

ESTADÍSTICA

Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1994

Comité de Registro de la SEN.

Responsable: Dr. V. Barrio. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

INTRODUCCION

Este informe del Comité de Registro de Diálisis y Trasplante de la SEN presenta los datos relativos a la situación de la insuficiencia renal crónica (IRC) en España a 31 de diciembre de 1994. Como en años previos, ha sido elaborado a partir de la base de datos de enfermos renales del registro de la EDTA en Londres actualizada hasta el 31 de diciembre de 1993 y de los cuestionarios de centros de 1994. Debido a la progresiva reducción en el porcentaje de respuesta al cuestionario de centros (fig. 1), así como por el creciente número de pacientes perdidos de seguimiento en los últimos años, como se muestra para el cuestionario de pacientes actualizado hasta el 31 de diciembre de 1993 para el caso particular de España (fig. 2), se ha optado al elaborar el presente informe a renunciar a la exhaustividad de informes previos. Realmente, estos desalentadores índices de participación cuestionan la validez de los datos reflejados en el presente informe. Algunos de estos datos se han intentado corregir o completar, cuando ello ha sido posible, con los publicados por otros registros u organismos oficiales^{1,2}.

Se presentan datos de incidencia, prevalencia y mortalidad de la insuficiencia renal crónica (IRC) en España comparado con la UE y EDTA, utilización de recursos disponibles, situación del trasplante renal y curvas de supervivencia para cada modalidad de tratamiento por intervalos de edad y en función de la etiología de la IRC. También se incluye información relativa a la seroconversión frente a virus de la hepatitis C (VHC) y transfusiones sanguíneas en los pacientes en hemodiálisis, pautas de utilización de vi-



Fig. 1.—Número de centros registrados y porcentaje de respuesta al cuestionario de centros de 1994 del Registro de la EDTA.

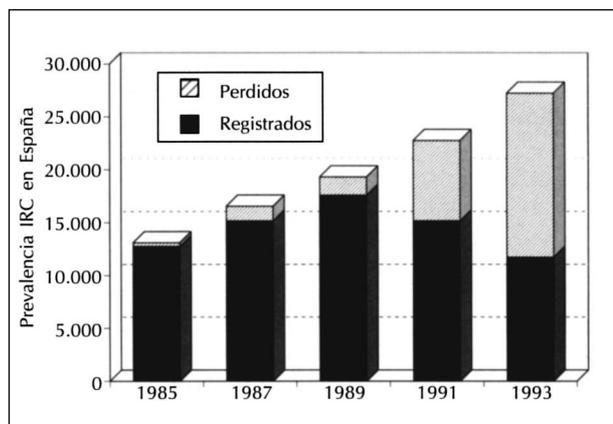


Fig. 2.—Evolución de la calidad de respuesta a los cuestionarios de pacientes con IRC del Registro de la EDTA en los últimos años para España.

Correspondencia: Dr. V. Barrio.
Hospital Príncipe de Asturias.
Ctra. de Alcalá-Meco, s/n.
28805 Alcalá de Henares.

tamina D, tasa de paratiroidectomías, reutilización de dializadores y prescripción de hemodiálisis de acuerdo con el modelo cinético de la urea.

Los datos corregidos por unidad de población se dan como tasas específicas no estandarizadas por millón de habitantes, utilizando el censo de población de 1991 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

DEMOGRAFIA DE LA IRC EN ESPAÑA

Incidencia

En 1994 iniciaron tratamiento sustitutivo de IRC en España 3.137 nuevos pacientes. La tasa de incidencia para España en 1994 (80,0 pmp) se ha incrementado notablemente con respecto a la del año anterior (66,0 pmp)³. Sin embargo, sigue siendo inferior a la del conjunto de los países que integran la UE (87,1 pmp) y muy superior a la global de la EDTA (58,6 pmp) para el año 1994.

Prevalencia

La prevalencia de la IRC en tratamiento sustitutivo en España estimada por el Registro de la EDTA a finales de 1994 es de 24.894 pacientes (635 pmp), con un discreto ascenso con respecto al año anterior (598 pmp), al igual que las cifras⁴ para la EDTA (315 pmp) y la UE (510 pmp) con respecto al año 93 (296 y 460 pmp, respectivamente).

En la figura 3 se presentan los números absolutos y tasas de incidencia y prevalencia corregidas por millón de población (pmp) para España, la UE y EDTA en 1994. Nuevamente se insiste en la precariedad de las cifras, dada la ausencia de respuesta de entre el 30 y 38% de los centros registrados¹.

Evolución de la edad del paciente con IRC

La edad media de los pacientes adultos con IRC al inicio del tratamiento sustitutivo ha aumentado cerca de 16 años en España frente a 9 años en la EDTA desde 1982 (46,3 y 48,6 años, respectivamente) hasta 1994 (62,1 y 57,5 años), según se refleja en la figura 4. Esto se expone con mayor detalle en la figura 5, que muestra la evolución de la edad por intervalos de 10 años al inicio del tratamiento sustitutivo por IRC en España desde 1982 hasta 1994. Mientras la proporción de pacientes menores de 55 años ha ido disminuyendo progresivamente, los mayores de 55 años al inicio del trata-

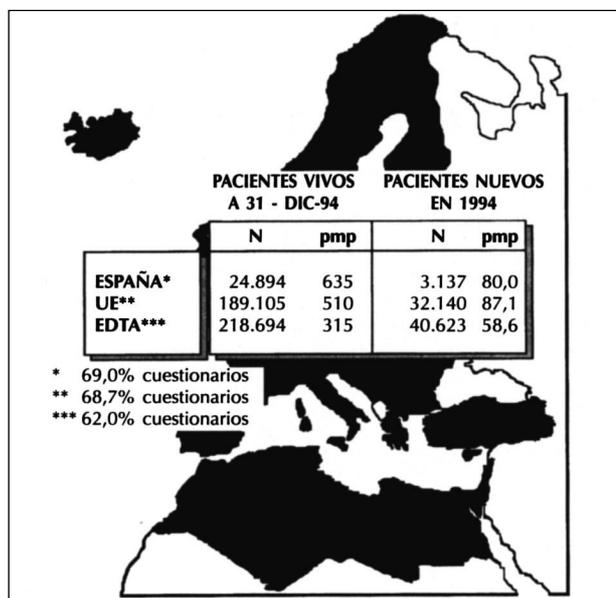


Fig. 3.—Incidencia en 1994 y prevalencia de IRC a 31 de diciembre de 1994 en España, UE y EDTA en números absolutos y corregidas por millón de población (pmp).

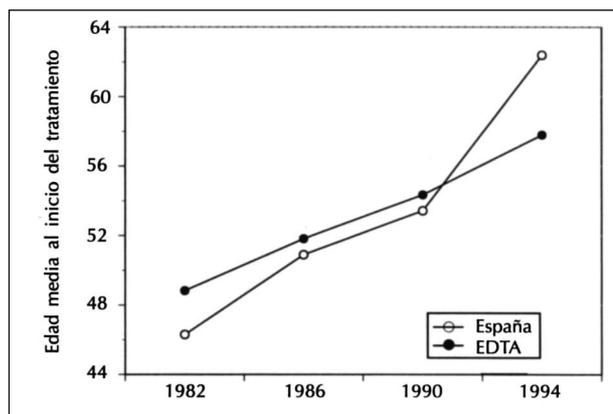


Fig. 4.—Evolución de la edad media en los pacientes adultos al inicio del tratamiento sustitutivo por IRC en España y la EDTA desde 1982 a 1994.

Tabla I. Proporción de pacientes con IRC al inicio del tratamiento sustitutivo en España en 1982, 1986, 1990 y 1994 en función de la edad (por intervalos de 10 años).

	1982	1986	1990	1994
< 15	2,8	2,5	2,1	1,7
15-24	10,0	6,8	5,2	3,6
25-34	12,6	9,9	8,1	6,9
35-44	16,1	13,4	12,1	10,5
45-54	24,7	20,3	16,7	14,6
55-64	23,2	27,9	18,1	25,4
65-74	9,5	16,8	22,4	28,1
> 75	1,2	2,5	5,3	9,3

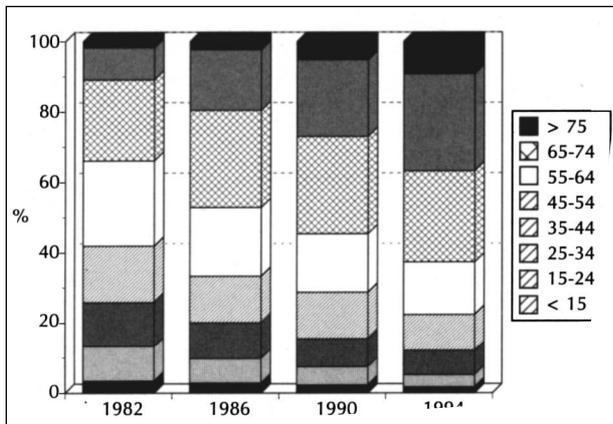


Fig. 5.—Evolución de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo por IRC en España desde 1982 a 1994.

miento sustitutivo han aumentado considerablemente, pasando del 34% en el año 82 a cerca del 63% en el año 94, sobre todo a costa de las franjas de edad más avanzadas. Los valores exactos para cada intervalo de edad se muestran en la tabla I del apéndice para los años 1982, 1986, 1990 y 1994 en España. La proporción de pacientes mayores de 65 años con IRC en tratamiento sustitutivo ha pasado del 2% en España y del 9% en la EDTA en el año 1977 al 39 y 37%, respectivamente, en 1992^{4,5}. En los Estados Unidos de Norteamérica según los últimos datos publicados⁶, la proporción de pacientes mayores de 65 años con IRC en tratamiento sustitutivo a finales del año 93 representa un 31,1% de la población total con IRC, y la proporción de nuevos pacientes mayores de 65 años incluidos en el año 93 representa un 48,1% del total de pacientes nuevos, con una incidencia cercana a 900 pmp para este rango de edad en 1993.

Distribución de pacientes según modo de tratamiento

De los pacientes que inician tratamiento sustitutivo por IRC en 1994, la gran mayoría lo hacen en hemodiálisis (fig. 6), mientras que la diálisis peritoneal como tratamiento inicial representa sólo un 12,8% en España frente al 17% en la UE. Cabe destacar la proporción creciente de pacientes sometidos a trasplante renal (4,6% de los que inician tratamiento sustitutivo por IRC en España y la UE) sin haber pasado previamente por hemodiálisis o diálisis peritoneal⁷.

La distribución a finales de 1994 de los pacientes con IRC en España, la UE y la EDTA en los diferentes modos de tratamiento se refleja en la figura 7 como tasa corregida por millón de habi-

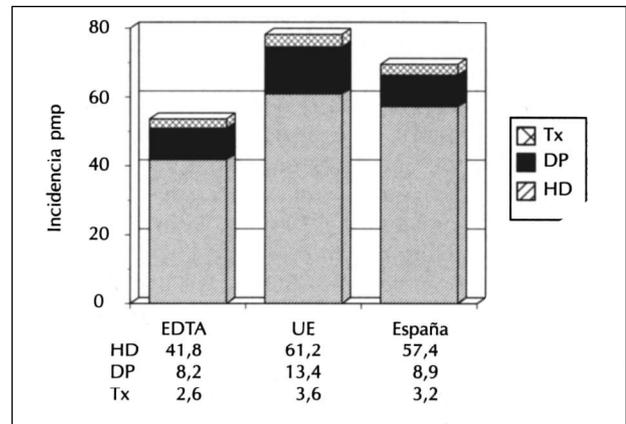


Fig. 6.—Modo de tratamiento inicial en tasas corregidas por millón de población para los pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo por IRC en 1994 en España, la UE y la EDTA (HD: hemodiálisis, DP: diálisis peritoneal, Tx: trasplante renal).

tantes (hemodiálisis [HD]: 349 pmp en España, 293 pmp en la UE, 183 pmp en la EDTA; diálisis peritoneal [DP]: 35 pmp en España, 45 pmp en la UE, 27 pmp en la EDTA; Tx funcionante: 251 pmp en España, 172 pmp en la UE, 105 pmp en la EDTA).

TRASPLANTE RENAL

El número de trasplantes renales realizados en España en 1994 fue de 1.634 (19 de donante vivo y 49

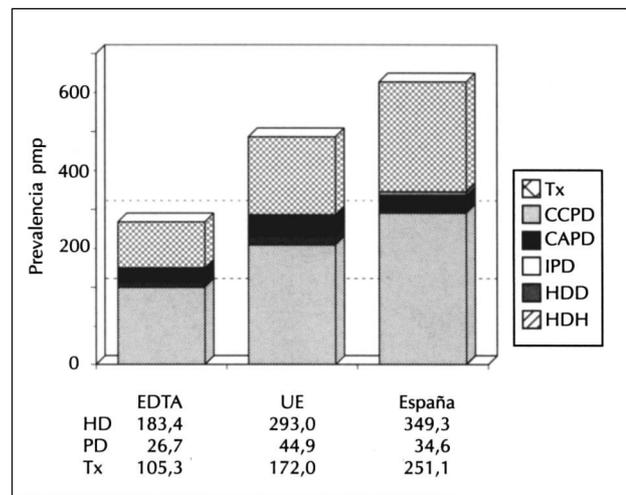


Fig. 7.—Distribución de pacientes en tasas corregidas por millón de población (pmp) en los distintos modos de tratamiento durante 1994 en España, la UE y la EDTA (HD: hemodiálisis, DP: diálisis peritoneal, Tx: trasplante renal).

en receptores pediátricos), lo que representa 42,5 trasplantes por millón de habitantes (fig. 8), cifra muy superior a la de la UE (10.112 en números absolutos, lo que supone 27,3 pmp) o a la del conjunto de la EDTA (11.711 o 16,9 pmp), a pesar del mayor porcentaje de trasplantes de vivo en estos últimos (5,9 y 8,3%, respectivamente). La prevalencia de trasplantes renales funcionantes a finales de 1994 (fig. 7) en España era de 251 pmp, mucho mayor que la de la UE (172 pmp) y que la del conjunto de la EDTA (105 pmp).

Mortalidad

La mortalidad durante el año 94 de los pacientes en los diferentes modos de tratamiento sustitutivo, de acuerdo con los datos del cuestionario de centros, se expresa como tasa corregida por millón de población en la figura 9. Las cifras para España (30,6 pmp), la UE (37,7 pmp) y el conjunto de la EDTA (24,4 pmp) representan respectivamente una proporción del 38,5, 43 y 41% sobre la incidencia del año 94, lo que explica el progresivo aumento de la prevalencia de la IRC y justifica en parte el paulatino envejecimiento de la población en tratamiento sustitutivo.

Técnicas de hemodiálisis, reutilización de filtros y cinética de urea

En la figura 10 se refleja la mayoritaria utilización del bicarbonato como buffer en el líquido de hemodiálisis, mientras que la hemofiltración y/o la he-

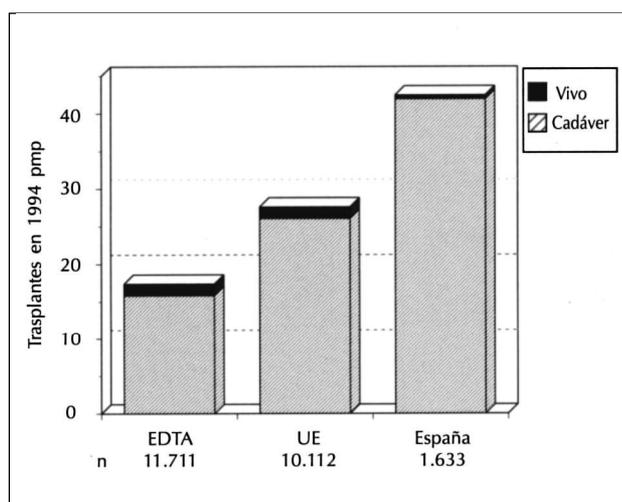


Fig. 8.—Trasplantes renales realizados en 1994 corregidos por millón de población (pmp) en España, la UE y la EDTA.

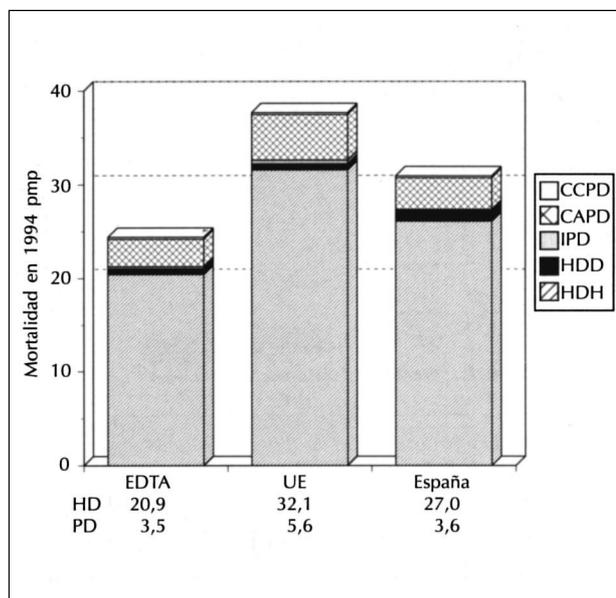


Fig. 9.—Tasas de mortalidad por millón de población (pmp) durante 1994 en los diferentes modos de tratamiento en España, la UE y la EDTA (CCPD: diálisis peritoneal continua con cicladora; CAPD: diálisis peritoneal continua ambulatoria; IPD: diálisis peritoneal intermitente; HDD: hemodiálisis domiciliaria; HDC: hemodiálisis hospitalaria).

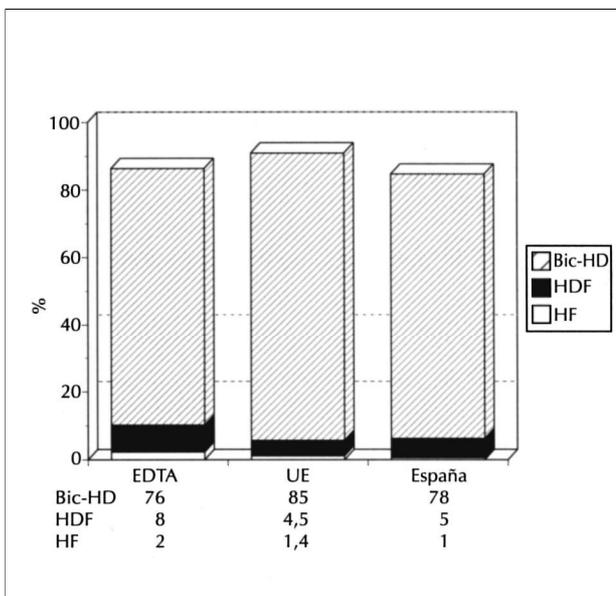


Fig. 10.—Distribución de pacientes en las diferentes técnicas de hemodiálisis en 1994 en España, la UE y la EDTA (Bic-HD: Hemodiálisis con bicarbonato; HDF: hemodiafiltración; HF: hemofiltración).

modiafiltración siguen siendo técnicas de depuración minoritarias tanto en España (< 6%) como en el conjunto de la EDTA (< 10%), salvo en algunos países particulares¹. La proporción de pacientes de hemodiálisis que reutilizan los filtros se muestra en la **figura 11** para España, la UE y la EDTA en los años 1984, 1988 y 1992. Mientras que la proporción en España se mantiene estable (3%) a lo largo del tiempo, esta cifra ha aumentado discretamente en los últimos años en la UE y la EDTA y representa el triple (9%) para el conjunto de la EDTA en el año 1992. La proporción de centros que utilizan en 1994 el modelo cinético de la urea para la prescripción de la hemodiálisis en algunos y/o la mayoría de sus pacientes representa el 83, 60 y 53,5%, respectivamente en España, la UE y el conjunto de la EDTA, según se muestra en la **figura 12**.

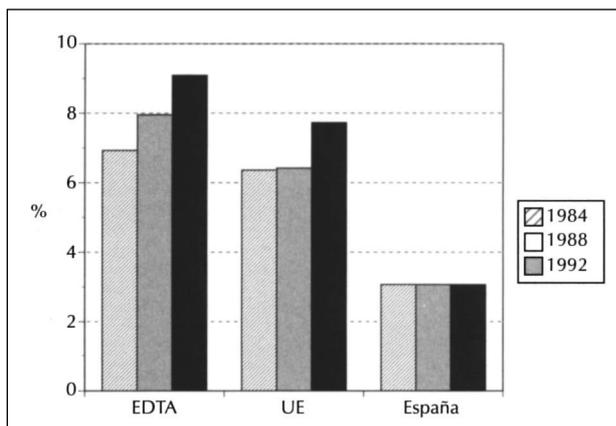


Fig. 11.—Proporción de reutilización de filtros de hemodiálisis en España, la UE y la EDTA en los años 1984, 1988 y 1992.

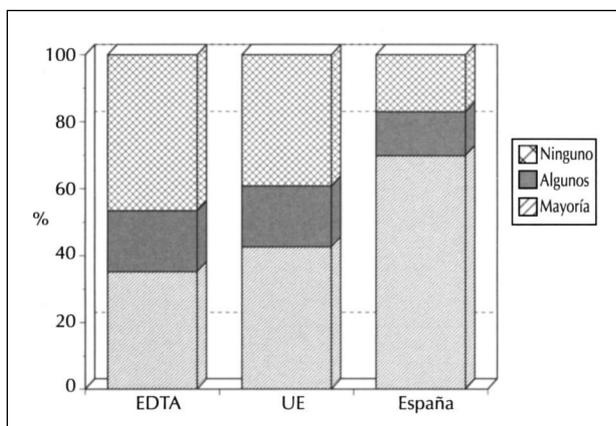


Fig. 12.—Proporción de centros que utilizan el modelo cinético de la urea para la prescripción de la hemodiálisis en España, la UE y la EDTA en 1994.

VIRUS DE LA HEPATITIS C

Mientras que en años previos las cuestiones relativas al virus de la hepatitis C se centraban principalmente en la tasa de prevalencia de la infección en hemodiálisis y en las medidas de aislamiento adoptadas por los diferentes centros³, por primera vez en el cuestionario de centros de 1994 se incluye información relativa a la incidencia de seroconversión frente al virus de la hepatitis C y su posible relación con los antecedentes de transfusiones sanguíneas en 1993 y 1994. La incidencia de seroconversión muestra una gran variación regional¹, siendo de 20/1000 pacientes para España frente a 29/1.000 pacientes para el conjunto de la EDTA durante 1994. En la **figura 13**, se muestra la relación entre la proporción de pacientes transfundidos en 1993 y/o 1994 y la incidencia de seroconversión frente al virus de la hepatitis C por 1.000 pacientes/año mediante una recta de regresión simple. Sólo el 34% de la variación en la incidencia de seroconversión se puede explicar por la diferente tasa de transfusiones en cada país, lo que implica que en 2/3 de los pacientes hay que buscar explicaciones alternativas para la seroconversión.

UTILIZACION DE VITAMINA D Y PARATIROIDECTOMIAS EN 1994

La proporción de pacientes en hemodiálisis y en diálisis peritoneal que recibieron durante al año 1994 suplementos de vitamina D fue, respectivamente, 47 y 31% en España, 54 y 51% en la UE y 51 y 42% en

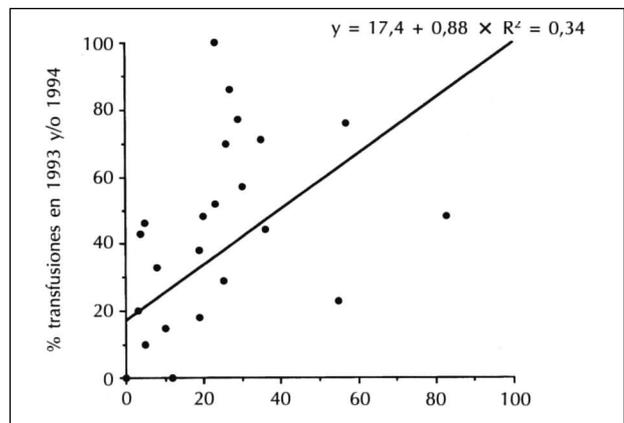


Fig. 13.—Incidencia de seroconversión frente al virus de hepatitis C por 1.000 pacientes/año en hemodiálisis durante 1994 en función de los antecedentes de transfusiones sanguíneas en los años 1993 y 1994.

el conjunto de la EDTA. La figura 14 muestra las diferentes pautas y vías de administración de los suplementos de vitamina D en los pacientes en hemodiálisis y en diálisis peritoneal en España, la UE y la EDTA durante 1994. Así, mientras que en los pacientes incluidos en programa de diálisis peritoneal prácticamente sólo se utiliza la vía oral (en pulso en 27, 14 y 16% frente a la administración continua en 70, 83 y 82% para España, la UE y la EDTA, respectivamente), en los pacientes incluidos en hemodiálisis la administración en pulso, ya sea iv (16, 13 y 7%) u oral (19, 15, 20%) adquiere mayor importancia, aunque siga siendo la utilización oral continua de suplementos de vitamina D la más prevalente en 1994 (63, 68 y 70% para España, la UE y la EDTA, respectivamente).

La tasa de paratiroidectomías realizadas durante 1994 y corregida por 1.000 pacientes en hemodiálisis y/o en diálisis peritoneal en España, la UE y la EDTA se muestra en la figura 15. Es discretamente menor en diálisis peritoneal (8/1.000 pacientes/año en España frente a 10/1.000 pacientes/año en la UE y 11/1.000 pacientes/año en la EDTA) que en hemodiálisis (10/1.000 pacientes/año en España frente a 14,5/10000 pacientes/año en la UE y 13/1.000 pacientes/año en la EDTA). De éstos, el 8,3% en España frente al 5,7% en la UE y al 12,8% en la EDTA habían sido sometidos con anterioridad a una paratiroidectomía subtotal.

SUPERVIVENCIA

En las siguientes figuras se muestra la supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes con IRC según las diferentes técnicas de tratamiento sustitutivo (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante

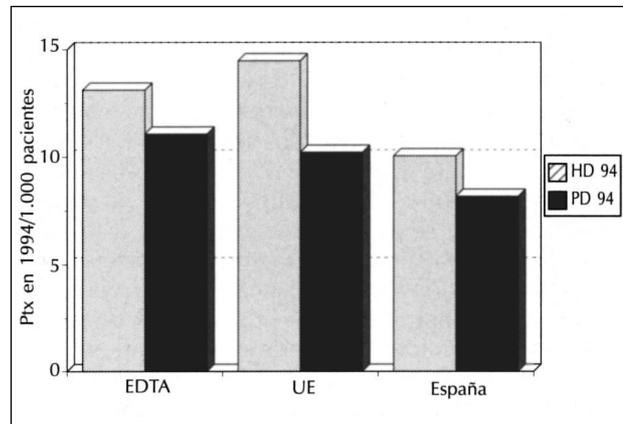


Fig. 15.—Tasa de paratiroidectomías por 1.000 pacientes/año en hemodiálisis y en diálisis peritoneal durante 1994 en España, la UE y la EDTA (HD: hemodiálisis; PD: diálisis peritoneal).

renal) en España y la EDTA de los pacientes incluidos en tratamiento sustitutivo entre 1984 y 1993, en función de la edad al inicio del tratamiento y de la etiología de la IRC (diabéticos frente a no diabéticos). Con objeto de no sobrecargar el texto con excesivas cifras pero sin renunciar a ofrecer toda la información relevante, se adjuntan en un apéndice, siguiendo las recomendaciones expresadas en numerosas ocasiones, unas tablas que muestran con detalle todos los porcentajes de supervivencia actuarial a los 5 y 10 años para la EDTA y para España de todos los grupos de edad y diferentes etiologías de la IRC (diabéticos frente a no diabéticos) para las distintas técnicas de tratamiento sustitutivo (hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante e injerto renal) realizadas entre los años 1984 y 1993. Así, por ejemplo, según se refleja en la figura 16 para la EDTA y

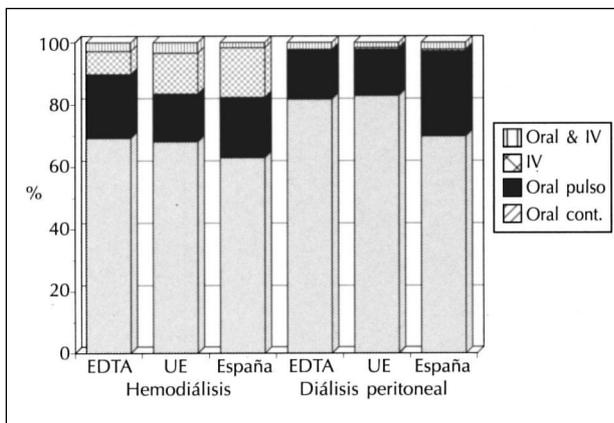


Fig. 14.—Pautas y vías de administración de suplementos de vitamina D en pacientes incluidos en hemodiálisis y en diálisis peritoneal en España, la UE y la EDTA durante 1994.

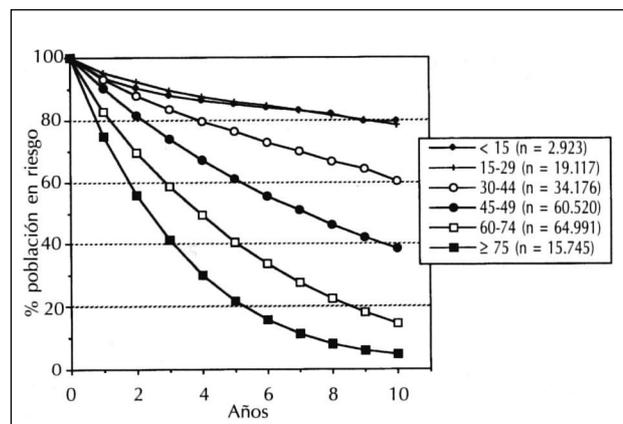


Fig. 16.—Supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes con IRC incluidos en hemodiálisis en la EDTA entre 1984 y 1993 en función de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo.

en la [figura 17](#) para España ([tabla II](#)), la supervivencia del paciente que inicia tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la EDTA entre los años 84 y 93 varía entre el 85 y el 70% para los menores de 15 años a los 5 y 10 años respectivamente frente al 61 y 38% para los de una edad comprendida entre

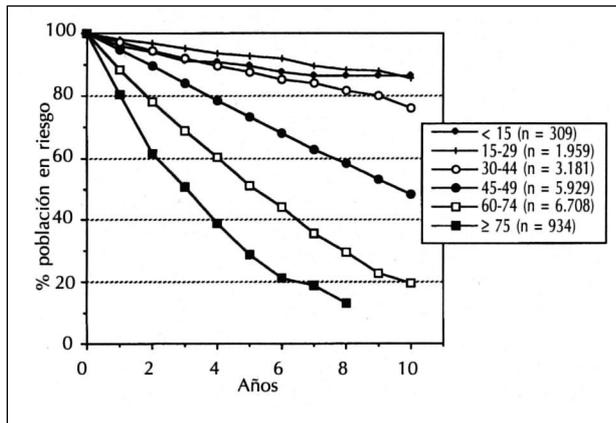


Fig. 17.—Supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes con IRC incluidos en hemodiálisis en España entre 1984 y 1993 en función de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo.

Tabla II. Supervivencia actuarial (en porcentaje de la población en riesgo) a los 5 y 10 años de los pacientes con IRC incluidos en programa de hemodiálisis en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo.

Edad al inicio	EDTA 5 años	España 5 años	EDTA 10 años	España 10 años
< 15	85,1	89,5	79,6	86,5
15-29	86,0	92,9	78,2	85,4
30-44	76,2	87,5	60,2	75,7
45-59	61,1	73,0	38,6	48,0
60-74	40,7	50,9	14,6	19,7
> 75	21,6	28,7	4,7	—

45 y 59 años al inicio del tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. La [figura 18](#) y la [tabla VI](#) muestran las supervivencias actuariales de los pacientes que inician tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en la EDTA y en España entre los años 84 y 93 en función de la etiología de la IRC (diabéticos versus no diabéticos). Como se puede comprobar, existen importantes diferencias (> 30%) de supervivencia actuarial a los 10 años de seguimiento. El mismo esquema se repite en las siguientes figuras y tablas que corresponden a la supervivencia en diálisis perito-

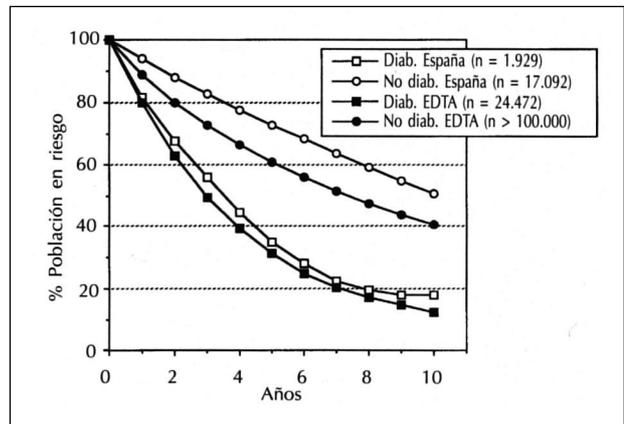


Fig. 18.—Supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes incluidos en hemodiálisis en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la etiología de la IRC (diabéticos versus no diabéticos).

neal en la EDTA y en España en función de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo ([figs. 19 y 20](#); [tabla III](#)) y en función de la etiología de la IC ([fig. 21](#); [tabla VI](#)), a la supervivencia del primer injerto renal realizado entre 1984 y 1993 en la EDTA y en España en función de la edad del receptor ([figs. 22 y 23](#); [tabla IV](#)) y en función de la etiología de la IRC ([fig. 24](#); [tabla VII](#)), y finalmente a la supervivencia de paciente portador del primer trasplante renal realizado entre 1984 y 1993 en la EDTA y en España en función de la edad del receptor ([figs. 25 y 26](#); [tabla V](#)) y en función de la etiología de la IRC ([fig. 27](#); [tabla VII](#)).

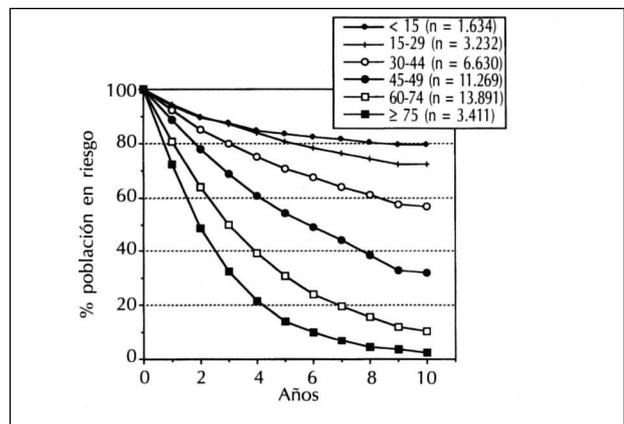


Fig. 19.—Supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes con IRC incluidos en diálisis peritoneal en la EDTA entre 1984 y 1993 en función de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo.

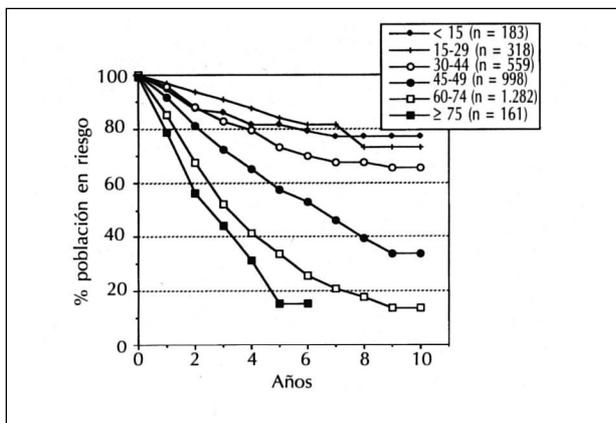


Fig. 20.—Supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes con IRC incluidos en diálisis peritoneal en España entre 1984 y 1993 en función de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo.

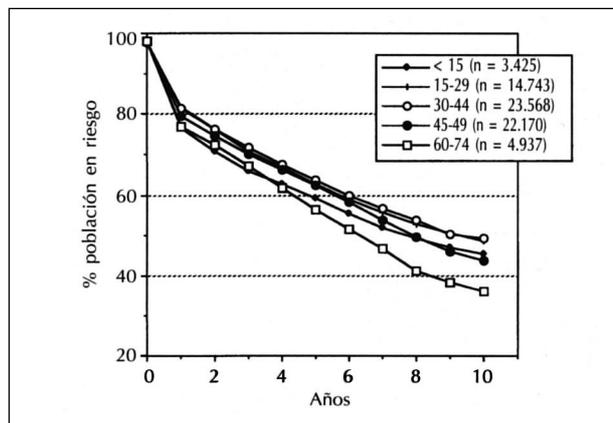


Fig. 22.—Supervivencia actuarial a los 10 años del primer injerto renal realizado en la EDTA entre 1984 y 1993 en función de la edad del receptor.

Tabla III. Supervivencia actuarial (en porcentaje de la población en riesgo) a los 5 y 10 años de los pacientes con IRC incluidos en programa de diálisis peritoneal en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la edad al inicio del tratamiento sustitutivo.

Edad al inicio	EDTA 5 años	España 5 años	EDTA 10 años	España 10 años
< 15	83,5	81,7	70,3	77,3
15-29	80,9	83,8	72,2	72,9
30-44	70,8	72,9	56,7	65,4
45-59	54,3	57,5	32,0	33,6
60-74	30,8	33,7	10,5	13,5
> 75	14,0	15,1	—	—

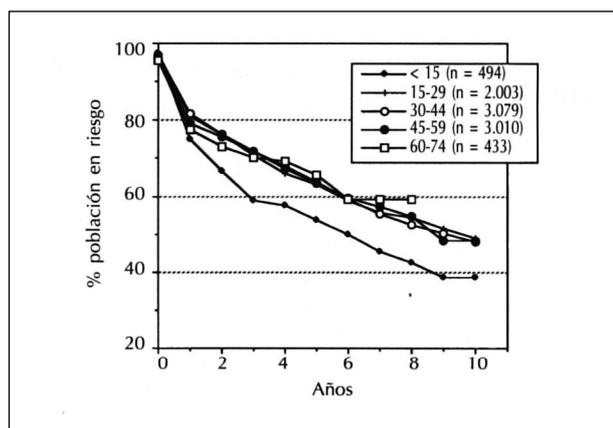


Fig. 23.—Supervivencia actuarial a los 10 años del primer injerto renal realizado en España entre 1984 y 1993 en función de la edad del receptor.

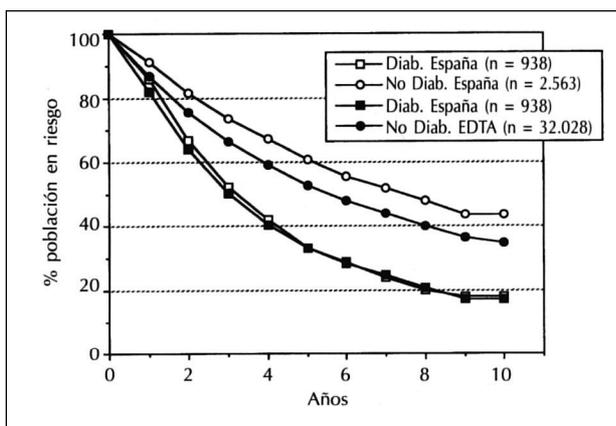


Fig. 21.—Supervivencia actuarial a los 10 años de los pacientes incluidos en diálisis peritoneal en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la etiología de la IRC (diabéticos versus no diabéticos).

Tabla IV. Supervivencia actuarial (en porcentaje de la población en riesgo) a los 5 y 10 años de los injertos renales realizados en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la edad del paciente en el momento de recibir el injerto.

Edad al inicio	EDTA 5 años	España 5 años	EDTA 10 años	España 10 años
< 15	59,1	53,8	45,5	38,5
15-29	62,6	63,0	48,7	48,9
30-44	63,7	63,7	49,1	48,1
45-59	62,3	63,4	43,9	48,4
60-74	56,3	65,5	36,0	—

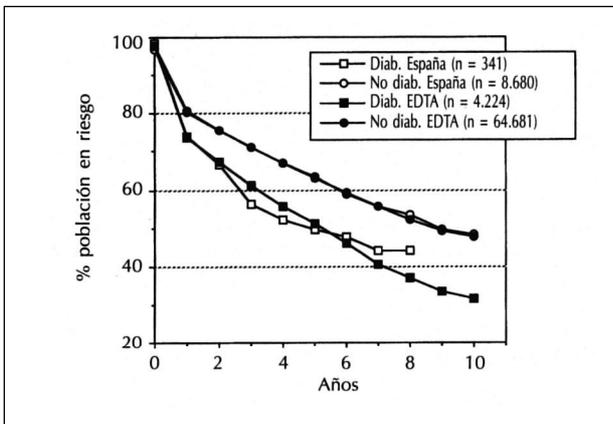


Fig. 24.—Supervivencia actuarial a los 10 años del primer injerto renal realizado en España y la EDTA entre 1984 y 1993 en función de la etiología de la IRC (diabéticos versus no diabéticos) del receptor.

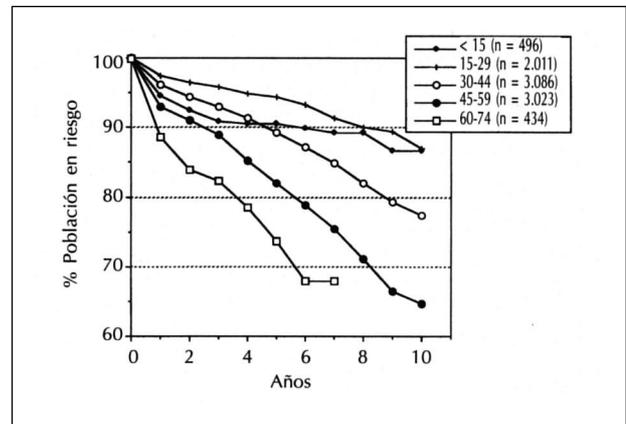


Fig. 26.—Supervivencia actuarial a los 10 años del paciente con trasplante renal realizado en España entre 1984 y 1993 en función de la edad del receptor.

Tabla V. Supervivencia actuarial (en porcentaje de la población en riesgo) a los 5 y 10 años de los pacientes con IRC portadores de un trasplante renal (Tx) realizado en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la edad en el momento de recibir el injerto.

Edad al inicio	EDTA 5 años	España 5 años	EDTA 10 años	España 10 años
< 15	91,6	90,5	87,0	86,6
15-29	92,5	94,3	87,1	87,0
30-44	86,5	89,3	74,3	77,4
45-59	78,7	82,0	59,7	64,6
60-74	66,1	73,6	46,3	—
> 75	61,0	—	—	—

Tabla VI. Supervivencia actuarial (en porcentaje de la población en riesgo) a los 5 y 10 años de los pacientes incluidos en programa de hemodiálisis (HD) o de diálisis peritoneal (DP) en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la etiología (diabéticos versus no diabéticos) de la IRC.

Etiología IRC	EDTA 5 años	España 5 años	EDTA 10 años	España 10 años
Diabetes HD	31,2	35,1	12,5	17,9
No diab. HD	60,6	72,6	40,4	50,8
Diabetes PD	33,1	33,1	17,3	17,9
No diab. PD	52,9	60,9	34,7	43,7

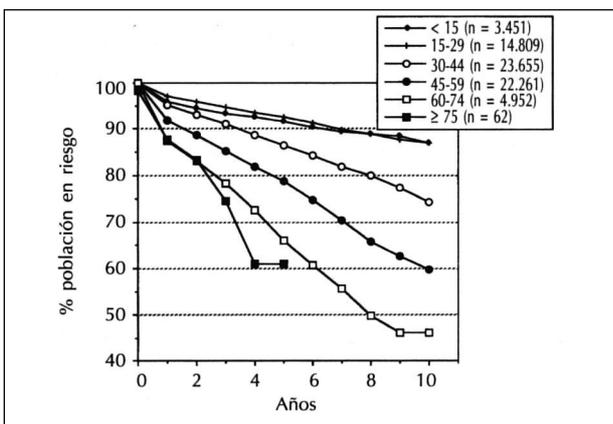


Fig. 25.—Supervivencia actuarial a los 10 años del paciente con trasplante renal realizado en la EDTA entre 1984 y 1993 en función de la edad del receptor.

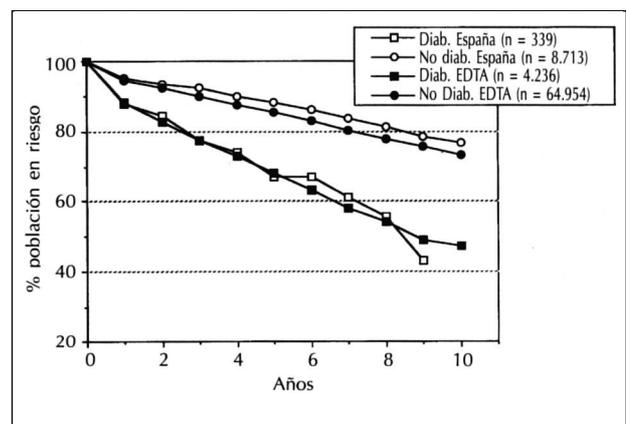


Fig. 27.—Supervivencia actuarial a los 10 años del paciente con trasplante renal realizado en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la etiología de la IRC (diabéticos versus no diabéticos) del receptor.

Tabla VII. Supervivencia actuarial (en porcentaje de la población en riesgo) a los 5 y 10 años de los pacientes con trasplante renal (Tx) y de los injertos renales (Inj) realizados en la EDTA y en España entre 1984 y 1993 en función de la etiología (diabéticos versus no diabéticos) de la IRC.

Etiología IRC	EDTA 5 años	España 5 años	EDTA 10 años	España 10 años
Diabetes Tx	68,0	67,2	47,4	43,2
No diab. Tx	85,4	88,3	73,5	76,8
Diabetes Inj.	51,5	49,5	31,5	44,1
No diab. Inj.	63,0	63,3	47,5	48,2

CONCLUSIONES

A finales de septiembre de 1996, momento de cierre del estudio, se habían procesado en el Registro de la EDTA los cuestionarios de 156 centros de los 227 registrados en España (69%). Estos datos confirman la tendencia de años previos en cuanto al preocupante aumento del número de enfermos cuya información no está actualizada (cerca al 50% en el cuestionario de pacientes de 1993), lo que pone en peligro la fiabilidad y validez del Registro. El número de nuevos pacientes admitidos para tratamiento de IRC en 1994 fue de 80 pmp, con una prevalencia de 635 pmp a 31 de diciembre de 1994. Durante este año se realizaron en España 1.634 tras-

plantes de riñón, lo que supone 42,5 pmp, cifra muy superior a la media de la UE y EDTA.

Agradecimientos

A la Dra. Elisabeth H. Jones (Research and Development Officer ERA-EDTA Registry) por su inestimable ayuda en el análisis de los datos solicitados al Registro de la EDTA en Londres.

BIBLIOGRAFIA

1. Valderrábano F, Berthoux FC, Jones EHP, Mehls O: Report on management of renal failure in Europe, XXV, 1994. End stage renal disease and dialysis report. *Nephrol Dial Transplant* 11 (Suppl. 1): 2-21, 1996.
2. Organización Nacional de Trasplantes: Actividad de donación y trasplante, España, 1995.
3. Barrio V: Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1993. Comité de Registro de la SEN. *Nefrología* 16: 307-318, 1996.
4. Valderrábano F, Jones EHP, Mallick NP: Report on management of renal failure in Europe, XXIV, 1993. *Nephrol Dial Transplant* 10 (Suppl. 5): 1-25, 1995.
5. Gómez Campderá FJ, Barrio V: Evolución demográfica y de los métodos de tratamiento de la insuficiencia renal terminal en el anciano en España en los años 1977 a 1992. *Nefrología* 16: 499-503, 1996.
6. The USRDS 1996 Annual Data Report II: Incidence and prevalence of ESRD. *Am J Kidney Dis* 28 (Supl. 2): S34-S47, 1995.
7. Berthoux FC, Jones EHP, Mehls O, Valderrábano F: Transplantarion report 2: pre-emptive renal transplantation in adults aged over 15 years. *Nephrol Dial Transplant* 11 (Suppl. 1): 41-43, 1996.