

Original

Mortalidad precoz en pacientes con enfermedad renal crónica que inician hemodiálisis por urgencia en una población peruana: Incidencia y factores de riesgo

Andrea Gómez de la Torre-del Carpio^{a,*}, Alejandra Bocanegra-Jesús^a,
Katia Guinetti-Ortiz^a, Percy Mayta-Tristán^b y Renzo Valdivia-Vega^{a,c}

^a Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

^b Dirección de Investigación y Desarrollo, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

^c Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de marzo de 2017

Aceptado el 9 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Diálisis renal

Mortalidad

Enfermedad renal crónica

RESUMEN

Objetivos: Estimar la mortalidad precoz en pacientes con enfermedad renal crónica que iniciaron hemodiálisis por urgencia entre los años 2012-2014 en un hospital de referencia nacional en Lima, Perú, e identificar los factores de riesgo.

Diseño, características, participantes y mediciones: Se estudió una cohorte retrospectiva mediante la revisión de historias clínicas de todos los pacientes admitidos a la Unidad de Hemodiálisis del hospital en el periodo de tiempo señalado. Se evaluó mortalidad precoz, definida como la muerte dentro de los primeros 90 días luego de iniciar hemodiálisis, así como edad, sexo, etiología de enfermedad renal crónica, comorbilidades, causa de muerte, tasa de filtración glomerular estimada, acceso vascular, entre otras variables, en los pacientes que iniciaron hemodiálisis por urgencia. Se estimó la mortalidad precoz mediante frecuencias y se utilizó regresión de Poisson con varianza robusta para determinar los factores de riesgo.

Resultados: Se encontró que el 43,4% fueron mujeres, el 51,5% tenían ≥ 65 años y una mortalidad precoz del 9,3%. Los principales factores de riesgo fueron tasa de filtración glomerular estimada > 10 mL/min/1,73 m² (RR: 2,72 [IC 95%: 1,60-4,61]); edad ≥ 65 años (RR: 2,51 [IC 95%: 1,41-4,48]); infección de catéter venoso central, RR: 2,25 (IC 95%: 1,08-4,67); sexo femenino, RR: 2,15 (IC 95%: 1,29-3,58); y albúmina $< 3,5$ g/dL (RR: 1,97 [IC 95%: 1,01-3,82]).

Conclusiones: La mortalidad precoz fue del 9,3%. El principal factor de riesgo fue iniciar hemodiálisis con una tasa de filtración glomerular estimada > 10 mL/min/1,73 m².

© 2018 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andreatc5@hotmail.com (A. Gómez de la Torre-del Carpio).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.017>

0211-6995/© 2018 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Early mortality in patients with chronic kidney disease who started emergency haemodialysis in a Peruvian population: Incidence and risk factors

A B S T R A C T

Keywords:

Renal dialysis
Mortality
Chronic kidney disease

Objectives: To estimate early mortality in patients with chronic kidney disease who started emergency haemodialysis between 2012 and 2014 in a national referral hospital in Lima, Peru, and to identify risk factors.

Design, characteristics, participants and measurements: A retrospective cohort study was conducted by reviewing the medical records of all patients admitted to the hospital's Haemodialysis Unit from 2012 to 2014. Early mortality, defined as death within the first 90 days of starting haemodialysis, as well as age, gender, chronic kidney disease aetiology, comorbidities, cause of death, estimated glomerular filtration rate, vascular access and other variables were evaluated in patients who initiated emergency haemodialysis. Early mortality was estimated using frequencies and risk factors were determined by Poisson regression with robust variance.

Results: 43.4% of patients were female, 51.5% were aged ≥ 65 years and the early mortality rate was 9.3%. The main risk factors were estimated glomerular filtration rate > 10 ml/min/1.73 m² (RR: 2.72 [95% CI: 1.60-4.61]); age ≥ 65 years (RR: 2.51 [95% CI: 1.41-4.48]); central venous catheter infection, RR: 2.25 (95% CI: 1.08-4.67); female gender, RR: 2.15 (95% CI: 1.29-3.58); and albumin < 3.5 g/dl (RR: 1.97 [95% CI: 1.01-3.82]).

Conclusions: Early mortality was 9.3%. The main risk factor was starting haemodialysis with an estimated glomerular filtration rate > 10 ml/min/1.73 m².

© 2018 Sociedad Española de Nefrología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud a nivel mundial. En algunos países, afecta hasta al 8,1% de la población total¹. El número de casos nuevos, así como el uso de terapias de reemplazo renal (TRR), ha ido en aumento en los últimos años aunque no en igual proporción^{2,3}. Se estima que, para el 2030, la cantidad de pacientes que inicien alguna TRR a nivel mundial aumentará a más del doble con respecto al 2010, alcanzando hasta 5 millones y medio de personas². En Latinoamérica, la prevalencia de pacientes con ERC estadio 5 con alguna TRR aumentó de 119 pacientes por millón de habitantes (pmh) en 1991 a 660 pacientes pmh en 2010. Aquí, la hemodiálisis continúa siendo la TRR más utilizada con respecto al resto de terapias (75% de pacientes)⁴. Se calcula que, en el Perú, entre 20.000-40.000 pacientes necesiten alguna TRR⁵. Sin embargo, según el Análisis de la situación de ERC en Perú para el 2015, 415 pacientes pmh reciben alguna TRR. El Seguro Social del Estado Peruano (EsSalud) brinda alguna TRR al 78,5% de estos pacientes a diferencia del Ministerio de Salud (MINSa) que solo cubre al 5,3%⁶. En el último reporte del *United States Renal Data System* (USRDS) para el 2014, se encontró una mortalidad anual de pacientes con ERC de aproximadamente un 14%⁷. La mayoría de los estudios que evalúan la mortalidad anual de los pacientes con ERC en hemodiálisis no incluye los primeros 90 días de iniciada la terapia, ya que considera

que se asocia a la hemodiálisis per se y a la evolución natural de la enfermedad que la causó⁸. Desde el año 2013, el USRDS ha incluido los primeros 90 días en sus estudios de mortalidad para evaluar también la incidencia en este intervalo de tiempo^{9,10}. Muchos estudios han definido la muerte en este periodo de tiempo como «mortalidad precoz»¹¹⁻¹⁴. En el último reporte del 2014, se observó un importante pico de mortalidad (8,6%) entre el segundo y tercer mes de iniciada la hemodiálisis⁷. Otros han reportado una incidencia de mortalidad precoz que oscila entre el 4 y el 12%, similar al último reporte del USRDS¹¹⁻¹⁴. Dentro de los factores de riesgo para mortalidad precoz, Ortega et al. identificaron el inicio de la diálisis por urgencia, la infección del catéter temporal y la albúmina sérica $< 3,5$ g/dL¹⁵. McQuillan et al. encontraron que el estado nutricional del paciente, la atención nefrológica prediálisis y el tipo de acceso vascular utilizado en el inicio de la hemodiálisis representaron factores modificables que pueden prevenir la mortalidad precoz¹⁴. Estudios peruanos no encontraron diferencias significativas al evaluar factores asociados a mortalidad precoz¹⁶. Dentro de las causas más frecuentes se encuentran las de origen cardiovascular (34,2%), tales como infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular y sepsis (13,8%)¹⁴. Por lo mencionado, y considerando que estudios previos en el país han incluido un número pequeño de participantes, la mortalidad precoz de pacientes con ERC que inician hemodiálisis por urgencia representa un tema de interés actual para el manejo del paciente en el estadio prediálisis.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8774536>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8774536>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)