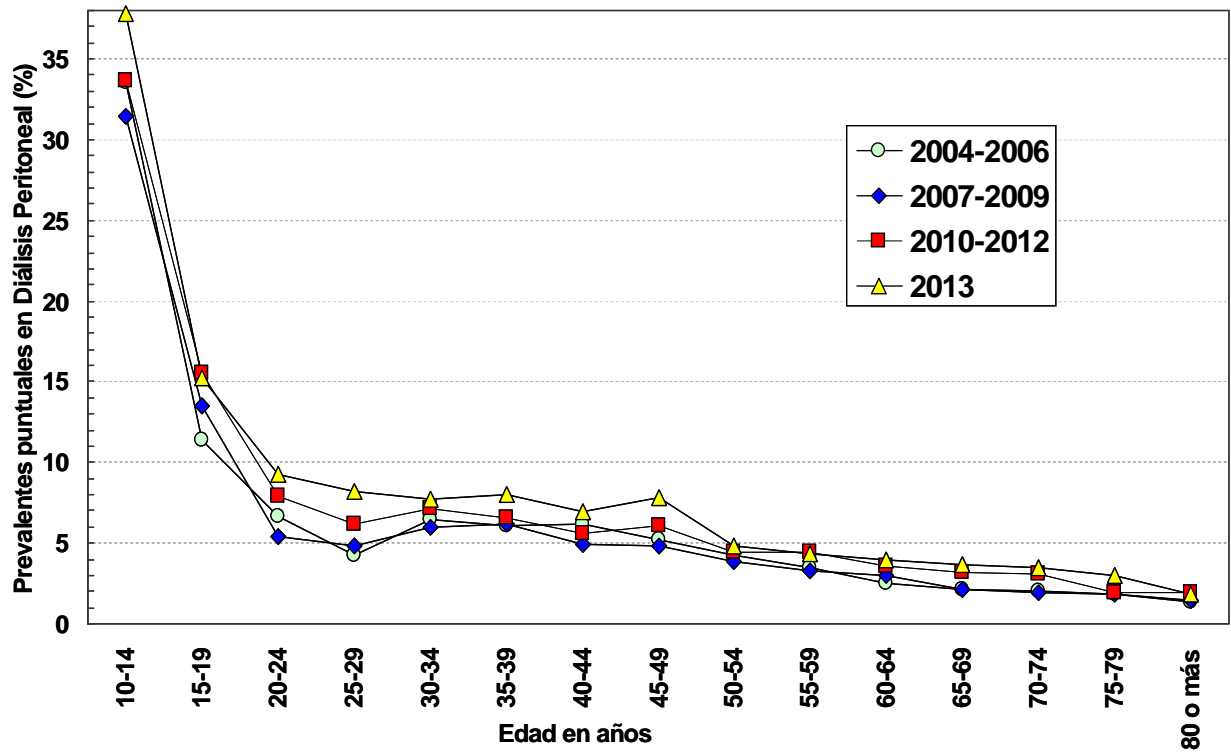
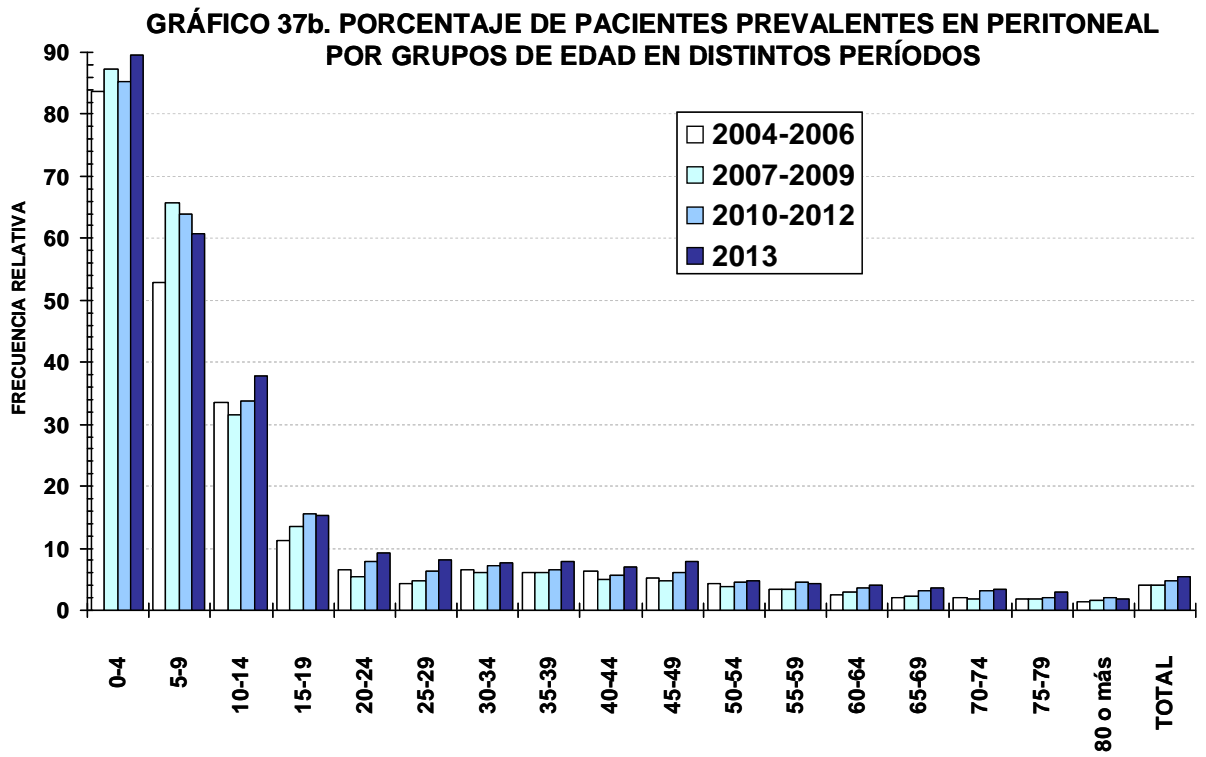


GRÁFICO 37a: PROPORCIÓN DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL POR GRUPOS DE EDAD EN PREVALENTES, DESDE LOS 10 AÑOS.



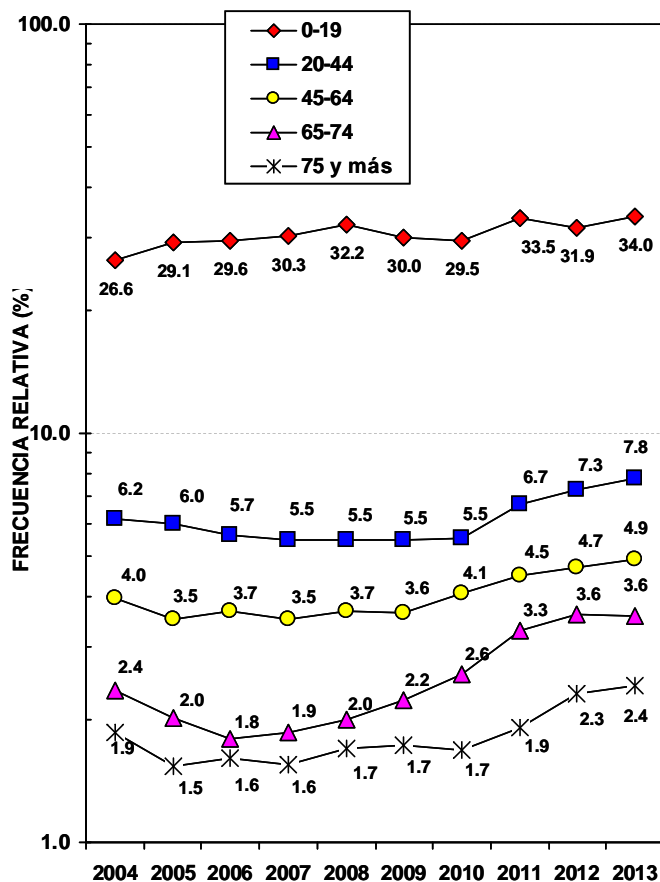


GRÁFICO 38: EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA EN DIÁLISIS PERITONEAL EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD

Visto con otra agrupación por edad, la Diálisis peritoneal mostró un incremento en todos los grupos etarios. En el año 2013 la DP llegó a su máxima frecuencia en el tiempo; en los grupos 0-19, 20-44, 45-64 y 75 o más años. En los grupos de mayor edad, el incremento es muy significativo, especialmente desde 2007 (Gráfico 38).

La edad promedio de los pacientes prevalentes puntuales en DP es muy significativamente menor a la de los pacientes en HD en el año 2013: 48.9 (\pm 20.4) vs. 58.1 (\pm 16.5); $p=0.000$.

Como hemos visto en Incidencia y Prevalencia, existe una gran dispersión de valores en Provincias argentinas: En la Tabla 15d y el Gráfico 39 se observa la proporción de pacientes prevalentes en DP y HD por Provincias de residencia del Centro de Diálisis Crónica para los años 2011, 2012, 2013 y para el trienio 2011-2013, ordenadas de mayor a menor proporción de pacientes en DP en trienio 2011-13.

La DP es una técnica que sigue siendo minoritaria y lo es en todo el mundo salvo excepciones (Mayoritaria solo en Hong Kong). En la mayoría de los países del mundo la DP no supera el 20%, siendo la media para el año 2011 de 14.3%, si se consideran los 41 países que reportan a la USRDS ⁽¹⁷⁾.

En Argentina, solamente una Provincia supera la cifra media mundial: Neuquén. Siguen otras en donde la técnica se desarrolla en porcentaje significativamente mayor a la media nacional: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Pampa, Río Negro y Chaco.

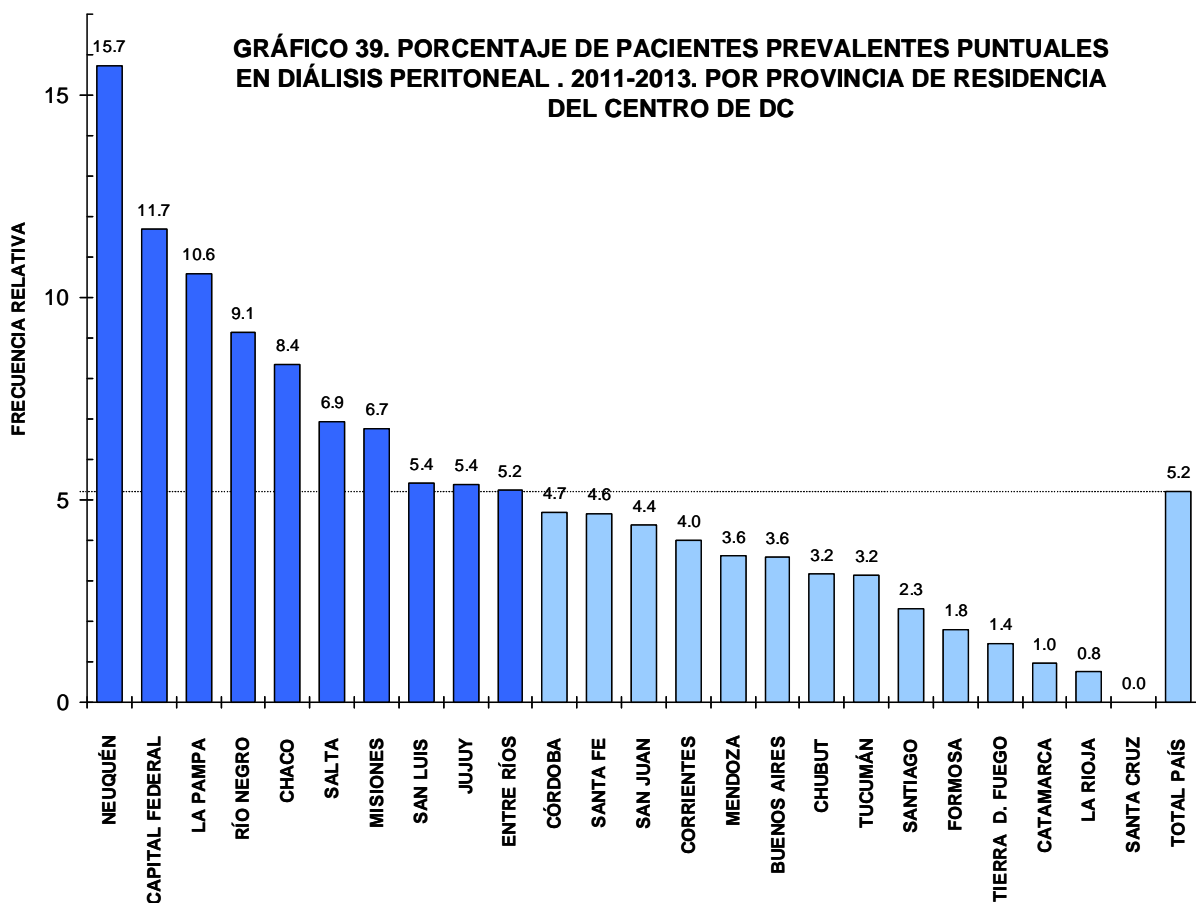
En el otro extremo, no tratan pacientes en DP o lo hacen en muy pequeña cantidad en las Provincias de Santa Cruz, La Rioja y Catamarca. Ergo, en estos distritos la HD tiene un porcentaje del 100% o cercano.

A nivel mundial, siempre considerando los prevalentes puntuales, para el año 2011 (semejante a lo ocurrido en los 5 años anteriores) Argentina con 4.9%, es uno de los 5 países que menor proporción de pacientes presenta en DP; solamente Bangladesh, Japón, Filipinas y Bosnia-Herzegovina presentan proporciones menores a la de nuestro país. Chile reporta 5.4 % y Brasil 8.4%. EEUU el 7.4 %, observando un lento decrecimiento desde 2002 cuando el 8.2% de los pacientes en DC se trataban con DP.

Considerando a los países/provincias donde es muy frecuente la DP, tenemos en primer lugar a Hong Kong que trata al 74.1% de sus pacientes con esta modalidad, le siguen Jalisco (Méjico) con 49.4%, Nueva Zelanda con el 33.2 % y Colombia con el 30.9 % ⁽¹⁷⁾.

PROVINCIA	2011		2012		2013		2011-2013	
	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD
NEUQUÉN	15.8	84.2	16.5	83.5	15.0	85.0	15.7	84.3
CAPITAL FEDERAL	11.3	88.7	11.6	88.4	12.2	87.8	11.7	88.3
LA PAMPA	9.4	90.6	8.5	91.5	13.7	86.3	10.6	89.4
RÍO NEGRO	8.0	92.0	9.5	90.5	9.8	90.2	9.1	90.9
CHACO	9.7	90.3	6.8	93.2	8.6	91.4	8.4	91.6
SALTA	7.4	92.6	7.1	92.9	6.2	93.8	6.9	93.1
MISIONES	6.4	93.6	6.7	93.3	7.1	92.9	6.7	93.3
SAN LUIS	6.6	93.4	6.1	93.9	3.6	96.4	5.4	94.6
JUJUY	3.9	96.1	5.7	94.3	6.4	93.6	5.4	94.6
ENTRE RÍOS	4.6	95.4	5.1	94.9	6.0	94.0	5.2	94.8
CÓRDOBA	4.5	95.5	4.6	95.4	4.9	95.1	4.7	95.3
SANTA FE	4.5	95.5	4.4	95.6	5.1	94.9	4.6	95.4
SAN JUAN	4.4	95.6	4.1	95.9	4.7	95.3	4.4	95.6
CORRIENTES	3.2	96.8	4.1	95.9	4.7	95.3	4.0	96.0
MENDOZA	3.3	96.7	3.7	96.3	3.9	96.1	3.6	96.4
BUENOS AIRES	3.3	96.7	3.7	96.3	3.7	96.3	3.6	96.4
CHUBUT	2.6	97.4	2.9	97.1	4.0	96.0	3.2	96.8
TUCUMÁN	2.8	97.2	3.3	96.7	3.4	96.6	3.2	96.8
SANTIAGO DEL ESTERO	2.3	97.7	1.9	98.1	2.8	97.2	2.3	97.7
FORMOSA	0.0	100.0	0.9	99.1	4.1	95.9	1.8	98.2
TIERRA DEL FUEGO	0.0	100.0	1.5	98.5	2.5	97.5	1.4	98.6
CATAMARCA	0.8	99.2	0.8	99.2	1.2	98.8	1.0	99.0
LA RIOJA	0.8	99.2	0.7	99.3	0.8	99.2	0.8	99.2
SANTA CRUZ	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0
TOTAL	4.9	95.1	5.2	94.8	5.4	94.6	5.2	94.8

Ordenadas de mayor a menor Frecuencia relativa en DP en el Trienio 2011-2013



Antigüedad en tratamiento sustitutivo renal de los prevalentes puntuales

Es el tiempo transcurrido desde la fecha de primera DC en la vida hasta el 31 de Diciembre del año correspondiente (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 o 2013); en el medio pudo haber habido recupero de función o trasplante renal pero en definitiva el paciente volvió a DC. En la tabla 16a se muestran las distintas cantidades de pacientes por tiempo transcurrido desde la primera DC en su vida hasta el 31 de Diciembre de cada año desde 2004 hasta 2013.

TABLA 16a. ANTIGÜEDAD EN TRAT. SUSTITUTIVO RENAL EN PREVALENTES PUNTALES										
CURSANDO EL AÑO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	4385	4391	4663	5013	4769	5106	5178	5252	5464	5698
2	3493	3803	3701	3836	4035	3818	4090	4193	4257	4446
3	2525	3002	3155	3078	3159	3354	3152	3379	3446	3476
4	1997	2194	2507	2577	2558	2649	2766	2591	2836	2830
5	1798	1690	1852	2078	2166	2115	2173	2265	2139	2267
6	1491	1489	1386	1510	1729	1759	1727	1797	1850	1723
7	1208	1244	1266	1139	1258	1406	1450	1398	1471	1496
8	1000	989	1006	1049	950	1033	1111	1176	1131	1170
9	735	826	836	833	851	753	816	888	928	901
10	527	613	658	670	700	677	611	670	718	738
11	412	440	515	538	560	574	574	498	553	588
12	326	350	360	405	432	462	457	461	400	443
13	227	292	285	284	319	350	372	352	375	319
14	206	195	246	243	235	262	296	309	296	314
15	141	173	160	208	213	201	222	256	266	254
16	119	124	141	137	185	184	169	200	241	222
17	99	101	112	127	120	161	157	146	165	210
18	81	96	90	96	109	103	149	147	133	153
19	64	76	93	77	81	104	90	126	135	115
20	48	54	68	82	66	68	91	82	116	126
21	45	47	47	63	74	63	61	81	73	98
22	26	41	36	41	53	66	59	53	69	63
23	26	27	37	30	36	48	55	56	46	59
24	21	23	22	31	23	29	40	51	51	38
25	9	19	18	16	30	24	26	37	46	49
26	6	8	16	15	16	24	13	27	33	39
27	8	4	6	12	12	11	20	13	26	30
28	1	9	4	9	12	13	11	19	15	22
29	1	2	8	3	8	6	9	11	18	15
30	1	1	2	6	3	8	8	9	12	18
31	3	1	1	3	5	3	10	4	9	14
32	1	3	1	0	3	4	2	8	4	7
33	1	1	3	1	0	3	5	2	6	5
34	1	2	1	3	1	1	2	6	1	6
35	0	1	3	1	4	1	1	2	5	2
36 o mayor	0	0	1	4	3	5	6	7	7	12
TOTAL	21032	22331	23306	24218	24778	25448	25979	26572	27341	27966

El tiempo promedio en tratamiento sustitutivo para los pacientes prevalentes puntuales aumentó muy significativamente entre 2004 y 2013 ($p=0.000$), sin decrecimientos entre años. El tiempo medio en tratamiento sustitutivo en 2013 resultó en 55.4 meses, cuando en 2004 era de 50.3 meses. En el Gráfico 40a se muestran las medias con sus respectivos intervalos de confianza del 95% para los 10 últimos años.

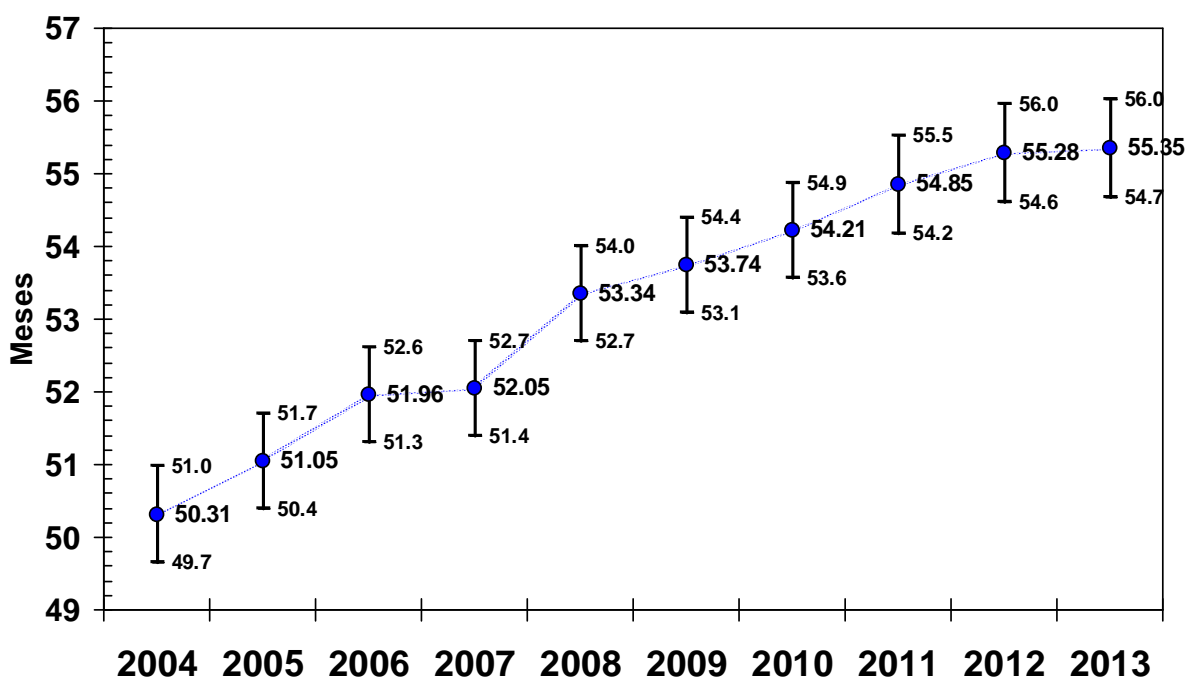


Gráfico 40a: Tiempo medio en Tratamiento sustitutivo renal

Este aumento en el tiempo promedio de los pacientes en DC en Argentina se relaciona con un aumento en la proporción de pacientes con 10 o más años y 20 o más años en Tratamiento sustitutivo, menos con la proporción de pacientes con 5 o más años, aunque todos los grupos mostraron variación significativa entre 2004 y 2012. (Tabla 16b y Gráfico 40b).

TABLA 16b. ANTIGÜEDAD EN TRAT. SUSTITUTIVO RENAL EN PREVALENTES PUNTUALES																				
CURSANDO EL AÑO	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%
1-5	14198	67.5	15080	67.5	15878	68.1	16582	68.5	16687	67.3	17042	67.0	17359	66.8	17680	66.5	18142	66.4	18717	66.9
6-10	4961	23.6	5161	23.1	5152	22.1	5201	21.5	5488	22.1	5628	22.1	5715	22.0	5929	22.3	6098	22.3	6028	21.6
11-15	1312	6.2	1450	6.5	1566	6.7	1678	6.9	1759	7.1	1849	7.3	1921	7.4	1876	7.1	1890	6.9	1918	6.9
16-20	411	2.0	451	2.0	504	2.2	519	2.1	561	2.3	620	2.4	656	2.5	701	2.6	790	2.9	826	3.0
21-25	127	0.6	157	0.7	160	0.7	181	0.7	216	0.9	230	0.9	241	0.9	278	1.0	285	1.0	307	1.1
26-30	17	0.1	24	0.1	36	0.2	45	0.2	51	0.2	62	0.2	61	0.2	79	0.3	104	0.4	124	0.4
31-35	6	0.0	8	0.0	9	0.0	8	0.0	13	0.1	12	0.0	20	0.1	22	0.1	25	0.1	34	0.1
36 o más	0	0.0	0	0.0	1	0.0	4	0.0	3	0.0	5	0.0	6	0.0	7	0.0	7	0.0	12	0.0
TOTAL	21032	100.0	22331	100.0	23306	100.0	24218	100.0	24778	100.0	25448	100.0	25979	100.0	26572	100.0	27341	100.0	27966	100.0
≥ 5 años	6834	32.49	7251	32.47	7428	31.87	7636	31.53	8091	32.65	8406	33.03	8620	33.18	8892	33.46	9199	33.65	9249	33.07
≥ 10 años	1873	8.91	2090	9.36	2276	9.77	2435	10.05	2603	10.51	2778	10.92	2905	11.18	2963	11.15	3101	11.34	3221	11.52
≥ 20 años	150	0.71	189	0.85	206	0.88	238	0.98	283	1.14	309	1.21	328	1.26	386	1.45	421	1.54	477	1.71
≥ 30 años	6	0.03	8	0.04	10	0.04	12	0.05	16	0.06	17	0.07	26	0.10	29	0.11	32	0.12	46	0.16

En definitiva en Argentina aumentó muy significativamente el tiempo medio en Tratamiento sustitutivo renal entre 2004 y 2013; observándose un constante aumento en la proporción de pacientes con 5 o más años en tratamiento. Si bien en 1994 participaban solo el 35% de los centros-pacientes de Argentina por ser un Registro voluntario, se demostró que la población con 10 o más años en tratamiento sustitutivo representaba el 2.5% del total, contrastando considerablemente con el 11.5 % del año 2013 ⁽¹⁵⁾.

Es importante no confundir tiempo medio en tratamiento con sobrevida media de una población; el tiempo medio está influido por una tasa de ingreso y de egreso, estando dentro de la tasa de egreso la muerte del paciente, como una de las varias causas de egreso; la sobrevida media es dependiente únicamente de la aparición o no del evento muerte.

Por lo tanto no se puede extrapolar diciendo que a mayor tiempo en tratamiento menor es la mortalidad, porque se parte de falsas premisas.

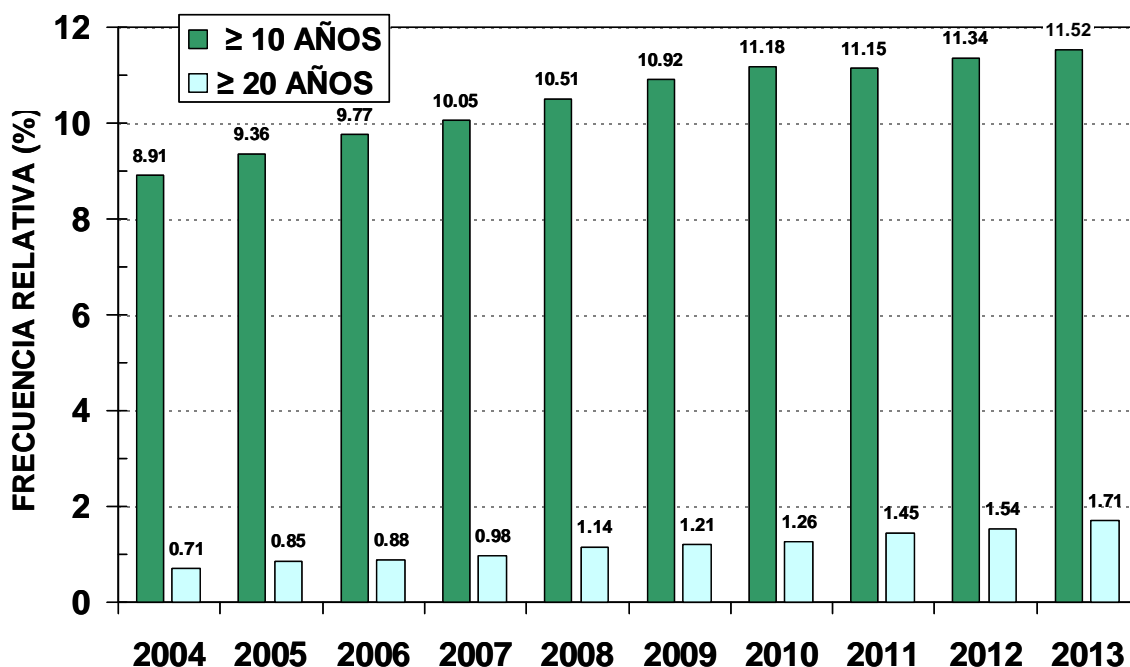


GRÁFICO 40b : PROPORCIÓN DE PACIENTES CON ≥ 10 AÑOS Y CON ≥ 20 AÑOS EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL CRÓNICO EN ARGENTINA

Nacionalidad de los prevalentes en DC

Los pacientes nativos de Argentina representan el 94.81 % del total de prevalentes puntuales en 2013; continúan en orden de importancia los nativos de Paraguay, Bolivia, Chile, Italia, Uruguay, Perú y España (Tabla 17a). Las nacionalidades con crecimiento porcentual entre 2004 y 2013 fueron las de Paraguay, Bolivia y Perú. Todas las otras mostraron decrecimiento o ningún crecimiento porcentual en el tiempo transcurrido.

NACIONALIDAD	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ARGENTINA	19979	95.0	21236	95.1	22200	95.3	23060	95.2	23553	95.1	24147	94.9	24595	94.7	25128	94.6	25871	94.6	26514	94.8
PARAGUAY	260	1.2	292	1.3	307	1.3	322	1.3	347	1.4	389	1.5	423	1.6	453	1.7	476	1.7	472	1.7
BOLIVIA	131	0.6	143	0.6	144	0.6	174	0.7	204	0.8	217	0.9	238	0.9	257	1.0	272	1.0	293	1.0
CHILE	183	0.9	186	0.8	193	0.8	227	0.9	226	0.9	243	1.0	252	1.0	265	1.0	254	0.9	249	0.9
ITALIA	203	1.0	205	0.9	194	0.8	190	0.8	176	0.7	186	0.7	194	0.7	184	0.7	168	0.6	140	0.5
URUGUAY	70	0.3	77	0.3	70	0.3	64	0.3	75	0.3	70	0.3	71	0.3	80	0.3	86	0.3	87	0.3
PERÚ	15	0.1	22	0.1	26	0.1	24	0.1	36	0.1	41	0.2	54	0.2	55	0.2	68	0.2	76	0.3
ESPAÑA	100	0.5	86	0.4	86	0.4	79	0.3	88	0.4	78	0.3	77	0.3	77	0.3	69	0.3	62	0.2
BRASIL	7	0.0	4	0.0	4	0.0	6	0.0	6	0.0	8	0.0	7	0.0	7	0.0	10	0.0	11	0.0
JAPÓN	8	0.0	10	0.0	11	0.0	10	0.0	11	0.0	10	0.0	9	0.0	10	0.0	10	0.0	10	0.0
PORTUGAL	4	0.0	5	0.0	8	0.0	7	0.0	5	0.0	6	0.0	4	0.0	4	0.0	5	0.0	5	0.0
ALEMANIA	10	0.0	8	0.0	7	0.0	6	0.0	4	0.0	5	0.0	4	0.0	5	0.0	5	0.0	4	0.0
POLONIA	6	0.0	7	0.0	8	0.0	5	0.0	6	0.0	7	0.0	4	0.0	2	0.0	2	0.0	2	0.0
OTRAS	58	0.3	52	0.2	48	0.2	44	0.2	41	0.2	41	0.2	47	0.2	45	0.2	45	0.2	41	0.1
TOTAL	21034	100	22333	100	23306	100	24218	100	24778	100	25448	100	25979	100	26572	100	27341	100	27966	100
ARGENTINOS	19979	95.0	21236	95.1	22200	95.3	23060	95.2	23553	95.1	24147	94.9	24595	94.7	25128	94.6	25871	94.6	26514	94.8
EXTRANJEROS	1055	5.0	1097	4.9	1106	4.7	1158	4.8	1225	4.9	1301	5.1	1384	5.3	1444	5.4	1470	5.4	1452	5.2

N: Número de pacientes. % : Frecuencia relativa con respecto al total

La proporción de argentinos disminuyó el 0.18% entre 2004 y 2013 y consecuentemente aumentó en igual proporción la de los extranjeros, sin alcanzar significación ($p = 0.392$).

La proporción de nativos de Bolivia aumentó muy significativamente ($p=0.000$) entre 2004 y 2013 desde el 0.6% hasta el 1.0%. La proporción de nativos de Paraguay aumentó muy significativamente ($p=0.000$) entre 2004 y 2013 desde el 1.2% hasta el 1.7%. La proporción de nativos de Perú aumentó muy significativamente ($p=0.000$) entre 2004 y 2013 desde el 0.1% hasta el 0.3%. Es por estas 3

nacionalidades sudamericanas que aumentó la proporción de extranjeros en DC en Argentina entre 2004 y 2013. Los europeos o asiáticos tuvieron nulo crecimiento o decrecimiento.

NACIONALIDAD	PERÍODOS DE PREVALENCIA									
	2004-2005		2006-2007		2008-2009		2010-2011		2012-2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ARGENTINA	20608	95.0	22630	95.2	23850	95.0	24862	94.6	26193	94.7
PARAGUAY	276	1.3	315	1.3	368	1.5	438	1.7	474	1.7
BOLIVIA	137	0.6	159	0.7	211	0.8	248	0.9	283	1.0
CHILE	185	0.9	210	0.9	235	0.9	259	1.0	252	0.9
ITALIA	204	0.9	192	0.8	181	0.7	189	0.7	154	0.6
URUGUAY	74	0.3	67	0.3	73	0.3	76	0.3	87	0.3
PERÚ	19	0.1	25	0.1	39	0.2	55	0.2	72	0.3
ESPAÑA	93	0.4	83	0.3	83	0.3	77	0.3	66	0.2
BRASIL	6	0.0	5	0.0	7	0.0	7	0.0	11	0.0
JAPÓN	9	0.0	11	0.0	11	0.0	10	0.0	10	0.0
PORTUGAL	5	0.0	8	0.0	6	0.0	4	0.0	5	0.0
ALEMANIA	9	0.0	7	0.0	5	0.0	5	0.0	5	0.0
POLONIA	7	0.0	7	0.0	7	0.0	3	0.0	2	0.0
OTRAS	55	0.3	46	0.2	41	0.2	46	0.2	43	0.2
TOTAL	21684		23762		25113		26276		27654	
ARGENTINOS	20608	95.0	22630	95.2	23850	95.0	24862	94.6	26193	94.7
EXTRANJEROS	1076	5.0	1132	4.8	1263	5.0	1414	5.4	1461	5.3

N: Número promedio de pacientes prevalentes en cada período. %: Frecuencia relativa con respecto al total

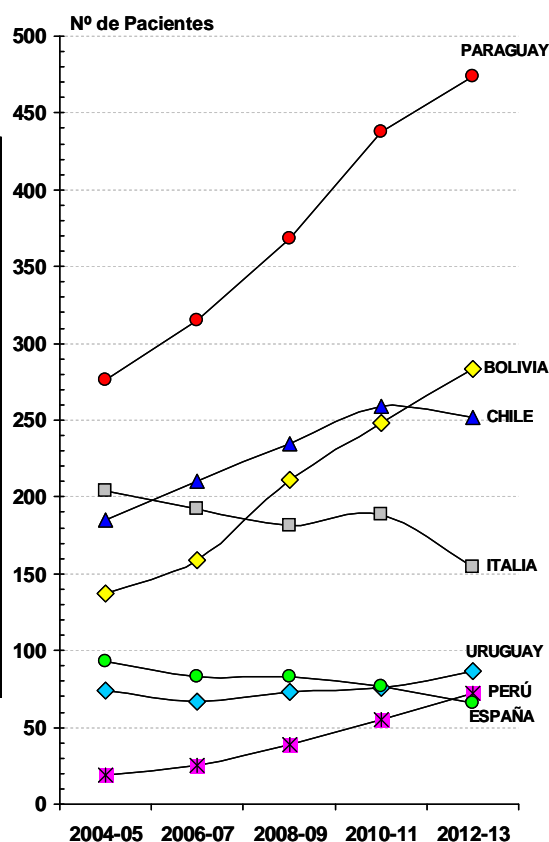


GRÁFICO 41a: PROMEDIO DE PACIENTES PREVALENTES POR PERÍODOS. PRINCIPALES NACIONALIDADES EXTRANJERAS

Si comparamos 5 períodos: 2004-05, 2006-07, 2008-09, 2010-11 y 2012-13 (Tabla 17b) encontramos diferencias significativas en las proporciones de argentinos y extranjeros ($p=0.012$): Vemos que la proporción de argentinos tiende a descender y consecuentemente aumenta la de extranjeros. Paraguay, Bolivia, Chile y Perú presentan un crecimiento numérico sostenido tal como se muestra en el Gráfico 41a. Uruguay crece muy poco, en tanto Italia y España descienden.

Como se expresó en el Capítulo anterior, probablemente vayan descendiendo en el tiempo la incidencia y prevalencia de los europeos por tener una edad muy elevada según se aprecia en la Tabla 17c. La mayoría de los europeos que están en DC probablemente pertenezcan a la última oleada inmigratoria después de la Guerra Civil Española o de la Segunda Guerra Mundial.

ORIGEN	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
POLONIA	79.0	78.7	76.2	75.8	76.5	77.8	80.1	80.4	81.4	82.4
ALEMANIA	72.0	71.4	73.6	73.9	78.0	79.6	78.0	78.0	80.3	81.2
ITALIA	71.5	73.4	73.6	74.4	74.6	74.3	74.7	74.4	74.4	75.5
ESPAÑA	73.2	72.8	73.8	75.4	74.9	74.2	73.8	74.4	75.3	75.3
PORTUGAL	66.1	71.2	72.0	72.2	76.1	77.0	74.1	75.1	73.3	74.6
JAPÓN	67.1	67.8	69.8	70.8	69.9	67.8	70.4	71.3	73.8	72.2
BRASIL	66.7	57.2	61.0	57.5	63.2	58.4	63.7	70.2	73.0	66.7
CHILE	59.9	59.8	59.2	61.3	62.6	62.3	63.8	64.3	65.1	65.8
URUGUAY	58.3	58.6	60.3	60.2	60.0	60.1	60.1	62.0	62.7	62.2
OTRAS	66.2	64.1	65.9	62.9	60.7	62.0	60.8	62.9	64.2	61.7
ARGENTINA	55.3	55.7	56.0	56.2	56.6	56.8	57.0	57.0	57.2	57.3
PARAGUAY	55.1	55.2	55.8	55.0	53.9	55.2	54.8	54.9	55.8	56.1
BOLIVIA	54.6	54.6	55.8	58.7	58.0	56.4	56.7	55.4	55.4	55.7
PERÚ	53.9	53.6	53.5	54.9	49.6	49.0	50.8	50.1	52.9	52.9

Edad Promedio en cada año. Ordenados de mayor a menor edad 2013

Todos los nativos de Europa y Japón tienen edades promedio superiores a 70 años desde el año 2010. Si se exceptúa a los brasileños (escaso número), los nativos de Latinoamérica se presentan con menos de 66 años de edad promedio y dentro de ellos los argentinos superan en edad solamente a bolivianos, paraguayos y peruanos en los últimos 5 años. En Otras nacionalidades encontramos mayoría de europeos.

ORIGEN	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ARGENTINOS	55.3 (16.9)	55.7 (16.9)	56.0 (16.9)	56.2 (17.0)	56.6 (16.9)	56.8 (17.0)	57.0 (17.0)	57.0 (17.0)	57.2 (17.0)	57.3 (16.9)
EXTRANJEROS	62.0 (14.8)	61.8 (15.0)	62.1 (15.2)	62.4 (15.3)	61.6 (15.6)	61.3 (15.5)	61.3 (15.7)	61.0 (16.1)	61.3 (16.0)	61.1 (16.1)
Diferencia	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Edad en años al 31 de Diciembre; entre paréntesis desvío estándar										

Se hace una comparación de la edad promedio de los argentinos y extranjeros y resulta que es notoriamente superior la de los segundos y esto se debe a la influencia de la edad promedio de los europeos fundamentalmente. No obstante, existió un aumento muy significativo en la edad media de los prevalentes puntuales de Argentina entre 2004 y 2013 ($p=0.000$); y de manera contraria una reducción de la edad de los extranjeros comparando ambos años, aunque esta última no llega a ser significativa. En 2004, existía una diferencia de 7.3 años en la edad promedio entre argentinos y extranjeros, que se redujo a 3.8 años en 2013. A futuro, esta diferencia continuará estrechándose por el crecimiento de poblaciones muy jóvenes que corresponden a Paraguay, Bolivia y Perú.

TABLA 17d. PORCENTAJE DE ARGENTINOS Y EXTRANJEROS EN PREVALENTES PUNTUALES POR PROVINCIA DEL CENTRO DE DC. TRIENIO 2011-2013		
PROVINCIA DEL CENTRO DE DC	NACIONALIDAD	
	ARGENTINO	EXTRANJERO
RÍO NEGRO	87.73	12.27
TIERRA D. FUEGO	87.98	12.02
CAPITAL FEDERAL	88.22	11.78
NEUQUÉN	90.43	9.57
CHUBUT	91.66	8.34
MISIONES	91.66	8.34
BUENOS AIRES	92.35	7.65
SANTA CRUZ	92.65	7.35
TOTAL PAÍS	94.67	5.33
FORMOSA	94.91	5.09
MENDOZA	96.53	3.47
JUJUY	96.90	3.10
SALTA	97.02	2.98
SAN LUIS	97.80	2.20
LA PAMPA	97.99	2.01
SAN JUAN	98.80	1.20
LA RIOJA	98.85	1.15
CHACO	98.90	1.10
CÓRDOBA	99.22	0.78
SANTA FE	99.29	0.71
TUCUMÁN	99.30	0.70
ENTRE RÍOS	99.55	0.45
CATAMARCA	99.58	0.42
CORRIENTES	99.73	0.27
SANTIAGO	100.00	0.00

Como vemos en la Tabla 17d, solamente 8 Provincias dializan extranjeros a mayor porcentaje que la media del país para el Trienio 2011-2013 (5.33%). Sobre todo en 6: Río Negro, Capital Federal, Neuquén, Chubut, Misiones y Buenos Aires. Excluimos a Santa Cruz y Tierra del Fuego por su escasa población en DC. En el otro extremo Santiago del Estero, Corrientes, Catamarca, Entre Ríos, Tucumán, Santa Fe y Córdoba casi no dializan extranjeros.

En 2010, al igual que en 2004, evaluamos la prevalencia en DC de nativos argentinos y de otros países que habitan Argentina basados en los datos de población extranjera del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010⁽¹⁶⁾. Encontramos que Japón sigue teniendo tasas altísimas, semejantes a los habitantes de Japón y que reporta este país en sus informes anuales al USRDS: 2230 ppm en Argentina es bastante parecida a la informada por Japón en su territorio para 2010 que resultó en 2260 ppm⁽¹⁶⁾. Si bien es cierto que los japoneses que se dializan en Argentina tienen 70 años en promedio, lo que estaría asociado a una tasa elevada es esperable, cabe destacarse que ésta es más elevada que la de sus pares de Italia, España y Alemania cuyas edades promedio son mayores a 74 años. Otro hallazgo es que los nativos de Chile, Paraguay y Bolivia presentan tasas más altas que la de los argentinos. La Tasa de los chilenos en Argentina es superior a la informada por Chile para sus habitantes (1318 ppm vs. 1161 ppm) para el año 2010⁽¹⁴⁾. Paraguay y Bolivia no informaron sus tasas pero dudamos que sean mayores que la que presentan sus compatriotas en Argentina.

Es probable y eso es plausible, que los residentes de estos países hermanos encuentren pocas restricciones para realizarse DC en nuestro país, especialmente en las 8 provincias con mayor proporción de extranjeros, como vimos antes. No obstante, los argentinos con su tasa están en el 7º lugar (ordenadas las nacionalidades de mayor a menor tasa 2010), como se observa en el Gráfico 41b. El Censo 2010 no discriminó a los nativos de Polonia, desconociéndose su población y en consecuencia no pudimos actualizar su tasa.

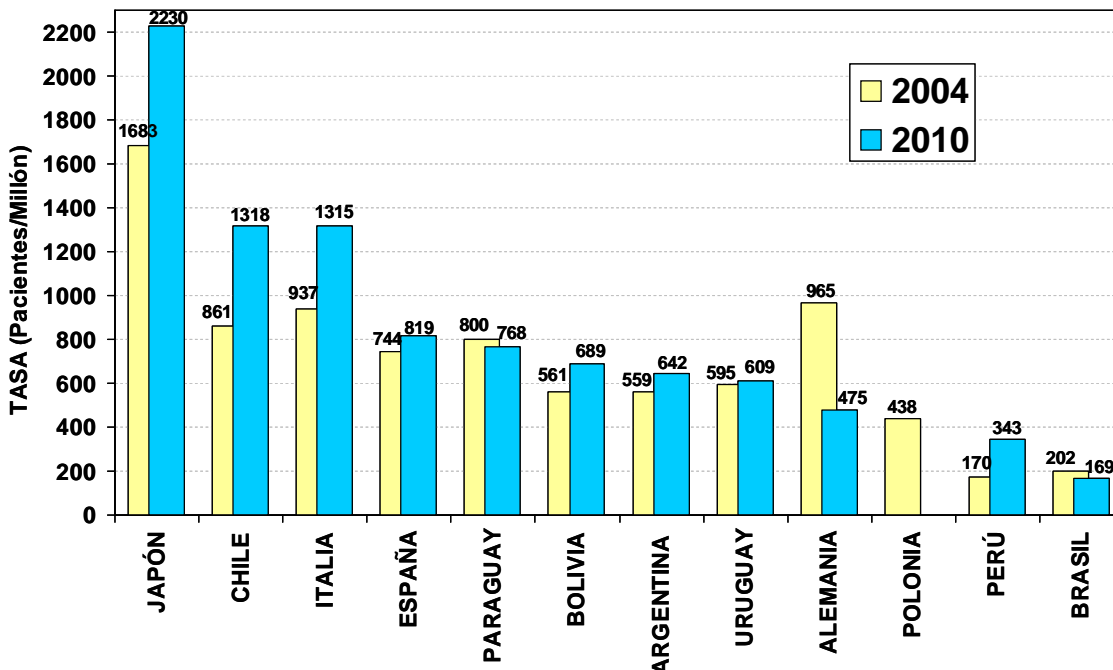


GRÁFICO 41b: TASAS DE PREVALENCIA PUNTUAL EN DC EN ARGENTINA EN 2004 Y 2010 PARA LAS DISTINTAS NACIONALIDADES

Cantidad de Centros utilizados por la población de prevalentes anuales en DC

Prevalentes anuales son los pacientes que se dializan en parte o todo un año calendario. Obviamente superan en número a los prevalentes puntuales. La gran mayoría de los pacientes tienen 1 solo Centro en todo el año. El 6.5 % de los pacientes utilizaron más de 1 Centro en 2005 o 2006 y en realidad la gran mayoría de ellos se dializó en 2 Centros. En 2007 bruscamente disminuyeron los pacientes que utilizaron más de un Centro: el 98% de los prevalentes anuales no realizaron cambio de Centro en dicho año. Desde 2008 se retorna a la situación de años anteriores. En la Tabla 18 se observan los valores y el número de prevalentes anuales en cada año desde 2004.

Nº DE CENTROS	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	23251	95.9	25234	93.5	26428	93.4	29100	98.0	28327	93.6	29351	93.6	30022	93.7	30819	94.4	31463	93.8	32542	93.9
2	912	3.8	1499	5.6	1590	5.6	380	1.3	1802	6.0	1872	6.0	1858	5.8	1723	5.3	1942	5.8	1964	5.7
3	68	0.3	212	0.8	232	0.8	191	0.6	135	0.4	130	0.4	146	0.5	105	0.3	144	0.4	132	0.4
4	6	0.0	19	0.1	27	0.1	10	0.0	12	0.0	6	0.0	12	0.0	14	0.0	7	0.0	9	0.0
5	2	0.0	4	0.0	5	0.0	2	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6	0	0.0	3	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	1	0.0	5	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	24240		26976		28283		29683		30277		31359		32038		32661		33556		34647	

Parámetros clínicos y bioquímicos de los Prevalentes anuales en DC

En los siguientes apartados presentamos las principales variables clínicas y bioquímicas de los pacientes prevalentes anuales en DC de Argentina, así como también el tratamiento efectuado en cada una de las alteraciones. Estos datos fueron extraídos de la Constancia de Práctica Dialítica (CPD) puesta en vigencia a partir del año 2011⁽¹⁷⁾.

Se registraron las variables de 22837 pacientes prevalentes anuales de 2010, representando el 71.3% del total (32038). En 2011, la participación fue mucho mayor, registrándose parámetros de 31333 pacientes que representan el 95.9% del total de prevalentes anuales para ese año (32661). En 2012, la participación fue precisamente igual a la del año 2011, registrándose variables de 32191 pacientes que representan el 95.9% del total de prevalentes anuales para ese año (33556). La mayor participación de pacientes se consiguió en 2013: 33981 fueron evaluados sobre un total de 34647, representando el 98.1% del total.

Por lo anterior los resultados de 2011, 2012 y 2013 son significativamente más representativos que los del año 2010, ya que contienen al 96-98% de la población en DC. En consecuencia se realizarán evaluaciones y comparaciones de los valores del año 2011, 2012 y 2013, por contener a casi toda la población en DC, marginando del análisis a los valores de 2010 por ser muchos menos representativos. Para conocer los datos del año 2010, remitimos al lector a Informes anteriores de este Registro^(2,3).

Anemia y su tratamiento

TABLA 19a. ANEMIA Y SU TRATAMIENTO				
PARÁMETROS	2011	2012	2013	P
HEMATOCRITO PROMEDIO (%)	32.70	32.59	32.57	0.003
L.Inferior del IC95%	32.64	32.53	32.51	
L.Superior del IC95%	32.76	32.64	32.63	
HEMOGLOBINA PROMEDIO (gr/dL)	10.64	10.51	10.52	0.000
L.Inferior del IC95%	10.61	10.49	10.50	
L.Superior del IC95%	10.66	10.53	10.54	
% PACIENTES HEMATOCRITO ≥ 30	75.2	74.7	74.5	0.137
% PACIENTES HEMATOCRITO ≥ 33	52.3	51.6	51.7	0.186
% PACIENTES HEMATOCRITO ≥ 33 < 39	41.3	40.9	40.8	0.382
% PACIENTES HEMOGLOBINA ≥ 10	70.2	69.3	69.0	0.002
% PACIENTES HEMOGLOBINA ≥ 11	47.1	44.3	44.7	0.000
% PACIENTES HEMOGLOBINA ≥ 11 < 13	38.3	36.4	36.8	0.000
EPO POR PACIENTE/SEMANA (UI/Semana)	5602	5851	6082	0.000
EPO/KRS/SEMANA (UI/Kgrs/Semana)	87.07	90.91	94.03	0.000
L.Inferior del IC95%	86.22	90.06	93.19	
L.Superior del IC95%	87.92	91.76	94.87	
% PACIENTES TRATADOS CON EPO	87.3	88.3	88.5	0.000
FERRITINA PROMEDIO (ng/mL)	574.3	586.2	616.1	0.000
L.Inferior del IC95%	569.0	581.0	610.9	
L.Superior del IC95%	579.5	591.3	621.4	
% PAC. FERRITINA ≥ 100 < 800	67.5	67.2	65.0	0.000
PORC. SATURACIÓN TRANSFERRINA (%)	30.34	30.28	31.10	0.000
L.Inferior del IC95%	30.16	30.10	30.92	
L.Superior del IC95%	30.53	30.46	31.28	
% PAC. % SAT ≥ 20 < 40	57.3	57.4	57.6	0.714
FE IV DOSIS MENSUAL (mg/Mes)	209.6	199.3	213.0	0.000
L.Inferior del IC95%	206.3	196.8	210.3	
L.Superior del IC95%	212.8	201.9	215.7	

Comparaciones múltiples realizadas con ANOVA-1 para cuantitativas y Chi² de Pearson para cualitativas

De las alteraciones hematológicas en DC, el principal módulo es la evaluación y tratamiento de la Anemia. Para analizar la misma elegimos la evolución de la Hemoglobina y el Hematocrito. Se prefiere el parámetro Hemoglobina porque esta proteína es la responsable del transporte del oxígeno y no está influenciada por la sobrecarga hídrica del paciente. Respecto al Objetivo, según últimas guías o estudios, las recomendaciones se establecen entre 11-12 gr/dL de hemoglobina, no recomendándose superar valores de 13 gr/dL debido a que estaría asociado a mayor cantidad de eventos cardiovasculares, fenómenos trombóticos y mayor riesgo de muerte ⁽¹⁸⁾. En la Tabla 19a observamos las variables relacionadas con la Anemia de los pacientes prevalentes anuales en DC de Argentina y el tratamiento para su corrección para los años 2011, 2012 y 2013.

Tanto el promedio del Hematocrito o el de la Hemoglobina disminuyeron significativamente entre 2011 y 2013 en la comparación múltiple. También los porcentajes de pacientes que entran en el rango considerado adecuado (Hematocrito ≥ 33 y < 39 %; Hemoglobina ≥ 11 y < 13 gr/dL), aunque en el caso del Hematocrito la disminución no alcanza significación. Sin embargo, entre 2012 y 2013 los cambios no fueron significativos en ninguno de los items evaluados.

La disminución de los valores de ambas variables entre 2011 y 2012-2013 ocurre, no obstante haber aumentado significativamente la dosis de Agentes estimulantes de la eritropoyesis (EPO) utilizado, tanto en UI/Semana como en UI/Kgrs/Semana. Tampoco parecería influir en el descenso de la Hemoglobina-Hematocrito la dosis mensual de Fe IV, ya que los parámetros relacionados con los depósitos de Hierro aumentaron con el paso de los años. Una posible explicación de todo esto podría encontrarse al evaluar a los pacientes Incidentes 2012-2013. Observamos en el Capítulo Características de la Población Incidente que los pacientes ingresados en 2012 y 2013 presentaban Hematocrito menor a sus pares del año 2011. Este efecto "dilutorio" con ingreso de más anémicos, podría haber jugado para la significativa reducción de los parámetros de anemia en 2012-2013, no obstante haberse aumentado la EPO y mantenerse los depósitos de Hierro con respecto al año anterior.

Observamos que el porcentaje de pacientes que utilizan EPO no logra superar el 90% en los últimos 3 años, aunque aumentó significativamente, llegando al 88.5% en 2013. Podrá conjeturarse que el 12% restante no recibe tratamiento y realmente lo necesita. Constatamos que no es así, cuando comparamos los valores de Hemoglobina del trienio 2011-2013 de los pacientes que recibieron EPO y los que no. Los tratados tienen una media (DE) de 10.35 (± 1.67) gr/dL y los que no fueron tratados con EPO una media (DE) de 12.04 (± 1.99) gr/dL, siendo la diferencia muy significativa ($p=0.000$).

TABLA 19b. HEMOGLOBINA EN DIFERENTES POBLACIONES.TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	10.38
VARONES	10.69
GRUPOS ETARIOS	
0-19	10.45
20-44	10.59
45-64	10.63
65-74	10.52
≥ 75	10.40
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	10.82
HEMODIÁLISIS	10.54
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	10.51
OTRAS	10.57
Hemoglobina promedio en gr./dL.	

La Tabla 19b muestra los valores promedio de Hemoglobina en diferentes poblaciones en el último Trienio. Así, observamos que es mayor en varones que en mujeres ($p=0.000$).

Hasta los 64 años la hemoglobina media aumenta, para decaer en edades mayores. Con respecto al porcentaje de los pacientes alcanzando el objetivo (Hemoglobina ≥ 11 y < 13 gr/dL), observamos lo mismo, aumenta hasta los 45-64 años para luego disminuir (Gráfico 42a).

Los pacientes en Diálisis peritoneal tienen significativo mayor valor que los de Hemodiálisis ($p=0.000$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan valores promedio de Hemoglobina menores que los pacientes con Otras Etiologías ($p=0.000$).

Gráfico 42a: Porcentaje de Pacientes prevalentes en DC con Hemoglobina $\geq 11 < 13$ gr/dL . Trienio 2011-2013

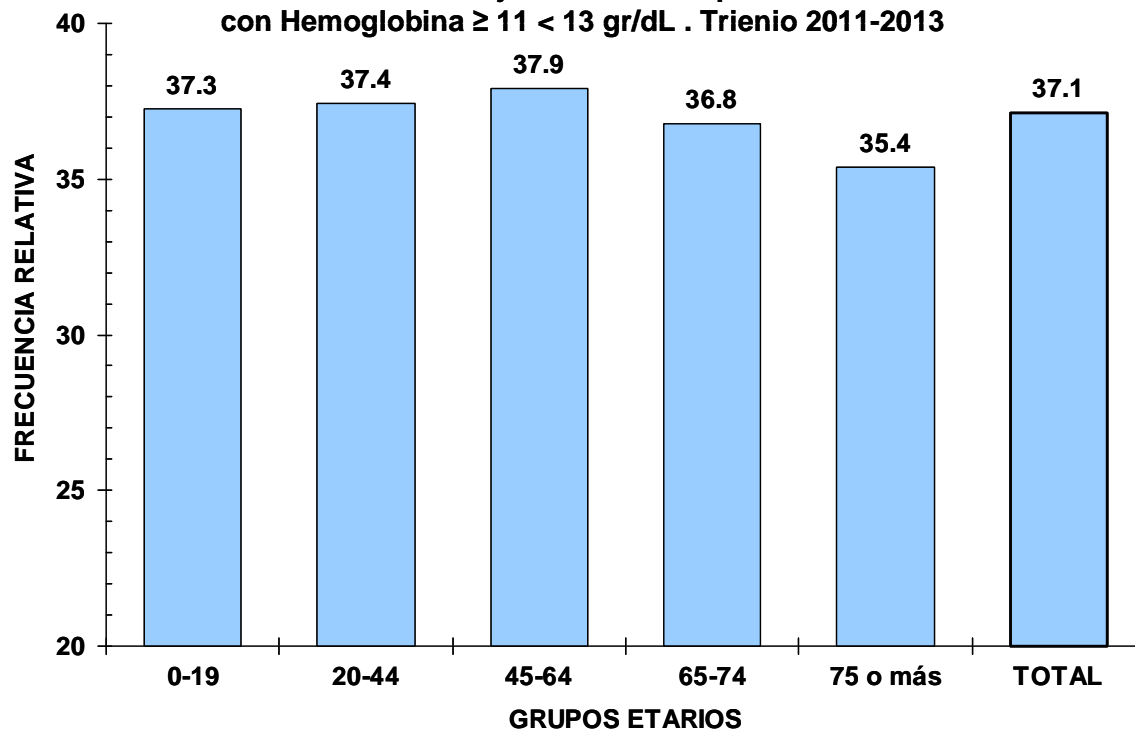


TABLA 19c. HEMOGLOBINA 2011-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC			
PCIA. DEL CENTRO	Media	IC95%	
MENDOZA	11.04	11.00	11.09
NEUQUÉN	10.72	10.64	10.80
SAN JUAN	10.71	10.63	10.79
CHUBUT	10.69	10.58	10.80
CAPITAL FEDERAL	10.68	10.64	10.71
SANTIAGO	10.67	10.59	10.75
MISIONES	10.66	10.58	10.75
TUCUMÁN	10.65	10.60	10.70
SALTA	10.62	10.56	10.69
SAN LUIS	10.60	10.51	10.70
SANTA FE	10.59	10.55	10.64
CÓRDOBA	10.59	10.55	10.63
RÍO NEGRO	10.57	10.49	10.65
TOTAL PAÍS	10.55	10.54	10.56
ENTRE RÍOS	10.53	10.45	10.60
TIERRA DEL FUEGO	10.53	10.27	10.78
CORRIENTES	10.50	10.41	10.58
BUENOS AIRES	10.44	10.42	10.46
CHACO	10.42	10.34	10.50
JUJUY	10.41	10.33	10.50
FORMOSA	10.26	10.13	10.39
SANTA CRUZ	10.17	9.99	10.34
LA PAMPA	10.17	10.03	10.30
LA RIOJA	9.86	9.74	9.97
CATAMARCA	9.84	9.72	9.96

Hemoglobina promedio Trienio 2011-13 en gr./dL.

Si evaluamos la Hemoglobina promedio del Trienio 2011-2013 por Provincia de residencia del Centro de DC, nos encontramos que 9 muestran valores significativamente más elevados que la media nacional (Tabla 19c y Gráfico 42b): Mendoza, Neuquén, San Juan, Chubut, Capital Federal, Santiago del Estero, Misiones, Tucumán y Salta. 8 Provincias muestran valores significativamente menores a la media nacional: Catamarca, La Rioja, La Pampa, Santa Cruz, Formosa, Jujuy, Chaco y Buenos Aires.

Con respecto al porcentaje de los pacientes alcanzando el objetivo (Hemoglobina ≥ 11 y < 13 gr/dL), en 7 Provincias se alcanza o supera el 40% de los pacientes: Misiones, Chubut, Mendoza, San Juan, Entre Ríos, Santa Fe y Capital Federal. En el otro extremo, con menos del 30%, se encuentran La Rioja, Catamarca y Jujuy. (Gráfico 42c)

Este Registro, entre otros, tiene el objetivo de señalar las desviaciones que existen. Entonces debemos remarcar que en Centros de DC de La Rioja, Catamarca y Jujuy los valores de Hemoglobina de sus pacientes no son adecuados en los últimos 3 años. En estas Provincias deberá descartarse algún efecto aleatorio y si no se lo encuentra proceder a mejorar los resultados con mejor tratamiento.

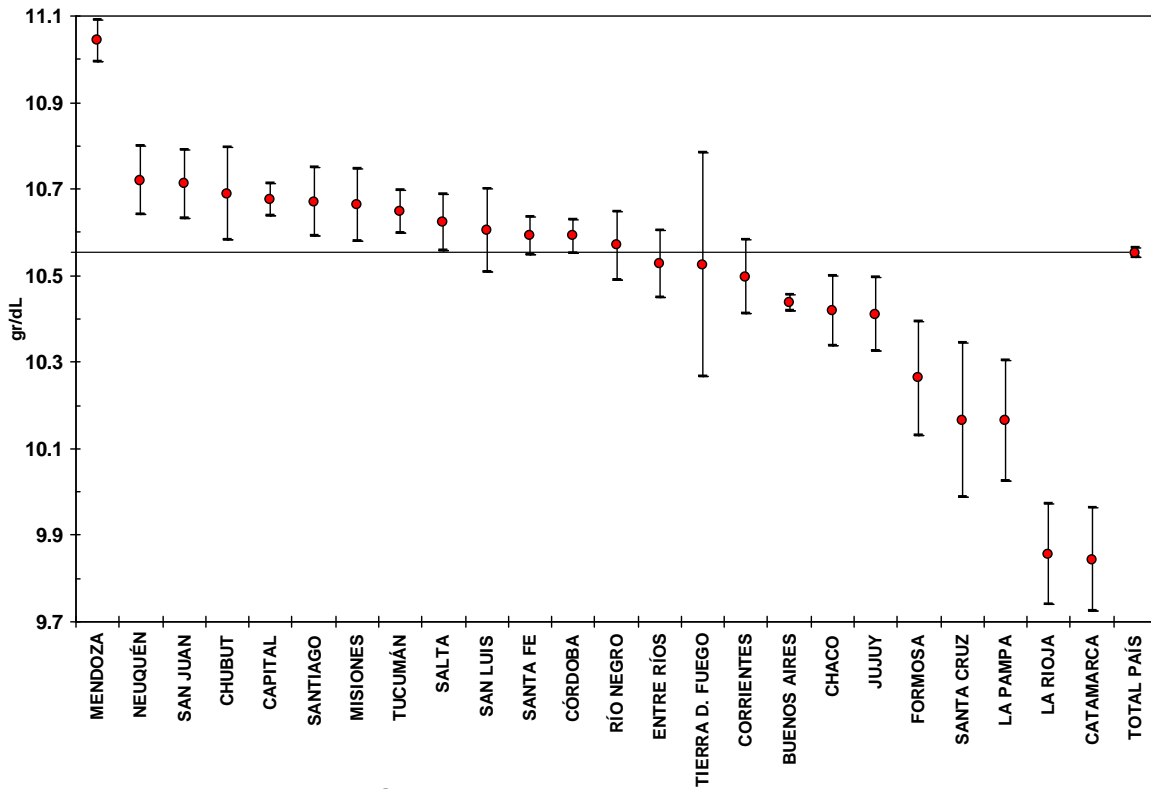
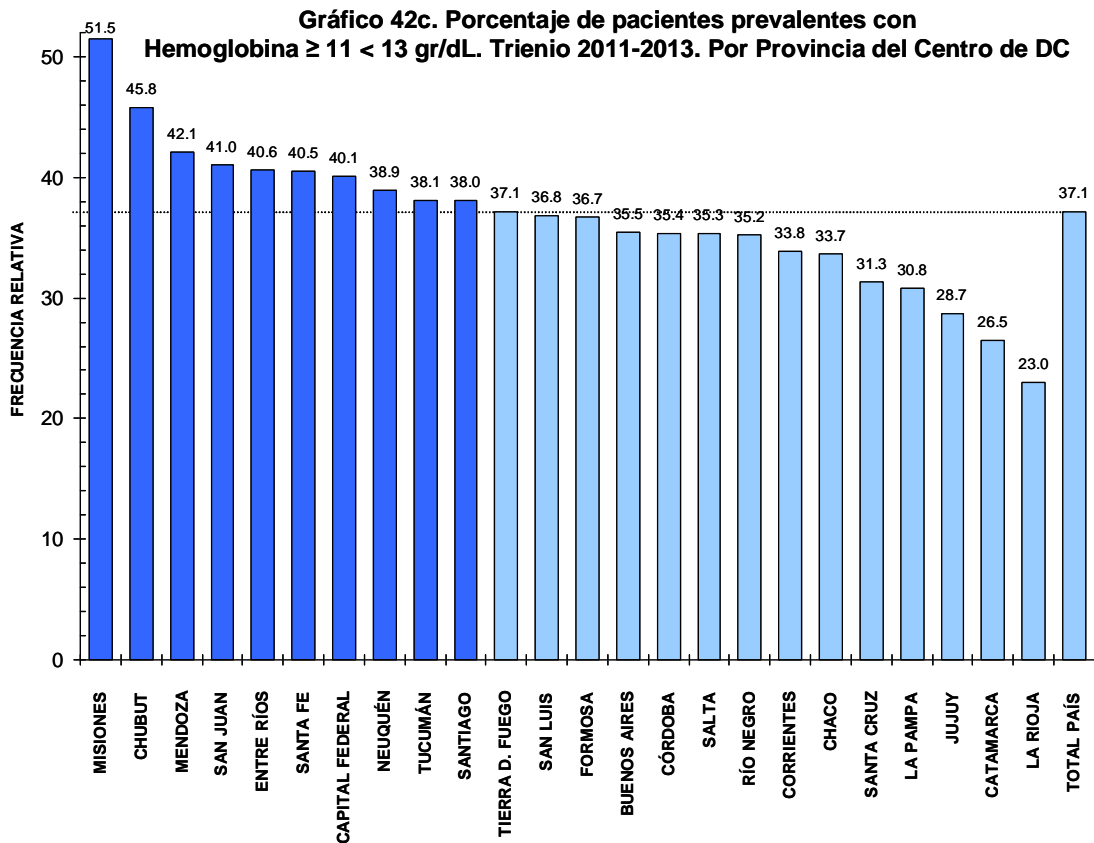


Gráfico 42b: Hemoglobina 2011-2013.
 Provincias de residencia del Centro de DC. Medias e IC95%



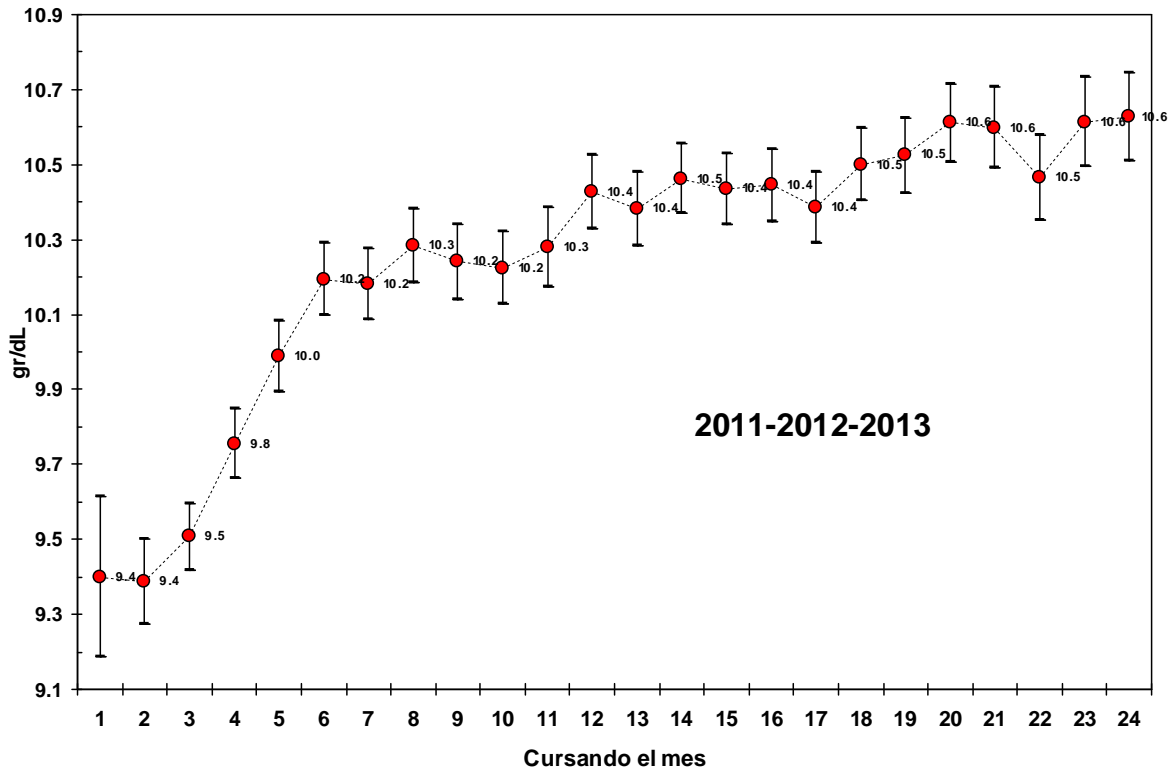


Gráfico 42d: Hemoglobina en el tiempo.
Desde 1º mes hasta el 24º mes de tratamiento dialítico crónico. Medias e IC95%

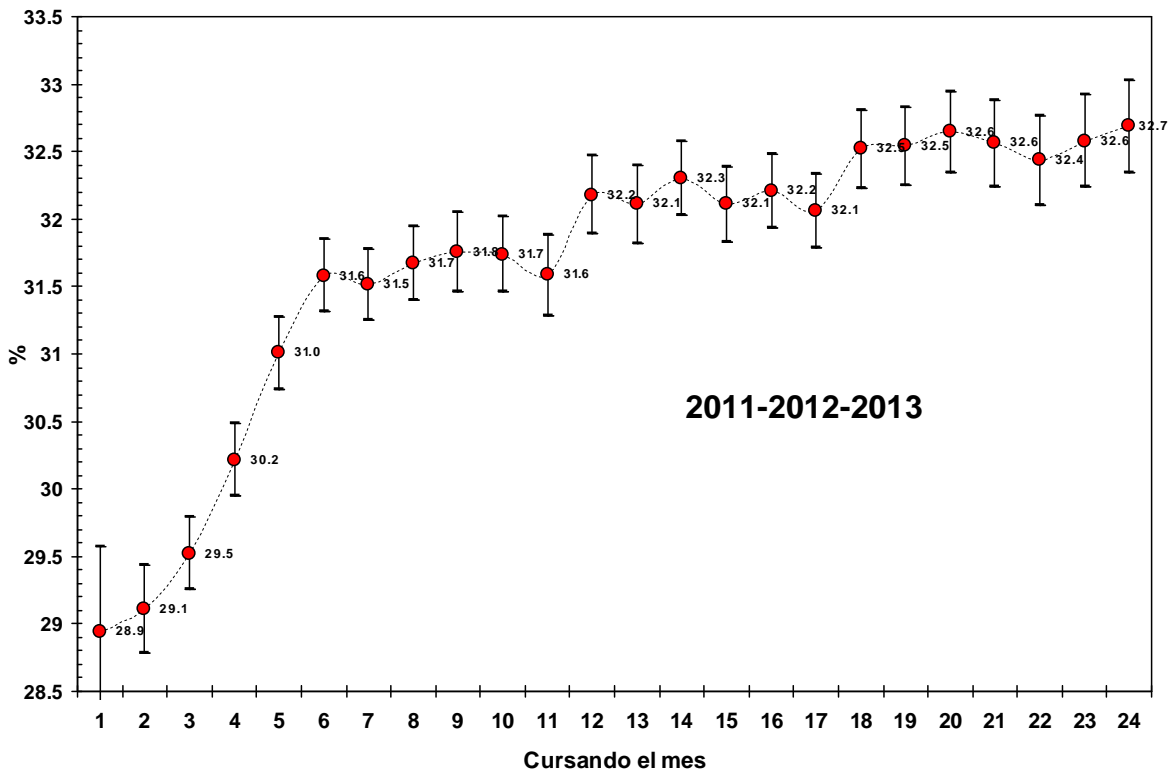


Gráfico 42d1: Hematocrito en el tiempo.
Desde 1º mes hasta el 24º mes de tratamiento dialítico crónico. Medias e IC95%

Los Gráficos 42d y 42d son representativos de las condiciones de ingreso de los pacientes a Diálisis en Argentina y del cuidado de dichos pacientes en estadios predialíticos. Como podemos ver, el análisis del trienio 2011-2013 no muestra diferencia alguna con lo que se mostrada en las 2 ediciones previas de este Registro.

En el Capítulo Características de la Población Incidente mostramos que el 65% de los Nuevos pacientes incidentes en DC presentan Hematocrito inicial inferior al 30% (Hemoglobina menor de 10 gr/dl, aproximadamente). No obstante la leve mejoría en el tiempo de esta variable, seguimos con una media inicial menor a 28%. Esto significa que los pacientes entran mayoritariamente con anemia sin tratamiento previo con la medicación adecuada (Eritropoyetina, Hierro, etc.). Ello sucede porque muchas veces se deriva tardíamente a los pacientes en estadios avanzados o el mismo paciente se niega a la consulta y tratamiento, o en caso de derivación precoz, siguen existiendo trabas burocráticas por parte de algunas Obras Sociales que llevan a grandes retrasos para la administración de Eritropoyetina en la etapa predialítica.

¿Qué sucede una vez que el paciente inicia tratamiento dialítico y consecuentemente terapia adecuada para la anemia? La respuesta gráfica es concluyente: Considerando la población ingresada por primera vez en la vida, la Hemoglobina y el Hematocrito se elevan bruscamente desde el 2º mes hasta el 6º mes de tratamiento dialítico, para luego aumentar con pendiente más suave hasta el mes 24. El Hematocrito inicial (tiempo 0) de 28% lleva a uno de 29% en los primeros 2 meses posteriores y a uno adecuado de 31.6% en el 6º mes.

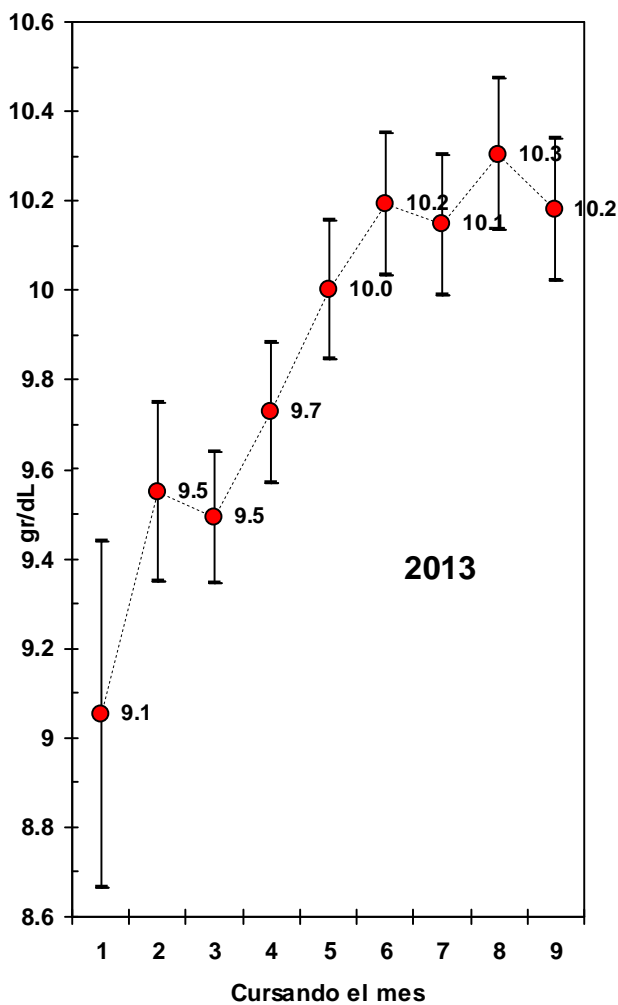


Gráfico 42d2: Hemoglobina en el tiempo. Desde 1º mes hasta el 9º mes de tratamiento dialítico crónico. Medias e IC95%

Para confirmar si lo que ocurrió en el trienio continuó el último año, solo consideramos los prevalentes en DC del año 2013. En el Gráfico 42d2 se aprecia una curva para Hg semejante a la vista en el Trienio, con elevación entre el 1º y 6º mes desde valores de 9.1 hasta 10.2 gr/dL.

Es obvio que lograr los significativos cambios en Hemoglobina-Hematocrito en pocos meses, demostrados aquí, conlleva un gran esfuerzo para el grupo médico-paramédico: Evaluación inmediata de depósitos de Fe, administración de cargas de FeIV (de ser necesario), administración de EPO lo antes posible y además, lamentablemente, el uso de transfusiones sanguíneas, que se deben realizar porque muchas veces los pacientes son vistos por el Nefrólogo en Síndrome urémico avanzado con necesidad de tratamiento sustitutivo inmediato, presentando Hemoglobina menor a 8-9 gr/dL y requieren transfundirse.

En conclusión, los pacientes que ingresan a DC por primera vez en su vida, elevan en un plazo de 6-7 meses sus promedios de Hemoglobina o Hematocrito desde valores peligrosos con riesgo cardiovascular a adecuados. Ello es consecuencia de la Diálisis, pero sobretodo del eficaz tratamiento de su anemia en los Centros de DC. Abogamos por la derivación temprana al nefrólogo y la abolición de las trabas para el suministro de medicamentos específicos en etapa 4 de la ERC; con este proceder las cifras de Hemoglobina-Hematocrito iniciales serán más adecuadas, configurando una gran oportunidad de mejora para diseñar políticas sanitarias.

Adecuación Dialítica en Hemodiálisis

Para evaluar depuración de pequeñas moléculas, se determinan Uremia prediálisis y postdiálisis inmediata, en sesión de mitad de semana (en HD de 3 sesiones por semana) para conocer la dosis administrada a cada paciente. Se aplicó la fórmula de Daugirdas de 2ª generación para precisar el Kt/V no equilibrado (single pool). El Kt/V máximo a lograr en HD de 3 sesiones por semana todavía no fue absolutamente fijado. Tanto en el HEMO Study⁽¹⁹⁾ como en el DOPPS⁽²⁰⁾ no se pudieron establecer normativas que aseguren que más allá de un Kt/V no equilibrado de 1.40 exista mayor probabilidad de supervivencia. Si embargo, hay universal acuerdo que los pacientes en HD deberían alcanzar al menos un Kt/V no equilibrado de 1.30. Respecto a la Reducción porcentual de Urea (RPU) se aconseja que supere el 70%⁽²¹⁾. Recomendaciones ajustadas según género: Kt/V > 1.30 en varones y > 1.60 en mujeres⁽²²⁻²³⁾.

En la Tabla 19d se puede observar que el Kt/V promedio aumentó entre 2011 y 2012 para luego descender en 2013, pero manteniéndose en valores adecuados. El porcentaje de pacientes con Kt/V ≥ 1.30 se presenta en el 76.8% de los pacientes en 2013, difiriendo con valores más elevados del año anterior. Preocupa que el 7% presente valores inferiores a 1.00, como también una RPU menor de 50% en el 3% de los pacientes. En el último año, el 97.9% de los pacientes realizan 3 sesiones de HD por semana; el 1.1% más de 3 sesiones (mayormente 4); el 0.8%, 2 sesiones por semana. Es llamativo que 54 personas se hemodializan solo 1 vez por semana. El tiempo en minutos de cada sesión es de 240 para el 2013. La Ultrafiltración alcanzada disminuyó en su promedio en 2013, manteniéndose por arriba de los 2 litros por sesión de ½ de semana.

TABLA 19d. ADECUANCIA DIALÍTICA EN HEMODIÁLISIS				
PARÁMETROS	2011	2012	2013	P
Kt/V PROMEDIO	1.56	1.59	1.57	0.000
L.Inferior del IC95%	1.56	1.59	1.57	
L.Superior del IC95%	1.57	1.60	1.58	
% PACIENTES Kt/V < 1.00	6.7	6.3	7.0	
% PACIENTES Kt/V ≥ 1.00 < 1.30	16.9	15.0	16.3	0.000
% PACIENTES Kt/V ≥ 1.30	76.4	78.7	76.6	
RPU PROMEDIO (%)	71.9	72.6	72.2	0.000
L.Inferior del IC95%	71.8	72.5	72.1	
L.Superior del IC95%	72.0	72.7	72.3	
% PACIENTES RPU < 50	2.9	2.6	3.0	
% PACIENTES RPU ≥ 50 < 70	31.3	28.2	30.0	0.000
% PACIENTES RPU ≥ 70	65.8	69.2	67.0	
SESIONES/SEMANA PROMEDIO	3.002	2.997	3.002	0.000
L.Inferior del IC95%	3.000	2.995	3.000	
L.Superior del IC95%	3.004	2.999	3.004	
% PAC. CON ≥ 3 SESIONES/SEMANA	99.1	97.3	99.0	0.000
TIEMPO DE SESIÓN (minutos)	241.7	239.7	240.0	0.000
L.Inferior del IC95%	241.4	239.6	239.8	
L.Superior del IC95%	242.0	239.9	240.2	
ULTRAFILTRACIÓN (litros/sesión)	2.18	2.18	2.11	0.000
L.Inferior del IC95%	2.16	2.17	2.09	
L.Superior del IC95%	2.19	2.20	2.12	
Comparaciones múltiples realizadas con ANOVA-1 para cuantitativas y Chi ² de Pearson para cualitativas				

TABLA 19e. Kt/V EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	1.69
VARONES	1.49
GRUPOS ETARIOS	
0-19	1.73
20-44	1.63
45-64	1.56
65-74	1.56
≥ 75	1.56
ACCESO VASCULAR	
FÍSTULA ARTERIOVENOSA NATIVA	1.59
FÍSTULA PROTÉSICA	1.62
CATÉTER PERMANENTE	1.50
CATÉTER TRANSITORIO	1.49
<u>ACCESO DEFINITIVO</u>	1.59
<u>CATÉTERES</u>	1.49
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	1.54
OTRAS	1.59
Kt/V promedio. Acceso Definitivo: Fístula Arteriovenosa Nativa más Fístula Arteriovenosa Protésica. Catéteres: Catéter permanente tunelizado más Catéter transitorio no tunelizado	

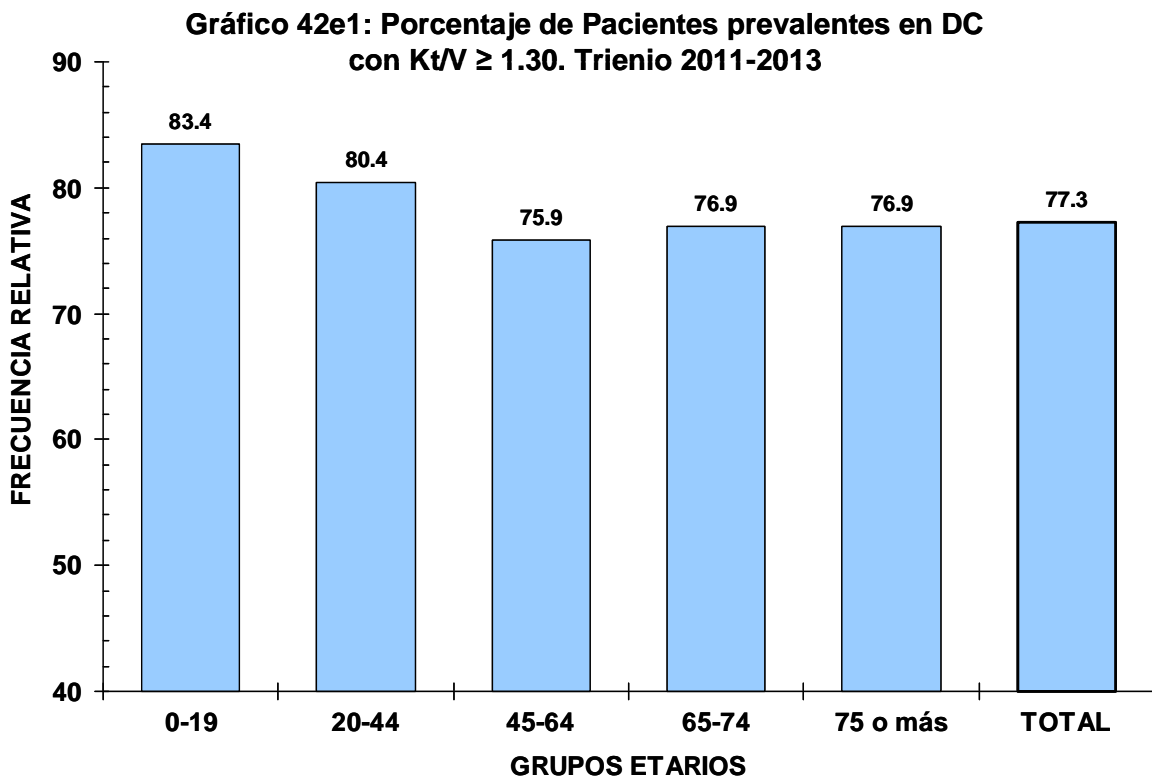
La Tabla 19e muestra los valores promedio del Kt/V en diferentes poblaciones en el último Trienio.

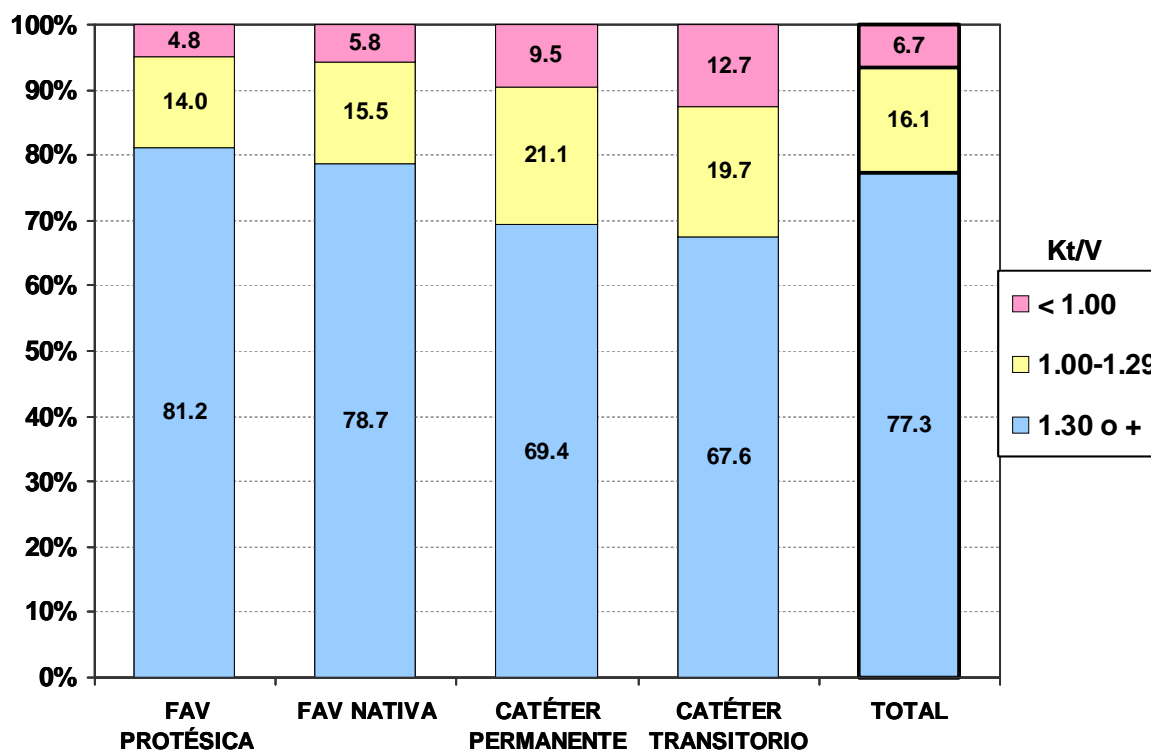
Así observamos que es muy significativamente mayor en mujeres que en varones ($p=0.000$), presentándose valores adecuados a cada género como se dijo antes.

A medida que transcurre la edad el Kt/V va decayendo en forma muy significativa hasta el grupo 45-64 años ($p=0.000$). Con respecto al porcentaje de los pacientes alcanzando el objetivo ($Kt/V \geq 1.30$), observamos casi lo mismo: hasta los 45-64 años disminuye para luego mantenerse (Gráfico 42e1).

Queda demostrado que la Fístula Arteriovenosa autóloga o nativa (FAV) o la Fístula Arteriovenosa protésica (Prótesis) consiguen mejores valores de Kt/V que los Catéteres tunelizados o no. Las 2 primeras formando la categoría de Acceso definitivo presenta significativo mayor Kt/V que ambos catéteres ($p=0.000$). La Prótesis consigue mejor dosis de HD que la FAV. En el Gráfico 42e2 se observa que los Accesos definitivos logran el objetivo de $Kt/V \geq 1.30$ en significativo mayor porcentaje que los Catéteres en el Trienio 2011-2013. Entre los definitivos, la FAV protésica consigue los mejores resultados.

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan valores promedio de Kt/V menores ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías.





**Gráfico 42e2: Kt/V y Acceso Vascular. Trienio 2011-2013
Porcentaje de pacientes**

PCIA. DEL CENTRO	Media	IC95%
NEUQUÉN	1.66	1.64 1.68
RÍO NEGRO	1.65	1.64 1.67
MISIONES	1.64	1.62 1.66
TUCUMÁN	1.62	1.60 1.63
CHACO	1.61	1.59 1.63
SAN LUIS	1.60	1.58 1.63
MENDOZA	1.60	1.59 1.62
ENTRE RÍOS	1.60	1.58 1.62
BUENOS AIRES	1.59	1.59 1.59
FORMOSA	1.59	1.56 1.62
SANTA FE	1.58	1.57 1.59
SANTA CRUZ	1.58	1.54 1.62
TOTAL PAÍS	1.57	1.57 1.58
CAPITAL FEDERAL	1.56	1.55 1.57
CÓRDOBA	1.56	1.55 1.57
SANTIAGO	1.54	1.52 1.56
CATAMARCA	1.54	1.51 1.57
SAN JUAN	1.54	1.52 1.56
LA PAMPA	1.53	1.50 1.57
CORRIENTES	1.52	1.50 1.54
JUJUY	1.51	1.49 1.53
SALTA	1.45	1.43 1.47
CHUBUT	1.42	1.40 1.45
LA RIOJA	1.30	1.27 1.33
TIERRA DEL FUEGO	1.22	1.16 1.28

Kt/V promedio Trienio 2011-2013

Si evaluamos el Kt/V promedio del Trienio 2011-2013 por Provincia de residencia del Centro de DC, nos encontramos que 9 muestran valores significativamente más elevados que la media nacional (Tabla 19f y Gráfico 42f1): Neuquén, Río Negro, Misiones, Tucumán, Chaco, San Luis, Mendoza, Entre Ríos y Buenos Aires. 12 Provincias muestran valores significativamente menores a la media nacional: Tierra del Fuego, La Rioja, Chubut, Salta, Jujuy, Corrientes, La Pampa, San Juan, Catamarca, Santiago del Estero, Córdoba y Capital Federal.

En términos de calidad del tratamiento, lo adecuado es determinar el porcentaje de pacientes que alcanzan un Kt/V de 1.30 o más en cada Provincia. Así, también para el Trienio 2011-2013, observamos en el Gráfico 42f2, que en 4 Provincias se supera el 80% de pacientes con el Kt/V objetivo: Río Negro, Mendoza, Misiones y Tucumán. En el otro extremo, en 6 Provincias no se alcanza el 70%: Tierra del Fuego, La Rioja (ambas con menos del 50%), Salta, Chubut, Jujuy y Catamarca.

Encontramos una correlación negativa entre Kt/V promedio y porcentaje de pacientes con catéteres como acceso vascular por Provincias, siendo la misma significativa: r de Pearson -0.435 ; R^2 0.189 ; $p=0.034$. Esto señala que a mayor presencia de catéteres en una Provincia menor resultará el Kt/V promedio o viceversa.

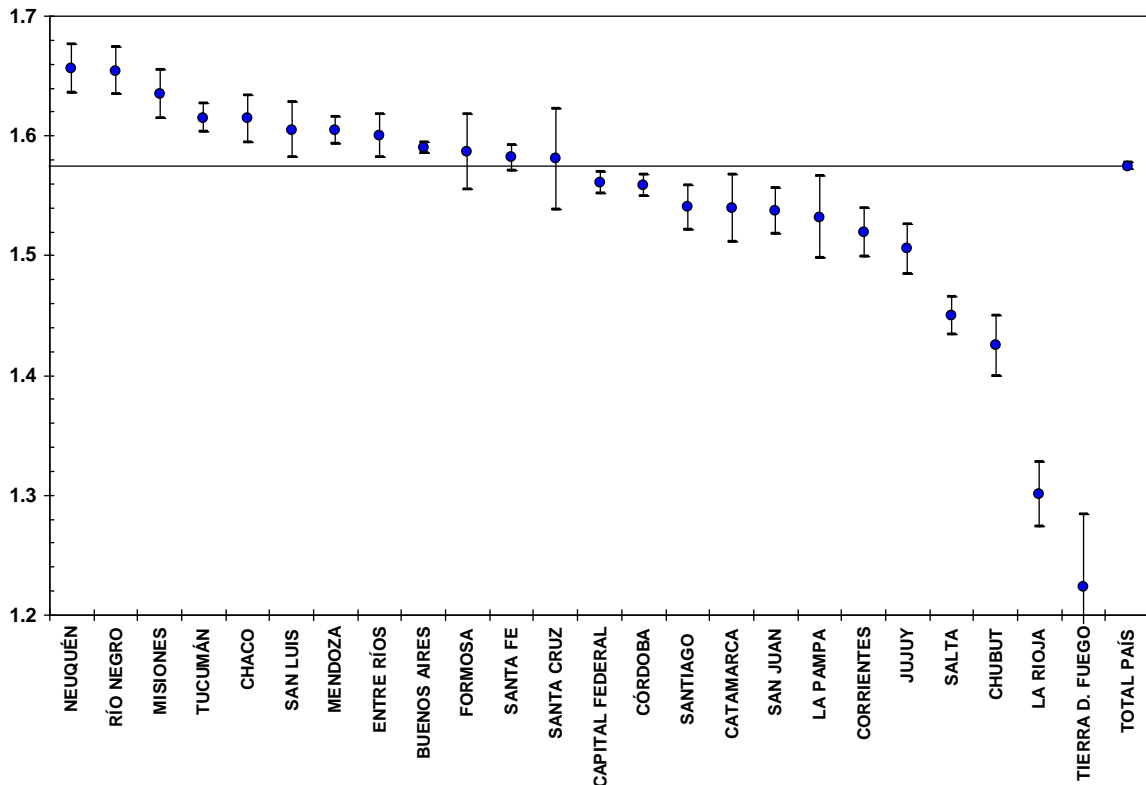


Gráfico 42f1: Kt/V 2011-2013.
Provincias de residencia del Centro de DC. Medias e IC95%

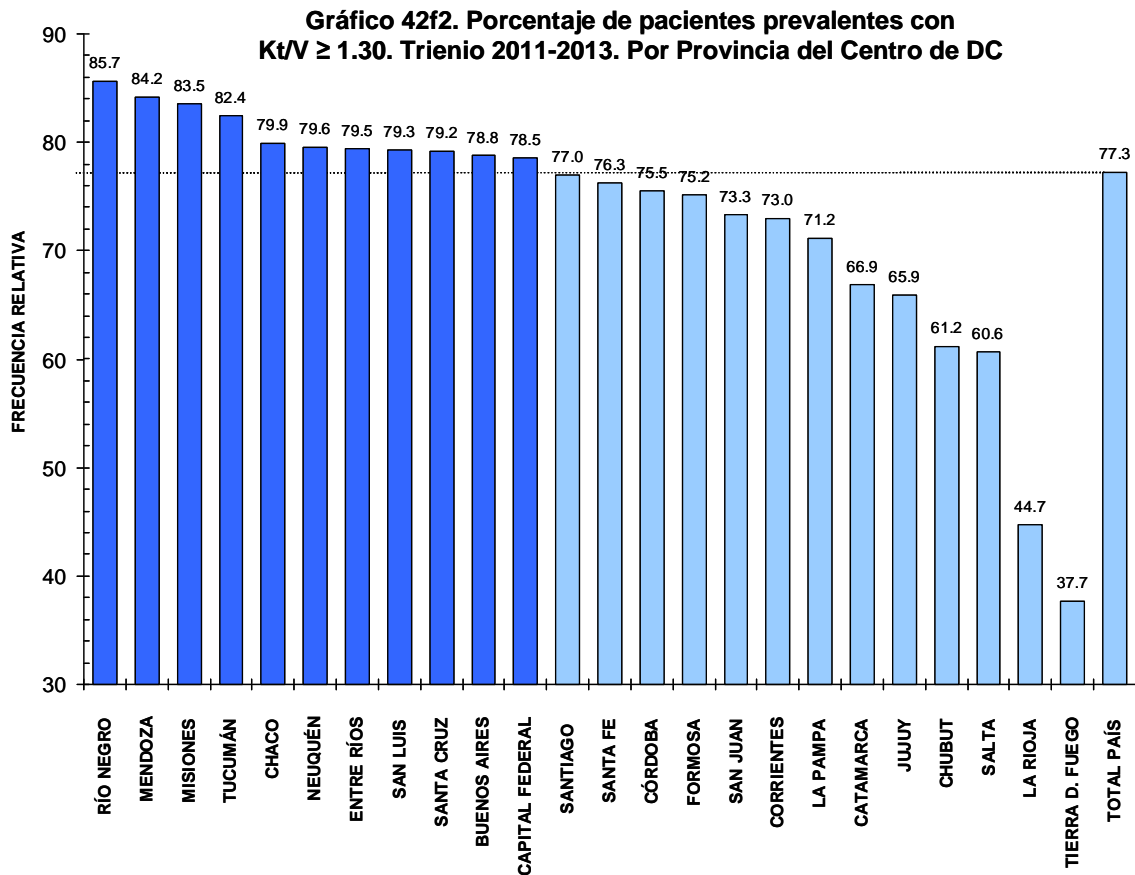


Gráfico 42f2. Porcentaje de pacientes prevalentes con Kt/V ≥ 1.30. Trienio 2011-2013. Por Provincia del Centro de DC

Continuando con la evolución de las variables en los primeros 24 meses de tratamiento dialítico crónico, en el Gráfico 42g1 se presentan los promedios de Kt/V e IC95% en cada mes (Trienio 2011-2013). El promedio de esta variable se eleva en forma muy significativa desde el 1º al 24º mes ($p = 0.000$). En el mismo gráfico se delinea el porcentaje de pacientes con catéteres como acceso vascular, el cual cae significativamente desde el 47% en el 1º mes hasta el 18% en el mes 24º. Encontramos una correlación negativa entre Kt/V y porcentaje de pacientes con catéteres como acceso vascular en los meses evaluados, siendo la misma muy significativa: r de Pearson -0.9499 ; R^2 0.875 ; $p=0.000$. Por lo tanto los catéteres son responsables en un 87% de la variabilidad observada en el Kt/V: A más Catéteres más bajo el Kt/V.

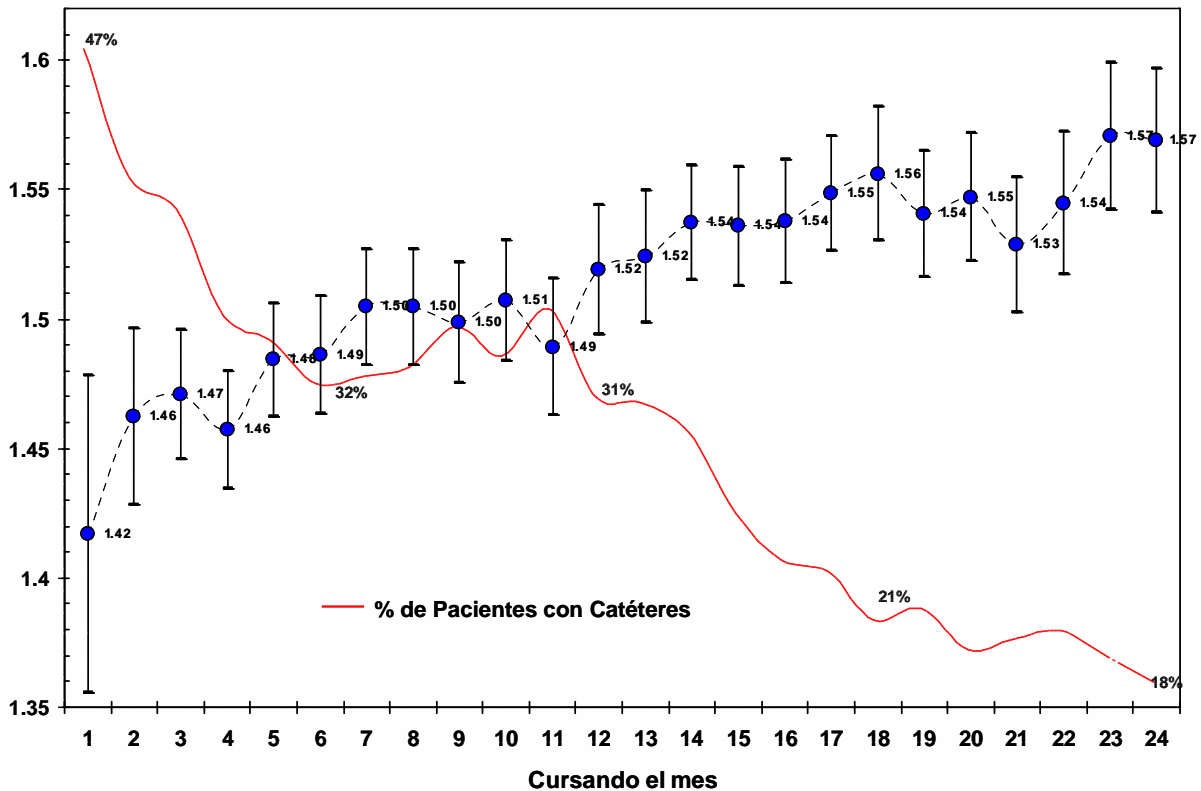


Gráfico 42g1: Kt/V en el tiempo.
Desde 1º mes hasta el 24º mes de tratamiento dialítico crónico. Medias e IC95%

Por último, analizamos la evolución del Kt/V en la población prevalente en relación a los años en tratamiento sustitutivo renal de la misma (Gráfico 42g2). No lo llamamos años en tratamiento dialítico puesto que muchos de ellos volvieron a HD desde un trasplante fallido, algo bastante infrecuente en los primeros 24 meses. Nuevamente se observa un muy significativo aumento con los años ($p=0.000$).

Una de las cuestiones más importantes que surgen con estas evaluaciones en el tiempo y que le quitan fuerza a sus resultados, es que existe una selección natural de la población ya que sobreviven los que mejores condiciones clínicas tienen y mejor Kt/V obtienen en consecuencia; por ello van quedando en el camino aquellos con alta comorbilidad y que consiguen valores bajos de la variable Kt/V, de tal manera que luego de los primeros años solo tendremos a una población seleccionada con buenos valores. Estas evaluaciones sirven más a corto plazo, en especial para poner en conocimiento los resultados de las variables en los primeros meses del tratamiento dialítico y que causas pueden influir en ellos.

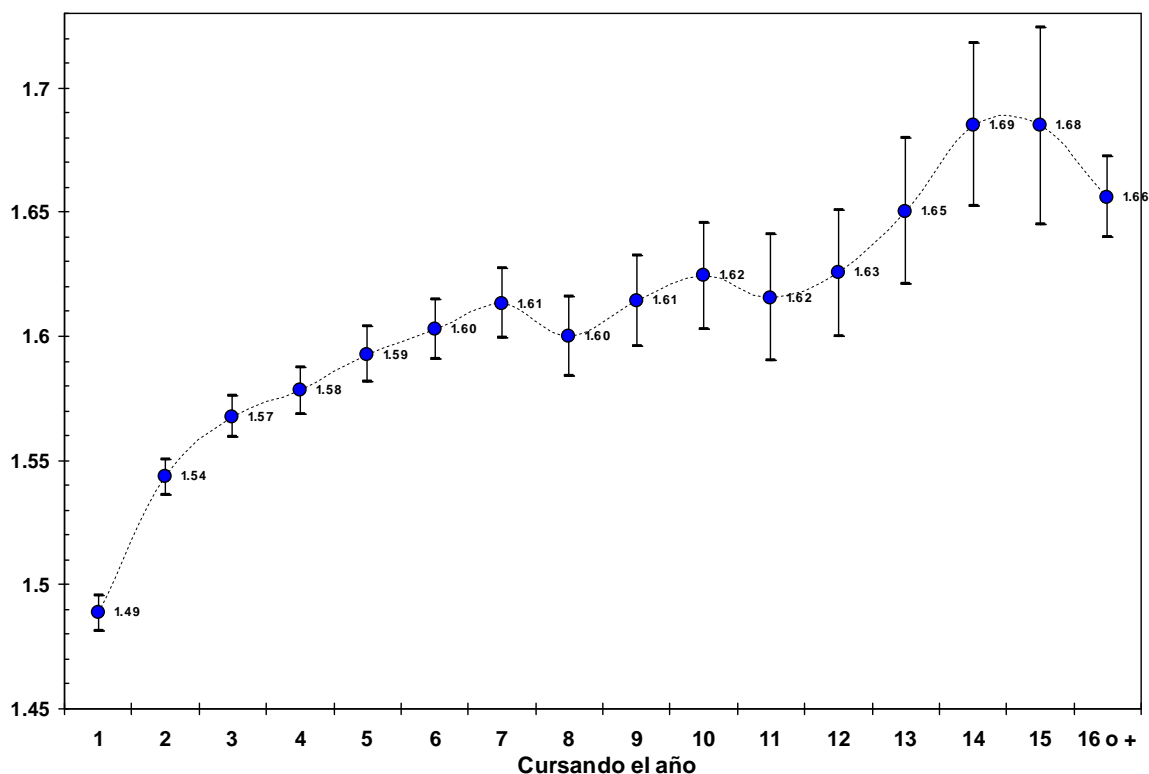


Gráfico 42g2: Kt/V en el tiempo.
Desde 1º año hasta el ≥ 16º año de tratamiento sustitutivo renal crónico. Medias e IC95%

Accesos vasculares para Hemodiálisis

Las directrices de KDOQI revisadas en 2006 han establecido una meta $\geq 65\%$ FAV funcional y menos del 10% para Catéteres en pacientes prevalentes en HD ⁽²⁴⁾. Pero esos objetivos parecen difíciles de lograr. Reconocemos que la FAV debería considerarse primera elección, pero la población que ingresa a HD es cada vez más añosa y con mayores comorbilidades, tanto que en muchos casos no es posible conseguir venas propias del paciente para realizar una FAV. Es por ello que se aboga por considerar la Prevalencia de Acceso Definitivo (FAV más Prótesis) además de la Prevalencia de FAV ⁽²⁵⁾. En un reciente estudio ⁽²⁶⁾ se constató que la supervivencia comparada en una población de 82.000 pacientes mayores de 70 años no es diferente si se inicia HD con FAV o Prótesis, ajustando por variables influyentes. No amerita controversia alguna considerar el riesgo del uso de catéteres y la alta morbi-mortalidad asociada a su uso ^(2, 3, 20).

TABLA 19g. ACCESOS VASCULARES EN HEMODIÁLISIS				
TIPOS DE ACCESO	2011	2012	2013	P
FÍSTULA ARTERIOVENOSA NATIVA	62.8	69.9	69.6	0.000
FÍSTULA ARTERIOVENOSA PROTÉSICA	13.9	15.5	14.9	
CATÉTER PERMANENTE TUNELIZADO	4.6	5.5	6.2	
CATÉTER TRANSITORIO NO TUNELIZADO	18.7	9.1	9.3	
ACCESO DEFINITIVO	76.7	85.3	84.4	0.000
CATÉTERES	23.3	14.7	15.6	

Proporción de pacientes prevalentes en cada categoría. Acceso Definitivo: Fístula Arteriovenosa Nativa más Fístula Arteriovenosa Protésica. Catéteres: Catéter permanente tunelizado más Catéter transitorio no tunelizado. P : Diferencia entre los valores. Comparaciones realizadas Chi² de Pearson

En la tabla 19g, observamos la proporción de pacientes con FAV aumentó entre 2011 y 2012, manteniéndose en 2013 en valores cercanos al 70%. El uso de Prótesis se presenta en el 15-15.5% de los pacientes; disminuyó muy significativamente la proporción de pacientes utilizando catéteres transitorios no tunelizados entre 2011 y 2012, manteniéndose en 2013 en valores del año anterior (9%) y aumentó significativamente la proporción de pacientes con catéteres tunelizados entre 2011 y 2013.

Existió un aumento del porcentaje de accesos definitivos o la inversa, un disminución igualmente muy significativo de población prevalente con catéteres entre 2011 y 2012. En 2013 la proporción de Definitivos es semejante a la del año anterior (84%). Fue notorio el cambio entre 2011 y 2012, que se confirma en 2013, lográndose disminuir la prevalencia de Catéteres no tunelizados, posibilitando de esa manera una mayor Prevalencia de Accesos definitivos.

TABLA 19h. CATÉTERES EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	19.61
VARONES	16.39
GRUPOS ETARIOS	
0-19	30.47
20-44	13.12
45-64	16.01
65-74	19.00
≥ 75	23.93
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	20.80
OTRAS	16.55
Proporción de pacientes prevalentes con Catéteres: Catéter permanente tunelizado más Catéter transitorio no tunelizado	

La Tabla 19h muestra los porcentajes de pacientes utilizando Catéteres en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013. Así, observamos que es muy significativamente mayor en mujeres que en varones ($p=0.000$).

A medida que transcurre la edad la frecuencia va aumentando en forma muy significativa ($p=0.000$), si exceptuamos el grupo más joven (0-19 años). La prevalencia de FAV nativa es mucho menos frecuente a medida que transcurre la edad, exceptuando los grupos de 0-9 años (Catéter permanente 58%) y 10-19 años. Por ello, insistimos en la necesidad de realizar ajustes por edad a la hora de evaluar los resultados⁽²⁵⁾. No se puede pretender que un Centro de DC que atiende a gerontes, presente el 70% o más de su población con FAV nativa, porque ello es actualmente muy difícil de conseguir en poblaciones añosas, como demostramos aquí (Gráfico 42h1). Esto puede ser corregido a largo plazo como pueden observarse en los resultados en algunos países del DOPPS como Francia (81,3%) Japón (91,4%) que tienen poblaciones más envejecidas que la nuestra. Lo que sugiere que es posible obtener una muy alta prevalencia promedio a pesar de las limitaciones.

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan valores significativamente mayores ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías.

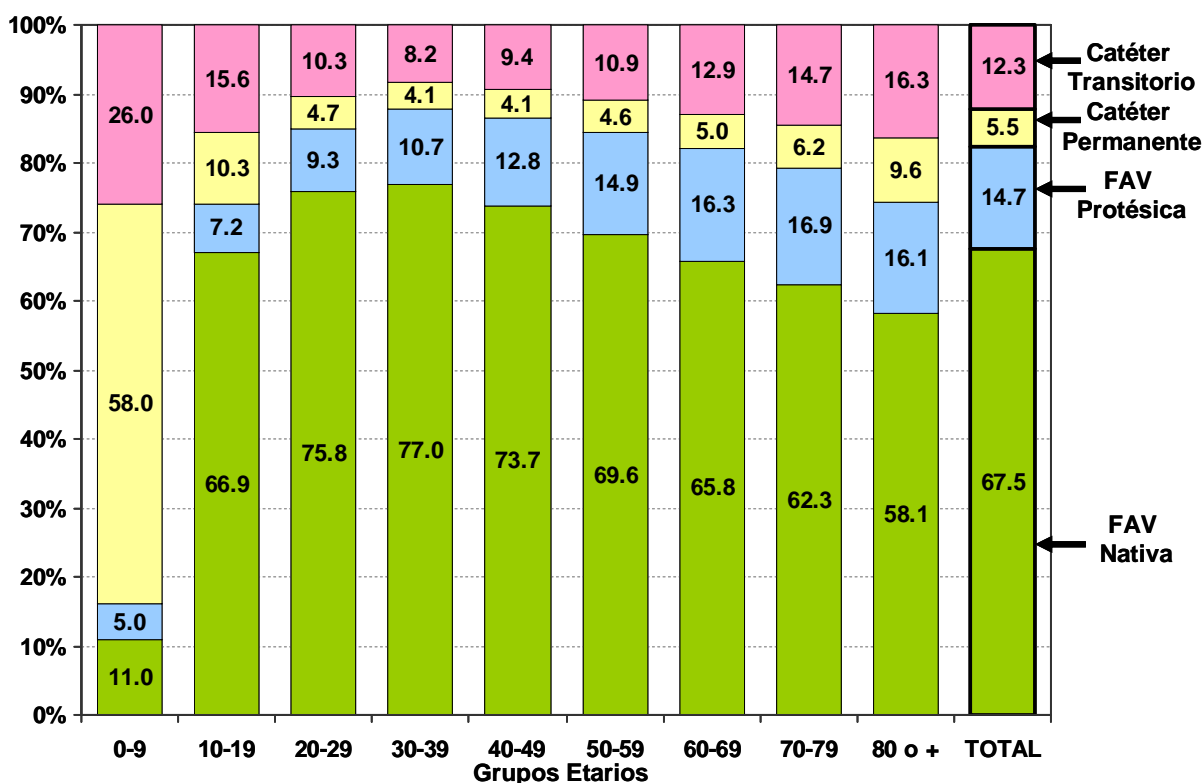


Gráfico 42h1: Tipo de Acceso Vascular por Grupos de Edad. Trienio 2011-2013. Porcentaje de pacientes

TABLA 19i. PREVALENCIA DE CATÉTERES POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC					
PCIA. DEL CENTRO	2011	2012	2013	2011-13	Dif 13-11
MISIONES	17.1	6.0	5.9	9.4	-11.3
RÍO NEGRO	16.5	8.5	9.1	11.1	-7.4
CHUBUT	16.8	9.7	9.9	12.1	-6.9
SAN JUAN	21.2	8.5	9.5	12.9	-11.7
CATAMARCA	17.3	10.9	11.6	13.2	-5.7
TUCUMÁN	20.8	10.5	11.4	14.2	-9.4
SANTA CRUZ	20.2	16.2	9.2	15.2	-10.9
MENDOZA	19.5	14.0	12.6	15.3	-6.9
CORRIENTES	15.6	16.2	15.2	15.7	-0.4
CÓRDOBA	23.9	12.2	12.2	16.0	-11.6
SAN LUIS	30.1	10.0	10.8	16.4	-19.3
SANTIAGO	21.5	14.6	14.3	16.6	-7.1
SANTA FE	26.2	13.4	11.1	16.7	-15.0
TOTAL PAÍS	23.3	14.7	15.6	17.8	-7.7
FORMOSA	20.7	12.8	19.4	17.8	-1.3
BUENOS AIRES	21.8	15.0	17.3	18.0	-4.5
CHACO	27.7	13.4	16.5	19.1	-11.1
ENTRE RÍOS	26.3	17.2	18.6	20.7	-7.6
SALTA	26.9	17.7	19.4	21.1	-7.5
NEUQUÉN	32.1	16.8	16.1	21.5	-16.0
JUJUY	36.2	12.2	16.8	21.9	-19.3
TIERRA DEL FUEGO	31.9	12.5	18.5	22.7	-13.4
CAPITAL FEDERAL	28.9	22.2	22.8	24.5	-6.1
LA PAMPA	35.0	22.8	16.5	24.9	-18.5
LA RIOJA	22.3	26.5	28.5	25.9	6.2

Proporción de pacientes prevalentes utilizando Catéteres. Dif 2013-11: Diferencia en el porcentaje de pacientes con catéteres entre 2013 y 2011. Valores negativos señalan disminución y valores positivos crecimiento

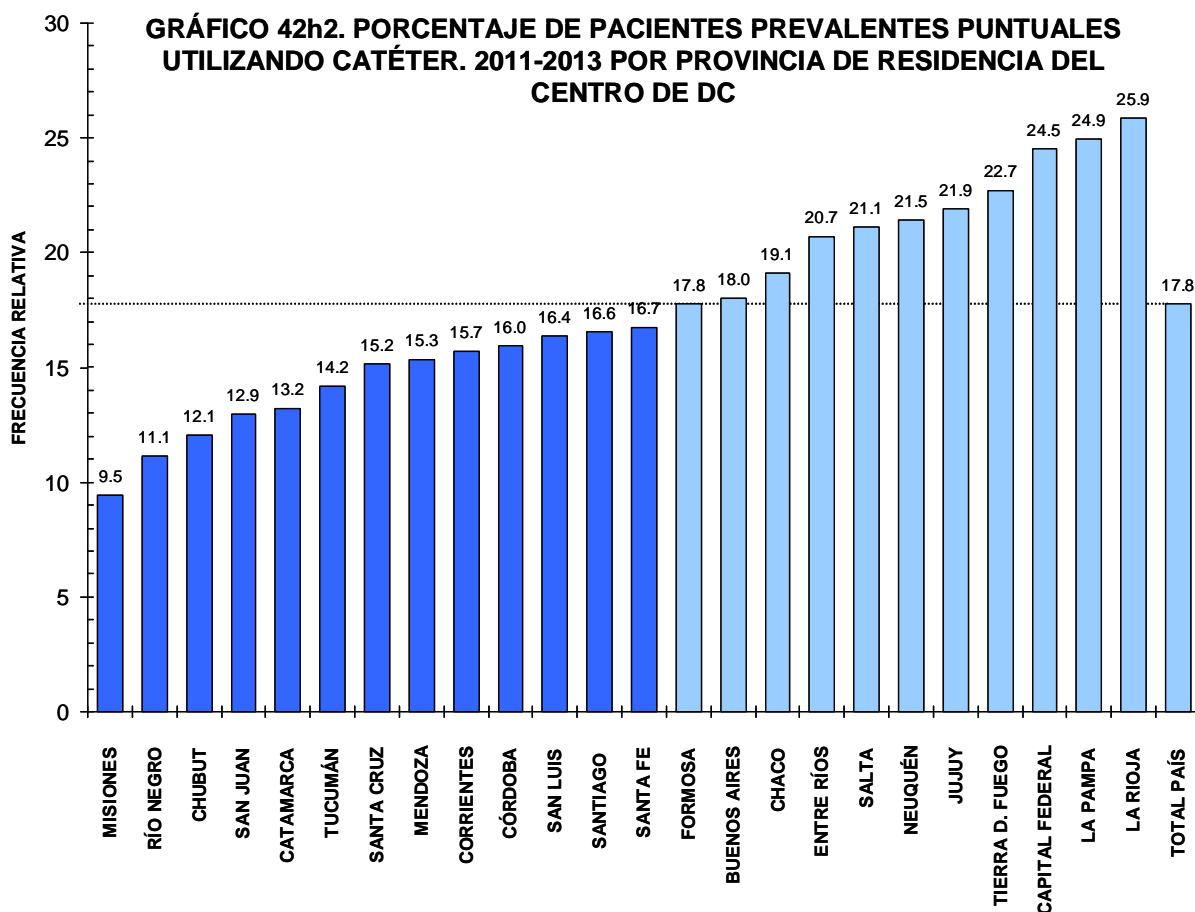
Las prevalencia de Catéter por Provincia de residencia del Centro de DC para el 2011, 12, 13 y Trienio 2011-2013 se muestran en la Tabla 19i (En Gráfico 42h2 solo Trienio 2011-2013).

13 Provincias presentan valores más bajos que la media nacional, siendo los más pequeños los de Misiones, Río Negro, Chubut, San Juan y Catamarca.

11 Provincias muestran valores mayores a la media nacional, siendo los más altos los de La Rioja, La Pampa, Capital Federal y Tierra del Fuego.

Decíamos, en anteriores ediciones, que los datos del Registro permiten una oportunidad de mejora en algunas Provincias en donde los resultados no son buenos. Se aprecia en la Tabla 19i que en casi todas (23/24) existió una caída de los porcentajes entre 2011 y 2013. Jujuy, San Luis, La Pampa, Neuquén, Santa Fe y Tierra Del Fuego son las que más disminuyeron los porcentajes de catéteres (13-19%). Además es de notar que en 2011, ninguna Provincia cumplía con lo sugerido por KDOQI que ha establecido una meta de menos del 10% para Catéteres en pacientes prevalentes en HD. En 2012 lo consiguen 4 Provincias y en 2013 lo logran 5 Provincias: Misiones, Río Negro, Chubut, San Juan y Santa Cruz. Esto es muy alentador y esperemos que las cifras sigan bajando en más Provincias. En especial en La Rioja, única Provincia que aumentó la frecuencia relativa.

Encontramos una correlación negativa entre Kt/V promedio y porcentaje de pacientes con catéteres como acceso vascular por Provincias, siendo la misma significativa: r de Pearson -0.435; R² 0.189; p=0.034. Esto señala que a mayor presencia de catéteres en una Provincia menor resultará el Kt/V promedio o viceversa.



Continuando con la evolución de las variables en los primeros 24 meses de tratamiento hemodialítico crónico, en el Gráfico 42i1 se presentan los porcentajes de los distintos accesos vasculares en cada mes, considerando los datos del Trienio 2011-2013.

Cuando analizamos población incidente observamos lo que se muestra en el mes o tiempo 0 (acceso vascular de la primera HD), con los valores extremadamente alto para catéter no tunelizado y extremadamente bajo para FAV; los valores del tiempo 0 o primera sesión se presentan en Características de la población Incidente y son el promedio del Trienio. En el primer mes cae abruptamente la prevalencia de Catéter no tunelizado y sube bruscamente la prevalencia de FAV. Probablemente algunos incidentes tenían FAV casi madurada y fue utilizada, no en las primeras sesiones pero sí en transcurso del primer mes, sustituyendo al catéter. En otros casos la construcción de la FAV se realizó casi al mismo tiempo que la primera sesión y al concluir el mes pudo ser utilizada. La caída del porcentaje de pacientes con Catéter no tunelizado disminuye muy significativamente en el tiempo 1-24 meses ($p=0.000$), al igual que el crecimiento de pacientes con FAV utilizada o Prótesis ($p=0.000$ en ambos tipos). El crecimiento del porcentaje de pacientes con Catéter tunelizado no es significativo ($p=0.396$).

Por último, analizamos la evolución de los accesos vasculares en la población prevalente en relación a los años en tratamiento sustitutivo renal de la misma (Gráfico 42i2). La FAV crece muy significativamente su porcentaje ($p=0.000$), pero llega a partir del 3º año a alcanzar lo que recomiendan las directrices KDOQI ($\geq 65\%$). El Catéter no tunelizado disminuye su porcentaje muy significativamente ($p=0.000$) en los años, pero lo aumenta menos significativamente el Catéter permanente ($p=0.001$), de tal manera que solo en el 15º año logran entre los 2 conformar las directrices KDOQI ($<10\%$). La Prótesis aumenta su porcentaje también muy significativamente ($p=0.000$).

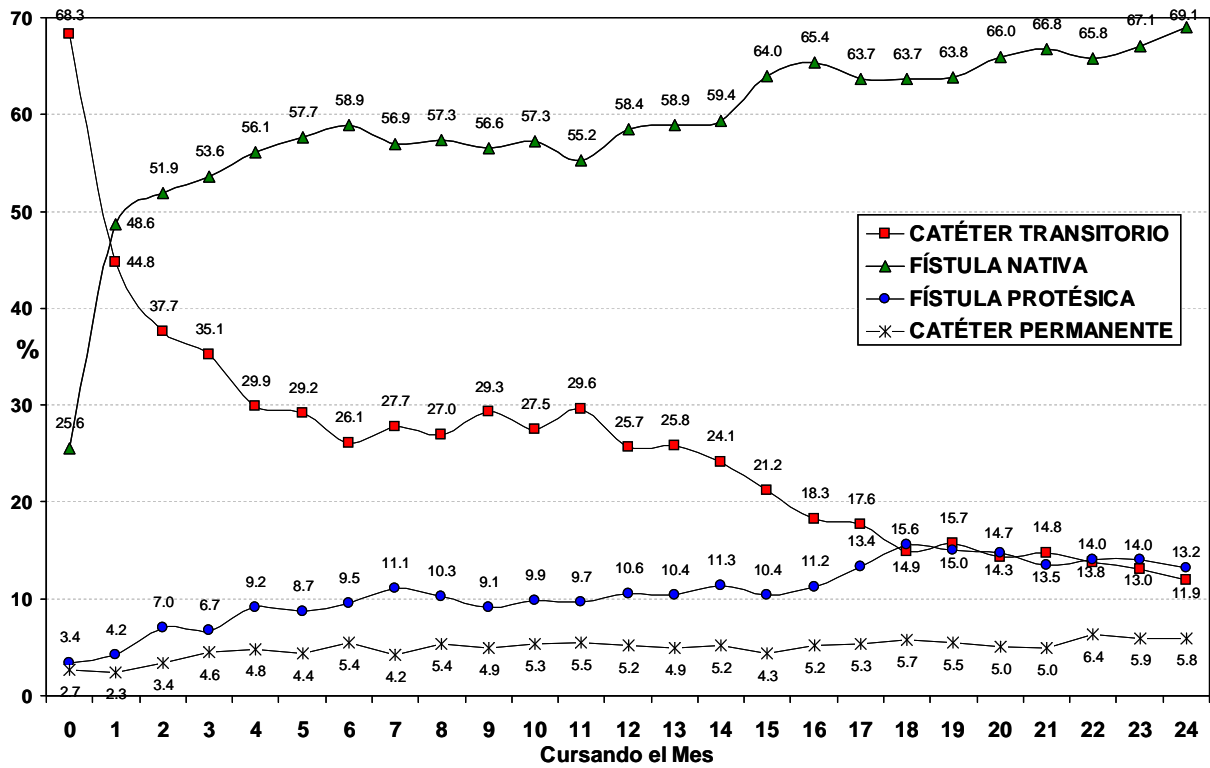


Gráfico 42i1: Acceso Vascular en el Tiempo. Trienio 2011-2013
 Desde 1º mes hasta el 24º mes de tratamiento dialítico crónico. Frecuencias Relativas
 Mes 0 = Primer Hemodiálisis

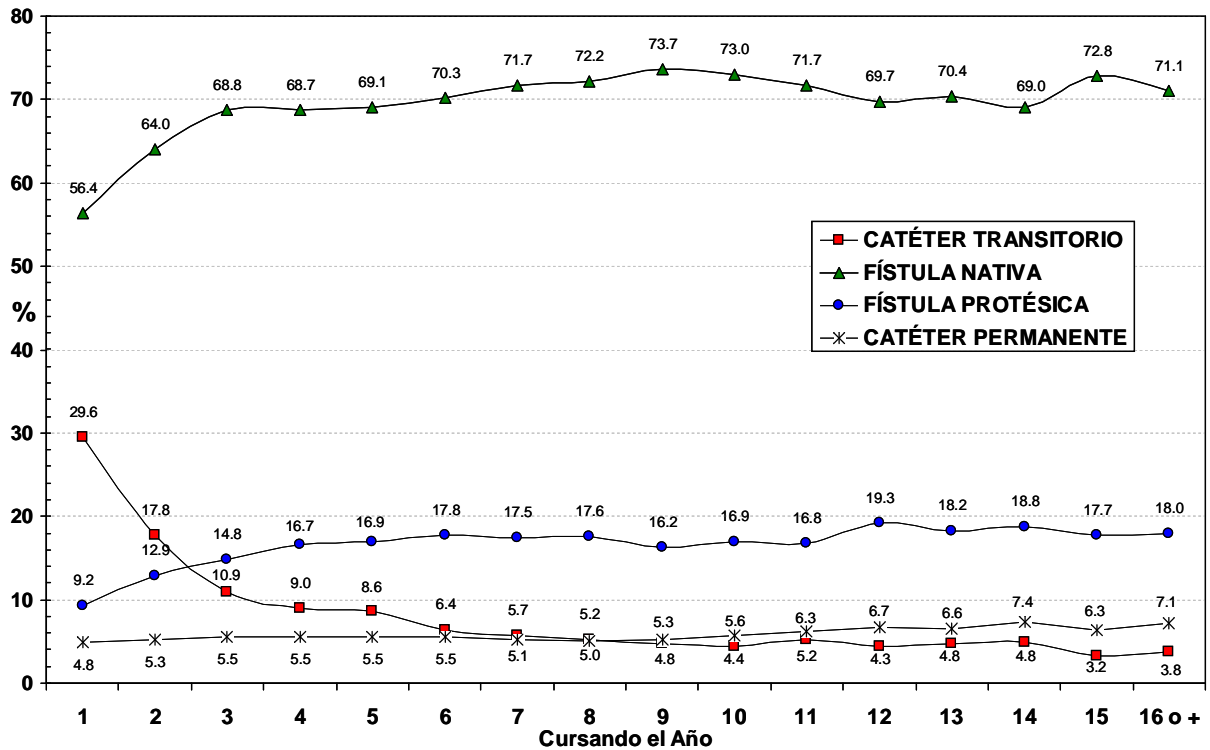


Gráfico 42i2: Acceso Vascular en el Tiempo. Trienio 2011-2013
 Desde 1º año hasta el 16º o más año de tratamiento sustitutivo renal. Frecuencias Relativas

Variables nutricionales: Tasa catabólica proteica, Albuminemia.

La tasa catabólica proteica (PCR) se utiliza como una medida de la Ingesta Proteica diaria en pacientes estables en HD (no catabólicos); con los valores de Uremia prediálisis y postdiálisis por fórmula ⁽²⁷⁾, se obtiene el PCR normalizado por Kgrs. de peso corporal (PCRn). Para mantener un balance nitrogenado positivo, se considera adecuado un PCRn de 1.10 o mayor.

Más trascendente es la determinación de la Albuminemia. Este marcador de nutrición-inflamación ha demostrado ser un factor de riesgo independiente en DC, resultando ser una variable auténticamente subordinada al resultado final (muerte u hospitalización), por lo que su valor se ha ido incrementando a medida que pasan los años con el agregado de más evidencias. Una Albuminemia al ingreso a DC menor a 3.5 gr/dL se mostró como un factor predictor independiente de mayor riesgo relativo de muerte en la Población de 28.886 pacientes incidentes en DC de Argentina ⁽²⁾. Incluso un valor superior (menor a 3.80 gr/dL) también demuestra ser de mal pronóstico vital ⁽²⁸⁾ en población prevalente en HD.

TABLA 19j. VARIABLES NUTRICIONALES				
PARÁMETROS	2011	2012	2013	P
ALBUMINEMIA promedio (gr/dL)	3.753	3.752	3.767	0.000
L.Inferior del IC95%	3.747	3.747	3.761	
L.Superior del IC95%	3.758	3.758	3.772	
% PACIENTES ALBUMINEMIA ≥ 3.50	78.9	78.6	78.6	0.685
% PACIENTES ALBUMINEMIA ≥ 3.80	56.2	55.9	57.8	0.000
nPCR promedio (gr/Kgr/día)	1.146	1.152	1.144	0.004
L.Inferior del IC95%	1.142	1.148	1.141	
L.Superior del IC95%	1.149	1.156	1.148	
% PACIENTES nPCR ≥ 1.10	52.9	54.2	53.5	0.005
Índice de Masa Corporal (IMC) (Kgrs/m²)	25.61	25.63	25.73	0.009
L.Inferior del IC95%	25.55	25.57	25.67	
L.Superior del IC95%	25.67	25.69	25.79	
CATEGORÍAS DE IMC (% PACIENTES)				
< 18.5	5.6	5.7	5.5	
≥ 18.5 y < 25.0	45.0	44.4	44.1	
≥ 25.0 y < 30.0	32.3	32.3	32.0	0.003
≥ 30.0	17.1	17.6	18.4	
Comparaciones múltiples realizadas con ANOVA-1 para cuantitativas y Chi ² de Pearson para cualitativas				

TABLA 19k. ALBUMINEMIA EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	3.71
VARONES	3.79
GRUPOS ETARIOS	
0-19	3.85
20-44	3.89
45-64	3.78
65-74	3.70
≥ 75	3.62
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	3.64
HEMODIÁLISIS	3.76
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	3.66
OTRAS	3.80
CATEGORÍAS DE IMC	
< 18.5	3.66
≥ 18.5 y < 25.0	3.73
≥ 25.0 y < 30.0	3.80
≥ 30.0	3.79
Albuminemia promedio en gr./dL.	

En la Tabla 19j observamos que la Albuminemia promedio se elevó entre 2012-2013. El porcentaje de pacientes con Albuminemia ≥ 3.5 gr/dL se mantuvo y aumentó el porcentaje de ≥ 3.8 gr/dL. El nPCR promedio se encuentra entre 1.14-1.15 gr/kg/día y el porcentaje de pacientes que alcanzan 1.1 gr/Kgr/día o más en 53-54% en los últimos 3 años. El promedio del Índice de masa corporal (IMC) aumentó, produciéndose cambios en los porcentajes de pacientes por categorías de IMC, mostrando tendencia hacia mayor obesidad. El 50.4% de los prevalentes en DC 2013 se encuentran en Sobrepeso-Obesidad (≥ 25 Kgrs/m²). Habíamos observado en Incidentes 2013 que el porcentaje de Sobrepeso- Obesidad es del 52.5% de los pacientes.

La Tabla 19k muestra los valores promedio de Albuminemia en diferentes poblaciones para el Trienio 2011-2013. Así observamos que es significativamente menor en mujeres que en varones (p=0.000).

A medida que transcurre la edad la Albuminemia promedio va decayendo en forma muy significativa (p=0.000). Con respecto al porcentaje de los pacientes alcanzando el objetivo (Albuminemia ≥ 3.5 gr/dL), observamos que a medida que se avanza en edad, a partir de los 20 años, va disminuyendo muy significativamente (p=0.000) el porcentaje (Gráfico 42j).

Los pacientes en Diálisis peritoneal tienen muy significativo menor valor que los de Hemodiálisis (p=0.000).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan valores promedio de Albuminemia significativamente menores ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías. Existe una correlación positiva ($p=0.000$) entre IMC y Albuminemia. Los pacientes con IMC adecuada tienen valores significativamente más bajos que los pacientes en Sobrepeso u Obesidad.

Gráfico 42j: Porcentaje de Pacientes prevalentes en DC con Albuminemia ≥ 3.50 gr/dL. Trienio 2011-2013

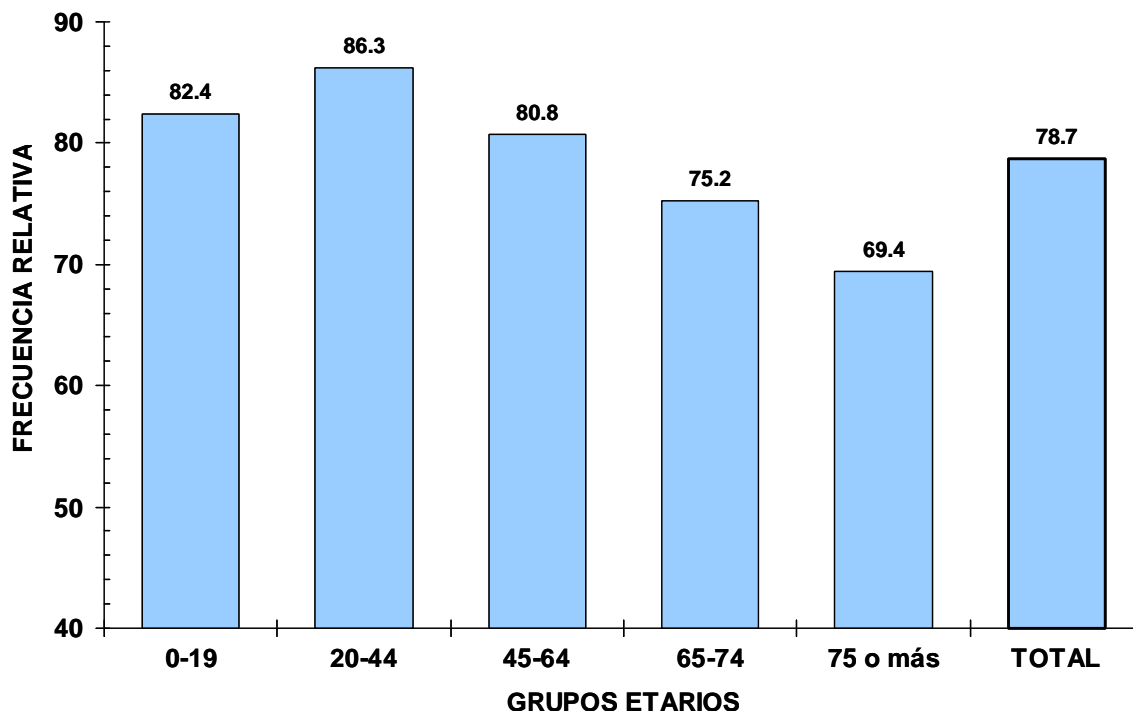


TABLA 19I. ALBUMINEMIA 2011-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC

PCIA. DEL CENTRO	Media	IC95%	
MENDOZA	3.85	3.83	3.86
RÍO NEGRO	3.83	3.81	3.85
NEUQUÉN	3.83	3.81	3.85
SANTA CRUZ	3.82	3.78	3.87
LA PAMPA	3.81	3.78	3.85
CAPITAL FEDERAL	3.80	3.79	3.81
SANTIAGO	3.80	3.78	3.82
SANTA FE	3.78	3.76	3.79
SALTA	3.78	3.76	3.79
MISIONES	3.77	3.75	3.79
SAN JUAN	3.77	3.75	3.79
ENTRE RÍOS	3.76	3.74	3.78
TOTAL PAÍS	3.76	3.75	3.76
BUENOS AIRES	3.76	3.75	3.76
FORMOSA	3.76	3.72	3.79
CORRIENTES	3.74	3.71	3.76
CÓRDOBA	3.72	3.71	3.73
LA RIOJA	3.71	3.68	3.75
CHACO	3.71	3.69	3.73
CATAMARCA	3.69	3.66	3.73
TIERRA DEL FUEGO	3.68	3.61	3.75
CHUBUT	3.67	3.65	3.70
TUCUMÁN	3.65	3.64	3.67
JUJUY	3.64	3.61	3.66
SAN LUIS	3.63	3.60	3.66

Albuminemia promedio en gr./dL. Trienio 2011-2013

Si evaluamos la Albuminemia promedio del Trienio 2011-2013 por Provincia de residencia del Centro de DC, nos encontramos que 8 muestran valores significativamente más elevados que la media nacional (Tabla 19I y Gráfico 42k). Las que logran los mejores valores son Mendoza, Río Negro, Neuquén, Santa Cruz y La Pampa. 9 Provincias muestran valores significativamente menores a la media nacional. Los peores valores le corresponden a San Luis, Jujuy, Tucumán, Chubut, Tierra del Fuego y Catamarca.

También evaluamos el porcentaje de pacientes que alcanzan una Albuminemia de 3.5 gr/dL o más en cada Provincia. Así, también para el Bienio 2011-2012, observamos en el Gráfico 42k', que en 5 Provincias se supera el 81% de pacientes con ese objetivo: Río Negro, La Pampa, Santa Cruz, Santiago del Estero y Capital Federal. En el otro extremo, en 5 Provincias no se alcanza el 75%: Tucumán, Tierra del Fuego, Jujuy, Chubut y San Luis. Estas mismas Provincias, en otro orden, son las que presentan los peores promedios del Trienio, como vimos antes.

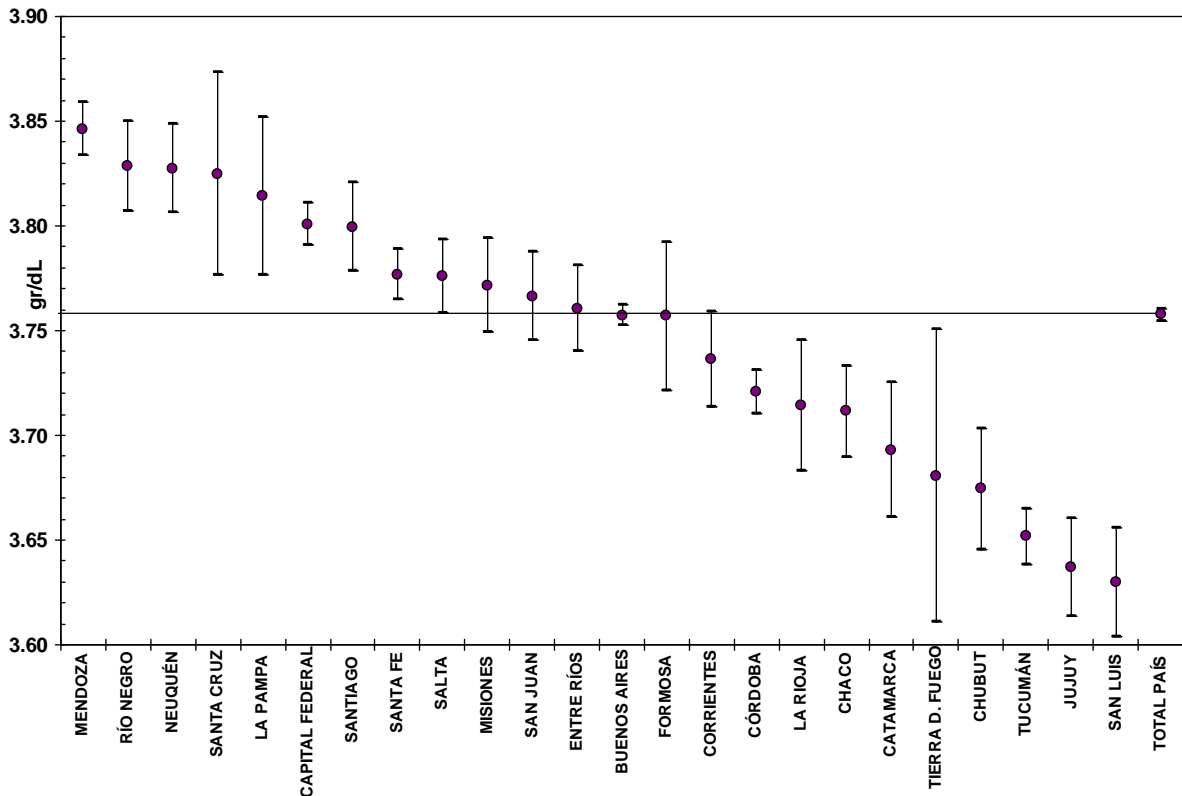


Gráfico 42k1: Albuminemia 2011-2013.
Provincias de residencia del Centro de DC. Medias e IC95%

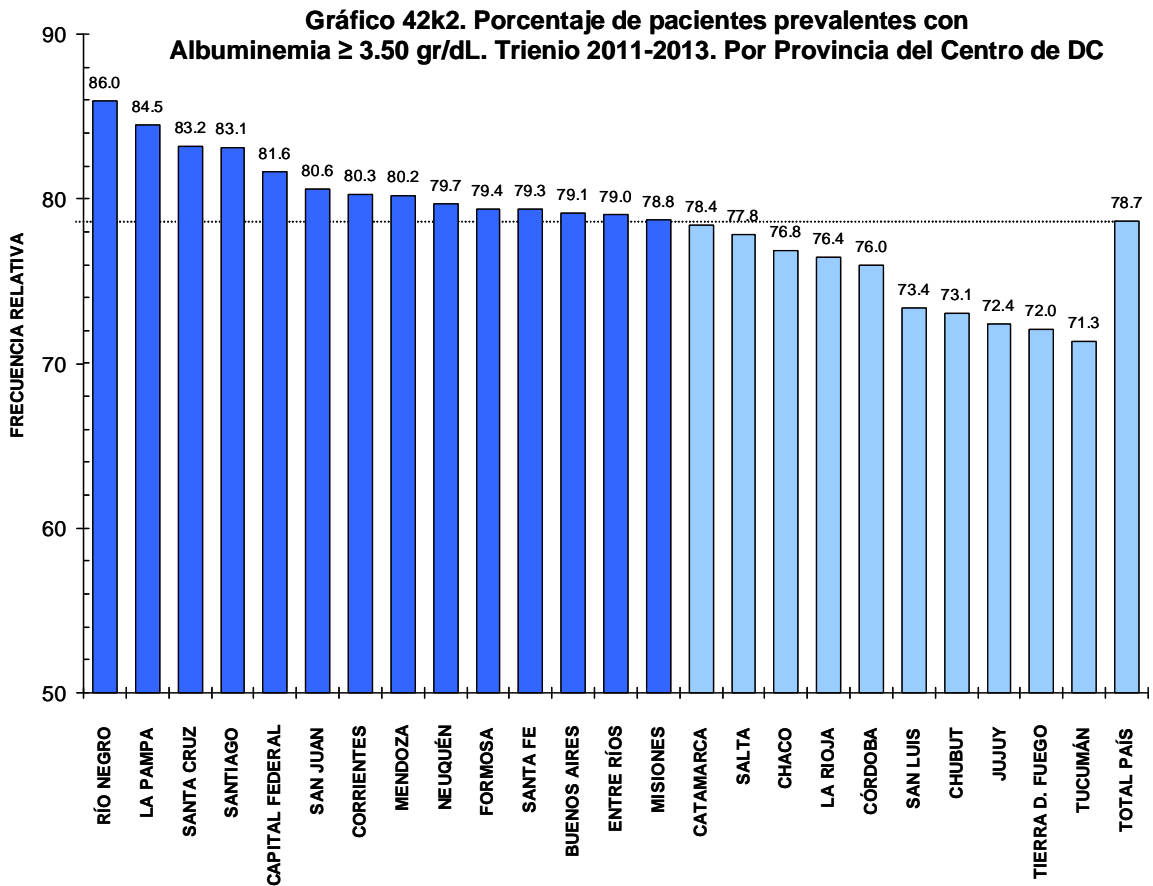


Gráfico 42k2. Porcentaje de pacientes prevalentes con Albuminemia \geq 3.50 gr/dL. Trienio 2011-2013. Por Provincia del Centro de DC

Evaluamos la Albuminemia en los primeros 24 meses de tratamiento dialítico crónico y en el Gráfico 4211 se presentan los promedios e IC95% en cada mes. El promedio de esta variable se eleva en forma muy significativa en los primeros 24 meses ($p= 0.000$). Existen algunos descensos intermensuales que en la mayoría de los casos no son significativos.

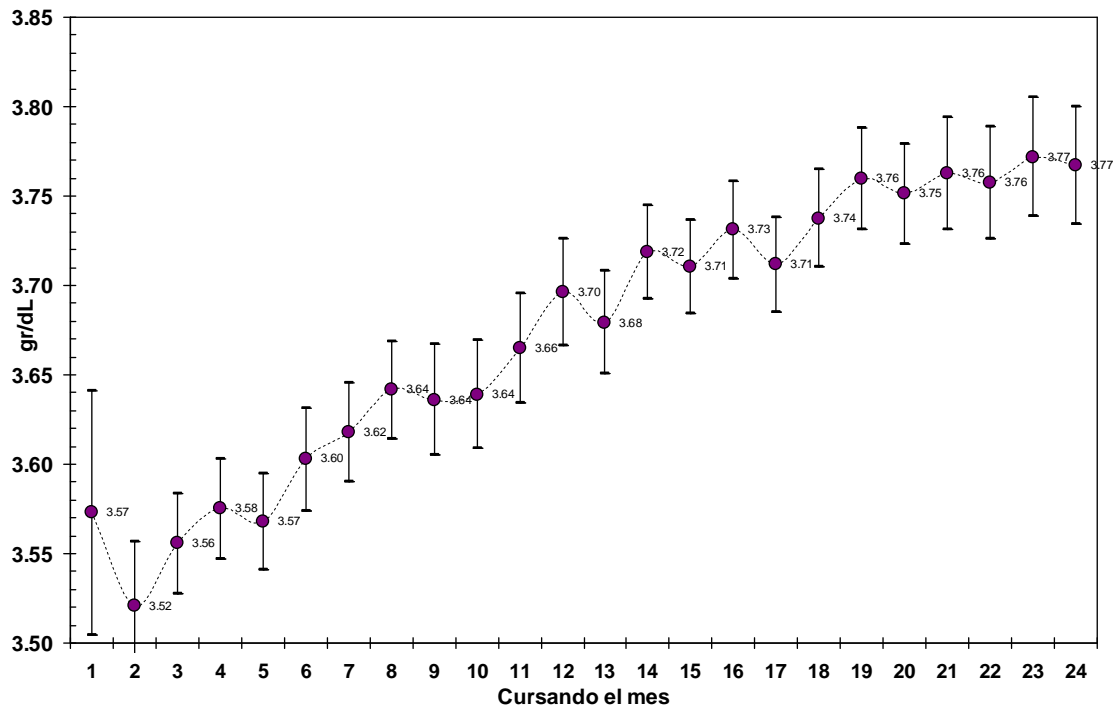


Gráfico 4211: Albuminemia en el tiempo.
Desde 1º mes hasta el 24º mes de tratamiento dialítico crónico. Medias e IC95%

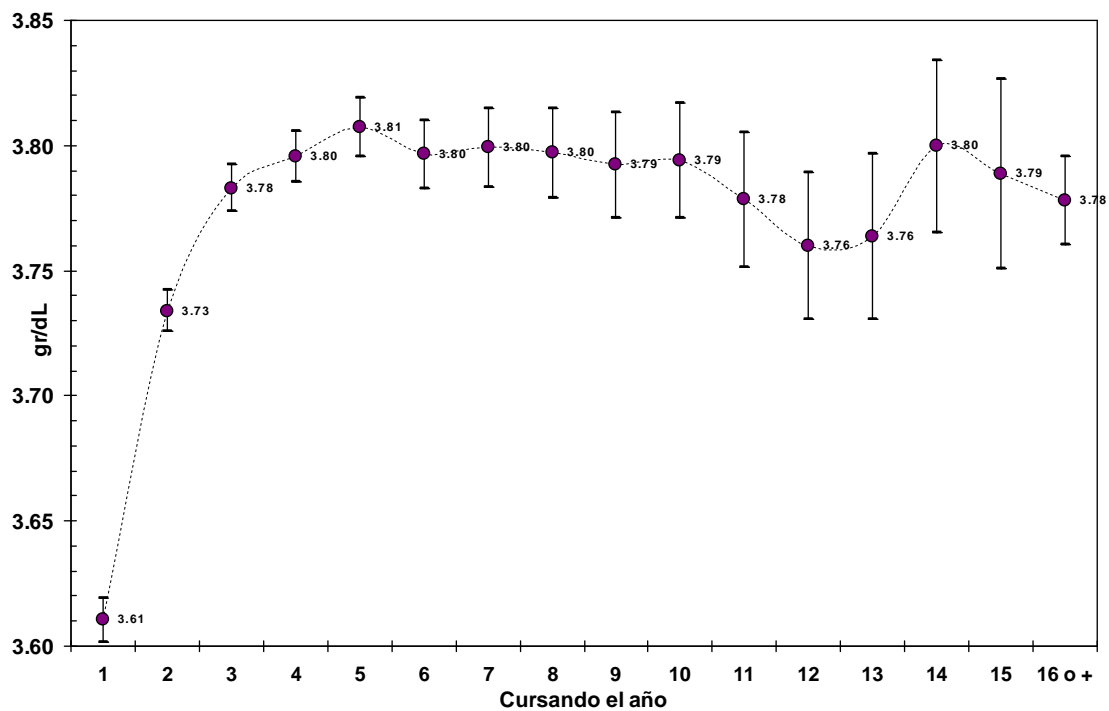


Gráfico 4212: Albuminemia en el tiempo.
Desde 1º año hasta el 16º año o más de tratamiento sustitutivo crónico. Medias e IC95%

También analizamos la evolución de la Albuminemia en la población prevalente en relación a los años en tratamiento sustitutivo renal de la misma (Gráfico 42I2). Nuevamente se observa un muy significativo aumento con los años ($p=0.000$), en especial en el lapso transcurrido entre el año 1 y el año 5. Posteriormente, desciende la media y se muestran cada vez más grandes IC95% (progresiva menor población).

Como se explicó antes, debe tenerse en cuenta que a medida que transcurre el tiempo van excuyéndose del análisis los pacientes que egresaron de tratamiento, generalmente por fallecimiento. La variable Albuminemia inicial es un fuerte predictor independiente de sobrevida como se demostró en anteriores ediciones de este Registro y en la actual (Capítulo Sobrevida). A medida que transcurre el tiempo las Albuminemias pertenecen a la población sobreviviente y por ello, progresivamente, sus valores son cada vez más elevados. Esta presentación solo sirve de guía para conocer el estado de esta variable en los distintos meses o años.

No es correcta la pretensión, por parte de algunas auditorías médicas que un determinado Centro con gran cantidad de nuevos pacientes, presente medias o porcentaje adecuados de esta variable, que como vimos está significativamente muy disminuida en los primeros meses e incluso en los primeros 2 años. Esta advertencia también incluye las variables Hemoglobina, Kt/V y Porcentaje de Fístulas nativas, todas evaluadas hasta aquí y de comportamiento semejante en el tiempo.

Alteraciones del Metabolismo Fosfo-cálcico y su tratamiento

TABLA 19m. ALTERACIONES DEL METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO				
PARÁMETROS	2011	2012	2013	P
CALCEMIA promedio (gr/dL)	8.71	8.68	8.69	0.001
L.Inferior del IC95%	8.70	8.67	8.68	
L.Superior del IC95%	8.72	8.70	8.70	
% PACIENTES CALCEMIA $\geq 8.4 \leq 9.5$	55.4	55.8	54.5	0.002
FOSFATEMIA promedio (gr/dL)	5.12	5.06	5.18	0.000
L.Inferior del IC95%	5.10	5.04	5.16	
L.Superior del IC95%	5.13	5.07	5.20	
% PACIENTES FOSFATEMIA $\geq 3.5 \leq 5.5$	56.0	56.8	55.0	0.000
PRODUCTO FOSFO CÁLCICO ($\text{mg}^2 \times \text{dL}^2$)	44.59	44.01	45.11	0.000
L.Inferior del IC95%	44.43	43.85	44.96	
L.Superior del IC95%	44.76	44.16	45.26	
% PACIENTES PRODUCTO CaxP < 55	81.1	82.5	80.2	0.000
iPTH (pg/mL)	467.8	455.9	455.6	0.002
L.Inferior del IC95%	462.2	450.6	450.8	
L.Superior del IC95%	473.5	461.3	460.5	
% PACIENTES iPTH < 100	14.8	14.8	13.6	0.000
% PACIENTES iPTH $\geq 100 < 300$	33.8	34.6	34.3	0.093
% PACIENTES iPTH ≥ 300	51.4	50.6	52.1	0.000
% PACIENTES iPTH ≥ 600	24.5	23.0	24.0	0.000
% PAC. CON DERIVADOS VIT D	41.3	41.2	40.2	0.000
VIT D ORAL	37.6	37.7	36.3	
VIT D ENDOVENOSA	3.7	3.5	3.9	
NO RECIBEN TRATAMIENTO CON VIT D	58.7	58.8	59.8	
% PAC. CON CALCIMIMÉTICOS	20.9	19.3	18.4	0.000
Comparaciones múltiples realizadas con ANOVA-1 para cuantitativas y Chi ² de Pearson para cualitativas				

En la Tabla 19m, observamos la presentación de los principales parámetros relacionados con las alteraciones del Metabolismo Fosfo-cálcico y su tratamiento en los pacientes prevalentes en DC en 2011, 2012 y 2013 con las comparaciones respectivas.

Las evidencias actuales señalan a la Calcemia, a la Fosfatemia, al Producto Fosfo-cálcico y a la Parathormona (iPTH) como variables subordinadas auténticas por su gran relación con la morbimortalidad de los pacientes en DC, es decir, el resultado final. En el estudio DOPPS los modelos de sobrevida identificaron valores con el más bajo riesgo de mortalidad: Calcemia entre 8.6 y 10.0 mg/dL, Calcemia corregida por Albúmina entre 7.6 y 9.5 mg/dL, Fosfatemia entre 3.6 y 5.0 mg/dL y iPTH entre 100 y 300 pg/mL ⁽²⁹⁾. Recientemente un estudio multinacional Europeo ⁽³⁰⁾ confirma lo anterior, recomendando continuar con los rangos establecidos en 2003 por las guías KDOQI: Calcemia entre 8.4 y 9.5 mg/dL, Fosfatemia entre 3.5 y 5.5 mg/dL y Producto Fosfo-cálcico menor de 55 mg² x dL² ⁽³¹⁾. En Argentina el Grupo de Metabolismo Óseo y Mineral de la Sociedad Argentina de Nefrología ha elaborado unas Guías para la evaluación y tratamiento de las alteraciones del metabolismo óseo y mineral para la Enfermedad renal crónica, en donde los rangos objetivos de estas variables no difieren demasiado con las establecidas por KDOQI ⁽³²⁾. Más recientemente, también en Argentina, en un estudio multicéntrico se consideró rango adecuado para la fosfatemia a los valores entre 3.5-5.5 mg/dL ⁽³³⁾.

En todos estos trabajos el nivel mínimo aceptado de Fosfatemia es el de 3.5 mg/dL. Los valores de Fosfatemia menores a 3.5 mg/dL se consideran Hipofosfatemia y se ven muy relacionados con estados de desnutrición en Diálisis Crónica.

La Calcemia promedio disminuyó entre 2011 y 2013 y la Fosfatemia promedio aumentó entre esos años; el aumento de la Fosfatemia resultó mayor que la disminución de la Calcemia y en consecuencia el Producto Fosfo-cálcico aumentó significativamente. En 2013, se logran valores adecuados de Calcemia en el 54.5%, de Fosfatemia en el 55% y de Producto Fosfo-cálcico en el 80% de los pacientes prevalentes en DC, valores estos significativamente menores a los de años anteriores.

La iPTH promedio disminuyó en 2012 y 2013, pero la proporción de pacientes con iPTH adecuada ($\geq 100 < 300$ pg/mL) se mantiene, aumentando la proporción de pacientes con iPTH de ≥ 300 pg/mL o de ≥ 600 pg/mL. El uso de Derivados de la Vitamina D disminuyó en el tiempo. El 39.7% de los pacientes con iPTH ≥ 600 pg/mL no reciben Derivados de la Vitamina D ni Calcimiméticos. El 10.3 % de los pacientes presentan preocupantes valores de ≥ 1000 pg/mL en 2013.

TABLA 19n. iPTH EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	471.2
VARONES	450.5
GRUPOS ETARIOS	
0-19	649.4
20-44	591.8
45-64	469.9
65-74	396.7
≥ 75	344.4
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	448.1
HEMODIÁLISIS	460.1
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	369.1
OTRAS	494.1
iPTH promedio en pg/mL.	

La Tabla 19n muestra los valores promedio de iPTH en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013. Así observamos que es significativamente mayor en mujeres que en varones ($p=0.000$).

A medida que transcurre la edad la iPTH va decayendo en forma muy significativa ($p=0.000$).

Con respecto al porcentaje de los pacientes alcanzando el objetivo (iPTH $\geq 100 < 300$ pg/mL), observamos que a medida que se avanza en edad, va aumentando muy significativamente ($p=0.000$) el porcentaje (Gráfico 42m1).

Los pacientes en Diálisis peritoneal presentan menor valor que los de Hemodiálisis, sin significación estadística ($p=0.096$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan valores promedio de iPTH significativamente menores ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías.

Con respecto al porcentaje de los pacientes alcanzando el objetivo (iPTH $\geq 100 < 300$ pg/mL), los pacientes con Nefropatía Diabética presentan valores adecuados en mayor proporción que sus pares de Otras Etiologías, en todos los grupos etarios comparables (casi

no existen en DC Diabéticos con menos de 20 años), en especial en los más jóvenes (Gráfico 42m2). Teorizando, sabemos que ingresan a DC a medida que los años pasan, más viejos y más Diabéticos. Además hemos visto que la iPTH está en disminución, no obstante el porcentaje de tratados es menor. ¿Esta disminución de los valores de iPTH está más relacionada con la mayor entrada de Diabéticos viejos y menos con el tratamiento? La respuesta probablemente se conocerá en futuro próximo.

Gráfico 42m1: Porcentaje de Pacientes prevalentes en DC con iPTH ≥ 100 <300 pg/mL. Trienio 2011-2013

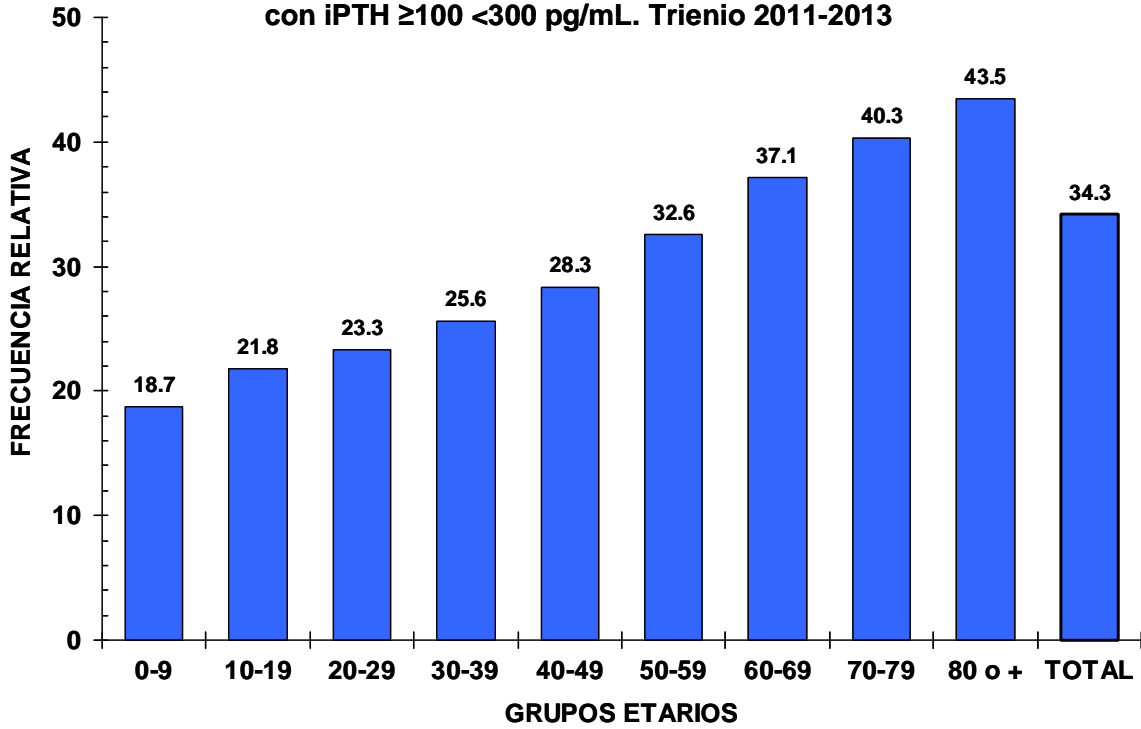


Gráfico 42m2: Porcentaje de Pacientes prevalentes en DC con iPTH ≥ 100 <300 pg/mL. Trienio 2011-2013

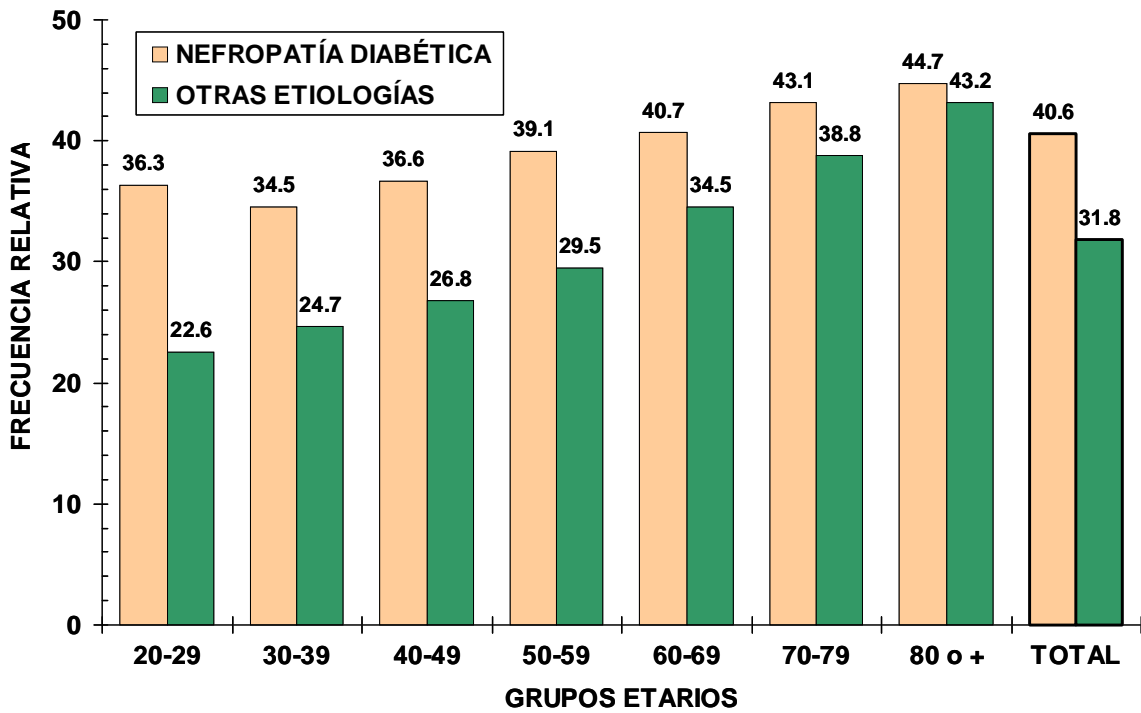


TABLA 19ñ. iPTH 2011-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC			
PCIA. DEL CENTRO	Media	IC95%	
TIERRA DEL FUEGO	311.1	233.3	388.8
SAN LUIS	363.6	338.0	389.1
MENDOZA	365.4	353.0	377.7
ENTRE RÍOS	381.9	361.8	401.9
CORRIENTES	395.9	373.5	418.2
LA RIOJA	404.7	371.1	438.4
JUJUY	411.5	388.9	434.1
SAN JUAN	414.6	393.9	435.4
CÓRDOBA	425.4	415.1	435.6
CAPITAL FEDERAL	443.8	434.0	453.6
LA PAMPA	447.8	410.1	485.6
RÍO NEGRO	451.2	429.8	472.5
CHACO	454.1	432.9	475.2
TOTAL PAÍS	459.5	456.5	462.5
BUENOS AIRES	476.6	471.6	481.6
SANTA FE	478.9	467.3	490.5
TUCUMÁN	490.6	477.4	503.8
SANTIAGO	503.2	482.3	524.1
SALTA	505.0	486.4	523.7
MISIONES	513.4	491.4	535.4
CATAMARCA	519.1	487.7	550.5
SANTA CRUZ	521.9	474.7	569.0
CHUBUT	556.3	528.0	584.6
NEUQUÉN	561.6	541.0	582.3
FORMOSA	572.0	537.0	607.0

iPTH promedio en pg/mL.

Si evaluamos la iPTH promedio del Trienio 2011-2013 por Provincia de residencia del Centro de DC, observamos que 10 muestran valores significativamente más bajos que la media nacional (Tabla 19ñ y Gráfico 42n1). Las que logran los mejores valores son Tierra del Fuego, San Luis, Mendoza, Entre Ríos y Corrientes. 11 Provincias muestran valores significativamente menores a la media nacional. Los promedios más altos le corresponden a Formosa, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Catamarca.

En el caso de la iPTH, es también importante determinar los porcentajes de pacientes por Provincia que presentan el valor de esta hormona en los rangos considerados adecuados (≥ 100 < 300 pg/mL). 12 Provincias presentan para el Trienio 2011-2013 más del 34.3% (Total País) de sus pacientes en ese rango. Los más altos valores le corresponden a La Rioja, Mendoza, Tierra del Fuego, Córdoba y Chaco. 12 Provincias están por debajo del valor para Total País y los peores resultados lo consiguen Misiones, Formosa, Santiago del Estero, Neuquén y Salta (Gráfico 42n2).

Es así que los Centros de DC de Mendoza y Tierra del Fuego presentan los mejores resultados en ambas evaluaciones, mientras que los de y Neuquén presentan los peores.

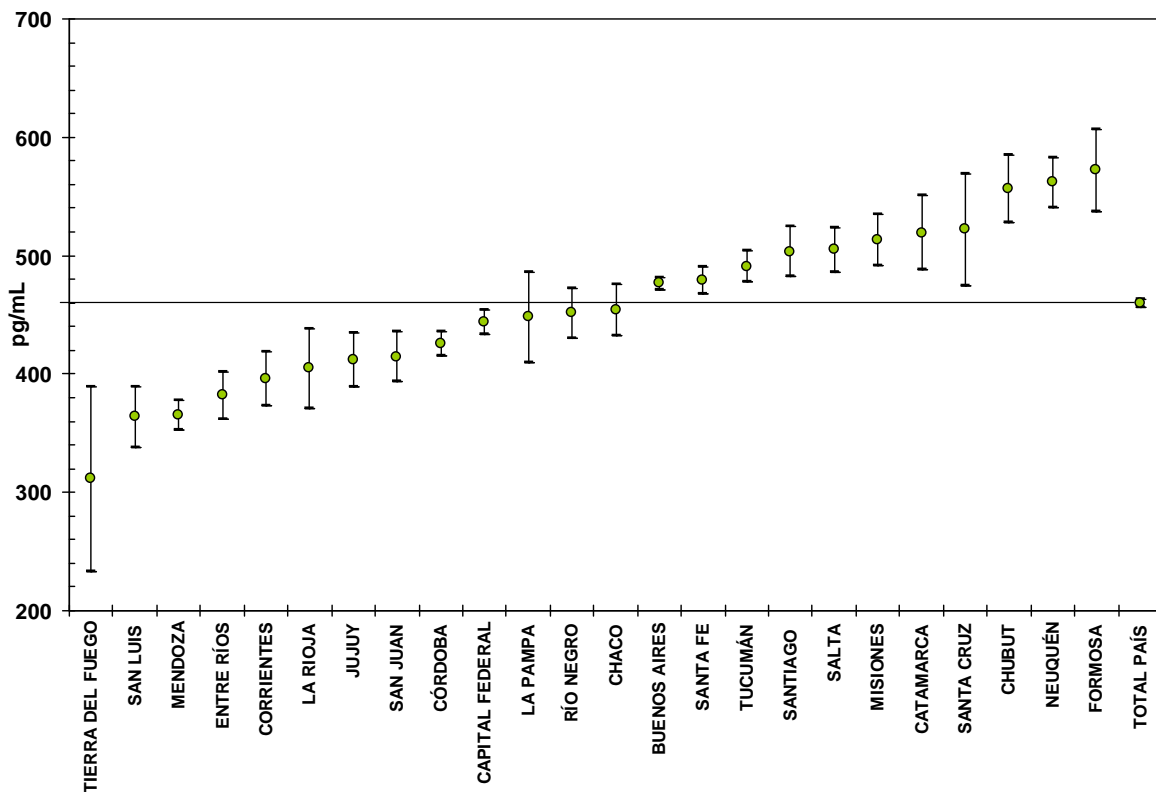
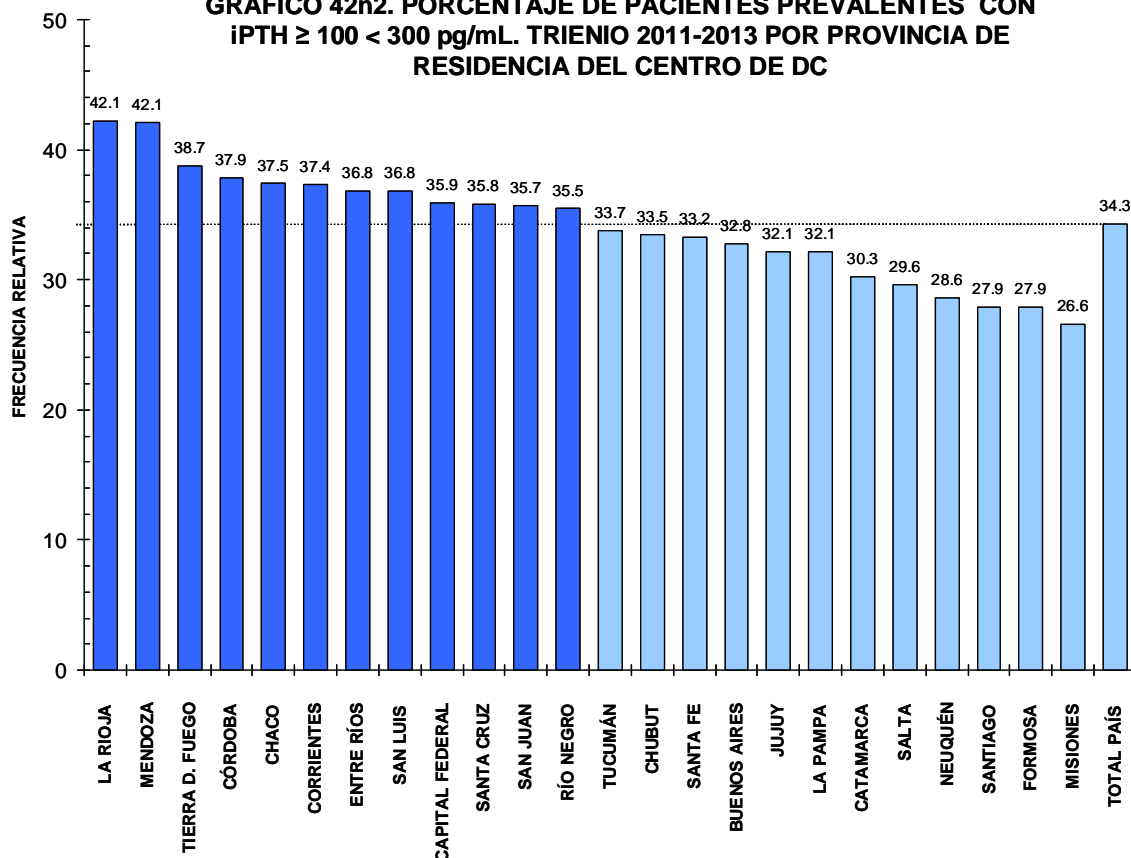


Gráfico 42n1: iPTH 2011-2013.
Provincias de residencia del Centro de DC. Medias e IC95%

**GRÁFICO 42n2. PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON
iPTH $\geq 100 < 300$ pg/mL. TRIENIO 2011-2013 POR PROVINCIA DE
RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC**



En el resultado de esta variable, como se teorizó antes, influye si se trata adecuadamente o no el Hiperparatiroidismo 2^{no} , aunque parece tener gran importancia, también, el hecho que la población en DC es cada vez más vieja y más diabética, justamente siendo esos los pacientes con valores de iPTH más bajos. Entonces debería tomarse el análisis por Provincias como una evaluación orientativa, ya que no se ajustó por edad y Diabetes. Además, si consideramos lo que viene adelante, si una Provincia en un año o período presenta una alta Tasa de Incidencia en DC tendrá promedios de iPTH más bajos y valores adecuados en más pacientes, solo por efecto dilutorio.

Evaluamos la iPTH promedio en los primeros 24 meses de tratamiento dialítico crónico y en el Gráfico 42o1 se presentan los promedios e IC95% en cada mes (Datos del Trienio 2011-2013). El promedio de esta variable se eleva escasamente, con grandes oscilaciones intermensuales. Los valores promedios del primer año son mayores a los del segundo ($p=0.000$), no obstante recién en el mes 24^o se sobrepasa los 400 pg/mL.

También analizamos la evolución de la iPTH en la población prevalente en relación a los años en tratamiento sustitutivo renal de la misma (Gráfico 42o2). Se observa un muy significativo aumento con los años ($p=0.000$), en especial en el lapso transcurrido entre el año 2 y el año 11. Posteriormente, la media tiende a la disminución. El porcentaje de pacientes con valores adecuados de iPTH disminuye muy significativamente ($p=0.000$) con los años de tratamiento y contrariamente se eleva muy significativamente ($p=0.000$) el porcentaje de pacientes con valores de 600 o más pg/mL, como se observa en el Gráfico 42p.

Existen evidencias que ha mayor tiempo de Diálisis Crónica mayor es la prevalencia de hiperparatiroidismo 2^{no} y en los últimos años se agregaron nuevas tanto para pacientes en HD como en DP ^(34,35). En nuestra evaluación constatamos que la iPTH aumenta muy significativamente a mayor tiempo en tratamiento sustitutivo, confirmando lo visto en otros países.

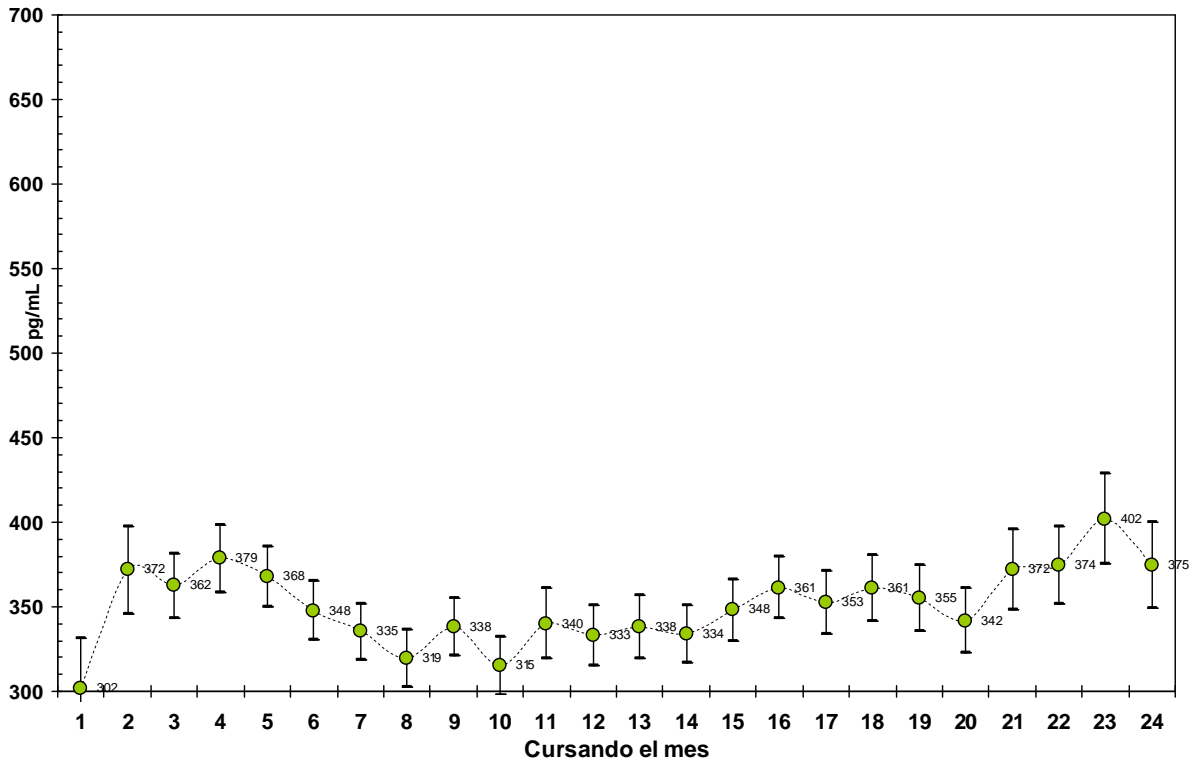


Gráfico 42o1: iPTH en el tiempo.
Desde 1º mes hasta el 24º mes de tratamiento dialítico crónico. Medias e IC95%

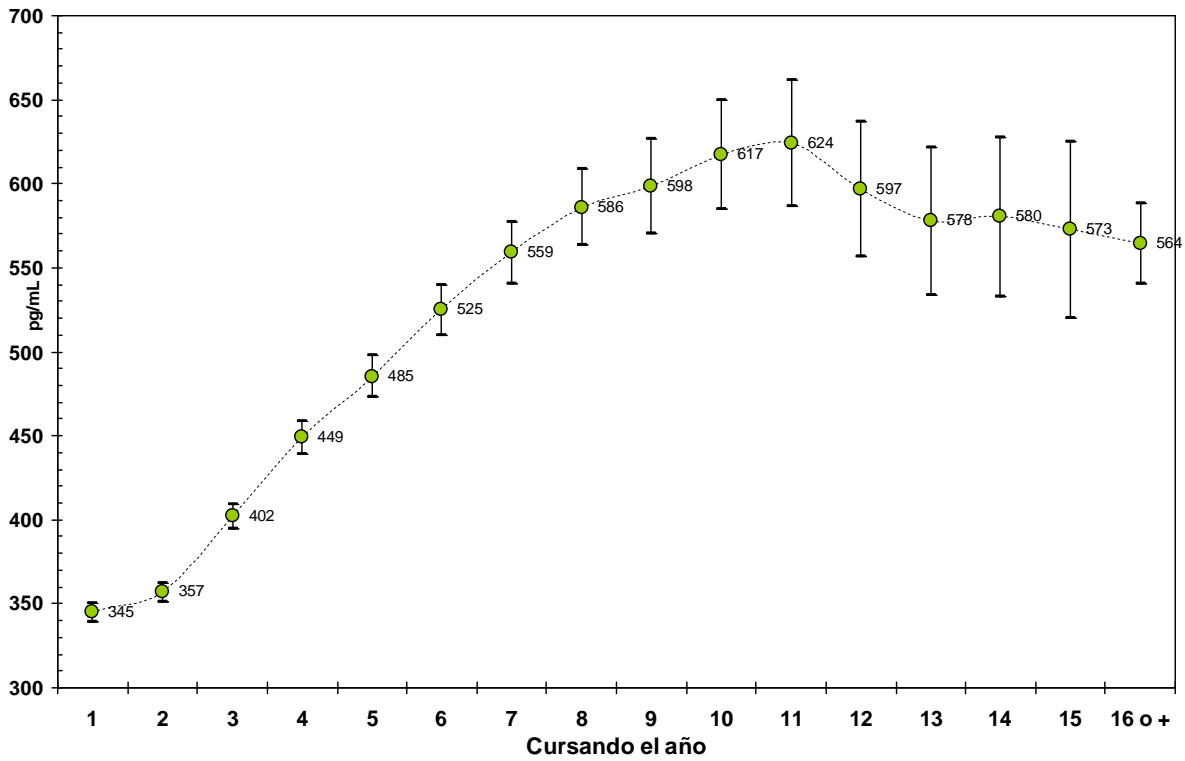


Gráfico 42o2: iPTH en el tiempo.
Desde 1º año hasta el 16º año o más de tratamiento sustitutivo crónico. Medias e IC95%

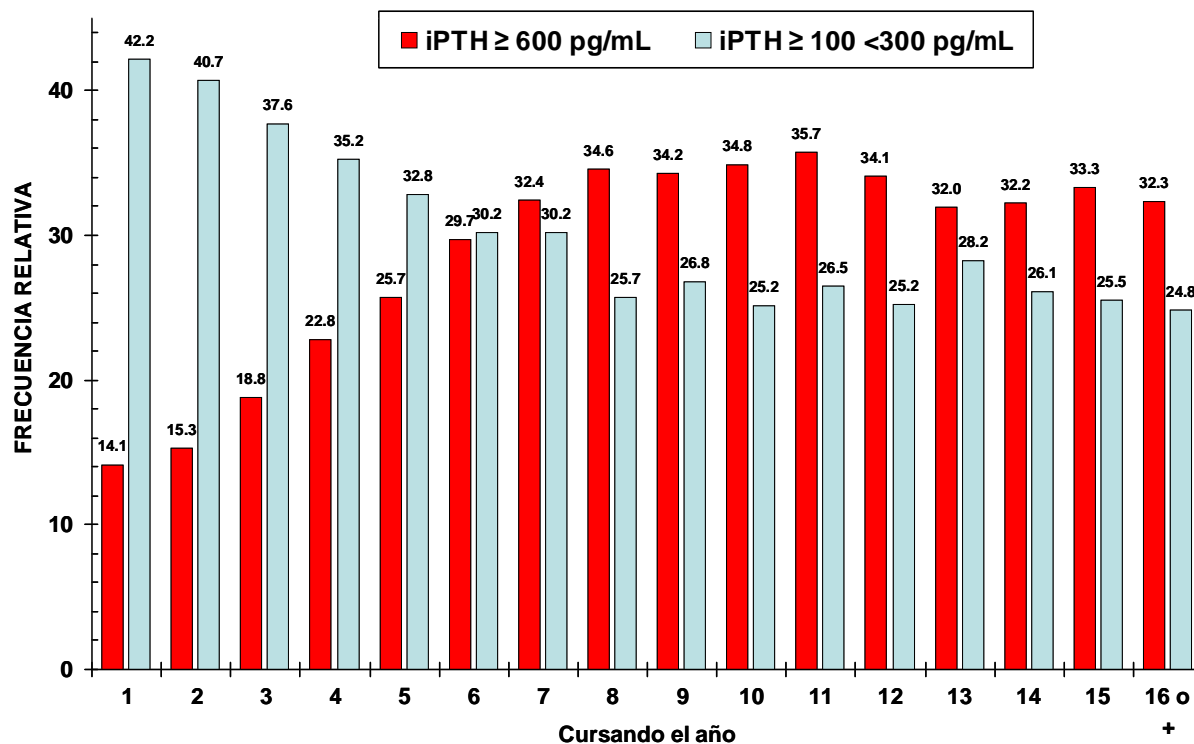


Gráfico 42p: Evolución en el tiempo en Tratamiento sustitutivo de los Porcentajes de pacientes con iPTH ≥ 100 <300 pg/mL y ≥ 600 pg/mL.

Hipertensión Arterial y su tratamiento

TABLA 19o. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU TRATAMIENTO				
PARÁMETROS	2011	2012	2013	P
TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)	126.8	126.7	125.8	0.000
L.Inferior del IC95%	126.6	126.4	125.5	
L.Superior del IC95%	127.1	126.9	126.0	
% PAC. SISTÓLICA ≥ 140	33.4	33.6	32.3	0.000
TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg)	72.9	73.3	73.0	0.001
L.Inferior del IC95%	72.8	73.2	72.8	
L.Superior del IC95%	73.1	73.5	73.1	
% PAC. DIASTÓLICA ≥ 90	13.6	14.1	14.5	0.005
% PAC. HIPERTENSOS ($\geq 140 \geq 90$)	35.96	36.49	35.59	0.058
% PAC. CON HIPOTENSORES	54.1	55.1	54.0	0.001
% PAC. HIPERTENSOS SIN HIPOTENSORES	28.4	28.1	28.3	0.452
GANANCIA INTERHD (en % del Peso Seco)	3.35	3.23	3.11	0.000
L.Inferior del IC95%	3.30	3.21	3.09	
L.Superior del IC95%	3.39	3.25	3.13	

Comparaciones múltiples realizadas con ANOVA-1 para cuantitativas y Chi² de Pearson para cualitativas

Los objetivos óptimos de presión arterial para los pacientes en diálisis no se han definido. Las directrices DOQI recomiendan un objetivo de tensión arterial (TA) prediálisis por debajo de 140/90 mm Hg⁽³⁶⁾. El fundamento de esta recomendación se basa principalmente en la extrapolación de los objetivos de TA de

los estudios realizados en la población que no se encuentra en diálisis y con función renal normal. Los medicamentos que reducen la TA puede aumentar el riesgo de hipotensión intradiálisis y algunos estudios observacionales han sugerido que este efecto adverso podría estar asociado con un mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa. Nuestro Registro ha encontrado a la Hipertensión Arterial al inicio del tratamiento dialítico como un fuerte predictor independiente de mayor sobrevida⁽²⁻¹³⁾; ello ocurre, conjeturamos, porque la Hipertensión antes de comenzar tratamiento es controlada posteriormente con Diálisis-UF y medicación, tornándose normotenso aquél que no lo era, mientras que el grupo Sin Hipertensión al inicio incluye pacientes normo e hipotensos con falla cardíaca congestiva y elevada mortalidad. Un reciente meta-análisis revela que el tratamiento con agentes que disminuyen la TA de forma rutinaria, se debe considerar para los pacientes sometidos a diálisis para ayudar a prevenir los eventos cardiovasculares y disminuir la mortalidad⁽³⁷⁾.

En Tabla 19o presentamos los valores de TA de los sujetos en DC una vez que comenzaron y continuaron tratamiento dialítico en Argentina, considerando Hipertenso todo aquél paciente que presenta cifras de TA sistólica prediálisis ≥ 140 mmHg y/o TA diastólica prediálisis ≥ 90 mmHg.

Existió un aumento en las cifras de TA diastólica y un descenso significativo en la TA sistólica entre 2011 y 2013. El porcentaje de pacientes prevalentes en DC con Hipertensión arterial disminuyó en el tiempo, llegando al 35.6% en 2013. El porcentaje de pacientes tratados se mantiene alrededor del 54-55%. Es llamativo que el 28% de los pacientes Hipertensos no reciben tratamiento y esta cifra no es significativamente diferente a las de años anteriores.

TABLA 19p. HIPERTENSION ARTERIAL EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	32.0
VARONES	39.1
GRUPOS ETARIOS	
0-19	20.9
20-44	38.4
45-64	39.2
65-74	36.0
≥ 75	27.6
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	26.9
HEMODIÁLISIS	36.5
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	43.2
OTRAS	33.2
CATEGORÍAS DE IMC	
< 18.5	29.6
≥ 18.5 y < 25.0	36.6
≥ 25.0 y < 30.0	36.2
≥ 30.0	36.4
Proporción de pacientes prevalentes con Hipertensión Arterial: TA Sistólica ≥ 140 mmHg y/o TA Diastólica ≥ 90 mmHg.	

La Tabla 19p muestra los porcentajes de pacientes hipertensos en DC en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013. Así observamos que es significativamente menor en mujeres que en varones ($p=0.000$).

La Hipertensión va aumentando hasta los 45-64 años para luego descender.

Los pacientes en Diálisis peritoneal tienen menor prevalencia de Hipertensión que los de Hemodiálisis ($p=0.000$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia 10% mayor ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías.

Los pacientes con IMC adecuada tienen prevalencia de Hipertensión semejante a la de los pacientes en Sobrepeso u Obesidad. Los pacientes con peso inferior al normal tienen significativa menor prevalencia de Hipertensión que todos los otros grupos de IMC

TABLA 19q. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC	
PCIA. DEL CENTRO	2011-13
CAPITAL FEDERAL	25.09
CHUBUT	31.58
BUENOS AIRES	32.40
SANTA CRUZ	35.23
TOTAL PAÍS	36.02
NEUQUÉN	36.20
MENDOZA	36.38
CHACO	36.68
SAN JUAN	36.75
SANTA FE	37.02
FORMOSA	37.38
ENTRE RÍOS	37.68
CÓRDOBA	38.40
LA PAMPA	38.55
CORRIENTES	39.01
RÍO NEGRO	40.16
SAN LUIS	40.53
SALTA	41.93
SANTIAGO	44.32
TUCUMÁN	44.68
MISIONES	46.23
JUJUY	53.13
TIERRA DEL FUEGO	54.84
LA RIOJA	56.59
CATAMARCA	64.20

Proporción de pacientes prevalentes con Hipertensión Arterial: TA Sistólica \geq 140 mmHg y/o TA Diastólica \geq 90 mmHg

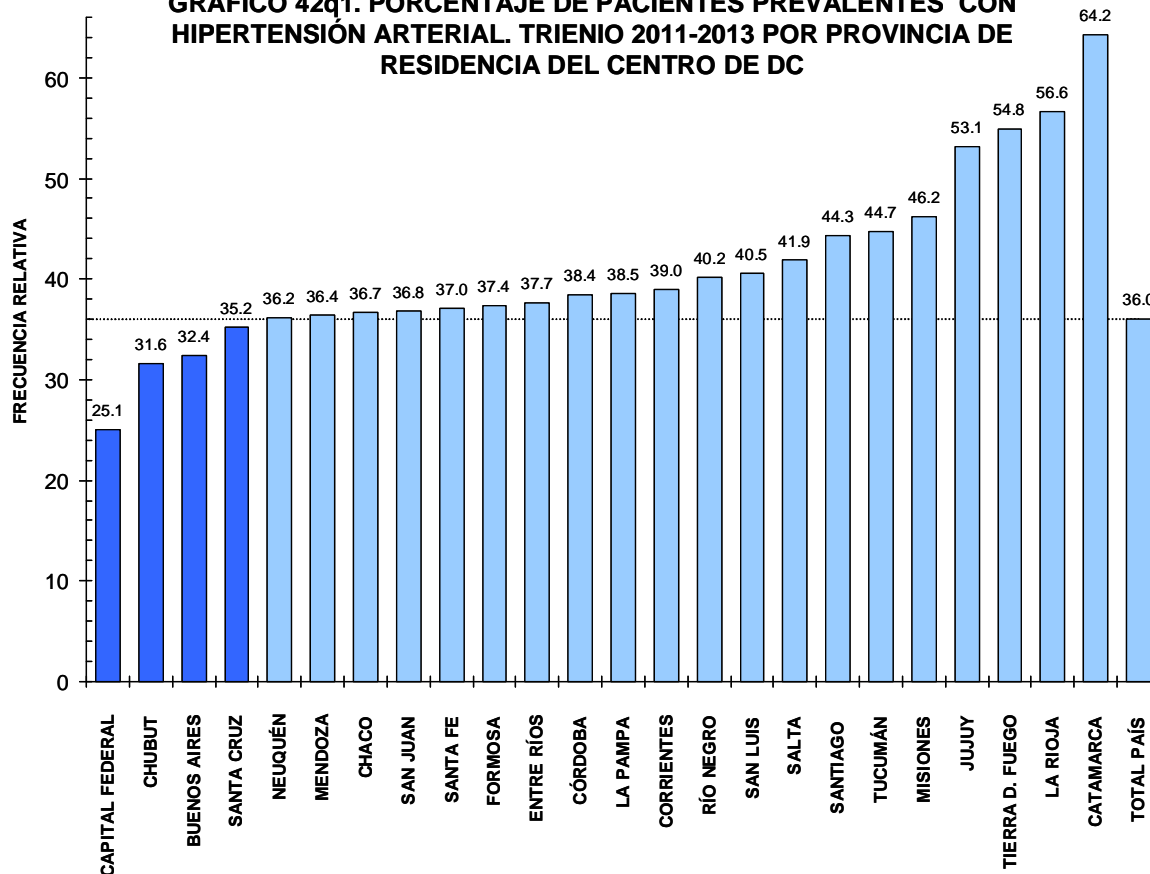
En la Tabla 19q, se observan las Prevalencias de Hipertensión Arterial en DC por Provincia de residencia del Centro de DC para el Trienio 2011-2013.

Solamente 4 Provincias presentan menos del 36.0% (Total País) de sus pacientes con cifras de Hipertensión. Los más bajos valores le corresponden a Capital Federal, Chubut, Buenos Aires y Santa Cruz.

20 Provincias están por arriba del valor para Total País y los porcentajes más altos lo presentan Catamarca, La Rioja, Tierra del Fuego y Jujuy (Gráfico 42q1).

Continuando con la evolución de las variables en el tiempo de tratamiento sustitutivo renal crónico, en el Gráfico 42q2 se presentan las prevalencias de Hipertensión arterial en los primeros 24 meses (figura de la izquierda) y desde el 1º año hasta el 16º año o más (figura de la derecha) con datos del Trienio 2011-2013.

GRÁFICO 42q1. PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. TRIENIO 2011-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC



Cuando analizamos población incidente observamos que la Prevalencia de Hipertensión al ingreso a DC es del 83.8% entre 2011 y 2013. Es la respuesta dada a la pregunta si el paciente incidente presenta Hipertensión. Aquí, se recabaron los valores de TA sistólica y diastólica prediálisis (o valores en la consulta de DP), definiéndose Hipertensión cuando el paciente presenta los valores referidos antes. Una y otra manera de recabar la información difieren, siendo más precisa la última porque se registran valores. Hecha la aclaración, sorprende la disminución de la prevalencia desde el 84% en la primera diálisis hasta el 39% días después (prevalencia del primer mes), sin embargo las medidas correctivas inmediatas que los Centros implementan (Medicación además de Diálisis-UF) pueden disminuir la TA a niveles adecuados en muy corto plazo. No ocurren cambios significativos en los meses posteriores hasta el 24º (p=0.270). Si evaluamos tiempo en años, la prevalencia llega hasta el 38% al 7º año para luego descender muy significativamente hasta el año 16º o más (p=0.000).

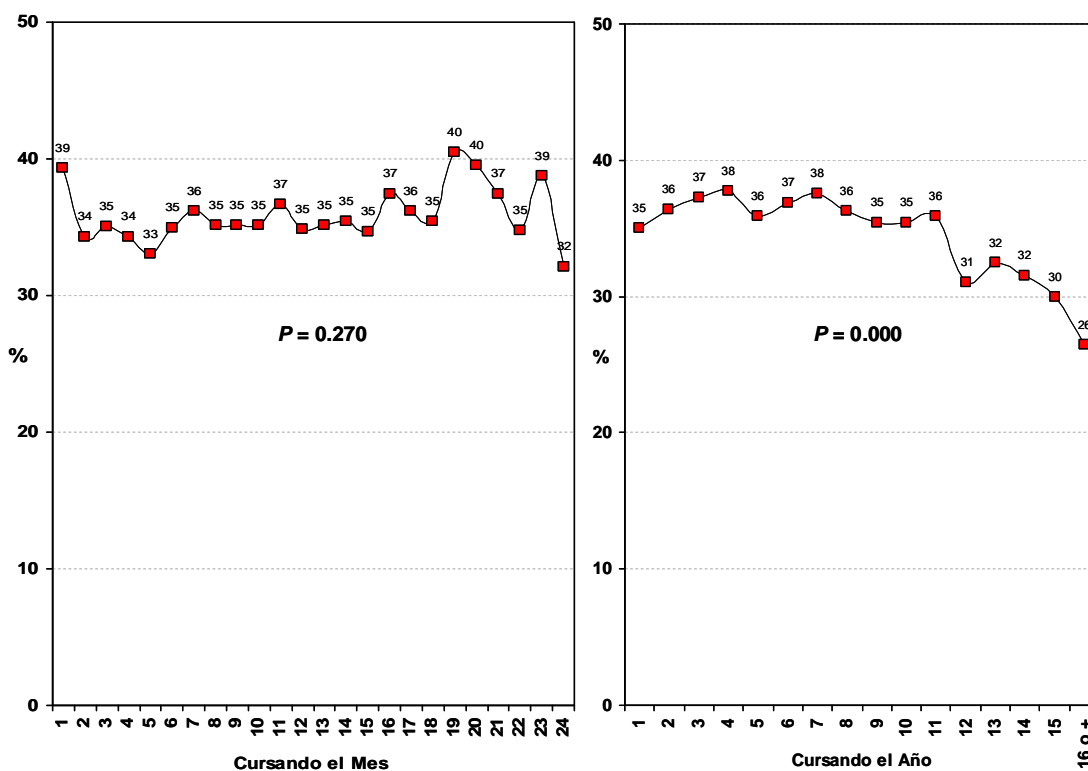


Gráfico 42q2: Prevalencia de Hipertensión Arterial en el Tiempo

Serología viral: Hepatitis B y C. Vacunación Anti-Hepatitis B. AchIV

La prevalencia del virus B de la Hepatitis (HBsAg) se encuentra en el 0.7% en 2013, con disminución significativa desde 2011 (Tabla 19r). La prevalencia del virus C de la Hepatitis (AchVC) se encuentra en el 3.6% en 2013, con disminución significativa con respecto a años anteriores. La Prevalencia del virus del SIDA (AchIV) también disminuyó en el tiempo (0.7% en 2013).

Con respecto a los anticuerpos defensivos contra la Hepatitis B (AchBsAg) se registró un significativo descenso de la media, como de los porcentajes de pacientes con AchBsAg positivo. En realidad para llegar a tener protección para evitar esta infección se recomiendan valores de 10 o más mUI/mL⁽³⁸⁾, que se consiguen en el 55.5% de los pacientes prevalentes en DC en 2013 (también sig. descenso con respecto a 2011-2012).

Muchos consideran que mejor protección se ofrece a los pacientes en DC si se llega o sobrepasa las 100 mUI/mL⁽³⁹⁾, lo que la alcanzan el 33.8% en 2013 (también disminución significativa en el tiempo).

Los pacientes portadores de Hepatitis Crónica representan el 2.3-2.5% de los prevalentes en 2011-2013. Los pacientes con presencia del virus B (HBsAg positivo) tienen una prevalencia mucho mayor de Hepatitis Crónica que los que no lo tienen (34.6% vs. 2.1%; p=0.000); lo mismo ocurre con los portadores del virus de la Hepatitis C (AchVC positivo) que muestran una altísima prevalencia de Hepatitis Crónica con respecto a los que no tienen el anticuerpo (42.9% vs. 0.7%; p=0.000).

TABLA 19r. HEPATITIS B Y C. VACUNACIÓN ANTI B. AcHIV				
PARÁMETROS	2011	2012	2013	P
% PAC. HBsAg positivo	0.89	0.86	0.71	0.022
Título de Anticuerpo HBsAg (mUI/mL)	221.8	208.1	183.1	0.000
L.Inferior del IC95%	217.3	204.0	179.6	
L.Superior del IC95%	226.2	212.3	186.6	
% PAC. Anticuerpo HBsAg positivo	60.6	59.5	57.9	0.000
% PAC. Anticuerpo HBsAg positivo ≥ 10	58.1	56.9	55.5	0.000
% PAC. Anticuerpo HBsAg positivo ≥ 100	37.5	36.4	33.8	0.000
% PAC. AcHVC positivo	4.64	4.20	3.64	0.000
% PAC. Hepatitis Crónica	2.47	2.46	2.30	0.300
% PAC. Cirrosis Hepática	0.62	0.66	0.65	0.816
% PAC. AcHIV positivo	0.78	0.75	0.69	0.424
Comparaciones múltiples realizadas con ANOVA-1 para cuantitativas y Chi ² de Pearson para cualitativas				

La Cirrosis es bastante infrecuente en los pacientes en DC (0.6-0.7%) y también encontramos mayor prevalencia de Cirrosis en los portadores del virus B y C de la Hepatitis, en ambos casos es muy significativa la diferencia (p=0.000): HBsAg positivo 3.4%, negativo 0.6%; AcHVC positivo 3.1%, negativo 0.5%.

TABLA 19s1. HBsAg EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011- 2013	
SEXO	
MUJERES	0.71
VARONES	0.89
GRUPOS ETARIOS	
0-19	1.57
20-44	1.00
45-64	0.96
65-74	0.53
≥ 75	0.55
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	1.12
HEMODIÁLISIS	0.80
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	0.62
OTRAS	0.89
Proporción (%) de pacientes prevalentes con HBsAg positivo	

La Tabla 19s1 muestra los porcentajes de pacientes con HBsAg positivo en DC en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013.

Así observamos que es menor en mujeres que en varones, alcanzando significación (p=0.002).

La prevalencia va descendiendo con la edad (p=0.000)

Los pacientes en Diálisis peritoneal tienen mayor prevalencia de HBsAg positivo que los de Hemodiálisis (p=0.018). Resultado de un probable direccionamiento de pacientes HBsAg positivos a DP, quienes en hemodiálisis requieren de estrictas (y costosas) medidas de aislamiento.

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia muy significativamente menor (p=0.000) que los pacientes con Otras Etiologías.

TABLA 19s2. AcHVC EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011- 2013	
SEXO	
MUJERES	4.00
VARONES	4.25
GRUPOS ETARIOS	
0-19	0.71
20-44	5.53
45-64	5.09
65-74	2.91
≥ 75	2.43
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	3.05
HEMODIÁLISIS	4.20
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	2.54
OTRAS	4.76
Proporción (%) de pacientes prevalentes con AcHVC positivo	

La Tabla 19s2 muestra los porcentajes de pacientes con AcHVC positivo en DC en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013. Observamos que es menor en mujeres que en varones, sin alcanzar significación (p=0.051).

La prevalencia va aumentando hasta los 20-44 años para luego descender. Es muy elevada la prevalencia en este grupo etario.

Los pacientes en Diálisis peritoneal tienen menor prevalencia de AcHVC positivo que los de Hemodiálisis (p=0.000).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia muy significativamente menor (p=0.000) que los pacientes con Otras Etiologías.

TABLA 19s3. AchIV EN DIFERENTES POBLACIONES. TRIENIO 2011- 2013	
SEXO	
MUJERES	0.60
VARONES	0.85
GRUPOS ETARIOS	
0-19	0.65
20-44	1.06
45-64	0.88
65-74	0.51
≥ 75	0.38
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	0.86
HEMODIÁLISIS	0.73
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	0.70
OTRAS	0.76
Proporción (%) de pacientes prevalentes con AchIV positivo	

La Tabla 19s3 muestra los porcentajes de pacientes con AchIV positivo en DC en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013. Observamos que es significativamente menor en mujeres que en varones ($p=0.000$).

La prevalencia es más elevada en los grupos 20-44 y 45-64 años, para luego descender.

Los pacientes en Diálisis peritoneal tienen mayor prevalencia de AchIV positivo que los de Hemodiálisis, pero sin alcanzar significación ($p=0.330$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia menor pero no significativa ($p=0.362$) que los pacientes con Otras Etiologías.

TABLA 19t. PREVALENCIA DE HBsAg, AchVC y AchIV POSITIVOS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC. TRIENIO 2011-2013			
PCIA. DEL CENTRO	HBsAg	AchVC	AchIV
BUENOS AIRES	0.81	3.86	0.87
CAPITAL FEDERAL	1.21	5.01	1.38
CATAMARCA	0.23	5.63	0.80
CHACO	0.26	3.89	0.67
CHUBUT	0.18	7.20	0.65
CÓRDOBA	0.53	2.64	0.51
CORRIENTES	0.82	2.34	0.58
ENTRE RÍOS	0.28	2.15	0.37
FORMOSA	0.81	1.88	0.13
JUJUY	0.77	7.35	0.30
LA PAMPA	0.79	1.90	0.16
LA RIOJA	1.28	3.85	0.00
MENDOZA	1.67	3.14	0.76
MISIONES	1.46	1.86	0.62
NEUQUÉN	0.54	3.40	0.69
RÍO NEGRO	0.60	3.68	0.66
SALTA	0.68	5.01	0.54
SAN JUAN	0.83	5.74	0.20
SAN LUIS	0.22	4.27	0.30
SANTA CRUZ	0.00	14.51	0.52
SANTA FE	0.95	4.83	0.67
SANTIAGO	0.15	2.73	0.61
TIERRA D. FUEGO	0.00	3.23	1.08
TUCUMÁN	0.63	7.27	0.45
TOTAL PAÍS	0.81	4.14	0.74
Proporción (%) de pacientes prevalentes con Serología positiva			

En la Tabla 19t y Gráficos 42r1, r2 y r3 observamos los porcentajes de pacientes prevalentes con HBsAg, AchVC y AchIV positivos, respectivamente, por Provincias de residencia del Centro de DC para el Trienio 2011-2013.

Comenzando con la prevalencia de HBsAg positivo, 17 Provincias muestran una prevalencia menor a la Nacional (0.81%), siendo las que mejores valores presentan: Santa Cruz, Tierra del Fuego, Santiago del Estero, Chubut, San Luis y Catamarca. Los peores porcentajes le corresponden a Mendoza (1.7 % de positivos), Misiones, La Rioja y Capital Federal.

Siguiendo con la prevalencia de AchVC positivo, 14 Provincias muestran una prevalencia menor a la Nacional (4.14%), siendo las que mejores valores presentan: Misiones, Formosa, La Pampa, Entre Ríos y Corrientes. Los peores porcentajes le corresponden a Santa Cruz (15% de positivos), Jujuy, Tucumán y Chubut.

Terminando con la prevalencia de AchIV positivo, 19 Provincias muestran una prevalencia menor a la Nacional (0.74%), siendo las que mejores valores presentan: La Rioja (0%), Formosa, La Pampa y San Juan. Los peores porcentajes le corresponden a Capital Federal (1.4% de positivos), Tierra del Fuego, Buenos Aires, Catamarca y Mendoza.

GRÁFICO 42r1. PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON HBsAg POSITIVO. TRIENIO 2011-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC

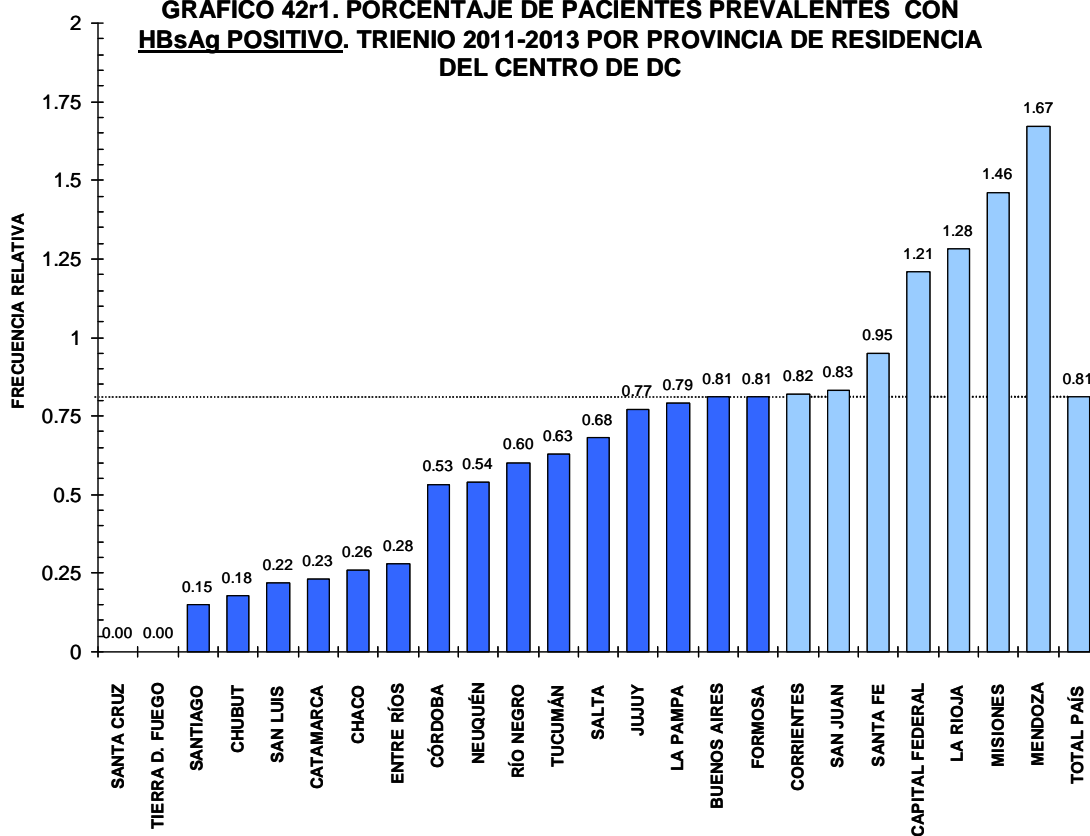
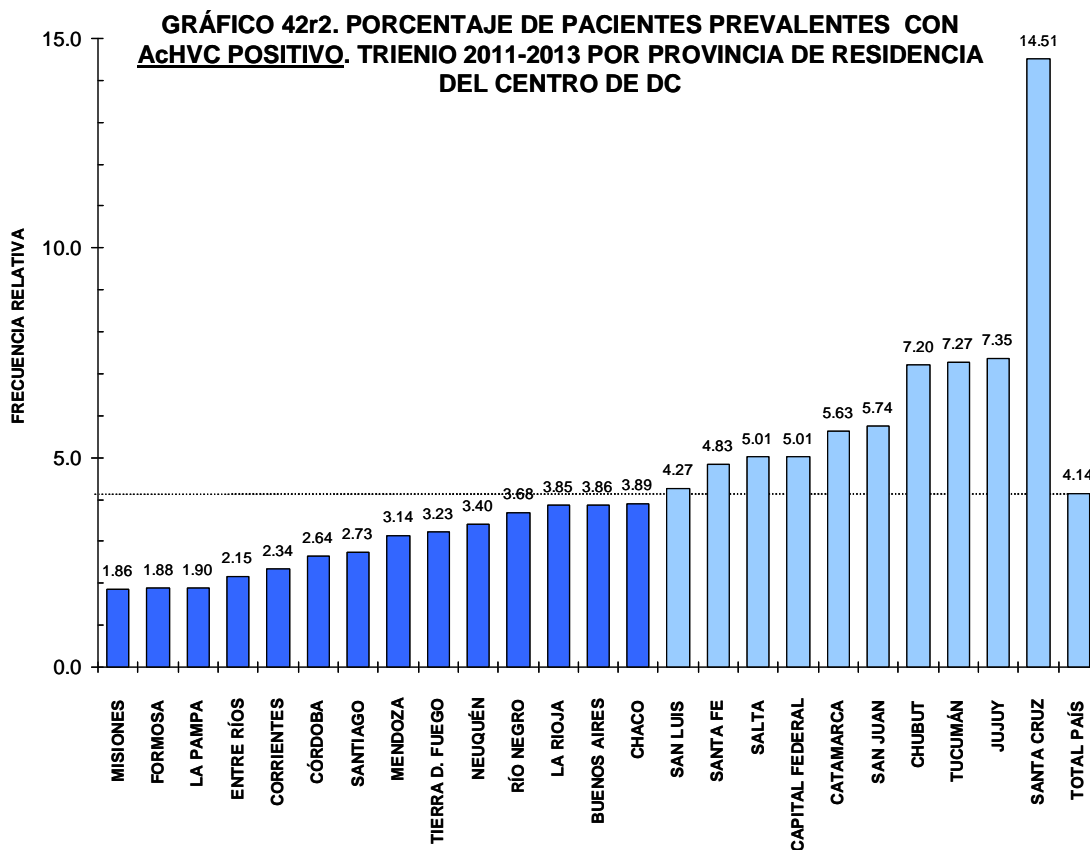
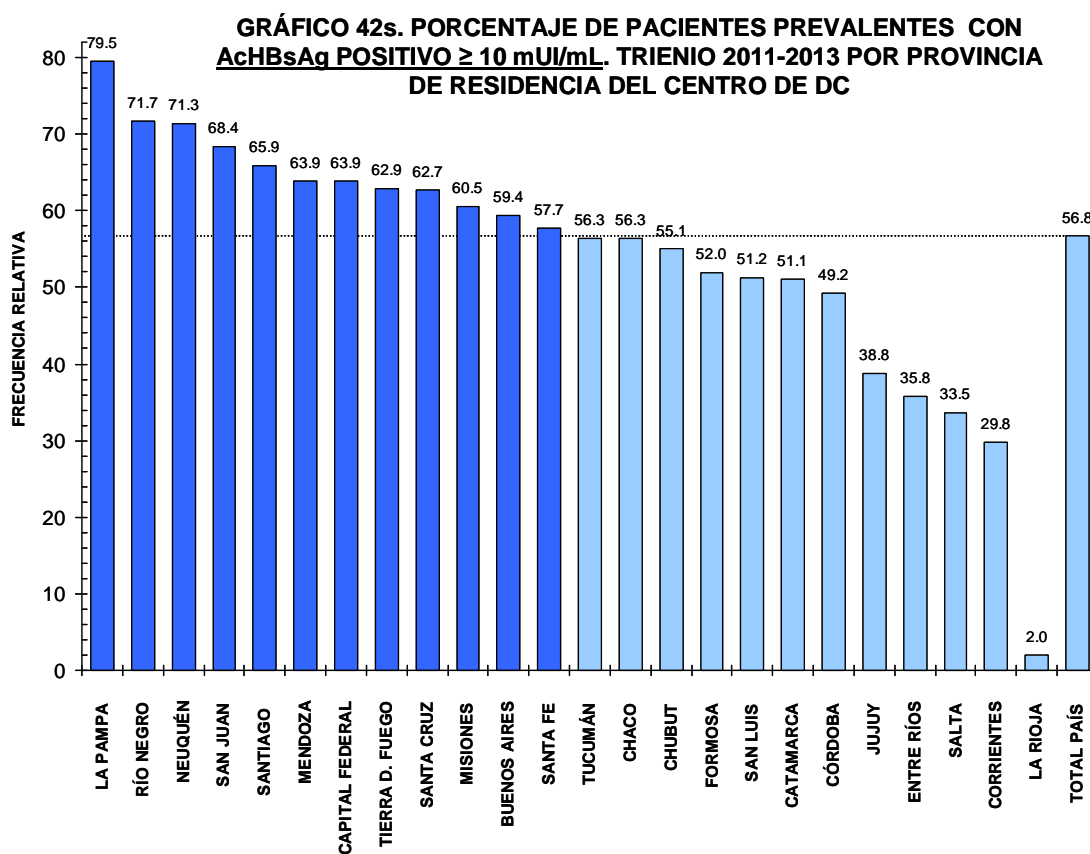
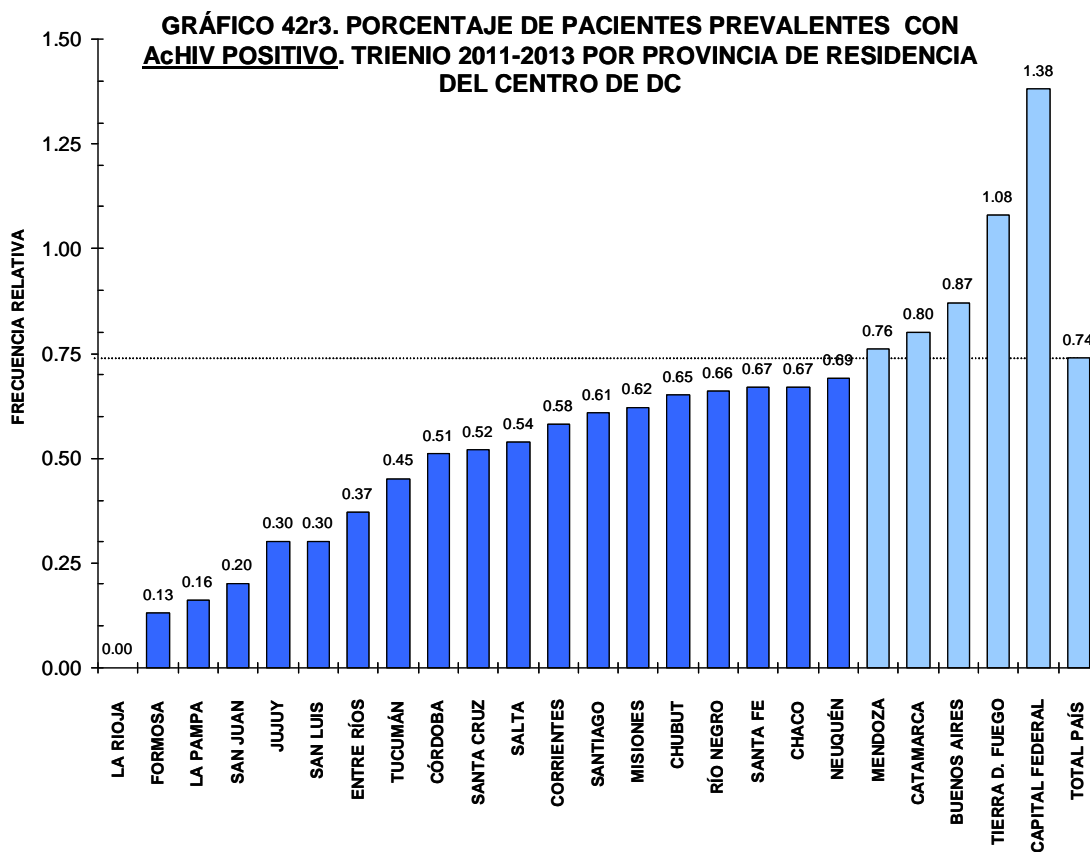


GRÁFICO 42r2. PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON AchVC POSITIVO. TRIENIO 2011-2013 POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC





En el Trienio 2011-2013 el porcentaje de pacientes con Anticuerpos protectivos para la Hepatitis B (≥ 10 mUI/mL) alcanzó el 56.8%. 12 Provincias superaron la media nacional. Los mejores porcentajes correspondieron a La Pampa, Río Negro, Neuquén, San Juan y Santiago del Estero. Los peores lo presentaron La Rioja (solo el 2% de los pacientes), Corrientes, Salta, Entre Ríos, y Jujuy (Gráfico 42s). Otra muy significativa oportunidad de mejora para estas Provincias.

El conseguir tener la población protegida contra el virus B de la Hepatitis es algo que se logra una vez que el paciente ingreso a DC, ya que, como se observó en Características de Incidentes, el 61% de los Incidentes no recibió al momento de su primer DC ninguna dosis de la vacuna. Esta realidad y como la realidad de otros malos indicadores al inicio (exceso de accesos transitorios, Hemoglobina baja) forman parte del complejo de variables que señalan el Contacto tardío con los nefrólogos.

En el Gráfico 42t se pone en evidencia que a medida que pasan los meses los pacientes van alcanzando mejor protección contra el virus B de la Hepatitis. Incluso mejora con el paso de los años, llegando al máximo del 79% en el 15º año. Pero solo el 24% o menos está protegido en los primeros 5 meses y esto es lo que debe llamar la atención: el 76-83% de la población recién ingresada está expuesta a la Hepatitis B en los primeros meses de DC.

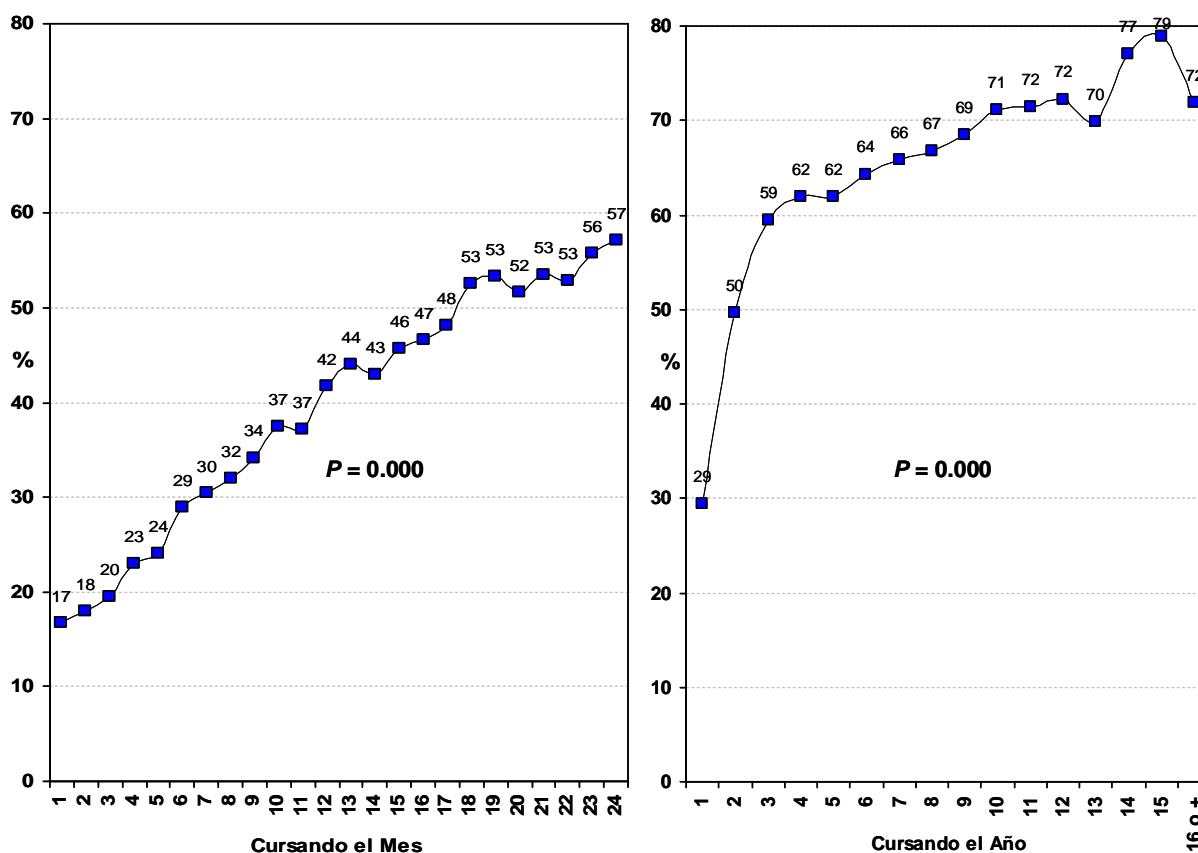


Gráfico 42t: Porcentaje de prevalentes con AchBsAg ≥ 10 mUI/mL en el Tiempo

Finalizando este apartado, se presentan las prevalencias de las 3 serologías positivas en el tiempo (meses y años), utilizando los datos del Trienio 2011-2013. La prevalencia del HBsAg positivo no aumenta significativamente en los primeros 24 meses, ni siquiera en los primeros 12 años de tratamiento sustitutivo renal crónico; el aumento viene después llegando a representar al 3.7% de los pacientes con 16 años o más en tratamiento (Gráfico 42u1).

La prevalencia del AchVC positivo aumenta (no significativamente) en los primeros 24 meses y posteriormente el aumento es constante y muy significativo con el paso de los años llegando a representar al 32% de los pacientes con 16 años o más en tratamiento (Gráfico 42u2). Reflejando probablemente la situación de años previos de elevada prevalencia de AchVC en hemodiálisis crónica.

La prevalencia del AchIV positivo no cambia significativamente en los primeros 24 meses y tampoco lo hace en años posteriores (Gráfico 42u3).

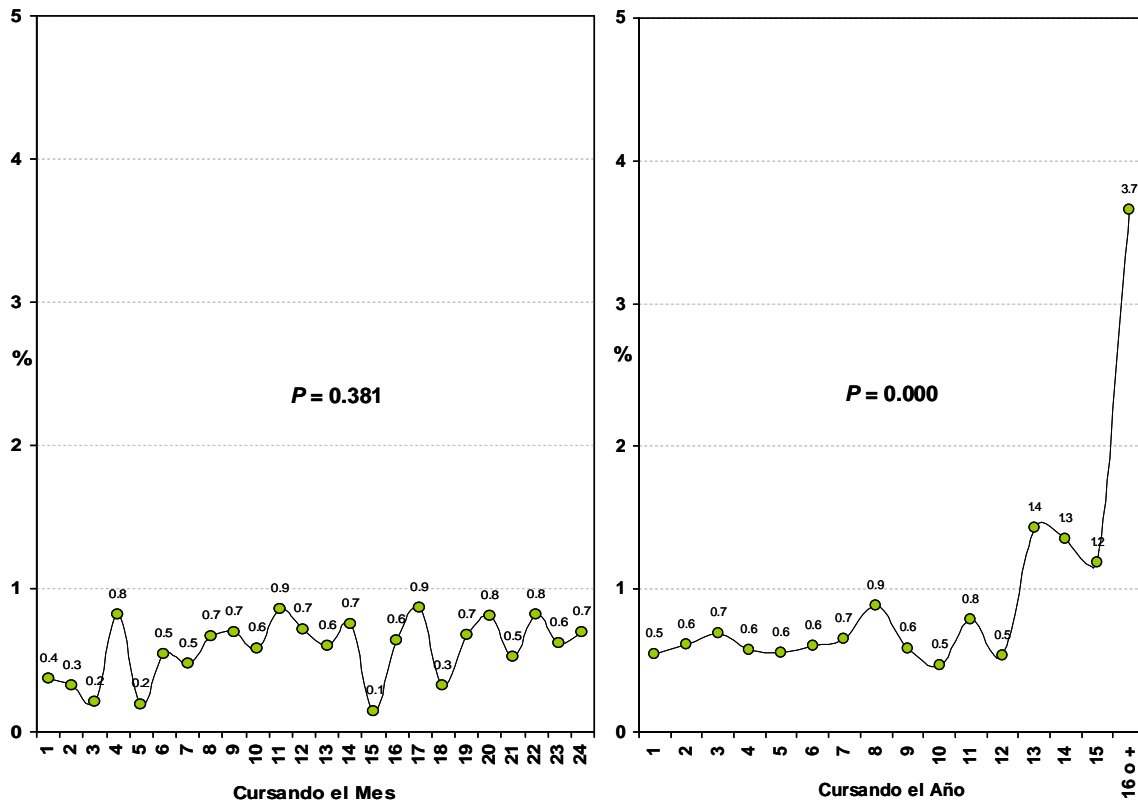


Gráfico 42u1: Porcentaje de prevalentes con HBsAg positivo en el Tiempo

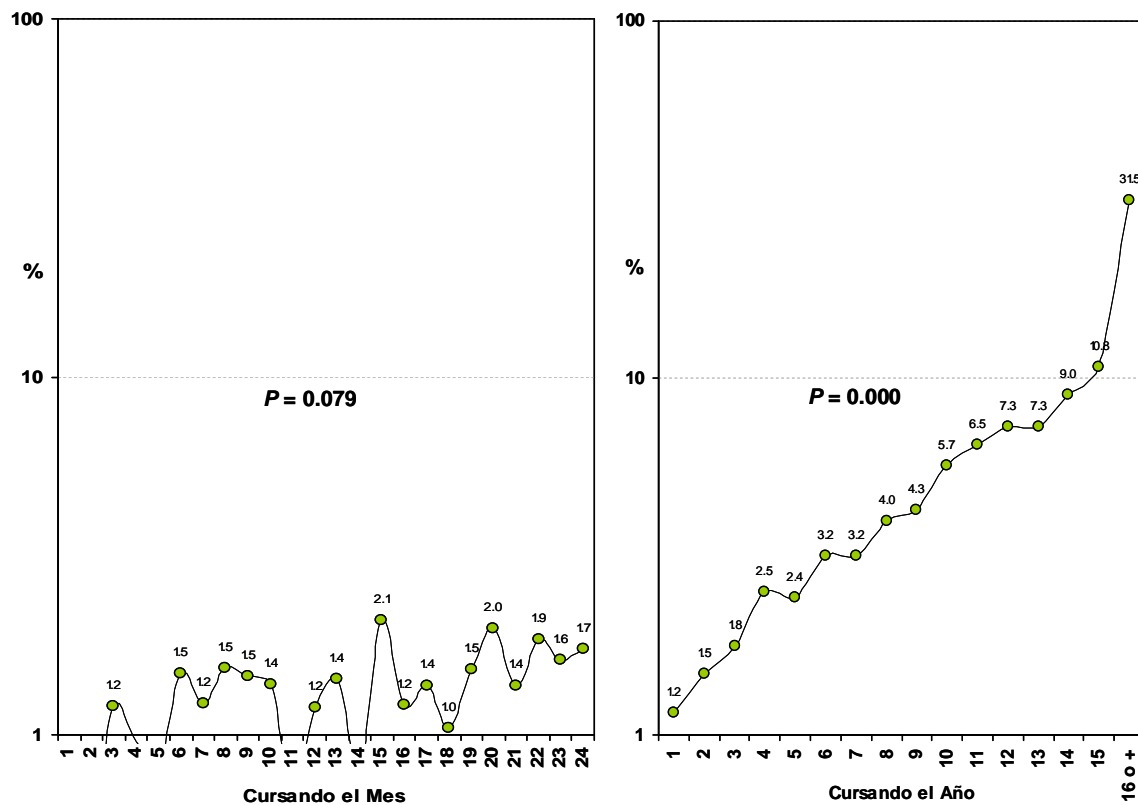


Gráfico 42u2: Porcentaje de prevalentes con AchVC positivo en el Tiempo

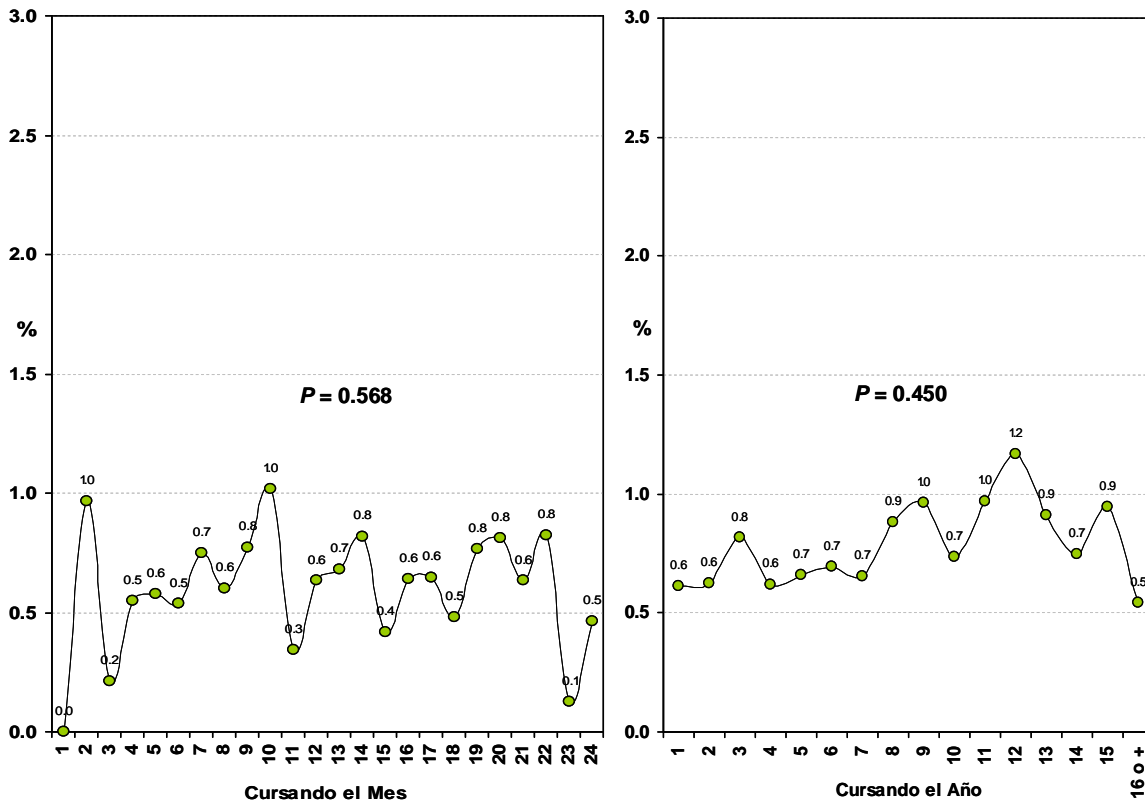


Gráfico 42u3: Porcentaje de prevalentes con AchIV positivo en el Tiempo

Enfermedades Cardíacas y Vasculares

TABLA 19u. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES				
PARÁMETROS	2011	2012	2013	P
ANGINA O INFARTO DE MIOCARDIO (%)	8.09	8.21	8.49	0.175
PRESENCIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (%)	15.6	16.3	17.1	0.000
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (%)	6.97	7.13	7.20	0.524
DÉFICIT DE PULSO SIN AMPUTACIÓN (%)	25.29	20.80	25.70	
DÉFICIT DE PULSO CON AMPUTACIÓN (%)	4.66	5.21	5.29	
DÉFICIT DE PULSO CON O SIN AMPUTACIÓN (%)	29.95	26.01	30.99	0.000

Comparaciones realizadas con Chi² de Pearson

En la tabla 19u se presentan los porcentajes de pacientes prevalentes con Enfermedades Cardíacas, vasculares y Cerebrovasculares. Se exceptúa a la Hipertensión Arterial que fue evaluada extensamente antes.

La Enfermedad coronaria ha tenido un aumento (no significativo), llegando al 8.5% en el año 2013.

La Insuficiencia Cardíaca aumento su prevalencia significativamente en los pacientes en DC desde el 15.6 al 17.1%.

La Enfermedad Cerebrovascular registro un aumento insignificante en los prevalentes en DC desde 7.0 hasta 7.2%.

Por último, la Enfermedad vascular periférica registró una disminución entre 2011 y 2012, con posterior aumento en 2013, presentando el máximo valor en el tiempo: 31%.

TABLA 19v1. INSUFICIENCIA CORONARIA EN DISTINTAS POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	6.02
VARONES	10.00
GRUPOS ETARIOS	
0-19	0.43
20-44	1.68
45-64	8.09
65-74	11.77
≥ 75	12.45
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	4.84
HEMODIÁLISIS	8.45
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	12.70
OTRAS	6.56
Proporción (%) de pacientes prevalentes con Insuficiencia Coronaria	

Tabla 19v1 muestra los porcentajes de pacientes con **Insuficiencia Coronaria** en DC en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013. Observamos que es menor en mujeres que en varones, siendo muy significativa la diferencia ($p=0.000$).

La prevalencia es más elevada a medida que transcurren los años de edad ($p=0.000$).

La población en Diálisis peritoneal tiene significativa menor prevalencia de Insuficiencia Coronaria que la de Hemodiálisis ($p=0.000$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia muy significativamente mayor ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías.

TABLA 19v2. INSUFICIENCIA CARDÍACA EN DISTINTAS POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	14.9
VARONES	17.5
GRUPOS ETARIOS	
0-19	3.5
20-44	6.7
45-64	14.9
65-74	20.7
≥ 75	26.4
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	7.8
HEMODIÁLISIS	16.8
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	24.3
OTRAS	13.3
Proporción (%) de pacientes prevalentes con Insuficiencia Cardíaca	

La Tabla 19v2 muestra los porcentajes de pacientes con **Insuficiencia Cardíaca** en DC en diferentes poblaciones en el último Trienio. También aquí es menor en mujeres que en varones, siendo muy significativa la diferencia ($p=0.000$).

La prevalencia es más elevada a medida que transcurren los años de edad ($p=0.000$).

La población en Diálisis peritoneal tiene significativa menor prevalencia de Insuficiencia Cardíaca que la de Hemodiálisis ($p=0.000$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia muy significativamente mayor ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías.

TABLA 19v3. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN DISTINTAS POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	6.31
VARONES	7.72
GRUPOS ETARIOS	
0-19	0.98
20-44	1.58
45-64	5.73
65-74	10.35
≥ 75	12.96
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	4.32
HEMODIÁLISIS	7.25
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	11.38
OTRAS	5.46
Proporción (%) de pacientes prevalentes con Enfermedad Cerebrovascular	

La Tabla 19v3 muestra los porcentajes de pacientes con **Enfermedad Cerebrovascular** en DC en diferentes poblaciones en el Trienio 2011-2013. Es menor en mujeres que en varones, siendo muy significativa la diferencia ($p=0.000$).

La prevalencia es más elevada a medida que transcurren los años de edad ($p=0.000$).

La población en Diálisis peritoneal tiene significativa menor prevalencia de Enfermedad Cerebrovascular que la de Hemodiálisis ($p=0.000$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia muy significativamente mayor ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías.

TABLA 19v4. ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA EN DISTINTAS POBLACIONES. TRIENIO 2011-2013	
SEXO	
MUJERES	26.7
VARONES	30.8
GRUPOS ETARIOS	
0-19	3.6
20-44	10.7
45-64	29.5
65-74	38.8
≥ 75	38.6
MODALIDAD DIALÍTICA	
DIÁLISIS PERITONEAL	17.3
HEMODIÁLISIS	29.6
ETIOLOGÍA DE IRD	
NEFROPATÍA DIABÉTICA	55.3
OTRAS	18.9
Proporción (%) de pacientes prevalentes con Enfermedad Vascul ar periférica	

La Tabla 19v4 muestra los porcentajes de pacientes con **Enfermedad Vascul ar periférica** en DC en diferentes poblaciones, también considerando el último Trienio. Es menor en mujeres que en varones, siendo muy significativa la diferencia ($p=0.000$).

La prevalencia es más elevada a medida que transcurren los años de edad hasta los 75 años ($p=0.000$).

La población en Diálisis peritoneal tiene significativa menor prevalencia de Enfermedad Vascul ar Periférica que la de Hemodiálisis ($p=0.000$).

Los pacientes con Nefropatía Diabética presentan prevalencia muy significativamente mayor ($p=0.000$) que los pacientes con Otras Etiologías. Más del 55% de los pacientes prevalentes en DC con Diabetes como causa de ERD tienen vasculopatía periférica.

Debemos recordar que la edad media de los prevalentes en DP es significativamente menor a los prevalentes en HD: 47.7 (\pm 20.7) vs. 59.3 (\pm 16.6) años, $p=0.000$; por esto, es muy probable que exista mayor patología cardiovascular en HD.

Como se ha visto, todas las patologías cardiovasculares aumentaron de un año a otro y son significativamente mayores en el género masculino, en los más viejos y ante la presencia de Diabetes. Por ello, y ante estas patologías que demostraron ser cada una de ellas factor de riesgo independiente de menor sobrevivencia en DC ⁽²⁻¹³⁾, tener una población cada vez más vieja, con más varones y con más Diabetes como vimos desde 2004, nos lleva a conjeturar que la Mortalidad bruta en DC está lejos de descender a medida que transcurran los próximos años.

Referencias

1. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2013.
2. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013. Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucaai2012_informe2013.pdf
3. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
4. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2011. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_san_incucai.php
5. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 1). P.7-62. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMPL ETA.pdf
6. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 2). P.71-127. 2011. Disponible en

http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMPL_ETA.pdf

7. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Nefrología Argentina, Vol. 7, N° 1 supl., p. 7-98, 2009.
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
9. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica – Período 2004-2006. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
10. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2006. Informe 2008. Nefrología Argentina, Vol. 6, N° 2 supl., p.12-97, 2008. Disponible en <http://www.nefrologiaargentina.org.ar/resultados.php?t=3&IdRevista=22#>
11. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro de pacientes en Diálisis crónica en Argentina 2004-2005. Nefrología Argentina, Vol. 6 Nro 1, supl., p.9-64, 2008
12. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis 04-05. Disponible en www.san.org.ar/regi-dc.php
13. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis Crónica 04-05 publicado por INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación. Setiembre de 2008.
14. U.S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2013. Disponible en <http://www.usrds.org/atlas.aspx>
15. Cusumano A, Álvarez O, Ducasse M, Hermida O, Marinovich S y Prudkin S: Registro Argentino de Diálisis Año 1994. Tendencias observadas en la población en diálisis crónica. Revista de Nefrología Diálisis y Trasplante 43: 3-12, 1997. Disponible en <http://www.renal.org.ar/revista/43/4303.htm>
16. INDEC: Censo 2010. Disponible en <http://www.censo2010.indec.gov.ar/definitivostotalxpais.asp>
17. Continuidad de Práctica Dialítica. SINTRA. Módulo 1. INCUCAI. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://san.org.ar/new/docs/resolucion_continuidad_de_practica_dialitica.pdf
18. Locatelli F, Covic A, Eckardt K-U, Wiecek A, Vanholder R. Anaemia management in patients with chronic kidney disease: a position statement by the Anaemia Working Group of European Renal Best Practice (ERBP). Nephro. Dial Transplant 24 (2), 348-354, 2009.
19. Eknoyan G, Beck GJ, Cheung AK, Daugirdas JT, Greene T et al. Hemodialysis (HEMO) Study Group: Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. N Engl J Med, 347, 2010–2019, 2002.
20. Port F, Pisoni R, Bommer J, Locatelli F, Jadoul M et al. Improving Outcomes for Dialysis Patients in the International Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. Clin J Am Soc Nephrol, 1, 246-255, 2006.
21. Maduell F, García M, Alcázar R. Dosificación y adecuación del tratamiento dialítico. Guías SEN: Guías de Centros de hemodiálisis. Nefrología 26 (Supl. 8): 15-21, 2006.
22. Depner T, Daugirdas J, Greene T, Allon M, Beck G, Chumlea C, Delmez J, Goth F, Kusek J, Levin N, Macon E, Milford E, Owen W, Star R, Toto R, Eknoyan G. Hemodialysis (HEMO) Study Group: Dialysis dose and the effect of gender and body size on outcome in the HEMO Study. Kidney Int 65: 1386-1394, 2004.
23. Port FK, Wolfe RA, Hulbert-Shearon TE, McCullough KP, Ashby VB, Held PJ. High dialysis dose is associated with lower mortality among woman but not among men. Am J Kidney Dis 43: 1014-1023, 2004.
24. NKF-KDOQI Clinical practice guidelines for vascular access. Am J Kidney Dis. 48(Suppl 1):S248–S272, 2006.
25. Marinovich S. Variables Finales en Hemodiálisis. Revista de Nefrol, Dial y Traspl, 29, 101-110, 2009.
26. Desilva RN, Sandhu GS, Garg J, Goldfarb-Rumyantsev AS. Association between initial type of hemodialysis access used in the elderly and mortality. Hemodial Int, 16(2), 233-41, 2012.
27. Depner TA, Daugirdas JT. Equations for normalized protein catabolic rate based on two-point modeling of hemodialysis urea kinetics. J Am Soc Nephrol, 7(5),780-5, 1996.
28. Kalantar-Zadeh K, Kilpatrick R, Kuwae N, McAllister CJ, Alcorn H et al. Revisiting mortality predictability of serum albumin in the dialysis population: time dependency, longitudinal changes and population-attributable fraction. Nephrol Dial Transplant, 20,1880–1888, 2005.

29. Tentori F, Blayney MJ, Albert JM, Gillespie BW, Kerr PG et al. Mortality risk for dialysis patients with different levels of serum calcium, phosphorus, and PTH: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis*, 52(3), 519-30, 2008.
30. Floege J, Kim J, Ireland E, Chazot C, Drueke T et al. Serum iPTH, calcium and phosphate, and the risk of mortality in a European haemodialysis population. *Nephrol Dial Transplant*, 26, 1948–1955, 2011.
31. Eknoyan G, Levin A, Levin N. K/DOQI clinical practice guidelines for Bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*, 42(3), 1-201, 2003.
32. Peñalba A, Alles A, Aralde A, Carreras R, Del Valle E et al. Consenso Metabolismo Óseo y Mineral. *Nefrología Argentina*, 8 (1supl), 13-46, 2010.
33. Douthat W, Castellano M, Berenguer L, M. Guzmán A, De Arteaga J, Chiurciu C, Massari P, Garay G, Capra R, De La Fuente J. Elevada prevalencia de hiperparatiroidismo secundario en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis en Argentina. *Nefrologia* 2013; 33(5):657-66. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v33n5/original4.pdf>
34. Fukagawa M, Komaba H, Onishi Y, Fukuhara S, Akizawa T, Kurokawa K; MBD-5D Study Group. Mineral Metabolism Management in Hemodialysis Patients with Secondary Hyperparathyroidism in Japan: Baseline Data from the MBD-5D. *Am J Nephrol*, 33(5):427-437, 2011.
35. Suwan N. Secondary hyperparathyroidism and risk factors in patients undergoing peritoneal dialysis in a tertiary hospital. *J Med Assoc Thai*, 94 Suppl 4:S101-105, 2011.
36. National Kidney Foundation K/DOQI clinical practice guidelines for cardiovascular disease in dialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 45(4 suppl 3):S1–S153, 2005.
37. Heerspink H, Ninomiya T, Zoungas S, de Zeeuw D, Grobbee DE, Jardine MJ, Gallagher M et al. Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*, 373(9668): 1009–1015, 2009.
38. Weinbaum CM, Williams I, Mast EE, et al. Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection. *MMWR Recomm Rep*, 57(RR-8):1-20, 2008.
39. Salisbury D, Ramsay M and Noakes K. Immunisation against infectious disease. Department of Health UK. 2006. Disponible en https://www.wp.dh.gov.uk/immunisation/files/2012/09/Green-Book-updated-280113_test.pdf

6. Incidencia y Prevalencia según tipo de Financiador

Incidencia y Prevalencia Nacional

Se muestran aquí la Incidencia y Prevalencia en DC en Argentina por Tipo de Financiador.

El objetivo primario de este análisis es conocer cuáles son los principales financiadores de la DC en Argentina y la evolución en el tiempo de la participación de cada uno de ellos en el tratamiento dialítico crónico, comenzando con la **Incidencia en DC** (Tabla 20a). Al haberse realizado la corrección de población para los años 2010, 2011 y 2012 ⁽¹⁾, las tasas que aquí se presentan para esos años son menores a las presentadas en los Informes anteriores de este Registro ⁽²⁻⁶⁾.

TABLA 20a: INCIDENCIA EN DC SEGÚN TIPO DE FINANCIADOR												
FINANCIADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		DIF 13-04
	T	T	T	T	T	T	T	T	T	Nº	T	
PAMI	39.0	39.7	41.0	49.8	50.9	55.6	56.6	56.4	56.7	2503	59.3	20.3
OBRA SOCIAL PROVINCIAL	24.9	25.1	25.6	25.2	23.8	26.1	25.3	24.7	25.6	1126	26.7	1.8
SSSAPE	17.9	18.7	19.5	22.7	19.5	19.9	20.8	20.8	22.2	929	22.0	4.1
SUBSIDIO PROVINCIAL	33.7	33.0	31.3	30.1	28.1	24.9	23.0	19.5	21.3	870	20.6	-13.1
INCLUIR SALUD	2.6	4.5	5.2	6.5	6.4	9.3	12.9	14.4	14.8	679	16.1	13.4
PREPAGA	6.3	6.6	6.7	5.9	6.3	7.1	5.9	6.6	6.3	303	7.2	0.9
OTRA OBRA SOCIAL	5.1	4.8	4.6	4.0	4.2	4.0	3.4	4.5	4.8	204	4.8	-0.3
SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	6.9	7.4	6.3	5.4	3.3	3.5	2.4	2.8	2.4	119	2.8	-4.1
MUTUAL	0.5	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.7	0.6	22	0.5	0.0
ART	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3	0.1	0.1
FINANCIADOR PRIVADO	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	2	0.0	-0.2
SEGURO DE SALUD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
FINANCIADOR DESCONOCIDO	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	-0.2
TOTAL	137.4	140.3	141.0	150.3	143.1	151.1	150.9	150.6	154.9	6760	160.2	22.7

Nº: Cantidad de Nuevos Pacientes en DC ; T: Tasa en pacientes por millón de habitantes/año; DIF.13-04: Crecimiento absoluto de la tasa entre 2004 y 2013

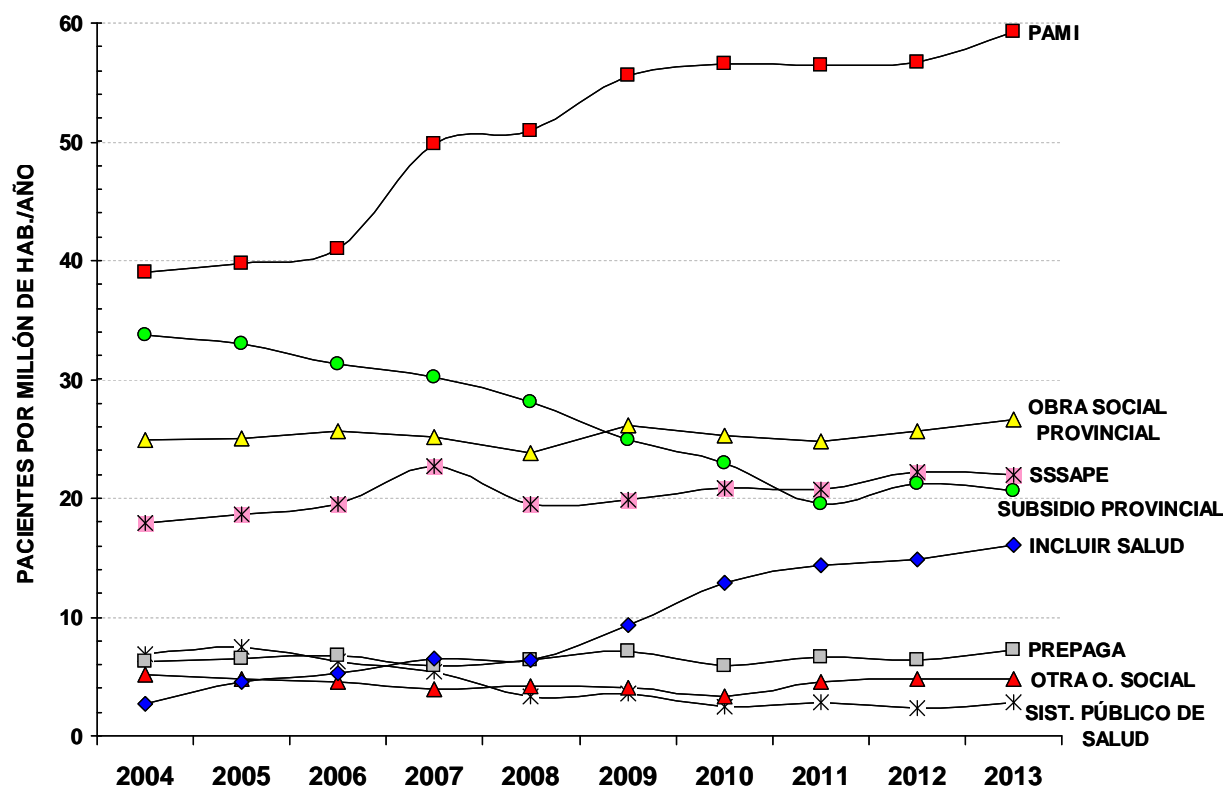


GRÁFICO 43a: TASAS DE INCIDENCIA EN DC SEGÚN TIPO DE FINANCIADOR

La financiación del ingreso a DC descansa fundamentalmente en 8 actores que representan el 99.6 % del total en 2013 y porcentajes muy semejantes desde 2004 hasta 2012 (siempre mayores a 99.2 %). Son por orden de mayor Incidencia 2013: PAMI, Obras Sociales Provinciales, SSSAPE, Subsidios Provinciales, Incluir Salud (ex PROFE), Prepagas, Otras Obras Sociales y finalmente el Sistema Público de Salud (Gráfico 43a). SSSAPE es la Administración de Prestaciones especiales que administra los fondos provenientes del aporte solidario de las Obras Sociales. Se financia ese fondo con del dinero aportado por las Obras sociales.

Dentro de los principales financiadores, 4 han mostrado decrecimiento entre 2004 y 2013 respecto a Incidencia a DC en Argentina: Los Subsidios provinciales, el Sistema Público de Salud (Hospital Público) y en menor medida Otras Obras Sociales y el Financiador Privado. SSSAPE tuvo un leve incremento, el de Incluir Salud fue importante a partir de 2008 y el que más ha crecido, en forma muy significativa, es el PAMI.

PAMI representa al 37.0% del total de incidentes en 2013, cuando en 2004 era del 28.4%; el porcentaje fue incrementándose en forma constante hasta el 2009, luego estable hasta 2012 y nuevo crecimiento en 2013; el mayor aumento se produjo entre 2006 y 2007. Este notable crecimiento de PAMI es debido al ingreso a este Financiador a partir del año 2007 de gran cantidad de afiliados; se trata de personas mayores que se jubilan con aportes previos insuficientes o sin aportes en su vida laboral activa y dejan de pertenecer al Sistema Público de Salud. Probablemente, es por ello que llegamos a una tasa de Incidencia de 150 ppm en Argentina 2007; muchos carenciados pasaron al PAMI, aumentando la posibilidad de detección de la Insuficiencia renal estadio 5 y por ende su ingreso a DC.

Al absorber PAMI a partir de 2007 a muchos carenciados, ya no podemos identificar dentro de este Financiador a los que trabajaron y aportaron en toda su vida laboral de los que no lo hicieron. Este factor impidió continuar con la evaluación que veníamos haciendo hasta el año 2006, dividiendo los pacientes en Cobertura mayormente Pública y Cobertura mayormente Privada, con el propósito de identificar a los más carenciados o marginados del Sistema privado de Salud; PAMI era considerado mayormente privado porque en esta Obra Social se incluía solamente a los trabajadores con aportes completos o pensionados de ellos, que si bien no dejan de ser carenciados, tienen la posibilidad del contacto con la Salud privada de Argentina. Ahora es imposible discernir entre mayormente privada y mayormente pública, ya que PAMI es una mezcla de muy carenciados, poco carenciados y no carenciados.

No obstante, existe una subpoblación fácilmente identificable, la que está siendo subsidiada por el estado nacional y provincial, que integran los financiadores Subsidio Provincial, Incluir Salud y Sistema Público de Salud. Esta subpoblación, que llamaremos "Subsidiados", es más vulnerable que el resto, porque si bien tiene acceso a la DC en centros públicos o privados, sus internaciones están restringidas al Hospital Público y el acceso a medicamentos accesorios exige de una mayor burocracia que la que establecen las obras sociales, incluido PAMI. Además el término subsidiado implica que reciben DC en prestadores privados o públicos; pero no ingresos económicos, excepción de Incluir Salud. Los pacientes de Subsidio Provincial o del Sistema público de Salud no reciben ingresos económicos para subsistir. Las condiciones de vida de estos pacientes son precarias y muchos están por debajo de la línea de pobreza.

Asociado al crecimiento económico observado en Argentina desde 2003 con aumento de la ocupación laboral, se observa una disminución significativa del porcentaje de pacientes incidentes "Subsidiados" para DC desde el 31.5% en 2004 hasta el 25% en 2009, manteniéndose alrededor del último valor a partir de ese año (Gráfico 43b). Sin embargo, la cuarta parte de los incidentes todavía se encuentra en la zona más vulnerable.

Como en otras variables, veremos después que existen provincias con alto porcentaje de subsidiados y otras con muy bajo. Debemos aclarar que algunas provincias incluyen dentro de la Obra Social Provincial a los pacientes subsidiados, por lo que no es del todo fiel la información por distritos.

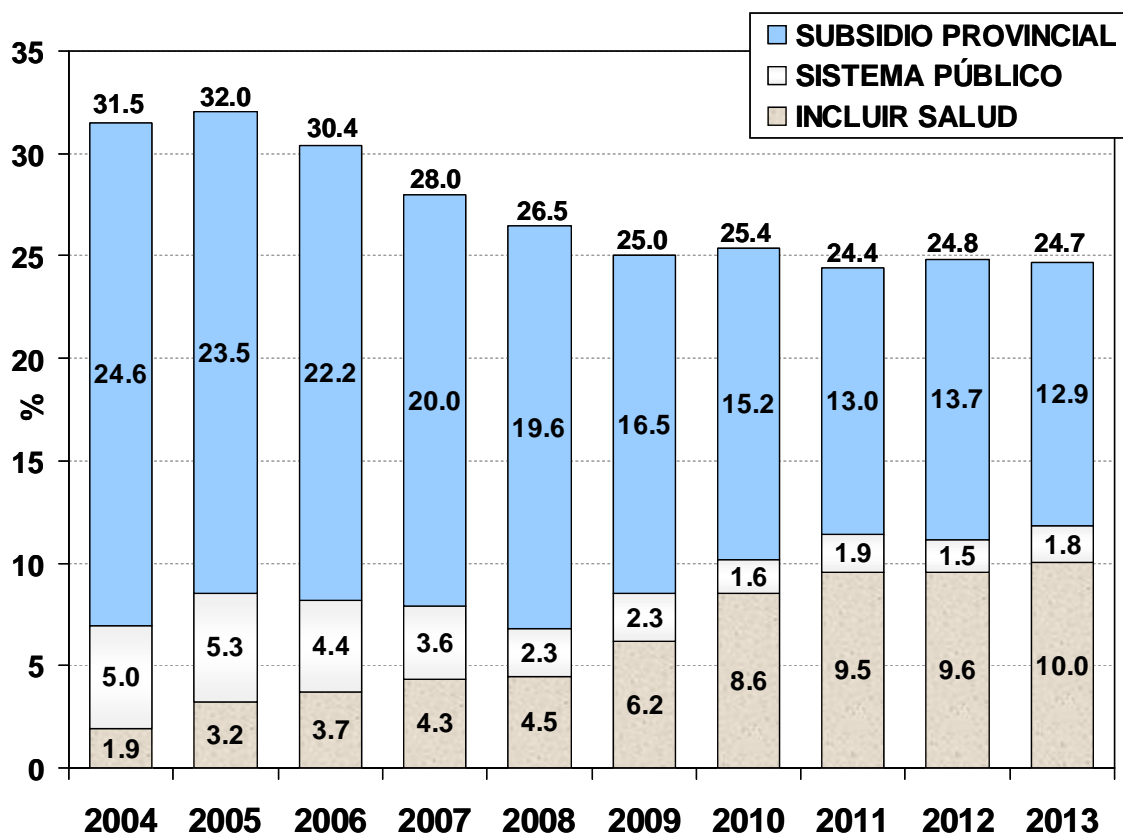


GRÁFICO 43b: PORCENTAJE DE INCIDENTES SUBSIDIADOS

Respecto a la **Prevalencia puntual** (Tabla 20b y Gráfico 44) observamos que los 8 principales financiadores del Ingreso no cambian, son los mismos en Prevalencia. Al haberse realizado la corrección de población para los años 2010, 2011 y 2012 ⁽¹⁾, las tasas que aquí se presentan para esos años son menores a las presentadas en los Informes anteriores de este Registro ⁽²⁻⁶⁾.

FINANCIADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		DIF. 13-04
	T	T	T	T	T	T	T	T	T	Nº	T	
PAMI	166.4	168.4	176.8	194.5	207.3	218.5	225.0	226.5	229.2	9746	230.9	64.6
INCLUIR SALUD	26.6	37.1	49.2	60.0	70.2	92.1	113.4	124.7	129.3	5769	136.7	110.1
OBRA SOCIAL PROVINCIAL	106.8	112.3	117.2	116.3	115.2	115.4	112.9	111.2	112.5	4808	113.9	7.2
SSSAPE	67.8	73.3	76.1	79.8	79.0	77.1	76.9	77.7	79.2	3348	79.3	11.6
SUBSIDIO PROVINCIAL	115.1	117.5	114.3	104.6	95.4	77.2	58.5	50.3	50.2	1976	46.8	-68.2
OTRA OBRA SOCIAL	30.5	30.4	25.1	23.1	21.6	19.5	17.6	21.8	24.0	980	23.2	-7.3
PREPAGA	17.9	19.7	21.1	20.8	21.6	22.7	22.0	22.1	21.8	946	22.4	4.5
SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	16.6	17.8	16.0	13.9	11.0	9.4	8.4	7.5	6.7	298	7.1	-9.5
MUTUAL	1.4	1.5	1.7	1.9	1.7	1.7	1.8	2.0	2.0	86	2.0	0.7
FINANCIADOR PRIVADO	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.1	0.1	4	0.1	-0.2
ART	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4	0.1	0.1
SEGURO DE SALUD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1	0.0	0.0
FINANCIADOR DESCONOCIDO	1.0	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0	0.0	-1.0
TOTAL	550.3	578.7	598.0	615.4	623.4	634.1	636.9	644.0	655.1	27966	662.7	112.4

Nº: Cantidad de en DC al 31 de Diciembre ; T: Tasa en pacientes por millón de habitantes; DIF. 13-04: Crecimiento absoluto de la tasa entre los años 2004 y 2013

PAMI, Incluir Salud, las Obras Sociales Provinciales, SSSAPE y los Subsidios Provinciales superan largamente a los demás, asistiendo juntos a más del 90% de la población en DC desde el año 2007 (en 2012-13: 91.7%), habiéndose incrementado este porcentaje significativamente desde 2004 (87.7%).

Desde el inicio del Registro podemos observar que un Financiador tiene cada año que pasa mayor importancia en Prevalencia: Incluir Salud acumula entre 2004 y 2013 un aumento del 414 % en su Tasa (ppm) de Prevalencia puntual, representando al 20.6 % de los pacientes prevalentes puntuales en 2013, pasando a ser desde el año 2010 el segundo Financiador de la Prevalencia en DC después de PAMI. En contraposición, los Subsidios Provinciales redujeron el 59% su Tasa entre 2004 y 2013. Esto obedece a que progresivamente se están trasladando a Incluir Salud a los pacientes en DC con Subsidio Provincial.

PAMI sigue ocupando el primer lugar: Representa al 34.8% del total de prevalentes puntuales en 2013, cuando en 2004 era del 30.2%; también aquí, el porcentaje fue incrementándose en forma constante, hasta el año 2010, para luego estabilizarse alrededor del 35%.

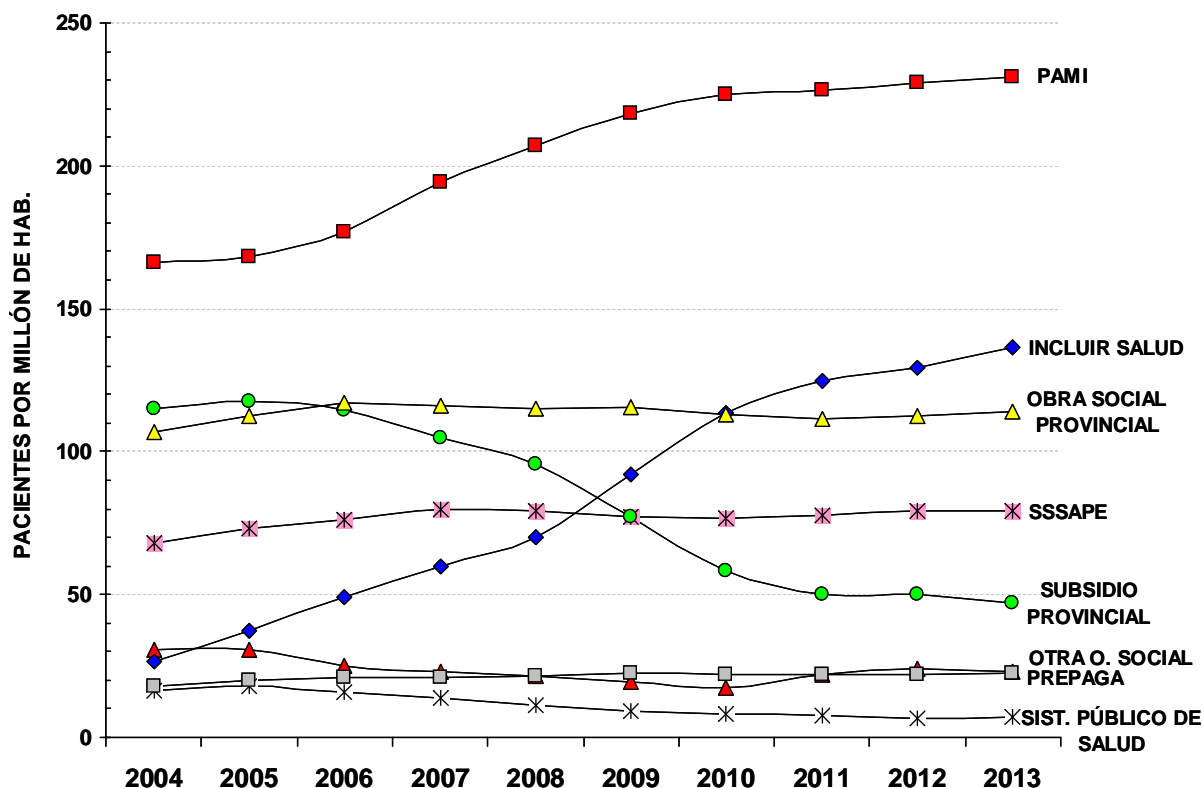


GRÁFICO 44: TASAS DE PREVALENCIA EN DC SEGÚN TIPO DE FINANCIADOR

El porcentaje de pacientes prevalentes “Subsidiados” para DC no cambió entre 2004 y 2013: 28.8% en ambos años (Gráfico 45). La mayor ocupación laboral probablemente llevó a una menor Incidencia de “Subsidiados”, pero solo hasta el 2009; además, una vez que el paciente ingresó a DC seguirá siendo subsidiado porque es muy difícil para estos pacientes conseguir trabajo cuando antes no tenían, en general por presentar Incapacidad física. Probablemente por ello el porcentaje de Prevalentes “Subsidiados” se mantiene sin cambios en el tiempo.

Vemos en el Gráfico el gran crecimiento de Incluir Salud, en detrimento de Subsidios Provinciales y Sistema Público de Salud. Es cada vez más escasa la participación del Sistema Público de Salud en Prevalencia (también en Incidencia) llegando a representar en 2013 solo al 1.1% del total de prevalentes puntuales.

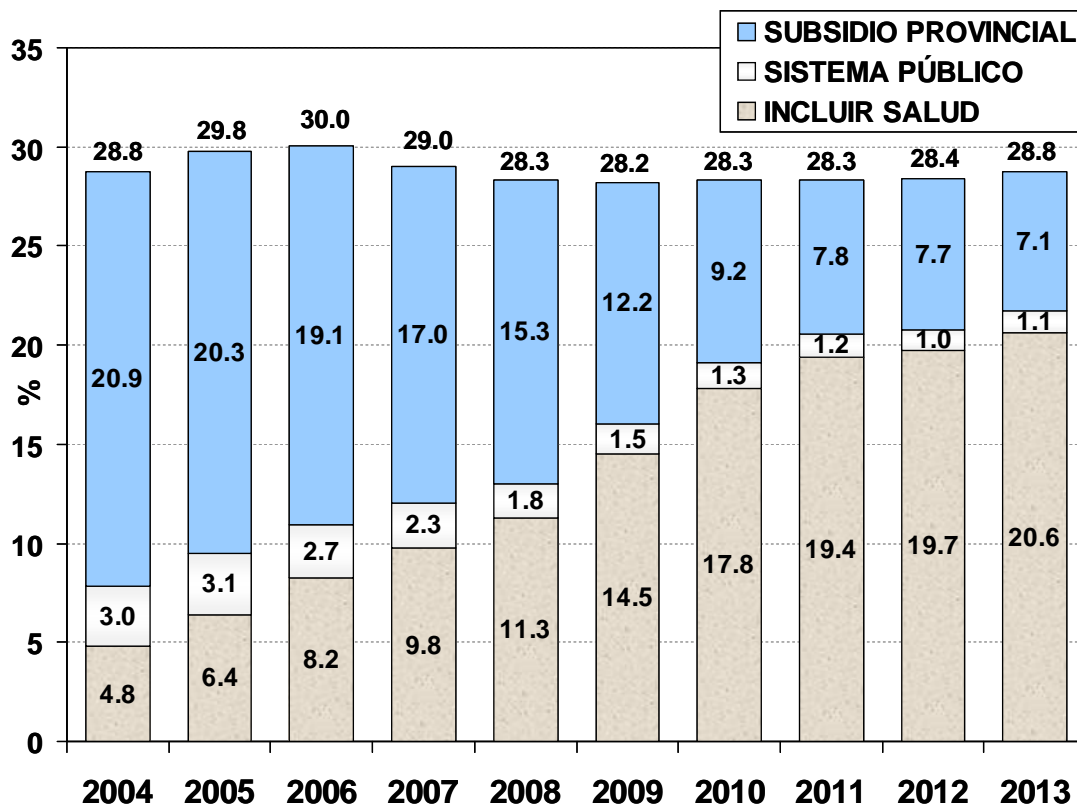


GRÁFICO 45: PORCENTAJE DE PREVALENTES SUBSIDIADOS

Incidencia y Prevalencia por Provincias

PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	PROFE	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
LA RIOJA	245.2	110.9	0.0	11.7	0.0	0.0	0.0	0.0	67.1	35.0	20.4	0.0	0.0	0.0
SAN JUAN	219.8	54.6	0.0	34.5	1.4	0.0	0.0	1.4	64.6	27.3	30.2	5.7	0.0	0.0
TUCUMÁN	200.8	36.3	3.4	38.9	0.0	0.0	0.0	0.0	65.1	39.6	16.8	0.7	0.0	0.0
SAN LUIS	191.5	40.5	2.3	24.8	0.0	0.0	0.0	0.0	78.8	15.8	24.8	4.5	0.0	0.0
MENDOZA	189.9	30.4	3.4	33.2	0.0	0.0	0.0	0.0	84.0	14.1	19.2	5.6	0.0	0.0
CÓRDOBA	177.6	38.5	3.3	24.6	0.6	0.6	0.0	0.3	78.9	11.6	15.7	3.6	0.0	0.0
NEUQUÉN	171.4	50.7	1.7	35.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.2	24.5	12.2	5.2	1.7	0.0
RÍO NEGRO	171.2	24.7	0.0	37.0	0.0	0.0	0.0	0.0	81.8	3.1	23.1	1.5	0.0	0.0
JUJUY	162.4	81.9	1.5	1.5	1.5	0.0	0.0	0.0	51.2	13.2	10.2	1.5	0.0	0.0
LA PAMPA	152.9	18.3	0.0	21.4	0.0	0.0	0.0	0.0	61.2	27.5	18.3	6.1	0.0	0.0
BUENOS AIRES	145.8	17.1	6.5	24.8	3.9	0.9	0.0	0.0	56.4	11.4	22.5	2.5	0.0	0.0
SANTA FE	145.8	23.9	4.9	23.3	3.1	0.3	0.0	0.0	62.6	6.1	19.3	2.1	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	140.7	7.6	28.4	0.0	7.3	2.0	0.0	0.7	39.6	4.0	44.2	6.9	0.0	0.0
CORRIENTES	140.5	14.7	1.0	27.5	0.0	0.0	0.0	0.0	45.2	24.6	20.6	6.9	0.0	0.0
SALTA	134.0	22.6	3.2	29.1	0.0	0.0	0.0	0.0	46.0	16.9	11.3	4.8	0.0	0.0
CATAMARCA	132.4	74.1	0.0	10.6	0.0	0.0	0.0	0.0	37.1	7.9	2.6	0.0	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	129.1	38.0	0.0	15.2	0.0	0.0	0.0	0.0	38.0	7.6	30.4	0.0	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	128.2	25.5	0.0	18.3	0.0	0.0	0.0	0.0	52.6	6.4	19.1	6.4	0.0	0.0
SANTIAGO	120.6	38.7	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0	40.9	23.9	8.0	4.5	0.0	0.0
CHACO	118.5	32.4	0.9	30.6	0.0	0.0	0.0	0.0	37.0	10.2	6.5	0.9	0.0	0.0
CHUBUT	111.0	21.4	1.9	15.6	0.0	0.0	0.0	0.0	40.9	7.8	23.4	0.0	0.0	0.0
MISIONES	110.5	14.4	0.9	21.6	0.0	0.0	0.0	0.0	35.9	20.7	11.7	5.4	0.0	0.0
FORMOSA	103.3	23.6	1.8	21.8	1.8	1.8	0.0	0.0	38.1	3.6	7.3	3.6	0.0	0.0
SANTA CRUZ	98.0	21.8	3.6	25.4	0.0	0.0	0.0	0.0	18.2	7.3	21.8	0.0	0.0	0.0
TOTAL	150.9	25.3	5.9	23.0	2.4	0.6	0.0	0.1	56.6	12.9	20.8	3.4	0.0	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud; SEGSAL:Seguro de Salud; FINPRIV: Financiador Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial; PPAGA: Prepaga

TABLA 21b. TASAS DE INCIDENCIA EN DC POR FINANCIADOR POR PROVINCIA DEL PACIENTE. AÑO 2011

PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	INCLUIR	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
TUCUMÁN	220.5	53.0	4.0	30.5	0.0	0.0	0.0	0.0	75.5	35.1	21.2	1.3	0.0	0.0
LA RIOJA	218.7	95.0	0.0	14.4	0.0	0.0	0.0	0.0	69.1	11.5	14.4	14.4	0.0	0.0
SAN JUAN	191.6	39.7	1.4	28.4	0.0	0.0	0.0	0.0	65.3	24.1	28.4	4.3	0.0	0.0
SAN LUIS	188.7	24.4	2.2	26.6	0.0	0.0	0.0	0.0	75.5	31.1	24.4	4.4	0.0	0.0
CATAMARCA	186.1	99.6	0.0	18.3	0.0	0.0	0.0	0.0	28.8	23.6	15.7	0.0	0.0	0.0
MENDOZA	178.6	25.0	4.5	33.4	0.6	0.0	0.0	0.0	78.5	12.8	19.5	4.5	0.0	0.0
RÍO NEGRO	177.7	21.3	3.0	31.9	1.5	0.0	0.0	0.0	75.9	12.1	25.8	6.1	0.0	0.0
CÓRDOBA	175.9	36.6	3.8	22.6	0.0	1.8	0.0	0.0	74.2	8.8	21.7	6.4	0.0	0.0
LA PAMPA	160.5	36.3	12.1	6.1	0.0	0.0	0.0	0.0	66.6	21.2	15.1	3.0	0.0	0.0
NEUQUÉN	156.4	37.8	5.2	34.4	0.0	0.0	0.0	0.0	46.4	13.8	12.0	6.9	0.0	0.0
JUJUY	153.1	80.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	47.7	14.4	10.1	0.0	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	153.0	7.9	30.0	0.0	12.5	1.3	0.0	0.3	43.5	3.6	40.9	12.9	0.0	0.0
CORRIENTES	145.9	27.2	1.9	13.6	0.0	0.0	0.0	0.0	49.6	31.1	15.6	6.8	0.0	0.0
BUENOS AIRES	145.2	14.6	7.5	21.1	3.3	0.6	0.0	0.1	57.2	15.1	22.1	3.4	0.1	0.0
SANTA FE	136.4	22.2	3.3	20.1	3.7	1.2	0.0	0.3	55.4	7.3	19.5	3.3	0.0	0.0
CHUBUT	135.4	22.9	3.8	26.7	1.9	0.0	0.0	0.0	38.2	7.6	32.4	1.9	0.0	0.0
SALTA	135.1	33.4	1.6	22.3	0.0	0.0	0.0	0.0	47.7	19.9	7.2	3.2	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	129.3	29.2	0.8	15.0	1.6	0.0	0.0	0.0	55.2	8.7	16.6	2.4	0.0	0.0
CHACO	122.6	30.2	0.9	26.5	0.0	0.0	0.0	0.0	39.4	17.4	8.2	0.0	0.0	0.0
SANTIAGO	121.5	38.3	1.1	6.8	0.0	0.0	0.0	0.0	34.9	29.3	6.8	4.5	0.0	0.0
SANTA CRUZ	109.0	24.6	3.5	17.6	0.0	3.5	0.0	0.0	42.2	3.5	14.1	0.0	0.0	0.0
MISIONES	102.8	16.8	2.7	8.9	7.1	0.9	0.0	0.0	35.4	9.7	13.3	8.0	0.0	0.0
FORMOSA	91.5	21.5	1.8	14.4	0.0	3.6	0.0	0.0	35.9	5.4	3.6	5.4	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	58.9	22.1	0.0	7.4	0.0	0.0	0.0	0.0	7.4	22.1	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL	150.6	24.7	6.6	19.5	2.8	0.7	0.0	0.1	56.4	14.4	20.8	4.5	0.0	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud; SEGSAL:Seguro de Salud; FINPRIV: Financiador Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial; PPAGA: Prepaga

TABLA 21c. TASAS DE INCIDENCIA EN DC POR FINANCIADOR POR PROVINCIA DEL PACIENTE. AÑO 2012

PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	INCLUIR	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
LA RIOJA	244.0	73.8	0.0	8.5	2.8	0.0	0.0	0.0	82.3	42.6	31.2	2.8	0.0	0.0
TUCUMÁN	202.5	45.1	3.9	30.1	0.0	0.0	0.0	0.0	73.8	27.4	20.9	1.3	0.0	0.0
SAN LUIS	194.8	30.6	0.0	21.9	0.0	0.0	0.0	0.0	81.0	30.6	26.3	4.4	0.0	0.0
MENDOZA	193.4	37.4	2.7	29.1	0.0	0.0	0.0	0.0	85.7	15.9	19.8	2.7	0.0	0.0
SAN JUAN	179.5	46.3	1.4	22.4	0.0	0.0	0.0	1.4	58.9	25.2	18.2	5.6	0.0	0.0
NEUQUÉN	177.5	50.7	3.4	30.4	0.0	0.0	0.0	0.0	59.2	13.5	16.9	3.4	0.0	0.0
CÓRDOBA	173.9	34.8	4.6	23.2	0.6	0.3	0.0	0.0	78.0	12.5	15.4	4.6	0.0	0.0
CATAMARCA	171.2	83.0	0.0	15.6	0.0	0.0	0.0	0.0	31.1	25.9	13.0	2.6	0.0	0.0
CORRIENTES	163.7	29.8	1.0	27.0	1.0	0.0	0.0	0.0	55.8	21.2	18.3	9.6	0.0	0.0
RÍO NEGRO	158.5	17.9	3.0	50.8	0.0	0.0	0.0	0.0	50.8	12.0	19.4	4.5	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	156.3	6.9	35.2	0.0	8.6	3.0	0.0	0.0	44.1	4.9	42.5	11.2	0.0	0.0
BUENOS AIRES	151.7	16.8	6.2	23.2	3.4	0.4	0.0	0.0	57.8	12.8	26.5	4.7	0.0	0.0
SALTA	148.8	38.4	0.0	25.8	0.0	0.0	0.0	0.0	43.9	26.6	12.5	1.6	0.0	0.0
SANTA FE	147.3	22.6	5.7	25.1	3.3	1.8	0.0	0.3	57.6	8.5	18.1	4.2	0.0	0.0
JUJUY	145.5	64.2	2.9	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	51.3	14.3	11.4	0.0	0.0	0.0
SANTIAGO	144.7	41.2	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	34.5	45.6	14.5	5.6	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	128.7	26.5	1.6	21.8	0.0	1.6	0.0	0.0	53.0	8.6	12.5	3.1	0.0	0.0
CHUBUT	127.1	13.1	1.9	31.8	0.0	0.0	0.0	0.0	33.6	5.6	37.4	3.7	0.0	0.0
LA PAMPA	125.9	27.0	0.0	18.0	0.0	0.0	0.0	0.0	60.0	12.0	9.0	0.0	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	121.6	50.1	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	28.6	21.5	7.2	0.0	0.0	0.0
CHACO	118.5	36.2	0.0	24.4	0.0	0.0	0.0	0.0	24.4	24.4	5.4	3.6	0.0	0.0
MISIONES	109.2	20.1	0.0	9.6	3.5	0.0	0.0	0.0	35.8	14.9	14.0	11.4	0.0	0.0
SANTA CRUZ	98.8	20.4	3.4	10.2	0.0	0.0	0.0	0.0	30.7	13.6	20.4	0.0	0.0	0.0
FORMOSA	83.5	21.3	0.0	10.7	0.0	0.0	0.0	0.0	30.2	12.4	5.3	3.6	0.0	0.0
TOTAL	154.9	25.6	6.3	21.3	2.4	0.6	0.0	0.0	56.7	14.8	22.2	4.8	0.0	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud; SEGSAL:Seguro de Salud; FINPRIV: Financiador Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial; PPAGA: Prepaga

TABLA 21d. TASAS DE INCIDENCIA EN DC POR FINANCIADOR POR PROVINCIA DEL PACIENTE. AÑO 2013														
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	INCLUIR	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
SAN LUIS	222.3	30.2	10.8	28.1	0.0	0.0	0.0	0.0	97.1	25.9	23.7	6.5	0.0	0.0
LA RIOJA	215.4	95.1	0.0	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	61.5	42.0	2.8	8.4	0.0	0.0
TUCUMÁN	202.4	53.5	2.6	30.9	0.0	0.0	0.0	0.0	61.2	36.7	14.8	2.6	0.0	0.0
SAN JUAN	200.9	52.6	5.5	29.1	1.4	0.0	0.0	0.0	59.6	30.5	13.9	8.3	0.0	0.0
LA PAMPA	190.1	35.6	8.9	20.8	0.0	0.0	0.0	0.0	74.2	23.8	26.7	0.0	0.0	0.0
CATAMARCA	187.5	110.5	0.0	10.3	0.0	0.0	0.0	0.0	38.5	15.4	12.8	0.0	0.0	0.0
RÍO NEGRO	185.6	29.5	1.5	32.4	0.0	0.0	0.0	0.0	91.3	5.9	20.6	4.4	0.0	0.0
NEUQUÉN	183.0	54.9	0.0	36.6	0.0	0.0	0.0	0.0	46.6	13.3	28.3	3.3	0.0	0.0
MENDOZA	182.4	31.5	3.8	22.8	0.0	0.0	0.0	0.0	88.5	14.7	17.9	3.3	0.0	0.0
SANTIAGO	177.3	45.1	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	61.7	40.7	17.6	9.9	0.0	0.0
JUJUY	166.2	81.7	1.4	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	46.5	19.7	14.1	1.4	0.0	0.0
CÓRDOBA	165.9	31.2	2.9	21.8	0.3	0.3	0.0	0.3	74.5	12.9	17.5	4.3	0.0	0.0
BUENOS AIRES	156.2	16.6	8.1	21.3	4.4	0.9	0.0	0.1	58.2	15.3	26.4	4.8	0.1	0.0
CAPITAL FEDERAL	154.1	7.6	33.5	0.3	7.2	1.0	0.0	0.0	45.3	5.3	43.0	10.5	0.3	0.0
ENTRE RÍOS	153.7	32.4	2.3	25.5	0.0	0.0	0.0	0.0	64.9	13.1	13.1	2.3	0.0	0.0
SANTA FE	151.1	20.4	5.7	24.2	4.2	0.9	0.0	0.0	64.9	7.8	19.2	3.9	0.0	0.0
SALTA	149.7	30.9	2.3	33.2	0.0	0.0	0.0	0.0	39.4	30.9	10.0	3.1	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	145.8	48.6	13.9	34.7	0.0	0.0	0.0	0.0	27.8	0.0	20.8	0.0	0.0	0.0
CHUBUT	141.1	20.2	1.8	29.3	0.0	0.0	0.0	0.0	58.6	7.3	18.3	5.5	0.0	0.0
CORRIENTES	137.2	26.7	0.0	12.4	0.0	0.0	0.0	0.0	53.4	25.7	13.3	5.7	0.0	0.0
CHACO	135.1	33.1	0.0	31.3	0.0	0.0	0.0	0.0	41.1	13.4	13.4	2.7	0.0	0.0
MISIONES	126.8	27.6	3.4	13.8	7.8	0.0	0.0	0.0	45.7	17.2	7.8	3.4	0.0	0.0
FORMOSA	117.9	28.2	0.0	29.9	0.0	0.0	0.0	0.0	31.7	12.3	8.8	7.0	0.0	0.0
SANTA CRUZ	115.7	29.8	0.0	16.5	0.0	0.0	0.0	0.0	29.8	9.9	26.5	3.3	0.0	0.0
TOTAL	160.2	26.7	7.2	20.6	2.8	0.5	0.0	0.0	59.3	16.1	22.0	4.8	0.1	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES/AÑO; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud; SEGSAL:Seguro de Salud; FINPRIV: Financiadore Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial; PPAGA: Prepaga

TABLA 21e. PORCENTAJE DE PACIENTES INCIDENTES SUBSIDIADOS. POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE.				
PROVINCIA DEL PACIENTE	TRIENIO			
	2011	2012	2013	2011-2013
SALTA	31.2	35.3	42.8	36.6
CHACO	35.8	41.2	33.1	36.5
TUCUMÁN	29.7	28.4	33.4	30.5
TIERRA D. FUEGO	50.0	29.4	23.8	30.4
CORRIENTES	30.7	30.0	27.8	29.5
FORMOSA	21.6	27.7	35.8	29.1
SANTIAGO	29.6	33.8	23.0	28.3
SAN JUAN	27.4	26.6	30.3	28.2
RÍO NEGRO	25.6	39.6	20.6	28.1
NEUQUÉN	30.8	24.8	27.3	27.5
MISIONES	25.0	25.6	30.6	27.3
CHUBUT	26.8	29.4	26.0	27.3
SAN LUIS	30.6	27.0	24.3	27.1
BUENOS AIRES	27.2	25.9	26.2	26.4
TOTAL PAÍS	24.4	24.8	24.7	24.6
SANTA FE	22.8	25.0	24.0	23.9
MENDOZA	26.2	23.3	20.5	23.3
ENTRE RÍOS	19.5	23.6	25.1	22.9
SANTA CRUZ	19.4	24.1	22.9	22.1
LA PAMPA	17.0	23.8	23.4	21.4
CATAMARCA	22.5	24.2	13.7	20.0
CÓRDOBA	17.8	20.8	21.1	19.9
LA RIOJA	11.8	22.1	22.1	18.8
JUJUY	9.4	10.8	12.7	11.0
CAPITAL FEDERAL	10.6	8.6	8.3	9.2

Porcentaje de pacientes incidentes que comienzan DC con Subsidio Provincial, Incluir Salud y Sistema Público de Salud; en cada año y en el trienio

En las Tablas 21a, b, c y d se presentan las Tasas Brutas de **Incidencia** por Financiadore por Provincia del paciente para los años 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente. Se ordenaron de mayor a menor Tasa Bruta Total.

Las Tablas de cada año desde 2004 hasta 2009 se pueden consultar en las ediciones anteriores de este Registro ⁽⁴⁻¹³⁾.

Los pacientes que inician DC en el Hospital Público o con Incluir Salud o con Subsidio Provincial llamados "Subsidiados" varían en el porcentaje de acuerdo a la Provincia de Residencia. Como se observa en la Tabla 21e existe gran dispersión de valores. En el Trienio 2011-2013, 4 Provincias presentan valores superiores al 30%: Salta, Chaco, Tucumán y Tierra del Fuego En el otro extremo con menos del 20% se encuentran Capital Federal, La Rioja y Córdoba.

Se excluyen del análisis a Jujuy y Catamarca, porque los residentes carenciados de esas Provincias están cubiertos en su gran mayoría por la Obra Social Provincial.

En las Tablas 21f, g, h e i se muestran las Tasas Brutas de **Prevalencia puntual** por Financiador por Provincia de residencia del paciente para los años 2010, 11, 12 y 13, respectivamente. Están ordenadas de mayor a menor Tasa Bruta Total. Las Tablas de cada año desde 2004 hasta 2009 se pueden consultar en las ediciones anteriores de este Registro ⁽⁴⁻¹³⁾.

TABLA 21f. TASAS DE PREVALENCIA EN DC POR FINANCIADOR POR PROVINCIA DEL PACIENTE. AÑO 2010														
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	PROFE	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
NEUQUÉN	928.5	339.2	15.7	115.4	0.0	0.0	0.0	0.0	250.0	141.6	38.5	26.2	1.7	0.0
TUCUMÁN	922.0	192.7	9.4	55.1	0.0	0.0	0.0	0.0	323.0	262.6	64.5	14.8	0.0	0.0
MENDOZA	896.5	164.5	10.1	123.4	1.7	0.6	0.0	0.0	360.1	145.4	74.4	16.3	0.0	0.0
RÍO NEGRO	896.2	128.0	9.3	194.4	0.0	3.1	0.0	0.0	356.3	112.6	78.7	13.9	0.0	0.0
SAN LUIS	801.9	182.5	13.5	49.6	0.0	0.0	0.0	0.0	295.1	153.2	81.1	27.0	0.0	0.0
SAN JUAN	794.5	224.1	2.9	53.2	12.9	0.0	0.0	2.9	238.5	152.3	84.8	23.0	0.0	0.0
JUJUY	725.7	304.3	2.9	1.5	1.5	1.5	0.0	0.0	247.3	108.3	54.1	2.9	1.5	0.0
LA RIOJA	683.0	335.7	0.0	14.6	11.7	0.0	0.0	0.0	134.3	119.7	64.2	2.9	0.0	0.0
BUENOS AIRES	649.3	83.9	25.0	62.5	10.1	2.5	0.0	0.1	231.5	124.4	92.5	16.7	0.0	0.0
CÓRDOBA	644.8	121.6	8.9	67.3	1.8	0.9	0.0	0.9	277.5	86.9	60.2	19.0	0.0	0.0
CATAMARCA	643.4	352.2	0.0	39.7	0.0	0.0	0.0	0.0	150.9	66.2	29.1	5.3	0.0	0.0
SALTA	631.9	138.8	8.1	58.9	0.8	0.0	0.0	0.0	202.6	160.6	43.6	18.6	0.0	0.0
CHUBUT	621.3	99.3	17.5	60.4	1.9	0.0	0.0	0.0	190.9	132.4	105.2	13.6	0.0	0.0
SANTIAGO	613.0	182.0	0.0	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	188.8	188.8	31.8	13.6	0.0	0.0
CAPITAL FEDERAL	559.7	31.0	107.3	0.7	33.7	4.0	0.0	0.7	175.3	32.0	143.0	32.0	0.0	0.0
LA PAMPA	541.2	85.6	9.2	61.2	0.0	0.0	0.0	0.0	198.8	134.5	45.9	6.1	0.0	0.0
SANTA FE	536.2	84.1	14.4	57.1	15.7	3.4	0.0	0.0	214.6	66.6	68.4	11.4	0.0	0.6
TIERRA D. FUEGO	486.1	182.3	7.6	91.1	0.0	0.0	0.0	0.0	91.1	30.4	83.5	0.0	0.0	0.0
CHACO	466.7	129.6	3.7	81.5	2.8	0.0	0.0	0.0	120.4	100.0	20.4	8.3	0.0	0.0
CORRIENTES	462.8	76.6	3.9	47.2	0.0	0.0	0.0	0.0	165.1	112.0	36.4	21.6	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	452.4	94.0	6.4	38.2	0.0	0.8	0.0	0.0	158.5	84.4	49.4	20.7	0.0	0.0
FORMOSA	415.1	125.1	3.6	56.2	1.8	7.3	0.0	0.0	114.2	74.3	18.1	14.5	0.0	0.0
MISIONES	394.3	79.9	3.6	35.9	0.0	0.0	0.0	2.7	124.0	76.4	42.2	29.6	0.0	0.0
SANTA CRUZ	384.8	112.5	7.3	69.0	0.0	0.0	0.0	0.0	76.2	43.6	58.1	18.2	0.0	0.0
TOTAL	636.9	112.9	22.0	58.5	8.4	1.8	0.0	0.3	225.0	113.4	76.9	17.6	0.0	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud;
SEGSAL:Seguro de Salud; FINPRIV: Financiador Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial;
PPAGA: Prepaga

TABLA 21g. TASAS DE PREVALENCIA EN DC POR FINANCIADOR POR PROVINCIA DEL PACIENTE. AÑO 2011														
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	INCLUIR	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
TUCUMÁN	945.7	197.4	9.9	64.9	0.0	0.0	0.0	0.0	319.9	265.6	70.9	17.2	0.0	0.0
NEUQUÉN	931.7	324.9	17.2	94.5	0.0	0.0	0.0	0.0	247.5	175.3	39.5	32.7	0.0	0.0
RIO NEGRO	914.2	129.1	12.1	144.3	1.5	1.5	0.0	0.0	379.7	133.6	92.6	19.7	0.0	0.0
MENDOZA	879.1	143.0	14.5	96.8	1.1	0.6	0.0	0.0	362.8	172.5	69.0	18.9	0.0	0.0
SAN LUIS	850.3	164.3	11.1	46.6	0.0	0.0	0.0	0.0	326.4	193.1	75.5	33.3	0.0	0.0
SAN JUAN	820.3	224.2	2.8	65.3	8.5	0.0	0.0	0.0	232.7	168.9	86.6	31.2	0.0	0.0
LA RIOJA	719.4	351.1	0.0	17.3	5.8	0.0	0.0	0.0	143.9	112.2	60.4	28.8	0.0	0.0
CATAMARCA	697.2	364.3	2.6	28.8	0.0	0.0	0.0	0.0	157.3	102.2	34.1	7.9	0.0	0.0
JUJUY	686.0	293.2	4.3	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	208.0	124.2	44.8	10.1	0.0	0.0
BUENOS AIRES	653.3	81.0	24.5	52.6	9.1	2.6	0.0	0.1	232.6	137.8	92.0	21.1	0.1	0.0
CÓRDOBA	648.1	126.3	9.7	62.1	2.1	1.5	0.0	0.9	278.4	82.7	64.2	20.2	0.0	0.0
SALTA	647.0	152.6	8.7	55.6	0.0	0.0	0.0	0.0	204.3	167.7	36.6	21.5	0.0	0.0
SANTIAGO	635.7	180.0	1.1	13.5	0.0	0.0	0.0	0.0	185.6	202.5	31.5	21.4	0.0	0.0
CHUBUT	614.3	93.5	15.3	64.9	3.8	0.0	0.0	0.0	204.1	116.4	101.1	15.3	0.0	0.0
C.FEDERAL	571.6	29.7	105.8	1.0	36.6	4.6	0.0	0.3	167.5	30.0	152.3	43.8	0.0	0.0
LA PAMPA	554.1	106.0	18.2	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	205.9	139.3	42.4	9.1	0.0	0.0
SANTA FE	543.9	80.7	12.8	47.8	7.0	3.0	0.0	0.3	221.0	85.5	71.5	14.0	0.0	0.3
CORRIENTES	483.3	79.7	3.9	35.0	0.0	0.0	0.0	0.0	170.2	121.6	46.7	26.3	0.0	0.0
CHACO	480.5	129.0	2.7	76.0	0.9	0.0	0.0	0.0	120.8	120.8	22.9	7.3	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	445.3	94.6	6.3	29.2	1.6	0.8	0.0	0.0	154.5	92.2	47.3	18.9	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	442.0	169.4	7.4	51.6	0.0	0.0	0.0	0.0	88.4	58.9	58.9	7.4	0.0	0.0
SANTA CRUZ	436.0	123.1	14.1	52.7	0.0	3.5	0.0	0.0	123.1	56.3	49.2	14.1	0.0	0.0
MISIONES	415.5	80.6	6.2	28.3	6.2	0.9	0.0	0.0	134.7	85.9	40.8	31.9	0.0	0.0
FORMOSA	391.2	111.3	3.6	44.9	0.0	12.6	0.0	0.0	120.2	66.4	16.2	16.2	0.0	0.0
TOTAL	644.0	111.2	22.1	50.3	7.5	2.0	0.0	0.1	226.5	124.7	77.7	21.8	0.0	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud;
SEGSAL:Seguro de Salud; FINPRIV: Financiador Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial;
PPAGA: Prepaga

TABLA 21h. TASAS DE PREVALENCIA EN DC POR FINANCIADOR POR PROVINCIA DEL PACIENTE. AÑO 2012														
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	INCLUIR	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
NEUQUÉN	948.6	321.3	18.6	86.2	0.0	0.0	0.0	0.0	265.5	177.5	47.3	32.1	0.0	0.0
RIO NEGRO	933.2	128.6	12.0	167.5	1.5	1.5	0.0	0.0	384.3	119.6	95.7	22.4	0.0	0.0
TUCUMÁN	931.0	207.7	11.1	70.6	0.0	0.0	0.0	0.0	305.1	244.3	72.5	19.6	0.0	0.0
MENDOZA	878.2	142.9	13.7	91.8	1.1	0.0	0.0	0.0	358.9	175.9	75.8	18.1	0.0	0.0
SAN LUIS	871.0	151.0	6.6	54.7	0.0	0.0	0.0	0.0	332.7	203.5	83.2	39.4	0.0	0.0
SAN JUAN	817.4	228.5	2.8	63.1	5.6	0.0	0.0	1.4	229.9	176.7	77.1	32.2	0.0	0.0
LA RIOJA	771.7	337.6	0.0	22.7	5.7	0.0	0.0	0.0	175.9	136.2	68.1	25.5	0.0	0.0
JUJUY	717.3	303.7	7.1	1.4	0.0	1.4	0.0	0.0	212.5	132.6	49.9	8.6	0.0	0.0
CATAMARCA	703.2	378.8	2.6	33.7	0.0	0.0	0.0	0.0	150.5	98.6	31.1	7.8	0.0	0.0
SALTA	670.3	158.2	6.3	58.7	0.0	0.0	0.0	0.0	199.7	187.1	38.4	21.9	0.0	0.0
CÓRDOBA	670.0	126.9	11.6	58.0	1.2	1.4	0.0	0.3	288.3	97.4	63.8	21.2	0.0	0.0
BUENOS AIRES	661.0	81.1	23.1	50.8	8.8	2.4	0.0	0.1	234.5	142.3	94.4	23.5	0.1	0.0
SANTIAGO	657.8	181.4	0.0	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	192.5	218.1	35.6	24.5	0.0	0.0
CHUBUT	607.5	76.6	15.0	67.3	1.9	0.0	0.0	0.0	194.4	117.8	110.3	24.3	0.0	0.0
SANTA FE	571.7	84.8	14.2	53.1	6.3	3.6	0.0	0.6	238.1	85.1	67.3	18.1	0.0	0.3
C.FEDERAL	570.9	27.0	110.2	0.3	29.9	4.9	0.0	0.0	164.2	34.9	151.4	48.0	0.0	0.0
LA PAMPA	530.7	113.9	15.0	36.0	0.0	0.0	0.0	0.0	194.9	131.9	36.0	3.0	0.0	0.0
CORRIENTES	512.1	85.7	4.8	38.5	1.0	0.0	0.0	0.0	168.5	131.9	53.9	27.9	0.0	0.0
CHACO	473.2	125.8	1.8	72.4	0.0	0.0	0.0	0.0	109.5	129.4	23.5	10.9	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	471.9	178.8	7.2	57.2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.1	64.4	57.2	7.2	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	463.4	100.6	4.7	35.1	0.8	2.3	0.0	0.0	164.6	88.1	47.6	19.5	0.0	0.0
MISIONES	439.6	89.1	4.4	24.5	7.9	0.9	0.0	0.0	143.3	85.7	46.3	37.6	0.0	0.0
SANTA CRUZ	426.0	119.3	13.6	47.7	0.0	3.4	0.0	0.0	122.7	61.3	44.3	13.6	0.0	0.0
FORMOSA	408.7	108.4	1.8	51.5	0.0	8.9	0.0	0.0	120.8	80.0	17.8	19.5	0.0	0.0
TOTAL	655.1	112.5	21.8	50.2	6.7	2.0	0.0	0.1	229.2	129.3	79.2	24.0	0.0	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud;
SEGSAL: Seguro de Salud; FINPRIV: Financiador Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial;
PPAGA: Prepaga

TABLA 21i. TASAS DE PREVALENCIA EN DC POR FINANCIADOR POR PROVINCIA DEL PACIENTE. AÑO 2013														
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA													
	TOTAL	OSPRO	PPAGA	SUBPRO	PÚBLICO	MUTUAL	SEGSAL	FINPRIV	PAMI	INCLUIR	SSSAPE	OTRAOS	ART	DESC
NEUQUÉN	986.7	319.5	13.3	81.5	0.0	0.0	0.0	0.0	277.9	199.7	64.9	29.9	0.0	0.0
RIO NEGRO	939.9	135.5	10.3	132.6	1.5	2.9	0.0	0.0	409.5	141.4	89.9	16.2	0.0	0.0
TUCUMÁN	927.5	213.3	10.3	52.9	0.0	0.0	0.0	0.0	302.9	267.5	63.2	17.4	0.0	0.0
SAN LUIS	906.3	135.9	15.1	51.8	0.0	0.0	0.0	0.0	353.9	224.4	86.3	38.8	0.0	0.0
MENDOZA	884.5	146.6	14.7	78.2	0.0	0.0	0.0	0.0	366.5	185.7	76.6	16.3	0.0	0.0
SAN JUAN	838.1	234.1	6.9	49.9	2.8	0.0	0.0	0.0	241.1	203.6	69.3	30.5	0.0	0.0
LA RIOJA	730.0	358.0	0.0	8.4	5.6	0.0	0.0	0.0	134.3	137.1	61.5	25.2	0.0	0.0
SANTIAGO	719.0	188.3	1.1	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	212.5	238.9	46.2	28.6	0.0	0.0
JUJUY	709.7	295.7	2.8	1.4	1.4	1.4	0.0	0.0	192.9	149.3	59.1	5.6	0.0	0.0
CATAMARCA	706.5	395.6	2.6	18.0	0.0	0.0	0.0	0.0	164.4	84.8	33.4	7.7	0.0	0.0
CÓRDOBA	677.7	125.8	9.2	55.9	1.4	0.6	0.3	0.3	299.2	100.0	65.6	19.5	0.0	0.0
BUENOS AIRES	662.8	80.5	24.8	46.0	9.5	2.9	0.0	0.1	231.5	147.7	95.6	23.9	0.2	0.0
SALTA	658.2	142.0	6.9	58.6	0.0	0.0	0.0	0.0	189.1	202.2	37.8	21.6	0.0	0.0
CHUBUT	612.1	75.1	16.5	60.5	1.8	0.0	0.0	0.0	207.1	130.1	93.5	27.5	0.0	0.0
C.FEDERAL	571.3	26.9	108.1	0.7	30.6	4.9	0.0	0.0	168.9	36.1	150.8	44.0	0.3	0.0
SANTA FE	570.7	87.7	15.6	56.3	6.6	3.0	0.0	0.3	236.7	84.7	63.4	16.5	0.0	0.0
LA PAMPA	567.3	121.8	23.8	41.6	0.0	0.0	0.0	0.0	202.0	130.7	44.5	3.0	0.0	0.0
CORRIENTES	533.7	100.1	3.8	36.2	0.0	0.0	0.0	0.0	167.7	145.8	52.4	27.6	0.0	0.0
TIERRA D. FUEGO	527.8	201.4	20.8	83.3	0.0	0.0	0.0	0.0	90.3	62.5	62.5	6.9	0.0	0.0
CHACO	509.0	127.9	1.8	74.2	0.0	0.0	0.0	0.0	123.4	142.2	31.3	8.1	0.0	0.0
ENTRE RÍOS	479.5	102.7	7.7	38.6	0.0	2.3	0.0	0.0	180.7	86.5	44.8	16.2	0.0	0.0
SANTA CRUZ	476.2	129.0	6.6	43.0	0.0	3.3	0.0	0.0	138.9	76.1	62.8	16.5	0.0	0.0
MISIONES	466.6	99.2	6.0	31.0	14.7	0.9	0.0	0.0	148.3	92.3	37.1	37.1	0.0	0.0
FORMOSA	445.2	126.7	1.8	82.7	0.0	7.0	0.0	0.0	96.8	91.5	15.8	22.9	0.0	0.0
TOTAL	662.7	113.9	22.4	46.8	7.1	2.0	0.0	0.1	230.9	136.7	79.3	23.2	0.1	0.0

TASAS BRUTAS EN PACIENTES POR MILLÓN DE HABITANTES; SUBPRO :Subsidio Provincial; PÚBLICO: Sist.Público de Salud;
SEGSAL: Seguro de Salud; FINPRIV: Financiador Privado; OTRAOS: Otra Obra Social; DESC: Desconocida; OSPRO: Obra Social Provincial;
PPAGA: Prepaga

TABLA 21j. PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES SUBSIDIADOS. POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. AÑOS 2011-2013

PROVINCIA DEL PACIENTE	2011	2012	2013	PROMEDIO 2011-2013
CHACO	41.1	42.6	42.5	42.1
SALTA	34.5	36.7	39.6	37.0
TUCUMÁN	34.9	33.8	34.5	34.4
SANTIAGO	34.0	34.0	33.7	33.9
FORMOSA	28.4	32.2	39.1	33.5
CORRIENTES	32.4	33.5	34.1	33.4
LA PAMPA	31.1	31.6	30.4	31.0
CHUBUT	30.1	30.8	31.4	30.8
BUENOS AIRES	30.5	30.5	30.7	30.6
MENDOZA	30.8	30.6	29.8	30.4
RÍO NEGRO	30.6	30.9	29.3	30.3
SAN JUAN	29.6	30.0	30.6	30.1
SAN LUIS	28.2	29.6	30.5	29.5
TOTAL PAÍS	28.3	28.4	28.8	28.5
MISIONES	29.0	26.8	29.6	28.5
NEUQUÉN	29.0	27.8	28.5	28.4
ENTRE RÍOS	27.6	26.8	26.1	26.8
TIERRA D. FUEGO	25.0	25.8	27.6	26.2
SANTA FE	25.8	25.3	25.9	25.6
SANTA CRUZ	25.0	25.6	25.0	25.2
CÓRDOBA	22.7	23.4	23.2	23.1
LA RIOJA	18.8	21.3	20.7	20.3
JUJUY	18.1	18.7	21.4	19.4
CATAMARCA	18.8	18.8	14.5	17.4
CAPITAL FEDERAL	11.8	11.4	11.8	11.7

Porcentaje de pacientes prevalentes puntuales que realizan DC con Subsidio Provincial, Incluir Salud y Sistema Público de Salud; en cada año y en el trienio

Los pacientes prevalentes puntuales en DC en el Hospital Público o con Incluir Salud o con Subsidio Provincial llamados "Subsidiados" varían en el porcentaje de acuerdo a la Provincia de Residencia. Se observa en la Tabla 21j que existe gran dispersión de valores, como vimos en Incidentes. En el Trienio 2011-2013, 6 Provincias presentan valores iguales o superiores al 33%: Chaco, Salta, Tucumán, Santiago del Estero, Formosa y Corrientes. En el otro extremo con menos de 25% se encuentran Capital Federal, La Rioja y Córdoba.

Se excluyen del comentario a Jujuy y Catamarca, porque los residentes carenciados de esas Provincias están cubiertos en su gran mayoría por la Obra Social Provincial.

En el Gráfico 46 observamos los porcentajes de prevalentes puntuales Subsidiados de cada Provincia para el trienio 2011-2013, mostrándose el porcentaje total de la población subsidiada y los parciales por cada uno de los 3 tipos de financiadores que lo componen. Las cifras aparecen sin decimales.

En Santiago del Estero, Salta, Tucumán, Chaco y Corrientes se observan los mayores porcentajes de Incluir Salud; los menores en Capital, Tierra del Fuego, Catamarca, Córdoba y Río Negro.

Los mayores porcentajes de Subsidio Provincial lo presentan Río Negro, Chaco, Formosa, Tierra del Fuego y Santa Cruz; los menores Capital, Santiago del Estero, La Rioja y San Luis.

Por último en muy pocas Provincias se asisten en Hospitales Públicos sus residentes; en orden de importancia: Capital Federal, Misiones, Buenos Aires y Santa Fe (únicas Provincias con porcentajes mayores a la media Nacional). En 10 Provincias no se asisten sus residentes en Hospitales Públicos en el trienio 2011-2013: Formosa, Salta, Tierra del Fuego, Santa Cruz, Neuquén, La Pampa, Tucumán, San Luis, Catamarca y Santiago del Estero.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal) presenta los mejores valores de variables, cualesquiera de ellas se trate. En Incidencia y Prevalencia por Financiadores presenta el más bajo porcentaje de "Subsidiados", entre el 9 y 12%. Esto significa que prácticamente el 90% de su población en DC tiene cobertura de alguna Obra Social o Prepaga; por lejos las tasas más elevadas de Prepagas en DC la presentan los residentes de Capital.

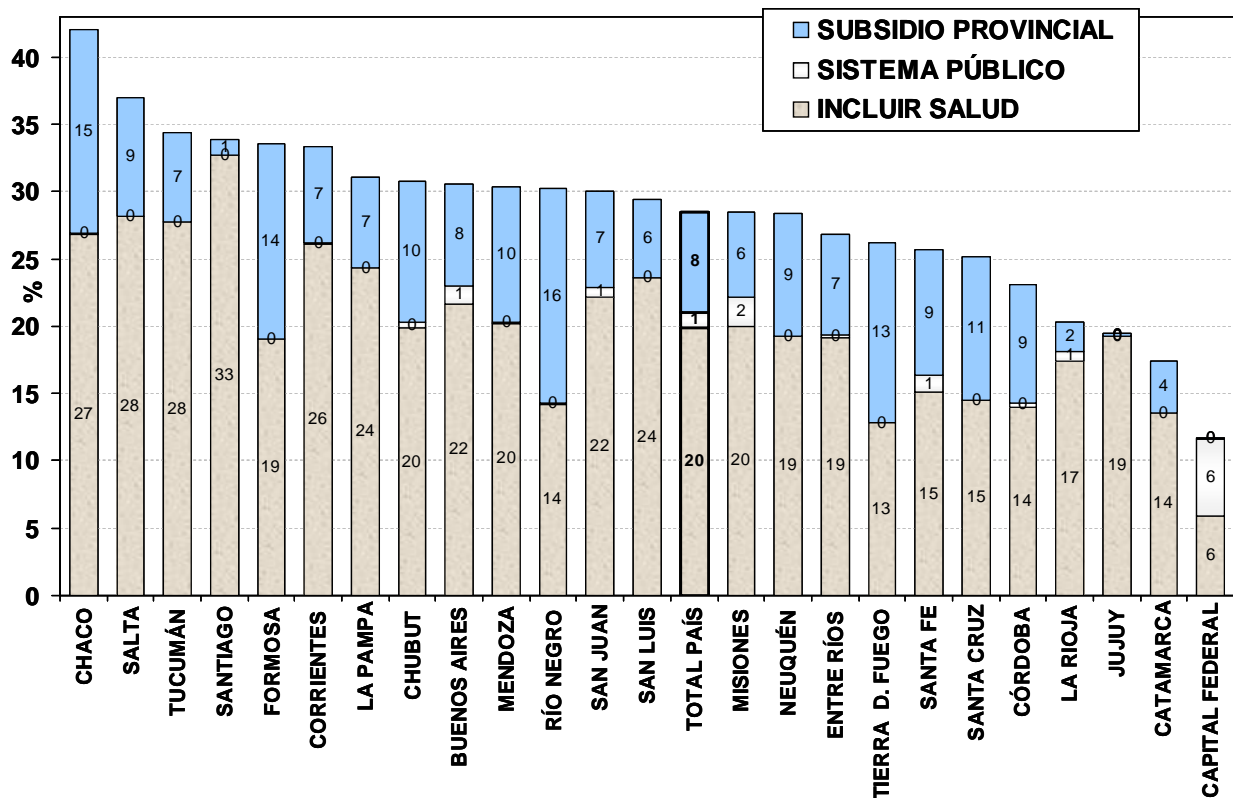


GRÁFICO 46: PORCENTAJE DE PREVALENTES SUBSIDIADOS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PACIENTE. TRIENIO 2011-2013

Referencias

1. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2013.
2. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013. Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucaai2012_informe2013.pdf
3. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
4. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2011. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_san_incucai.php
5. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 1). P.7-62. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
6. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010.

Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 2). P.71-127. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf

7. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Nefrología Argentina, Vol. 7, Nº 1 supl., p. 7-98, 2009.
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
9. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica – Período 2004-2006. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
10. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2006. Informe 2008. Nefrología Argentina, Vol. 6, Nº 2 supl., p.12-97, 2008. Disponible en <http://www.nefrologiaargentina.org.ar/resultados.php?t=3&IdRevista=22#>
11. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro de pacientes en Diálisis crónica en Argentina 2004-2005. Nefrología Argentina, Vol. 6 Nro 1, supl., p.9-64, 2008
12. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis 04-05. Disponible en www.san.org.ar/regi-dc.php
13. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis Crónica 04-05 publicado por INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación. Setiembre de 2008.

7. Causas de Egreso de DC

Respuesta

En 2005 se les realizó DC a 26.976 pacientes y en 2013 a 34.647 en Argentina. En el último año se asistieron en DC 7.671 personas más que hace 9 años, configurando un 28% de crecimiento.

El crecimiento interanual del número de prevalentes anuales en el período 2005-2013 fue del 3.18%; mientras que el crecimiento interanual del número de prevalentes puntuales fue algo menor: 2.85 %. En la Tabla 22a vemos la composición de estas poblaciones en consideración a la respuesta final en cada uno de los años.

TABLA 22a : RESPUESTA FINAL AL TRATAMIENTO DIALÍTICO CRÓNICO.									
CANTIDAD DE PACIENTES (Nº)									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PACIENTES TRATADOS EN EL AÑO (PREVALENTES ANUALES)	26976	28283	29683	30277	31359	32038	32661	33556	34647
VIVOS EN DIÁLISIS CRÓNICA AL 31/12 (PREVALENTES PUNTALES)	22333	23306	24218	24778	25448	25979	26572	27341	27966
EGRESADOS DE TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO	4643	4977	5465	5499	5911	6059	6089	6215	6681
EGRESADOS POR MUERTE	3387	3593	4061	4017	4579	4504	4424	4516	4964
EGRESADOS POR OTRAS CAUSAS	1256	1384	1404	1482	1332	1555	1665	1699	1717

Tasas de Egreso de DC por causas

Se analizan los egresos definitivos por cada una de las causas primarias. Se trata de pacientes que no vuelven a DC el año en cuestión. Las cantidades por categoría se presentan en la Tabla 22b.

TABLA 22b: PACIENTES EGRESADOS DE DC									
CANTIDAD DE PACIENTES (Nº)									
CAUSA DE EGRESO PRIMARIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MUERTE	3387	3593	4061	4017	4579	4504	4424	4516	4964
TRASPLANTE RENAL	709	797	880	945	939	1032	1039	1110	1139
RECUPERACIÓN DE FUNCIÓN RENAL	138	143	125	154	137	161	209	197	194
INTERRUPCIÓN POR PACIENTE/FAMILIAR	108	125	128	127	79	150	182	164	179
CAMBIO DE CENTRO (SIN NUEVO CENTRO)	242	251	198	185	128	149	168	156	115
INTERRUPCIÓN POR MÉDICO	36	48	58	48	19	40	55	44	60
TRASLADO AL EXTERIOR	23	20	15	23	30	23	12	28	30
TOTAL DE PERDIDOS	4643	4977	5465	5499	5911	6059	6089	6215	6681

La cantidad de pacientes perdidos entre 2005 y 2013 aumentó el 43.9 %, fundamentalmente por mayor número de Fallecidos y Trasplantados: 46.6 % aumentó el número de fallecidos y 60.6 % el número de egresados por trasplante renal entre 2005 y 2013.

Presentamos las tasas de Egresados de DC por 100 Paciente-años de exposición al riesgo (100 P/AER) para cada Causa de egreso definitivo de DC en cada año desde 2005 hasta 2013. (Tabla 22c y Gráfico 47).

Egreso definitivo de DC por Muerte aumentó desde 2005 hasta el año 2009, bajando en 2010, 2011 y 2012 y volviendo a elevarse en 2013 (Crecimiento 2005-2013: 13.7%). Mayor fue el crecimiento de la Tasa de Egreso por Trasplante renal (2005-2013: 24.4%).

Se trata de tasas brutas sin ajustar, por lo que no podemos realizar demasiadas inferencias. En Egresos por Trasplante y en Mortalidad estas tasas se ajustan por Edad, Sexo y Nefropatía Diabética y entonces sí podremos extraer mejores conclusiones.

TABLA 22c: PACIENTES EGRESADOS DE DC									
TASAS EN PACIENTES PERDIDOS POR 100 P/AER									
CAUSA DE EGRESO PRIMARIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MUERTE	15.65	15.70	17.55	16.36	18.20	17.46	16.77	16.62	17.80
TRASPLANTE RENAL	3.28	3.48	3.80	3.85	3.73	4.00	3.94	4.08	4.08
RECUPERACIÓN DE FUNCIÓN RENAL	0.64	0.62	0.54	0.63	0.54	0.62	0.79	0.72	0.70
INTERRUPCIÓN POR PACIENTE/FAMILIAR	0.50	0.55	0.55	0.52	0.31	0.58	0.69	0.60	0.64
CAMBIO DE CENTRO (SIN NUEVO CENTRO)	1.12	1.10	0.86	0.75	0.51	0.58	0.64	0.57	0.41
INTERRUPCIÓN POR MÉDICO	0.17	0.21	0.25	0.20	0.08	0.16	0.21	0.16	0.22
TRASLADO AL EXTERIOR	0.11	0.09	0.06	0.09	0.12	0.09	0.05	0.10	0.11
TOTAL	21.45	21.75	23.62	22.39	23.49	23.49	23.09	22.87	23.95
PACIENTE AÑOS DE EXPOSICIÓN AL RIESGO	21648	22883	23138	24560	25160	25799	26373	27176	27891

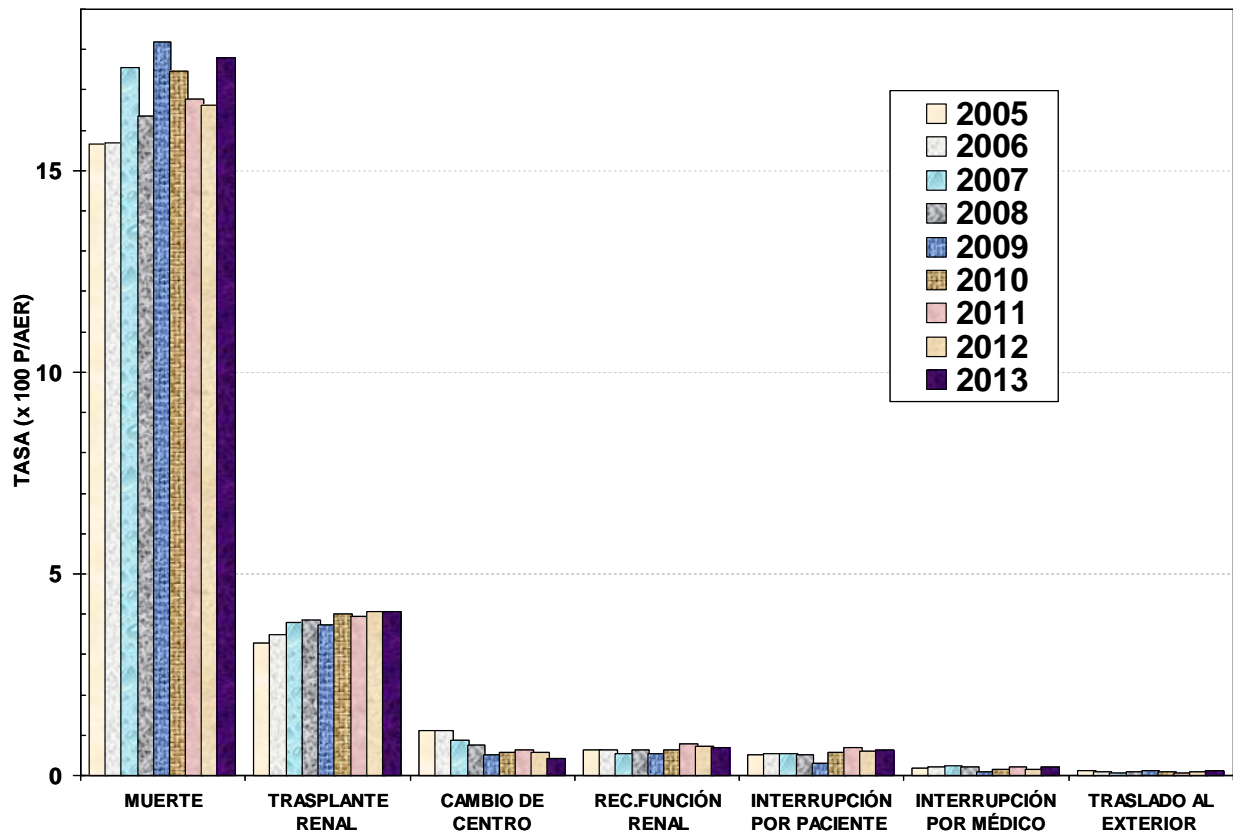


GRÁFICO 47: TASAS CRUDAS DE EGRESO DE DIÁLISIS CRÓNICA POR CAUSAS PRIMARIAS

Debemos aclarar que se realizaron 27 trasplantes renales más en 2005, 55 más en 2006, 46 más en 2007, 53 más en 2008, 119 más en 2009, 108 más en 2010, 60 más en 2011, 48 más en 2012 y 76 más en 2013 que los descriptos en la Tabla 22b; pero los receptores, o bien fallaron sus injertos y volvieron a DC dentro del año del trasplante, o bien murieron estando trasplantados, o como después se verá fueron trasplantados sin ingresar a DC (Trasplante anticipado).

La tasa bruta Total de Egreso definitivo de DC en 2005 fue de 21.45 y en 2013 de 23.95 pacientes por 100 P/AER, siendo significativa la diferencia, siendo la tasa más elevada desde 2005. Esto expresa que casi 24 pacientes salieron de tratamiento de cada 100 que recibieron DC en 2013 en Argentina.

Haremos algunos comentarios de las Causas de Egreso, excepción del Trasplante y la Muerte las que serán analizadas en sus respectivos Capítulos.

Traslado al Exterior: Pocos cambios existieron: en los años transcurridos entre 12 y 30 pacientes eligieron ese camino; las tasas resultaron muy bajas, siendo la última de 0.11 pacientes perdidos por 100 P/AER, por lo que se deduce que 1 de cada 1000 pacientes lo hace.

Interrupción del tratamiento por parte del Médico: No es considerado muerte del paciente desde la creación de nuestro Registro al no poderse confirmar si el paciente continúa vivo o falleció. Para el año 2013 fueron 60 casos representando 0.22 perdidos por 100 P/AER (2 pacientes por 1000).

Interrupción del tratamiento por parte del Paciente/Familiar: Se mantiene estable en los años transcurridos; en 2013 la tasa resultó en 0.64 pacientes por 100 P/AER.

Recuperación de la función renal: Se trata de personas que estaban en DC y egresaron con esta causa primaria sin retornar en ese año a DC; la Tasa desde 2005 hasta 2013 osciló entre 0.54 y 0.79 perdidos por 100 P/AER, siendo la del último año 0.70. En definitiva, aproximadamente 1 de cada 140 pacientes recuperó función renal en 2013.

Cambio de Centro sin registro en Otro Centro: Fue muy significativo el decrecimiento de esta Tasa entre 2005 y 2013: desde 1.12 hasta 0.41 perdidos por 100 P/AER.

La principal causa secundaria en Egreso por cambio de Centro sin registro en nuevo Centro es por Decisión del paciente, representado el 39.1% del total para el año 2013; en segundo lugar es Por otras causas con el 28.7%, la tercera por Cambio de Domicilio con el 26.1%. Por Vacaciones el 3.5 % y solo el 2.6% lo hace por Cambio de Financiador; todos los porcentajes corresponden al año 2013. Si sumamos todas, nos encontramos que el 97% de estos pacientes cambia de centro por propia decisión o por necesidades de traslado a otro sitio. La falta de registro en otro Centro puede deberse, en algunos casos, a reingresos de estos pacientes a DC en Centros que no reportan al SINTRA, en este caso sería del 0.41 % del total de Centros de Argentina en 2013, si consideramos a todos los pacientes egresados por esta causa primaria.

No obstante, seguimos pensando que el Cambio de Centro sin registro en un nuevo Centro, la Interrupción/abandono del Tratamiento por parte del Paciente y/o Familia, así como también la Interrupción por el Médico y Traslado al exterior son Causas de Egreso que podrían incluir la Muerte del paciente, determinando un subregistro de esta última causa.

8. Mortalidad en DC

Evaluaremos en extensión la Mortalidad de la Población total y subpoblaciones de DC de Argentina del año 2013; las compararemos con la Mortalidad total y subpoblaciones de los años anteriores. Se consideran para la evaluación de la Mortalidad a todos los pacientes que recibieron tratamiento dialítico crónico (expuestos) en parte o todo el año, por lo que a los prevalentes del año anterior se le suman los reingresos o ingresos a DC.

En los 12 meses transcurridos entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 2013 se produjeron 4964 fallecimientos de pacientes que estaban en DC al momento del deceso.

Constatamos que la Sumatoria de paciente años de exposición al riesgo (P/AER) en 2013 fue de 27981.37 resultando en una Tasa de Mortalidad Bruta en DC de Argentina para el 2013 de 17.80 Muertos por 100 P/AER que resulta de $(4964/27981.37)*100$.

La tasa mostró un importante crecimiento desde 15.65 en 2005 hasta 15.70 en 2006 y en 17.55 en 2007, decreciendo a 16.36 en 2008; pero volviéndose a elevar a 18.20 en 2009, decreciendo en 2010 a 17.46, más en 2011 con 16.77 y aún más en 2012 con 16.62. En 2013 se produce un nuevo crecimiento llegando a 17.80 Muertos por 100 P/AER. Desde 2009 hasta 2012 se observó una disminución constante de la tasa, para finalmente revertirse en 2013. Claro que esto es en general y se debe pormenorizar, porque existen factores que influyen notablemente la mortalidad y 3 de ellos, los más importantes, la Edad, el Sexo y la presencia Nefropatía Diabética como causa de IRD serán considerados para el ajuste.

Tablas de Mortalidad en DC de 2013 por Edad, Sexo y Etiología

Presentamos a continuación las Tablas de Mortalidad bruta de Argentina 2013. Para consultar las Tablas de los años previos, referimos a los lectores a las anteriores ediciones de este Registro ⁽¹⁻¹²⁾. En primer término, sin ajustes, veremos la Mortalidad Total y diferentes Sexos (Tabla 23), luego Mortalidad Total y Etiologías (Nefropatía Diabética y Otras Etiologías) en Tabla 24; por último las que conjugan a todas: Mortalidad Total, Mujeres con Nefropatía Diabética o no y Varones con Nefropatía Diabética o no (Tabla 25). Todas se presentan en grupos de 5 años de edad.

TABLA 23. MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN EN DC DE ARGENTINA 2013.									
EDAD	TODOS			MUJERES			VARONES		
	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTAS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA
0-4	4	42.0	9.5	3	16.5	18.2	1	25.5	3.9
5-9	1	73.0	1.4	0	33.9	0.0	1	39.1	2.6
10-14	7	140.3	5.0	6	69.7	8.6	1	70.6	1.4
15-19	14	285.2	4.9	6	138.8	4.3	8	146.4	5.5
20-24	21	591.0	3.6	11	307.9	3.6	10	283.1	3.5
25-29	48	931.6	5.2	23	451.2	5.1	25	480.4	5.2
30-34	56	1242.1	4.5	27	549.9	4.9	29	692.2	4.2
35-39	61	1431.3	4.3	26	633.3	4.1	35	798.1	4.4
40-44	88	1647.9	5.3	36	709.0	5.1	52	938.9	5.5
45-49	177	1921.3	9.2	73	868.9	8.4	104	1052.4	9.9
50-54	258	2364.4	10.9	103	1069.5	9.6	155	1294.8	12.0
55-59	468	3038.1	15.4	199	1304.4	15.3	269	1733.8	15.5
60-64	693	3674.8	18.9	292	1588.6	18.4	401	2086.2	19.2
65-69	783	3399.4	23.0	317	1421.0	22.3	466	1978.4	23.6
70-74	760	2878.5	26.4	327	1237.6	26.4	433	1640.9	26.4
75-79	710	2097.2	33.9	269	849.9	31.7	441	1247.3	35.4
80-84	506	1385.0	36.5	189	573.8	32.9	317	811.2	39.1
85-89	235	635.0	37.0	77	260.2	29.6	158	374.8	42.2
90-94	68	104.3	65.2	25	45.9	54.4	43	58.3	73.7
95-99	4	7.9	50.5	2	1.9	107.9	2	6.1	33.0
100-104	2	1.3	152.3	2	0.3	638.6	0	1.0	0.0
TOTAL	4964	27981.37	17.80	2013	12132.03	16.59	2951	15759.34	18.73

MUERTOS: Cantidad de pacientes fallecidos; P/AER: Paciente años de exposición al riesgo
 EDAD: Edad en años. TASA : Muertos por 100 paciente años de exposición al riesgo

La Mortalidad cruda 2013 resultó en 17.80 Muertos por 100 P/AER con un IC 95% de 17.31-18.30.

TABLA 24. MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN EN DC DE ARGENTINA 2013.									
EDAD	TODOS			OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA		
	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA
0-4	4	42.0	9.5	4	42.0	9.5			
5-9	1	73.0	1.4	1	73.0	1.4			
10-14	7	140.3	5.0	7	140.3	5.0			
15-19	14	285.2	4.9	14	285.2	4.9			
20-24	21	591.0	3.6	19	578.5	3.3	2	12.5	16.0
25-29	48	931.6	5.2	40	867.0	4.6	8	64.6	12.4
30-34	56	1242.1	4.5	44	1136.6	3.9	12	105.5	11.4
35-39	61	1431.3	4.3	46	1300.7	3.5	15	130.6	11.5
40-44	88	1647.9	5.3	68	1457.2	4.7	20	190.7	10.5
45-49	177	1921.3	9.2	122	1593.0	7.7	55	328.3	16.8
50-54	258	2364.4	10.9	138	1765.3	7.8	120	599.1	20.0
55-59	468	3038.1	15.4	239	1973.4	12.1	229	1064.8	21.5
60-64	693	3674.8	18.9	348	2179.7	16.0	345	1495.0	23.1
65-69	783	3399.4	23.0	394	1949.0	20.2	389	1450.3	26.8
70-74	760	2878.5	26.4	459	1821.6	25.2	301	1056.9	28.5
75-79	710	2097.2	33.9	486	1509.2	32.2	224	588.0	38.1
80-84	506	1385.0	36.5	376	1085.0	34.7	130	300.0	43.3
85-89	235	635.0	37.0	194	531.3	36.5	41	103.7	39.5
90-94	68	104.3	65.2	61	95.3	64.0	7	8.9	78.4
95-99	4	7.9	50.5	4	7.9	50.5			
100-104	2	1.3	152.3	2	1.3	152.3			
TOTAL	4964	27891.37	17.80	3066	20392.54	15.03	1898	7498.83	25.31

MUERTOS: Cantidad de pacientes fallecidos; P/AER: Paciente años de exposición al riesgo
 EDAD: Edad en años. TASA : Muertos por 100 paciente años de exposición al riesgo

TABLA 25. MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN EN DC DE ARGENTINA 2013															
EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
	MUERTOS	P/AER	TASA	OTRAS ETIOLOGÍAS			N.DIABÉTICA			OTRAS ETIOLOGÍAS			N.DIABÉTICA		
				MUERTAS	P/AER	TASA	MUERTAS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA
0-4	4	42.0	9.5	3	16.5	18.2				1	25.5	3.9			
5-9	1	73.0	1.4	0	33.9	0.0				1	39.1	2.6			
10-14	7	140.3	5.0	6	69.7	8.6				1	70.6	1.4			
15-19	14	285.2	4.9	6	138.8	4.3				8	146.4	5.5			
20-24	21	591.0	3.6	10	300.1	3.3	1	7.9	12.7	9	278.4	3.2	1	4.6	21.6
25-29	48	931.6	5.2	20	406.4	4.9	3	44.8	6.7	20	460.6	4.3	5	19.8	25.3
30-34	56	1242.1	4.5	22	499.0	4.4	5	50.9	9.8	22	637.7	3.5	7	54.5	12.8
35-39	61	1431.3	4.3	16	577.4	2.8	10	55.9	17.9	30	723.3	4.1	5	74.7	6.7
40-44	88	1647.9	5.3	31	627.3	4.9	5	81.7	6.1	37	829.9	4.5	15	109.0	13.8
45-49	177	1921.3	9.2	58	750.2	7.7	15	118.7	12.6	64	842.8	7.6	40	209.6	19.1
50-54	258	2364.4	10.9	53	851.6	6.2	50	218.0	22.9	85	913.7	9.3	70	381.1	18.4
55-59	468	3038.1	15.4	105	892.1	11.8	94	412.3	22.8	134	1081.3	12.4	135	652.5	20.7
60-64	693	3674.8	18.9	143	935.9	15.3	149	652.6	22.8	205	1243.8	16.5	196	842.4	23.3
65-69	783	3399.4	23.0	137	773.3	17.7	180	647.7	27.8	257	1175.8	21.9	209	802.7	26.0
70-74	760	2878.5	26.4	186	737.1	25.2	141	500.5	28.2	273	1084.5	25.2	160	556.4	28.8
75-79	710	2097.2	33.9	171	574.3	29.8	98	275.6	35.6	315	934.9	33.7	126	312.3	40.3
80-84	506	1385.0	36.5	134	440.7	30.4	55	133.1	41.3	242	644.3	37.6	75	166.9	44.9
85-89	235	635.0	37.0	62	205.6	30.1	15	54.5	27.5	132	325.6	40.5	26	49.1	52.9
90-94	68	104.3	65.2	21	41.4	50.7	4	4.5	88.4	40	53.9	74.2	3	4.4	68.2
95-99	4	7.9	50.5	2	1.9	107.9				2	6.1	33.0			
100-104	2	1.3	152.3	2	0.3	638.6				0	1.0	0.0			
TOTAL	4964	27891.37	17.80	1188	8873.21	13.39	825	3258.82	25.32	1878	11519.33	16.30	1073	4240.01	25.31

MUERTOS: Cantidad de pacientes fallecidos; P/AER: Paciente años de exposición al riesgo
 EDAD: Edad en años. TASA : Muertos por 100 paciente años de exposición al riesgo

Comparación de la Tasa de Mortalidad 2013 con la de años anteriores Todos

En el Gráfico 48 observamos los respectivos valores de las Tasas de Mortalidad sin ajustar (brutas) desde el año 2005 hasta el año 2013. Las Tasas se presentan en Muertos por 100 P/AER, con sus respectivos IC95%.

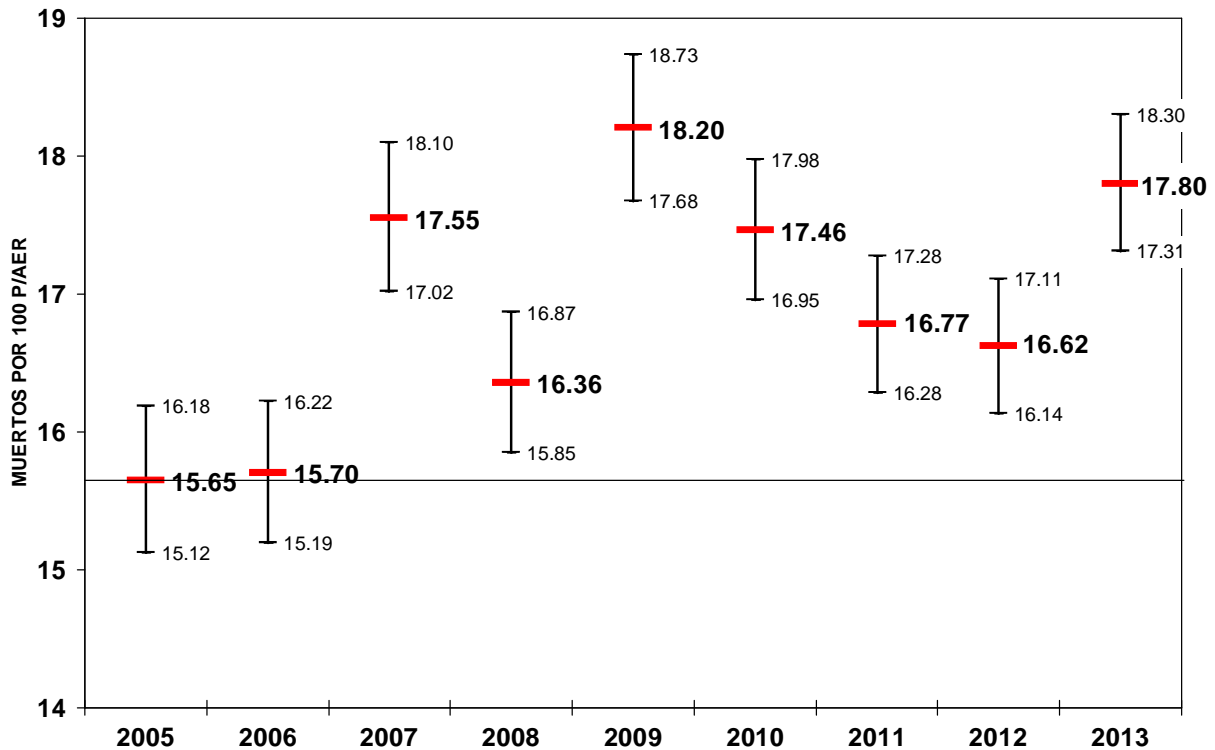


GRÁFICO 48. MORTALIDAD EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA . TASAS BRUTAS . INCIDENTES MÁS PREVALENTES, TODAS LAS MODALIDADES.
 Tasas en Muertos por 100 paciente-años al riesgo, con Intervalo de Confidencia del 95%

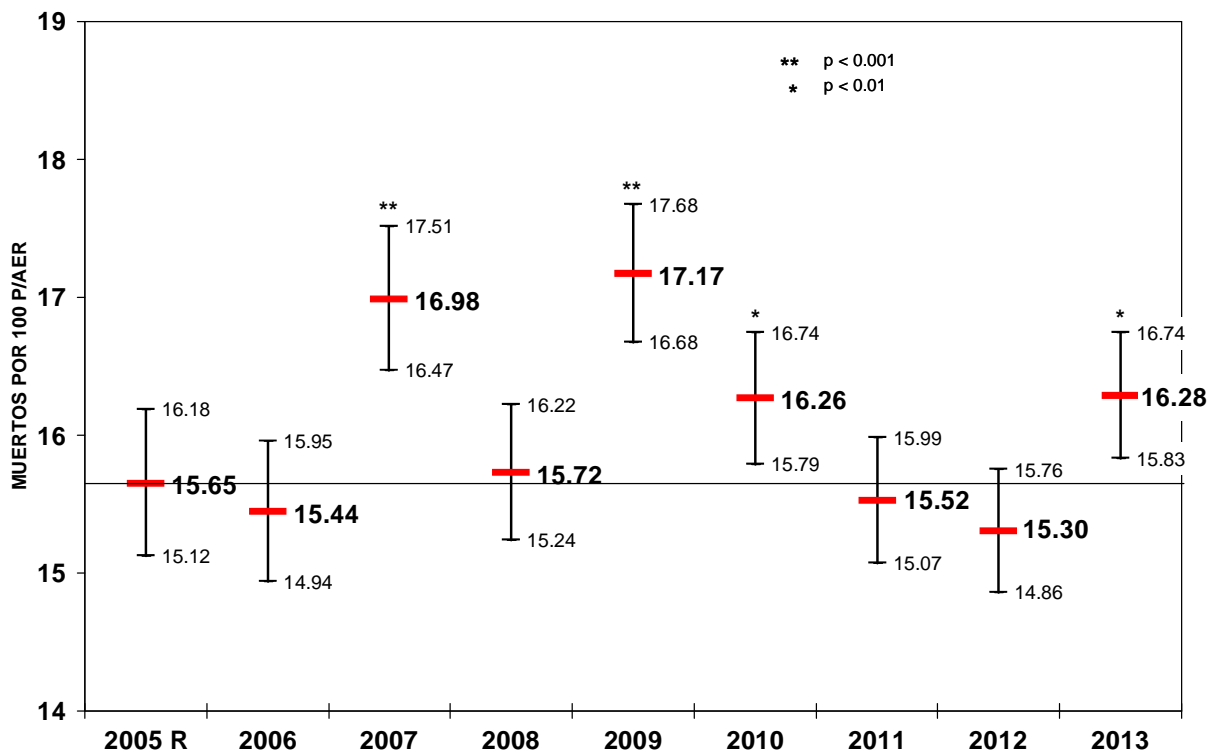


GRÁFICO 49: MORTALIDAD EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA . TASAS AJUSTADAS POR EDAD, SEXO Y ETIOLOGÍAS. INCIDENTES MÁS PREVALENTES, TODAS LAS MODALIDADES. REFERENCIA MORTALIDAD 2005.
 Tasas en Muertos por 100 paciente-años al riesgo, con Intervalo de Confidencia del 95%

Al realizar la Estandarización indirecta de la Mortalidad, tomando como Referente la Mortalidad de 2005 y ajustando por Edad, Sexo y Etiología encontramos que la Mortalidad de 2007, 2009, 2010 y 2013 resultan significativamente mayores a la de 2005. Mientras que la Mortalidad de 2006, 2011 y 2012 menores a la referente, pero sin mostrar significación estadística (Gráfico 49).

En el Gráfico 50 con la Relación de Mortalidad estandarizada (RME) se puede observar que la Mortalidad del año 2009 fue 10% mayor a la del año 2005 y la del año 2010 el 4% mayor a la referente, ambas diferencias son significativas: $p=0.000$ y $p=0.007$, respectivamente. La Mortalidad del año 2011 resultó 1% menor, sin significación ($p=0.298$), la del año 2012, 2% menor aunque no significativa ($p=0.058$) y la del año 2013, resultó 4% significativamente mayor que la referente ($p=0.004$).

Si comparamos la Mortalidad de 2013 con la de 2012, el aumento es del 6.6% en 1 año (RME: 1.066; Chi^2 de 20.27; $p=0.000$).

Por lo tanto, concluimos que existió una significativa reducción de la Mortalidad ajustada desde 2009 hasta 2012, con posterior y significativo aumento en 2013.

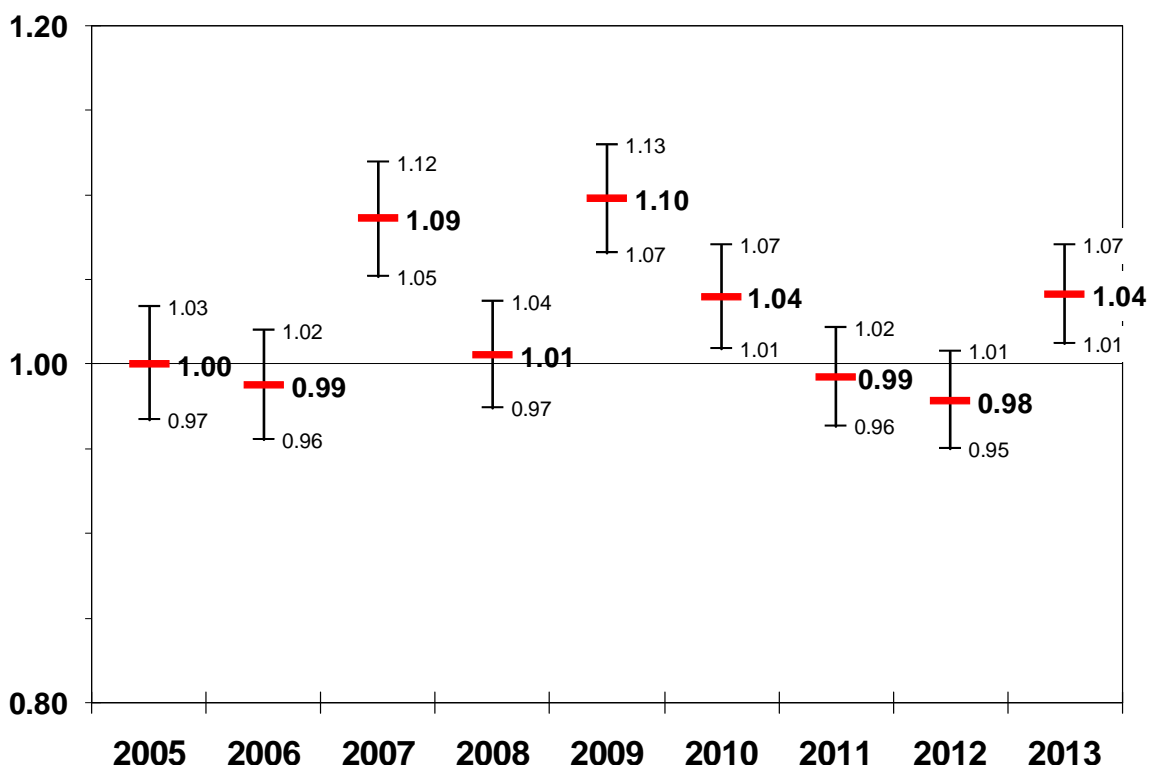


Gráfico 50: Relación de Mortalidad estandarizada por edad, sexo y etiologías
Con Intervalo de Confidencia del 95% para la RME. Mortalidad en DC en Argentina . Incidentes más prevalentes, todas las modalidades. Referencia Mortalidad 2005.

Las tasas por grupos quinquenales de Edad de 2012, ajustadas por Edad, Sexo y Etiologías se presentan en la Tabla 26a y Gráfico 51a, respectivamente. La referente es la Mortalidad del año 2005. Los grupos de 95-99 y 100-104 se tratan juntos como 95 o más.

En la comparación 2013-2005, encontramos diferencia significativa a favor de 2005 (menor mortalidad en 2005) en 7 grupos etarios: 25-29, 45-49, 55-59, 60-64, 75-79, 80-84 y 90-94. A favor de 2013, solamente en 3 grupos: 40-44, 50-54 y 85-89; en los demás las diferencias no fueron significativas. Claramente, como se había expuesto antes, entre 2005 y 2013 existió una diferencia significativa al ajustar en general y aquí se demuestra mayor Mortalidad 2013 con respecto a 2005 en más grupos etarios.

TABLA 26a. TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC EN ARGENTINA POR 100 P/AER POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD CON INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%									
EDAD	2013			2005			DIFERENCIA 2013-2005		
	TASA	L.INF	L.SUP	TASA	L.INF	L.SUP	χ^2	P	
0-4	14.34	3.86	36.72	7.16	0.80	25.87	1.13	NS	
5-9	1.44	0.02	7.99	1.48	0.02	8.25	0.21	NS	
10-14	4.94	1.98	10.18	4.35	1.40	10.14	0.02	NS	
15-19	5.04	2.75	8.46	3.85	1.76	7.30	0.74	NS	
20-24	3.12	1.93	4.77	2.57	1.36	4.39	0.61	NS	
25-29	5.21	3.84	6.91	2.22	1.36	3.43	35.72	<0.001	
30-34	4.68	3.53	6.07	3.97	2.85	5.39	1.33	NS	
35-39	4.28	3.27	5.50	4.38	3.26	5.75	0.01	NS	
40-44	5.07	4.06	6.24	6.18	4.91	7.68	3.31	< 0.05	
45-49	8.91	7.65	10.33	7.58	6.34	9.00	4.45	< 0.05	
50-54	10.43	9.19	11.78	12.00	10.55	13.60	4.98	< 0.05	
55-59	14.99	13.66	16.41	13.11	11.74	14.60	8.25	< 0.005	
60-64	18.12	16.80	19.52	16.90	15.33	18.59	3.30	< 0.05	
65-69	22.10	20.58	23.71	20.94	19.15	22.84	2.25	NS	
70-74	25.51	23.73	27.39	26.89	24.75	29.16	2.05	NS	
75-79	33.40	30.98	35.95	29.41	26.84	32.15	11.36	< 0.001	
80-84	35.44	32.41	38.66	32.53	28.97	36.40	3.62	< 0.05	
85-89	37.07	32.48	42.12	48.11	40.36	56.91	15.83	< 0.001	
90-94	64.40	50.01	81.64	48.27	29.47	74.55	5.36	< 0.05	
95 o +	54.66	14.70	139.94	42.01	4.72	151.67	0.06	NS	
TODOS	16.28	15.83	16.74	15.65	15.12	16.18	7.89	< 0.005	

EDAD: En años. Tasas de 2013 y 2005 ajustadas por sexo y presencia de Nefropatía Diabética por Estandarización indirecta; Referencia Tasas de Mortalidad 2005 ; L.SUP: Límite Superior del Int.de Confianza del 95% para la Tasa. L.INF: Límite inferior del Int. de Confianza del 95% para la Tasa.

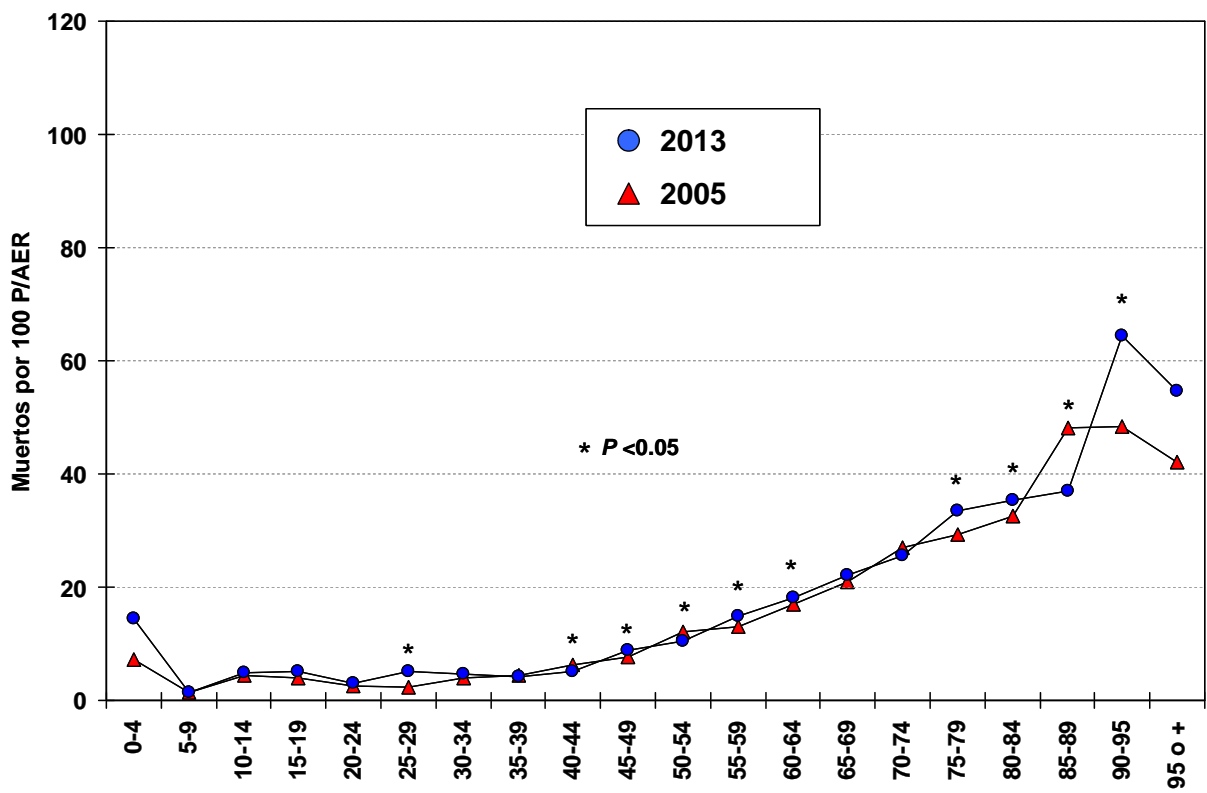


GRÁFICO 51a : TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC POR 100 P/AER POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD
Ajustadas por Sexo y Etiología. Referente Mortalidad 2005

TABLA 26b. TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC EN ARGENTINA POR 100 P/AER POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD CON INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%								
EDAD	2013			2012			DIFERENCIA 2013-2012	
	TASA	L.INF	L.SUP	TASA	L.INF	L.SUP	χ^2	P
0-4	8.65	2.33	22.14	10.17	2.74	26.04	0.01	NS
5-9	1.34	0.02	7.44	4.14	0.83	12.08	0.82	NS
10-14	4.95	1.98	10.21	2.19	0.44	6.39	3.77	<0.05
15-19	4.91	2.68	8.24	2.02	0.74	4.40	10.36	<0.001
20-24	3.49	2.16	5.33	3.97	2.55	5.91	0.25	NS
25-29	5.20	3.83	6.90	2.13	1.28	3.33	39.46	<0.001
30-34	4.59	3.47	5.96	4.20	3.14	5.49	0.37	NS
35-39	4.29	3.28	5.51	5.25	4.10	6.63	2.34	NS
40-44	5.20	4.17	6.41	7.08	5.82	8.54	8.21	<0.005
45-49	9.20	7.89	10.66	8.87	7.58	10.31	0.20	NS
50-54	10.91	9.62	12.32	11.42	10.11	12.86	0.51	NS
55-59	15.41	14.05	16.88	14.88	13.52	16.34	0.55	NS
60-64	18.94	17.56	20.41	16.59	15.28	17.99	12.01	<0.001
65-69	22.88	21.30	24.54	21.26	19.70	22.91	4.12	<0.05
70-74	26.33	24.49	28.27	24.80	22.99	26.73	2.66	NS
75-79	33.81	31.37	36.39	29.87	27.59	32.29	10.77	<0.005
80-84	36.61	33.49	39.94	32.82	29.84	36.01	5.93	<0.05
85-89	37.04	32.46	42.10	41.33	36.21	46.97	2.72	<0.05
90-94	64.10	49.77	81.26	50.67	38.06	66.11	3.52	<0.05
95 o +	55.15	9.89	94.13	91.99	36.85	189.54	3.03	<0.05
TODOS	17.72	17.23	18.22	16.62	16.14	17.11	20.27	<0.001

EDAD: En años. Tasas de 2013 y 2012 ajustadas por sexo y presencia de Nefropatía Diabética por Estandarización indirecta; Referencia Tasas de Mortalidad 2012 ; L.SUP: Limite Superior del Int.de Confianza del 95% para la Tasa. L.INF: Limite inferior del Int. de Confianza del 95% para la Tasa.

Las tasas por grupos quinquenales de Edad de 2013, ajustadas por Edad, Sexo y Etiologías se presentan en la Tabla 26b y Gráfico 51b. La referente es la Mortalidad del año 2012. Los grupos de 95-99 y 100-104 se tratan juntos como 95 o más.

En la comparación 2013-2012, encontramos diferencia significativa a favor de 2012 (menor mortalidad en 2012) en los 8 grupos: 10-14, 15-19, 25-29, 60-64, 65-69, 75-79, 80-84 y 90-94. A favor de 2013, solamente en 3 grupos: 40-44, 85-89 y 95 o más; en los demás las diferencias no fueron significativas.

En más grupos estarios se constata significativa mayor mortalidad en 2013.

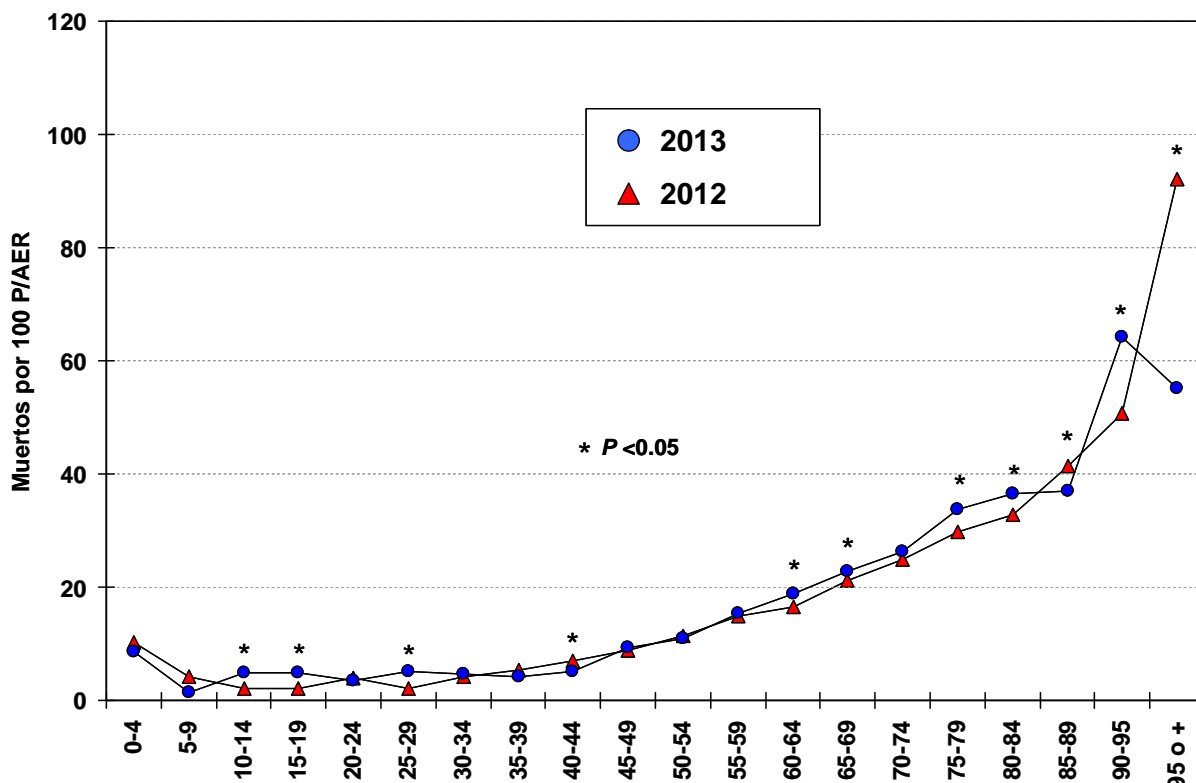


GRÁFICO 51b : TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC POR 100 P/AER POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD
Ajustadas por Sexo y Etiología. Referente Mortalidad 2012

Mortalidad en DC de pacientes con Nefropatía Diabética y Otras Etiologías

Comparamos por estandarización indirecta la Mortalidad de los pacientes con causa de ingreso Nefropatía Diabética (DBT) de 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 con la de los DBT 2005, ajustando por edad y sexo, siendo la referente esta última (Tabla 27a).

Constatamos que existió un significativo descenso de la mortalidad entre 2005-2006 del 4.9%, un aumento significativo del 5.5% en 2007, un descenso no significativo del 2.5 % en 2008 y mayor mortalidad no significativa en 2009 y 2010 de 0.7 y 0.9%, respectivamente. Pero en los años 2011, 2012 y 2013 encontramos 6-7% de significativa menor mortalidad para los 3 años, con respecto a la referente, llegando a ser las Tasas ajustadas más bajas de los últimos 9 años. Concluimos que la Mortalidad del paciente DBT en DC disminuyó notoriamente en el último Trienio.

AÑO	TASA BRUTA			TASA AJUSTADA			COMPARACIÓN	
	TASA	L.INF	L.SUP	TASA	L.INF	L.SUP	χ^2	P
2005	25.93	24.51	27.41	25.93	24.51	27.41	Referente	
2006	24.75	23.43	26.13	24.65	23.33	26.02	3.31	<0.05
2007	27.65	26.28	29.07	27.34	25.99	28.75	4.28	<0.05
2008	25.67	24.40	27.00	25.29	24.03	26.59	0.92	NS
2009	26.83	25.56	28.14	26.11	24.88	27.39	0.08	NS
2010	27.25	26.00	28.55	26.17	24.96	27.41	0.14	NS
2011	25.03	23.86	26.25	24.07	22.94	25.24	9.39	< 0.005
2012	24.93	23.79	26.11	24.01	22.91	25.15	10.46	< 0.005
2013	25.31	24.18	26.48	24.30	23.22	25.42	7.92	< 0.005

Tasas de Mortalidad de pacientes con Etiología de ingreso Nefropatía Diabética de los años 2005 hasta 2013 ajustadas por sexo y edad por Estandarización indirecta; Referencia Tasas de Mortalidad pacientes con Etiología de ingreso Nefropatía Diabética 2005 ; L.SUP: Límite Superior del Int.de Confianza del 95% para la Tasa. L.INF: Límite inferior del Int. de Confianza del 95% para la Tasa.

Comparamos por estandarización indirecta la Mortalidad de los pacientes con Otras Etiologías diferentes a Nefropatía Diabética (NO DBT) de 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 con la de los NO DBT 2005, ajustando por edad y sexo, siendo la referente esta última (Tabla 27b).

Constatamos que existió un ascenso no significativo de la mortalidad entre 2005-2006 del 1.0 %, un aumento muy significativo del 10.5% en 2007, un ascenso no significativo del 2.3 % en 2008 y mayor mortalidad muy significativa en 2009 y 2010 de 15.6 y 5.8%, respectivamente. En 2011, resultó un 3.5% significativamente mayor, en 2012 el 1% mayor pero no significativo y en 2013 el 12% mayor y muy significativa con respecto a la referente. Concluimos que la Mortalidad del paciente NO DBT en DC mostró cifras elevadas entre 2007 y 2013.

AÑO	TASA BRUTA			TASA AJUSTADA			COMPARACIÓN	
	TASA	L.INF	L.SUP	TASA	L.INF	L.SUP	χ^2	P
2005	12.72	12.18	13.27	12.72	12.18	13.27	Referente	
2006	12.97	12.44	13.51	12.82	12.30	13.36	0.15	NS
2007	14.37	13.82	14.94	14.05	13.51	14.61	25.10	< 0.001
2008	13.39	12.87	13.92	13.01	12.50	13.53	1.24	NS
2009	15.35	14.80	15.92	14.70	14.17	15.24	60.74	< 0.001
2010	14.15	13.62	14.69	13.45	12.95	13.97	8.65	<0.005
2011	13.89	13.37	14.42	13.16	12.67	13.66	3.13	<0.05
2012	13.63	13.12	14.15	12.91	12.43	13.40	0.58	NS
2013	15.03	14.51	15.58	14.19	13.70	14.71	36.99	< 0.001

Tasas de Mortalidad de pacientes con Etiología de ingreso diferente a Nefropatía Diabética de los años 2005 hasta 2013 ajustadas por sexo y edad por Estandarización indirecta; Referencia Tasas de Mortalidad pacientes con Etiología de ingreso diferente a Nefropatía Diabética 2005 ; L.SUP: Límite Superior del Int.de Confianza del 95% para la Tasa. L.INF: Límite inferior del Int. de Confianza del 95% para la Tasa.

De acuerdo a lo observado, los DBT son mayormente responsables de la menor Mortalidad general vista en 2011 y 2012, mientras que los No DBT son responsables de la mayor Mortalidad general observada en 2013.

En el Gráfico 52a se muestran las Tasas ajustadas de Mortalidad por edad y sexo en pacientes con Nefropatía Diabética y sin ella desde 2005 hasta 2013. La referencial en el Gráfico es la Mortalidad 2005 de ambas subpoblaciones.

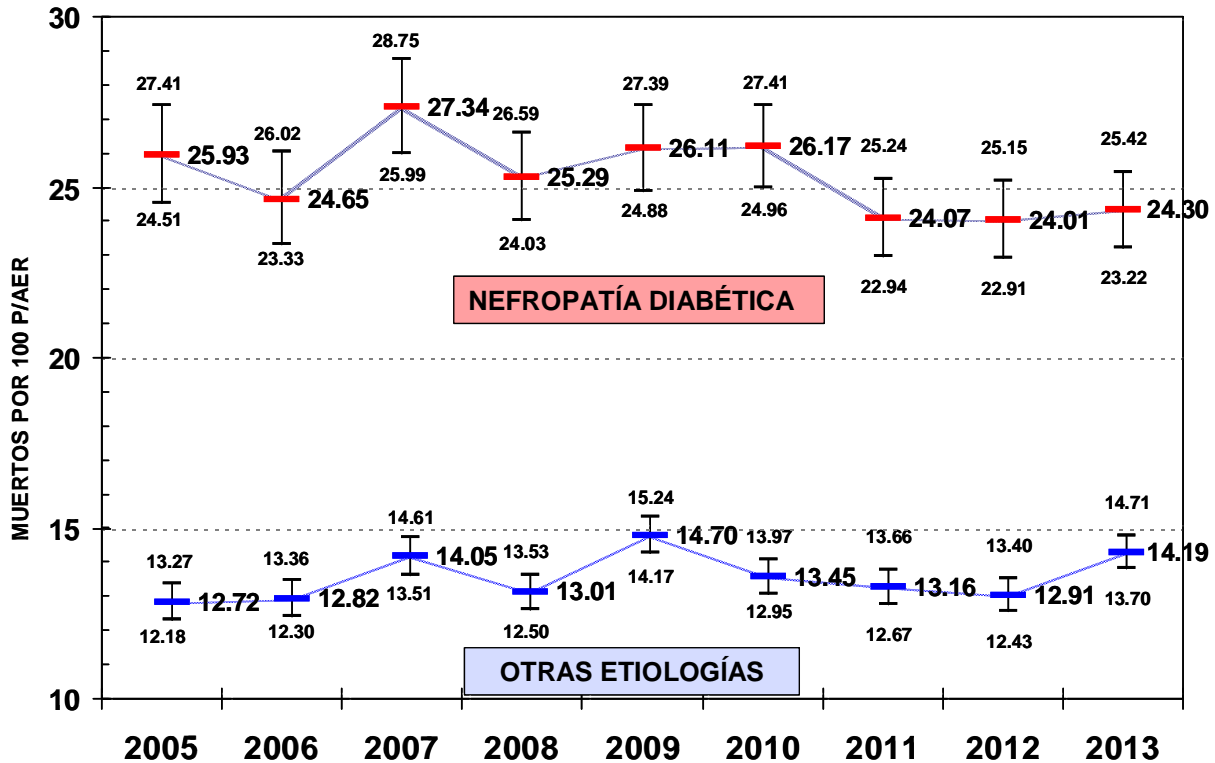


GRÁFICO 52a: MORTALIDAD EN DIÁLISIS CRÓNICA EN PACIENTES CON N. DIABÉTICA Y OTRAS ETIOLOGÍAS. TASAS AJUSTADAS POR EDAD Y SEXO CON INTERVALO DE CONFIDENCIA DEL 95%. INCIDENTES MÁS PREVALENTES, TODAS LAS MODALIDADES. REFERENCIA MORTALIDAD 2005 EN CADA GRUPO.

Una conclusión inmediata y falaz evaluando las tasas de DBT y NO DBT indica que los DBT presentaron 104% de mayor mortalidad que los NO DBT en 2005, 92% mayor en 2006, 93% mayor en 2007, 94% mayor en 2008, 78% mayor en 2009, 95% mayor en 2010, 83% mayor en 2011, 86% mayor en 2012 y 71% mayor en 2013. El rango en estos años fue de 71-104%.

Se trata de poblaciones diferentes en edad y sexo, por lo que para constatar realmente la diferencia entre sus tasas debemos compararlas ajustando por estos factores influyentes. Las tasas de mortalidad de ambas subpoblaciones muestran muy significativas diferencias en uno u otro año, pero no son tan elevadas como en la comparación bruta:

En el gráfico 52b observamos que ajustando por edad y sexo, en cada año siempre los DBT presentan significativa mayor mortalidad, pero las cifras fueron cambiando: En 2005 el 74%, en 2006-2007 el 62%, en 2008 el 65%, en 2009 el 51%, en 2010 el 61%, en 2011 el 50%, en 2012 el 58% y en 2013 el 40% de mayor mortalidad. El rango en estos años fue de 40-74% de mayor mortalidad de los DBT. En todos los años las diferencias son muy significativas ($p=0.000$); pero mucho menores que si tomamos las tasas crudas. La diferencia en la Mortalidad de ambas subpoblaciones tiende a disminuir con el paso de los años. Considerando las Tasas desde el año 2005, la tendencia indicaría una Mortalidad para los DBT de 20.2 Muertos por 100 P/AER y para el NoDBT de 17.1 Muertos por 100 P/AER para el año 2025. Entonces veríamos mucho más estrecha la diferencia en el futuro (Gráfico 52c).

Estas comparaciones son directas (una población frente a otra) siendo referente la de los NO DBT de cada año, por lo que los valores aquí encontrados son diferentes a los que se obtienen cuando se las compara con una referente que involucra a la estudiada, como veremos en la evaluación de la Mortalidad de las diferentes Etiologías de IRD.

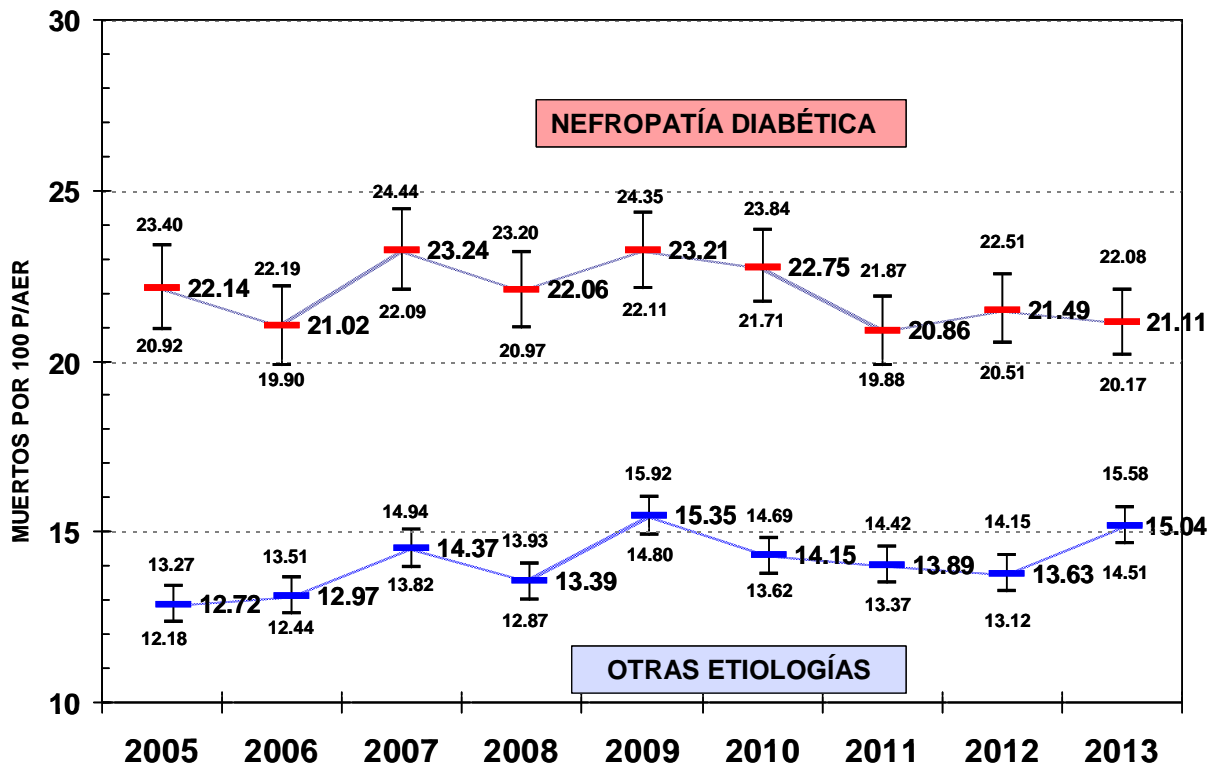


GRÁFICO 52b: MORTALIDAD EN DIÁLISIS CRÓNICA EN PACIENTES CON N. DIABÉTICA Y OTRAS ETIOLOGÍAS. TASAS AJUSTADAS POR EDAD Y SEXO CON INTERVALO DE CONFIDENCIA DEL 95%. INCIDENTES MÁS PREVALENTES, TODAS LAS MODALIDADES. REFERENCIA MORTALIDAD DE OTRAS ETIOLOGÍAS EN CADA AÑO.

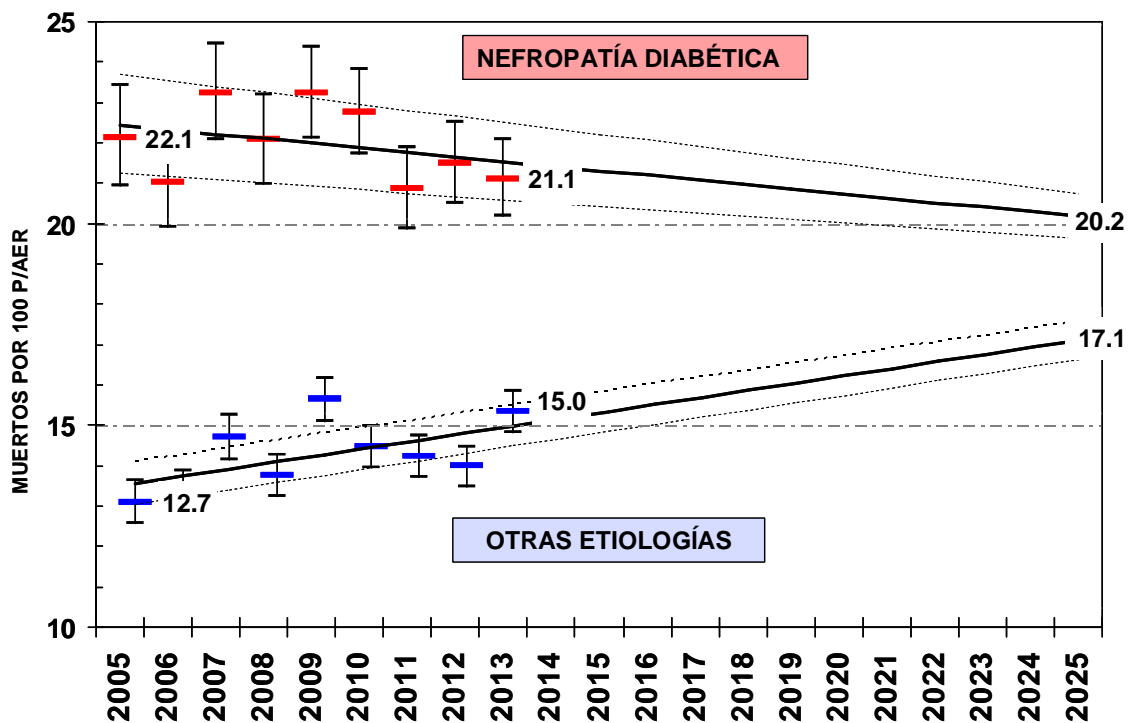


GRÁFICO 52c: PROYECCIONES DE LA MORTALIDAD AJUSTADA EN DIÁLISIS CRÓNICA EN PACIENTES CON N. DIABÉTICA Y OTRAS ETIOLOGÍAS.

Importancia del Género en la Mortalidad en DC.

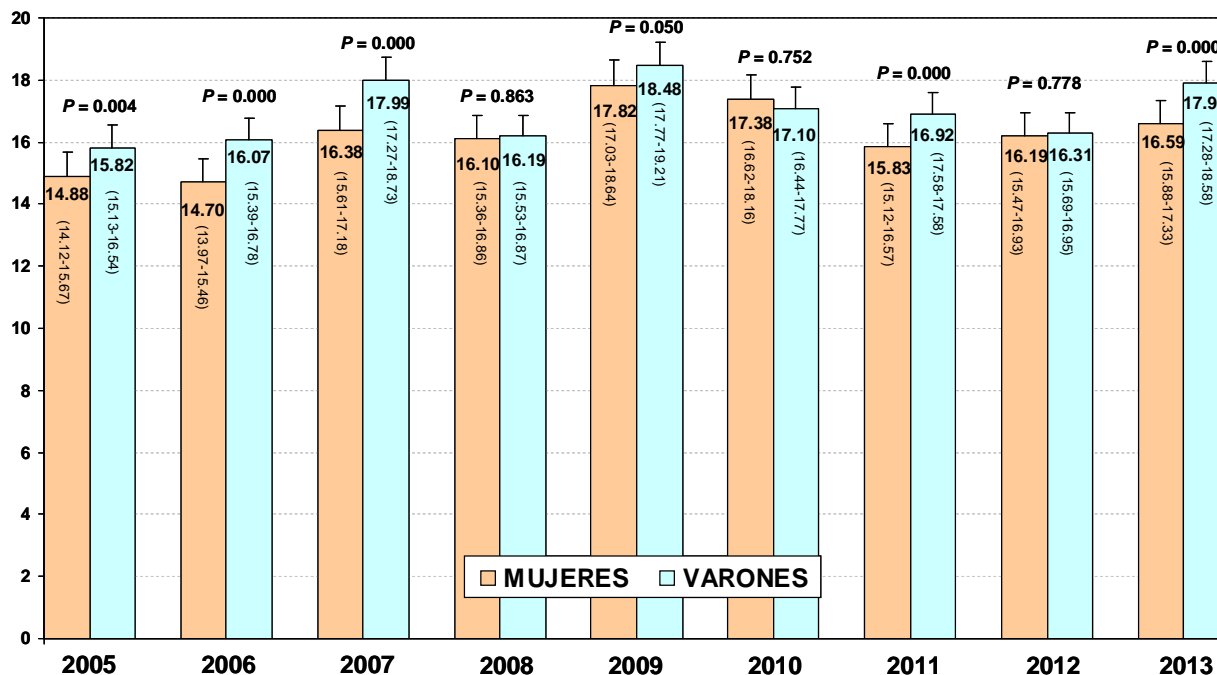


GRÁFICO 53: TASAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN EN DC EN ARGENTINA DIFERENTES SEXOS. DESDE 2005 HASTA 2013.

Tasas ajustadas por Edad y DBT, Referente Mortalidad de Mujeres en cada año; Todas las modalidades en prevalentes e incidentes. Tasas en Muertos por 100 paciente-años de exposición al riesgo con Intervalo de Confianza del 95% (entre paréntesis)

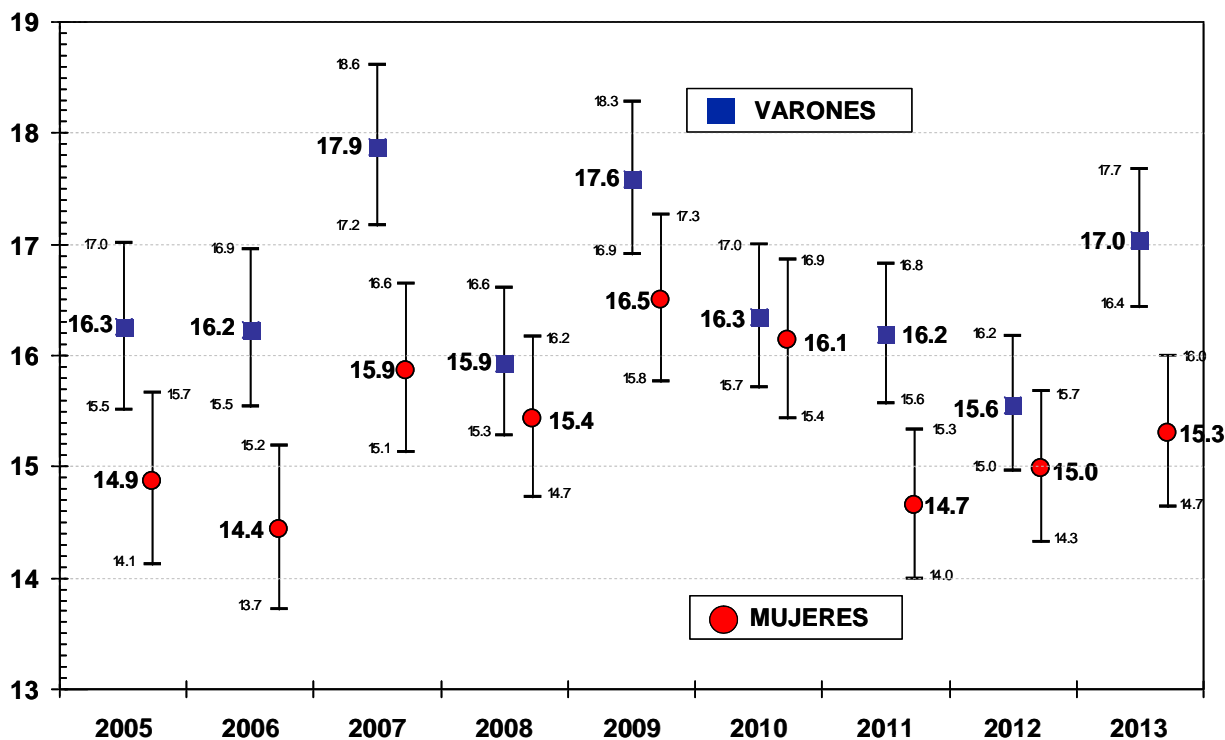


GRÁFICO 54: MORTALIDAD EN DIÁLISIS CRÓNICA EN MUJERES Y VARONES. TASAS AJUSTADAS POR EDAD Y ETIOLOGÍAS CON INTERVALO DE CONFIDENCIA DEL 95% . INCIDENTES MÁS PREVALENTES, TODAS LAS MODALIDADES. REFERENCIA MORTALIDAD 2005 EN CADA GÉNERO. TASAS EN MUERTOS POR 100 P/AER

Comparamos la Mortalidad de ambos géneros ajustando por edad y etiologías para cada año desde 2005 hasta 2013, siendo la referente la Mortalidad de las Mujeres en cada año. En 8 de los 9 años evaluados los varones presentan mayor mortalidad que las mujeres, siendo significativa la diferencia en 6 de ellos; solamente en el año 2010 las mujeres presentan mayor mortalidad pero sin significación. Concluimos que los varones ajustando por edad y etiología presentan mayor mortalidad que las mujeres en DC en Argentina en los últimos 9 años. Se observan las Tasas de ambos sexos en cada año, sus IC95% y la *P* correspondiente en el Gráfico 53.

Mostramos la evolución de la Mortalidad en cada subpoblación en el Gráfico 54, comparando la Mortalidad de varones y mujeres con las referentes en cada sexo del año 2005, por estandarización indirecta ajustando por edad y etiología. Si bien existieron elevaciones y descensos, algunos muy significativos entre años, en 2013 los varones presentaron una tasa 4.8 % significativamente mayor a la referente de 2005 (χ^2 de 6.43; $p < 0.05$). Las Mujeres en 2013 presentaron una Tasa 2.9 % mayor y no significativa a la del año 2005 (χ^2 de 1.64).

De acuerdo a lo evaluado hasta aquí, la subpoblación de varones NoDBT es la que más contribuyó al aumento de la Mortalidad general en el año 2013.

Mortalidad en DC en Diferentes Etiologías de IRD

En la Tabla 28a se presentan las diferentes Tasas de Mortalidad (Muertos por 100 P/AER) en pacientes en DC agrupados por Etiologías de IRD para el año 2013; se ordenan de menor a mayor tasa ajustada por edad y sexo. Incluyen Prevalentes e Incidentes en ambas modalidades dialíticas.

Los portadores de Poliquistosis renal presentaron la más baja mortalidad ajustada desde 2005 hasta 2007, siendo superados por los pacientes con Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) desde el año 2008, aunque los primeros mantienen la más significativa de todas en casi todos los años. Como en todos los años anteriores, los pacientes con Glomerulonefritis y No Filiada (Desconocida) presentan significativa menor mortalidad que la estándar.

TABLA 28a. TASAS DE MORTALIDAD EN DC EN ARGENTINA 2013 EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS									
REFERENCIA : MORTALIDAD DC ARGENTINA 2013 EN DIFERENTES SEXOS POR GRUPOS DE 10 AÑOS. SIGNIFICACIÓN									
ETIOLOGÍA	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	IC95%		RME	IC95%		χ^2	P
SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO	2.64	8.29	2.67	19.34	0.47	0.15	1.09	2.55	NS
POLIKUISTOSIS RENAL	9.84	10.31	8.82	11.98	0.58	0.50	0.67	51.57	<0.001
GLOMERULONEFRITIS	8.55	12.99	11.49	14.64	0.73	0.65	0.82	26.78	<0.001
NEFRITIS TÚBULO INTERSTICIAL	12.10	13.56	10.42	17.35	0.76	0.59	0.98	4.44	<0.05
DESCONOCIDA	13.60	15.36	14.26	16.52	0.86	0.80	0.93	15.68	<0.001
NEFROANGIOESCLEROSIS	22.44	17.25	16.30	18.24	0.97	0.92	1.02	1.19	NS
NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA	18.94	17.75	15.77	19.92	1.00	0.89	1.12	0.00	NS
NEFROPATÍA LÚPICA	8.20	19.31	13.86	26.20	1.09	0.78	1.47	0.20	NS
NEFROPATÍA DIABÉTICA	25.31	22.05	21.07	23.07	1.24	1.18	1.30	87.28	<0.001
AMILOIDOSIS	31.74	34.82	19.47	57.43	1.96	1.09	3.23	6.09	<0.05
MIELOMA	52.10	37.22	25.92	51.76	2.09	1.46	2.91	18.85	<0.001

Tasas en Muertos por 100 paciente-años de exposición al riesgo; Prevalentes más Incidentes en ambas modalidades; Tasas ajustadas por Edad y Sexo. IC95%: Intervalo de confianza del 95%. RME: Relación de Mortalidad Estandarizada

La Nefropatía Diabética no es la etiología con mayor mortalidad aunque sí con las más significativa, por presentar la mayor cantidad de pacientes en DC; vemos que presenta una RME de 1.24 (24% mayor) comparada con la de Todos los pacientes de Argentina en 2013 que incluye a los DBT, la cuál es bastante diferente a la RME de 1.40 (40% mayor) que surge de compararla solamente con los No Diabéticos 2013. La Amiloidosis y el Mieloma son las etiologías que presentan mayor mortalidad ajustada desde el año 2005.

Las tasas ajustadas de cada etiología y la de la media nacional para el año 2013 se representan en el Gráfico 55.

En la Tabla 28b se muestra la evolución de las tasas ajustadas en las diferentes etiologías desde 2005 hasta 2013. Se ordenan de menor a mayor Mortalidad ajustada 2013.

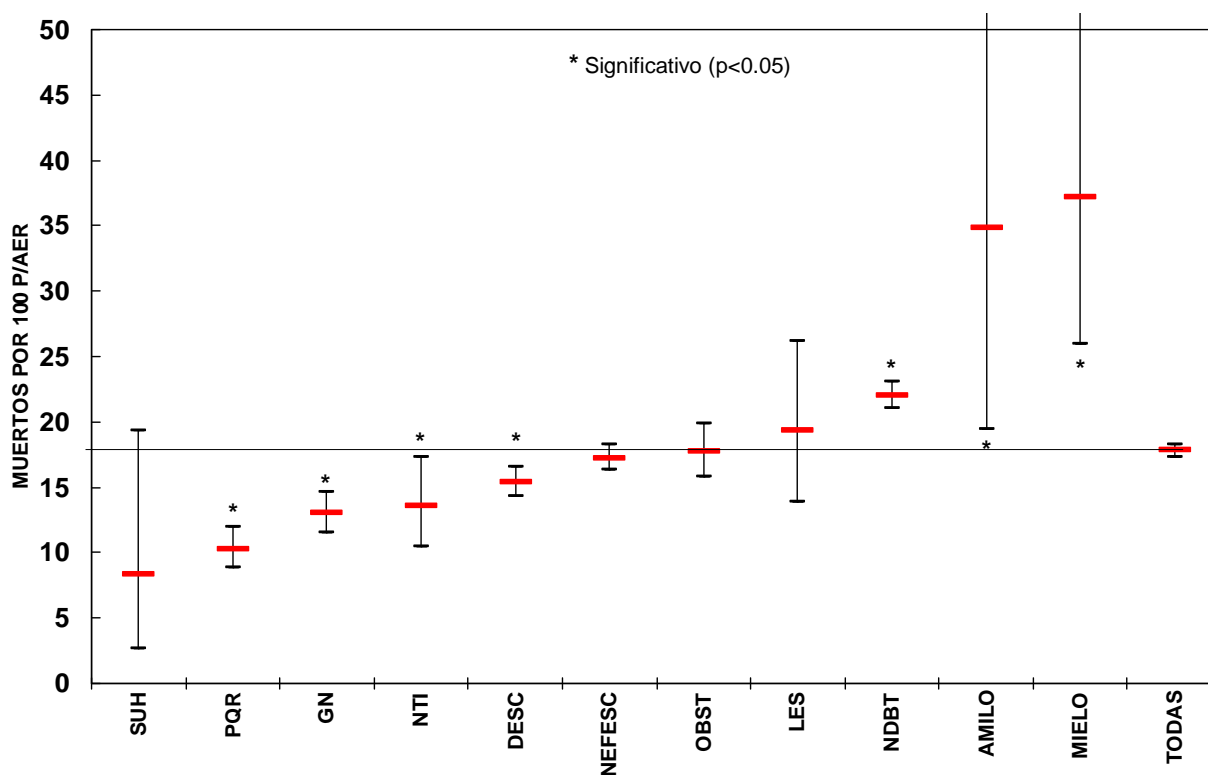


GRÁFICO 55: TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC EN LAS DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD . AÑO 2013

Pacientes prevalentes anuales (prevalentes del año anterior más ingresos-reingresos). Ambas modalidades (DP+HD). Estandarización indirecta para Edad y Sexo; Referente Mortalidad argentina 2013. Tasas con Intervalo de confianza del 95%. PQR: Poliquistosis renal; GN: Glomerulonefritis; DESC: Desconocidas; OBST: Nefropatía Obstruictiva; NTI: Nefritis Túbulo Intersticial ;NEFESC: Nefroangioesclerosis; SUH: Síndrome Urémico Hemolítico; LES: Nefropatía Lúpica; NDBT: Nefropatía Diabética; AMILO: Amiloidosis; MIELO: Mieloma.

TABLA 28b. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD AJUSTADAS EN DC EN ARGENTINA EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE IRD									
ETIOLOGÍA DE IRD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO	16.35	20.45	15.14	4.16	11.14	3.92	4.15	5.17	8.29
POLIKUISTOSIS RENAL	8.40	9.39	10.35	9.82	11.17	9.10	9.83	10.46	10.31
GLOMERULONEFRITIS	12.73	11.35	12.92	11.36	13.49	10.82	11.19	11.08	12.99
NEFRITIS TÚBULO INTERSTICIAL	13.45	15.61	12.89	15.25	14.75	15.22	13.59	15.65	13.56
DESCONOCIDA	12.94	13.27	15.05	14.16	14.25	14.81	14.72	14.21	15.36
NEFROANGIOESCLEROSIS	14.31	14.24	16.19	14.54	17.55	16.61	16.44	15.38	17.25
NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA	13.00	13.11	15.78	14.66	19.50	15.38	13.60	15.07	17.75
NEFROPATÍA LÚPICA	17.90	22.37	22.23	19.83	23.23	17.52	24.37	18.76	19.31
NEFROPATÍA DIABÉTICA	22.44	21.60	24.02	22.39	23.69	23.56	21.58	21.83	22.05
AMILOIDOSIS	34.31	36.35	27.52	34.72	29.16	31.31	31.54	26.87	34.82
MIELOMA	41.70	60.76	49.28	57.28	51.02	47.55	37.58	33.08	37.22
MORTALIDAD GLOBAL	15.65	15.70	17.55	16.36	18.20	17.46	16.77	16.62	17.80

Tasa en Muertos por 100 paciente-años de exposición al riesgo; Prevalentes más Incidentes en ambas modalidades; Tasas ajustadas por Edad y Sexo siendo la referente la Mortalidad general de cada año . Casilla blanca: Significativa menor mortalidad que la referente. Casilla gris oscuro: Significativa mayor mortalidad que la referente. Casillas gris claro: Sin diferencias significativas con la referente

Se hace evidente que 3 etiologías siempre presentaron significativa menor mortalidad que la general: Poliquistosis, Glomerulonefritis y Desconocida o No Filiada; mientras que otras 3 siempre o casi siempre significativamente mayor a la general: Mieloma, Amiloidosis y Nefropatía Diabética. La Nefropatía Lúpica entra y sale de esta zona. Los pacientes con SUH o Nefropatía Lúpica tienen una mortalidad ajustada muchísimo más elevada que la bruta ya que comprende a poblaciones más jóvenes que la referente. Por primera vez en 2008 y posteriormente en 2010-2012, el SUH presentó una mortalidad significativamente más baja que la estándar. Existe una tendencia hacia menor mortalidad desde el año 2008 mostrada por la población de pacientes con Mieloma, aunque se mantienen con la Tasa ajustada más elevada. En el Gráfico 56 mostramos que de las 7 principales etiologías (por cantidad de pacientes tratados).

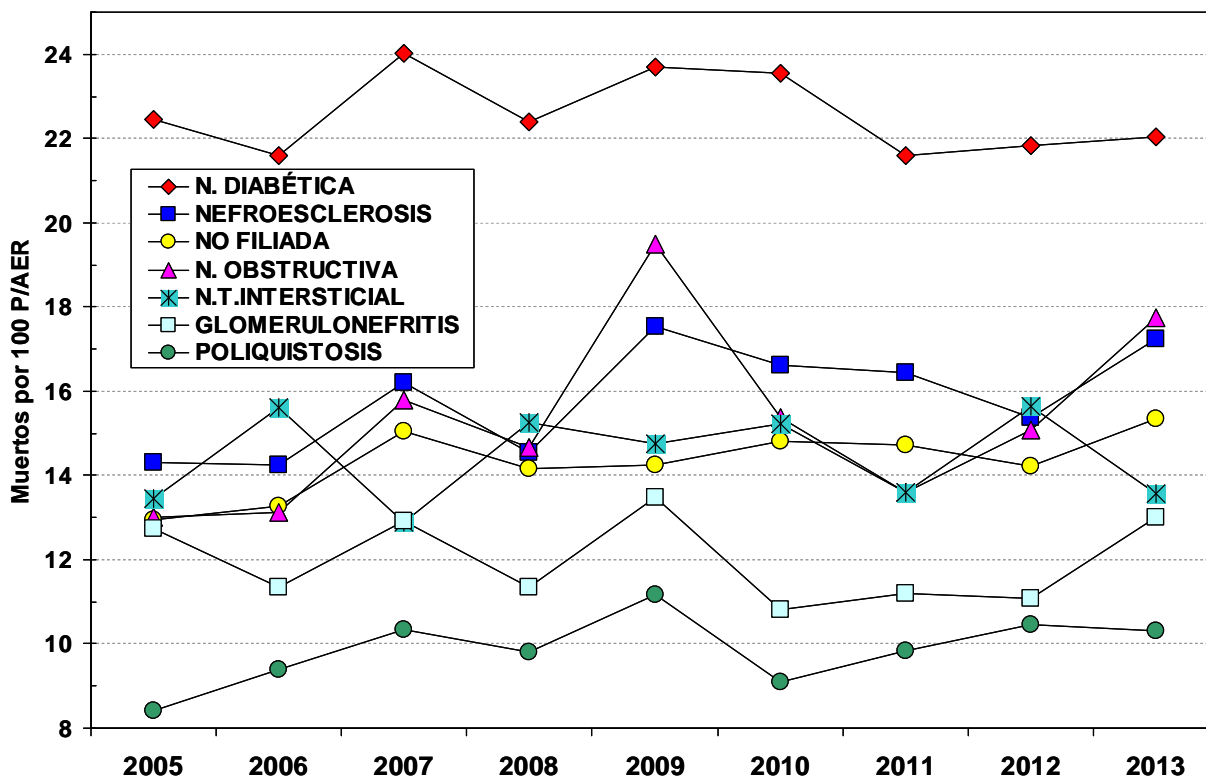


GRÁFICO 56: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD AJUSTADA EN LAS ETIOLOGÍAS PRINCIPALES
 Pacientes prevalentes anuales (prevalentes del año anterior más ingresos-reingresos). Ambas modalidades (DP+HD).
 Estandarización indirecta para Edad y Sexo; Referente Mortalidad argentina en cada año.

Mortalidad en DC por Provincia del Centro de DC

La Tablas 29a y 29b son la que utilizamos como referentes para comparar las tasas de Mortalidad en DC ambas modalidades de las 24 Provincias argentinas en el año 2013 y en el trienio 2011-2013, respectivamente. Elegimos la Provincia de residencia del Centro de DC. La misma está desagregada por grupos de 10 años de edad, por sexo y presencia o no de Nefropatía Diabética como diagnóstico de IRD. Las Tablas de Mortalidad de los años 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11 y 12 se pueden consultar en las ediciones anteriores de este Registro ⁽¹⁻¹²⁾.

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
				OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA			OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA		
	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTAS	P/AER	TASA	MUERTAS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA
0-9	5	115.0	4.35	3	50.3	5.96				2	64.7	3.09			
10-19	21	425.5	4.94	12	208.5	5.76				9	217.0	4.15			
20-29	69	1522.6	4.53	30	706.4	4.25	4	52.7	7.59	29	739.0	3.92	6	24.4	24.58
30-39	117	2673.4	4.38	38	1076.3	3.53	15	106.8	14.04	52	1361.0	3.82	12	129.3	9.28
40-49	265	3569.1	7.42	89	1377.5	6.46	20	200.4	9.98	101	1672.7	6.04	55	318.5	17.27
50-59	726	5402.5	13.44	158	1743.6	9.06	144	630.3	22.85	219	1995.0	10.98	205	1033.6	19.83
60-69	1476	7074.1	20.86	280	1709.2	16.38	329	1300.3	25.30	462	2419.5	19.09	405	1645.0	24.62
70-79	1470	4975.7	29.54	357	1311.4	27.22	239	776.2	30.79	588	2019.5	29.12	286	868.7	32.92
80-89	741	2020.0	36.68	196	646.3	30.32	70	187.6	37.31	374	970.0	38.56	101	216.0	46.75
90 o +	74	113.5	65.20	25	43.6	57.38	4	4.5	88.40	42	61.0	68.85	3	4.4	68.21
TOTAL	4964	27891.37	17.80	1188	8873.21	13.39	825	3258.82	25.32	1878	11519.33	16.30	1073	4240.01	25.31

Prevalentes anuales en ambas modalidades (Prevalentes puntuales del año anterior más incidentes y reincidentes). MUERTOS: Cantidad de pacientes fallecidos; P/AER: Paciente años de exposición al riesgo; EDAD: Edad en años. TASA : Muertos por 100 paciente años de exposición al riesgo

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
				OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA			OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA		
	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTAS	P/AER	TASA	MUERTAS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA	MUERTOS	P/AER	TASA
0-9	17	337.3	5.04	10	134.1	7.45				7	203.1	3.45			
10-19	40	1279.9	3.13	21	620.5	3.38	0	0.4	0.00	19	659.0	2.88			
20-29	150	4503.9	3.33	64	2056.7	3.11	12	131.9	9.10	63	2235.6	2.82	11	79.7	13.80
30-39	349	7810.9	4.47	119	3194.9	3.72	49	330.3	14.83	140	3932.7	3.56	41	353.0	11.61
40-49	765	10368.5	7.38	244	4041.1	6.04	77	567.2	13.58	297	4855.9	6.12	147	904.3	16.26
50-59	2087	15985.5	13.06	490	5182.6	9.45	383	1859.2	20.60	624	5942.9	10.50	590	3000.7	19.66
60-69	4043	20404.5	19.81	767	5009.1	15.31	918	3741.4	24.54	1198	6998.3	17.12	1160	4655.7	24.92
70-79	4173	14605.0	28.57	972	3877.3	25.07	743	2261.7	32.85	1634	5983.7	27.31	824	2482.3	33.19
80-89	2092	5804.4	36.04	616	1873.0	32.89	193	535.7	36.03	1052	2806.8	37.48	231	588.9	39.22
90 o +	188	340.7	55.18	73	141.3	51.68	15	14.2	105.47	94	174.4	53.89	6	10.8	55.63
TOTAL	13904	81440.37	17.07	3376	26130.47	12.92	2390	9441.98	25.31	5128	33792.41	15.18	3010	12075.51	24.93

Prevalentes anuales en ambas modalidades (Prevalentes puntuales más incidentes y reincidentes). MUERTOS: Cantidad de pacientes fallecidos; P/AER: Paciente años de exposición al riesgo; EDAD: Edad en años. TASA : Muertos por 100 paciente años de exposición al riesgo

La elección de Provincia de residencia del Centro obedece a una intención de conocer como se trabaja en DC en cada una de ellas, independientemente de la residencia del paciente. Valoramos siempre estandarizando por Edad, Sexo y presencia o no de Nefropatía Diabética la Mortalidad por Provincias en 2013 y Trienio 2011-2013. Luego se muestra como evolucionó la tasa ajustada en cada distrito en los 7 últimos años.

En las Tablas 30a y 30b se encuadran las cifras de las diferentes mortalidades por Provincia de residencia del Centro para la población prevalente anual en DC de 2011 y del Trienio 2011-2013, respectivamente. En ambas modalidades, ordenadas de menor a mayor tasa ajustada. En los gráficos 57a y 57b se observan las Tasas ajustadas y sus respectivos IC95% de cada Provincia y la del Total país para el último año y el último Trienio, respectivamente.

En 2013, realizada una estandarización indirecta observamos que 11 Provincias (considerando la residencia del Centro de DC) presentan una Mortalidad menor que la estándar (Tasa <17.80 y RME <1.00); pero solamente en 6 de ellas resultó significativamente menor: Santa Cruz, Neuquén, Río Negro, Mendoza, Capital Federal y Córdoba. Por otro lado, 13 Provincias tienen una Mortalidad mayor que la estándar; pero solo en 3 existe una significativa mayor mortalidad: Formosa, La Rioja y Jujuy.

TABLA 30a. TASAS DE MORTALIDAD EN DIÁLISIS CRÓNICA POR PROVINCIAS DE RESIDENCIA DEL CENTRO EN ARGENTINA. AÑO 2013

PROVINCIA DEL CENTRO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	IC 95%		RME	IC 95%		χ^2	P
1 SANTA CRUZ	9.00	9.75	5.03	17.04	0.55	0.28	0.96	4.03	<0.05
2 TIERRA DEL FUEGO	9.27	9.76	3.91	20.11	0.55	0.22	1.13	2.17	NS
3 NEUQUÉN	10.20	10.99	8.45	14.07	0.62	0.47	0.79	14.53	<0.001
4 RÍO NEGRO	14.18	14.70	11.82	18.07	0.83	0.66	1.02	3.12	<0.05
5 MENDOZA	16.33	15.56	13.75	17.55	0.87	0.77	0.99	4.68	<0.05
6 SANTIAGO DEL ESTERO	14.38	15.59	12.53	19.16	0.88	0.70	1.08	1.46	NS
7 SAN LUIS	16.59	16.23	12.58	20.62	0.91	0.71	1.16	0.48	NS
8 CAPITAL FEDERAL	17.47	16.39	14.91	17.99	0.92	0.84	1.01	2.93	<0.05
9 CÓRDOBA	17.78	16.40	14.88	18.03	0.92	0.84	1.01	2.79	<0.05
10 MISIONES	15.58	16.89	13.57	20.79	0.95	0.76	1.17	0.19	NS
11 CHACO	16.96	17.79	14.37	21.77	1.00	0.81	1.22	0.00	NS
12 TUCUMÁN	18.04	17.87	15.76	20.18	1.00	0.89	1.13	0.00	NS
13 CORRIENTES	18.10	18.18	14.65	22.29	1.02	0.82	1.25	0.02	NS
14 BUENOS AIRES	18.19	18.47	17.63	19.34	1.04	0.99	1.09	2.49	NS
15 SAN JUAN	17.96	18.98	15.56	22.94	1.07	0.87	1.29	0.38	NS
16 SANTA FE	19.91	19.13	17.24	21.16	1.07	0.97	1.19	1.88	NS
17 SALTA	18.72	19.65	16.76	22.90	1.10	0.94	1.29	1.51	NS
18 CHUBUT	16.45	19.90	14.90	26.03	1.12	0.84	1.46	0.55	NS
19 ENTRE RÍOS	20.15	20.42	16.97	24.37	1.15	0.95	1.37	2.18	NS
20 CATAMARCA	21.10	20.70	15.46	27.15	1.16	0.87	1.53	1.03	NS
21 LA PAMPA	22.27	22.24	15.89	30.29	1.25	0.89	1.70	1.75	NS
22 JUJUY	21.06	23.13	18.95	27.95	1.30	1.06	1.57	7.09	<0.01
23 LA RIOJA	24.19	23.73	18.35	30.19	1.33	1.03	1.70	5.17	<0.05
24 FORMOSA	22.34	24.20	18.28	31.42	1.36	1.03	1.77	4.97	<0.05

Tasas en Muertos por 100 paciente años al riesgo; RME: Relación de Mortalidad estandarizada. IC 95%: Intervalo de Confidencia del 95% para las Tasas ajustadas y las RME. Referencia Mortalidad en DC de Argentina de 2013: 17.80 Muertos por 100 P/AER con un IC 95% de 17.31-18.30.

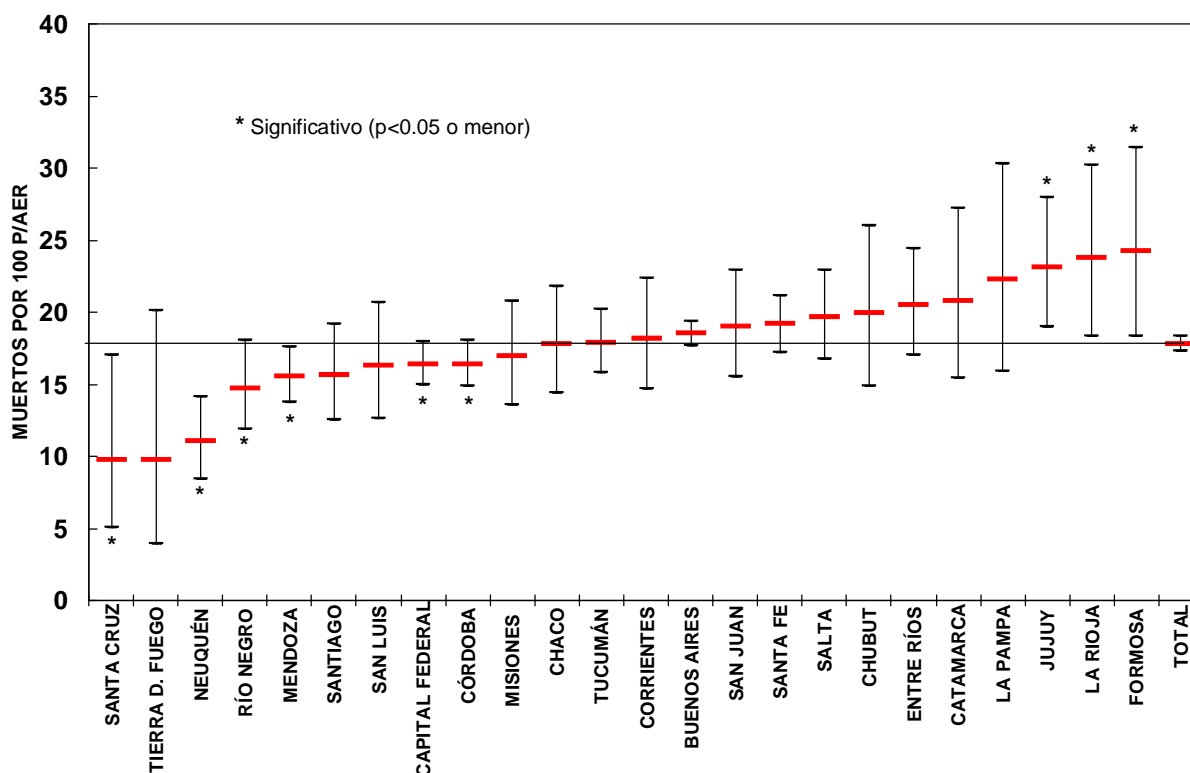


GRÁFICO 57a: TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC EN LAS DIFERENTES PROVINCIAS DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC. AÑO 2013

Pacientes prevalentes anuales (prevalentes del año anterior más ingresos-reingresos). Ambas modalidades (DP+HD). Estandarización indirecta para Edad, Sexo y Nefropatía Diabética; Referente Mortalidad Argentina 2013. Tasas en Muertos por 100 paciente años al riesgo con Intervalo de confianza del 95%.

TABLA 30b. TASAS DE MORTALIDAD EN DIÁLISIS CRÓNICA POR PROVINCIAS DE RESIDENCIA DEL CENTRO EN ARGENTINA. TRIENIO 2011-2013									
PROVINCIA DEL CENTRO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	IC 95%		RME	IC 95%		χ^2	P
1 TIERRA DEL FUEGO	9.83	10.71	6.54	16.54	0.63	0.38	0.97	4.07	<0.05
2 NEUQUÉN	11.74	13.00	11.30	14.88	0.76	0.66	0.87	15.49	<0.001
3 SAN LUIS	13.74	13.64	11.60	15.94	0.80	0.68	0.93	7.83	<0.01
4 RÍO NEGRO	13.33	13.72	12.05	15.56	0.80	0.71	0.91	11.45	<0.001
5 SANTA CRUZ	12.55	13.91	10.22	18.49	0.81	0.60	1.08	1.80	NS
6 SANTIAGO DEL ESTERO	13.54	14.58	12.79	16.56	0.85	0.75	0.97	5.79	<0.05
7 MISIONES	14.13	15.46	13.51	17.62	0.91	0.79	1.03	2.11	NS
8 MENDOZA	16.71	15.80	14.73	16.93	0.93	0.86	0.99	4.80	<0.05
9 CAPITAL FEDERAL	16.71	15.81	14.96	16.71	0.93	0.88	0.98	7.42	<0.01
10 CÓRDOBA	18.21	16.73	15.82	17.68	0.98	0.93	1.04	0.48	NS
11 SANTA FE	17.68	17.09	16.03	18.21	1.00	0.94	1.07	0.00	NS
12 TUCUMÁN	17.50	17.28	16.06	18.56	1.01	0.94	1.09	0.09	NS
13 BUENOS AIRES	17.37	17.71	17.22	18.20	1.04	1.01	1.07	6.71	<0.01
14 SALTA	17.13	17.79	16.16	19.54	1.04	0.95	1.14	0.70	NS
15 SAN JUAN	17.16	17.98	16.00	20.13	1.05	0.94	1.18	0.75	NS
16 CHUBUT	15.34	18.27	15.42	21.50	1.07	0.90	1.26	0.60	NS
17 CATAMARCA	19.73	18.70	15.76	22.03	1.10	0.92	1.29	1.10	NS
18 CHACO	17.91	18.71	16.61	20.99	1.10	0.97	1.23	2.33	NS
19 FORMOSA	18.45	18.98	15.80	22.62	1.11	0.93	1.32	1.30	NS
20 LA PAMPA	19.05	19.01	15.52	23.06	1.11	0.91	1.35	1.08	NS
21 ENTRE RÍOS	19.25	19.46	17.44	21.65	1.14	1.02	1.27	5.67	<0.05
22 CORRIENTES	19.92	19.74	17.52	22.15	1.16	1.03	1.30	5.91	<0.05
23 JUJUY	18.26	19.87	17.55	22.41	1.16	1.03	1.31	5.97	<0.05
24 LA RIOJA	21.66	20.91	17.87	24.32	1.22	1.05	1.42	6.71	<0.01

Tasas en Muertos por 100 paciente años al riesgo; RME: Relación de Mortalidad estandarizada. IC 95%: Intervalo de Confidencia del 95% para las Tasas ajustadas y las RME . Referencia Mortalidad en DC de Argentina de 2011-2013: 17.07 Muertos por 100 P/AER con un IC 95% de 16.79-17.36.

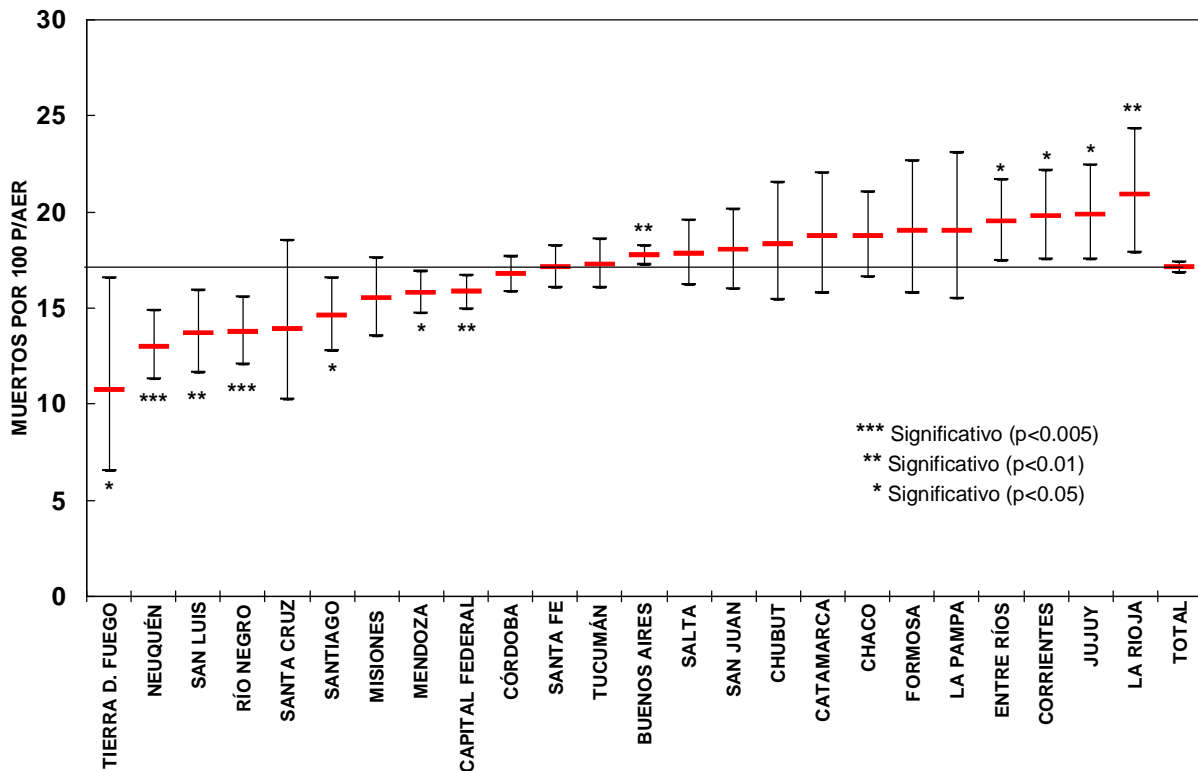


GRÁFICO 57b: TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC EN LAS DIFERENTES PROVINCIAS DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC . TRIENIO 2011-2013

Pacientes prevalentes anuales (prevalentes puntuales más ingresos-reingresos). Ambas modalidades (DP+HD). Estandarización indirecta para Edad, Sexo y Nefropatía Diabética; Referente Mortalidad Argentina 2011-2013. Tasas en Muertos por 100 paciente años al riesgo con Intervalo de confidencia del 95%.

En el Trienio 2011-2013, realizada la estandarización indirecta observamos que 10 Provincias (considerando la residencia del Centro de DC) tienen una Mortalidad menor que la estándar (Tasa <17.07 y RME <1.00); en 7 de ellas las tasas son significativamente menores: Tierra del Fuego, Neuquén, San Luis, Río Negro, Santiago del Estero, Mendoza y Capital Federal. Por otro lado, 14 Provincias tienen una mortalidad mayor que la estándar; pero solo en 5 se presenta una significativa mayor mortalidad: La Rioja, Jujuy, Corrientes, Entre Ríos y Buenos Aires.

En la Tabla 31 se observan las respectivas tasas ajustadas de Mortalidad de cada Provincia para cada año desde 2005 hasta 2013.

Ninguna Provincia presentó significativa menor mortalidad que la media nacional en cada uno de los 9 años evaluados (9 tasas significativamente menor a la media nacional desde 2005 hasta 2013). **Los mejores resultados lo consiguen Río Negro y Mendoza en 8 años: Todos los años menos 2006 para la primera y todos menos 2012 para la segunda. En un escalón más abajo, Neuquén que la obtiene en 07, 09, 10 y 13.** Santa Cruz y Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2 años.

Tampoco ningún distrito presentó significativa mayor mortalidad que la media nacional en todos los 9 años evaluados. Los que más se acercan son: **Buenos Aires, Entre Ríos y Jujuy que la alcanzan en 3 años (en 05, 08 y 09 para el primero; en 09, 10 y 11 para el segundo; en 10, 11 y 13 para el tercero);** luego en 2 años varias Provincias: Corrientes (11 y 12), San Juan (06 y 07), La Pampa (06 y 07), Santa Fe (06 y 10) y La Rioja (08 y 13).

TABLA 31: TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC EN LAS PROVINCIAS DE ARGENTINA DESDE 2005 HASTA 2013									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SANTA CRUZ	12.87	12.93	6.95	14.93	20.62	12.02	12.83	19.35	9.75
TIERRA DEL FUEGO	27.14	17.13	14.10	10.64	18.71	19.90	15.26	8.02	9.76
NEUQUÉN	15.33	14.78	12.61	13.94	12.70	13.83	14.27	14.03	10.99
RÍO NEGRO	11.72	12.63	11.92	9.57	14.56	13.28	13.32	13.10	14.70
MENDOZA	13.64	13.40	14.72	13.17	15.83	14.76	15.11	16.76	15.56
SANTIAGO DEL ESTERO	14.86	13.79	19.28	15.75	14.40	17.12	13.85	14.25	15.59
SAN LUIS	15.17	13.94	19.20	20.71	19.18	13.52	10.98	13.41	16.23
CAPITAL FEDERAL	15.67	14.65	17.12	15.20	17.67	16.97	15.30	15.72	16.39
CÓRDOBA	15.44	16.49	16.74	15.78	19.24	17.17	17.37	16.41	16.40
MISIONES	14.68	18.63	15.97	17.11	13.33	17.29	15.59	13.87	16.89
CHACO	11.81	16.93	18.76	13.61	17.27	20.16	17.85	20.49	17.79
TUCUMÁN	13.74	14.86	18.06	15.74	16.99	16.79	16.55	17.36	17.87
CORRIENTES	16.57	15.22	19.69	16.11	17.42	19.51	20.22	20.89	18.18
BUENOS AIRES	16.69	16.14	18.21	17.47	19.33	17.38	17.32	17.29	18.47
SAN JUAN	16.45	19.86	21.66	15.69	19.61	17.85	17.38	17.58	18.98
SANTA FE	16.39	18.05	19.18	16.98	18.87	19.95	16.88	15.21	19.13
SALTA	16.15	17.16	17.87	15.37	20.19	18.29	17.24	16.50	19.65
CHUBUT	17.29	18.51	13.32	18.59	14.05	21.24	18.47	16.42	19.90
ENTRE RÍOS	14.54	12.13	17.30	18.10	21.66	22.28	20.69	17.34	20.42
CATAMARCA	12.76	12.82	10.88	20.46	15.21	15.87	18.40	17.04	20.70
LA PAMPA	15.44	22.55	25.11	19.59	19.76	19.56	16.50	18.33	22.24
JUJUY	15.97	15.47	19.35	15.57	16.02	23.17	20.40	15.89	23.13
LA RIOJA	10.78	12.82	19.91	26.73	18.79	17.58	18.46	20.37	23.73
FORMOSA	14.73	10.49	17.62	20.83	19.39	19.33	18.55	13.84	24.20
TOTAL PAÍS	15.65	15.70	17.55	16.36	18.20	17.46	16.77	16.62	17.80

Tasas ajustadas por edad, sexo y etiología expresadas como Muertos por 100 P/AER; Referencia Mortalidad en DC de Argentina en cada año; Casilla blanca: Significativa menor mortalidad que la media nacional (Total país). Casilla gris oscuro: Significativa mayor mortalidad que la media nacional. Casilla gris claro: Sin diferencias significativas con la media nacional; ordenadas de menor a mayor tasa 2013.

No olvidemos que en esta estandarización indirecta Buenos Aires es comparada con el Total País, siendo en un 36% fracción de ese componente entre 2008 y 2013, por lo que, en gran parte, Buenos Aires se compara con ella misma.

Si comparamos Buenos Aires con el Resto del País (los otros 23 distritos), los centros de esta provincia mostrarían una mortalidad 11% mayor que los del Resto del país para el año 2008 (IC95% de 6-17%) siendo muy significativa la diferencia (Chi^2 de 16.87; $p < 0.001$) y 10% mayor para el año 2009 (IC95% de 5-15%), también con muy significativa diferencia (Chi^2 de 15.08; $p < 0.001$).

En 2010 la comparación no resultó significativa (Chi^2 de 0.13); en 2011 nuevamente significativa (Chi^2 de 3.82; $p < 0.05$), al igual que en el año 2012 mostrando 6% (IC95% de 1-12%) de mayor mortalidad que el Resto (Chi^2 de 6.23; $p < 0.05$). En 2013 vuelve a resultar 6% significativamente mayor (IC95% de 1-11%).

En definitiva, los Centros de la Provincia de Buenos Aires presentaron significativa mayor mortalidad que los del Resto del país en 5 de los últimos 6 años. (Gráfico 58).

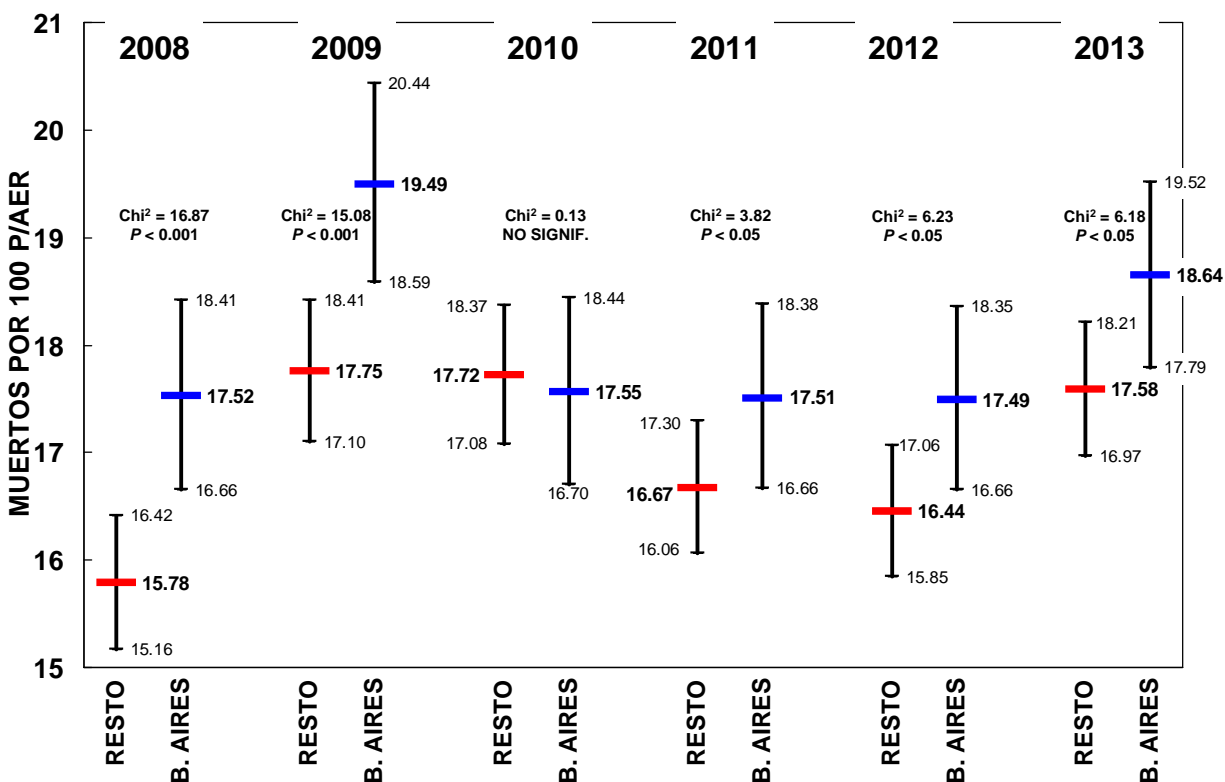


GRÁFICO 58: COMPARACIÓN DE MORTALIDAD EN DC ENTRE PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y EL RESTO DEL PAÍS . AÑOS 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013

Pacientes prevalentes anuales (prevalentes del año anterior más ingresos-reingresos). Ambas modalidades (DP+HD). Estandarización indirecta para Edad, Sexo y Nefropatía Diabética; Referente Mortalidad Resto del país en cada año. Tasas en Muertos por 100 paciente años al riesgo con Intervalo de confianza del 95%.

Mortalidad por Modalidad Dialítica

La Mortalidad de pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica (DP) y Hemodiálisis Crónica (HD) correspondientes al año 2013 se muestran en las Tablas 32 y 33. Las de los años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 se pueden consultar en las anteriores ediciones de este Registro ⁽¹⁻¹²⁾.

Se presentan las Tasas crudas para Todos los pacientes, Mujeres y Varones con o sin Nefropatía Diabética en grupos de 10 años de edad.

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
				OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA			OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA		
	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa
0-9	3	83.7	3.59	2	35.0	5.71				1	48.6	2.06			
10-19	7	93.6	7.48	6	51.6	11.64	0	0.0	0.00	1	42.1	2.38			
20-29	8	131.9	6.06	5	75.6	6.61	0	7.4	0.00	1	47.3	2.12	2	1.6	124.45
30-39	9	208.2	4.32	5	110.7	4.52	2	10.3	19.35	2	78.9	2.53	0	8.3	0.00
40-49	19	263.4	7.21	10	155.4	6.43	2	8.2	24.32	3	86.4	3.47	4	13.4	29.91
50-59	28	243.4	11.50	10	117.9	8.49	7	22.7	30.83	4	80.3	4.98	7	22.5	31.05
60-69	58	279.8	20.73	18	100.3	17.95	14	42.5	32.96	18	88.0	20.46	8	49.0	16.33
70-79	30	156.1	19.22	6	54.7	10.97	7	22.5	31.04	11	59.1	18.62	6	19.8	30.32
80-89	11	37.4	29.45	3	13.6	22.03	3	1.4	214.96	3	17.7	16.93	2	4.6	43.28
90 o +	3	2.0	150.21	0	1.0	0.00	1	0.6	163.23	2	0.4	520.00			
TOTAL	176	1499.46	11.74	65	715.77	9.08	36	115.73	31.11	46	548.72	8.38	29	119.24	24.32

Población de prevalentes anuales (prevalentes puntuales año anterior más incidentes). Todos los tipos de Diálisis Peritoneal Crónica
Edad en años. P/AER: Paciente años de exposición al riesgo. TASA : Muertos por 100 P/AER

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
				OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA			OTRAS ETIOLOGÍAS			NEFROPATÍA DIABÉTICA		
	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa	Muertos	P/AER	Tasa
0-9	2	31.3	6.39	1	15.3	6.55				1	16.0	6.23			
10-19	14	331.9	4.22	6	156.9	3.82				8	174.9	4.57			
20-29	61	1390.6	4.39	25	630.8	3.96	4	45.2	8.84	28	691.8	4.05	4	22.8	17.54
30-39	108	2465.2	4.38	33	965.7	3.42	13	96.5	13.47	50	1282.1	3.90	12	121.0	9.92
40-49	246	3305.8	7.44	79	1222.0	6.46	18	192.2	9.36	98	1586.3	6.18	51	305.2	16.71
50-59	698	5159.1	13.53	148	1625.8	9.10	137	607.6	22.55	215	1914.7	11.23	198	1011.1	19.58
60-69	1418	6794.4	20.87	262	1608.9	16.28	315	1257.8	25.04	444	2331.6	19.04	397	1596.0	24.87
70-79	1440	4819.6	29.88	351	1256.7	27.93	232	753.6	30.78	577	1960.4	29.43	280	848.9	32.98
80-89	730	1982.6	36.82	193	632.7	30.50	67	186.2	35.98	371	952.3	38.96	99	211.4	46.83
90 o +	71	111.5	63.68	25	42.6	58.73	3	3.9	76.69	40	60.6	65.99	3	4.4	68.21
TOTAL	4788	26391.91	18.14	1123	8157.44	13.77	789	3143.09	25.10	1832	10970.60	16.70	1044	4120.77	25.34

Población de prevalentes anuales (prevalentes puntuales año anterior más incidentes). Todos los tipos de Hemodiálisis Crónica
Edad en años. P/AER: Paciente años de exposición al riesgo. TASA : Muertos por 100 P/AER

Lo que habíamos remarcado para los años 2005-2012, en anteriores ediciones ⁽¹⁻¹²⁾, se vuelve a considerar: Parecería que la DP tiene menor mortalidad que la HD: 11.7 vs. 18.1 Muertos por 100 P/AER en 2013. Pero, como ya sabemos, es erróneo comparar tasas crudas.

- La DP contiene a una población de pacientes más jóvenes: Solamente el 32% de su población tiene 60 o más años; mientras que el 52% de la población en HD presenta 60 o más años, en 2012. La diferencia es enorme y cambia muy poco en los últimos 9 años.
- Además presenta un 55 % de Mujeres, totalmente diferente a la HD que tiene 43 % de población femenina en 2013, prácticamente las mismas diferentes proporciones de años anteriores.
- No podemos obviar a la Nefropatía Diabética (DBT): La proporción de DBT en 2013 en DP es del 16% y la de esta subpoblación en HD es del 28%. En los años anteriores también encontramos casi las mismas diferencias.

La mayor edad y la presencia de Nefropatía Diabética son factores muy influyentes con significativa mayor mortalidad; el género masculino volvió a presentar mayor mortalidad que el femenino en 2011-2013. La DP presenta población más joven, con mayor proporción de mujeres y con menor proporción de DBT que la HD.

Por ello insistimos en comparar con ajustes por factores que influyen notoriamente en el resultado.

Se realizó Estandarización indirecta para comparar mortalidad de DP y HD en cada uno de los años, usando como referencia la mortalidad en Hemodiálisis crónica ajustando por edad, sexo y Nefropatía Diabética. Tasas expresadas en Muertos por 100 P/AER. Se consideró para la evaluación a la última modalidad del paciente en el año.

Como se observa en Gráfico 59, en 2013 la DP al compararse con la HD eleva su mortalidad desde 11.74 hasta 16.90 Muertos por 100 P/AER mostrando 7 % de menor mortalidad que la HD (RME 0.93), siendo esta diferencia no significativa ya que el IC95% para la RME es de 0.80-1.08 ($\text{Chi}^2 = 0.81$).

Solamente en 2005 existió significativa mayor mortalidad en DP; luego en 2006 y 2007 fue mayor en DP aunque no significativa; en 2008 fue, por primera vez, menor la mortalidad en DP aunque sin alcanzar significación; en 2009 es mayor en DP y en 2010 es menor, también en ambos años sin significación. En 2011-2012, la DP muestra significativa menor mortalidad que la HD y en 2013 menor pero no significativa.

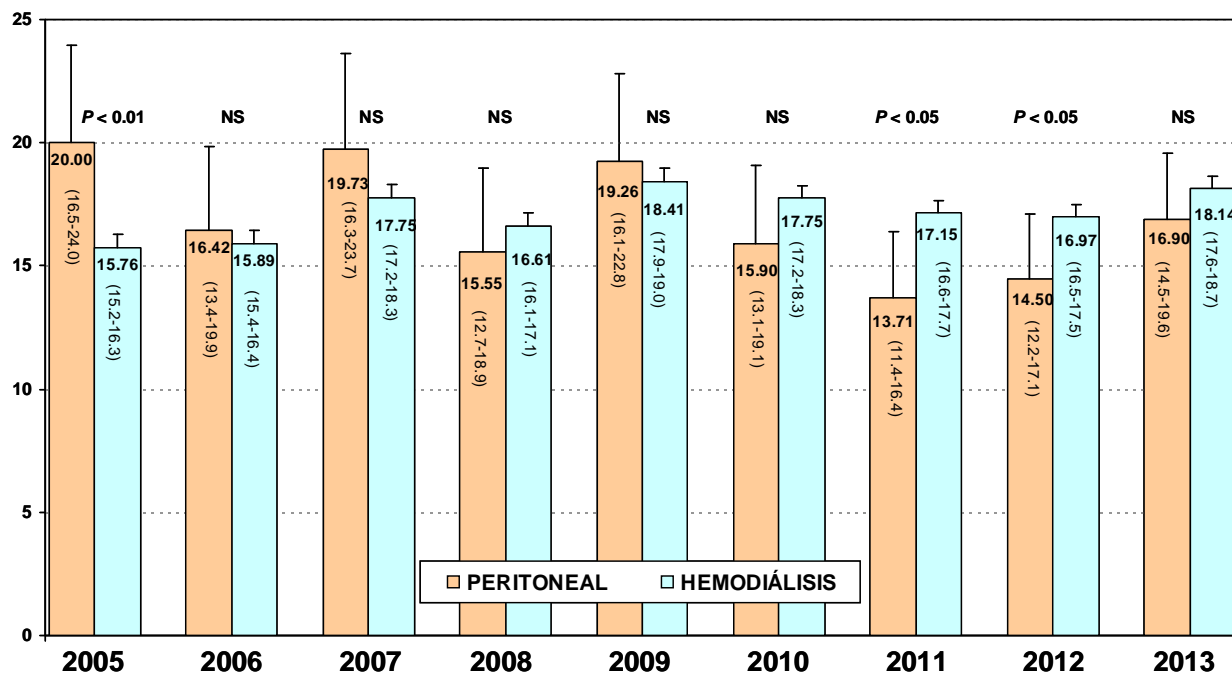


GRÁFICO 59: TASAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN EN DC EN ARGENTINA DIFERENTES MODALIDADES. AÑOS 2005-2013

Tasas ajustadas por Edad, Sexo y DBT, Referentes Mortalidad de Hemodiálisis en cada año ; Prevalentes anuales. Tasas en Muertos por 100 paciente-años de exposición al riesgo con Intervalo de Confianza del 95% (entre paréntesis). NS: Diferencia no significativa

No se encontraron diferencias significativas cuando se comparan las tasas (ajustadas por edad, sexo y Nefropatía Diabética) en ningún grupo etáreo en 2013, a excepción del grupo de 70-79 años (Tabla 34 y Gráfico 60). **Esto confirma que las diferencias en el resultado final Mortalidad, prácticamente no existen entre la modalidad Diálisis Peritoneal y la modalidad Hemodiálisis. Solo en 2011 y 2012 se observan diferencias escasamente significativas a favor de la DP.**

EDAD	PERITONEAL 2013			HEMODIÁLISIS 2013			DIFERENCIA	
	TASA	L.INF.	L.SUP.	TASA	L.INF.	L.SUP.	χ^2	P
0-9	3.60	0.72	10.51	6.39	0.72	23.06	0.63	NS
10-19	7.58	3.04	15.62	4.22	2.30	7.08	1.74	NS
20-29	6.00	2.58	11.82	4.39	3.36	5.63	0.47	NS
30-39	4.34	1.98	8.25	4.38	3.59	5.29	0.02	NS
40-49	7.69	4.63	12.01	7.44	6.54	8.43	0.00	NS
50-59	12.94	8.59	18.70	13.53	12.54	14.57	0.02	NS
60-69	21.65	16.44	27.99	20.87	19.80	21.99	0.05	NS
70-79	19.43	13.11	27.74	29.88	28.35	31.46	5.30	<0.05
80-89	29.51	14.71	52.81	36.82	34.20	39.59	0.36	NS
90 o +	145.73	29.29	425.81	63.68	49.73	80.33	1.08	NS
TODOS	16.90	14.50	19.59	18.14	17.63	18.66	0.81	NS

EDAD: En años. Tasas de Mortalidad en Peritoneal ajustadas por sexo y presencia de Nefropatía Diabética por Estandarización Directa; Referencia Tasas de Mortalidad de Hemodiálisis 2013 ; L.SUP: Límite Superior del Int.de Confianza del 95% para la Tasa. L.INF: Límite inferior del Int. de Confianza del 95% para la Tasa.

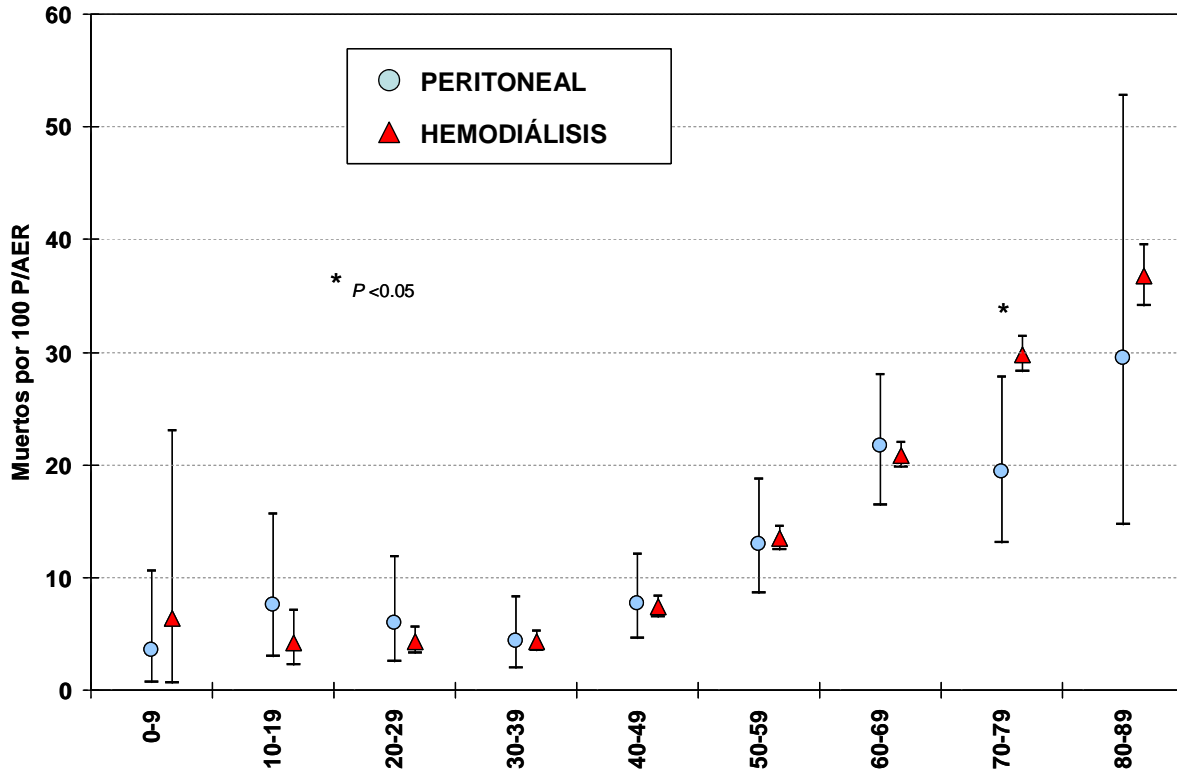


GRÁFICO 60 : TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN AMBAS MODALIDADES POR GRUPOS DE EDAD. AÑO 2013

Prevalentes anuales . Estandarización directa por Sexo y Nefropatía Diabética. Referencia Mortalidad en Hemodiálisis 2013
Tasas ajustadas con Intervalo de confianza del 95% (Límite superior o inferior)

Causas de Muerte

CAUSAS DE MUERTE	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CARDIACA	1350	39.9	1447	40.3	1661	40.9	1558	38.8	1694	37.0	1823	40.5	1894	42.8	1903	42.1	2064	41.6
CEREBROVASCULAR	261	7.7	268	7.5	313	7.7	327	8.1	345	7.5	302	6.7	321	7.3	294	6.5	357	7.2
INFECCIOSA	832	24.6	869	24.2	935	23.0	869	21.6	962	21.0	944	21.0	992	22.4	935	20.7	1056	21.3
NEOPLÁSICA	185	5.5	216	6.0	280	6.9	248	6.2	245	5.4	294	6.5	286	6.5	321	7.1	313	6.3
OTRAS	477	14.1	517	14.4	567	14.0	609	15.2	677	14.8	692	15.4	558	12.6	636	14.1	717	14.4
DESCONOCIDA	229	6.8	230	6.4	252	6.2	406	10.1	656	14.3	449	10.0	373	8.4	427	9.5	457	9.2
NO DECLARADA	53	1.6	46	1.3	53	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	3387		3593		4061		4017		4579		4504		4424		4516		4964	

Nº : Frecuencia absoluta; % : Frecuencia relativa o porcentaje del Total

En la Tabla 35 se detallan las causas de Muerte en cada año desde 2005 hasta 2013.

La Causa Cardíaca o Cardiovascular es la principal; si se une a la Cerebrovascular representan el 48.8% del total de las muertes en DC en Argentina en el último año; si consideramos que entre las Desconocidas existen fallecimientos cardíacos, podríamos inferir que 1 de cada 2 pacientes que fallecen en tratamiento DC en Argentina lo hacen por algún evento Cardíaco o Vascular.

Las Infecciosas disminuyeron desde 24.6% en 2005 hasta el 21.3% en 2013; aumentaron levemente las Desconocidas entre 2005 y 2013; las Neoplásicas crecieron desde el 5.5% hasta el 6.3% entre 2005 y 2013

Referencias

1. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013.
Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucaai2012_informe2013.pdf
2. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012.
Disponible en http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
3. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2011. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_san_incucai.php
4. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 1). P.7-62. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
5. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 2). P.71-127. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
6. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Nefrología Argentina, Vol. 7, N° 1 supl., p. 7-98, 2009.
7. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica – Período 2004-2006. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
9. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisignano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2006. Informe 2008. Nefrología Argentina, Vol. 6, N° 2 supl., p.12-97, 2008. Disponible en <http://www.nefrologiaargentina.org.ar/resultados.php?t=3&IdRevista=22#>
10. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro de pacientes en Diálisis crónica en Argentina 2004-2005. Nefrología Argentina, Vol. 6 Nro 1, supl., p.9-64, 2008
11. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis 04-05. Disponible en www.san.org.ar/regi-dc.php
12. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisignano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis Crónica 04-05 publicado por INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación. Setiembre de 2008.

9. Sobrevida en DC

Se presenta la Sobrevida Kaplan-Meier (KM) de los pacientes Incidentes desde el 1 de Abril de 2004 hasta el 31 de Diciembre de 2013, recordando que son ingresos puros al considerarse solamente a la población con fecha de Primera DC en su vida posterior al 31/03/2004. Se consideran los nuevos pacientes desde el día 1 de la terapia dialítica crónica. Se excluyen reingresos de Trasplante, Recupero de función renal, Cambio de Modalidad y Cambio de Centro sin nuevo Centro reportado. El seguimiento finaliza el 31 de Diciembre de 2013.

Sobrevida del total de la población en DC

TABLA 36. SOBREVIDA KM 2004-2013			
Total de pacientes 59605. Muertos: 24263.			
Perdidos: 15698 Vivos al 31/12/2013: 19644			
Tiempo en Meses	Sobrevida	Error estándar	Eventos acumulados
0	99.97	0.000	15
3	91.52	0.001	4847
6	86.22	0.001	7655
9	82.08	0.002	9700
12	78.57	0.002	11331
15	75.34	0.002	12743
18	72.34	0.002	13972
21	69.50	0.002	15063
24	66.91	0.002	16002
27	64.30	0.002	16891
30	61.89	0.002	17658
33	59.55	0.002	18355
36	57.21	0.003	19015
39	54.97	0.003	19611
42	52.77	0.003	20156
45	50.63	0.003	20650
48	48.54	0.003	21102
51	46.64	0.003	21489
54	44.75	0.003	21840
57	42.81	0.003	22175
60	40.97	0.003	22472
63	39.02	0.003	22763
66	37.51	0.003	22971
69	35.91	0.003	23174
72	34.36	0.003	23353
75	32.81	0.003	23517
78	31.33	0.003	23658
81	30.19	0.003	23755
84	28.62	0.004	23876
87	27.42	0.004	23959
90	26.32	0.004	24025
93	25.02	0.004	24091
96	24.08	0.004	24132
99	23.00	0.004	24173
102	21.98	0.004	24204
105	21.20	0.005	24223
108	20.40	0.005	24239
111	19.28	0.005	24255
114	18.68	0.006	24260
117	16.20	0.016	24263
117.11	16.20		24263

Mediana de Sobrevida: 45.96 meses (IC95%: 45.18-46.74);
KM: Kaplan-Meier.

El seguimiento de esta población (N = 59.605) tuvo un máximo de 3562 días o 117.1 meses u 9 años y 9 meses; y un mínimo de 1 día.

En la Tabla 36 y Gráfico 61a se muestran la Sobrevida de la población total, ambas modalidades, ambos sexos y todas las etiologías de IRD.

En el gráfico se identifica claramente que la curva de Sobrevida tiene 2 pendientes; la primera brusca inicial que fenece entre los 3 y 4 meses aproximadamente y una segunda más suave que tiende a aplanarse con el paso de los años.

La mediana de sobrevida se alcanza a los 45.96 meses. El 16% de los pacientes alcanzó los 9 años y 9 meses de supervivencia en DC.

Respecto a la pendiente inicial, los Incidentes en DC del último trienio (2011-2013) presentan una mejor sobrevida cruda a los 3 meses que la de los Incidentes de períodos anteriores, haciendo menos pronunciada la pendiente inicial. Consecuentemente es mejor la Sobrevida al año y 2 años de los Incidentes del último trienio (Gráfico 61b).

Muchos Registros no incorporan a aquellos pacientes que no hayan superado los primeros 90 días de tratamiento, de tal modo que no muestran lo que ocurre con los pacientes en ese período de tiempo crítico; particularmente si consideramos que constituye el período de mayor mortalidad, siendo que el 8.5 % de la población que comienza DC fallece en los primeros 3 meses (4847 pacientes) y el 13.0 % en los restantes 9 meses.

Si un nefrólogo ingresa al SINTRA a un paciente es porque lo considera crónico, no agudo. Probablemente ocurran más muertes en los primeros 10 o 20 días de tratamiento y las desconocemos porque al morir el paciente no se lo ingresa al Sistema. Observando la Tabla 36, se aprecia que el primer día (primera DC de la vida) fallecieron 15 personas entre 2004-2013. De tal manera contamos con menos del 100% de sobrevida al término del primer día.

Esta es la razón por la que sostenemos estudiar la Sobrevida desde el día 1; así se conoce casi enteramente la realidad. No obstante, como muchos países quitan los fatales primeros 90 días y solo para compararnos en forma grosera con ellos, realizamos la Evaluación de la Sobrevida KM a partir del día 91 (50.240 pacientes), obteniéndose una mediana de sobrevida de 52.40 meses, con los siguientes valores en el tiempo: 6 meses: 89.6%, 12 meses: 82.2%, 24 meses: 70.2%, 36 meses: 60.0%, 48 meses: 50.9%, 60 meses: 42.6%, 72 meses: 35.8%, 84 meses: 29.9% y 96

meses: 25.1%.

GRÁFICO 61a: SOBREVIDA (KAPLAN MEIER) EN DIÁLISIS CRÓNICA EN ARGENTINA 2004-2013

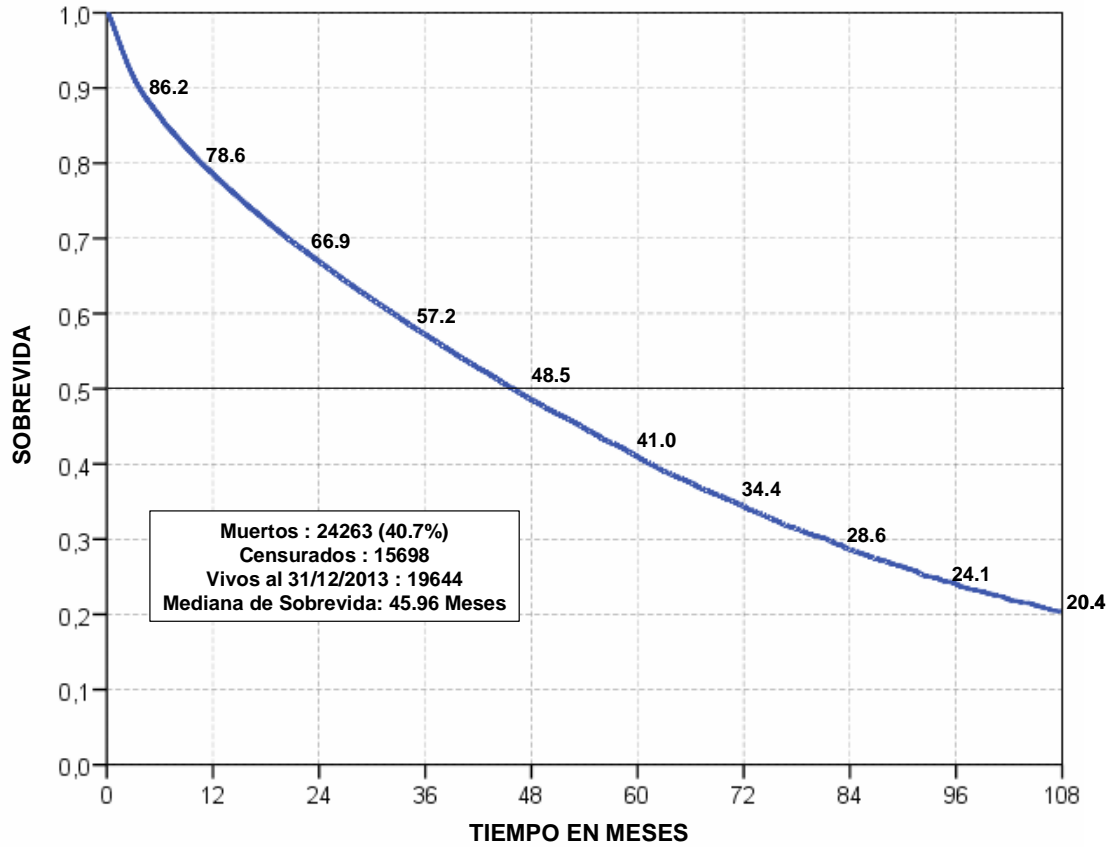


GRÁFICO 61b: SOBREVIDA (KAPLAN MEIER) EN DC EN ARGENTINA SEGÚN PERÍODO DE INGRESO

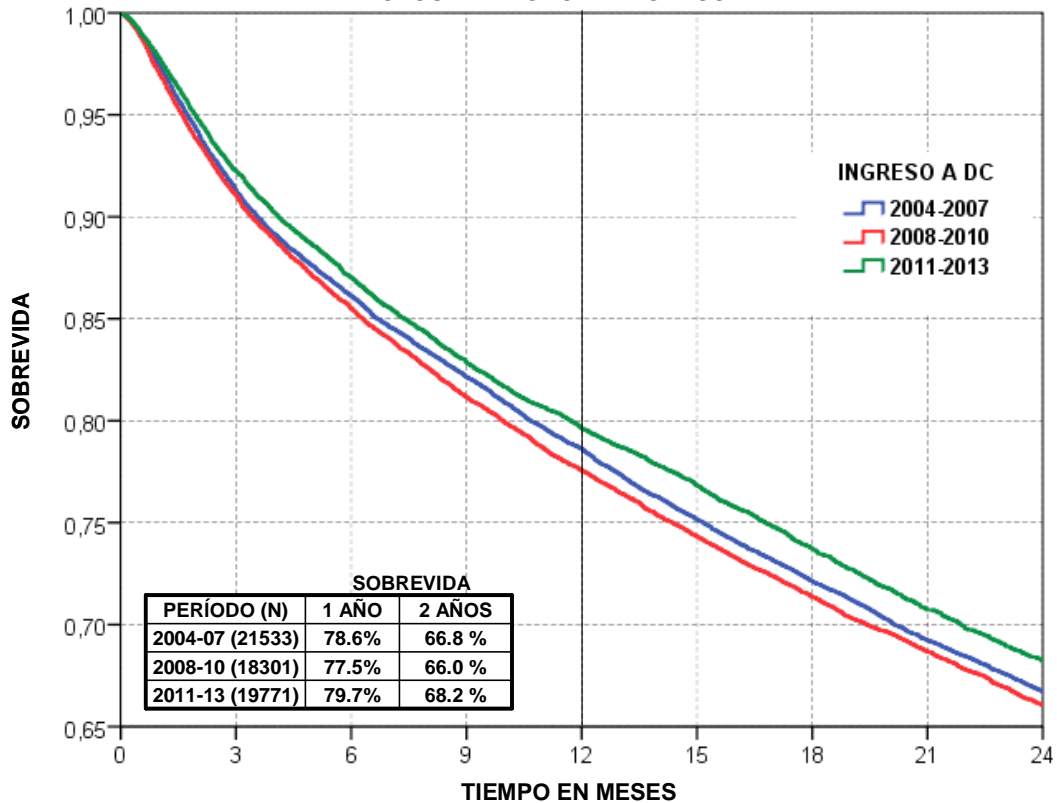


GRÁFICO 62: SOBREVIDA KAPLAN-MEIER EN DC 2004-2013 : GRUPOS ETARIOS OTRAS ETIOLOGÍAS (N = 38904)

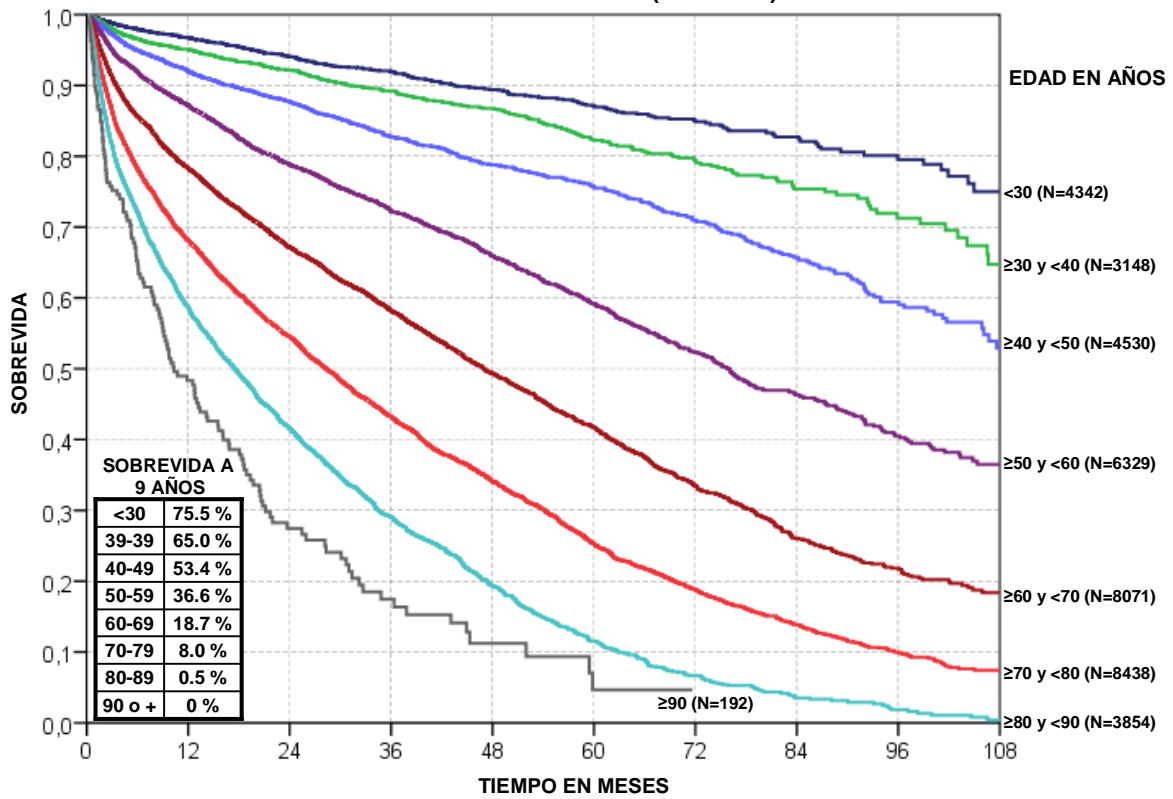
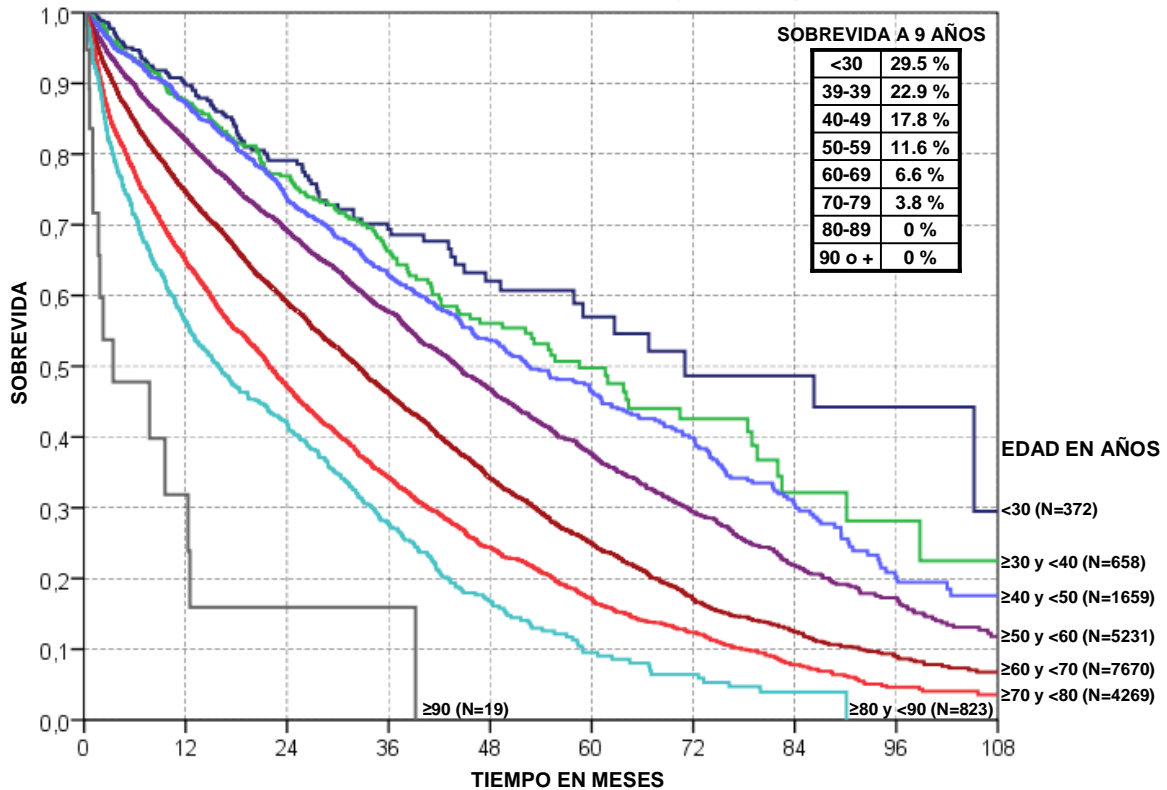


GRÁFICO 63: SOBREVIDA KAPLAN-MEIER EN DC 2004-2013: GRUPOS ETARIOS NEFROPATÍA DIABÉTICA (N = 20701)

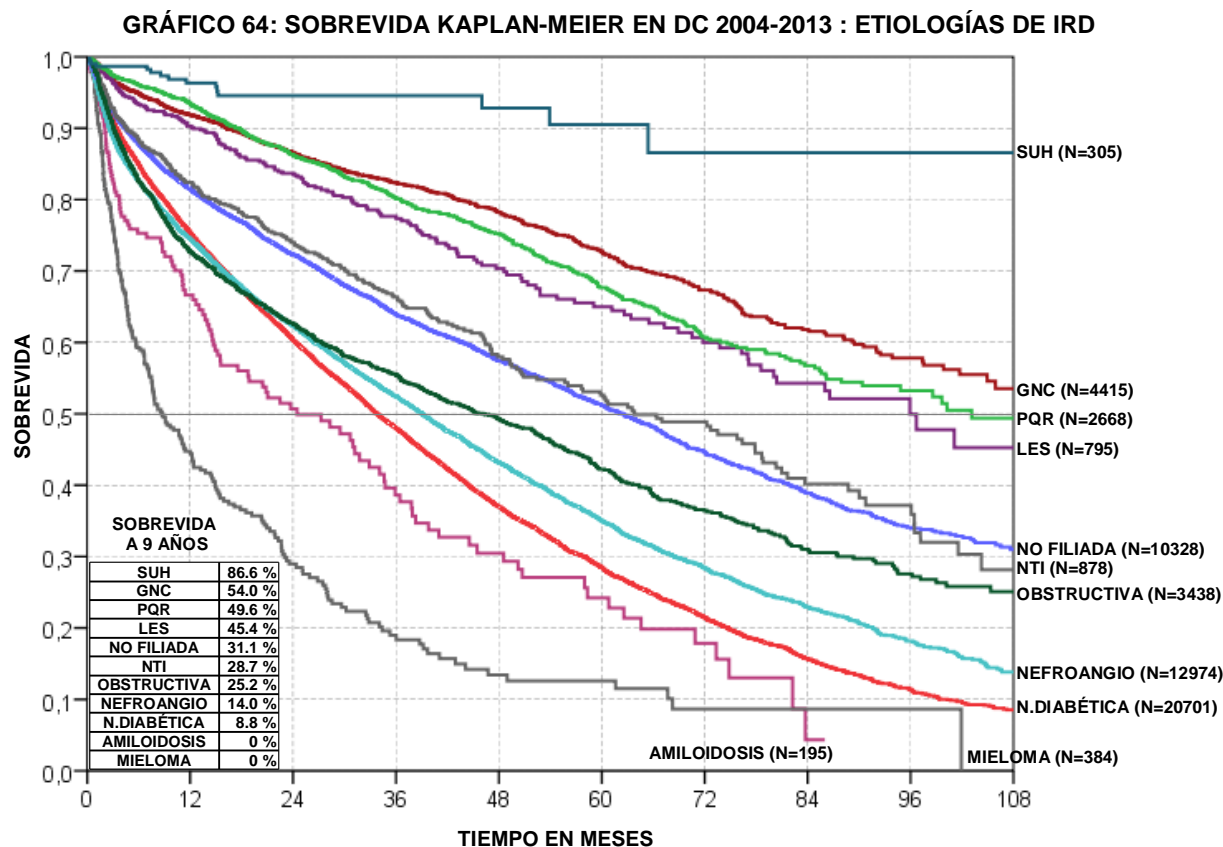


En los Gráficos 62 y 63 podemos observar las sobrevividas KM en los diferentes grupos etarios en las subpoblaciones de Otras Etiologías y Nefropatía Diabética, respectivamente.

Es indudable que la mayor edad repercute negativamente en la Sobrevida, aunque se manifiestan más en la población No Diabética las diferencias entre grupos etarios; no obstante, en ambas el Log-Rank es muy significativo ($p=0.000$): A mayor grupo etario menor sobrevida en ambas subpoblaciones.

Se observa que la población No Diabética en los grupos hasta 50 años tiene una excelente sobrevida a los 9 años desde el 63 % hasta 76%. La sobrevida al año de estos 3 grupos es mayor al 92% (en menores de 30 años se llega al 97.7%). En estos 3 grupos más jóvenes y luego de 9 años no se alcanzó la mediana de sobrevida. El grupo de 50-59 años alcanza una sobrevida del 50% a 6.3 años y del 88% al año, lo que no deja de ser relevante. En grupos posteriores la sobrevida va disminuyendo a valores mucho más bajos. La mediana de Sobrevida es para Otras Etiologías de 56.78 meses.

Diferente es lo que se observa que la población Diabética: En los grupos hasta 50 años tiene una sobrevida a los 9 años desde el 18% hasta el 30%. La sobrevida al año de estos 3 grupos es mayor del 87% (en menores de 30 años se llega al 90%). El grupo de 50-59 años alcanza una sobrevida del 12% a 9 años y del 82 % al año. En grupos posteriores la sobrevida va disminuyendo a valores ínfimos. La mediana de Sobrevida es para Nefropatía Diabética de 33.86 meses (23 meses menor que su contraparte No Diabéticos).



En el Gráfico 64 se muestran las Sobrevidas en las principales etiologías de IRD. Se trata de curvas crudas sin ajustar por ningún factor. La mejor resultó la de la subpoblación con Síndrome Urémico Hemolítico, ello por tener la edad promedio al ingreso a DC más joven de todas las etiologías con 23.5 años de promedio; por debajo de ella y tampoco sin alcanzar a los 9 años la mediana de sobrevida se encuentra la subpoblación con Glomerulonefritis. Los pacientes con Poliquistosis llegan a la mediana de sobrevida a los 8.5 años. Los pacientes con Nefropatía Lúpica a los 8 años (segunda población más joven con 36.5 años de edad promedio). Estas 4 etiologías presentan al año una sobrevida de 90% o mayor. Las subpoblaciones con N. Diabética, Amiloidosis y Mieloma presentan las peores curvas, con medianas de sobrevida en 33.9, 24.5 y 8.7 meses, respectivamente.

Modelo del riesgo proporcional de Cox en Ambas modalidades

En la sobrevida en el tiempo (variable dependiente) con observaciones censuradas muchos son los factores, variables independientes o covariadas que influyen en el resultado. Con el Modelo del Riesgo Proporcional de Cox evaluamos la importancia de cada una de ellas por separado (Modelo univariado) y luego tomando las más importantes y con menos del 25% de casos perdidos, realizamos un Modelo Multivariado para determinar la Razón de Riesgo o Riesgo relativo o Hazard Ratio (HR) o Exp. B entre cada variable independiente y la variable respuesta (Muerto Si o No) ajustado para el efecto de las demás variables independientes en la ecuación.

Del total de las variables independientes que disponemos, tomamos 23 (con la condición de que no entren en conflicto entre ellas y que no presenten más del 25% de casos perdidos) y las consideramos en un Modelo Multivariado, observando que 18 se muestran como variables predictoras significativas (Tabla 37). Se aplicó el Método Adelante condicional.

Cuando se realiza un Modelo de interrelación con múltiples variables se disminuye notablemente el Número de pacientes porque el Modelo multivariado toma a los casos con respuesta, descartando los casos con valores perdidos: Por ello de los 59.605 pacientes originales se evalúan aquí 32.997. **Esta pérdida de casos se evitaría si al Ingresar a los pacientes en el formulario DRI se completaran todos los campos.** No obstante, la cifra tan elevada de casi 33.000 pacientes permite realizar conclusiones con las variables predictoras de riesgo.

TABLA 37. MODELO DEL RIESGO PROPORCIONAL DE COX MULTIVARIADO AMBAS MODALIDADES. MÉTODO ADELANTE CONDICIONAL RIESGO RELATIVO (HR) CON INTERVALO DE CONFIDENCIA DEL 95%				
COVARIADAS SIGNIFICATIVAS	HR	I.DE CONFIDENCIA DEL 95%		p
		L.INFERIOR	L.SUPERIOR	
PRESENCIA DE AchIV AL INGRESO	2.101	1.638	2.696	0.000
PRESENCIA DE NEOPLASIA ÚLTIMOS 5 AÑOS	1.795	1.691	1.905	0.000
ALBUMINEMIA MENOR A 3.5 grs/dl AL INGRESO	1.410	1.362	1.459	0.000
PRESENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA	1.369	1.318	1.423	0.000
PRESENCIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AL INGRESO	1.215	1.167	1.265	0.000
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (pasada o presente)	1.177	1.111	1.247	0.000
PRESENCIA DE INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.165	1.119	1.214	0.000
PRESENCIA DE AchVC AL INGRESO	1.162	1.018	1.327	0.027
NO RESIDIR EN CIUDAD DE BUENOS AIRES	1.160	1.087	1.238	0.000
NO POSEER INGRESOS ECONÓMICOS (Paciente y familia)	1.157	1.114	1.201	0.000
PRESENCIA DE ARRITMIA AL INGRESO	1.153	1.096	1.214	0.000
FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO (CKD-EPI > 15 ml/m)	1.145	1.076	1.219	0.000
PRESENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA	1.121	1.054	1.192	0.000
TABAQUISMO EN 10 AÑOS PREVIOS AL INGRESO	1.094	1.043	1.146	0.000
NO SE REALIZÓ VACUNACIÓN ANTI VIRUS B HEPATITIS	1.088	1.051	1.126	0.000
ANGINA PERSISTENTE O INFARTO DE MIOCARDIO PREVIOS	1.085	1.031	1.142	0.002
EDAD AL INGRESO (por cada año más)	1.043	1.041	1.044	0.000
HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL INGRESO A DC	0.813	0.772	0.856	0.000
COVARIADAS FUERA DE LA ECUACIÓN (NO SIGNIFICATIVAS)				
HEMATOCRITO MENOR AL 27%	1.020	0.985	1.056	0.261
AÑO DE INGRESO (por cada año más)	0.999	0.991	1.007	0.728
SEXO MASCULINO	1.011	0.976	1.047	0.545
PRESENCIA DE HBsAg	0.863	0.667	1.118	0.264
HABER NACIDO EN EL EXTRANJERO	1.059	0.989	1.134	0.098

La única variable predictora favorable significativa resultó ser la Presencia de Hipertensión Arterial al inicio. La hipertensión arterial en el univariado demostró ser un factor significativamente perjudicial para la sobrevida (HR: 1.31, IC95%: 1.26-1.36, p=0.000); pero ajustada por las demás, esta variable pasa a ser un factor protector. Si bien la Hipertensión es una conocida causa de mortalidad, una hipótesis de este resultado paradójico es que la presión arterial es una variable no lineal como predictora de mortalidad en DC; es variable en U⁽¹⁾.

Aquí analizamos la Información al inicio de terapia, luego el nefrólogo en la gran mayoría de los casos controla la Hipertensión en DC con medidas relacionadas con el control del volumen-sodio corporal y con medicación, tornándose normotenso el hipertenso original, perdiendo vigor la variable Hipertensión al inicio.

Residir en Capital Federal o Ciudad Autónoma de Buenos Aires es una variable de buen pronóstico (presentada aquí como de mal pronóstico NO residir en Capital Federal), coincidiendo con otros resultados vistos en este Registro y anteriores: Mayor edad al ingreso a DC, una de las Tasas de Trasplante más altas del país, Mortalidad general menor que la media nacional. Sobreviven significativamente más que la población residente en el resto del país. La razón podría estar fundamentada en las mejores condiciones socio-económicas y sanitarias de los habitantes de Capital Federal.

La edad al Ingreso (4.3% de mayor riesgo de muerte por cada año de aumento en la edad ingreso), la presencia de Insuficiencia Cardíaca, Angina persistente o Infartos de Miocardio previos, Enfermedad Cerebrovascular presente o pasada, Insuficiencia vascular periférica, la presencia del virus C de la Hepatitis, la presencia de Arritmia cardíaca, Presencia de Enfermedad Pulmonar Crónica, Consumir Tabaco en los 10 años previos al ingreso, la presencia de Neoplasia al Ingreso o como causa de IRD (Mieloma), presentar una Albuminemia inicial menor a 3.5 gr./dl y ser portador del virus del SIDA son factores significativamente predictores de mayor riesgo. También lo es Nefropatía Diabética como causa de IRD.

Las variables sociales y de cuidados previos como No tener ingresos económicos y la falta de vacunación anti virus B de la Hepatitis son también significativas de mal pronóstico.

El ingresar a DC con filtrado glomerular estimado igual o mayor a 15 ml/m/1.73 m² por la ecuación CKD-EPI ⁽²⁾ parecería ser un signo de mal pronóstico vital; el riesgo de morir aumenta el 14.5%, con significación, en este seguimiento de más de 9 años. En los últimos años muchos estudios han puesto en tela de juicio el inicio en DC con filtrados iguales o superiores a 15 ml/m/1.73 m², refiriendo que podría no resultar beneficioso hacerlo ⁽³⁻⁶⁾. Aquí se demuestra lo mismo. No obstante, sostenemos que la población que ingresa a DC con filtrados altos presenta una significativa mayor comorbilidad y a pesar de ajustarse por esas comorbilidades igual se mantiene un significativo mayor riesgo relativo de muerte. En esta población debería considerarse el ingreso a HD con acceso definitivo ⁽⁷⁾.

Por cada año de ingreso a partir de 2004, el riesgo relativo es -0.1% (HR: 0.999); por lo tanto, a medida que transcurren los años la sobrevida ajustada no cambia. Dicho de otro modo, la sobrevida en el tiempo es independiente del año de ingreso a DC.

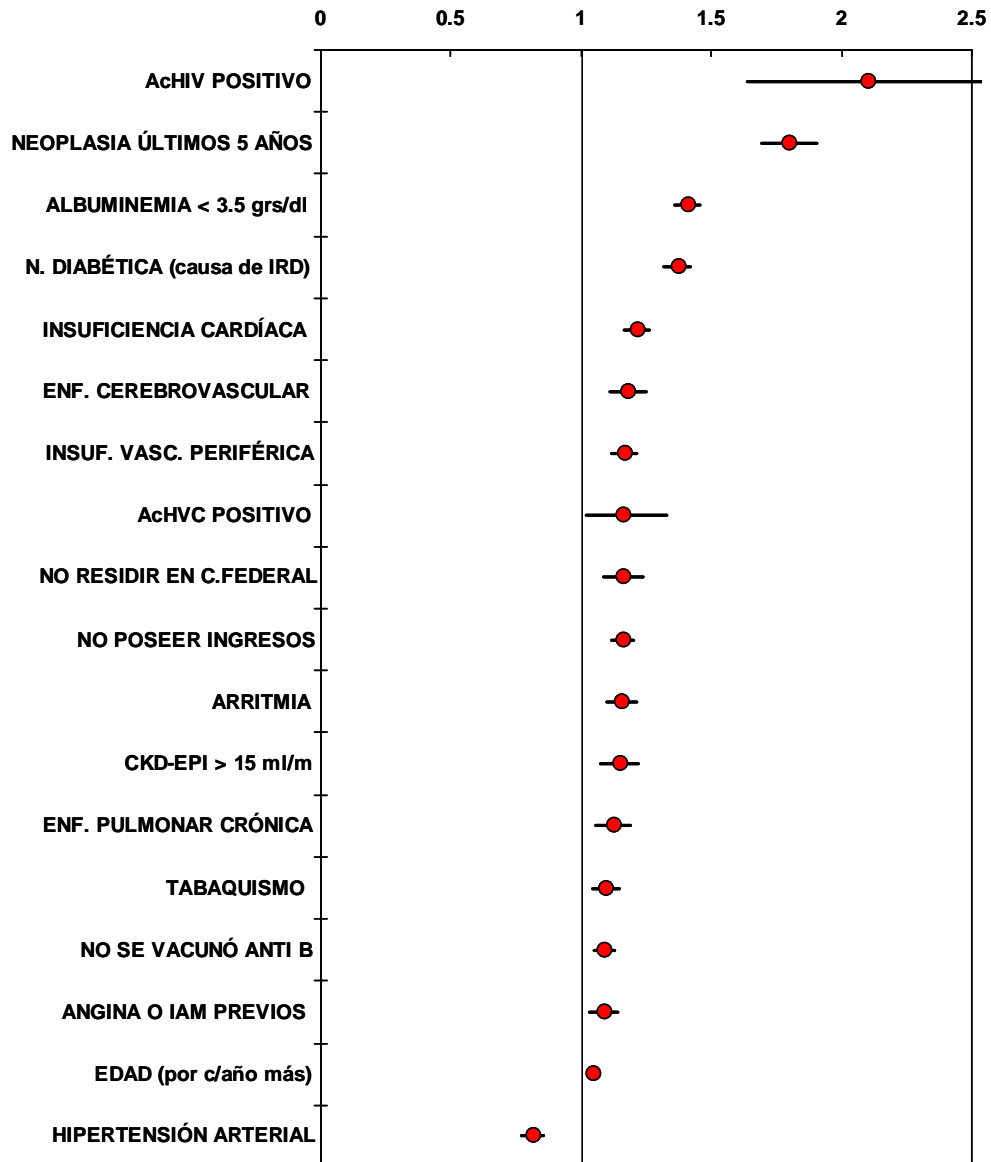
Ingresar a DC con Hematocrito menor a 27% no tiene significancia, seguramente porque el nefrólogo de inmediato corrige este bajo valor en pocos meses y el riesgo desaparece, como fue observado en el Capítulo Características de la población prevalente.

Haber nacido en el extranjero fue hasta la evaluación anterior (Población Incidente 2004-2012) un factor significativo de riesgo. Dejó de serlo en la actual evaluación, no obstante presentar un HR superior a 1.00.

Se evidencia que pertenecer al género masculino no implica mayor riesgo de muerte. En el Capítulo Mortalidad constatamos que los varones ajustando solo por edad y Nefropatía Diabética presentan mayor mortalidad que las mujeres en DC en Argentina en los últimos 9 años. Analizando la Sobrevida solo con las variables edad y Nefropatía Diabética el género masculino presenta 3.6% de significativo mayor riesgo que el género femenino (p=0.006), sin embargo al ajustarse por 23 variables vemos como se pierde la importancia del género.

En el Gráfico 65a se presentan las covariadas que resultaron significativas: los HR de cada una con sus respectivos IC95%.

GRÁFICO 65a : RAZÓN DE RIESGO MULTIVARIADO DE COX. AMBAS MODALIDADES



Modelo del riesgo proporcional de Cox en HD

Por último evaluamos solamente a la Población que comienza tratamiento sustitutivo en Hemodiálisis Crónica. Representa el 96.9 % del total (57.760/59.605) de pacientes incidentes 2004-2013.

Incluimos Acceso Transitorio como Primer acceso vascular (Catéter no tunelizado) en este Modelo multivariado de Cox para pacientes en HD (24 covariadas); el método utilizado fue el Adelante condicional. Total de pacientes evaluados: 32.009.

En la Tabla 38 se presentan las variables que resultaron significativas (18) y no significativas (6).

No cambian mayormente las variables predictoras de favorable o desfavorable pronóstico con respecto a las encontradas en el Multivariado de ambas modalidades.

Desaparece aquí “No vacunación anti Hepatitis B” ($p = 0.623$) y aparece con gran fuerza “Comienza HD con Acceso transitorio” (catéter no tunelizado), porque existe competencia entre ellas al pertenecer a la población con falta de evaluación previa (contacto tardío). El riesgo de muerte aumenta el 49 % si el paciente comienza a realizarse HD con un catéter transitorio cuando se contrasta con el resto de las variables.

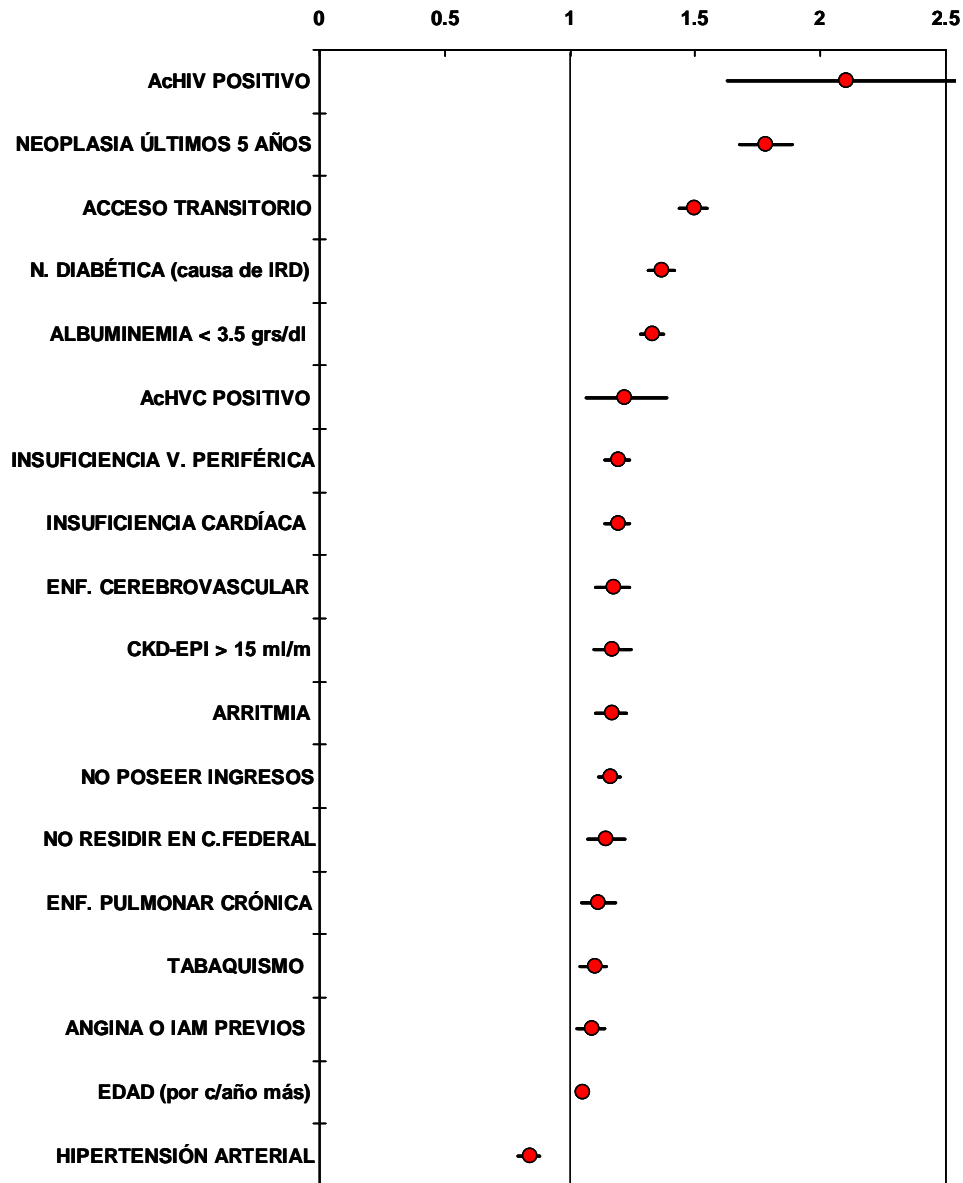
En ediciones anteriores de este Registro, habíamos observado en la población 2004-2011, que el riesgo de muerte era 54 % mayor en los que ingresan con Catéter vs. Acceso definitivo y en la población 2004-2012 el riesgo de muerte resultó 51% mayor^(8,9). No quiere decir ello que el HR está disminuyendo por tener un acceso temporario inicial a medida que pasan los años: En realidad, el HR del acceso transitorio en la sobrevida a 1 año (aquí se extiende hasta 9 años y medio) es 2.20 (120% mayor).

TABLA 38. MODELO DEL RIESGO PROPORCIONAL DE COX MULTIVARIADO				
HEMODIÁLISIS CRÓNICA. MÉTODO ADELANTE CONDICIONAL				
RIESGO RELATIVO (HR) CON INTERVALO DE CONFIDENCIA DEL 95%				
COVARIADAS SIGNIFICATIVAS	HR	I.DE CONFIDENCIA DEL 95%		p
		L.INFERIOR	L.SUPERIOR	
PRESENCIA DE AchIV AL INGRESO	2.099	1.626	2.709	0.000
PRESENCIA DE NEOPLASIA ÚLTIMOS 5 AÑOS	1.779	1.675	1.889	0.000
COMENZAR HD CON ACCESO TRANSITORIO	1.491	1.436	1.547	0.000
PRESENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA	1.361	1.310	1.415	0.000
ALBUMINEMIA MENOR A 3.5 grs/dl AL INGRESO	1.327	1.281	1.375	0.000
PRESENCIA DE AchVC AL INGRESO	1.215	1.063	1.389	0.004
PRESENCIA DE INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.187	1.139	1.237	0.000
PRESENCIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AL INGRESO	1.186	1.139	1.235	0.000
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (pasada o presente)	1.169	1.103	1.240	0.000
FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO (CKD-EPI > 15 ml/m)	1.165	1.094	1.242	0.000
PRESENCIA DE ARRITMIA AL INGRESO	1.162	1.103	1.223	0.000
NO POSEER INGRESOS ECONÓMICOS (Paciente y familia)	1.155	1.112	1.199	0.000
NO RESIDIR EN CIUDAD DE BUENOS AIRES	1.141	1.069	1.218	0.000
PRESENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA	1.111	1.044	1.182	0.001
TABAQUISMO EN 10 AÑOS PREVIOS AL INGRESO	1.092	1.042	1.145	0.000
ANGINA PERSISTENTE O INFARTO DE MIOCARDIO PREVIOS	1.082	1.027	1.140	0.003
EDAD AL INGRESO (por cada año más)	1.043	1.042	1.045	0.000
HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL INGRESO A DC	0.836	0.793	0.881	0.000
COVARIADAS FUERA DE LA ECUACIÓN (NO SIGNIFICATIVAS)				
HEMATOCRITO MENOR AL 27%	0.987	0.953	1.022	0.466
AÑO DE INGRESO (por cada año más)	0.995	0.987	1.003	0.199
SEXO MASCULINO	1.007	0.972	1.043	0.703
PRESENCIA DE HBsAg	0.842	0.647	1.095	0.199
HABER NACIDO EN EL EXTRANJERO	1.063	0.993	1.139	0.078
NO SE REALIZÓ VACUNACIÓN ANTI VIRUS B HEPATITIS	0.991	0.956	1.027	0.623

A medida que nos vamos desplazando hacia adelante en el tiempo, el primer acceso deja de tener la gran importancia de los 4 primeros meses y el efecto sobre el riesgo de muerte va disminuyendo, no obstante mantiene una significancia estadística muy elevada ($p = 0.000$). Se revela, nuevamente, la importancia de la evaluación a tiempo de los pacientes en estadios finales de IRD y quizás el más importante de todos: Construir temprano un acceso vascular definitivo.

En el Gráfico 65b se presentan las covariadas que resultaron significativas: los HR de cada una con sus respectivos IC95%.

GRÁFICO 65b : RAZÓN DE RIESGO MULTIVARIADO DE COX. HEMODIÁLISIS CRÓNICA



Como conclusión pudimos demostrar 18 factores de riesgo de muerte significativos en la población incidente en Diálisis Crónica de Argentina 2004-2013; 2 de ellos señalan la llegada tardía del paciente y 1 de ellos es patrimonio absoluto de los carenciados:

1. **Presencia del Anticuerpo del virus del SIDA.**
2. **Presencia de Neoplasia al inicio o en últimos 5 años; se incluye al Mieloma como etiología de IRD; se excluye el cáncer de piel.**
3. **Presencia una Albuminemia de inicio menor a 3.5 gr./dl.**
4. **Presencia Nefropatía Diabética como causa de IRD.**
5. **Antecedentes de Accidente Cerebro-vascular o Accidente Isquémico Transitorio.**
6. **Presencia de Insuficiencia Cardíaca.**
7. **No haber recibido ninguna dosis de Vacuna Anti Hepatitis B (Contacto tardío).**
8. **No poseer el paciente y su grupo familiar Ingresos económicos (Vida con carencias).**
9. **Edad al ingreso: El riesgo de muerte aumenta el 4% por cada año de edad de Ingreso.**
10. **Presencia de Arritmia cardíaca.**
11. **Presencia de Insuficiencia vascular periférica.**

12. **Presencia o antecedentes de Angina persistente o Infarto Agudo de Miocardio.**
13. **Presencia del Anticuerpo del virus C de la Hepatitis.**
14. **Presencia de Enfermedad Pulmonar Crónica.**
15. **Tabaquismo en los 10 años previos al ingreso a DC.**
16. **Comenzar Hemodiálisis Crónica con Acceso temporario (Contacto tardío).**
17. **No residir en la Capital Federal.**
18. **Comenzar DC con Filtrado glomerular de 15 ml/m/1.73m² o más**

El año de ingreso a DC perdió significancia, ya no influye que haya ingresado el paciente en 2004 o 2013 o cualquier otro año, porque en el Modelo multivariado no se encuentra significación tanto en ambas modalidades ($p = 0.728$) como en Hemodiálisis crónica ($p = 0.199$)

El contacto tardío con el Sistema de salud (en especial fuera de la Capital Federal) hace que el paciente llegue a DC en tan malas condiciones que no es posible disminuir el alto riesgo de muerte, en especial en los primeros 4 meses de tratamiento dialítico.

Comenzar DC con Filtrado glomerular estimado de 15 ml/m/1.73m² o más no parece ser beneficioso para los pacientes, aunque no se debería considerar ello como una aseveración. Hemos demostrado que esta subpoblación de alto filtrado tiene una carga altísima de comorbilidades, muy significativamente superior a la subpoblación de bajo filtrado y obviamente su riesgo de muerte aumenta, no obstante ajustarse por covariadas pronósticas. Constatamos que iniciar HD con acceso vascular definitivo tiene grandes beneficios en la sobrevida, independientemente del Filtrado glomerular de inicio; dicho de otro modo, esa subpoblación de alto filtrado muestra una sobrevida ajustada semejante a la de la población de bajo filtrado, si su primer acceso es definitivo ⁽⁷⁾.

Referencias

1. Mazzuchi N; Carbonell E; Fernández-Cean J: Importance of blood pressure control in hemodialysis patient survival. *Kidney Int.* 58(5):2147-54. 2000
2. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2009; 150: 604-12.
3. Cooper BA, Branley PB, Bulfone L, et al; IDEAL Study. A randomized controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med.* 2010; 363(7):606-619.
4. VanLare JM, Conway PH, Sox HC. Five next steps for a new national program for comparative-effectiveness research. *N Engl J Med.* 2010; 362(11):970-973.
5. Rosansky SJ, Clark WF, Eggers P, Glassock RJ. Initiation of dialysis at higher GFRs: is the apparent rising tide of early dialysis harmful or helpful? *Kidney Int.* 2009; 76(3):257-261.
6. Traynor JP, Simpson K, Geddes CC, Deighan CJ, Fox JG. Early initiation of dialysis fails to prolong survival in patients with end-stage renal failure. *J Am Soc Nephrol.* 2002; 13(8):2125-2132.
7. Marinovich S, Pérez Loredó J, Lavorato C, Rosa Diez G, Bisigniano L, Fernández V, Hansen Krogh D. Initial glomerular filtration rate and survival in hemodialysis. The role of permanent vascular access. *Nefrología.* 2014 34(1): 76-87.
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
9. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013. Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucaai2012_informe2013.pdf

10. Trasplante renal

El Trasplante renal constituye uno de los capítulos de este Registro desde sus inicios ⁽¹⁻¹⁶⁾, porque es la mejor forma de egreso de DC para el paciente. Solamente se considerará aquí la actividad en Trasplante renal en Argentina; dicho de otro modo, la **Incendencia en Trasplante renal**.

Evaluamos a la población de Argentina respecto al Trasplante renal de 2 maneras: 1) Trasplantes renales en la población general. 2) Trasplantes renales en la población en Diálisis crónica.

En la primera extraemos tasas de trasplante renal por millón de habitantes, por lo que el denominador es la población de Argentina toda. Se consideran aquí a la población expuesta y no expuesta al riesgo de la DC, por eso sus tasas están expresadas por millón: Trasplantes renales por millón de habitantes/año (ppm).

En la segunda manera extraemos las tasas valorando los trasplantes renales en la población en DC de Argentina, los pacientes con Insuficiencia renal definitiva en Diálisis Crónica. Se valoran subpoblaciones y se las compara. Las Tasas están expresadas por cien: Trasplantes renales por 100 paciente-años de exposición al riesgo (P/AER).

Los 2 modos de expresar la Tasa de Trasplante sirven a diferentes fines: La primera se utiliza para compararnos en forma bruta con otros países; es de práctica universal. No es la más adecuada porque en el denominador se comprende a pobladores que no necesitan del trasplante. La segunda, por su fuerte unión con los pacientes en DC, es mucho más útil porque comprende a aquellos que indefectiblemente necesitan del trasplante renal; además podemos monitorizar los cambios que se van produciendo en el tiempo en la población total de pacientes en DC o subpoblaciones importantes, como por ejemplo los pacientes Diabéticos. Lamentablemente, todavía, no es de práctica universal, excepción del Registro de Estados Unidos de Norteamérica (USRDS) ⁽¹⁷⁾.

Trasplantes renales en la Población General

La cantidad de trasplantes con riñón(es) de donante cadavérico en la población argentina aumentó desde 591 en 2004 hasta 880 en 2013 (49% de crecimiento numérico) y los realizados con donante vivo relacionado o no aumentó desde 174 en 2004 hasta 407 en el último año evaluado (134% de crecimiento numérico). En definitiva la cantidad de trasplantes renales (ambos tipos) creció numéricamente el 68% en 9 años, comenzando con 765 en 2004 y finalizando con 1287 en 2012 (Gráfico 66). Parte de estos trasplantes son combinados (riñón-páncreas, riñón-corazón y riñón-hígado) y también están considerados aquí a los trasplantes renales anticipados, llamados así porque estos pacientes previamente al Trasplante no recibieron nunca tratamiento sustitutivo por DC. En 2008 se realizaron 51 anticipados, 61 en 2009, 25 en 2010, 56 en 2011, 46 en 2012 y 76 en 2013. Se trata de pacientes más jóvenes con promedio de edad en 33.2, 32.3, 29.3, 34.7, 31.1 y 37.9 años, respectivamente.

Los Trasplantes realizados con órgano de donante vivo relacionado o no, mostraron crecimiento importante desde el año 2008; en ese año representaban el 17.3% del total, llegando en 2013 al 31.6%. Existe una tendencia en países desarrollados de utilizar como donantes a las personas vivas, entre otras razones debido a la importante disminución en la procuración cadavérica por mayor prevención de accidentes viales ⁽¹⁸⁾. Sin embargo, la donación cadavérica sigue siendo importante en Argentina, tanto que en 2013 nuestro país seguía posicionado en cuarto lugar en América con 13.7 donantes ppm, luego de Estados Unidos de Norteamérica (25.8 ppm), Uruguay (17.1 ppm) y Canadá (15.7 ppm) ⁽¹⁹⁾.

La Tasa de Trasplante renal o Cantidad de Trasplantes renales simples o combinados por millón de Habitantes por cada año se muestran en el Gráfico 67 con los respectivos IC95%. A fines del año 2013, el INDEC publicó las Proyecciones de la Población por grupos de edad y sexo para el Total país y Provincias desde el año 2010 hasta el año 2040 ⁽²⁰⁾. En esa publicación se menciona que la omisión censal de la población en el Censo 2010 fue del 1.99% para el Total País. Este hecho es trascendente porque debimos rehacer las tasas de Trasplante desde 2010 hasta 2012, teniendo en cuenta la importante diferencia poblacional en cada año. Considerando todos los tipos de trasplante la tasa se elevó desde 20.01 hasta 30.50 ppm desde 2004 hasta 2013, resultando en un crecimiento del 52%; los trasplantes de donante cadavérico tuvieron un menor crecimiento que los de donante vivo (35% vs. 112%). El aumento significativo en la tasa en los 5 últimos años lo logran solamente los trasplantes con donante vivo.

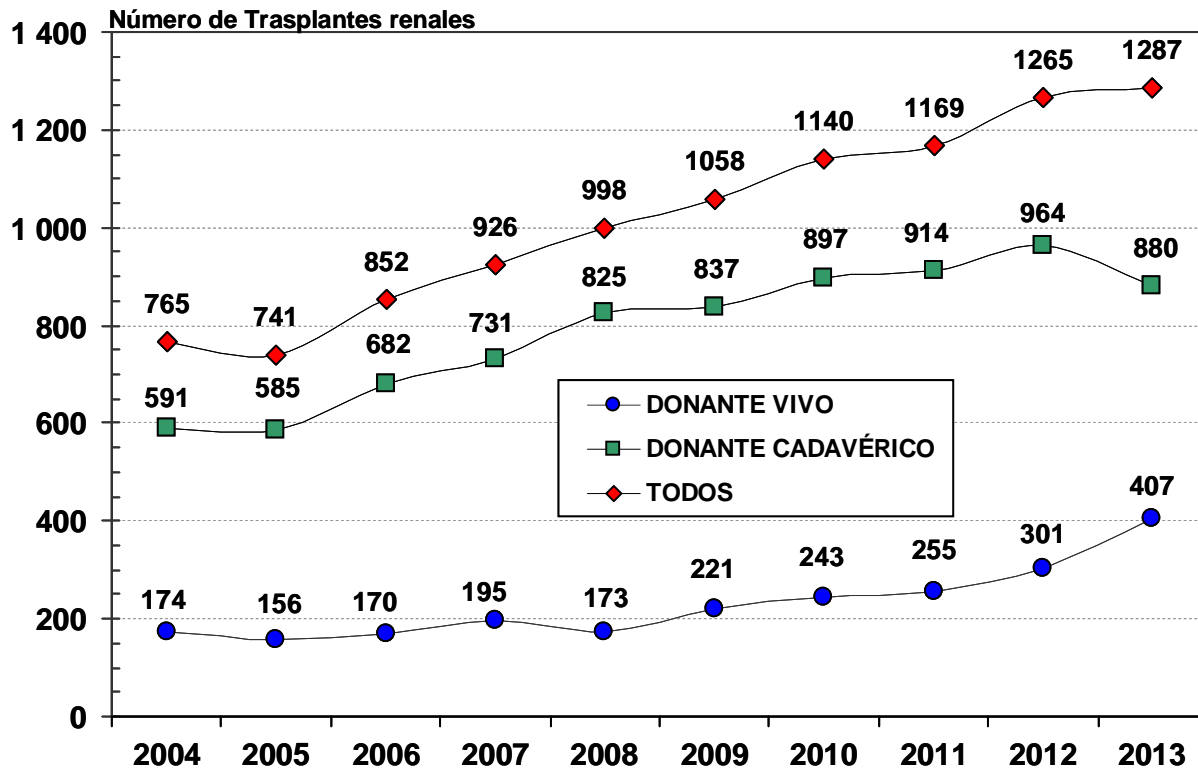


GRÁFICO 66: TRASPLANTES RENALES EN LA POBLACIÓN GENERAL

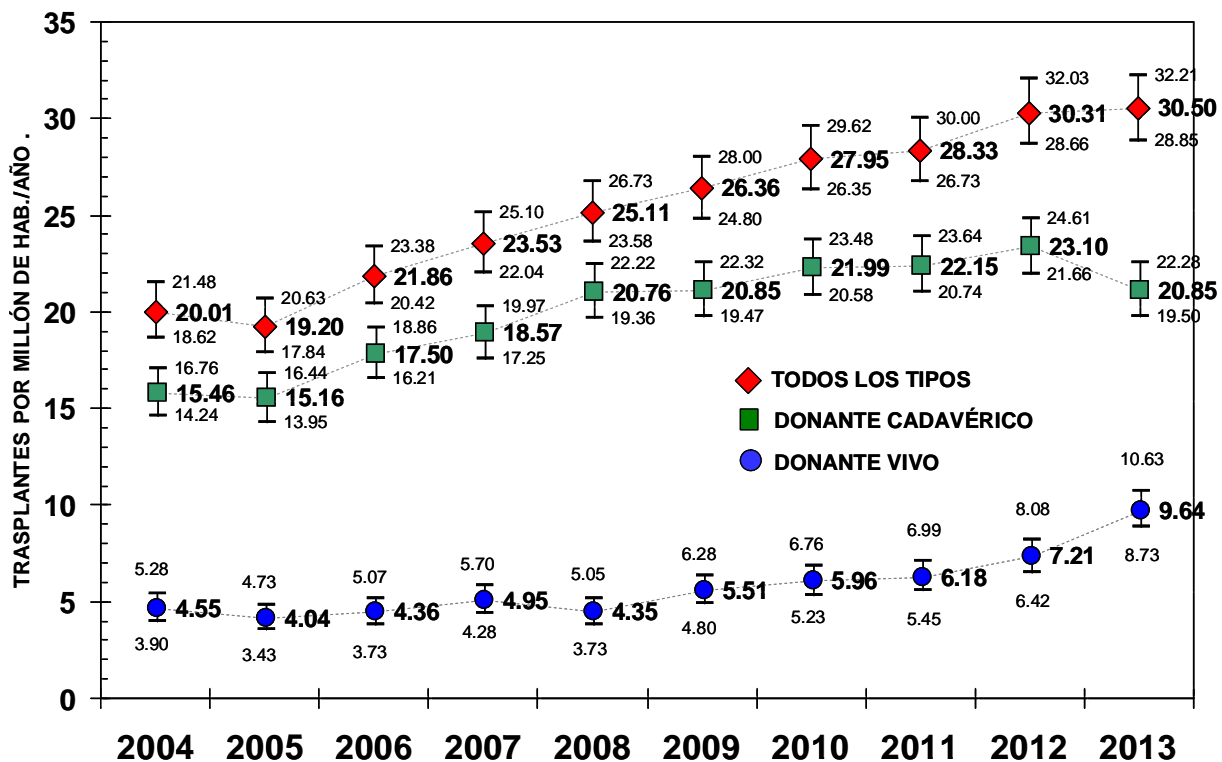


GRÁFICO 67: TASAS CRUDAS DE TRASPLANTE RENAL EN LA POBLACIÓN GENERAL DE ARGENTINA

Con Intervalo de Confidencia del 95% . Trasplantes por Millón de Habitantes/Año.

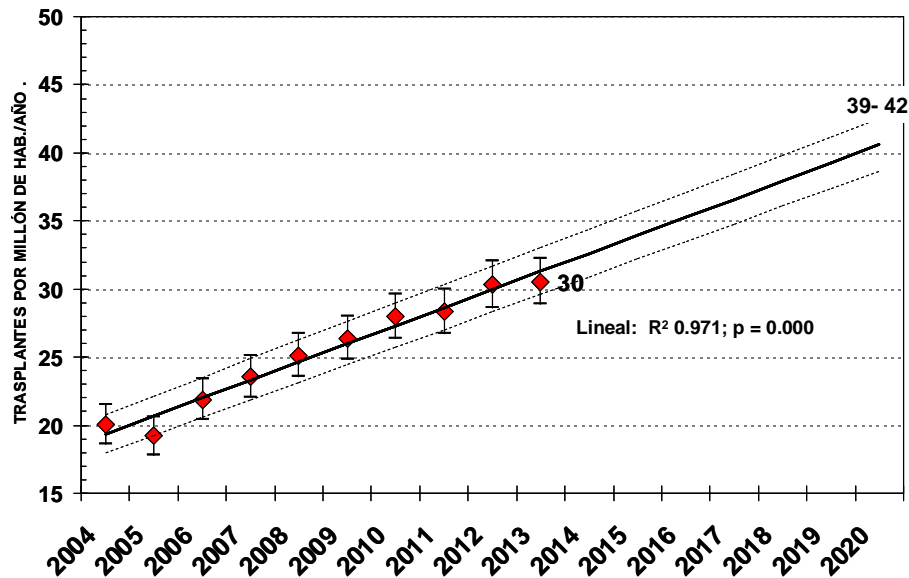


Gráfico 68: Proyección de la Tasa de Trasplante Renal por millón habitantes/año en Argentina
 Todos Los Tipos De Trasplante

De continuar la actividad de procuración y trasplante renal con el mismo crecimiento del período 2004-2013, proyectamos, por regresión lineal simple, para el año 2020 una Tasa de Trasplante renal en Argentina de 39-42 ppm (Gráfico 68). Por regresión lineal la estimación curvilínea presentó una muy significativa R^2 (0.971). Las medidas que se tomen de aquí en más pueden hacer variar estas predicciones en más o en menos; pero es muy improbable que la actual tasa de

crecimiento disminuya si se continúa con un plan nacional a gran escala para favorecer el trasplante en nuestro país.

Si trazamos una comparación de tasas no ajustadas con el resto del mundo que reporta datos, veremos que Argentina se ubicaba en 2012 en la mitad superior de la tabla, ordenando de mayor a menor tasa, según los registros de la USRDS ⁽²¹⁾, donde no todos los países envían sus datos. Pero, según Newsletter Transplant, sitio en donde todos los países reportan sus datos, Argentina con 30.5 ppm está ubicada tercera en América en 2013, detrás de Estados Unidos de Norteamérica y Canadá ⁽¹⁹⁾. En Newsletter Transplant, Argentina reporta 30.8 ppm, cifra levemente superior a la informada aquí y que es consecuencia de considerar un valor menor para la población de Argentina, antes de las definitivas correcciones realizadas por el INDEC.

Expresar la tasa de trasplante por millón de habitantes es de práctica universal y permite compararse con otros países o entre nosotros mismos; pero no es la mejor manera de evaluar la actividad del trasplante renal en la población efectivamente necesitada de un órgano. Al expresarse por millón de habitantes estamos presuponiendo que todos los habitantes están necesitando un trasplante renal, lo cual no es cierto. Puede ocurrir que en determinado populoso país, que previene y trata muy bien las enfermedades cardiovasculo-renales, la prevalencia de Enfermedad renal estadio 5 sea consecuentemente muy baja y por ende lo será la tasa de trasplante renal. Si pocos enfermos renales extremos existen, pocos trasplantes renales se harán. En consecuencia, en ese país populoso (con excelente salud general) la Tasa de trasplante por millón de habitantes sería muy baja; estaríamos cometiendo un grave error si dijéramos que en ese país se trasplanta muy poco; sin embargo las cifras dicen eso. La pregunta es: ¿Se trasplanta poco con respecto a qué? ¿A la población? Pero si la misma es muy sana, el trasplante será consecuentemente muy bajo.

Por ello es más importante determinar cuántos de los pobladores están necesitando un trasplante renal y usar esa cantidad en el denominador para determinar exactamente una real tasa de trasplante. Tendríamos que asegurarnos de tener un sistema que permita conocer fehacientemente todos los pacientes con necesidad inmediata de tratamiento sustitutivo renal o que se encuentren en DC. En Argentina conocemos el 98% o más de los que se encuentran en DC. Este denominador es mejor que el total de habitantes porque estamos seleccionando del total poblacional a aquellos que realmente necesitan de un trasplante renal, que fundamentalmente son los pacientes que se encuentran en DC.

Por ello, el posicionamiento en el denominador de aquellos que necesitan de un trasplante nos dará una razón o cociente mucho más cercano al real, que si ubicamos allí a toda la población, la mayoría no necesitada de un trasplante renal.

Trasplantes renales en la población en Diálisis crónica

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
				NO DBT			DBT			NO DBT			DBT		
	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA
0-4	5	42.0	11.9	2	16.5	12.2				3	25.5	11.7			
5-9	16	73.0	21.9	9	33.9	26.6				7	39.1	17.9			
10-14	27	140.3	19.2	8	69.7	11.5				19	70.6	26.9			
15-19	46	285.2	16.1	19	138.8	13.7				27	146.4	18.4			
20-24	56	591.0	9.5	28	300.1	9.3	0	7.9	0.0	26	278.4	9.3	2	4.6	43.2
25-29	82	931.6	8.8	29	406.4	7.1	6	44.8	13.4	44	460.6	9.6	3	19.8	15.2
30-34	130	1242.1	10.5	36	499.0	7.2	13	50.9	25.5	72	637.7	11.3	9	54.5	16.5
35-39	122	1431.3	8.5	45	577.4	7.8	5	55.9	8.9	65	723.3	9.0	7	74.7	9.4
40-44	98	1647.9	5.9	36	627.3	5.7	4	81.7	4.9	50	829.9	6.0	8	109.0	7.3
45-49	109	1921.3	5.7	43	750.2	5.7	1	118.7	0.8	56	842.8	6.6	9	209.6	4.3
50-54	113	2364.4	4.8	34	851.6	4.0	4	218.0	1.8	63	913.7	6.9	12	381.1	3.1
55-59	86	3038.1	2.8	38	892.1	4.3	3	412.3	0.7	36	1081.3	3.3	9	652.5	1.4
60-64	118	3674.8	3.2	45	935.9	4.8	7	652.6	1.1	56	1243.8	4.5	10	842.4	1.2
65-69	78	3399.4	2.3	26	773.3	3.4	6	647.7	0.9	31	1175.8	2.6	15	802.7	1.9
70-74	42	2878.5	1.5	9	737.1	1.2	1	500.5	0.2	25	1084.5	2.3	7	556.4	1.3
75-79	11	2097.2	0.5	4	574.3	0.7	1	275.6	0.4	6	934.9	0.6	0	312.3	0.0
80 o +	0	2133.5	0.0	0	689.9	0.0	0	192.1	0.0	0	1031.0	0.0	0	220.4	0.0
TOTAL	1139	27891.37	4.08	411	8873.21	4.63	51	3258.82	1.56	586	11519.33	5.09	91	4240.01	2.15

TX :Trasplantes renales realizados en la población de Diálisis Crónica de Argentina. P/AER: Paciente-años de exposición al riesgo; EDAD: Edad en años; TASA : Trasplantes renales por 100 paciente-años de exposición al riesgo; DBT: Nefropatía Diabética como etiología de IRD; NO DBT: Otras etiologías de IRD

Se consideran los trasplantes realizados a los pacientes en DC desde el año 2005. Por sesgo informático en el Registro de pacientes en DC en los primeros 4 meses de 2004, se excluyó a ese año de las evaluaciones⁽¹⁻⁵⁾. Se analiza a la población total y por etiologías de IRD: Nefropatía Diabética (DBT) y Otras etiologías (NO DBT); por supuesto se excluyen los trasplantes anticipados. La cantidad de trasplantes en la población en DC de Argentina aumentó desde 737 en 2005 hasta 1139 en 2013 (55% de crecimiento numérico), los realizados en pacientes con DBT aumentó desde 35 en 2005 hasta 142 en el último año evaluado (306% de crecimiento numérico) y los trasplantes en NO DBT también aumentó desde 702 hasta 997 para el mismo período (42% de crecimiento numérico).

La Tabla 39a muestra las cantidades y Tasas de Trasplante renal en la población en DC discriminadas por grupos quinquenales de edad, sexo y etiologías para el año 2013. Las Tablas de los años previos se pueden consultar en las ediciones anteriores de este Registro⁽¹⁻¹⁶⁾. No obstante, como resumen, en la Tabla 39b se observa la evolución de las cantidades y Tasas desde 2005 hasta 2013.

AÑO	TODOS			NEFROPATÍA DIABÉTICA			OTRAS ETIOLOGÍAS		
	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA
2005	737	21647.6	3.41	35	4802.3	0.73	702	16845.4	4.17
2006	849	22882.7	3.71	58	5304.0	1.09	791	17578.7	4.50
2007	885	23137.8	3.83	94	5541.4	1.70	791	17596.4	4.50
2008	947	24560.2	3.86	100	5930.8	1.69	847	18627.9	4.55
2009	945	25160.4	3.76	106	6243.4	1.70	839	18917.0	4.44
2010	1036	25799.4	4.02	114	6517.2	1.75	922	19282.2	4.78
2011	1043	26372.9	3.95	131	6835.0	1.92	912	19537.9	4.67
2012	1112	27176.1	4.09	131	7183.6	1.82	981	19992.5	4.91
2013	1139	27891.4	4.08	142	7498.8	1.89	997	20392.5	4.89

Tasas expresadas como Trasplantes por 100 paciente-años de exposición al riesgo (P/AER). TX: Número de Trasplantes renales en la población en Diálisis Crónica (simples y combinados)

La Tasa cruda para Todos los pacientes aumento desde 3.41 hasta 4.08 trasplantes por 100 P/AER (20% de crecimiento) entre 2005 y 2013. Los pacientes con DBT aumentaron mucho más que sus pares NO DBT: 158% vs. 17%. No obstante las tasas son mucho más elevadas en estos últimos. Estados Unidos de Norteamérica informó para el año 2012 una tasa cruda total de 3.70 trasplantes por 100 P/AER, por lo tanto, menor a la de Argentina para ese año⁽¹⁷⁾.

Es adecuado utilizar tasas ajustadas para comparar la actividad entre los diferentes años: Realizamos estandarización indirecta en la población Total (DBT y NO DBT) ajustando por edad (grupos de 5 años), sexo y etiologías; consecuentemente determinamos la Tasa ajustada de Trasplante renal con el IC95% para la misma y la Relación de Trasplante estandarizada (RTE) que es el cociente entre Trasplantes observados y esperados, las respectivas χ^2 y la significación estadística respectiva con el IC95% para la misma (Gráfico 69); la Referente fue la Tabla de Trasplante renal en DC en Argentina del año 2005.

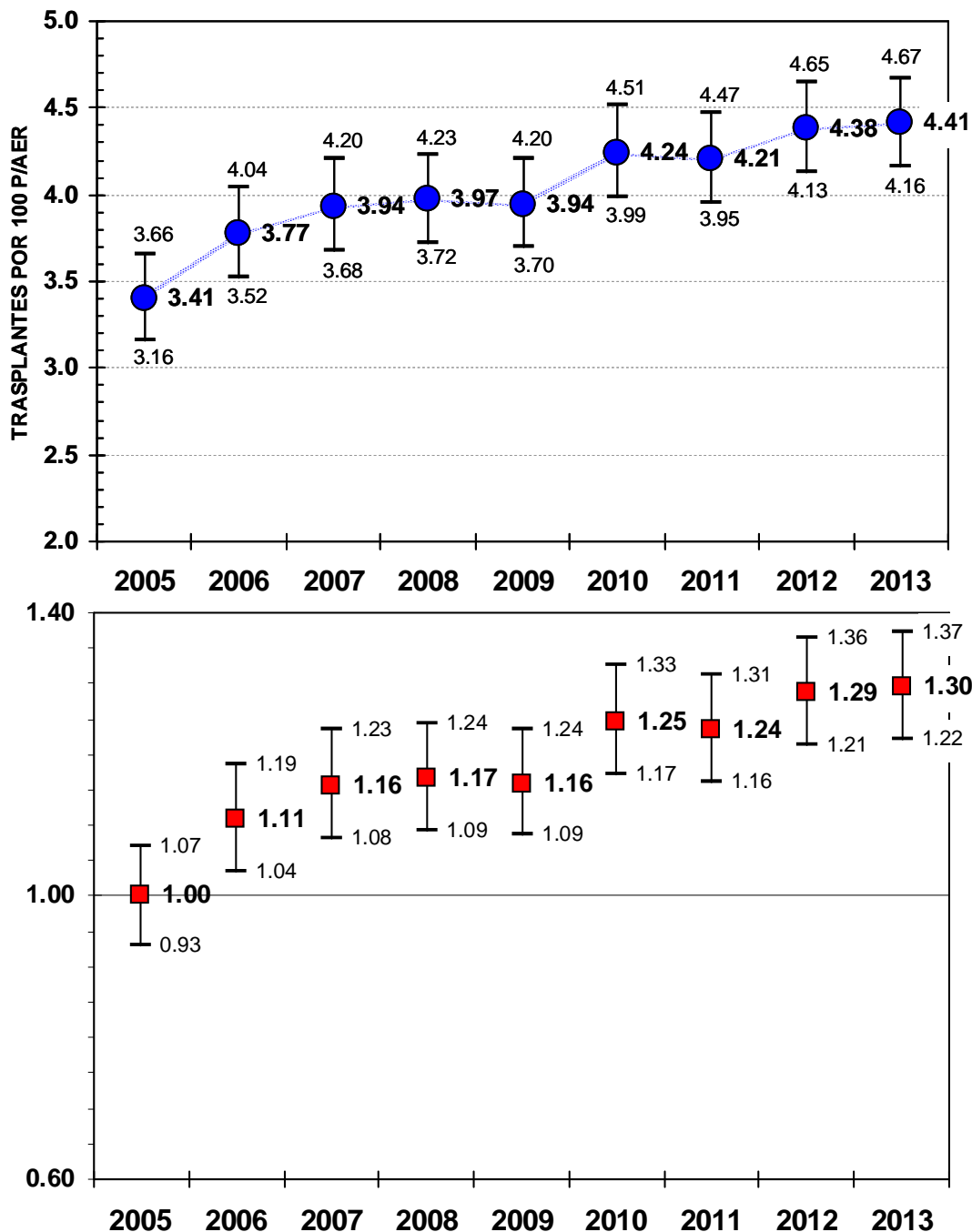


Gráfico 69 : Arriba, Tasas ajustadas de Trasplante renal en la población en DC de Argentina con el IC95%. Estandarización indirecta por edad, sexo y etiologías de IRD. Abajo, Relación de trasplante estandarizada (RTE) con IC95%. Referencia Trasplantes del año 2005

En el ajuste observamos que la tasa de Trasplante en toda la población en DC aumentó entre 2005 y 2007, se observa una meseta entre 2007-09, crece significativamente entre 2009-2010, leve disminución en 2011, con ulterior elevación en 2012 y 2013, obteniéndose la más alta tasa el último año.

La RTE muestra que el Trasplante en la población de DC de Argentina aumentó significativamente el 30% entre 2005-2013. Aunque desde el año 2010 no se verificó aumento significativo.

No obstante, adelante veremos que estas tasas que indican que más de 4 de cada 100 pacientes se trasplantan por año no son uniformes en Argentina, siendo que en algunas provincias existe decrecimiento o crecimiento significativo.

Consideraremos la Etiología de Insuficiencia renal extrema o IRD para valorar la actividad en Trasplante renal en la población en DC de Argentina, poniendo énfasis en la evaluación de los portadores de Nefropatía Diabética (DBT) por ser la población más numerosa y también por reconocerse que difícilmente acceden al Trasplante renal.

Solo con las cifras crudas presentadas en Tabla 39b ya podemos claramente concluir que los pacientes con DBT se trasplantan a una tasa más baja que los que no tienen ese diagnóstico de IRD. No obstante haremos comparaciones ajustadas para confirmar tal presunción, ya que los DBT casi no realizan DC antes de los 20 años y su edad promedio es significativamente mas elevada que sus pares NO DBT. Además podremos observar si esta población, más expuesta al riesgo de mayor morbimortalidad, tiene mayor posibilidad de acceder a un Trasplante renal simple o combinado con el paso de los años.

En el Gráfico 70 se observan las Tasas de Trasplante en ambos grupos ajustadas por edad y sexo, siendo la referente en cada año la de la población NO DBT.

Existió un importante crecimiento del Trasplante en el DBT entre 2005 y 2007, produciéndose una meseta a partir de allí, con leve repunte en 2013. Las distancias son enormes entre los valores de ambas poblaciones, tal como lo indican las respectivas Chi² y p.

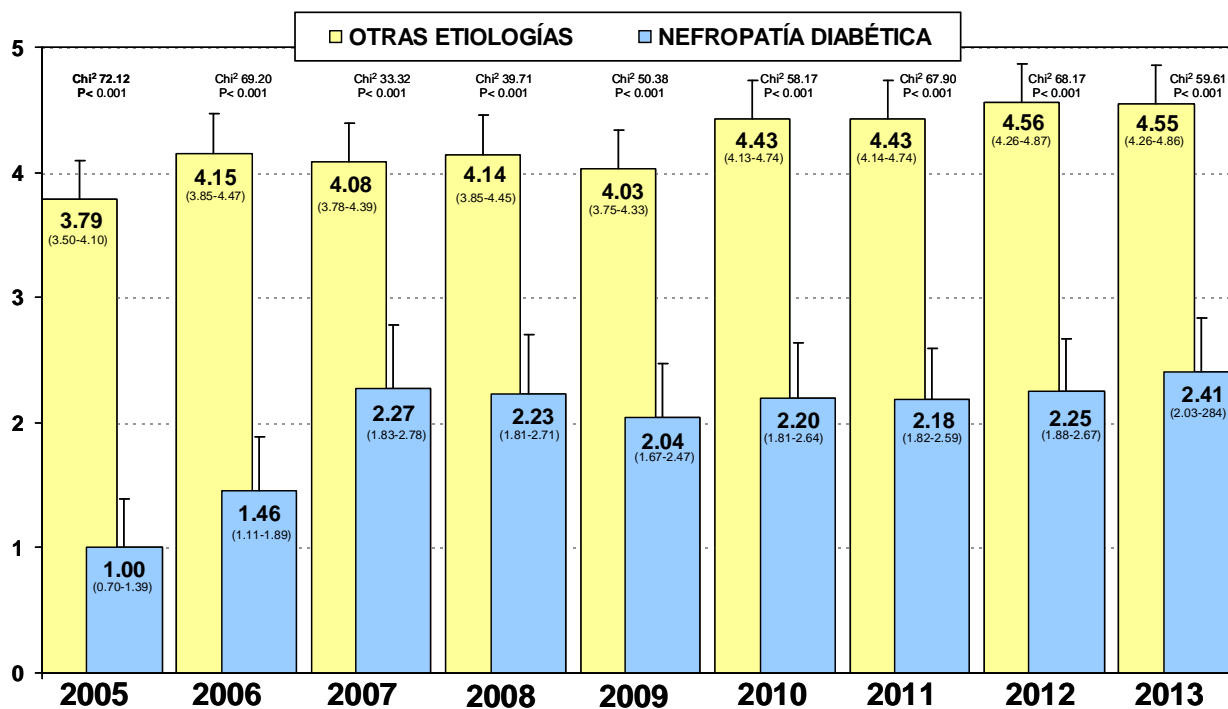


GRÁFICO 70: TASAS DE TRASPLANTE RENAL EN LA POBLACIÓN EN DC DE ARGENTINA NEFROPATÍA DIABÉTICA Y OTRAS ETIOLOGÍAS . AÑOS 2005-2013

Tasas ajustadas por Edad y Sexo . Referentes Tasa de Trasplante de los pacientes con Otras Etiologías en cada año; Tasas en Trasplantes por 100 paciente-años de exposición al riesgo con Intervalo de Confianza del 95% (entre paréntesis). Se exceptúan de este análisis los pacientes menores de 20 años porque no se presenta Población con N. Diabética en Diálisis Crónica debajo de esa edad

No obstante hasta los 40 años de edad y desde el año 2007 los DBT menores de 40 años presentan mayores tasas de trasplante renal que sus pares NO DBT. En esa franja 20-40 años es donde más actividad se observa en trasplante reno-pancreático. Este hecho es muy auspicioso y tiene que ver con el avance en la actividad de los trasplantes combinados riñón-páncreas, aunque existió una merma desde 2008: En 2005 se realizaron solamente 6, en 2006 se realizaron 29, en 2007 creció mucho más la cantidad, para llegar a 69 y en 2008, más aún, se realizaron 76 Trasplantes reno-pancreáticos en Argentina; allí estuvo el máximo, comenzando a decaer en 2009 con 67 trasplantes, 58 en 2010, 65 en 2011, 63 en 2012 y 65 en el último año.

La Tasa del Trasplante renal del DBT en DC está directamente relacionada a la donación cadavérica: En 2005 se realizaron 29 Trasplantes renales cadavéricos sobre un total de 35 Trasplantes renales en DBT en DC; 83% con donante cadavérico. Esa proporción aumentó en 2006 al 91% del total de Trasplantes renales en la población de DBT en DC (53 de 58). En 2007 se llegó al 94 % (88 de 94 se realizaron se realizaron con órgano(s) de cadáver). En 2008 se trasplantaron 100 pacientes DBT y 94 riñones eran de donante cadavérico (94%). En los 4 últimos años no cambió con respecto a 2007-2008. En 2009 el 94% (100 de 106), en 2010 el 93% (106 de 114), en 2011 el 92% (120 de 131), en 2012 el 94% (123 de 131) y en 2013 el 90% (128 de 142).

Esto contrasta con la población en DC NO DBT: el 78% se realizó trasplante con donante cadavérico en 2009 (656 de 839), el 75% en 2010 (694 de 922), el 78% (714 de 912) en el año 2011, el 77% (754/981) en 2012 y en el año 2013 se consigue el menor valor con el 69% (687 de 997).

Es muy probable que la creciente tendencia de aumento en número y tasa de Trasplante de donante vivo vaya casi exclusivamente a la población NO DBT en DC.

Por lo anterior concluimos que, si bien es cierto que el Trasplante renal en el paciente con diagnóstico de Nefropatía Diabética es muy inferior a los que no tienen esa Etiología de IRD, existió hasta el año 2007 un muy significativo aumento en la Tasa de Trasplante renal en esta población en DC, fundamentalmente en la más joven, a expensas de la donación cadavérica casi exclusivamente y dentro de ella al combinado reno-páncreas. A partir del año 2008 hasta el año 2013 se verifica una estabilización de la tasa, sin observarse crecimiento significativo.

Tasas de Trasplante renal en la Población en DC por Provincia de residencia del paciente

Para comparar en forma adecuada la actividad en Trasplante renal por provincias debemos ajustar por algunos factores que influyen en el mismo y que podemos conocer. Las tasas crudas por 100 P/AER se ajustarán por edad, sexo y Nefropatía Diabética como causa de IRD de los pacientes en DC, para neutralizar los efectos que estas influyentes variables tienen en el Trasplante renal. Realizamos una Estandarización Indirecta para ajustar las Tasas crudas y así descartar la importancia de estos 3 factores. Analizamos con esta metodología Todos los Trasplantes realizados en cada una de las Provincias argentinas; se eligió Provincia de residencia del paciente. Como algunas provincias tienen poca población en DC, se adicionan años para disminuir el error estadístico; es así que se presentan los resultados de los trienios 2005-2007, 2008-2010 y 2011-2013. Las tablas referentes utilizadas para las comparaciones son las de trasplante renal en la población en DC de Argentina del trienio 2005-07, la del trienio 2008-10 y la del trienio 2011-13, respectivamente. Aquí se presentan como 40a, 40b y 40 c.

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
	TX	P/AER	TASA	NO DBT			DBT			NO DBT			DBT		
				TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA
0-9	60	303.6	19.8	21	145.6	14.4	0	0.2	0.0	39	158.0	24.7			
10-19	193	1068.3	18.1	81	558.5	14.5	14	104.1	13.4	112	509.6	22.0	13	100.7	12.9
20-29	356	4278.5	8.3	147	1887.3	7.8	23	339.3	6.8	182	2186.3	8.3	33	346.0	9.5
30-39	508	6783.7	7.5	195	2817.1	6.9	14	427.3	3.3	257	3281.4	7.8	24	706.1	3.4
40-49	526	9190.1	5.7	221	3840.5	5.8	7	1508.3	0.5	267	4216.3	6.3	25	2310.3	1.1
50-59	498	14171.4	3.5	220	4733.4	4.6	9	2869.0	0.3	246	5619.5	4.4	20	3052.6	0.7
60-69	263	15793.7	1.7	94	4193.7	2.2	4	1675.6	0.2	140	5678.4	2.5	1	1656.9	0.1
70-79	63	11924.9	0.5	24	3437.8	0.7	0	281.3	0.0	34	5154.6	0.7	0	290.8	0.0
80 o +	4	4153.8	0.1	0	1448.9	0.0				4	2132.8	0.2			
TOTAL	2471	67668.12	3.65	1003	23062.73	4.35	71	7205.12	0.99	1281	28936.88	4.43	116	8463.39	1.37

TX :Trasplantes renales realizados en la población de Diálisis Crónica de Argentina. P/AER: Paciente-años de exposición al riesgo; EDAD: Edad en años; TASA : Trasplantes renales por 100 paciente-años de exposición al riesgo; DBT: Nefropatía Diabética como etiología de IRD; NO DBT: Otras etiologías de IRD

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
	TX	P/AER	TASA	NO DBT			DBT			NO DBT			DBT		
				TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA
0-9	72	295.6	24.4	33	109.8	30.1	0	0.5	0.0	39	185.3	21.0			
10-19	212	1218.4	17.4	112	603.1	18.6	1	4.5	22.3	99	610.9	16.2	9	74.4	12.1
20-29	314	4350.1	7.2	133	1956.5	6.8	18	106.8	16.9	154	2212.4	7.0	46	327.6	14.0
30-39	621	7365.9	8.4	225	2978.5	7.6	45	352.6	12.8	305	3707.2	8.2	33	777.8	4.2
40-49	580	9791.6	5.9	248	4035.1	6.1	20	528.7	3.8	279	4450.0	6.3	55	2687.1	2.0
50-59	658	15380.7	4.3	260	5125.9	5.1	21	3262.3	0.6	327	5839.1	5.6	46	3890.7	1.2
60-69	379	18304.6	2.1	149	4695.3	3.2	3	1971.7	0.2	163	6456.3	2.5	7	2084.6	0.3
70-79	89	13469.4	0.7	26	3801.7	0.7	0	454.1	0.0	53	5611.4	0.9	0	441.0	0.0
80 o +	3	5343.6	0.1	2	1830.3	0.1				1	2618.2	0.0			
TOTAL	2928	75519.95	3.88	1188	25136.24	4.73	124	8409.69	1.47	1420	31690.84	4.48	196	10283.2	1.91

TX :Trasplantes renales realizados en la población de Diálisis Crónica de Argentina. P/AER: Paciente-años de exposición al riesgo; EDAD: Edad en años; TASA : Trasplantes renales por 100 paciente-años de exposición al riesgo; DBT: Nefropatía Diabética como etiología de IRD; NO DBT: Otras etiologías de IRD

EDAD	TODOS			MUJERES						VARONES					
	TX	P/AER	TASA	NO DBT			DBT			NO DBT			DBT		
				TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA	TX	P/AER	TASA
0-9	59	337.3	17.5	22	134.1	16.4	1	0.4	263.8	37	203.1	18.2			
10-19	201	1279.9	15.7	89	620.5	14.3	15	131.9	11.4	111	659.0	16.8	14	79.7	17.6
20-29	402	4503.9	8.9	177	2056.7	8.6	45	330.3	13.6	196	2235.6	8.8	38	353.0	10.8
30-39	641	7810.9	8.2	238	3194.9	7.4	24	567.2	4.2	320	3932.7	8.1	41	904.3	4.5
40-49	625	10368.5	6.0	233	4041.1	5.8	22	1859.2	1.2	327	4855.9	6.7	57	3000.7	1.9
50-59	598	15985.5	3.7	243	5182.6	4.7	37	3741.4	1.0	276	5942.9	4.6	74	4655.7	1.6
60-69	607	20404.5	3.0	215	5009.1	4.3	11	2261.7	0.5	281	6998.3	4.0	25	2482.3	1.0
70-79	158	14605.0	1.1	41	3877.3	1.1	0	549.9	0.0	81	5983.7	1.4	0	599.7	0.0
80 o +	3	6145.1	0.0	1	2014.2	0.0				2	2981.2	0.1			
TOTAL	3294	81440.37	4.04	1259	26130.47	4.82	155	9441.98	1.64	1631	33792.41	4.83	249	12075.51	2.06

TX :Trasplantes renales realizados en la población de Diálisis Crónica de Argentina. P/AER: Paciente-años de exposición al riesgo; EDAD: Edad en años; TASA : Trasplantes renales por 100 paciente-años de exposición al riesgo; DBT: Nefropatía Diabética como etiología de IRD; NO DBT: Otras etiologías de IRD

TABLA 41a: TASAS DE TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES EN DC EN ARGENTINA									
TRIENIO 2005-2007									
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	IC95%		RTE	IC95%	χ^2	P	
CAPITAL FEDERAL	5.54	6.97	6.17	7.85	1.91	1.69	2.15	117.85	<0.001
CÓRDOBA	6.26	6.91	6.22	7.65	1.89	1.70	2.10	153.84	<0.001
ENTRE RÍOS	6.56	6.46	5.25	7.88	1.77	1.44	2.16	32.85	<0.001
CORRIENTES	6.18	5.29	4.16	6.62	1.45	1.14	1.81	10.52	<0.005
SANTA FE	5.09	5.23	4.55	5.98	1.43	1.25	1.64	28.00	<0.001
CHACO	5.46	4.92	3.83	6.23	1.35	1.05	1.71	6.20	<0.05
CHUBUT	5.86	4.64	3.43	6.13	1.27	0.94	1.68	2.82	NS
LA RIOJA	4.33	4.16	2.69	6.14	1.14	0.74	1.68	0.43	NS
SANTA CRUZ	4.91	4.15	1.99	7.63	1.14	0.54	2.09	0.16	NS
LA PAMPA	4.47	4.05	2.56	6.07	1.11	0.70	1.66	0.24	NS
TIERRA DEL FUEGO	4.48	3.89	1.25	9.08	1.07	0.34	2.49	0.02	NS
MISIONES	4.23	3.45	2.43	4.75	0.94	0.66	1.30	0.13	NS
MENDOZA	3.29	3.40	2.84	4.03	0.93	0.78	1.10	0.67	NS
RÍO NEGRO	3.50	3.23	2.36	4.30	0.88	0.65	1.18	0.71	NS
CATAMARCA	3.03	3.15	1.97	4.77	0.86	0.54	1.31	0.49	NS
FORMOSA	3.33	2.98	1.87	4.51	0.82	0.51	1.23	0.92	NS
SAN JUAN	3.02	2.78	1.99	3.79	0.76	0.54	1.04	3.00	NS
BUENOS AIRES	2.83	2.78	2.59	2.98	0.76	0.71	0.82	58.56	<0.001
NEUQUÉN	2.48	2.24	1.54	3.15	0.61	0.42	0.86	8.00	<0.005
SAN LUIS	2.50	2.20	1.30	3.48	0.60	0.36	0.95	4.71	<0.05
SANTIAGO DEL ESTERO	1.85	1.92	1.23	2.86	0.53	0.34	0.78	10.23	<0.005
JUJUY	1.90	1.78	1.15	2.62	0.49	0.31	0.72	13.55	<0.001
TUCUMÁN	1.55	1.68	1.26	2.20	0.46	0.35	0.60	33.33	<0.001
SALTA	1.67	1.57	1.07	2.21	0.43	0.29	0.61	24.23	<0.001
TOTAL PAÍS	3.65	3.65	3.51	3.80					

Tasas expresadas como Trasplantes renales por 100 paciente-años al riesgo. Tasas brutas y ajustadas por edad, sexo y presencia de Nefropatía Diabética de la Población en DC de Argentina. Referencia Tasa de Trasplante renal de 2005-2007. Ordenadas de mayor a menor tasa ajustada; en negrita las que muestran tasas que resultaron significativas con respecto a la referente. RTE: Razón de Trasplante estandarizado. IC 95%: Intervalo de confianza del 95% para las tasas ajustadas y las RTE.

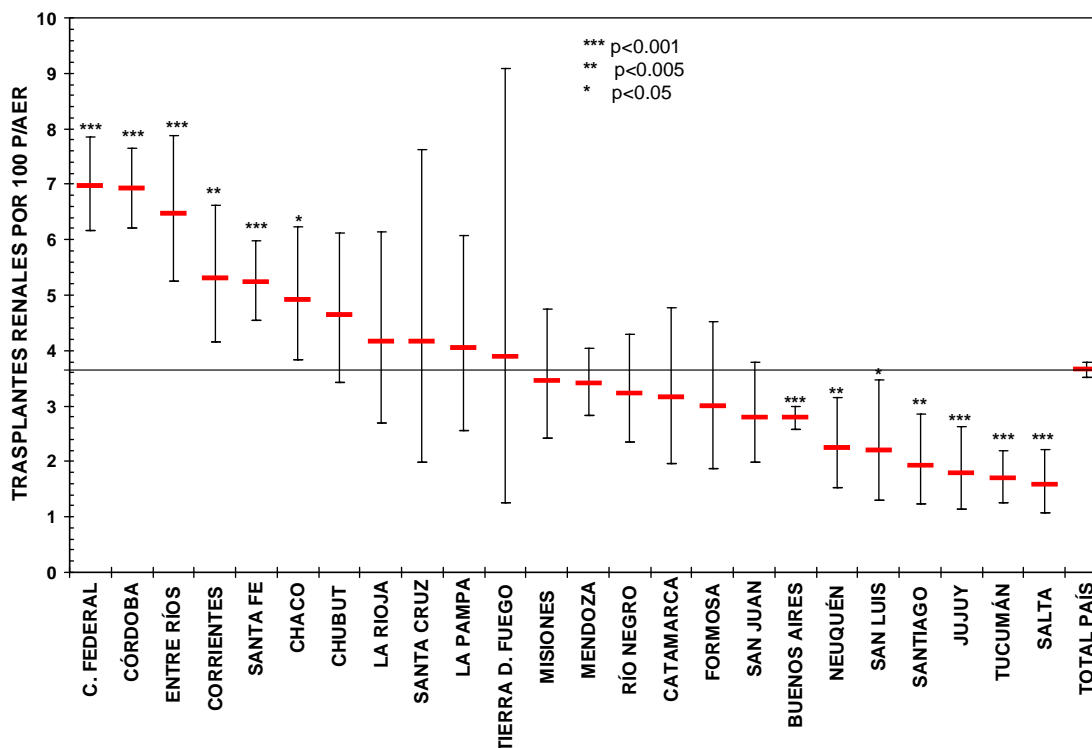


GRÁFICO 71: TASAS AJUSTADAS DE TRASPLANTE RENAL EN PROVINCIAS DE ARGENTINA. TRIENIO 2005-2007. AJUSTE POR EDAD, SEXO Y PRESENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA

TABLA 41b: TASAS DE TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES EN DC EN ARGENTINA								
TRIENIO 2008-2010								
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	IC95%		RTE	IC95%		χ^2 P
CORRIENTES	9.78	9.61	8.07	11.36	2.48	2.08	2.93	120.93 <0.001
CAPITAL FEDERAL	5.76	7.15	6.36	8.02	1.85	1.64	2.07	115.00 <0.001
FORMOSA	7.34	7.06	5.27	9.25	1.82	1.36	2.39	19.21 <0.001
ENTRE RÍOS	6.90	6.70	5.54	8.04	1.73	1.43	2.07	35.58 <0.001
CÓRDOBA	5.52	6.27	5.63	6.96	1.62	1.45	1.79	82.93 <0.001
TIERRA DEL FUEGO	5.84	5.20	2.49	9.57	1.34	0.64	2.47	0.87 NS
CHACO	5.62	5.19	4.12	6.46	1.34	1.06	1.67	6.97 <0.01
SANTA CRUZ	5.48	5.00	2.91	8.00	1.29	0.75	2.06	1.10 NS
LA RIOJA	5.18	4.99	3.42	7.05	1.29	0.88	1.82	2.06 NS
LA PAMPA	4.92	4.47	2.92	6.55	1.15	0.75	1.69	0.53 NS
SANTA FE	4.02	4.19	3.63	4.82	1.08	0.94	1.24	1.21 NS
MENDOZA	3.94	4.02	3.46	4.64	1.04	0.89	1.20	0.23 NS
CATAMARCA	3.47	3.91	2.55	5.73	1.01	0.66	1.48	0.00 NS
CHUBUT	4.20	3.33	2.38	4.54	0.86	0.61	1.17	0.92 NS
BUENOS AIRES	3.38	3.28	3.08	3.49	0.85	0.80	0.90	27.95 <0.001
MISIONES	3.82	3.26	2.37	4.38	0.84	0.61	1.13	1.33 NS
SAN LUIS	2.98	2.71	1.80	3.91	0.70	0.46	1.01	3.65 NS
SAN JUAN	2.47	2.36	1.66	3.26	0.61	0.43	0.84	9.25 <0.005
SALTA	2.44	2.31	1.75	3.01	0.60	0.45	0.78	15.23 <0.001
JUJUY	2.25	2.21	1.53	3.09	0.57	0.40	0.80	10.99 <0.001
RÍO NEGRO	2.13	1.96	1.36	2.72	0.50	0.35	0.70	17.04 <0.001
TUCUMÁN	1.76	1.85	1.44	2.33	0.48	0.37	0.60	40.36 <0.001
NEUQUÉN	1.95	1.79	1.21	2.55	0.46	0.31	0.66	18.90 <0.001
SANTIAGO DEL ESTERO	1.25	1.22	0.73	1.90	0.31	0.19	0.49	28.45 <0.001
TOTAL PAÍS	3.88	3.88	3.74	4.02				

Tasas expresadas como Trasplantes renales por 100 paciente-años al riesgo. Tasas brutas y ajustadas por edad, sexo y presencia de Nefropatía Diabética de la Población en DC de Argentina. Referencia Tasa de Trasplante renal de 2008-2010. Ordenadas de mayor a menor tasa ajustada; en negrita las que muestran tasas que resultaron significativas con respecto a la referente. RTE: Razón de Trasplante estandarizado. IC 95%: Intervalo de confianza del 95% para las tasas ajustadas y las RTE.

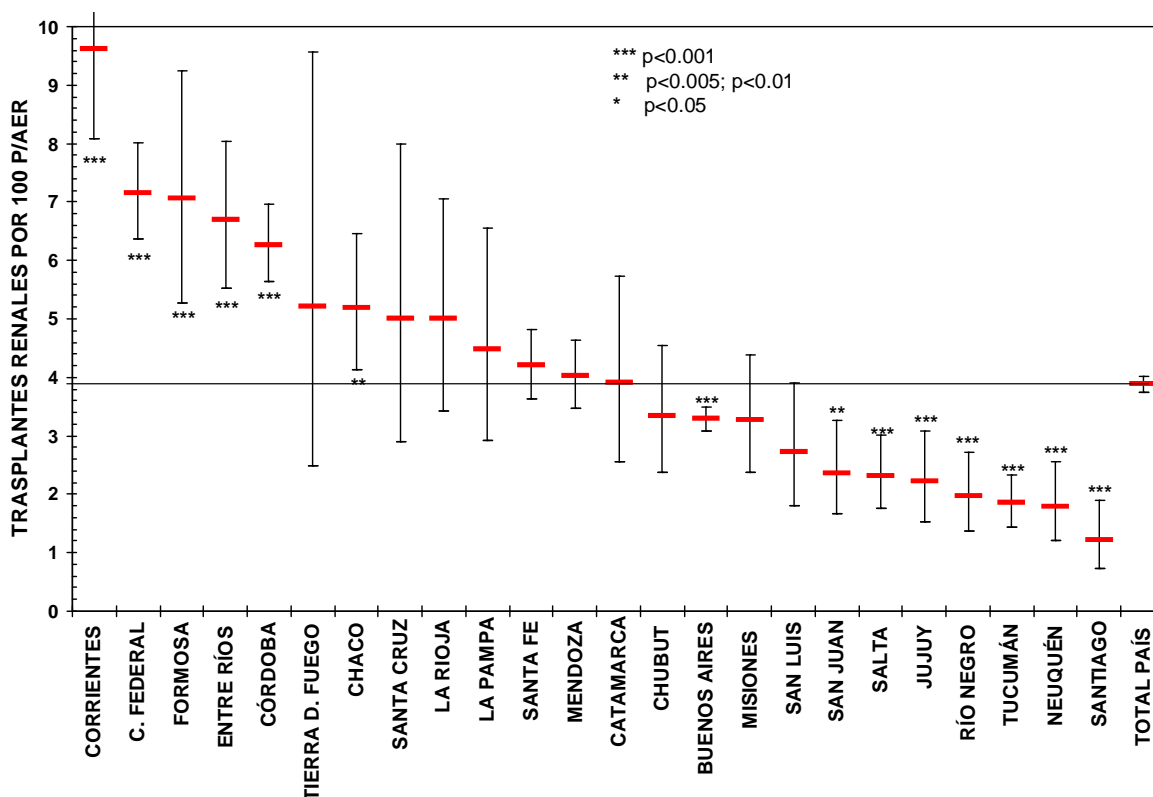


GRÁFICO 72: TASAS AJUSTADAS DE TRASPLANTE RENAL EN PROVINCIAS DE ARGENTINA. TRIENIO 2008-2010. AJUSTE POR EDAD, SEXO Y PRESENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA

TABLA 41c. TASAS DE TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES EN DC EN ARGENTINA										
TRIENIO 2011-2013										
PROVINCIA DEL PACIENTE	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA			RTE	IC95%	χ ²	P		
		IC95%	IC95%	IC95%						
CAPITAL FEDERAL	5.98	7.27	6.48	8.12	1.80	1.60	2.01	110.60	<0.001	
SANTA FE	5.55	5.75	5.13	6.43	1.42	1.27	1.59	38.40	<0.001	
ENTRE RÍOS	5.85	5.75	4.69	6.97	1.42	1.16	1.72	12.85	<0.001	
CÓRDOBA	4.79	5.29	4.73	5.89	1.31	1.17	1.46	23.80	<0.001	
FORMOSA	5.20	5.24	3.69	7.22	1.30	0.91	1.79	2.49	NS	
CORRIENTES	5.31	5.14	4.10	6.38	1.27	1.01	1.58	4.82	<0.05	
MISIONES	5.73	5.08	4.05	6.28	1.25	1.00	1.55	4.40	<0.05	
TIERRA DEL FUEGO	4.50	4.46	2.03	8.46	1.10	0.50	2.09	0.09	NS	
LA PAMPA	4.57	4.29	2.77	6.33	1.06	0.69	1.56	0.08	NS	
SAN LUIS	4.06	4.22	3.11	5.60	1.04	0.77	1.38	0.09	NS	
SANTA CRUZ	4.16	3.94	2.25	6.40	0.97	0.56	1.58	0.01	NS	
CHUBUT	4.67	3.87	2.84	5.17	0.96	0.70	1.28	0.09	NS	
BUENOS AIRES	3.95	3.81	3.60	4.03	0.94	0.89	1.00	4.54	<0.05	
CHACO	3.97	3.75	2.88	4.80	0.93	0.71	1.19	0.36	NS	
MENDOZA	3.25	3.40	2.89	3.98	0.84	0.72	0.98	4.67	<0.05	
SAN JUAN	3.41	3.19	2.44	4.11	0.79	0.60	1.02	3.36	NS	
TUCUMÁN	2.98	3.07	2.56	3.65	0.76	0.63	0.90	9.72	<0.005	
SALTA	2.71	2.73	2.12	3.46	0.67	0.52	0.86	10.66	<0.005	
LA RIOJA	2.45	2.56	1.54	4.00	0.63	0.38	0.99	4.04	<0.05	
CATAMARCA	2.10	2.39	1.39	3.83	0.59	0.34	0.95	4.78	<0.05	
SANTIAGO DEL ESTERO	2.22	2.13	1.51	2.91	0.53	0.37	0.72	16.64	<0.001	
JUJUY	2.29	2.13	1.47	2.97	0.53	0.36	0.73	14.53	<0.001	
NEUQUÉN	1.73	1.60	1.07	2.30	0.40	0.27	0.57	26.72	<0.001	
RÍO NEGRO	1.46	1.42	0.94	2.07	0.35	0.23	0.51	32.38	<0.001	
TOTAL PAÍS	4.04	4.04	3.91	4.19						

Tasas expresadas como Trasplantes renales por 100 paciente-años al riesgo. Tasas brutas y ajustadas por edad, sexo y presencia de Nefropatía Diabética de la Población en DC de Argentina. Referencia Tasa de Trasplante renal de 2011-2013. Ordenadas de mayor a menor tasa ajustada; en negrita las que muestran tasas que resultaron significativas con respecto a la referente. RTE: Razón de Trasplante estandarizado. IC 95%: Intervalo de confianza del 95% para las tasas ajustadas y las RTE.

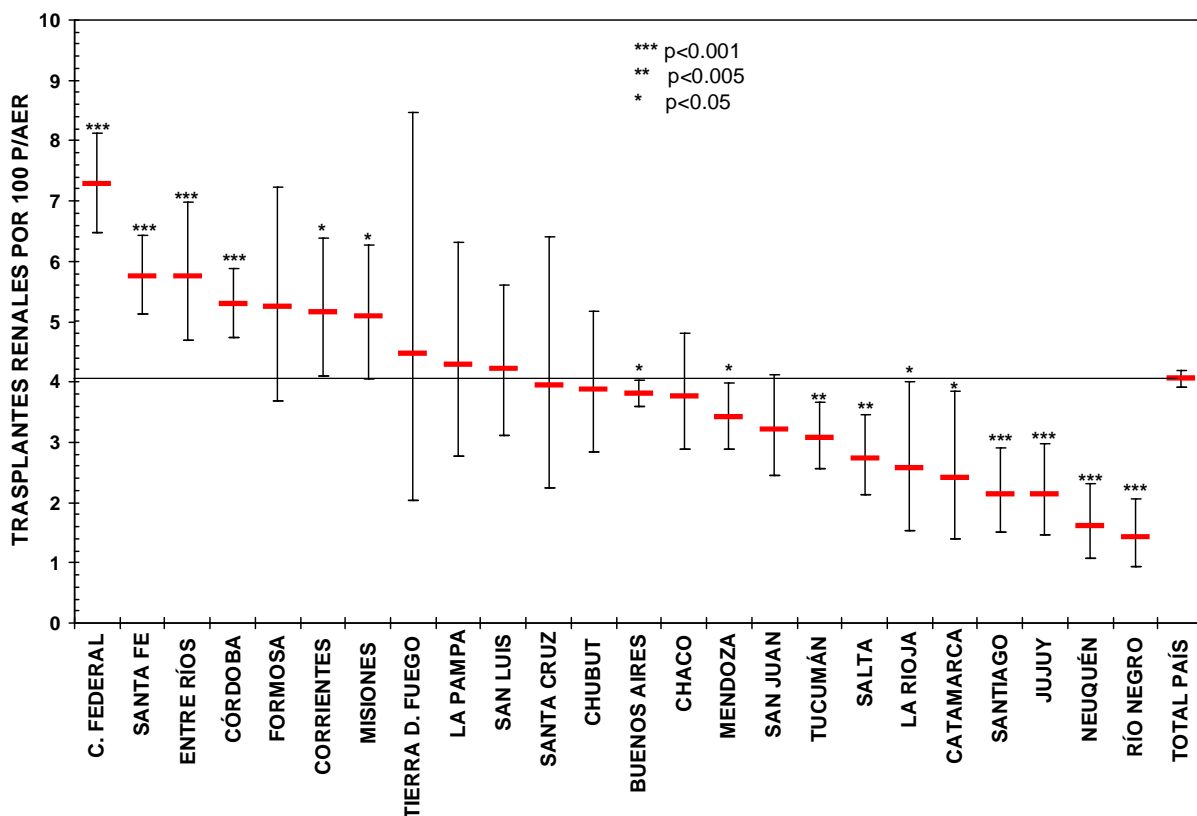


GRÁFICO 73: TASAS AJUSTADAS DE TRASPLANTE RENAL EN PROVINCIAS DE ARGENTINA. TRIENIO 2011-2013. AJUSTE POR EDAD, SEXO Y PRESENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA

En la Tabla 41a y Gráfico 71 se exponen las Tasas de cada Provincia para el Trienio 2005-2007; en la Tabla 41b y Gráfico 72 las correspondientes al Trienio 2008-2010; en la Tabla 41c y Gráfico 73 las correspondientes al Trienio 2011-2013. En cada Tabla las Provincias se ordenan de mayor a menor Tasa ajustada por edad, sexo y Nefropatía presentándose también la RTE o Relación de Trasplante estandarizado.

Al observar las tasas ajustadas del trienio 2005-2007, sus respectivos intervalos de confianza del 95% y el valor de χ^2 podemos advertir que 6 Provincias presentan Tasas de Trasplante renal que se encuentran significativamente por encima de la media: Capital Federal, Córdoba. Entre Ríos, Corrientes, Santa Fe y Chaco; 5 de estas provincias también tuvieron significativa mayor tasa ajustada de trasplante por 100 pacientes en el trienio 2008-2010: Corrientes, Capital Federal, Entre Ríos, Córdoba y Chaco. Ingresa Formosa a este selecto grupo y sale Santa Fe. 5 de esas provincias con significativa mayor tasa en el trienio 2005-2007 también tuvieron significativa mayor tasa ajustada de trasplante por 100 pacientes en el Trienio 2011-2013: Capital Federal, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba y Corrientes. Sale Formosa de este selecto grupo e ingresa Misiones.

Por lo tanto, no existieron mayores variaciones en la zona de alta y significativa Tasa de trasplante por provincias en Argentina. En ellas de 5 a 9 pacientes prevalentes de cada 100 se trasplantan cada año desde hace 9 años. Es óptimo el egreso por trasplante renal en este grupo de Provincias.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la que mayor tasa presenta en 2005-2007 y 2011-2013 y la segunda mejor tasa en 2008-2010; tiene la población en DC más añosa del país y paradójicamente es el distrito que más trasplanta.

En 2005-2007 aparecen 7 provincias con significativa menor tasa por 100 pacientes que la media nacional: Salta, Tucumán, Jujuy, Santiago del Estero, San Luis, Neuquén y Buenos Aires.

6 de estas 7 provincias con significativa menor tasa en 2005-2007 también se mostraban igual en el período 2008-2010 o en el Trienio 2011-2013: Neuquén, Santiago del Estero, Salta, Jujuy, Tucumán y Buenos Aires. Sale San Luis, a partir de 2008-2010, con alentador crecimiento de la tasa, e ingresan Río Negro, Catamarca, La Rioja y Mendoza. En la mayoría de estas Provincias egresan de DC para Trasplante de 1.4 a 2.7 pacientes de cada 100 cada año; gran contraste con las provincias que más trasplantan (5 a 9 de cada 100 pacientes prevalentes anuales en DC).

Es muy claro que poco o nada cambió en el tiempo: Aquellas provincias que mucho trasplantaban (05-07 y 08-10) son casi las mismas que mucho trasplantan (11-13) y aquellas que poco lo hacían son casi las mismas que poco lo hacen.

Debemos seguir alentando a las de arriba para que continúen en las actuales condiciones; pero, como decíamos en Informes anteriores, es fundamental enfocarse en las de abajo y apuntar todos los esfuerzos para que sus pobladores en DC tengan igualdad de oportunidad para el trasplante renal que los pobladores en DC de las provincias de arriba. Desde 2007 se conoce esta realidad, pero hasta ahora estas provincias con tasas muy bajas poco han obtenido en resultados, no obstante haberse emprendido diferentes programas nacionales o provinciales para favorecer la procuración, inscripción en lista y el trasplante consecuente.

Este problema es aún mayor si consideramos la supuesta paradoja de provincias con muy alta prevalencia en DC y muy baja Tasa de Trasplante renal. Son ellas: Neuquén, Tucumán, Río Negro, San Juan, Mendoza, La Rioja, Jujuy, Salta, Catamarca y Santiago del Estero. En ellas el sistema funciona perfectamente para aceptar al paciente que necesita DC, pero falla (por lo menos hasta 2013) para darle salida a un trasplante renal.

También es supuestamente paradójica la existencia de provincias con muy baja prevalencia en DC y muy alta Tasa de Trasplante renal. Son ellas: Capital Federal, Santa Fe, Entre Ríos, Formosa, Corrientes y Misiones. En ellas, el sistema funciona bien en todas a la hora de aceptar a pacientes que necesitan DC y es muy eficaz para brindarles Trasplantes a los pocos pacientes que tienen en DC. Tanto que estas provincias se convierten en muchos operativos como proveedoras de órganos para otras, por tener pocos pacientes en DC, además porque el sistema de distribución de órganos en Argentina es solidario.

Esta supuesta paradoja se resuelve si uno realiza un análisis de regresión; verá perfectamente que la correlación entre Prevalencia en DC por millón de habitantes por provincia de residencia y tasa de Trasplante renal ajustada por provincia de residencia para el Trienio 2011-2013 muestra una R^2 de 0.65; $p=0.000$ (Gráfico 74): En las Provincias con alta Tasa de Prevalencia es baja la Tasa de Trasplante, la inversa es válida.

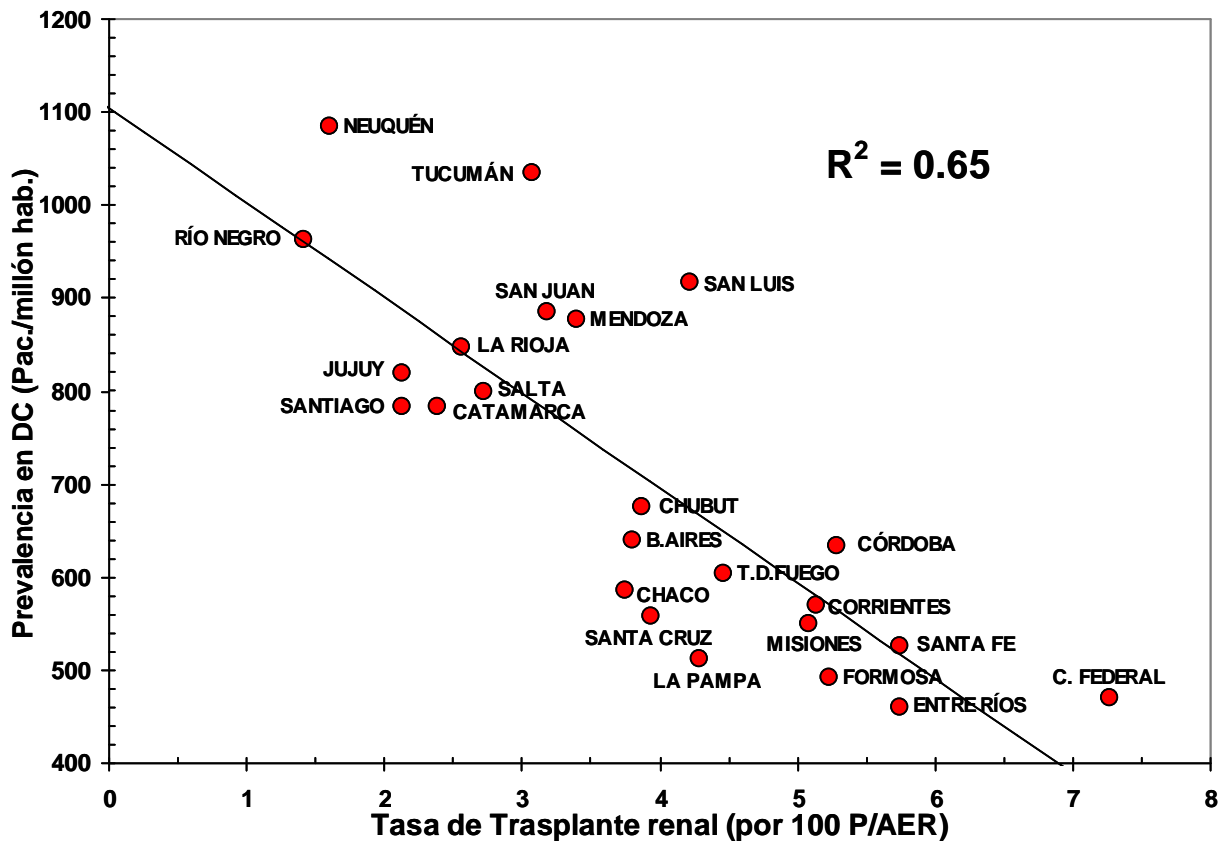


GRÁFICO 74 : CORRELACIÓN ENTRE TASAS AJUSTADAS DE PREVALENCIA EN DC Y TASAS AJUSTADAS DE TRASPLANTE RENAL EN DC. PROVINCIAS ARGENTINAS TRIENIO 2011-2013

El trasplante renal es el mejor egreso de DC que un paciente puede tener. Habíamos dicho en un trabajo anterior que la Tasa de Trasplante renal ajustada la consideramos una variable final porque el mejor de los objetivos finales en la terapia dialítica crónica es trasplantar a los pacientes. Proponíamos que, además de la Mortalidad, la Tasa de Trasplante ajustada y la Seroconversión a Hepatitis B, C y SIDA deberían ser considerados como Resultado final en lugar de variables subordinadas, dada la gran importancia que tienen en la valoración de la buena práctica asistencial⁽²²⁾. Si bien depende mayormente de la procuración de órganos, en parte es una decisión de las autoridades del Centro de DC la de responder en tiempo y forma a la derivación de sus pacientes a un Centro de Trasplante cuando no existe contraindicación para realizarlo. También sabemos que el médico influye negativa o positivamente en la decisión del paciente, tanto para comenzar los estudios pretrasplante, como para no dejarlos incompletos o para tomar la última decisión de aceptar o no el órgano si está en los primeros lugares.

Es indudable que mucho se ha crecido en actividad trasplantológica renal desde 2004 hasta 2013; la procuración renal cadavérica aumentó y en consecuencia los trasplantes de ella derivados, como así también, y mucho más, los trasplantes de donante vivo relacionado. El INCUCAI y sus jurisdicciones han realizado un gran trabajo para que lo primero suceda y los nefrólogos-trasplantólogos para influir en los pacientes-familia para aumentar el trasplante con donante vivo. Como resultante de ello, Argentina pasó de 20 a 30 trasplantes renales por millón de habitantes en 10 años. Esta última tasa de 30.5 ppm la posiciona a la Argentina en el tercer lugar en América, detrás de Estados Unidos y Canadá, países con mayores recursos económicos que el nuestro; sin embargo con trabajo entre todos pudimos alcanzar un buen nivel en trasplante renal.

Abogamos por la utilización de la Tasa de Trasplante renal por 100 P/AER porque expresa mejor la Incidencia. El posicionamiento en el denominador de los pacientes en DC, que son los que más necesitan de un trasplante nos dará una razón o cociente más cercano al real, que si ubicamos allí a toda la

población general, la mayoría no necesitada de un trasplante renal. Si bien Argentina creció considerablemente en tasas ppm, no lo hizo en forma semejante en Tasa por 100 P/AER; esto es porque la población prevalente en DC creció mucho más que la población general del país. Por lo tanto, valoraremos mejor al total o subpoblaciones necesitadas de un trasplante. Es cierto que en el denominador, para ser más justos, deberíamos incluir solo los pacientes absolutamente aptos para trasplante: los que están registrados en lista de espera. No se hace aún porque existen dudas sobre el número real de pacientes aptos para trasplante y según últimos datos probablemente sea mayor que el actual; existiría un sesgo en muchas provincias y por lo tanto la tasa sería poco creíble.

Los pacientes portadores de Nefropatía diabética son dependientes en un 90% de la procuración cadavérica; hasta el año 2007 creció significativamente su tasa, pero a partir de allí existe una meseta, que concuerda con la estabilización en el número de nuevos trasplantes reno-pancreáticos a partir de ese año.

Por último verificamos que existen provincias pobres y ricas respecto al Trasplante renal y que existieron pocos cambios en los años sucesivos: Aquellas que trasplantan 5-9 pacientes de cada 100 prevalentes en DC son casi siempre las mismas; también las que trasplantan 1-3 de cada 100. Existe una correlación negativa entre Tasa de Trasplante y Prevalencia en DC. Debemos apuntar a que todos los habitantes del país tengan igualdad de oportunidades en salud, renal en este caso.

Referencias

1. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Registro de pacientes en Diálisis crónica en Argentina 2004-2005. Nefrología Argentina, Vol. 6 Nro 1, supl., p.9-64, 2008
2. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis 04-05. Disponible en www.san.org.ar/regi-dc.php
3. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Registro Argentino de Diálisis Crónica 04-05 publicado por INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación. Setiembre de 2008.
4. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Trasplante renal y otras causas de Egreso del Registro de pacientes en Diálisis Crónica de Argentina 2004-2005. Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante Vol.29, Nº 1, p.3-12, 2009.
5. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Araujo JL, Bisigniano L y Soratti M: Mortalidad según el Registro de pacientes en Diálisis Crónica de Argentina 2004-2005. Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante Vol.29, Nº 1, p.13-28, 2009.
6. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica – Período 2004-2006. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: www.san.org.ar/regi-dc.php
7. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D y Moriñigo C: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2006. Informe 2008. Nefrología Argentina, Vol. 6, Nº 2 supl., p.12-97, 2008. Disponible en <http://www.nefrologiaargentina.org.ar/resultados.php?t=3&IdRevista=22#>
8. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez, G: Informe Preliminar del Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Disponible en www.san.org.ar/docs/resumen2007.pdf
9. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Nefrología Argentina, Vol. 7, Nº 1 supl., p. 7-98, 2009.
10. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V y Rosa Diez G: Registro Argentino de Diálisis Crónica 2007. Informe 2009. Disponible en versión completa en Página Web de la SAN: <http://www.san.org.ar/regi-dc.php>
11. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 1). P.7-62. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf
12. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen-Krogh D, Moriñigo C, Tagliafichi V, Rosa Diez G y Fernández Víctor. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2008. Informe 2010. Nefrología Argentina 9, Suplemento 1 (parte 2). P.71-127. 2011. Disponible en http://www.san.org.ar/docs/registros/dc/2008/REGISTRO_ARGENTINO_DC_2008_VERSION_COMP_LETA.pdf

13. Sergio Marinovich, Carlos Lavorato, Claudio Moriñigo, Eduardo Celia, Liliana Bisigniano, Mariano Soratti, Daniela Hansen-Krogh. A new prognostic index for one-year survival in incident hemodialysis patients. *Int J Artif Organs* 2010; 33 (10): 689-699.
14. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2011. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_san_incucai.php
15. Marinovich S, Lavorato C, Celia E, Bisigniano L, Soratti M, Hansen Krogh D, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A, López A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2011. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2012. Disponible en http://san.org.ar/new/registro_dialisis_cronica2011.php
16. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Soratti C, Hansen Krogh D, Celia E, Fernández V, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2012. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2013. Disponible en http://san.org.ar/new/docs/reg_arg_dialisis_cronica_san-incucaai2012_informe2013.pdf
17. U.S. Renal Data System, USRDS 2014 Annual Data Report: Chapter 6: Transplantation, Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD. 2014. Disponible en http://www.usrds.org/2014/view/v2_06.aspx
18. Oppenheimer Salinas F. Short, medium and long-term follow-up of living donors. *Nefrología*. 2010; 30 Suppl 2:100-5.
19. International figures on Donation and Transplantation 2013. *Newsletter Transplant* 2014, Vol. 19 (1), Septiembre: 15-48.
20. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2013.
21. U.S. Renal Data System, USRDS 2014 Annual Data Report: Chapter 12: International comparisons, Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD. 2014.
22. Marinovich S. Variables finales en hemodiálisis. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante* Vol.29, Nº 3, p.101-110, 2009.

11. Agradecimientos

1. Los autores a las siguientes personas que de una manera u otra colaboraron para que este Registro naciera y continuara creciendo en los sucesivos años, haciendo críticas, aportes y comentarios, teniendo en cuenta que la verdad debe siempre salir a la luz, porque de esa manera podemos corregir el rumbo y mejorar:

- Dr. José Luis Araujo †
- Ing. Mariano Soratti
- Dr. Jaime Pérez Loredo †
- Dr. Eduardo Dos Ramos Farías
- Dra. María Cristina Vallvé
- Dr. Carlos Blanco
- Dr. Oscar Álvarez
- Dr. Claudio Alonso
- Dr. Pablo Massari
- Dr. Armando Perichón
- Dr. Walther Douthat
- Dr. Alberto Alles
- Dr. Roberto Barone
- Dr. Javier Robaira
- Dr. Claudio Mascheroni
- Dr. Gustavo Greloni
- Dr. Pedro Quieto
- Dra. María Laura Benítez
- Dra. Alicia Elbert
- Dr. Santos Depine
- Dr. Osvaldo Rodenas
- Dr. Sergio Liderman
- Dr. Alfredo Wasserman
- Dra. Beatriz Pérez Olguín
- Dr. Claudio Moriño
- Dr. Felipe Inserra
- Dr. Juan Di Bernardo
- Sra. Lorena Best
- Sra. Yamila Sued
- Sra. Roxana Fontana
- Sra. Belén Gagliardi

2. Los autores de este Registro, las autoridades del INCUCAI y las autoridades de la SAN agradecen a Todos los Integrantes de los Centros de Diálisis Crónica y Trasplante Renal que permitieron la realización de este Trabajo, aportando los datos de pacientes y Centros al Sistema SINTRA. Se detallan a continuación los Nombres de los Centros que aportaron a este Registro, quedando asentado que estos Centros solo aportaron los datos al sistema informático SINTRA y de ninguna manera sus integrantes son responsables de los procesos, resultados, opiniones, hipótesis y conclusiones vertidas en este Trabajo, siendo todas ellas de exclusiva responsabilidad de los autores del mismo.

ADMINISTRADORA DE SALUD SRL SAN JUAN (SAN JUAN)
ANJOR.SRL. (MENDOZA)
ATERYM SRL SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL MILITAR CÓRDOBA (CÓRDOBA)
BIORENAL SRL (BUENOS AIRES)
C.E.N.D.Y.T. SA (CAPITAL FEDERAL)
C.E.R. RAFAELA - CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES SRL (SANTA FE)
C.E.R. SRL (CHACO)
C.E.T.E.R. TEMPERLEY SA (BUENOS AIRES)
C.E.T.I.R.E.N. SA (BUENOS AIRES)
C.P.R. NOGOYA (ENTRE RÍOS)
C.P.R. PARANA RAMIREZ 1933 (ENTRE RÍOS)
C.R.E.R.R. CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES RENALES RUFINO (SANTA FE)
CARDIAL PUERTO MADRYN (CHUBUT)
CARDIAL TRELEW (CHUBUT)
CASTRO RENDON (NEUQUÉN)
CE.DI.CLA. SRL (SALTA)
CE.NE.DI.VE. CENTRO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS VENADO (SANTA FE)
CEDEX - CENTRO DE DEPURACION EXTRACORPOREA (LA PAMPA)
CEMIC SAAVEDRA (CAPITAL FEDERAL)
CENDI SRL (FORMOSA)
CENDIAL (BUENOS AIRES)
CENDICA SRL CLINICA DE LA CIUDAD (SAN JUAN)
CENEBA SRL (BUENOS AIRES)
CENEBELL PRIVADO S.A. (CÓRDOBA)
CENEDI SRL (LA PAMPA)
CENEDI (LA PAMPA)
CENEDIL SA (MENDOZA)

GENEPI (CAPITAL FEDERAL)
CENIN SRL (CÓRDOBA)
CENISE S.R.L. DR. DANIEL LIBSON (SANTIAGO DEL ESTERO)
CENTRO DE DIALISIS NEFROLOGIA HAEDO (BUENOS AIRES)
CENTRO DE NEFROLOGIA SAN FRANCISCO SRL (CATAMARCA)
CENTRO DE ASISTENCIA RENAL CUTRAL CO SRL (NEUQUÉN)
CENTRO DE DIALISIS ANDALGALA (CATAMARCA)
CENTRO DE DIALISIS BALCARCE (BUENOS AIRES)
CENTRO DE DIALISIS CALETA OLIVIA (SANTA CRUZ)
CENTRO DE DIALISIS DEL ESTE SA (MENDOZA)
CENTRO DE DIALISIS DIAVERUM ARGENTINA -SEDE SAN MIGUEL (BUENOS AIRES)
CENTRO DE DIALISIS FRESENIUS MEDICAL CARE MORENO (BUENOS AIRES)
CENTRO DE DIALISIS KOLFF SA (BUENOS AIRES)
CENTRO DE DIALISIS LACROZE (CAPITAL FEDERAL)
CENTRO DE DIALISIS PERITONEAL (CAPITAL FEDERAL)
CENTRO DE DIALISIS PERITONEAL (NEUQUÉN)
CENTRO DE DIALISIS SAN BRUNO (BUENOS AIRES)
CENTRO DE DIALISIS SAN BRUNO CAÑUELAS (BUENOS AIRES)
CENTRO DE DIALISIS SERVICIO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS CARAFFA SRL (CÓRDOBA)
CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES (JUJUY)
CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES ALTA GRACIA (CÓRDOBA)
CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES E HIPERTENSION ARTERIAL S.A.(BUENOS AIRES)
CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES E HIPERTENSION ARTERIAL PRIVADO DE PUNILLA (CÓRDOBA)
CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES EZPELETA SA (BUENOS AIRES)
CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES SRL (CATAMARCA)
CENTRO DE ENFERMEDADES RENALES Y HEMODIALISIS (LA RIOJA)
CENTRO DE HEMODIALISIS ATERYM ALTA GRACIA PRIVADO (CÓRDOBA)
CENTRO DE HEMODIALISIS ATERYM CARLOS PAZ PRIVADO (CÓRDOBA)
CENTRO DE HEMODIALISIS CAÑADA DE GOMEZ - DRA. MONJE (SANTA FE)
CENTRO DE HEMODIALISIS G.A. (MENDOZA)
CENTRO DE HEMODIALISIS MALARGUE (MENDOZA)
CENTRO DE HEMODIALISIS SAN ROQUE (CORRIENTES)
CENTRO DE HEMODIALISIS TEMPERLEY SRL (BUENOS AIRES)
CENTRO DE NEFROLOGIA TUCUMÁN (TUCUMÁN)
CENTRO DE NEFROLOGIA (TUCUMÁN)
CENTRO DE NEFROLOGIA RA (CATAMARCA)
CENTRO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS KIDNEY (CORRIENTES)
CENTRO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS CASILDA (SANTA FE)
CENTRO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS DEL ROSARIO S.A. (SANTA FE)
CENTRO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS FRESENIUS - FAVALORO (CAPITAL FEDERAL)
CENTRO DE REHABILITACION NEFROLOGICA SA (BUENOS AIRES)
CENTRO DE SALUD RENAL CAMPANA SRL (BUENOS AIRES)
CENTRO DE TERAPIA RENAL SRL (SANTA FE)
CENTRO DE TRATAMIENTO MEDICO RENAL S.A (LA RIOJA)
CENTRO DEL RIÑON (CÓRDOBA)
CENTRO DEL RIÑON SRL (SANTIAGO DEL ESTERO)
CENTRO ESTUDIO Y TRATAMIENTO RENAL OLAVARRIA (BUENOS AIRES)
CENTRO INFANTIL DEL RIÑON (TUCUMÁN)
CENTRO INTEGRAL DE DIALISIS S.R.L (SANTA FE)
CENTRO INTEGRAL DE DIALISIS SRL (CAPITAL FEDERAL)
CENTRO INTEGRAL DE NEFROLOGIA DAOMI (CAPITAL FEDERAL)
CENTRO INTEGRAL NEFROLOGICO SA (MENDOZA)
CENTRO INTEGRAL TRATAMIENTO ENFERMEDADES RENALES (BUENOS AIRES)
CENTRO MEDICO RIVADAVIA S.R.L. (SANTA FE)
CENTRO MODELO DE NEFROLOGIA PRIVADO SA (CÓRDOBA)
CENTRO MODELO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA (JUJUY)
CENTRO MODELO HEMODIALISIS VILLA DOLORES SRL (CÓRDOBA)
CENTRO NEFROLOGIA INTEGRAL PRIVADO (CÓRDOBA)
CENTRO NEFROLOGICO AGUERO (BUENOS AIRES)
CENTRO NEFROLOGICO AZUL S.A. (BUENOS AIRES)
CENTRO NEFROLOGICO BUENOS AIRES (BUENOS AIRES)
CENTRO NEFROLOGICO CHASCOMUS (BUENOS AIRES)
CENTRO NEFROLOGICO CIPOLLETTI (RÍO NEGRO)
CENTRO NEFROLOGICO CORONEL SUAREZ (BUENOS AIRES)
CENTRO NEFROLOGICO DE LA COSTA (BUENOS AIRES)

CENTRO NEFROLOGICO DEL MAR (BUENOS AIRES)
CENTRO NEFROLOGICO DEL NOROESTE - 9 DE JULIO (BUENOS AIRES)
CENTRO NEFROLOGICO INTEGRAL PRIVADO (CÓRDOBA)
CENTRO NEFROLOGICO NOROESTE S.C. (SANTIAGO DEL ESTERO)
CENTRO NEFROLOGICO PRIVADO VILLA ALLENDE (CÓRDOBA)
CENTRO NEFROLOGICO Y HEMODIALISIS BANDA (SANTIAGO DEL ESTERO)
CENTRO NUESTRA SEÑORA DEL VALLE - ENFERMEDADES RENALES S.R.L. (CATAMARCA)
CENTRO PRIVADO DE DIALISIS CAPITAL (LA RIOJA)
CENTRO PRIVADO DE DIALISIS TANDIL SA (BUENOS AIRES)
CENTRO PRIVADO DE HEMODIALISIS (MENDOZA)
CENTRO PRIVADO DE NEFROLOGIA FUSAVIM (CÓRDOBA)
CENTRO PRIVADO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS NEFROKIM SA (CÓRDOBA)
CENTRO PRIVADO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS SRL (SAN LUIS)
CENTRO RENAL ALSINA (SANTIAGO DEL ESTERO)
CENTRO RENAL REVIDATTI (CORRIENTES)
CENTRO RENAL SAN ANTONIO OESTE DR. ALDO GUTIERREZ BUSTOS (RÍO NEGRO)
CENTRO RENAL VIEDMA S.A. (RÍO NEGRO)
CENTRO UNIDAD RENAL HOSPITAL ITALIANO PRIVADO (CÓRDOBA)
CENTROS PRIVADOS DE HEMODIALISIS (CÓRDOBA)
CENTROS PRIVADOS DE HEMODIALISIS (CÓRDOBA)
CENU CENTRO DE ENFERMEDADES NEFROUROLOGICAS (BUENOS AIRES)
CENU GENERAL VILLEGAS SA (BUENOS AIRES)
CEPAC SA (SANTA FE)
CEPER SAN FRANCISCO S H (CÓRDOBA)
CEPER SAN FRANCISCO S H UNIDAD RENAL ARROYITO (CÓRDOBA)
CEPER SAN FRANCISCO S H UNIDAD RENAL LAS VARILLAS (CÓRDOBA)
CEPRIN DEAN FUNES (CÓRDOBA)
CER PRIVADO MINA CLAVERO (CÓRDOBA)
CER PRIVADO VILLA DOLORES (CÓRDOBA)
CERH RIOIII PRIVADO SRL (CÓRDOBA)
CETEC S.R.L (BUENOS AIRES)
CETENE SA (TUCUMÁN)
CIMAC - AGRUPACION MEDICA INTEGRAL SRL (SAN JUAN)
CIPERCA (CATAMARCA)
CLINICA AVENIDA (CHACO)
CLINICA DEL RIÑON (MENDOZA)
CLINICA LEDESMA SRL (JUJUY)
CLINICA OCAMPO (SANTA FE)
CLINICA PERGAMINO SA (BUENOS AIRES)
CLINICA PRIVADA CENTRO SA (BUENOS AIRES)
CLINICA PRIVADA SRL (CÓRDOBA)
CLINICA REGIONAL DEL SUD (CÓRDOBA)
CLINICA SUR (SAN JUAN)
COMPLEJO HOSPITALARIO CHURRUCA VISCA (CAPITAL FEDERAL)
CONCEPCION DEL DEL URUGUAY (ENTRE RÍOS)
D.Y T.E.R. SH (SALTA)
DIALCER SRL (CHUBUT)
DIALCOR S.R.L. (SANTA CRUZ)
DIALIQUEN S.A. (NEUQUÉN)
DIALISIS AUTOMATIZADA ROSARIO (SANTA FE)
DIALISIS BERAZATEGUI SA (BUENOS AIRES)
DIALISIS DEL SUR SRL (BUENOS AIRES)
DIALISIS MADARIAGA (BUENOS AIRES)
DIALISIS PATAGONIA (RÍO NEGRO)
DIALISIS Y NEFROLOGIA SRL (BUENOS AIRES)
DIALITYS S.A. (CAPITAL FEDERAL)
DIALNORTE SRL. (SALTA)
DIAVERUM ARGENTINA SEDE JOSE C. PAZ (BUENOS AIRES)
DIAVERUM ARGENTINA - SEDE COMODORO (CHUBUT)
DIAVERUM ARGENTINA - SEDE CÓRDOBA 2110 (CÓRDOBA)
DIAVERUM ARGENTINA S. A. SEDE DUHAU (BUENOS AIRES)
DIAVERUM ARGENTINA S.A - SEDE AVELLANEDA / 2113/ (BUENOS AIRES)
DIAVERUM ARGENTINA S.A SEDE MALVINAS ARGENTINAS (BUENOS AIRES)
DIAVERUM ARGENTINA S.A SEDE SAN FERNANDO 2112 (BUENOS AIRES)
DIAVERUM ARGENTINA S.A. - SEDE JUJUY - 2120 (JUJUY)

DIAPERUM ARGENTINA S.A. - SEDE LIBERTAD -2130 (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA S.A. - SEDE LOS CEDROS (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA S.A. SEDE PATERNAL (CAPITAL FEDERAL)
DIAPERUM ARGENTINA S.A. (MENDOZA)
DIAPERUM ARGENTINA S.A. SEDE BARILOCHE (RÍO NEGRO)
DIAPERUM ARGENTINA S.A.- SEDE GRAND BOURG (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA S.A. SEDE SAN JUSTO (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA SA - SEDE ESPERANZA (SANTA FE)
DIAPERUM ARGENTINA SA - SEDE TUCUMÁN (TUCUMÁN)
DIAPERUM ARGENTINA SA SEDE MAIPU (MENDOZA)
DIAPERUM ARGENTINA SA SEDE SARMIENTO (TUCUMÁN)
DIAPERUM ARGENTINA SA. - SEDE SANTA FE (SANTA FE)
DIAPERUM ARGENTINA SEDE CALETA (SANTA CRUZ)
DIAPERUM ARGENTINA SEDE MARMOL -2142 (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA SEDE SAN FELIPE - 2144- (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA SEDE SAN NICOLAS - 2143 - (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA SEDE TIGRE (BUENOS AIRES)
DIAPERUM ARGENTINA-SEDE EL BOLSON (RÍO NEGRO)
DR. CARLOS ALBERTO ROSA (SALTA)
DR. MARCELO FARIAS (SANTA FE)
DR. MARCELO FARIAS SISTEMAS DE SALUD ROSARIO (SANTA FE)
F M C SANTIAGO DEL ESTERO (SANTIAGO DEL ESTERO)
FAERAC (LA PAMPA)
FANEF SRL (SANTA FE)
FMC ARGENTINA S.A. - CIUDELA (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - VENADO TUERTO (SANTA FE)
FMC ARGENTINA SA - AVELLANEDA (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - BAHIA BLANCA (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - BELLA VISTA (CORRIENTES)
FMC ARGENTINA SA - BERAZATEGUI (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - CIUDAD EVITA (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA CONCEPCION DE TUCUMÁN (TUCUMÁN)
FMC ARGENTINA SA - CÓRDOBA EX INERE (CÓRDOBA)
FMC ARGENTINA SA - CORRIENTES (CORRIENTES)
FMC ARGENTINA SA - CURUZU CUATIA (CORRIENTES)
FMC ARGENTINA SA - ESCOBAR (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - ESPANOL (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - GENERAL ROCA (RÍO NEGRO)
FMC ARGENTINA SA - GUALEGUAYCHU (ENTRE RÍOS)
FMC ARGENTINA SA - HOSPITAL ALEMAN (CAPITAL FEDERAL)
FMC ARGENTINA SA - MARTINEZ (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - MENDOZA (MENDOZA)
FMC ARGENTINA SA - MENDOZA 2 (MENDOZA)
FMC ARGENTINA SA - MERLO I - CDI (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - NEUQUÉN (NEUQUÉN)
FMC ARGENTINA SA - POSADAS I (MISIONES)
FMC ARGENTINA SA - POSADAS II (MISIONES)
FMC ARGENTINA SA - PRINGLES (BUENOS AIRES)
FMC ARGENTINA SA - RESISTENCIA (CHACO)
FMC ARGENTINA SA - RIVADAVIA (MENDOZA)
FMC ARGENTINA SA - ROSARIO (SANTA FE)
FMC ARGENTINA SA - ROSARIO DE LA FRONTERA (SALTA)
FMC ARGENTINA SA - SAENZ PEÑA (CHACO)
FMC ARGENTINA SA - SALTA (SALTA)
FMC ARGENTINA SA - SAN JUSTO - PCIA. SANTA FE (SANTA FE)
FMC ARGENTINA SA - SAN LUIS (SAN LUIS)
FMC ARGENTINA SA - SAN MARTIN DE LOS ANDES (NEUQUÉN)
FMC ARGENTINA SA - SAN RAFAEL (MENDOZA)
FMC ARGENTINA SA - SANATORIO CHACO (CHACO)
FMC ARGENTINA SA - SANATORIO PLAZA (SANTA FE)
FMC ARGENTINA SA - SANTA FE (SANTA FE)
FMC ARGENTINA SA - TUCUMÁN II (TUCUMÁN)
FMC ARGENTINA SA - TUNUYAN (MENDOZA)
FMC ARGENTINA SA - VILLA MERCEDES -SAN LUIS (SAN LUIS)
FMC ARGENTINA SA - VILLA REGINA (RÍO NEGRO)

FMC ARGENTINA SA - ZAPALA (NEUQUÉN)
FME - CHOELE CHOEL (RÍO NEGRO)
FME - NECOCHEA (BUENOS AIRES)
FME - VILLAGUAY (ENTRE RÍOS)
FME ARGENTINA SA - PATRICIOS (CAPITAL FEDERAL)
FRESENIUS - HOSPITAL VILLA MERCEDES (SAN LUIS)
FRESENIUS HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD FORMOSA (FORMOSA)
FRESENIUS HOSPITAL DE CONCARAN (SAN LUIS)
FRESENIUS MEDICAL CARE - 3 DE FEBRERO (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S. A. VILLA ANGELA (CHACO)
FRESENIUS MEDICAL CARE - MENDOZA 3- (MENDOZA)
FRESENIUS MEDICAL CARE S.A- LOMAS (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE - TUCUMÁN I (TUCUMÁN)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARG SA - LA PLATA (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A FCIO VARELA (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A. - OBERA (MISIONES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A. COMPLEJO SANITARIO SAN LUIS (SAN LUIS)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A. QUILMES II (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A.- SAN MARTIN (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A.- VILLA ADELINA- (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA S.A-HTAL. ESPAÑOL DE MENDOZA (MENDOZA)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA - CABALLITO (CAPITAL FEDERAL)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA - FLORIDA (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA - MERLO II (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA - MONTE GRANDE (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA - MORON (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA .SUC OLIVOS (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA- CONCORDIA (ENTRE RÍOS)
FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA SA SUC. SAN FERNANDO (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE CÓRDOBA II (CÓRDOBA)
FRESENIUS MEDICAL CARE HPTAL. PCIAL. SAN BERNARDO (SALTA)
FRESENIUS MEDICAL CARE PARANA - LA ENTRERRIANA (ENTRE RÍOS)
FRESENIUS MEDICAL CARE RECONQUISTA (SANTA FE)
FRESENIUS MEDICAL CARE SAN JUSTO (BUENOS AIRES)
FRESENIUS MEDICAL CARE SUCURSAL FORMOSA (FORMOSA)
FRESENIUS MEDICAL CARE-CENTRO PILAR (BUENOS AIRES)
FRESENIUS TRES ARROYOS (BUENOS AIRES)
FUCETER (CÓRDOBA)
FUCETER I (CÓRDOBA)
GRUPO ER SRL (BUENOS AIRES)
GRUPO FS (BUENOS AIRES)
H.I.G.A JUNIN BS AS (BUENOS AIRES)
HEMODIALISIS BOLIVAR (BUENOS AIRES)
HEMODIALISIS MODELO (BUENOS AIRES)
HEMODIALISIS MORENO (BUENOS AIRES)
HEMODIALISIS SAN MARTIN SRL (MENDOZA)
HGA CARLOS DURAND (CAPITAL FEDERAL)
HIAEP SUPERIORA SOR MARIA LUDOVICA (BUENOS AIRES)
HIGA DR. JOSE PENNA (BUENOS AIRES)
HIGA DR. OSCAR ALENDE (BUENOS AIRES)
HIGA GENERAL SAN MARTIN (BUENOS AIRES)
HIGA PRESIDENTE PERON (BUENOS AIRES)
HIGA PROF DR. LUIS GUEMES - SERVICIO DE NEFROLOGIA (BUENOS AIRES)
HIGA PROFESOR DR. RODOLFO ROSSI (BUENOS AIRES)
HOSPITAL AERONAUTICO CENTRAL (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL ARGERICH (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL BRITANICO (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL CENTENARIO ROSARIO (SANTA FE)
HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA - SERVICIO DE HEMODIALISIS (MENDOZA)
HOSPITAL CÓRDOBA DPCA (CÓRDOBA)
HOSPITAL CÓRDOBA SH (CÓRDOBA)
HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ALVAREZ (SANTA FE)
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD (CÓRDOBA)

HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO (BUENOS AIRES)
HOSPITAL DE NIÑOS DR. HECTOR QUINTANA (JUJUY)
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - SECCION DIALISIS (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. J.P. GARRAHAN (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL DEL NIÑO JESUS (TUCUMÁN)
HOSPITAL DISTRIITAL DR. MIGUEL LOMBARDICH (SANTA CRUZ)
HOSPITAL DONACION FRANCISCO SANTOJANNI (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON (SAN JUAN)
HOSPITAL FERNANDEZ (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL HUMBERTO NOTTI - CENTRO DE HEMODIALISIS (MENDOZA)
HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL (CÓRDOBA)
HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS EVA PERON (BUENOS AIRES)
HOSPITAL INTERZONAL GANDULFO (BUENOS AIRES)
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (BUENOS AIRES)
HOSPITAL ITALIANO GARIBALDI (SANTA FE)
HOSPITAL J.J. URQUIZA (ENTRE RÍOS)
HOSPITAL MILITAR CENTRAL (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS SNH (CÓRDOBA)
HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS (BUENOS AIRES)
HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO (CAPITAL FEDERAL)
HOSPITAL PABLO SORIA (JUJUY)
HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CÓRDOBA (CÓRDOBA)
HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD (BUENOS AIRES)
HOSPITAL PROF. DR. CAMILO MUNIAGURRIA ZONAL DE GOYA (CORRIENTES)
HOSPITAL REGIONAL RAMON CARRILLO (SANTIAGO DEL ESTERO)
HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS (SANTA CRUZ)
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA (TIERRA DEL FUEGO)
HOSPITAL SAN MARTIN PARANA (ENTRE RÍOS)
HOSPITAL TEDORO J. SCHESTAKOW - UNIDAD DE HEMODIALISIS (MENDOZA)
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (BUENOS AIRES)
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (BUENOS AIRES)
IDERH S.R.L. (SANTIAGO DEL ESTERO)
IEPTER (BUENOS AIRES)
INDIBA SRL (BUENOS AIRES)
INER SIGLO XXI SA LA PAZ (ENTRE RÍOS)
INSAL S. DE H. (SALTA)
INSTITUTO ARGENTINO DE RIÑON Y TRASPLANTE (CAPITAL FEDERAL)
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES (CORRIENTES)
INSTITUTO DE DIALISIS MANSILLA (CAPITAL FEDERAL)
INSTITUTO DE ENFERMEDADES RENALES SRL (SALTA)
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MEDICAS ALFREDO LANARI (CAPITAL FEDERAL)
INSTITUTO DE NEFROLOGIA DE ENTRE RÍOS (ENTRE RÍOS)
INSTITUTO DE NEFROLOGIA DEL OESTE SRL (CAPITAL FEDERAL)
INSTITUTO DE NEFROLOGIA PERGAMINO SRL (BUENOS AIRES)
INSTITUTO DE NEFROLOGIA SAN MIGUEL SA (BUENOS AIRES)
INSTITUTO DE NEFROLOGIA SAN PEDRO S.A. (JUJUY)
INSTITUTO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS SRL (MENDOZA)
INSTITUTO DEL RIÑON Y DIALISIS DEL SUR (TUCUMÁN)
INSTITUTO INTEGRAL DE NEFROLOGIA (SANTA FE)
INSTITUTO MEDICO CONSTITUYENTES (BUENOS AIRES)
INSTITUTO MEDICO RIO CUARTO S.A. (CÓRDOBA)
INSTITUTO MODELO DE NEFROLOGIA (LA PAMPA)
INSTITUTO MODELO DE NEFROLOGIA (SAN LUIS)
INSTITUTO NEFROLOGICO ISIDRO CASANOVA (BUENOS AIRES)
INSTITUTO NEFROLOGICO ZARATE CAMPANA (BUENOS AIRES)
INSTITUTO PRIVADO DE NEFROLOGIA LUJAN SRL (BUENOS AIRES)
INSTITUTO PRIVADO DE NEFROLOGIA SA - ELDORADO (MISIONES)
INSTITUTO PRIVADO DE NEFROLOGIA SA - OBERA (MISIONES)
INSTITUTO PRIVADO DE NEFROLOGIA SA - POSADAS (MISIONES)
INSTITUTO PRIVADO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA RIO CUARTO (CÓRDOBA)
INSTITUTO RENAL METROPOLITANO AVELLANEDA (BUENOS AIRES)
INSTITUTO RENAL METROPOLITANO S.A. (CAPITAL FEDERAL)
INSTITUTO PRIVADO DE NEFROLOGIA S.A. SEDE IGUAZU (MISIONES)
IPENSA (BUENOS AIRES)

KIDNEY S.A. (JUJUY)
KOLFF SRL (CÓRDOBA)
MARIA ANGELICA GIUDICE (SANTA FE)
MC CENTRO DE DIALISIS (BUENOS AIRES)
MEDICINA NEFROLOGICA DEL OESTE - HOSPITAL MUNICIPAL DEL CARMEN (BUENOS AIRES)
MEDICINA NEFROLOGICA DEL OESTE - INSTITUTO MEDICO DEL OESTE (BUENOS AIRES)
NEFRO DOLORES (BUENOS AIRES)
NEFRO ONE (SALTA)
NEFRO ONE VALLES CALCHAQUIES (SALTA)
NEFRO RED NORTE (SANTA FE)
NEFRO RED SRL (SANTA FE)
NEFRO SAN JUAN (SAN JUAN)
NEFRODEHA SRL (BUENOS AIRES)
NEFRODIALISIS CHIVILCOY SRL (BUENOS AIRES)
NEFROEXCEL SRL (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA LAMADRID (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA AVELLANEDA S.A. (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA AVELLANEDA S.A. (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA GENERAL BELGRANO SA (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA IMDE III (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA IMDE SRL (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA JUNIN SRL (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA LINCOLN DE NEFROLOGIA JUNIN SRL (BUENOS AIRES)
NEFROLOGIA SAN MARTIN (CHACO)
NEFROLOGIA SUR SRL (BUENOS AIRES)
NEFROLOGOS ASOCIADOS SRL (TUCUMÁN)
NEFROMAP SRL (BUENOS AIRES)
NEFROMAT SA (BUENOS AIRES)
NEFRONOA S.A. (JUJUY)
NEFROS SC (SANTIAGO DEL ESTERO)
NEFROSALUD S.A (BUENOS AIRES)
NEFROSUR TERAPIAS RENALES (SANTA FE)
NEPHRO BAIRE SRL (CAPITAL FEDERAL)
NEPHRON HEMODIALISIS SA (CHUBUT)
NEPHROS SRL (BUENOS AIRES)
NORDSALUD (SALTA)
NORLITORAL SRL (JUJUY)
PERITONEAL ROSARIO (SANTA FE)
POLICLINICO SANTAMARINA (BUENOS AIRES)
RENAL BANDA SRL (SANTIAGO DEL ESTERO)
RENAL SRL (SAN LUIS)
RENAL SRL (TUCUMÁN)
RENAL SRL CENTRO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS (CAPITAL FEDERAL)
RENNIUS S.A. (SALTA)
RTS ARGENTINA S.A. CIUDADELA (BUENOS AIRES)
RTS JUNIN CENTRO NEFROLOGICO DEL NOROESTE (BUENOS AIRES)
RTS JUNIN SRL- BRAGADO (BUENOS AIRES)
SALUD RENAL LURO S.A. (BUENOS AIRES)
SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (ENTRE RÍOS)
SANATORIO ARGENTINO DEL PLATA (BUENOS AIRES)
SANATORIO LOS ARROYOS SA (SANTA FE)
SANATORIO MAPACI SA (SANTA FE)
SANATORIO PASTEUR (CATAMARCA)
SANATORIO QUINTAR S.R.L. (JUJUY)
SANATORIO SAN CAMILO (CAPITAL FEDERAL)
SE.NE.MI. SRL (BUENOS AIRES)
SECTOR HEMODIALISI DE UTI (MISIONES)
SEETER SA (BUENOS AIRES)
SEETER SA- (BUENOS AIRES)
SENERI - CLINICA PRIVADA HISPANO ARGENTINA (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE DIALISIS 25 DE MAYO (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE DIALISIS DRES. FAURIE Y PRADO SA (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE DIALISIS SOLANO SA (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE HEMODIALISIS CERYT S.A (CÓRDOBA)

SERVICIO DE HEMODIALISIS DR. ANGEL PRATO (CORRIENTES)
SERVICIO DE HEMODIALISIS HOSPITAL ESCUELA (CORRIENTES)
SERVICIO DE HEMODIALISIS HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA (MISIONES)
SERVICIO DE HEMODIALISIS HOSPITAL PEDIATRICO JUAN PABLO II (CORRIENTES)
SERVICIO DE HEMODIALISIS HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE (TIERRA DEL FUEGO)
SERVICIO DE NEFROLOGIA - POLICLINICO PAMI II (SANTA FE)
SERVICIO DE NEFROLOGIA CLINICA REGIONAL (LA PAMPA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL DELICIA CONCEPCION MASVERNAT (ENTRE RÍOS)
SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL ELEAZAR HERRERA MOTTA (LA RIOJA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA MEDIO INTERNOY RIÑON ARTIFICIAL HOSPITAL J R VIDAL (CORRIENTES)
SERVICIO DE NEFROLOGIA PRIVADO MAYO S.R.L. (CÓRDOBA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA PRIVADO ONCATIVO (CÓRDOBA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA PRIVADO RIO CEBALLOS (CÓRDOBA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA SANATORIO JUNIN (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE NEFROLOGIA UNIDAD RENAL SANATORIO DELTA (SANTA FE)
SERVICIO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS (CATAMARCA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS DR URSINI SRL (CAPITAL FEDERAL)
SERVICIO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS CLINICA PRIVADA MAYO (CÓRDOBA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS HOSPITAL DR. ENRIQUE VERA BARROS (LA RIOJA)
SERVICIO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS SAN PEDRO (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE TERAPIA RENAL ARGENTINA SA RTS COLON (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE TERAPIA RENAL ARGENTINA S.A. SUC. LANUS (BUENOS AIRES)
SERVICIO DE TERAPIA RENAL ARGENTINA SA SUCURSAL FLORES (CAPITAL FEDERAL)
SERVICIO HEMODIALISIS CLINICA SAN NICOLAS S.A. (BUENOS AIRES)
SERVICIO MODELO DE HEMODIALISIS - SANATORIO POSADAS (MISIONES)
SERVICIO NEFROLOGICO DE C.PRIVADA INST. MEDICO QUIRURGICO BRAGADO (BUENOS AIRES)
SERVICIO NEFROLOGICO Y TERAPEUTICO S.R.L. (SALTA)
SERVICIO PRIVADO DE DIALISIS RICCOBELLI SRL (SANTA FE)
SERVICIO PRIVADO DE HEMODIALISIS DEAN FUNES SRL (CÓRDOBA)
SERVICIO PRIVADO DE NEFROLOGIA LA CARLOTA DE DARIO LLADSER (CÓRDOBA)
SERVICIO RENAL CAROYA PRIVADO (CÓRDOBA)
SERVICIOS DE TERAPIA RENAL ARG. S.A. SUC. PRINGLES (CAPITAL FEDERAL)
SERVICIOS DE TERAPIA RENAL ARG. SA SUC. MERCEDES (BUENOS AIRES)
SERVICIOS DE TERAPIA RENAL HURLINGHAM SRL (BUENOS AIRES)
SERVICIOS MEDICOS NEFROLOGICOS SRL (SANTA FE)
SOLANEF SRL (BUENOS AIRES)
STR ARGENTINA - SUC. CIUDADELA 2 (BUENOS AIRES)
SUA SRL UNIDAD RENAL (CÓRDOBA)
SURDIAL S.R.L. (SALTA)
TERAPIA RENAL ARGENTINA MAESTRO DIEGO JOSE ECHAVE (BUENOS AIRES)
TERAPIA RENAL DE LOBOS (BUENOS AIRES)
TERAPIAS RENALES SC (TUCUMÁN)
UNIDAD DE DIALISIS SERVICIO DE NEFROLOGIA Y TRASPLANTE C. PRIVADA V. SANSFIELD (CÓRDOBA)
UNIDAD DE NEFROLOGIA DELTA (BUENOS AIRES)
UNIDAD MEDICA RENAL (CÓRDOBA)
UNIDAD MEDICA RENAL LABOULAYE S.R.L. (CÓRDOBA)
UNIDAD MEDICA RENAL RUFINO (SANTA FE)
UNIDAD NEFROLOGICA ARGENTINA SRL (CAPITAL FEDERAL)
UNIDAD RENAL CHILECITO SRL (LA RIOJA)
UNIDAD RENAL CORRIENTES S.A. (CORRIENTES)
UNIDAD RENAL GENERAL DEHEZA S.R.L. (CÓRDOBA)
UNIDAD RENAL JUSTIANO POSSE PRIVADO (CÓRDOBA)
UNIDAD RENAL PRIVADA PUNILLA (CÓRDOBA)
UNIDAD RENAL RIO CUARTO (CÓRDOBA)
UNIDAD RENAL SOL CRUZ DEL EJE (CÓRDOBA)
UNIDAD RENAL SOL LA FALDA (CÓRDOBA)
UNIP SRL (CAPITAL FEDERAL)
UTRADIAL SRL (SALTA)
WEST NEPHROLOGY S.A. (BUENOS AIRES)