



NOTA DE PRENSA

NEFRÓLOGOS ADVIERTEN QUE EL ORDEN EN EL QUE SE EMPLEAN LAS TERAPIAS SUSTITUTIVAS RENALES PUEDEN MEJORAR LOS RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO

El 80% de los pacientes que entran en tratamiento renal sustitutivo comienzan mediante hemodiálisis. Sin embargo, los pacientes que inician diálisis peritoneal y pasan posteriormente a hemodiálisis tienen un menor riesgo de mortalidad que aquellos tratados con hemodiálisis desde el primer momento.

La Jornada “Retos en el abordaje de Enfermedad Renal Crónica” ha acogido la presentación de un estudio de la Escuela Andaluza de Salud Pública, cuyos resultados demuestran que si el 10% de los pacientes renales tratados en Andalucía entre 2006-2014 hubieran iniciado su tratamiento con diálisis peritoneal, en lugar de hemodiálisis, hubiera supuesto un ahorro de casi 12 millones de euros para el SSPA en el periodo analizado (un 5,7% del gasto andaluz en ERC, según estimaciones basadas en datos nacionales).

De los 1.645 millones de euros de coste para el sistema español que generan los 50.909 pacientes en tratamiento renal sustitutivo, 1.140 corresponden a Hemodiálisis, 118 a Diálisis Peritoneal y 387 a Trasplante.

La presidenta de la S.E.N., María Dolores del Pino, subraya cómo la incidencia creciente de la enfermedad renal crónica y el envejecimiento de la población generan gran aumento de las necesidades en un escenario de descenso de recursos económicos. Son precisas nuevas alternativas sanitarias para hacer frente a este problema de salud pública y ha hablado de la necesidad de crear Valor en salud para el paciente renal y las medidas posibles para ello.

Del Pino hace un llamamiento a los estudiantes de Medicina que quieran desarrollar una labor profesional con un alto impacto en la vida de las personas a que se decanten por la Nefrología.

Granada, 5 de diciembre de 2016.- Nefrólogos de la Sociedad Española de Nefrología, S.E.N., han advertido que el orden en el que se emplean las diferentes terapias sustitutivas renales -trasplante, diálisis peritoneal y hemodiálisis- influyen significativamente en la supervivencia del paciente y la eficiencia del sistema sanitario.

Al mismo tiempo, han señalado que los pacientes que inician diálisis peritoneal y, después de tres-cinco años, pasan a hemodiálisis tienen un menor riesgo de mortalidad que aquellos tratados con hemodiálisis desde el primer momento. Igualmente, los pacientes que inician diálisis y son candidatos a trasplante, permanecen menos tiempo en tratamiento cuando su primera opción es



DP, frente a aquellos que inician en HD.

Así se desprende del análisis del registro de pacientes Con Enfermedad Renal Crónica en Andalucía entre 2006 y 2014 coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), en el que han participado nefrólogos de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), el Sistema Sanitario Andaluz, la Coordinación Autonómica de Trasplantes y la Universidad de Granada. Las conclusiones principales¹ de este trabajo han sido presentadas en el transcurso de la Jornada “Retos en el abordaje de Enfermedad Renal Crónica”, organizada por la EASP en Granada.

El estudio muestra que si en este periodo se hubiera aumentado un 10% el número de pacientes que inician tratamiento en diálisis peritoneal, en lugar de hemodiálisis, hubiera generado un ahorro de casi 12 millones de euros al Sistema Sanitario Público de Andalucía, es decir un ahorro estimado en un 5,7% de su presupuesto de salud. Asimismo, el estudio muestra que un incremento del 10% en el inicio óptimo del paciente en ambas modalidades (HD o DP) habría generado un ahorro de unos 12 millones en el sistema andaluz en el periodo 2006-2014.

El estudio señala también que el inicio óptimo del tratamiento se cumple en el 53,7% de los pacientes, y que es un indicador fundamental de supervivencia, calidad de vida y futuros costes para el sistema. De hecho, el inicio sub-óptimo del paciente en diálisis resulta en una diferencia de costes, a favor del inicio óptimo, de unos 15.000 euros por paciente (que se concentra fundamentalmente en el primer año).

En España, aproximadamente 4 millones de personas padecen Enfermedad Renal Crónica. De todas ellas, aproximadamente unas 6.000 personas progresan cada año en su enfermedad y tienen que ser sometidos a uno de los tres tipos de tratamiento renal sustitutivo que existen: hemodiálisis, diálisis peritoneal y/o trasplante renal (no es cierto; el paciente no opta al Trasplante, es candidato al mismo. Si hay opción de tratamiento entre la DP y la HD). En total, unas 50.909 están en tratamiento renal sustitutivo en nuestro país, de las cuales el 80% comienzan mediante Hemodiálisis, un 16,3% con Diálisis y el resto, poco más del 3,5% directamente con trasplante renal. Los datos sobre prevalencia muestran, sin embargo, que el 43,8% de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo están en hemodiálisis, el 50,78% están trasplantados y sólo un 5,42% están en diálisis.

El gasto público sanitario español en tratamiento renal sustitutivo se eleva a 1.645 millones de euros, de los cuales 1.140 corresponden a hemodiálisis, 118 a diálisis peritoneal y 387 a trasplante. La utilización y el mantenimiento de estos tratamientos suponen casi el 3% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud, un porcentaje que los expertos esperan ver además incrementado en los próximos años debido al envejecimiento poblacional.

La hemodiálisis o la diálisis peritoneal son tratamientos de soporte vital para una patología en la que el trasplante sigue siendo, a día de hoy, la mejor alternativa, tanto en términos de supervivencia, calidad de vida y costes. Sin embargo, no todos los pacientes con Enfermedad Renal



Crónica son candidatos a trasplante renal y una proporción de los mismos cambiará de tratamiento a lo largo de su proceso de enfermedad y con independencia de la terapia de inicio (Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis y Trasplante); de ahí la importancia de conocer los beneficios que presentan las distintas opciones y el orden de las técnicas de diálisis.

Reto para combatir la Enfermedad Renal Crónica

Por su parte, la presidenta de la S.E.N., María Dolores del Pino, participante también en las jornadas, se ha referido a los grandes retos para el abordaje de la Enfermedad Renal Crónica en España, señalando las cinco estrategias contempladas en el Documento Marco elaborado a tal fin por el Ministerio: la promoción, prevención y detección precoz, que calificó de fundamental; la atención al paciente con ERC; el empoderamiento del paciente para hacerlo corresponsable de la evolución de su enfermedad; la formación de los profesionales y la investigación.

Del Pino subrayó que a pesar del fuerte impacto económico de la ERC sobre la calidad de vida y sobre el gasto sanitario total, de alrededor del 3%, el conocimiento de la población sobre esta patología y sus riesgos está muy lejos del que, por ejemplo, la población tiene del colesterol y las enfermedades cardiovasculares. “No se conoce bien qué es la enfermedad renal y sobre todo el riesgo que conlleva; no sólo de llegar a diálisis, sino el incremento del riesgo cardiovascular y de mortalidad asociado. La ERC es la causa de muerte prematura que más ha aumentado en los últimos 20 años. Del mismo modo, profesionalmente, la dedicación a la Nefrología ha perdido atractivo para los jóvenes que estudian Medicina, por desconocimiento de las posibilidades profesionales y de investigación”, explica la presidenta de la S.E.N., María Dolores del Pino.

A este respecto, la presidenta de la S.E.N., María Dolores del Pino, aportó datos sobre el impacto creciente de la enfermedad renal crónica en la salud pública e hizo un llamamiento a las estudiantes de Medicina “que quieran desarrollar una labor profesional con un alto impacto en la vida de las personas” a que se decanten por la Nefrología, “porque no van a encontrar una especialidad mejor para ello”.

“La Enfermedad Renal Crónica (ERC) constituye un problema de salud pública dada su elevada prevalencia, un 9,2% de la población en mayores de 18 años en España, y su infra diagnóstico constituye un factor de riesgo vascular independiente y aditivo. Su detección precoz y su tratamiento mejora la morbilidad cardiovascular, la progresión de la enfermedad renal y el coste sanitario asociado a las fases más avanzadas de la ERC”, señaló Del Pino. “Para la S.E.N. abordar el problema de la ERC en todas sus facetas y estadios es una de las actividades clave de su Plan Estratégico para los años 2016-2020”, concluyó.

Durante la jornada también intervinieron nefrólogos de diversas comunidades españolas, como Mallorca, Castilla La Mancha, Madrid, Navarra y Castilla y León, quienes han expuesto algunas de las iniciativas y estrategias dirigidas a la mejora de atención al enfermo renal que se están desarrollando en otras regiones. Igualmente han asistido entidades como la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN) y la Federación Nacional de Asociaciones de Pacientes Renales,



ALCER, cuyo coordinador, Juan Carlos Julián, ha demandado un tratamiento más individualizado y multidisciplinar para los enfermos del riñón.

Para más información:

Gabinete de comunicación de la SEN: Manuela Hernández / Jesús Herrera (95 462 27 27 / 625 872780)



i

Para el estudio de costes se ha tenido en cuenta los datos de los siguientes estudios: Escuela Andaluza de Salud Pública de la Consejería Salud de la Junta de Andalucía: 'Análisis del coste-efectividad de diferentes secuencias de tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica realizado a partir del registro de pacientes renales de Andalucía'; Márquez-Peláez et al. Eficiencia de la diálisis peritoneal frente a la hemodiálisis para el tratamiento de la insuficiencia renal; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2013; Rodríguez-Carmona et al. Estudios de costes en diálisis. Un instrumento esencial para optimizar recursos. Nefrología 2007; Guillermo Villa et al. Cost analysis of the Spanish renal replacement therapy programme. Nephrol Dial Transplant 2011. 0, 1-6); y Arrieta J. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. Nefrología 2010; 1 /Supl Ext 1: 37-47.