



Día Mundial del Riñón 2019: *nuestra agenda de Inequidades*

Este año, el Día Mundial del Riñón se propone concientizar sobre la alta y creciente carga de la enfermedad renal en todo el mundo y la necesidad de estrategias para su prevención y tratamiento.

El lema de este año "**Salud renal para todos, en todas partes**" hace un llamado para alcanzar una cobertura de salud universal, especialmente para la prevención y el tratamiento temprano de la enfermedad renal.

El objetivo final es promover la salud de la población, garantizando un acceso universal, sostenible y equitativo a la atención médica de alta calidad, protegiendo a las personas del empobrecimiento de la salud y mejorando la equidad en la salud en todos los grupos socioeconómicos¹.



La comunidad nefrológica uruguaya cuenta con una larga historia de construcción colectiva de un sistema nefrológico nacional. Producto de ello, y del sistema sanitario uruguayo (que ha dado pasos significativos en disminuir inequidades) toda la población tiene acceso al tratamiento sustitutivo de la función renal, al trasplante renal y a tratamientos farmacológicos financiados por el sistema (inmunosupresores principalmente).

Los registros nefrológicos (**Registro Uruguayo de Diálisis, Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías, Programa de Salud Renal**), producto también del esfuerzo de la comunidad nefrológica y del apoyo económico del Fondo Nacional de Recursos, brindan información relevante y permiten (a diferencia de otras áreas de la medicina nacional) conocer la realidad vinculada a prevalencia, etiologías, progresión, tratamiento y sobrevida de los pacientes con enfermedad renal. También nos permiten conocer algunas debilidades. Algunas de estas debilidades atentan contra la equidad y en cada una de ellas hay responsabilidades sistémicas, institucionales y también individuales. Nos pareció oportuno recorrer algunos aspectos de nuestra "**agenda de inequidades**", no con el objetivo de buscar responsables, sino con el sano objetivo de transformarla en una "**agenda de oportunidades**".



Programa de Salud Renal

El **Programa de Salud Renal (PSR)**, activo desde el año 2004, tiene registrados 22.000 pacientes hasta el momento actual. El control de los pacientes en el contexto del mismo ha mostrado claros beneficios. Algunos beneficios a corto plazo se vinculan a la financiación de medicación (Eritropoyetina) lo que se traduce en un alivio económico individual. Pero quizás lo más importante es el impacto que el PSR ha tenido sobre variables vinculadas al cuidado nefrológico y a la sobrevida.

Mayor sobrevida libre de diálisis. Esto fue evaluado recientemente sobre una población de 6900 ingresos a diálisis y discriminado por etiología de la enfermedad renal². Se incluyeron pacientes ingresados al Registro Uruguayo de Diálisis (RUD) desde 1-01-2005 hasta el 31-05-2018. Se clasificó la población de acuerdo a los cuidados nefrológicos previos en: provenientes del PSR, ingresados entre 1/01/2005 y 31/05/2018, con permanencia ≥ 1 año y al menos un control nefrológico (GRUPO 1), pacientes no provenientes del PSR, con cuidado nefrológico ≥ 1 año (GRUPO 2) y pacientes sin cuidado nefrológico previo al ingreso al RUD (GRUPO 3). Se registró edad de ingreso a TRR y nefropatía. *Tabla 1*

Tabla 1. Edad de inicio de Terapia de Reemplazo Renal (2005-2018) discriminado por tipo de nefropatía².

		GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Glomerulopatías	n	76	303	292
	Edad*	59 (39.7-72)*	52 (40-66)	47 (30-63)***
Nefropatía diabética	n	210	688	636
	Edad*	64.5 (56-72.2)*	63 (54-70.7)	62 (53-69)
Nefropatía en DM-1	n	42	150	100
	Edad*	46 (35.5-58.2)	45.5 (34.7-57.2)	40 (29-56.7)
Nefropatía vascular	n	251	804	858
	Edad*	75 (68-81)*	74 (65-80)**	68 (59-78)***
Poliquistosis Renal	n	51	164	99
	Edad*	54 (47-65)	55 (48-66)	52 (43-61)***
TOTAL	n			
	Edad*	68 (57-76)*	65 (53-76)**	61 (45-72)***
* Mediana de edad expresada en años (Percentil 25-75)				
Test de Kruskal Wallis y Mann Whitney con corrección de Bonferroni				
p<0.05: * G1 vs G3. ** G1 vs G2. *** G2 vs G3				

Mirados globalmente, **los pacientes provenientes con cuidado nefrológico previo ingresaron 7 años más tarde a diálisis crónica comparado con los pacientes sin cuidado nefrológico.** Estas diferencias varían según cada tipo de nefropatía pero globalmente se mantienen².

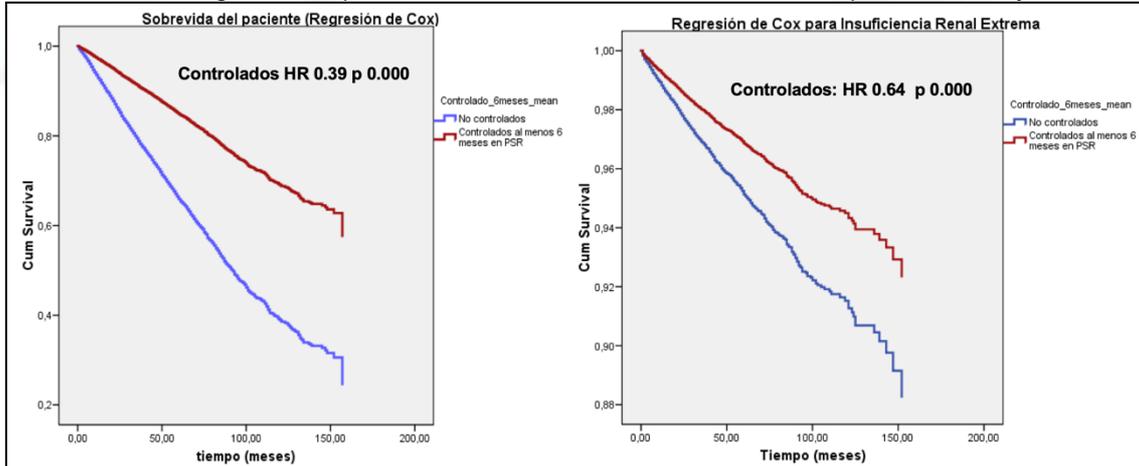
La mortalidad a 10 años es menor. Los pacientes que tienen seguimiento nefrológico mayor a 6 meses luego de ingresados al programa (65.4%), comparado con aquellos con seguimiento menor a 6 meses, tienen una mortalidad a 10 años (utilizando modelo



Sociedad Uruguaya de Nefrología

proporcional de Cox y ajustado a: edad, sexo, filtrado glomerular, proteinuria inicial, comorbilidad cardiovascular, presión arterial y diabetes) 65% menor (71 vs 43% respectivamente). Esta diferencia en la supervivencia es mayor en los últimos dos trienios comparados con los previos³. *Gráfico 1*.

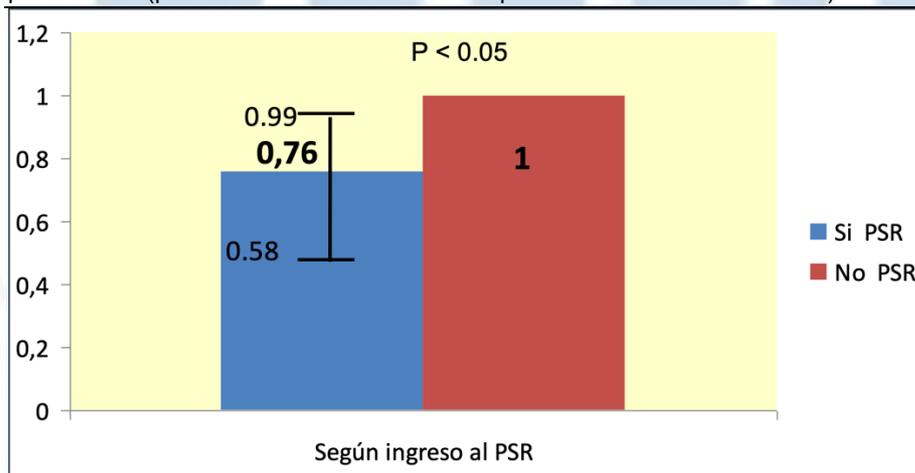
Gráfico 1. Supervivencia del paciente y progresión a enfermedad renal crónica extrema. Comparativa de pacientes en seguimiento en PSR vs pacientes sin seguimiento. Modelo proporcional de Cox ajustado a edad, sexo, filtrado glomerular, proteinuria inicial, comorbilidad cardiovascular, presión arterial y diabetes³.



La progresión es menor. Cuando se compara la progresión a enfermedad renal crónica extrema a 10 años (ajustada a las mismas variables de confusión), es 34% menor en el grupo con control mayor a 6 meses (5.4 vs 8.2%)³. *Gráfico 1*.

El riesgo de muerte luego de ingreso a TRR es menor. El riesgo de muerte durante el primer año de ingreso a diálisis, (ajustado a edad, sexo, comorbilidad cardiovascular, diabetes y actividad física) es 24% menor en los pacientes provenientes del PSR comparado con aquellos no incluidos en el mismo⁴. *Gráfico 2*

Gráfico 2. Riesgo de muerte después del primer año de ingreso a Terapia de Reemplazo Renal según procedencia (pacientes incluidos en PSR vs pacientes no incluidos en PSR)⁴





A pesar de estos datos relevantes (menor mortalidad, menor riesgo de muerte, menor tasa de progresión, ingreso más tardío a diálisis) **el ingreso al Programa de Salud Renal no es equitativo**. En la Tabla 2 se enumeran las instituciones privadas que ingresaron 50 o más controles durante en año 2018, y en la tabla 3 los departamentos desde donde se ingresaron 50 o más controles provenientes de ASSE.

Tabla 2. Instituciones privadas que ingresaron al PSR \geq 50 controles durante el año 2018.

A.M. SAN JOSE IAMPP	COMEF IAMPP
AMECOM IAMPP	COMEFLO IAMPP
ASOCIACION ESPAÑOLA	COMESA IAMPP
CAMDEL IAMPP	COMERO IAMPP
CAMEC IAMPP	COMTA IAMPP
CAMEDUR IAMPP	COSEM IAMPP
CAMOC IAMPP	CRAMI IAMPP
CASA DE GALICIA	EVANGELICO
CASMU – IAMPP	MUCAM
CIRCULO CATOLICO	ORAMECO IAMPP
COMECA IAMPP	SMI – SERVICIO MEDICO INTEGRAL

Tabla 3. Departamentos que ingresaron al PSR \geq 50 controles provenientes de ASSE durante 2018.

CANELONES
COLONIA
FLORIDA
MONTEVIDEO
PAYSANDU
SAN JOSE
SORIANO

La participación en el PSR no es dependiente únicamente de la voluntad de los nefrólogos. Requiere un compromiso de las instituciones tanto públicas como privadas, adjudicando horas de policlínica nefrológica con adecuado apoyo de enfermería y administrativo. Desde el PSR se ha estimado la necesidad de dos horas/semana de policlínica nefrológica y ½ hora/semana de policlínica de Enfermedad Renal Crónica Avanzada cada 10.000 usuarios.

Diálisis Crónica

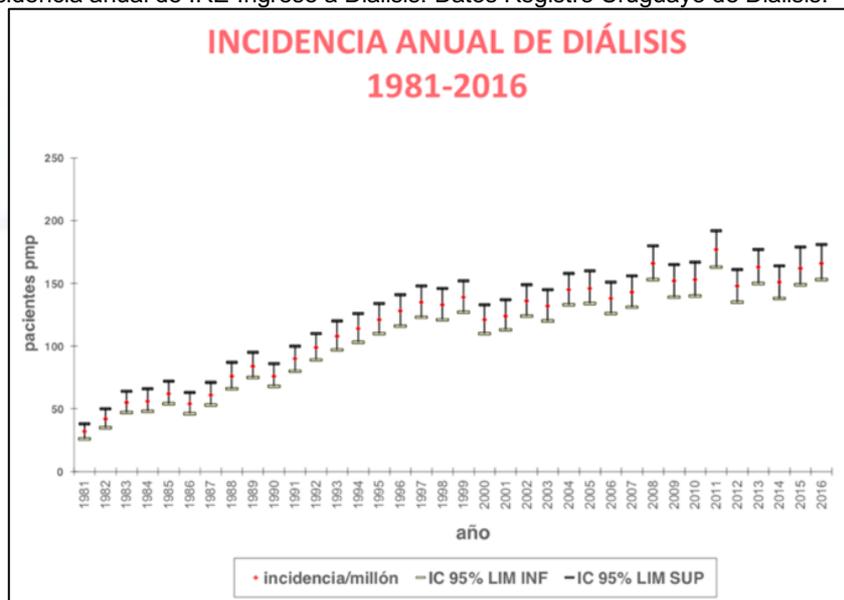
La posibilidad de tener financiación para el 100% de los pacientes que requieren Terapia de Reemplazo Renal crónica sigue siendo una fortaleza de nuestro sistema de salud.

La incidencia de Insuficiencia Renal Extrema en Uruguay ha permanecido estable en el último periodo de tiempo según reporte de Registro Uruguayo de Diálisis⁵.

Gráfico 3



Gráfico 3. Incidencia anual de IRE-Ingreso a Diálisis. Datos Registro Uruguayo de Diálisis.⁵



A pesar de ello las tasas de ingreso a TRR y el control nefrológico previo al ingreso siguen siendo desiguales según el departamento de procedencia y el prestador de origen (Público-Privado).

En la *tabla 4* se muestran los procedimientos nefrológicos financiados por el FNR en el ejercicio 2017.

Tabla 4. Procedimientos nefrológicos financiados en 2017 por el FNR discriminados por departamento de procedencia. Datos disponibles http://www.fnr.gub.uy/estadisticas_2017

Departamento de residencia del paciente	Actos nefrológicos		Total
	DPCA	Hemodiálisis	
ARTIGAS	1	14	15
CANELONES	6	100	106
CERRO LARGO	0	13	13
COLONIA	1	14	15
DURAZNO	0	8	8
FLORES	1	2	3
FLORIDA	1	14	15
LAVALLEJA	3	12	15
MALDONADO	1	31	32
MONTEVIDEO	23	273	296
PAYSANDU	1	19	20
RIO NEGRO	0	9	9
RIVERA	0	15	15
ROCHA	0	11	11
SALTO	2	12	14
SAN JOSE	0	14	14
SORIANO	1	19	20
TACUAREMBO	0	9	9
TREINTA Y TRES	1	9	10
Total	42	598	640

En un trabajo reciente se analizaron datos provenientes del Programa de Salud Renal (PSR) y del Registro Uruguayo de Diálisis (RUD) del periodo 2013-2017⁶. Se evaluaron dos indicadores de asistencia nefrológica: (1)-porcentaje de pacientes con seguimiento



Sociedad Uruguaya de Nefrología

nefrológico mayor a un año antes del ingreso a Terapia de Reemplazo Renal (TRR) o seguimiento en el PSR y (2)-Tasa de incidencia de TRR ajustada a edad y sexo para ese periodo. Adicionalmente, se obtuvieron datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) referente a población, índice de desarrollo humano, expectativa de vida e índice de envejecimiento discriminado por departamento⁶. En la *tabla 5* se expresan los resultados más reelevantes. En el *gráfico 4* se esquematiza la diferencia en el control nefrológico previo al ingreso a TRR discriminado según Montevideo-Interior, Público-Privado. En el *gráfico 5* se esquematiza la tasa de incidencia a TRR ajustada a edad y sexo según procedencia Público-Privado, Montevideo-Interior del país.

Tabla 5. Variables discriminadas por departamento. ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado. IAMPP: aquí se incluyen Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).⁶ pmp: por millón de población.

	<i>Control Nefrológico mayor 1 año (%)</i>	<i>Control Nefrológico mayor 1 año (%)</i>	<i>TRR ajustada (pmp)</i>	<i>TRR ajustada (pmp)</i>	<i>Esperanza de vida al nacer</i>	<i>Índice Desarrollo Humano</i>
	<i>ASSE</i>	<i>IAMPP</i>	<i>ASSE</i>	<i>IAMPP</i>		
Artigas	34,6	22,2	148	150	76,8	0,738
Canelones	43,5	59,7	140	211	77,1	0,706
Cerro Largo	38,1	59,1	114	214	75,7	0,74
Colonia	52,9	62,7	106	199	77,9	0,775
Durazno	33,3	59	91	191	77,1	0,762
Flores	20	83,3	102	88	77,8	0,772
Florida	87,5	75	127	190	78	0,769
Lavalleja	50	69	98	181	77,1	0,75
Maldonado	44,4	66,2	81	135	77,3	0,767
Montevideo	47,1	65,7	221	228	77,3	0,841
Paysandú	30,4	60,5	96	125	77,4	0,748
Río Negro	40	52,4	78	129	77,2	0,753
Rivera	44,1	60	159	93	76,3	0,71
Rocha	30,8	67,4	192	193	75,5	0,756
Salto	47,6	63,2	92	196	76,4	0,742
San José	66,7	77,1	98	122	76	0,732
Soriano	60	53,1	171	187	77	0,748
Tacuarembó	41,7	47,7	114	178	76,2	0,745
Treinta y Tres	50	54,2	125	193	76,1	0,741



Gráfico 4. Porcentaje de pacientes en control nefrológico mayor a un año previo al ingreso a Terapia de Reemplazo Renal crónica. PMP: paciente por millón de población. ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado. IAMPP: aquí se incluyen Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).⁶

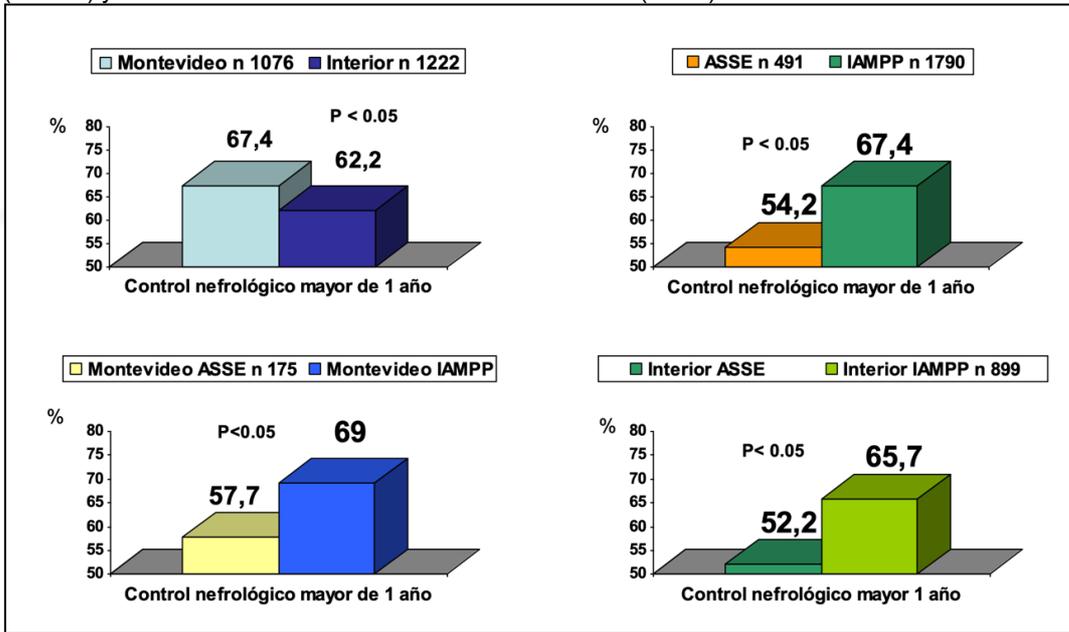
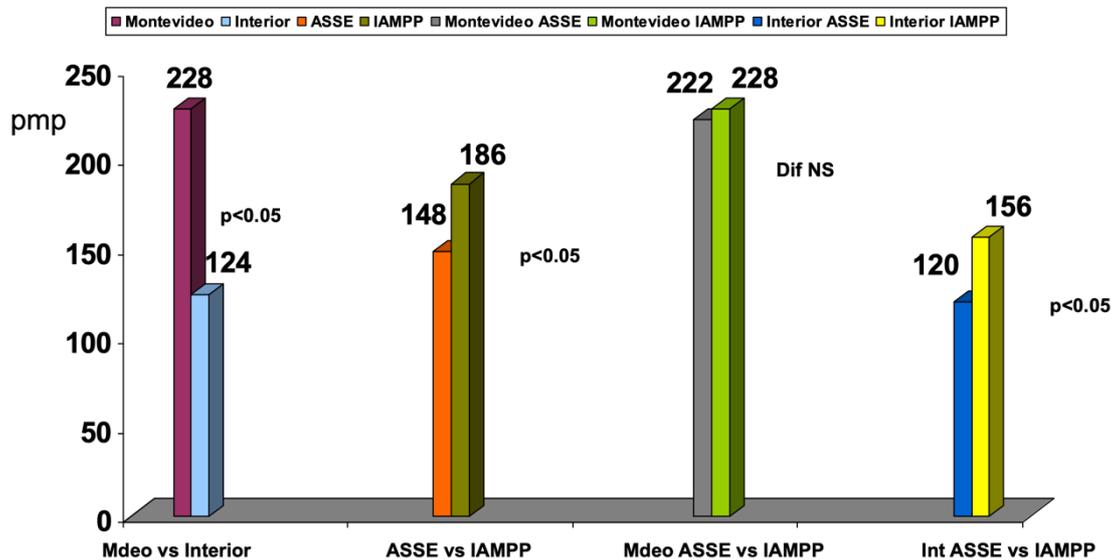


Gráfico 5. Tasa de incidencia a Terapia de Reemplazo Renal (periodo 2013-2017) ajustada a edad y sexo discriminado por origen territorial y de prestador. PMP: pacientes por millón de población. ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado. IAMPP: aquí se incluyen Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.⁶



Accesos vasculares en HD crónica. En un reciente trabajo se analizó la sobrevida (1 año, 5 años, 10 años y final del periodo de seguimiento), de pacientes incidentes en hemodiálisis crónica en el periodo 2005-2014 en Uruguay según el tipo de acceso vascular utilizado para la primera hemodiálisis⁷. Se analizó 4 categorías de angioacceso: catéter transitorio (CT), catéter permanente (CP), fístula arteriovenosa nativa (FAVN) y



fístula arteriovenosa protésica (FAVP). Se realizó análisis de sobrevida mediante Kaplan-Meier y sobrevida ajustada según modelo de regresión de Cox. En el *gráfico 6* y en la *tabla 6* se muestran los resultados. **La sobrevida de los pacientes que iniciaron hemodiálisis crónica con FAVN funcional fue mayor que las que iniciaron con FAVP, CT y CP, con una diferencia estadística significativa en los grupos con CT y CP⁷.**

Gráfico 6. Curva de sobrevida (Kaplan Meier) según angioacceso utilizado en la primera hemodiálisis. CT: catéter transitorio. CP: catéter permanente. FAVN: fístula arteriovenosa nativa. FAVP: fístula arteriovenosa protésica.⁷

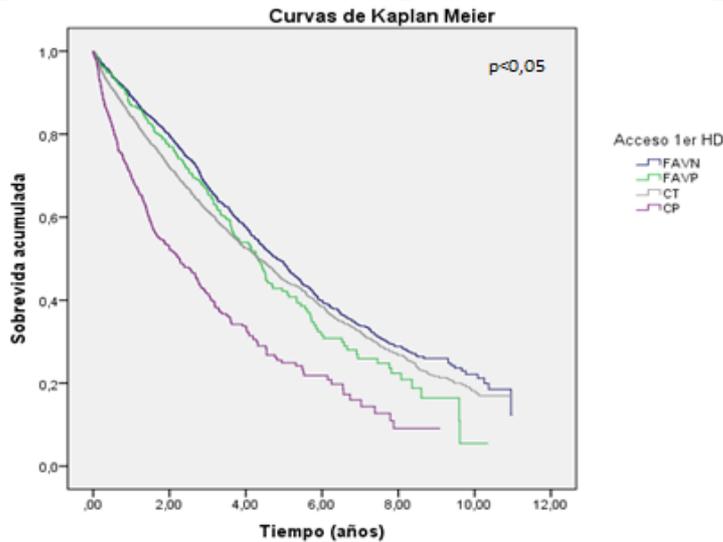


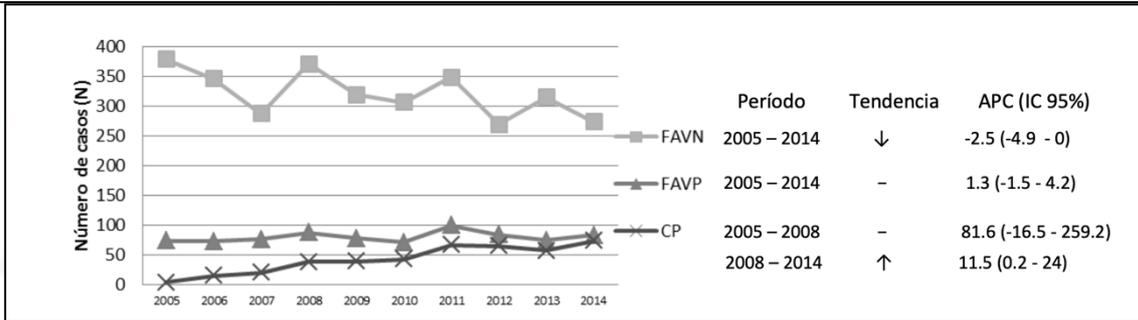
Tabla 6. Sobrevida ajustada a 1 años y al final del periodo 2005-2014 (Modelo de regresión de Cox) según angioacceso utilizado en la primera hemodiálisis. CT: catéter transitorio. CP: catéter permanente. FAVN: fístula arteriovenosa nativa. FAVP: fístula arteriovenosa protésica.⁷

	FAVN	FAVP	CT	CP
Sobrevida a 1 año (modelo de regresión de Cox)	Referencia	1,16 (p= 0,395)	1,57 (p<0,000)	2,67 (p<0,000)
SV al final de periodo (modelo de regresión de Cox)	Referencia	1,14 (p=0,132)	1,26 (p<0,05)	2,02 (p<0,000)

A pesar de estos datos reelevantes, en el último informe del Registro Uruguayo de Diálisis⁵, **menos de 40% de los pacientes tuvieron un angioacceso confeccionado con 60 días de anticipación o en condiciones de ser utilizado en la primera sesión de HD.** Más preocupante aún es que los datos referentes a la tendencia de angioacceso al momento de la primera hemodiálisis no son alentadores. *Gráfico 7.*



Gráfico 7. Tendencia de accesos vasculares en pacientes incidentes a hemodiálisis en el periodo 2005-2014 en Uruguay. FAVN: fistula arteriovenosa nativa. FAVP: fistula arteriovenosa protésica. CP: catéter protésico. APC: cambio anual porcentual.⁸



Modalidad de diálisis. Diálisis Peritoneal. La mayor parte de los estudios que evalúan sobrevida según modalidad de diálisis, coinciden en que ésta es similar para las técnicas de hemodiálisis y diálisis peritoneal⁹. En lo que refiere a la organización del sistema de salud, la DP permite la asistencia de un mayor número de pacientes por centro y mejora la ecuación de costos. En función de estos datos la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) redactaron en un esfuerzo conjunto metas 2019, que incluyen entre otros aspectos una mayor utilización de terapias de reemplazo renal costoefectivas, considerando dentro de ellas el trasplante renal y la diálisis peritoneal. En el gráfico 8 se muestra el porcentaje de pacientes en DP a nivel mundial en 1995, y en el gráfico 9 la prevalencia de pacientes en DP según diferentes países de la región.

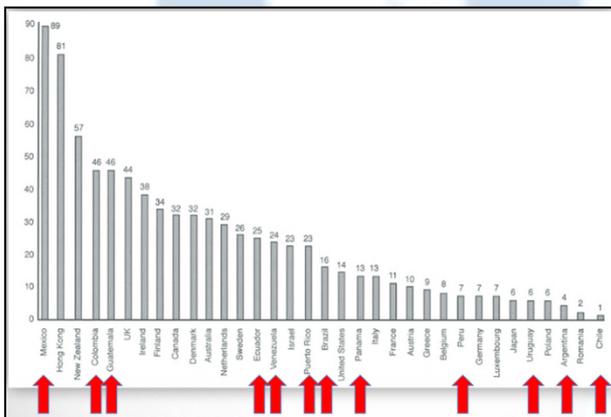
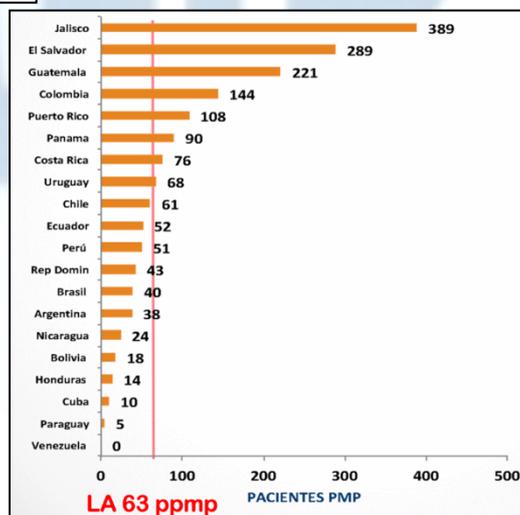


Gráfico 8. Procentaje de pacientes en DP según país. Flechas rojas señalan países de Latinoamérica.¹¹

Gráfico 9. Prevalencia de TRR modalidad Diálisis Peritoneal en Latinoamérica.¹²





Sociedad Uruguaya de Nefrología

Además de objetivarse una baja prevalencia en la técnica, preocupa la tendencia, ya que en el tiempo ha sido decreciente en Latinoamérica. Gráfico 9.

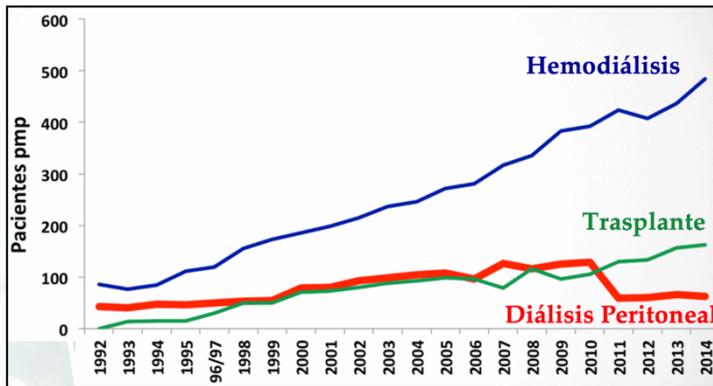


Gráfico 10. Utilización de Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis y Trasplante como Terapia de Reemplazo Renal en Latinoamérica en el periodo 1992-2014.¹²

La realidad de Uruguay no es diferente. Como lo muestran los datos del Registro Uruguayo de Diálisis, **9.6% de los pacientes se encuentran en TRR bajo la técnica de Diálisis Peritoneal**. Uruguay fue lentamente aumentando la tasa de pacientes en DP hasta 2015 (80 pmp), permaneciendo estable luego de ese aumento.

El objetivo es tener la disponibilidad de brindar esta técnica a los pacientes que puedan beneficiarse de ella. **Existe inequidad Montevideo-Interior para poder acceder a la técnica, más allá de que algunos grupos han intentado diferentes soluciones.**

Tabla 7. Población prevalente según modalidad de tratamiento en Uruguay. Registro Uruguayo de Diálisis informe 2016⁵

Año	Hemodiálisis			Diálisis Peritoneal		
	n	%	tasa pmp	N	%	tasa pmp
1999	1986	94.1	603.9	124	5.9	37.7
2000	2015	94.4	610.4	120	5.6	36.4
2001	2091	94.3	632.0	126	5.7	38.1
2002	2158	93.4	652.3	152	6.6	45.9
2003	2166	93.6	655.7	149	6.4	45.1
2004	2164	92.3	655.4	180	7.7	54.5
2005	2187	92.3	661.6	182	7.7	55.1
2006	2200	92.6	663.8	176	7.4	53.1
2007	2195	90.6	660.4	229	9.4	68.9
2008	2310	91.1	692.9	227	8.9	68.1
2009	2266	90.8	677.4	229	9.2	68.4
2010	2265	90.1	674.8	249	9.9	74.2
2011	2257	90.0	686.8	249	10.0	75.8
2012	2247	90.3	683.7	241	9.7	73.3
2013	2358	90.6	717.5	244	9.4	74.2
2014	2262	91.0	688.3	223	9.0	67.9
2015	2302	89.7	700.5	263	10.3	80.0
2016	2401	90.4	689.9	253	9.6	72.7

Hemodiafiltración en línea. Desde el año 2013 se realiza en el Hospital de Clínicas Hemodiafiltración con reposición de alto volumen en línea. Esta técnica no tiene una financiación adicional a la hemodiálisis, lo que dificulta su expansión a pesar de los probados beneficios que tiene.



Trasplante Renal

El año 2018 cerró con un récord histórico en el número de trasplante renal realizado en Uruguay. Detrás de esos números hay un importante esfuerzo de los nefrólogos tratantes, centros de trasplante renal e Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDT) entre otros.

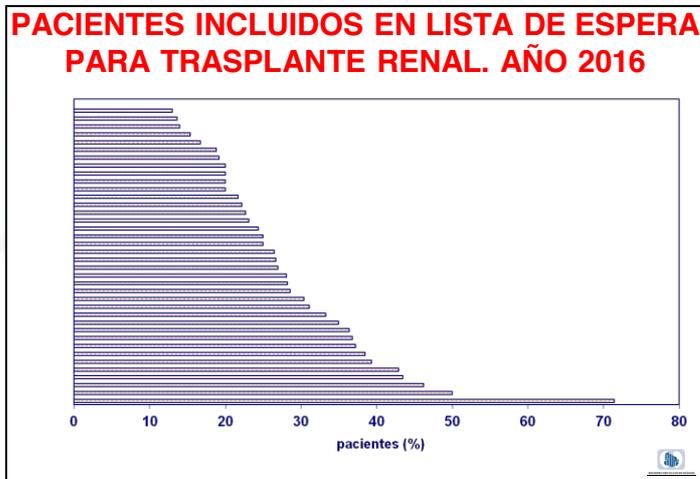
Existe una asimetría en el acceso al trasplante. Ésta es ostensible en la relación Montevideo-Interior pero también entre diferentes centros de diálisis. En la tabla 8 se muestra el número de trasplantes autorizados por el FNR en el ejercicio 2017 discriminado por departamentos. En el gráfico 11 se expresa el porcentaje de pacientes en lista de espera discriminado por centro de diálisis.

Tabla 8. Trasplante autorizados en el año 2017 por el FNR discriminados por departamento de procedencia del paciente. Datos disponibles http://www.fnr.gub.uy/estadisticas_2017

Departamento de residencia del paciente	Trasplante renal Cadaverico	Trasplante renal Vivo
ARTIGAS	1	0
CANELONES	19	3
CERRO LARGO	3	0
COLONIA	8	1
DURAZNO	1	1
FLORES	1	0
FLORIDA	3	0
LAVALLEJA	4	1
MALDONADO	7	2
MONTEVIDEO	45	5
PAYSANDU	4	0
RIO NEGRO	2	1
RIVERA	5	0
ROCHA	4	0
SALTO	4	0
SAN JOSE	3	1
SORIANO	5	1
TACUAREMBO	3	3
TREINTA Y TRES	2	0
Total	124	19

Según datos del Registro Uruguayo de Diálisis, en el año 2016 **16 % de los pacientes se encontraban incluidos en Lista de Espera** para recibir un Trasplante renal, proporción que se mantiene sin mayores cambios y que llega a 27% respectivamente, cuando se considera la población menor de 65 años. La inclusión en Lista de Espera muestra una **amplia variabilidad entre los Centros**, que oscila entre 13 y 71% de los pacientes. Es de destacar que **el porcentaje de centros que registran menos del 20% de sus pacientes incluidos en lista de espera fue de 18% en 2016.**

Gráfico 11. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera de Trasplante Renal discriminados por centros de diálisis.



Un aspecto que dificulta el ingreso a lista de espera (promedio un año) es la carga de trabajo adicional y los costos de la valoración pretrasplante, así como mantenerse en lista de espera.

Hemodiálisis de Agudos.

No hay datos nacionales sobre población incidente, plan de diálisis y resultados de la hemodiálisis de agudos. Junto con la ausencia de datos, existen a nivel mundial muchas áreas de incertidumbre en lo referente al momento óptimo de indicar hemodiálisis, tipo de tratamiento a indicar, así como aspectos técnicos del procedimiento. En un trabajo reciente, Ronco¹³ publica una encuesta realizada en el contexto del 36^a Curso Internacional de Injuria Renal Aguda realizado en Italia (Junio 2018). De los resultados de la misma, surge, que la incidencia de Injuria Renal Aguda (IRA) en las unidades de Terapia Intensiva es 26.8% y requieren diálisis 13% de esos pacientes. La mayoría utilizan la propuesta de KDIGO para definir IRA. En referencia a la modalidad de Terapia de Reemplazo Renal en pacientes críticos hasta 59% de los procedimientos son terapias continuas (CRRT), 24% hemodiálisis intermitente (IHD), 12% diálisis diaria de baja eficacia (SLEDD) y 5% diálisis peritoneal.¹³

En Uruguay los tiempos y las condiciones de realización de la hemodiálisis de agudos están muy condicionados por la modalidad de trabajo y la estructura de los servicios en esa área. El formato de nefrólogo y enfermería “de retén” determina limitaciones en el tiempo de diálisis lo que repercute sobre la calidad de la misma. Más preocupante aún es la ausencia de soporte nefrológico en muchas unidades de cuidados críticos principalmente en el interior del país, o de soporte nefrológico de agudos que depende de centros de hemodiálisis crónica. Estamos lejos aún de discutir sobre la instrumentación de terapias continuas en nuestro medio.

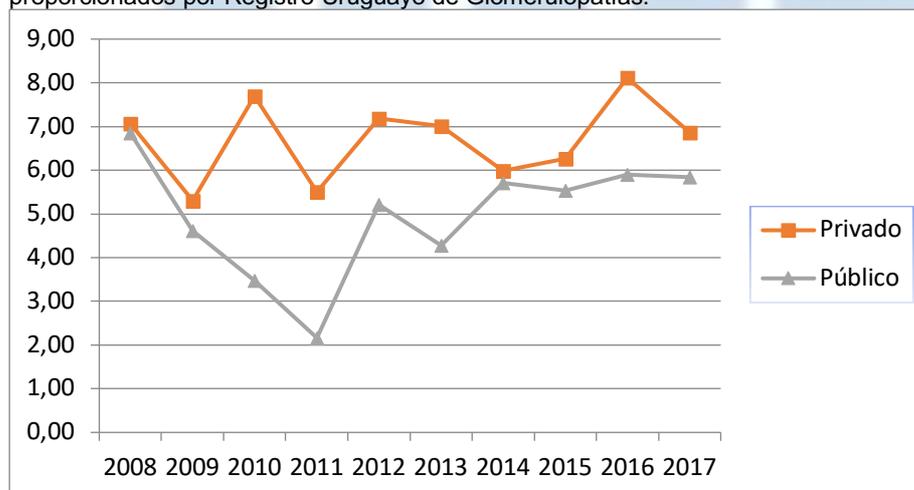


Biopsia renal.

La prevalencia de glomerulopatías diagnosticadas por biopsia renal ha ido en aumento en Uruguay cuando se comparan diferentes periodos de tiempo. Este aumento se ha objetivado en todos los grupos etarios, pero el crecimiento mayor fue en los mayores de 64 años, en donde la incidencia de glomerulopatía diagnosticada por biopsia fue 2.33 veces mayor en el periodo 2010-2014 comparado con el periodo 1990-1994.¹⁴

No hay duda del valor de la biopsia renal en el diagnóstico oportuno tanto en riñones nativos como en trasplante. Tampoco hay duda de que el tratamiento precoz en glomerulopatías demostró ser uno de los factores de mayor peso en la sobrevida renal. A pesar de ello **las tasas de biopsia del sector público y privado siguen siendo muy desiguales**. A partir de datos provenientes del Registro Uruguayo de Glomerulopatías se graficó la tasa de biopsias renales del sector público (Hospital de Clínicas, Hospital Maciel, Hospital Militar, Hospital Pasteur, Hospital Policial, Hospital de Salto, Hospital Pereyra Rossell, Hospital de Treinta y Tres, Hospital de Paysandú, Hospital de Maldonado, Hospital Español, Hospital de Colonia) y del sector privado. Las tasas se calcularon conociendo la cantidad de afiliados del sector privado y público, para lo que se utilizaron datos disponibles en la página del MSP. *Gráfico 12.*

Gráfico 12. Tasa de biopsias renales en el periodo 2008-2017. Tasa en pacientes/millón de población. Datos proporcionados por Registro Uruguayo de Glomerulopatías.





Nuestra agenda de oportunidades

Contar con datos nos obliga a tomar postura como comunidad científica. A continuación, enumeramos algunas acciones concretas que intentan dar respuesta a parte de los problemas señalados.

- ✓ *Programa de Salud Renal.* Se entregó (07-03-2019) documento a la Gerencia General de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con análisis de inequidades público/privado.
- ✓ *Programa de Salud Renal.* Se coordinó reunión con Dirección Departamental de Salud de los dos departamentos en que se realizarán actividades el DMR-2019 (Maldonado y Paysandú) para dar a conocer los datos nacionales y del departamento.
- ✓ *Sociedad Uruguaya de Nefrología y Cátedra de Nefrología.* Se organizará en conjunto Curso de Diálisis Peritoneal a desarrollarse en el año 2019 con el objetivo de mejorar el entrenamiento en la técnica.
- ✓ *Sociedad Uruguaya de Nefrología.* Se realizará reunión con equipo encargado de diálisis del FNR para evaluar trabas en la difusión de la Diálisis Peritoneal en Uruguay.
- ✓ *Sociedad Uruguaya de Nefrología.* Se realizará encuesta nacional sobre el funcionamiento y prácticas de los equipos de Hemodiálisis de Agudos.
- ✓ *Sociedad Uruguaya de Nefrología.* Se realizará un mapa de distribución de Recursos Humanos activos en Nefrología
- ✓ *Representantes de Institutos de Medicina Altamente Especializada.* Se presentó en 2018 el FNR la necesidad de financiación adicional de Hemodiafiltración en línea
- ✓ *Sociedad Uruguaya de Nefrología.* Se realizará jornada conjunta con la Sociedad de Cirugía Vasculare para analizar la situación nacional en relación a los angioaccesos de pacientes en hemodiálisis crónica.

Nos queda mucho trabajo por delante, feliz DMR-2019!!!

Comisión Directiva, Sociedad Uruguaya de Nefrología

Agradecimientos: Dres. Pablo Ríos, Carlota González, Mariela Garau, Alejandro Ferreiro, Dr Oscar Noboa

- 1- Consigna Día Mundial del Riñón 2019. Sociedad Internacional de Nefrología. <https://www.worldkidneyday.org/wkd-2019-spanish/>
- 2- Silvariño R, Ríos P, Gadola L, Sola L, Lamadrid V, Ferreiro A, Saona G, Toba D. El cuidado nefrológico retrasa el ingreso a diálisis. Póster XI Congreso Uruguayo de Nefrología. Montevideo 2018.
- 3- Ríos P. Programa de Salud Renal: análisis crítico de resultados e inequidades. Presentación oral en XI Congreso Uruguayo de Nefrología. Montevideo 2018.
- 4- Solá L. Presentación oral IX Congreso Uruguayo de Nefrología. Montevideo 2014.
- 5- González-Bedat M C, Ferreiro Fuentes A, Chifflet Bide L, Ceretta M L. RUD. Informe anual 2016. Montevideo. Uruguay. Año 2018.
- 6- Ríos P, Silvariño R, Gadola L, Lamadrid V, Solá L, Ferreiro A. Oportunidades de mejora de la asistencia nefrológica nacional. Póster XI Congreso Uruguayo de Nefrología. Montevideo 2018.
- 7- Ceretta ML, González MC, Ferreiro A. Sobrevida según tipo de angioacceso en la primera hemodiálisis. Póster X Congreso Uruguayo de Nefrología. Montevideo 2016.
- 8- Ceretta ML. Monografía de grado en Nefrología. 2017, Montevideo, Uruguay.
- 9- Yeates K et al. Hemodialysis and peritoneal dialysis are associated with similar outcomes for end-stage renal disease treatment in Canada. Nephrology, dialysis, transplantation 2012. doi: [10.1093/ndt/gfr674](https://doi.org/10.1093/ndt/gfr674)
- 10- Karopadi AN. Neph Dial Transplant 2013; 28: 2553
- 11- Mehrotra R. En: Gokal R (ed). Textbook of Peritoneal Dialysis, 2nd Ed, 2000
- 12- Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. www.slanh.net
- 13- Digvijay K et al. International survey on the management of acute kidney injury and continuous renal replacement therapies: year 2018. Blood Purif 2018. DOI:10.1159/000493724
- 14- Garau M et al. Temporal trends in biopsy proven glomerular disease in Uruguay, 1990-2014. PLoS ONE 13(10):e0206637. 2018. DOI:10.1371/journal.pone.0206637.