

SITUACIÓN DE LA
ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA,
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Y LA DIABETES MELLITUS
EN COLOMBIA **2022**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISSN: 2322-6323

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, septiembre de 2023

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial, y la diabetes mellitus en Colombia 2022; Bogotá, D. C. 2023.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización escrita de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Mauricio Serra Tamayo
Compensar EPS

Juan Pablo Rueda Sánchez
Sanitas EPS

Beda Margarita Suárez
Anas Wayuu EPS Indígena

José Joaquín Cortés
Cajacopi Atlántico EPS

Jaime González Montaña
Coosalud EPS

José Fernando Cardona Uribe
Nueva EPS

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser ESS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora ejecutiva

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de gestión de la información

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de auditoría

Ana María Valbuena García
Coordinadora de gestión del conocimiento

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador de gestión del riesgo

Miguel Ángel García Gómez
Coordinador de gestión de la tecnología y gestión de la información

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García

Coordinadora de gestión del conocimiento

Lina Johana Herrera Parra

Líder de investigación

Sergio Augusto Cáceres Maldonado

Epidemiólogo

Adriana Esperanza Peñuela Sánchez

Epidemióloga

María Teresa Daza Fonseca

Subdirectora de gestión de la información

Sandra Liliana Sabogal Rincón

Coordinadora de auditoría

Erika Iveth Moreno Robayo

Líder de gestión clínica

Ángela Yulieth Rivera Molina

Líder de auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Diseñadora editorial
Unidad de Comunicación y Difusión

Revisores clínicos

Delegada de la Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial (ASOCOLNEF)

Erica Yama
Miembro ASOCOLNEF

Delegada de la Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos (ACTO)

Paola Karina García
Presidenta ACTO

Tabla de contenido

Abreviaturas.....	18
Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	20
Glosario	22
Introducción.....	24
Aspectos éticos y legales.....	25
Aspectos metodológicos.....	26
Generalidades del reporte	26
Calidad de la información.....	26
Malla de validación en los sistemas de información	26
Verificación de la información con fuentes externas	26
Auditoría de campo	27
Ajuste de datos posterior a la auditoría	28
Análisis epidemiológico	30
1. Características generales de la población reportada.....	33
Contenido infográfico capítulo 1.....	34
2. Población con hipertensión arterial.....	41
Contenido infográfico capítulo 2.....	42
2.1. Incidencia de la hipertensión arterial	43
2.2. Prevalencia de la hipertensión arterial.....	45
2.3. Mortalidad por todas las causas en la población con hipertensión arterial	48
3. Población con diabetes mellitus	50
Contenido infográfico capítulo 3.....	51
3.1. Incidencia de la diabetes mellitus	52
3.2. Prevalencia de la diabetes mellitus	54
3.3. Mortalidad por todas las causas en la población con diabetes mellitus	56
4. Población con enfermedad renal crónica	59
Contenido infográfico capítulo 4.....	60
4.1. Incidencia de la enfermedad renal crónica.....	61
4.1.1. Características clínicas y de la atención de los casos incidentes	65
4.1.1.1. Estadificación	65
4.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica	67
4.2.1. Características clínicas y de la atención de los casos prevalentes	71
4.2.1.1. Estadificación	71

4.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica	73
4.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos fallecidos	77
4.3.1.1. Estadificación	77
5. Población con enfermedad renal crónica	79
Contenido infográfico capítulo 5.....	80
5.1. Incidencia específica de la enfermedad renal crónica en los grupos de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertensión arterial o diabetes mellitus	82
5.1.1. Población con hipertensión arterial	82
5.1.2. Población con diabetes mellitus.....	83
5.1.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus	83
5.2. Prevalencia específica de la enfermedad renal crónica en los grupos de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertensión arterial o diabetes mellitus	84
5.2.1. Población con hipertensión arterial	84
5.2.2. Población con diabetes mellitus	85
5.2.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus.....	85
5.3. Mortalidad por todas las causas de la enfermedad renal crónica en los grupos de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertensión arterial o diabetes mellitus	86
5.3.1. Población con hipertensión arterial	87
5.3.2. Población con diabetes mellitus	87
5.3.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus.....	88
6. Población con enfermedad renal crónica estadio 5.....	89
Contenido infográfico capítulo 6.....	90
6.1. Incidencia de la población con enfermedad renal crónica estadio 5	91
6.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica estadio 5	93
6.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica estadio 5.....	95
7. Indicadores de nefroprotección	98
Contenido infográfico capítulo 7.....	99
7.1. Características de la población viva y activa.....	100
7.2. Indicadores de la gestión del riesgo para la población total reportada	101
7.3. Indicadores de nefroprotección en las subpoblaciones de riesgo	104
7.3.1. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM.....	104
7.3.1.1. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA.....	105
7.3.1.2. Indicadores de nefroprotección en la población con DM	106
7.3.1.3. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA y DM	106
7.3.1.4. Indicadores de nefroprotección en la población con solo HTA en riesgo de desarrollar ERC	106

7.3.1.5. Indicadores de nefroprotección en la población con solo DM en riesgo de desarrollar ERC	106
7.3.2. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC sin TRR	107
7.3.2.1. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en los estadios 1 y 2 sin TRR.....	109
7.3.2.2. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 3a sin TRR.....	109
7.3.2.3. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 3b sin TRR	109
7.3.2.4. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 4 sin TRR.....	110
7.3.2.5. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 5 sin TRR.....	110
7.3.2.6. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC estadio 5 con TMND	110
8. Población con terapia de reemplazo renal.....	111
Contenido infográfico capítulo 8.....	112
8.1. Población general con terapia de reemplazo renal.....	113
8.1.1. Incidencia de la terapia de reemplazo renal en la población con ERC.....	113
8.1.2. Prevalencia de la terapia de reemplazo renal	114
8.1.3. Mortalidad por todas las causas de la población con TRR	117
8.2. Población prevalente con tratamiento médico no dialítico	119
8.3. Población con diálisis peritoneal	122
8.4. Población con hemodiálisis	125
8.5. Indicadores de diálisis	128
8.5.1. Indicadores de diálisis en los adultos	128
8.5.2. Indicadores de diálisis en la población pediátrica.....	131
8.6. Población con trasplante renal	132
8.6.1. Incidencia de la población con trasplante renal	132
8.6.2. Prevalencia del trasplante renal	134
8.6.3. Mortalidad por todas las causas de la población con trasplante renal	135
8.7. Tratamiento inmunosupresor en trasplante renal	136
8.8. Indicadores de seguimiento al trasplante renal	139
8.8.1. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los mayores de 18 años.....	139
8.8.1.1. Complicaciones quirúrgicas	139
8.8.1.2. Incidencia acumulada de cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia	140
8.8.1.3. Infecciones oportunistas	141
8.8.1.4. Medición de la creatinina en los pacientes trasplantados en el periodo anterior	142
8.8.1.5. Medición de la tasa de filtración glomerular.....	143
8.8.2. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los menores de 18 años	144
Discusión y conclusiones	145
Referencias.....	150

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 2463 de 2014, Colombia 2022.....	26
Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de personas con HTA, DM y/o ERC en la auditoría según el tipo de entidad, Colombia 2022	27
Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de personas con HTA, DM y/o ERC, Colombia 2022	28
Tabla 4. Distribución de los casos incluidos para los análisis epidemiológicos, Colombia 2022	28
Tabla 5. Número de casos incidentes reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022	36
Tabla 6. Número de casos prevalentes reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022	38
Tabla 7. Número de casos fallecidos reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022	39
Tabla 8. Tasa de incidencia de la HTA por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2022	45
Tabla 9. Prevalencia de la HTA por 100 habitantes según la región, Colombia 2022	47
Tabla 10. Mortalidad por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022	49
Tabla 11. Tasa de incidencia de la DM por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2022	53
Tabla 12. Prevalencia de la DM por 100 habitantes según la región, Colombia 2022	55
Tabla 13. Mortalidad por todas las causas en las personas con DM por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022	58
Tabla 14. Tasa de incidencia de la ERC por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2022	64
Tabla 15. Estadio de los casos incidentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022	66
Tabla 16. Estadio de los casos incidentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022	66
Tabla 17. Prevalencia de la ERC por 100 habitantes según la región, Colombia 2022	70
Tabla 18. Estadio de los casos prevalentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022	72
Tabla 19. Estadio de los casos prevalentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022	72
Tabla 20. Mortalidad por todas las causas en las personas con ERC por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022	76
Tabla 21. Estadio de los casos fallecidos por todas las causas en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022	77
Tabla 22. Estadio de los casos fallecidos por todas las causas en hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022	77
Tabla 23. Distribución de los pacientes con HTA y DM según el diagnóstico de ERC, Colombia 2022	82

Tabla 24. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2022	82
Tabla 25. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2022.....	82
Tabla 26. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022	83
Tabla 27. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2022	83
Tabla 28. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	83
Tabla 29. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2022	84
Tabla 30. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2022	84
Tabla 31. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2022	84
Tabla 32. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2022.....	85
Tabla 33. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022	85
Tabla 34. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2022.....	85
Tabla 35. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	86
Tabla 36. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2022	86
Tabla 37. Distribución de la población fallecida con diagnóstico de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2022.....	86
Tabla 38. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2022	87
Tabla 39. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2022.....	87
Tabla 40. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022	87
Tabla 41. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2022.....	88
Tabla 42. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022	88
Tabla 43. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2022.....	88
Tabla 44. Tasa de incidencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022	92
Tabla 45. Prevalencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022.....	94
Tabla 46. Mortalidad por todas las causas en la población con ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022	96
Tabla 47. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en nefroprotección en la población general, Colombia 2023	101

Tabla 48. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM, Colombia 2022.....	104
Tabla 49. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2022.....	107
Tabla 50. Tasa de incidencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022	114
Tabla 51. Prevalencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022.....	116
Tabla 52. Mortalidad por todas las causas en la población con TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022	118
Tabla 53. Distribución de los casos con TMND según la región y la entidad territorial, Colombia 2022 ...	120
Tabla 54. Distribución de los casos con TMND según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022	121
Tabla 55. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2022.....	122
Tabla 56. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022.....	123
Tabla 57. Distribución de los casos con hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2022	125
Tabla 58. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022	126
Tabla 59. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en los pacientes en diálisis.....	128
Tabla 60. Tasa de incidencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2022	133
Tabla 61. Prevalencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2022	135
Tabla 62. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2022	135
Tabla 63. Medicamentos usados en el periodo de reporte en los casos prevalentes con trasplante renal funcional, Colombia 2022	136
Tabla 64. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2022	137
Tabla 65. Esquemas de tratamiento en las personas trasplantadas durante el último periodo, Colombia 2022	139
Tabla 66. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2022	140
Tabla 67. Incidencia acumulada de cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados según la región, Colombia 2022	141
Tabla 68. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2022.....	142
Tabla 69. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2022	143
Tabla 70. Medición de la TFG (ml/min/1,73m ²) en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2022.....	144

Lista de figuras

Figura 1. Flujograma descriptivo del proceso de la gestión de los registros incluidos en los análisis, Colombia 2022.....	29
Figura 2. Promedio de población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2021 y 2022	31
Figura 3. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2022	32
Figura 4. Casos de HTA, DM y/o ERC reportados a la CAC, Colombia 2008 - 2022	35
Figura 5. Casos de HTA, DM y ERC reportados a la CAC, Colombia 2015 - 2022.....	36
Figura 6. Tasa de incidencia cruda de la HTA, Colombia 2015 - 2022.....	43
Figura 7. Tasa de incidencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2015 - 2022	43
Figura 8. Pirámide poblacional de los casos incidentes de HTA, Colombia 2022.....	44
Figura 9. Tasa de incidencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	45
Figura 10. Prevalencia cruda de la HTA, Colombia 2015 - 2022.....	46
Figura 11. Prevalencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2015 - 2022	46
Figura 12. Prevalencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022.....	47
Figura 13. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con HTA, Colombia 2017 - 2022	48
Figura 14. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA, Colombia 2022	48
Figura 15. Tasa de incidencia cruda de la DM, Colombia 2015 - 2022.....	52
Figura 16. Tasa de incidencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2015 - 2022	52
Figura 17. Pirámide poblacional de los casos incidentes de DM, Colombia 2022	53
Figura 18. Tasa de incidencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	54
Figura 19. Prevalencia cruda de la DM, Colombia 2015 - 2022.....	54
Figura 20. Prevalencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2015 - 2022	55
Figura 21. Prevalencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	56
Figura 22. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con DM, Colombia 2017 - 2022	56
Figura 23. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de DM, Colombia 2022	57
Figura 24. Tasa de incidencia cruda de la ERC, Colombia 2015 - 2022.....	61
Figura 25. Distribución de los casos incidentes de ERC según la etiología, Colombia 2021 - 2022	62
Figura 26. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2022	63
Figura 27. Tasa de la incidencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2015 - 2022.....	64

Figura 28. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	65
Figura 29. Número de casos incidentes de la ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2022	65
Figura 30. Prevalencia cruda de la ERC, Colombia 2015 - 2022	67
Figura 31. Distribución de casos prevalentes de ERC según la etiología, Colombia 2021 - 2022	68
Figura 32. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2022	69
Figura 33. Prevalencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2015 - 2022	70
Figura 34. Prevalencia estandarizada de la ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	71
Figura 35. Número de casos prevalentes de la ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2022	71
Figura 36. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC, Colombia 2017 - 2022	73
Figura 37. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC según el sexo, Colombia 2015 - 2022	74
Figura 38. Distribución de los casos fallecidos por todas las causas con ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2022	75
Figura 39. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	76
Figura 40. Número de casos prevalentes reportados según el diagnóstico de la ERC, Colombia 2015 - 2022	81
Figura 41. Tasa de incidencia cruda de la ERC 5, Colombia 2015 - 2022	91
Figura 42. Pirámide poblacional de los casos incidentes de ERC 5, Colombia 2022	92
Figura 43. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	93
Figura 44. Prevalencia cruda de la ERC 5, Colombia 2017 - 2022	93
Figura 45. Prevalencia cruda de la ERC 5 según el sexo, Colombia 2015 - 2022	94
Figura 46. Prevalencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	95
Figura 47. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con ERC 5, Colombia 2017 - 2022	95
Figura 48. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con ERC 5, Colombia 2022	96
Figura 49. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	97
Figura 50. Flujograma descriptivo de los casos incluidos para el cálculo de los indicadores de nefroprotección, periodo 2022	100
Figura 51. Tendencia del control de la PA (< 140/90 mmHg) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022	102
Figura 52. Tendencia de los indicadores relacionados con el control de LDL a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022	102

Figura 53. Tendencia de los indicadores de medición de la creatinina, la albuminuria y el control del IMC a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022	103
Figura 54. Tendencia de la proporción de las personas sin pérdida de la función renal (% pérdida TFG < 5 ml/min/1,73 m ² en un año) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022 ..	104
Figura 55. Tendencia de los indicadores relacionados con la medición y el control de la HbA1c en personas con DM a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022	106
Figura 56. Pirámide poblacional de los casos incidentes de TRR, Colombia 2022.....	113
Figura 57. Tasa de incidencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022	114
Figura 58. Tendencia de los casos de TRR a la fecha de corte de acuerdo con su modalidad, Colombia 2016 - 2022	115
Figura 59. Prevalencia cruda de la TRR, Colombia 2013 - 2022.....	115
Figura 60. Prevalencia cruda de la TRR según el sexo, Colombia 2015 - 2022	116
Figura 61. Prevalencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2015 - 2022.....	117
Figura 62. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con TRR, Colombia 2022....	118
Figura 63. Pirámide poblacional de la población con TMND, Colombia 2022.....	119
Figura 64. Tendencia de la proporción de adultos prevalentes en HD con catéter como acceso vascular, Colombia 2017 - 2022.....	129
Figura 65. Tendencia de los indicadores en los adultos con HD, Colombia 2017 - 2022.....	130
Figura 66. Tendencia de los indicadores en los adultos con DP, Colombia 2017 - 2022	130
Figura 67. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con HD, Colombia 2017 - 2022	131
Figura 68. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con DP, Colombia 2017 - 2022	132
Figura 69. Pirámide poblacional de los casos incidentes de trasplante renal, Colombia 2022.....	133
Figura 70. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de trasplante renal, Colombia 2022.....	134
Figura 71. Tendencia de las medidas de morbilidad de los pacientes con trasplante renal, Colombia 2017 - 2022	136
Figura 72. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2018 - 2022	140
Figura 73. Tendencia de la incidencia acumulada de cáncer y el rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados, Colombia 2018 - 2022.....	141
Figura 74. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2018 - 2022.....	142
Figura 75. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior, Colombia 2018 - 2022	143

Abreviaturas

BDUA:	Base de datos única de afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo - Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
CKD-EPI:	<i>Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.</i>
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DE:	Desviación estándar.
dL:	Decilitro.
DM:	Diabetes mellitus.
DNC:	Dato no conforme.
DOND:	Dato original no disponible.
DP:	Diálisis peritoneal.
EAPB:	Entidad administradora de planes de beneficios.
ECV:	Enfermedad cardiovascular.
EOC:	Entidades obligadas a compensar.
EPS:	Entidad promotora de salud.
ERC:	Enfermedad renal crónica.
ERC5:	Enfermedad renal crónica estadio 5.
g:	Gramo.
GPC:	Guía de práctica clínica.
HBA1C:	Hemoglobina glicosilada.
HD:	Hemodiálisis.
HTA:	Hipertensión arterial.
IE:	Incidencia estandarizada.
IMC:	Índice de masa corporal.
IPS:	Institución prestadora de servicios de salud.
kg:	Kilogramo.
Kt/v:	Volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo.
LDL:	Lipoproteínas de baja densidad.
m:	Metro.
mg:	Miligramo.
min:	Minuto.
ml:	Mililitro.
mmHg:	Milímetros de mercurio.
PA:	Presión arterial.

Abreviaturas

PE:	Prevalencia estandarizada.
PTH:	Paratohormona (hormona paratiroidea).
S.A.S.:	Sociedad por acciones simplificada.
SGSS:	Sistema general de seguridad social en salud.
SISPRO:	Sistema integral de información de la protección social.
TFG:	Tasa de filtración glomerular.
TFGe:	Tasa de filtración glomerular estimada.
TME:	Tasa de mortalidad estandarizada.
TMND:	Terapia médica no dialítica.
TRR:	Terapia de reemplazo renal.

Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen contributivo	
EAS016	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	Sura EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS S.A.S.
EPS046	Salud Mía EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Régimen subsidiado	
CCF023	Caja de Compensación Familiar de La Guajira
CCF024	Caja de Compensación Familiar del Huila
CCF033	EPS Familiar de Colombia
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
CCF102	Caja de Compensación Familiar Comfamiliar Chocó
EPS022	Convida
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - CAPRESOCA EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamás EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud EPSS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asmet Salud EPS
ESS091	Ecoopsos EPS S.A.S.
ESS118	Emssanar S.A.S.
ESS207	Mutual Ser EPS
Régimen especial	
RES007	Universidad del Valle
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia

Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
REUE05	Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
EMP002	Medplus Medicina Prepagada S.A.
Régimen de excepción	
RES001	Policía Nacional
RES003	Fuerzas Militares
No afiliado	
5000	Secretaría Seccional de Antioquia
13000	Secretaría Departamental de Salud de Bolívar
23000	Dirección Departamental de Salud de Córdoba
50000	Dirección Departamental de Salud del Meta
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
66000	Dirección Departamental de Salud de Risaralda
76109	Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura
81000	Dirección Departamental de Salud de Arauca
No afiliados que informaron a la CAC no tener casos a reportar	
8000	Secretaría Departamental de Salud del Atlántico
8001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Barranquilla
13001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena - DADIS
17000	Dirección Territorial de Salud de Caldas
18000	Dirección Departamental de Salud del Caquetá
20000	Dirección Departamental de Salud del Cesar
27000	Dirección Departamental de Salud del Chocó
41000	Dirección Departamental de Salud del Huila
44000	Dirección Departamental de Salud de La Guajira
47000	Dirección Departamental de Salud del Magdalena
52000	Dirección Departamental de Salud de Nariño
63000	Dirección Departamental de Salud del Quindío
68000	Secretaría de Salud de Santander
85000	Dirección Departamental de Salud del Casanare
86000	Dirección Departamental de Salud del Putumayo
88000	Dirección Departamental de Salud de San Andrés
94000	Dirección Departamental de Salud de Guainía
95000	Dirección Departamental de Salud del Guaviare
97000	Dirección Departamental de Salud del Vaupés
99000	Secretaría Departamental de Salud del Vichada

La Secretaría de Salud de Santa Marta (47001), las Direcciones Departamentales de Salud del Tolima (73000), Valle (76000), y Amazonas (91000), y las entidades RES002, RES004 y RES008 no reportaron información.

Para todas las entidades que deben reportar y para las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133) se incluyeron los casos de los periodos anteriores y que no fueron informados en el periodo 2022 para el análisis de prevalencias y mortalidad en las estimaciones demográficas.

Glosario

Gestión del riesgo en salud:	la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir y realizar el seguimiento y el monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población, en todas las fases de la gestión de una enfermedad.
Enfermedad renal crónica (ERC):	daño renal por más de 3 meses, consistente en la alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), manifestada por los marcadores de daño renal (anomalías en la composición de la sangre o la orina, o de los exámenes con imágenes) o una $TFG < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ de superficie corporal, con o sin daño renal.
Población con ERC:	para este documento, se considera población con ERC, aquella que fue reportada con la opción 1 [sí presenta ERC], en la variable 38 [el usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadios], de la estructura de variables para el reporte de información ERC/HTA/DM a la Cuenta de Alto Costo, reglamentada por las Resoluciones 4700 de 2008 y 2463 de 2014.
Población en riesgo de desarrollar ERC:	personas que fueron reportadas con las opciones 0= [no presenta ERC], 2= [indeterminado entre estadios 1 - 2 o sin ERC], o 3= [el usuario no ha sido estudiado] en la variable 38 de la estructura de variables para el reporte de información ERC/HTA/DM a la Cuenta de Alto Costo, reglamentada por las Resoluciones 4700 de 2008 y 2463 de 2014.
Enfermedad renal crónica estadio 5 (ERC5):	para este documento se hace referencia a todos los pacientes con diagnóstico de ERC que tienen una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) menor a $15 \text{ ml/min/1,73m}^2$, independiente de si recibió o no TRR. (En las versiones anteriores a esta edición solo se refería a la población denominada como ERC terminal).
Terapia de reemplazo renal:	corresponde a alguna de las siguientes terapias: diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal), tratamiento médico no dialítico o trasplante.
Factor de riesgo:	cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
Enfermedad precursora:	es aquella que precede a otra y facilita su desarrollo.
Último año o periodo de reporte:	para efectos de este libro, el último año corresponde al periodo objeto del reporte, comprendido entre el 1° de julio de 2021 y el 30 de junio de 2022.
Tasa de mortalidad general:	este indicador mide la frecuencia de las defunciones ocurridas en un grupo poblacional con una condición específica en el periodo de análisis con relación a la población total (afiliados o habitantes).

Glosario

Tasa de mortalidad específica:	este indicador mide la frecuencia de las defunciones ocurridas en un grupo poblacional con una condición específica en el periodo de análisis con relación a la población con esta condición específica.
Trasplante:	es la transferencia (injerto) de tejidos u órganos de un donante a un receptor con el fin de restaurar la función en el cuerpo.
Donante:	ser humano vivo o fallecido que es fuente de órganos o tejidos con fines de trasplante.
Donante fallecido:	donante real. Esta clasificación se utiliza para diferenciarlo del donante vivo relacionado.
Donante vivo:	un ser humano vivo al cual se le han removido tejidos u órganos con fines de trasplante. Un donante vivo tiene una de las siguientes tres relaciones posibles con el receptor: A) Relacionado: A1) Genéticamente relacionado: primer grado de relación genética: padres, hijos; segundo grado de relación genética: abuelos, nietos, hermanos; tercer grado de relación genética: bisabuelos, tíos, sobrinos; cuarto grado de relación genética: primos. A2) Emocional relacionado: cónyuge (si no está relacionado genéticamente), padres o hijos adoptivos, suegros, amigos. B) No relacionado: no relacionados genética ni emocionalmente con el receptor.
Injerto:	tejido que se implanta en una parte del cuerpo para reparar una lesión o implante.
Rechazo inmunológico:	respuesta del sistema inmunológico del organismo frente a un órgano trasplantado, en general mediado por linfocitos T, generando una serie de anticuerpos ante lo que reconoce como un cuerpo extraño. Puede provocar la pérdida del órgano trasplantado si no es tratado correctamente.
Inmunosupresión:	supresión artificial de la respuesta inmune, usualmente a través de medicamentos, para que el organismo no rechace el órgano o tejido trasplantado.
Lista de espera:	un sistema (o método) para mantener un listado actualizado de candidatos a trasplante, garantizando la protección de la privacidad y la confidencialidad de los pacientes.
Tiempo en lista de espera:	es el tiempo transcurrido entre el ingreso a lista de espera y su exclusión por una causa definitiva (mejoría, fallecimiento o trasplante).



Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una condición progresiva que afecta a más del 10% de la población general en el mundo y tiene un gran impacto en la carga económica de los sistemas de salud por la complejidad de los tratamientos requeridos en sus estadios avanzados. Para el año 2030 se esperan 5,44 millones de personas en terapia de reemplazo renal (TRR) (1), lo cual deja en evidencia la necesidad de priorizar esta enfermedad a nivel mundial.

Según el Atlas Mundial de Salud Renal de la Sociedad Internacional de Nefrología, la prevalencia de la ERC en tratamiento es de 715 casos por millón de habitantes en Latinoamérica. Esta región se caracteriza por una gran variabilidad en la disponibilidad, acceso y calidad en el cuidado de la ERC, que puede estar dada por las diferencias en las estructuras de financiación de cada país y diferencias en las estrategias de vigilancia y gestión del riesgo de esta enfermedad (2).

Aunque la mayoría de los países de Latinoamérica tienen registros oficiales de diálisis y trasplante renal, únicamente el 27,8% reportan información periódica de la ERC. La calidad y heterogeneidad de estos producen una variabilidad en los datos epidemiológicos de la región, reflejando las inequidades en el acceso y diferencias en la capacidad de detección y gestión de la enfermedad (2). El fortalecimiento de los registros de ERC y la generación de conocimiento contribuyen a la gestión del riesgo de esta población, la consolidación de los programas de prevención de la progresión de la enfermedad y sus complicaciones, así como la planificación de los servicios renales especializados, entre otras intervenciones encaminadas a mejorar la atención de los pacientes con ERC y sus precursoras.

En Colombia, según los datos del Instituto de Métricas y Evaluación en Salud (IHME por sus siglas en inglés), para el año 2019 la ERC se posiciona en el sexto puesto de las causas de muerte para todas las edades, un 48,6% más comparado con el 2009. Mientras que su principal precursora, la diabetes mellitus (DM), se ubica en el noveno lugar, con un aumento del 24,9%. Esta última además representa una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles que causan el mayor número de muertes y discapacidades combinadas, después de la cardiopatía isquémica (3). Lo anterior, sumado a que la carga de la ERC para el país representaría el 1,6 al 2,7% del producto interno bruto en el 2015 (4), plantean grandes retos para la gestión del riesgo de patología en el país.

Según los análisis realizados por la CAC en reportes previos, se han logrado avances en términos de prevención y acceso a la atención en salud de la ERC y sus precursoras, así como el cierre de brechas a nivel regional en el seguimiento paraclínico de marcadores de la función renal como la creatinina y control glicémico como la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Por otro lado, se ha observado una menor pérdida de la función renal y una reducción en la velocidad de progresión de la ERC, lo cual se refleja en un aumento discreto de 1% de la incidencia cruda de la ERC estadio 5 al contrastarlo con los resultados obtenidos en 2017 (5).

Estas mejoras, reflejan los esfuerzos de los diferentes actores del sistema de salud colombiano en la gestión del riesgo de la cohorte, pero aún hay oportunidades de mejora que se deben atender de forma prioritaria, principalmente en el fortalecimiento de las regiones y el acceso de las áreas dispersas. Por otro lado, potenciar los sistemas de información permitirá contar con información confiable para la toma de decisiones en salud de forma oportuna y la formulación de intervenciones efectivas que mejoren la cobertura y calidad de la atención de las personas con ERC y sus precursoras.

Cumpliendo con los objetivos planteados en la Resolución 4700 de 2008, modificada por la Resolución 2463 de 2014 (6,7), la CAC lidera uno de los registros administrativos de ERC y sus precursoras más grande de la región con el fin de promover el buen manejo de los pacientes en riesgo de desarrollar la ERC, incentivar su prevención y estimular la atención de las personas que requieren TRR. A continuación, se presentan los resultados del comportamiento epidemiológico y de los resultados de la gestión realizada en el marco del aseguramiento en la población reportada con ERC, HTA o DM en Colombia, durante el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2021 y el 30 de junio de 2022.

Aspectos éticos y legales

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades obligadas a compensar (EOC), realizaron a la CAC durante el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2021 y el 30 de junio de 2022.

Su objetivo es producir y difundir información y conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínica y administrativa, orientados a la protección y la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo; con el propósito de contribuir el fortalecimiento de los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promover el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

Los autores declaran no tener conflictos de interés de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier interés compartido.

El contenido de este informe es producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de información en Colombia, garantizando la conservación, custodia, anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki (8), Informe Belmont (9) y Pautas CIOMS (10) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (11), por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y para este caso en particular, la protección de datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada por dicha Ley y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 de 2013, que regula el manejo adecuado de datos sensibles (12 - 14).



Aspectos metodológicos

Generalidades del reporte

La Cuenta de Alto Costo (CAC) realiza un proceso de auditoría con periodicidad anual para todos los pacientes del territorio nacional reportados con diagnósticos de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC) en cualquiera de sus estadios, de acuerdo a la Resolución 2463 de 2014, la cual confiere obligatoriedad a todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), para el reporte de casos con diagnóstico confirmado de las 3 enfermedades mencionadas, que estuvieron activos durante el periodo de reporte, que para efectos del presente análisis comprende desde el 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

El reporte de información fue realizado por 51 entidades. En la **tabla 1** se describen las entidades afiliadas al SGSSS y de estas, las que cumplieron con el reporte. Aquellas que tuvieron silencio administrativo fueron notificadas a la Superintendencia Nacional de Salud para verificar el cumplimiento de la normatividad vigente.

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 2463 de 2014, Colombia 2022

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos de ERC, HTA y DM ¹	Entidades que reportan no tener casos
Ente territorial	38	8	30
EPS Contributivo	17	14	3
EPS Subsidiado	27	21	6
Especial	11	5	6
Excepción	4	2	2
Prepagada	7	1	6
Total	104	51	53

¹ De acuerdo con la Resolución 2463 de 2014, las EPS del régimen subsidiado y contributivo, y las EOC para la operación del mecanismo de distribución de recursos son las únicas entidades obligadas a reportar.

Calidad de la información

Los datos fueron auditados con el fin de garantizar su calidad y confiabilidad. Este proceso se desarrolló en tres fases: i) la verificación inicial realizada en la malla de validación, ii) el cruce de los datos con las fuentes externas y finalmente, iii) la auditoría de los registros contra los soportes de la historia clínica. A continuación, se describe cada una de ellas:

Malla de validación en los sistemas de información

Su objetivo fue identificar los errores durante el reporte con el fin de retroalimentar a las entidades en tres aspectos: estructura, consistencia y coherencia entre las variables. Posteriormente, se obtuvieron los registros únicos mediante la aclaración de las personas coincidentes en la misma entidad o aquellos compartidos entre diferentes entidades.

Verificación de la información con fuentes externas

Los casos fueron verificados a través del cruce de datos con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), en la cual se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Aspectos metodológicos

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Auditoría de campo

En este proceso, todos los casos reportados a la CAC en el periodo fueron validados comparando la información cargada en la plataforma SISCAC (módulo de cargue de archivo plano) contra la historia clínica y demás soportes (facturación de los servicios prestados, certificados de contratación, soporte de entrega de medicamentos, entre otros) con el fin de asegurar el diagnóstico de ERC, HTA y DM, y la calidad del dato de todas las variables solicitadas.

Durante el proceso de auditoría, se verificó que los casos reportados con HTA y/o DM contaran con los elementos necesarios para verificar el diagnóstico y la gestión realizada durante el periodo, el seguimiento clínico y paraclínico orientado al control de las enfermedades de base y a la detección temprana de la ERC. Por otra parte, en los casos reportados con ERC se validó de forma exhaustiva la implementación del algoritmo diagnóstico para la confirmación de la enfermedad y en los casos reportados con algún tipo de terapia de reemplazo renal: trasplante, hemodiálisis, diálisis peritoneal y terapia médica no dialítica se tuvo en cuenta la permanencia en dicha terapia por más de 90 días, así como el seguimiento periódico por la especialidad de nefrología durante el periodo reportado.

En la **tabla 2**, se presentan los resultados de la calidad del reporte de la información desagregados por el régimen del aseguramiento, en todos ellos se observa una disminución en la calidad del dato reportado en comparación con el periodo anterior.

Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de personas con HTA, DM y/o ERC en la auditoría según el tipo de entidad, Colombia 2022

Tipo de entidad	Pacientes auditados	Casos con inconsistencias	% inconsistencia	% Datos con calidad	% Datos ajustados	% Datos no soportados	% Datos de no calidad
Ente territorial	97	59	60,82	83,97	0,61	15,12	0,30
EPS Contributivo	3.175.851	63.159	1,99	97,96	0,41	0,18	1,44
EPS Subsidiado	1.687.646	207.098	12,27	97,37	0,65	0,15	1,83
Especial	2.407	22	0,91	93,76	2,46	0,28	3,50
Excepción	101.795	56.219	55,23	97,19	0,54	0,24	2,03
Prepagada	21	3	14,29	92,88	2,46	1,43	3,23
Total	4.967.817	326.560	6,57	93,86	1,19	2,90	2,06

¹ **Inconsistencias:** corresponde a los casos en los cuales no fue posible verificar el diagnóstico del paciente reportado.

² **Datos con calidad:** dato reportado que coincide exactamente con el dato observado en los soportes.

³ **Datos ajustados:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes, en el cual se realiza captura de la información correcta.

⁴ **Datos no soportados:** dato reportado que no cuenta con soportes verificables por la auditoría y se considera ausencia de información.

⁵ **Datos de no calidad:** corresponde a los casos con opciones.

Posterior a la auditoría y con el ánimo de mejorar los resultados, se identificaron los aspectos relevantes a intervenir entre los aseguradores y los prestadores (**tabla 3**); estos se socializaron a través de capacitaciones y material de entrenamiento virtual, generando alertas para que las entidades tomen las acciones necesarias, orientadas a mejorar los procesos de atención.



Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de personas con HTA, DM y/o ERC, Colombia 2022

Hallazgo	Descripción del hallazgo
Abandono TRR	Del total de pacientes con HTA - DM - ERC con TRR a nivel nacional para el periodo 2022 (n= 40.624), se identificaron 773 (1,90%) casos, de los cuales 545 (70,50%) corresponden a hemodiálisis o diálisis peritoneal, quienes en los últimos tres meses del periodo no recibieron diálisis continua o no recibieron atención del nefrólogo. También, se identificaron 206 (26,65%) pacientes trasplantados funcionales, quienes recibieron atención en el periodo, pero no cumplieron con la periodicidad establecida por el nefrólogo o cirujano de trasplante, o no continuaron en controles.
Sin precursoras (captación)	Del total de pacientes con HTA - DM (n= 4.889.051), se identificaron 320.732 (6,56%) casos, en donde no fue posible validar el diagnóstico de alguna de las enfermedades precursoras, debido a la ausencia de soportes para el proceso de auditoría, lo cual genera sub-registro para la cohorte. No obstante, son pacientes que se requieren de forma obligatoria para el siguiente periodo y se hace el llamado de atención a las entidades respectivas.
Indeterminados (estudiados)	Del total de pacientes con HTA - DM - ERC sin TRR (n= 915.756), se identificaron 62.095 (6,78%) casos en donde no se realizó de manera completa el algoritmo diagnóstico para estudio de ERC, por lo cual al finalizar el proceso se clasifican como indeterminados y deben ser estudiados de forma completa en el siguiente periodo de reporte.
ERC no estudiados	Del total de pacientes con HTA - DM - ERC sin TRR (n= 915.756), se identificaron 95.789 (10,46%) casos en donde no fue posible validar la toma de ningún paraclínico asociado al algoritmo diagnóstico para estudio de ERC.

Ajuste de datos posterior a la auditoría

En la **figura 1** se observa el flujograma del proceso de gestión de los registros incluidos en los análisis. En total se excluyeron 338.974 casos distribuidos así: personas con HTA, DM o ERC que no presentaron soportes (n= 325.403), que no tenían algún registro de diagnóstico (n= 12.455), que tenían una fecha de muerte anterior al periodo de estudio (n= 1.114) o que eran duplicados no válidos (n= 2). Adicionalmente, se realizaron 133 exclusiones específicas en los análisis de la población con HD o DP.

Por otra parte, se incluyeron los pacientes pertenecientes a las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133), y los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados por alguna entidad en el 2022. Estos casos se añadieron a la base de datos para los análisis de prevalencia y mortalidad, con el fin de no afectar el comportamiento epidemiológico. Cabe mencionar que a estos casos se les actualizó la información del estado vital actual.

Se identificaron 1.353 casos duplicados atendidos por dos regímenes válidos, por tanto, se incluyeron en una única vez para los análisis de morbimortalidad, pero se tuvieron en cuenta sus dos atenciones para la medición de los indicadores de la gestión del riesgo. Finalmente resultaron un total de 5.346.278 personas únicas con al menos un diagnóstico de HTA, DM o ERC distribuidos como se muestra en la **tabla 4**, en comparación con el periodo anterior.

Tabla 4. Distribución de los casos incluidos para los análisis epidemiológicos, Colombia 2022

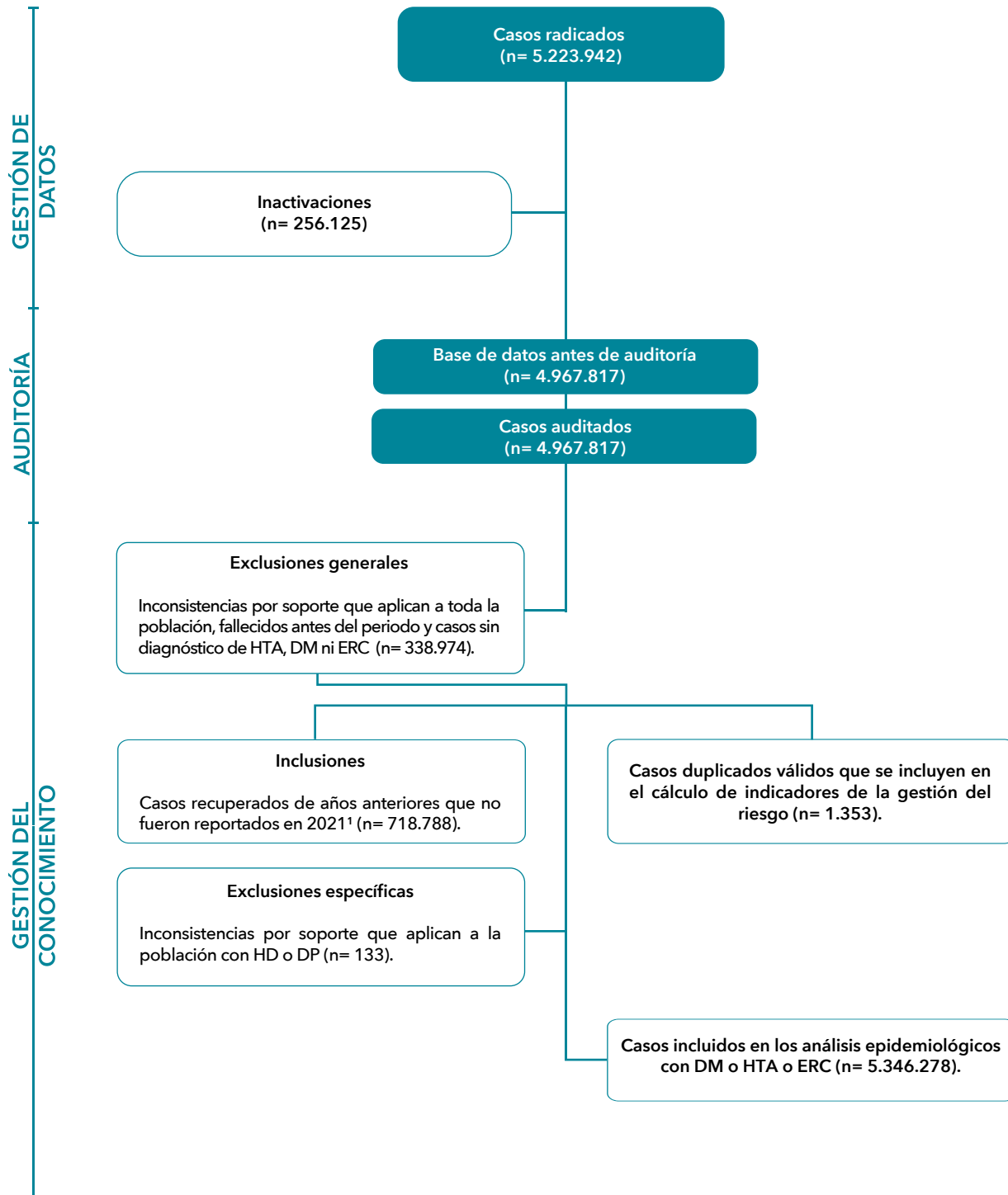
Población	Incidentes		Prevalentes		Fallecidos	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Hipertensión arterial	413.091	453.337	4.890.174	4.903.616	158.591	129.038
Diabetes mellitus	176.766	159.149	1.576.508	1.599.368	58.925	46.348
Enfermedad renal crónica	154.688	114.745	889.123	790.117	37.751	30.622
Enfermedad renal crónica estadio 5	4.518	4.131	41.246	35.863	7.380	5.031
Terapia de reemplazo renal	3.810	3.896	43.327	39.759	6.642	4.348

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Aspectos metodológicos

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 1. Flujo de datos descriptivo del proceso de la gestión de los registros incluidos en los análisis, Colombia 2022



¹ Casos incluidos en los análisis demográficos que corresponden a las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133), y los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados por alguna entidad en el 2022.

[Descargar figura](#)



Análisis epidemiológico

Se realizó un análisis descriptivo de la información sociodemográfica (edad, sexo, régimen de afiliación, departamento y municipio de residencia) y clínica relacionada con las enfermedades. Se estimó la prevalencia, la incidencia y la mortalidad cruda y estandarizada por la edad para 5 subpoblaciones de interés (HTA, DM, ERC, enfermedad renal crónica en estadio 5 (ERC 5) y con TRR) según el sexo, el departamento, el municipio, la región, el régimen de afiliación, el renglón y la entidad aseguradora.

Se incluyeron como casos prevalentes todos aquellos que tuvieron la enfermedad a la fecha de corte del periodo, independiente del estado vital, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Los casos identificados como incidentes para HTA y DM fueron aquellos en los cuales la fecha de diagnóstico estuvo entre el 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

Por otra parte, la incidencia de la ERC general, hace referencia a los casos nuevos que no habían sido reportados antes con esta enfermedad en cualquiera de sus estadios. Teniendo en cuenta que la resolución no cuenta con la fecha de diagnóstico de la enfermedad, se realizó un cruce de la información reportada anteriormente para identificar cuáles casos no han sido reportados en periodos anteriores con diagnóstico de ERC. La incidencia de la ERC estadio 5 (ERC 5) hace referencia a los casos con fecha de diagnóstico dentro del periodo y que puede comprender aquellos que progresaron de los estadios 1 al 4 hasta el 5, como también, los que se debutan como ERC 5.

Los casos incidentes de TRR corresponden a los que nunca habían sido reportados con TRR, y su fecha de inicio estaba dentro del periodo, y que reporten por lo menos 90 días en la terapia, los cuales pueden ser soportados con la continuidad en varios tipos de TRR. Los casos incidentes de trasplante renal funcional fueron los que tuvieron la fecha de realización del último trasplante funcional dentro del periodo de reporte.

Para el análisis de la mortalidad, se incluyeron los pacientes reportados con fecha de fallecimiento en el periodo (novedad administrativa y/o cruce con información del Ministerio de Salud y Protección Social).

Para los análisis demográficos se tuvo en cuenta el promedio de la población proyectada por el DANE con corte al 30 de junio de 2021 y con corte al 30 de junio de 2022 ($n= 51.329.486$), vigente antes de la actualización post COVID-19 (**figura 2**). Para los denominadores relacionados con el aseguramiento se tomó la población afiliada a cada una de las EAPB del país reportada en la BDUA con corte al 1° de enero de 2022 ($n= 45.864.879$); además, se incluyó el total de afiliados informados por las entidades RES001 ($n= 608.553$) y RES011 ($n= 7.132$) (**figura 3**).

La estructura utilizada para los indicadores de la gestión del riesgo de nefroprotección, diálisis y trasplante, los estándares de medición y la semaforización se realizó teniendo en cuenta lo documentado en los consensos basados en la evidencia: "Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadiada en 1 - 4 y 5 sin diálisis, hipertensión arterial y diabetes mellitus" (15), "Consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia" (16), su actualización, "Uso de catéter y nivel de hemoglobina para el análisis de resultados clínicos en diálisis" (17), "Indicadores mínimos para seguimiento de niños con enfermedad renal crónica en diálisis o trasplante renal en Colombia" (18) e "Indicadores para seguimiento al Trasplante Renal en Colombia" (19). Estos indicadores fueron estimados en la población viva y activa en las subpoblaciones especificadas en los consensos mencionados.

La información presentada en este libro corresponde a los datos demográficos y del aseguramiento.

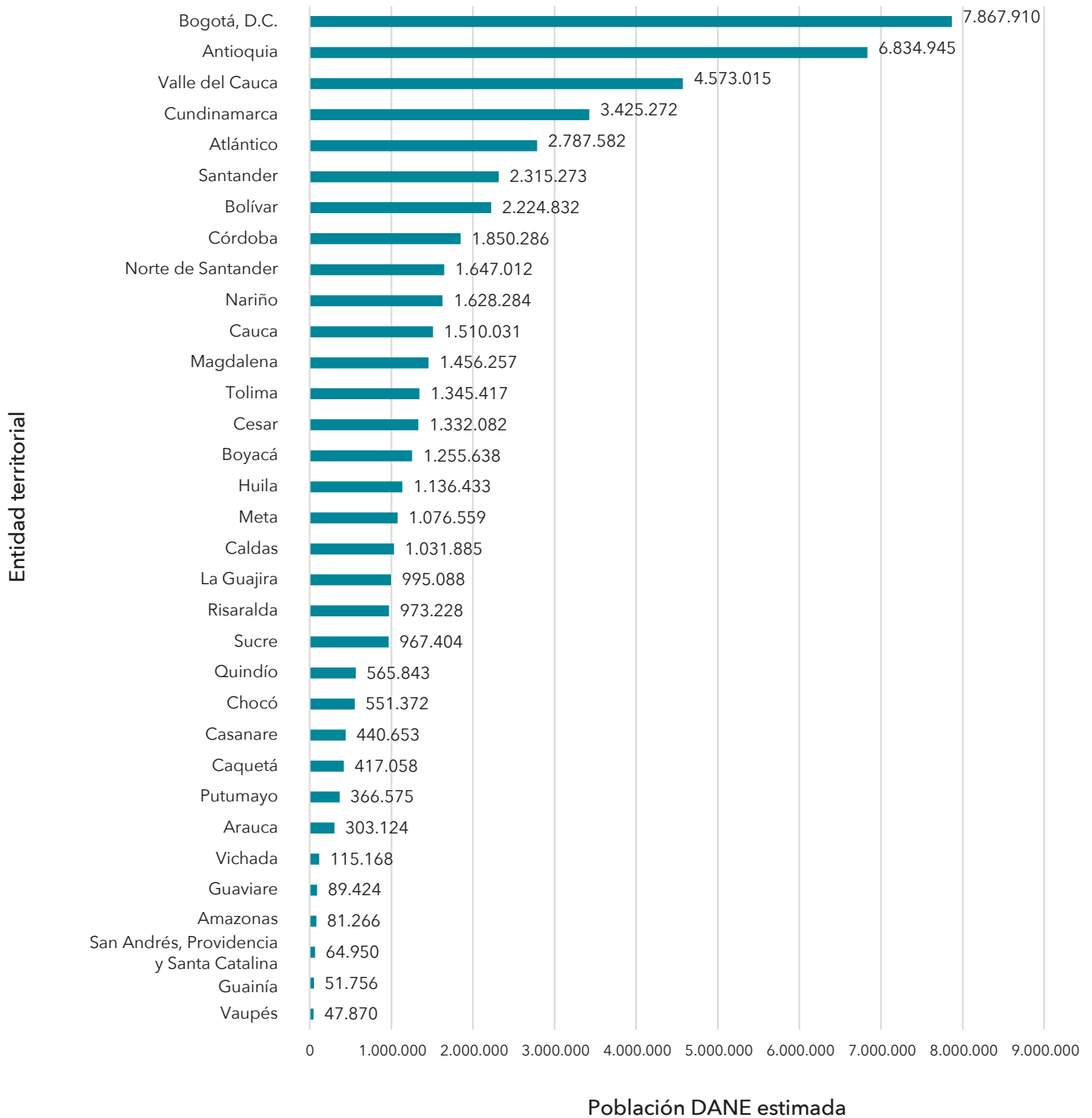
[En la herramienta HIGIA están las desagregaciones nacional, regional, departamental y municipal, así como por el régimen, el renglón y la EAPB.](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Aspectos metodológicos

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 2. Promedio de población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2021 y 2022

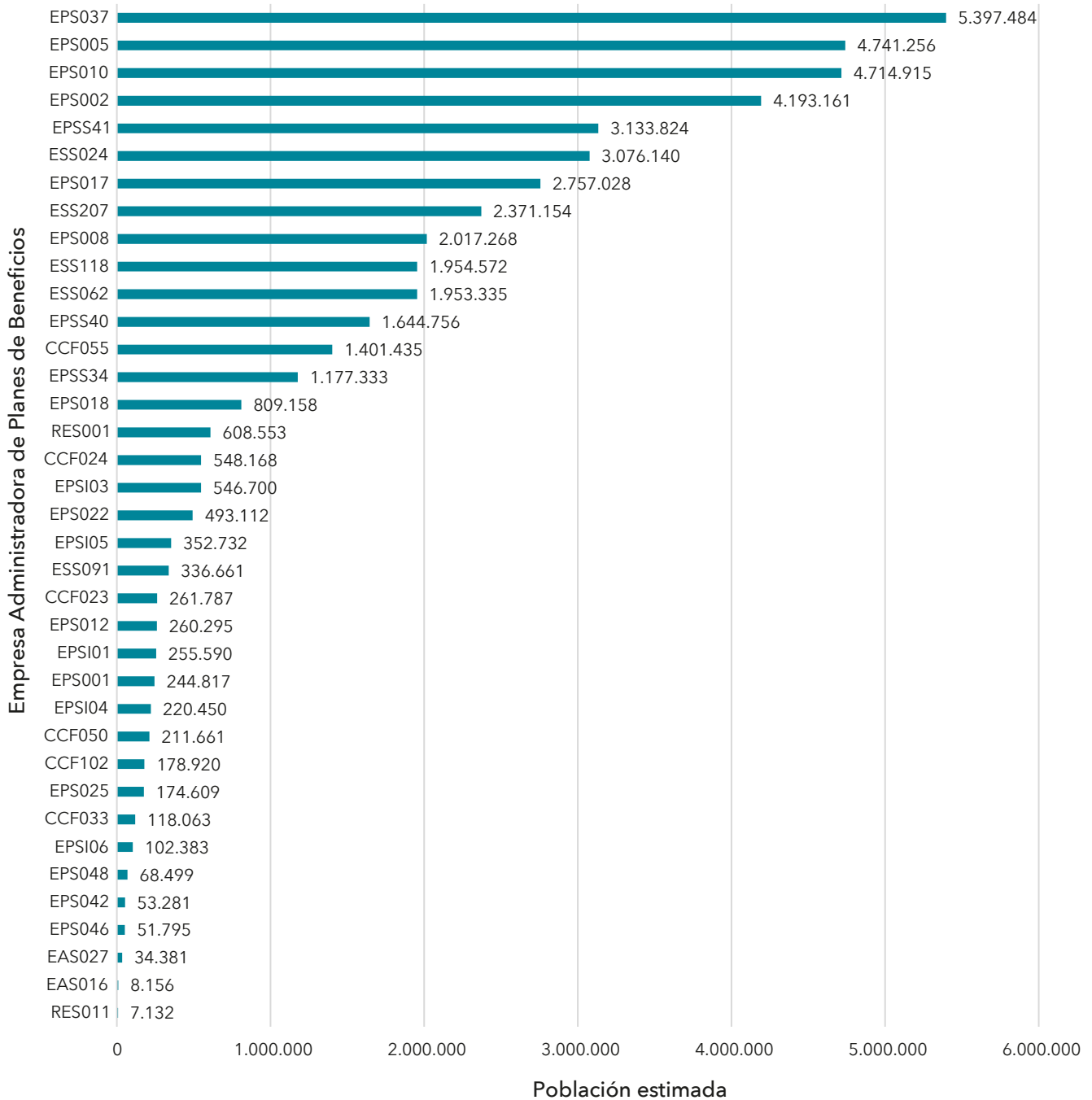


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección 2021 y 2022 previa a la actualización post COVID-19.

[Descargar figura](#)



Figura 3. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2022



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte al 1° de enero de 2022.

[Descargar figura](#)



Características generales de la población reportada





Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

Resumen

Capítulo 1. Características generales de la población reportada

Para el periodo 2022, se analizaron

5.346.278

personas diagnosticadas con HTA, DM o ERC.



El 60,31% (n= 3.224.194) de los casos analizados fueron mujeres y el promedio de edad fue de 63,67 años (DE \pm 14,57).



Con relación al periodo 2021, el número de casos prevalentes de HTA y DM incrementó en 0,27% y 1,45%, respectivamente.

El total de casos con ERC

se redujo en un 11,14%

con respecto al periodo anterior.

HTA: hipertensión arterial.
DM: diabetes mellitus.
ERC: enfermedad renal crónica.
DE: desviación estándar.

[Descargar figura](#)



Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

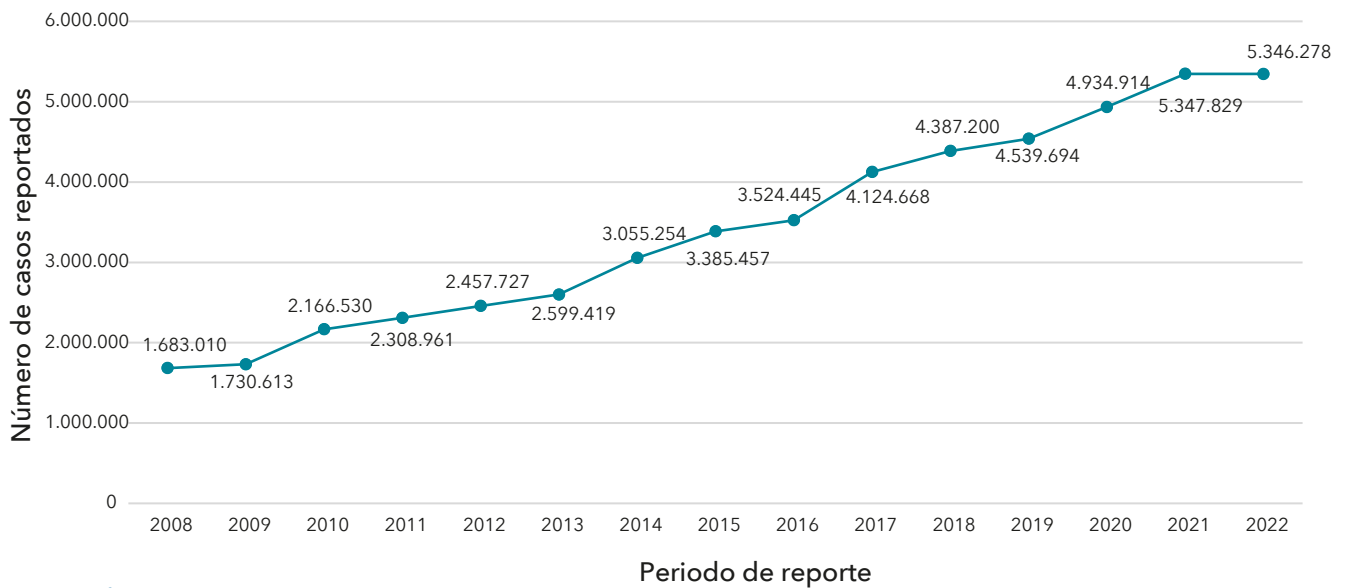
Características generales de la población reportada

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

1. Características generales de la población reportada

Para el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022 se analizaron 5.346.278 personas diagnosticadas con HTA, DM o ERC, lo que significó una disminución del 0,03% en el número de casos con respecto al 2021 (**figura 4**). El 60,31% fueron mujeres (n= 3.224.194), y el promedio de la edad para los casos analizados fue de 63,67 años (DE \pm 14,57).

Figura 4. Casos de HTA, DM y/o ERC reportados a la CAC, Colombia 2008 - 2022

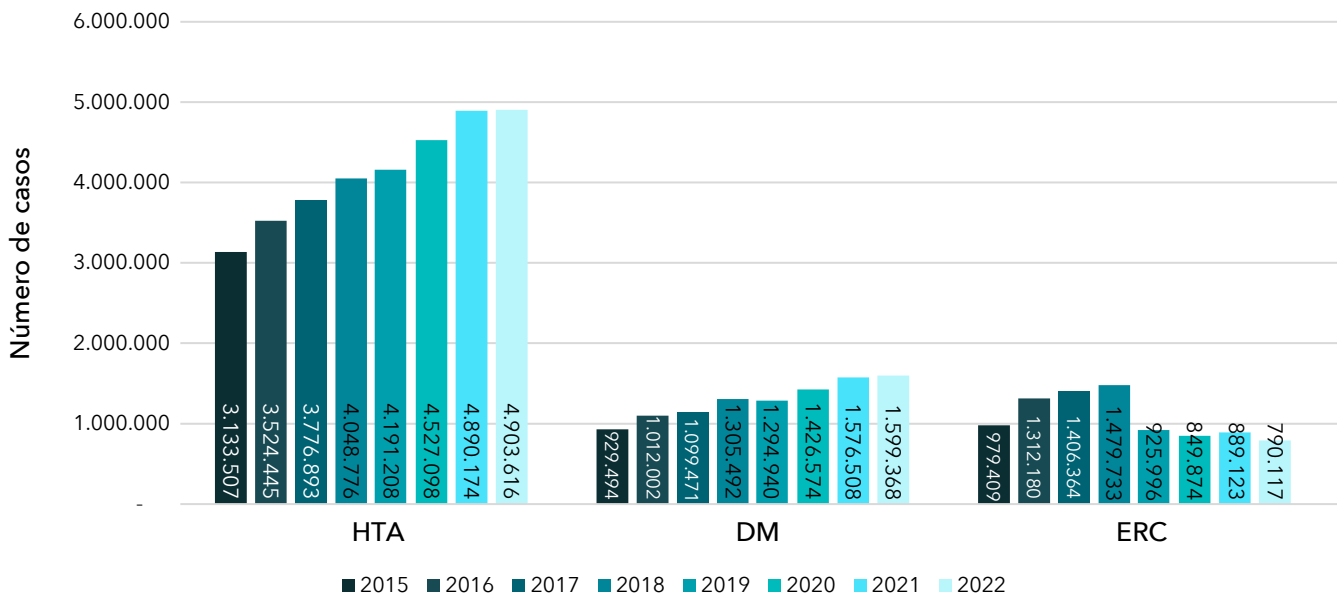


[Descargar figura](#)

En la **figura 5** se observa una tendencia ascendente en el número de casos prevalentes de HTA y DM a lo largo del tiempo. Con respecto al 2021, este incremento fue del 0,27% para la HTA y del 1,45% para la DM. Al contrario, la cantidad de personas con ERC se redujo en 11,14% frente al periodo anterior (se debe tener en cuenta que las categorías no son mutuamente excluyentes).



Figura 5. Casos de HTA, DM y ERC reportados a la CAC, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

Las **tablas 5 a 7** presentan la distribución de los casos de todos los grupos analizados según el régimen de afiliación y la EAPB.

[Esta información puede consultarse de forma gratuita en la plataforma HIGIA en la página web de la CAC.](#)

Tabla 5. Número de casos incidentes reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022

Régimen/EAPB	Casos incidentes					
	HTA	DM	ERC	ERC 5	TRR	Trasplante renal
Contributivo	335.355	120.931	67.190	2.267	2.300	470
EAS016	128	79	85	1	1	1
EAS027	138	61	864	21	25	0
EPS001	775	273	386	24	22	17
EPS002	76.354	30.326	1.189	364	364	49
EPS005	116.941	47.893	16.751	703	553	76
EPS008	13.205	4.422	1.836	290	231	38
EPS010	81.860	20.878	8.398	437	466	124
EPS012	2.561	1.445	965	34	43	15
EPS017	30.587	10.638	15.535	263	247	41
EPS018	6.044	2.294	14.943	92	90	34
EPS037	160	177	5.800	1	232	71
EPS042	110	48	101	2	2	0
EPS046	165	59	76	8	6	1
EPS048	6.327	2.338	261	27	18	3
Subsidiado	117.848	38.134	45.746	1.810	1.552	115
CCF023	2.576	411	3.050	15	17	0
CCF024	2.798	1.103	1.443	53	55	0

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Características generales de la población reportada

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 5. Número de casos incidentes reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

Régimen/EAPB	Casos incidentes					
	HTA	DM	ERC	ERC 5	TRR	Trasplante renal
CCF033	217	168	93	34	18	0
CCF050	979	557	73	0	0	0
CCF055	27.112	7.874	4.422	145	125	3
CCF102	318	87	961	0	0	0
EPS022	92	49	60	0	0	0
EPS025	1.538	666	1.012	23	22	0
EPSI01	138	73	175	12	11	0
EPSI03	332	141	1.301	9	13	5
EPSI04	423	133	892	8	9	1
EPSI05	37	39	36	9	11	1
EPSI06	360	86	286	0	0	0
EPSS34	10.182	4.363	1.789	138	138	13
EPSS40	8	88	794	23	31	7
EPSS41	59	29	313	0	66	7
ESS024	8.450	1.974	8.216	387	266	5
ESS062	16.463	2.236	6.239	189	183	30
ESS091	53	24	215	47	41	3
ESS118	10.500	4.205	3.664	211	241	19
ESS207	35.213	13.828	10.712	507	305	21
Excepción						
RES001	74	61	1.133	20	14	0
RES003	49	17	466	33	29	5
Especial						
RES007	0	0	127	0	0	0
RES009	0	0	0	0	0	0
RES011	4	5	76	0	0	0
REUE05	4	0	0	0	0	0
REUE09	0	0	0	0	0	0
EMP002	0	1	1	0	0	0
No afiliado						
05000	0	0	0	0	0	0
13000	3	0	6	1	1	0
50000	0	0	0	0	0	0
66000	0	0	0	0	0	0
81000	0	0	0	0	0	0
Nacional	453.337	159.149	114.745	4.131	3.896	590

Para los regímenes especial, de excepción y no afiliado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales. La Secretaría de Salud de Santa Marta (47001), las Direcciones Departamentales de Salud del Tolima (73000), Valle (76000), y Amazonas (91000), y las entidades RES002, RES004 y RES008 no reportaron información.



Tabla 6. Número de casos prevalentes reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022

Régimen/EAPB	Casos prevalentes					
	HTA	DM	ERC	ERC 5	TRR	Trasplante renal
Contributivo	2.819.664	987.437	477.234	19.615	24.432	6.157
EAS016	3.236	1.152	489	9	23	14
EAS027	18.354	7.371	17.931	144	140	4
EPS001	26.422	8.376	5.123	199	289	119
EPS002	417.304	148.643	9.594	2.901	3.407	554
EPS005	508.553	195.490	103.951	3.364	4.142	1.053
EPS008	213.344	69.158	19.696	1.536	1.823	479
EPS010	611.456	176.173	51.541	3.232	4.110	1.323
EPS012	43.264	16.088	5.135	290	368	118
EPS017	243.411	88.765	155.610	2.096	2.304	398
EPS018	96.661	36.934	61.403	550	775	295
EPS037	618.396	231.746	44.324	5.098	6.856	1.775
EPS042	2.212	814	240	29	22	1
EPS046	4.423	1.741	808	30	33	7
EPS048	12.628	4.986	1.389	137	140	17
Subsidiado	1.378.743	438.412	217.214	14.142	13.229	1.205
CCF023	11.446	4.901	9.223	122	120	2
CCF024	47.644	16.536	1.243	378	363	1
CCF033	9.577	3.428	1.378	132	104	3
CCF050	13.673	4.326	105	4	5	0
CCF055	88.057	26.179	20.958	998	1.014	55
CCF102	5.537	1.265	3.416	1	0	0
EPS022	24.334	5.846	104	21	18	0
EPS025	10.028	3.381	915	134	121	0
EPSI01	4.948	1.562	601	62	49	1
EPSI03	17.491	4.288	2.726	220	267	59
EPSI04	7.792	3.012	3.359	82	86	5
EPSI05	13.406	3.646	166	115	120	8
EPSI06	6.088	1.756	279	5	7	0
EPSS34	116.693	40.407	10.734	1.608	1.277	133
EPSS40	171.382	20.590	6.364	693	505	87
EPSS41	79.217	28.708	1.924	1.308	1.398	101
ESS024	180.520	69.289	18.477	2.444	1.968	106
ESS062	167.368	48.816	44.349	1.372	1.555	212
ESS091	14.779	12.160	438	228	235	19
ESS118	180.581	62.784	39.907	1.879	1.786	285
ESS207	208.182	75.532	50.548	2.336	2.231	128
Excepción						
RES001	15.829	7.193	1.669	213	153	6
RES003	26.087	10.776	1.442	356	393	68

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Características generales de la población reportada

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 6. Número de casos prevalentes reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

Régimen/EAPB	Casos prevalentes					
	HTA	DM	ERC	ERC 5	TRR	Trasplante renal
Especial						
RES007	1.553	650	1.180	3	3	0
RES009	11	8	5	3	5	2
RES011	588	258	54	1	1	0
REUE05	93	39	0	0	0	0
REUE09	4	3	4	4	4	0
EMP002	13	4	13	6	5	0
No afiliado						
05000	5	0	6	5	6	1
13000	11	8	0	0	0	0
50000	16	4	0	0	0	0
66000	1	0	0	0	0	0
81000	0	0	1	1	0	0
Liquidadas¹	660.998	154.576	91.295	1.514	1.528	157
Nacional	4.903.616	1.599.368	790.117	35.863	39.759	7.596

Para los regímenes especial, de excepción y no afiliado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales. La Secretaría de Salud de Santa Marta (47001), las Direcciones Departamentales de Salud del Tolima (73000), Valle (76000), y Amazonas (91000), y las entidades RES002, RES004 y RES008 no reportaron información.

¹ Casos incluidos en los análisis demográficos que corresponden a las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133), y los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados por alguna entidad en el 2022.

Tabla 7. Número de casos fallecidos reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022

Régimen/EAPB	Casos fallecidos					
	HTA	DM	ERC	ERC 5	TRR	Trasplante renal
Contributivo	57.278	20.896	14.821	2.325	2.278	236
EAS016	71	34	20	1	2	1
EAS027	1.006	376	977	26	25	1
EPS001	602	216	211	30	29	5
EPS002	6.535	2.676	411	298	320	23
EPS005	9.361	3.952	1.744	270	308	56
EPS008	3.433	1.344	792	177	143	10
EPS010	8.139	3.208	3.022	392	303	62
EPS012	803	405	231	35	22	2
EPS017	4.369	1.826	2.636	266	239	10
EPS018	1.550	775	875	62	64	7
EPS037	21.146	5.973	3.825	747	805	58
EPS042	43	20	18	4	0	0
EPS046	60	25	18	2	2	0
EPS048	160	66	41	15	16	1



Tabla 7. Número de casos fallecidos reportados de acuerdo con el tipo de población según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

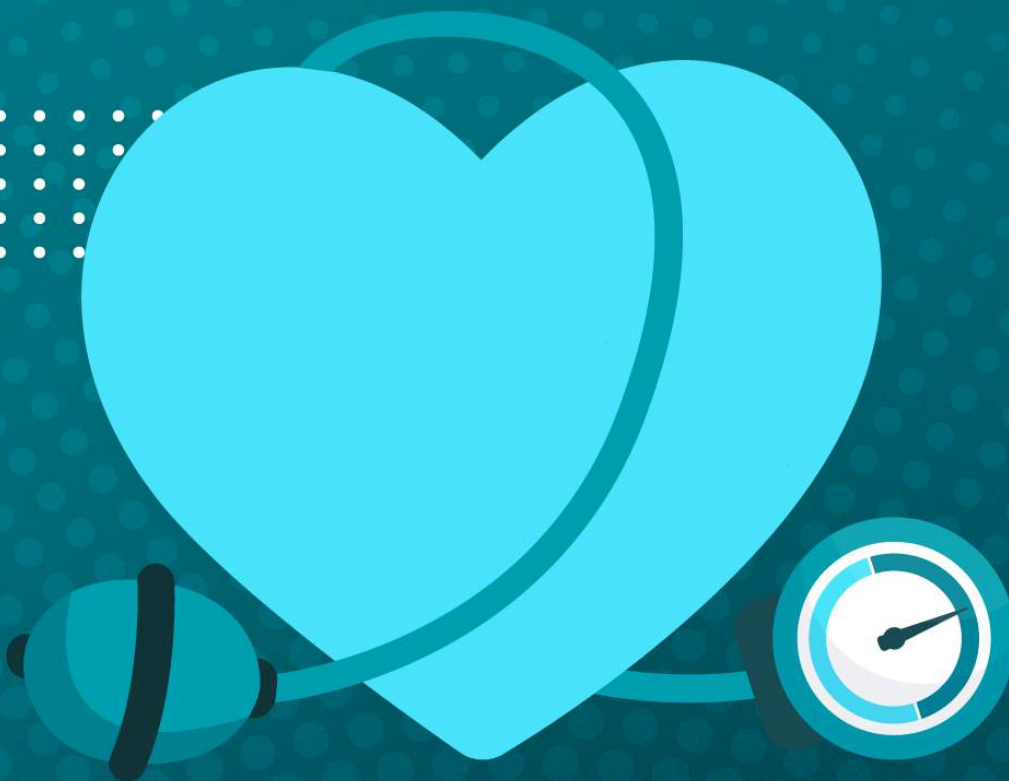
Régimen/EAPB	Casos fallecidos					
	HTA	DM	ERC	ERC 5	TRR	Trasplante renal
Subsidiado	44.116	16.901	8.308	2.077	1.492	34
CCF023	188	74	94	15	15	0
CCF024	1.838	580	115	50	49	0
CCF033	230	60	115	4	2	0
CCF050	371	52	0	0	0	0
CCF055	2.164	568	379	162	160	2
CCF102	152	6	6	0	0	0
EPS022	1.175	255	18	12	13	0
EPS025	344	127	69	31	29	0
EPSI01	106	41	26	11	10	0
EPSI03	598	142	230	34	33	0
EPSI04	129	71	54	13	14	1
EPSI05	512	109	20	17	17	0
EPSI06	156	49	13	0	0	0
EPSS34	4.372	1.548	894	325	196	2
EPSS40	5.824	5.254	645	94	93	6
EPSS41	3.440	460	170	138	140	2
ESS024	5.695	2.190	1.434	341	33	0
ESS062	6.320	1.485	391	226	231	6
ESS091	572	473	45	28	23	1
ESS118	5.338	1.741	2.063	325	207	10
ESS207	4.592	1.616	1.527	251	227	4
Excepción						
RES001	252	137	71	9	8	0
RES003	147	78	73	18	13	0
Especial						
RES007	26	12	26	2	2	0
RES009	2	1	1	1	1	0
RES011	16	5	7	0	0	0
REUE05	5	0	0	0	0	0
REUE09	0	0	0	0	0	0
EMPO02	4	1	4	0	0	0
No afiliado						
05000	0	0	0	0	0	0
13000	0	0	0	0	0	0
50000	0	0	0	0	0	0
66000	0	0	0	0	0	0
81000	0	0	0	0	0	0
Liquidadas¹	27.192	8.317	7.311	599	554	17
Nacional	129.038	46.348	30.622	5.031	4.348	287

Para los regímenes especial, de excepción y no afiliado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales. La Secretaría de Salud de Santa Marta (47001), las Direcciones Departamentales de Salud del Tolima (73000), Valle (76000), y Amazonas (91000), y las entidades RES002, RES004 y RES008 no reportaron información.

¹ Casos incluidos en los análisis demográficos que corresponden a las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133), y los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados por alguna entidad en el 2022.



Población con hipertensión arterial





Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

Se reportaron

453.337 casos nuevos

de HTA, lo que corresponde a un incremento

del 9,74% con respecto al 2021 y a una incidencia cruda de 8,83 casos por 1.000 habitantes.



El 59,47% de los casos incidentes de HTA fueron mujeres y tenían en promedio 59,65 años (DE \pm 14,57).



La IE de HTA más alta se estimó en la región Caribe y en el régimen contributivo.

Se analizaron

4.903.616

personas con HTA,

que equivalen a una prevalencia cruda de 9,55 casos por cada 100 habitantes.



La región Central reportó la mayor cantidad de personas con HTA (n= 1.390.223), y Bogotá, D. C., la mayor PE con 10,70 casos por 100 habitantes.



Con respecto al periodo 2021, la PE se redujo en ambos regímenes, aunque el contributivo (PE= 11,09) se mantiene por encima del subsidiado (PE= 6,73).



La mortalidad cruda para el periodo 2022 fue 259,39 fallecidos por 100.000 habitantes.



El 54,64% de las defunciones ocurrieron en las personas con 80 años o más.



En la región Central se estimó la TME más alta con 276,84 fallecidos por 100.000 habitantes.



La TME para el régimen contributivo y subsidiado fue de 240,68 y 202,59 defunciones por 100.000 afiliados, respectivamente.

Resumen

Capítulo 2. Población con hipertensión arterial



HTA: hipertensión arterial.
DE: desviación estándar.
IE: incidencia estandarizada.
PE: prevalencia estandarizada.
TME: tasa de mortalidad estandarizada.

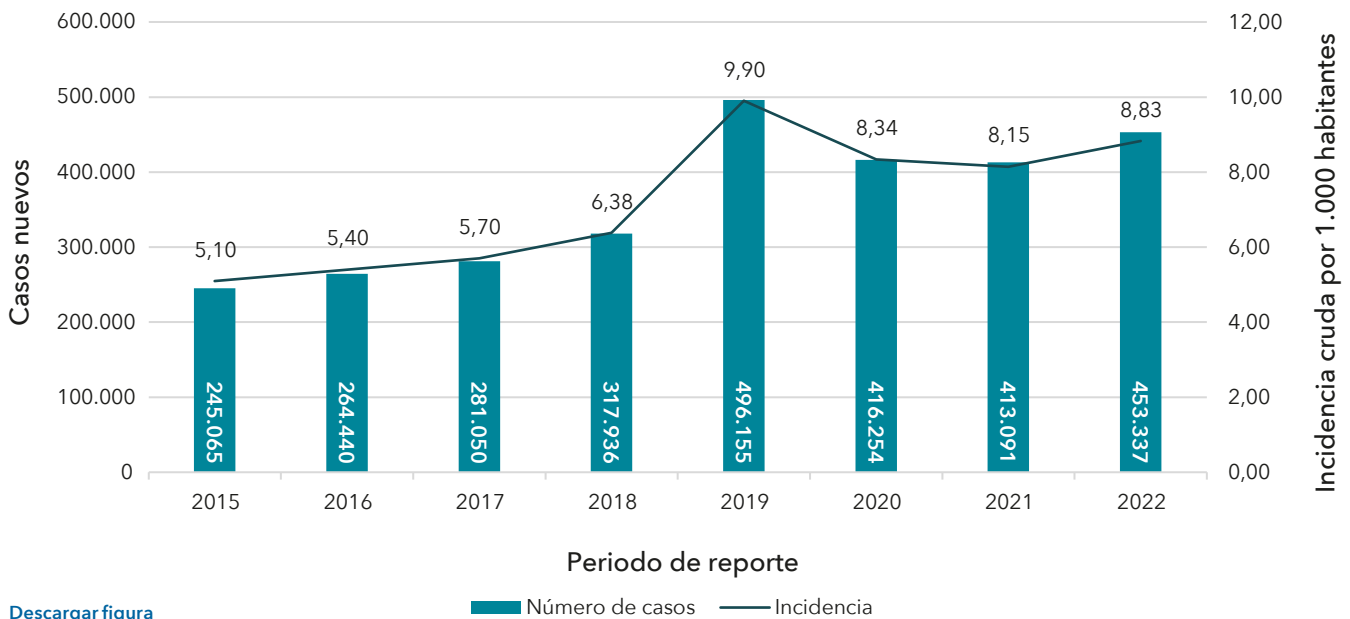
2. Población con hipertensión arterial

2.1. Incidencia de la hipertensión arterial

Para el periodo de estudio se reportaron 453.337 casos nuevos de HTA, 40.246 más que en el 2021, lo cual se representa en un cambio porcentual del 9,74%. De estos, el 59,47% (n= 269.583) fueron mujeres y el promedio de la edad fue de 59,65 años (DE ± 14,57).

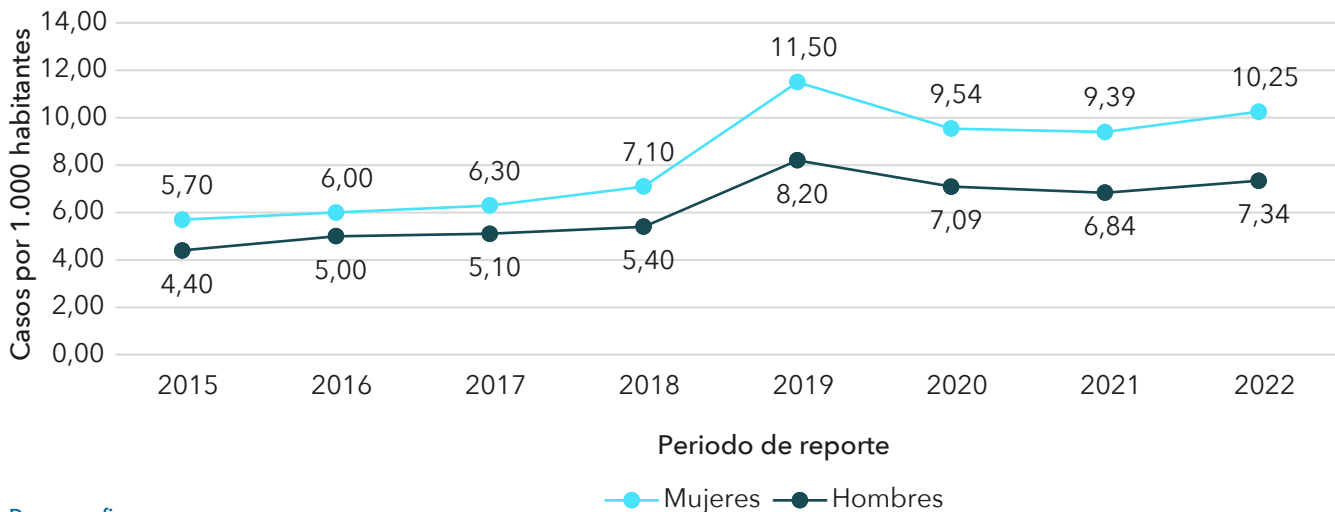
La incidencia cruda de la HTA fue de 8,83 casos nuevos por cada 1.000 habitantes, 8,34% más que el periodo anterior (**figura 6**). En la **figura 7** se observa una tendencia ascendente hasta 2019 en ambos sexos, con un posterior descenso y nuevamente en el 2022 incrementó 9,16% en las mujeres y 7,31% en los hombres frente al 2021.

Figura 6. Tasa de incidencia cruda de la HTA, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

Figura 7. Tasa de incidencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2015 - 2022



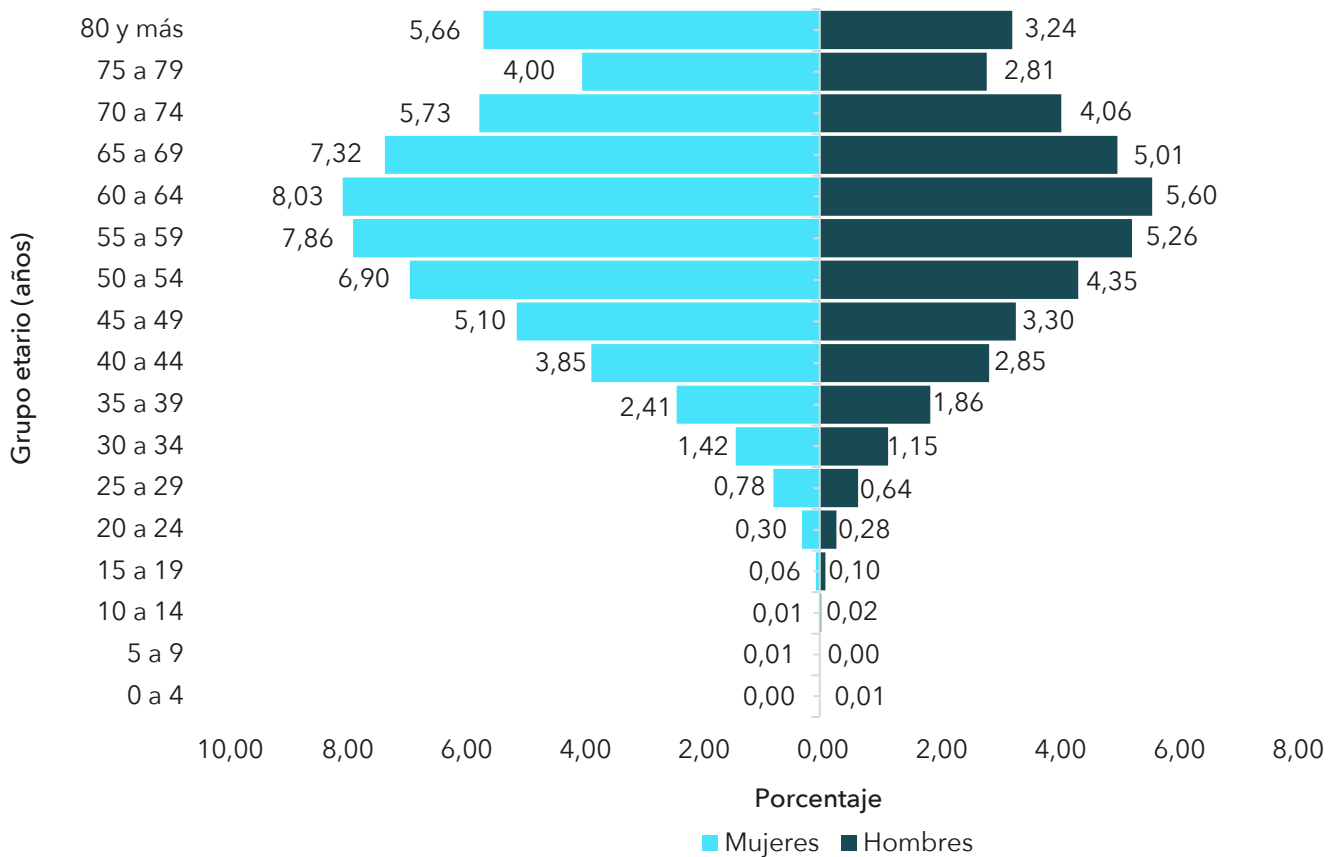
[Descargar figura](#)



Como se observa en la **figura 8**, el 50,33% de los casos nuevos de HTA tenían entre 50 y 69 años, aunque el quinquenio de edad que concentró la mayor cantidad de casos fue el de 60 a 64 años (13,63%, n= 61.782). Por otro lado, el 7,79% (n= 21.711) de los casos incidentes tenían menos de 35 años y el 8,90% (n= 40.366) tenían 80 años o más.

[En HIGIA](#) está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.

Figura 8. Pirámide poblacional de los casos incidentes de HTA, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de HTA.

[Descargar figura](#)

La región Caribe tuvo la mayor incidencia estandarizada (IE) de HTA por 1.000 habitantes, seguida de Bogotá, D. C., (**tabla 8**). En cuanto a los departamentos, los que tuvieron la estimación más alta fueron Atlántico (n= 48.345, IE= 18,66; IC 95% 18,50 - 18,83) y San Andrés, Providencia y Santa Catalina (n= 1.146, IE= 16,53; IC 95% 15,57 - 17,54).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con hipertensión arterial

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 8. Tasa de incidencia de la HTA por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	79.437	7.867.910	10,10	9,57	9,50	9,64
Caribe	132.393	11.678.480	11,34	12,94	12,87	13,01
Central	113.676	12.304.808	9,24	8,54	8,49	8,59
Oriental	62.849	9.719.754	6,47	6,43	6,38	6,48
Pacífica	61.094	8.262.702	7,39	7,17	7,11	7,23
Amazonía-Orinoquía	3.888	1.495.834	2,60	3,76	3,64	3,88
Nacional	453.337	51.329.486	8,83	N.A.	N.A.	N.A.

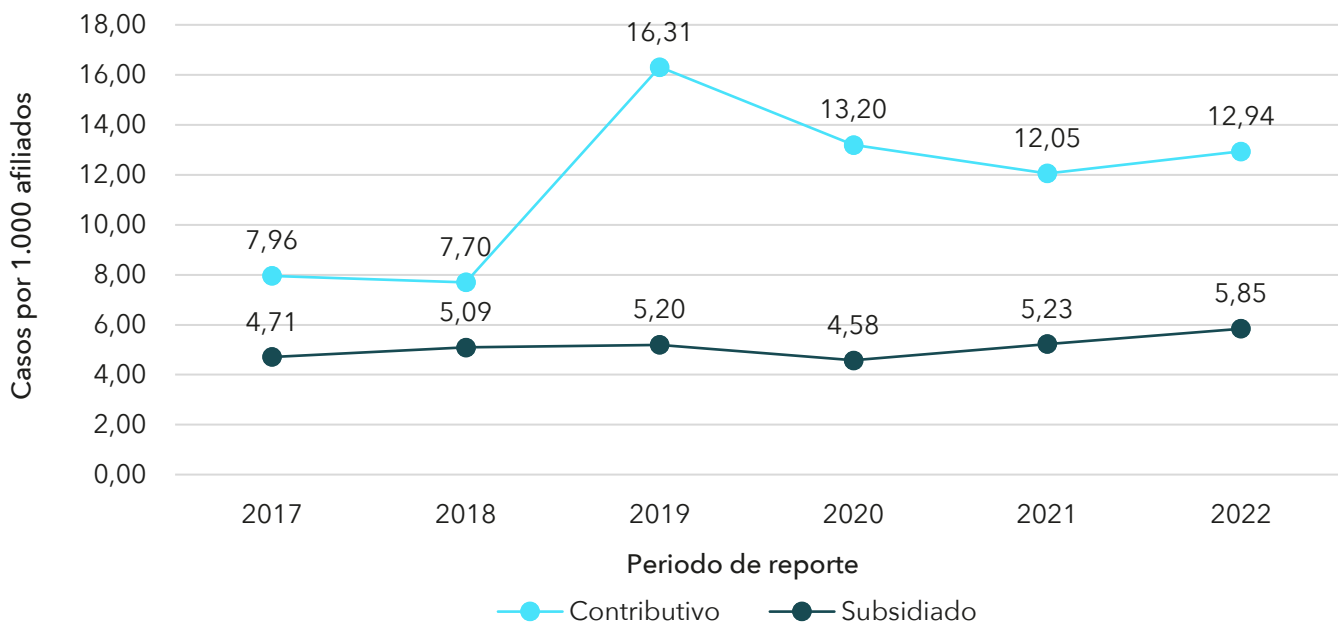
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Con respecto al aseguramiento, el régimen contributivo mostró una tasa estandarizada mayor (IE= 12,94; IC 95% 12,90 - 12,98) que el subsidiado (IE= 5,85; IC 95% 5,81 - 5,88) y la diferencia entre ambos aumentó en 3,87% frente al periodo anterior (**figura 9**).

[El detalle completo de la estimación de la incidencia de la HTA para cada EAPB está disponible en HIGIA](#)

Figura 9. Tasa de incidencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

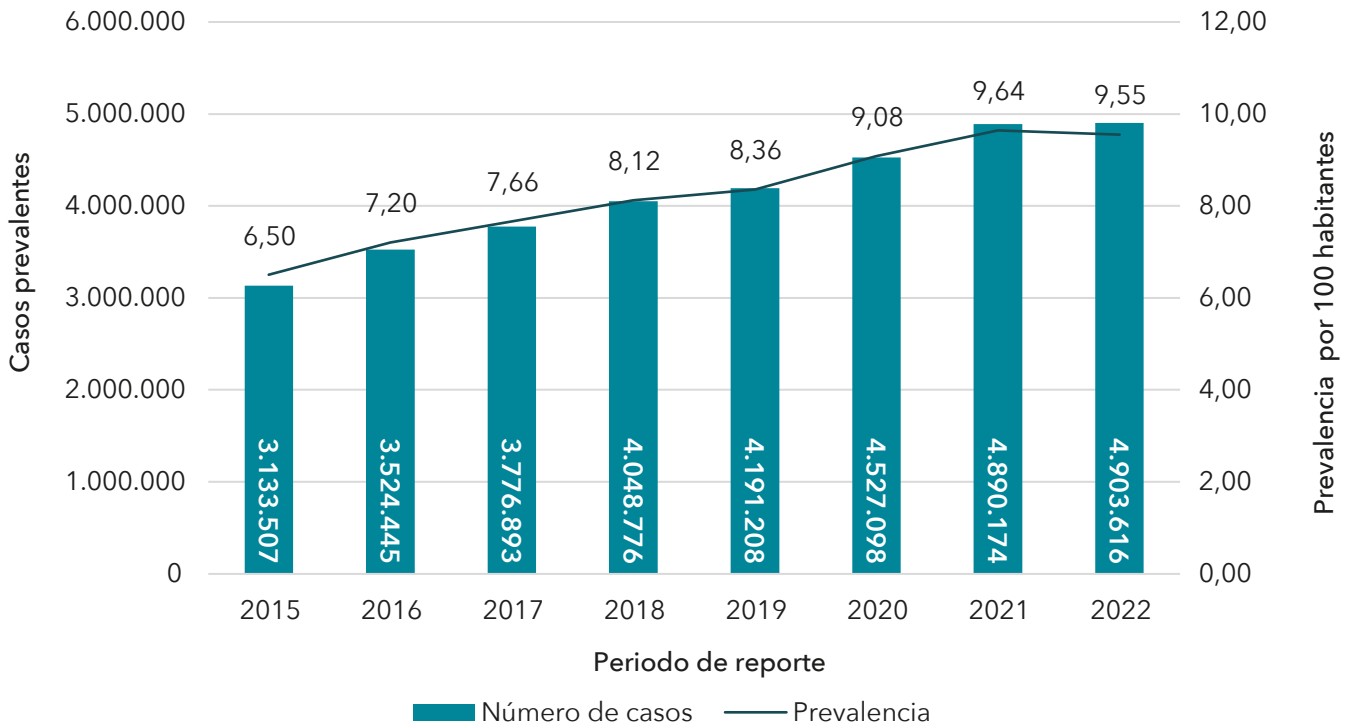
[Descargar figura](#)

2.2. Prevalencia de la hipertensión arterial

Se analizaron 4.903.616 personas con diagnóstico de HTA, que representan una prevalencia cruda de 9,55 casos por cada 100 habitantes y a una reducción en la misma de 0,93% (**figura 10**). En la **figura 11** se observa que desde el 2018 la tendencia de la prevalencia de HTA era ascendente, tanto en las mujeres como en los hombres. Sin embargo, en 2022 este comportamiento cambió y se redujo en 0,79% y 1,03% respectivamente, comparado con el periodo anterior.

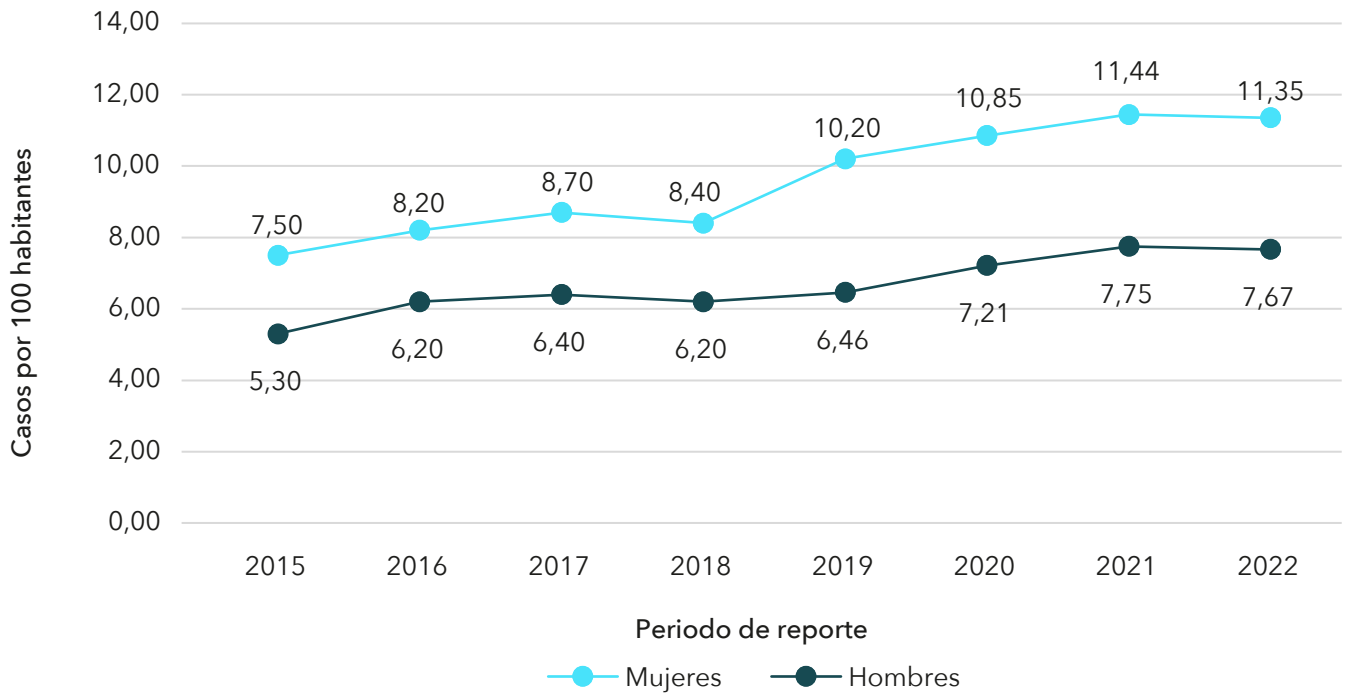


Figura 10. Prevalencia cruda de la HTA, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

Figura 11. Prevalencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con hipertensión arterial

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

La región con la mayor cantidad de casos prevalentes de HTA fue la Central con el 28,35% (n= 1.390.223); sin embargo, la prevalencia estandarizada (PE) más alta se registró en Bogotá, D. C., (**tabla 9**). En cuanto a los departamentos, en Atlántico (n= 318.256, PE= 12,38; IC 95% 12,34 - 12,43) y Bolívar (n= 243.138, PE= 12,22; IC 95% 12,17 - 12,27) se estimaron las PE más altas.

Tabla 9. Prevalencia de la HTA por 100 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	870.651	7.867.910	11,07	10,70	10,67	10,72
Caribe	1.028.556	11.678.480	8,81	10,14	10,12	10,16
Central	1.390.223	12.304.808	11,30	10,29	10,27	10,31
Oriental	740.647	9.719.754	7,62	7,59	7,57	7,61
Pacífica	818.579	8.262.702	9,91	9,40	9,38	9,42
Amazonía-Orinoquía	54.960	1.495.834	3,67	5,44	5,39	5,49
Nacional	4.903.616	51.329.486	9,55	N.A.	N.A.	N.A.

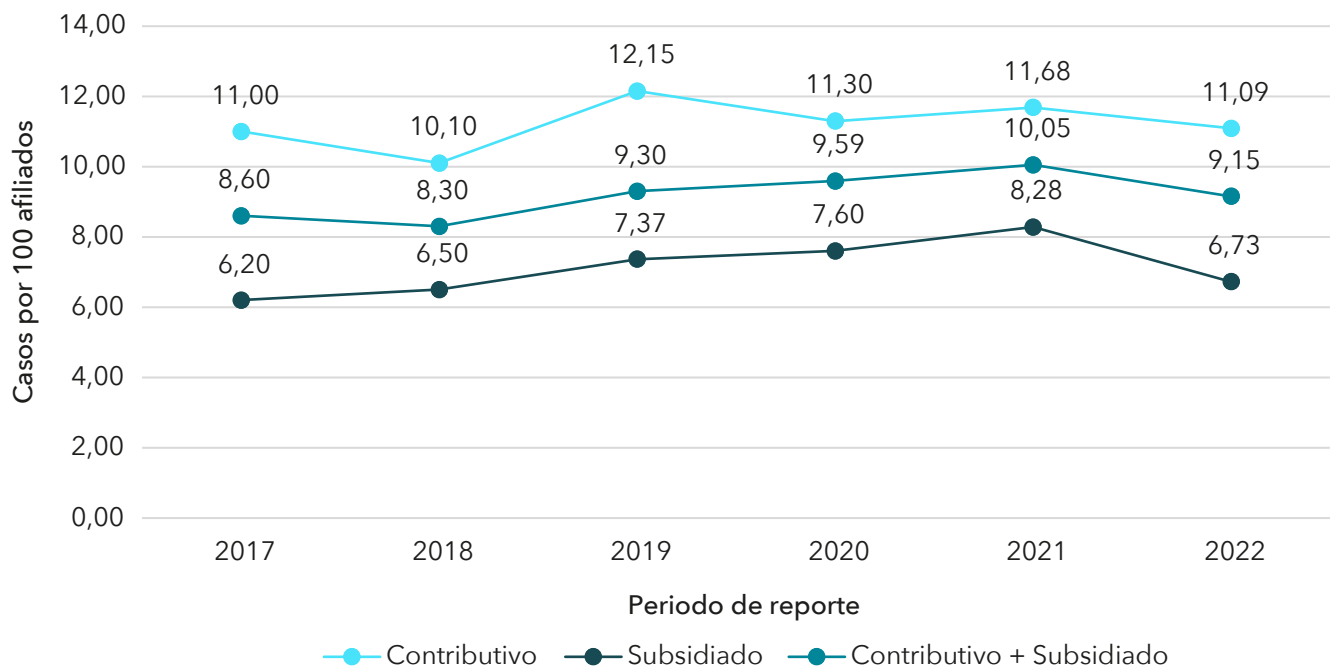
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

En la **figura 12** se observa que la PE disminuyó en el último periodo en ambos regímenes, pero el contributivo (n= 2.819.664; PE= 11,09; IC 95% 11,08 - 11,10) sigue superando al subsidiado (n= 1.378.743; PE= 6,73; IC 95% 6,71 - 6,74). De las EAPB, la EPS048 perteneciente al régimen contributivo presentó la PE más alta (n= 12.628; PE= 18,98, IC 95% 18,65 - 19,31) mientras que en el subsidiado fue la ESS118 con 8,96 casos por 100 afiliados (IC 95% 8,92 - 9,00).

[En HIGIA podrá consultar con mayor detalle las estimaciones a nivel demográfico y del aseguramiento.](#)

Figura 12. Prevalencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022. La prevalencia combinada (contributivo + subsidiado) corresponde a una medida cruda.

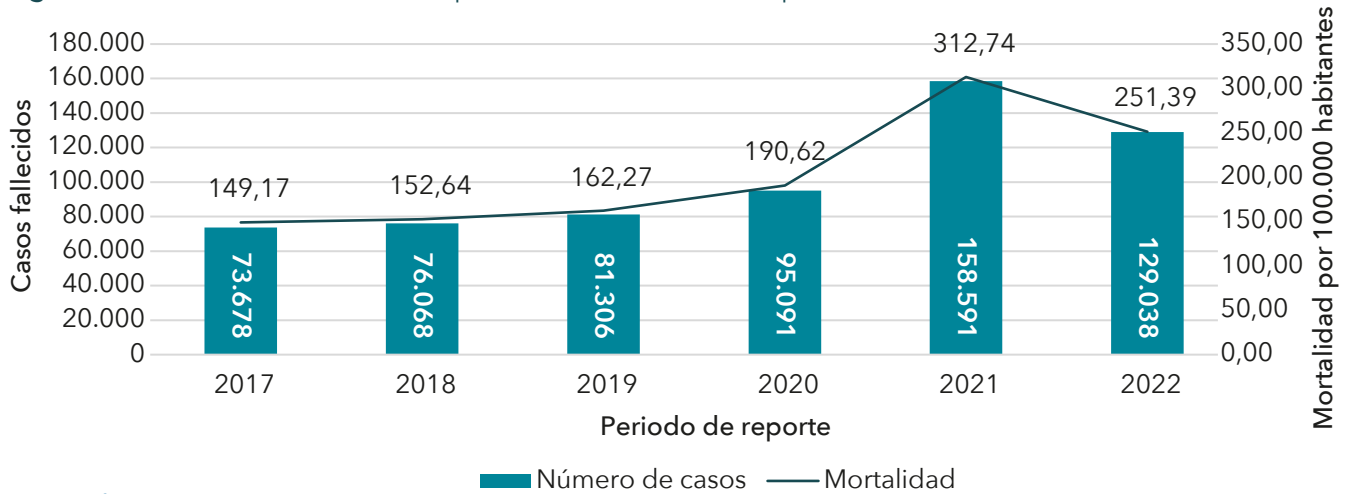
[Descargar figura](#)



2.3. Mortalidad por todas las causas en la población con hipertensión arterial

Durante el periodo se informaron 129.038 personas con diagnóstico de HTA fallecidas por todas las causas, de las cuales, el 53,50% (n= 69.029) fueron mujeres. La mortalidad cruda fue de 251,39 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que significó una reducción del 19,62% con respecto al periodo anterior (**figura 13**).

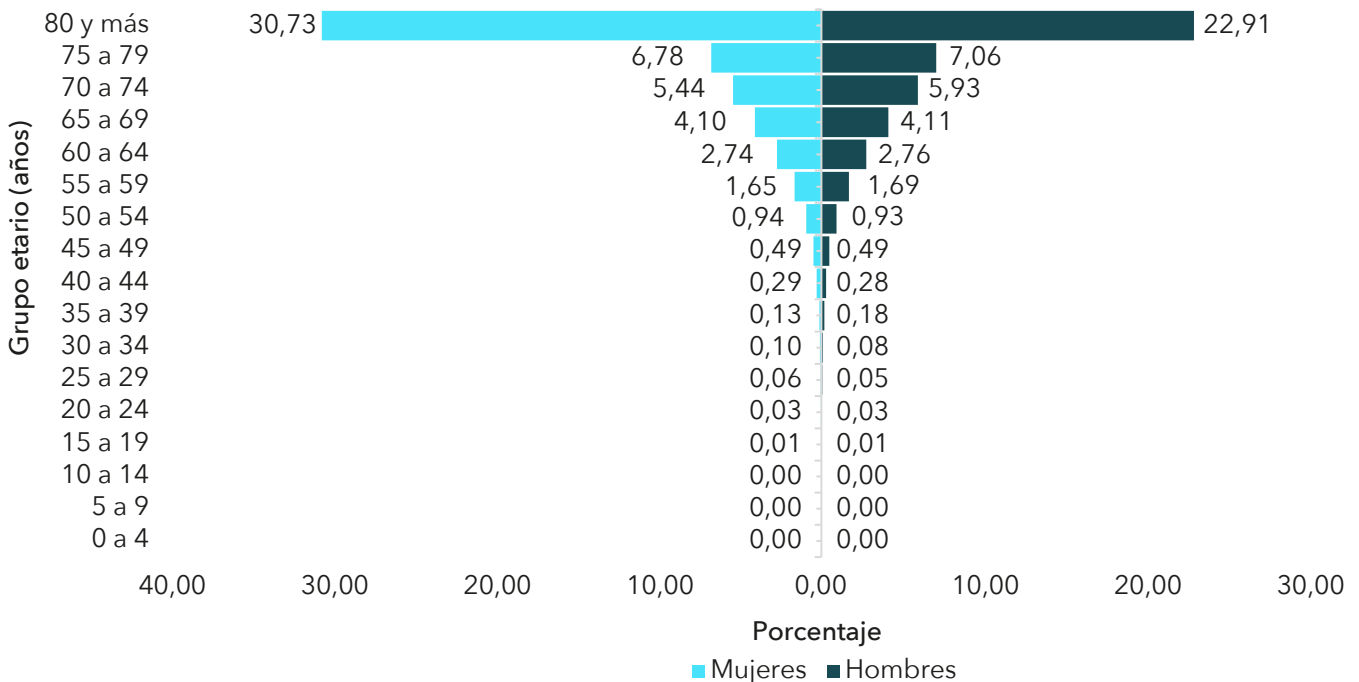
Figura 13. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con HTA, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

Del total de personas, el 30,73% (n= 39.648) eran mujeres y el 22,91% (n= 29.564) hombres con HTA que murieron a la edad de 80 años o más; adicionalmente, del total de fallecidos, el 25,21% (n= 32.527) se concentró entre los 70 y 79 años de edad (**figura 14**).

Figura 14. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con hipertensión arterial

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

El 29,26% (n= 37.757) de las personas con HTA que murieron por todas las causas provenían de la región Central, que también registró la mayor tasa de mortalidad estandarizada (TME) (**tabla 10**). Entre los departamentos, Huila (n= 3.240; TME= 311,24; IC 95% 300,61 - 322,14) y Risaralda (n= 3.997; TME= 309,56; IC 95% 300,02 - 319,35) presentaron la estimación más alta de este indicador.

En el marco del aseguramiento, el régimen contributivo registró el mayor número de muertes en las personas con HTA (n= 57.278), e igualmente, la mayor TME con 240,68 defunciones por 100.000 afiliados (IC 95% 238,71 - 242,66); para el subsidiado, este valor fue de 202,59 (IC 95% 200,70 - 204,49). La EAS027, del régimen contributivo, obtuvo la estimación más alta con una TME de 390,26 defunciones por 100.000 afiliados (IC 95% 347,00 - 480,02), mientras que, del subsidiado, fue la EPSS34 (n= 4.372; TME= 307,95, IC 95% 298,88 - 317,25).

[La estimación para cada desagregación demográfica y del aseguramiento se puede consultar en la plataforma HIGIA](#)

Tabla 10. Mortalidad por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	19.703	7.867.910	250,42	255,94	252,37	259,54
Caribe	23.617	11.678.480	202,23	240,46	237,40	243,55
Central	37.757	12.304.808	306,85	276,84	274,05	279,65
Oriental	22.719	9.719.754	233,74	231,16	228,17	234,19
Pacífica	23.556	8.262.702	285,09	250,72	247,52	253,95
Amazonía-Orinoquía	1.686	1.495.834	112,71	186,96	178,09	196,12
Nacional	129.038	51.329.486	251,39	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

En el 2,14% de los pacientes con HTA que fallecieron, la causa fue la enfermedad cardiovascular, mientras que el 1,98% se atribuyó a ERC. El 80,60% de las defunciones no tenía información y para el 13,95% la causa no fue especificada.

En conclusión, se observó un incremento en los casos nuevos de HTA informados, mientras que la mortalidad en esta población se redujo con respecto al periodo anterior. El comportamiento de estos dos indicadores no logró impactar notoriamente la prevalencia, la cual mostró un leve descenso frente al periodo anterior.



Población con **diabetes mellitus**





Resumen






Capítulo 3. Población con diabetes mellitus

Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

En el periodo 2022, se reportaron
159.149 casos nuevos
de DM, 9,97% menos que en el 2021.

-  El 59,15% (n= 94.136) de los casos nuevos de DM fueron mujeres y el promedio de edad fue de 60,07 años (DE ± 14,05).
-  La región Caribe y Bogotá, D. C., registraron la IE más alta con 4,45 y 3,76 casos nuevos por 1.000 habitantes.

Se informaron
1.599.368 casos de DM,
corresponden a una prevalencia cruda
de 3,12 casos por 100 habitantes.

-  La PE de DM fue de 3,89 por cada 100 afiliados para el régimen contributivo y de 2,17 para el subsidiado.
-  Entre las personas con DM, 46.348 fallecieron en el periodo y de ellas 25.109 fueron mujeres.
-  La mortalidad cruda nacional fue de 90,30 defunciones por cada 100.000 habitantes, y se redujo en un 22,29% con respecto al 2021.
-  Del total de las defunciones, el 26,10% ocurrieron en mujeres y el 18,19% en los hombres con 80 o más años.
-  La TME del régimen contributivo fue más alta que la del subsidiado, con 86,99 muertes por cada 100.000 afiliados.



DM: diabetes mellitus.
DE: desviación estándar.
IE: incidencia estandarizada.
PE: prevalencia estandarizada.
TME: tasa de mortalidad estandarizada.



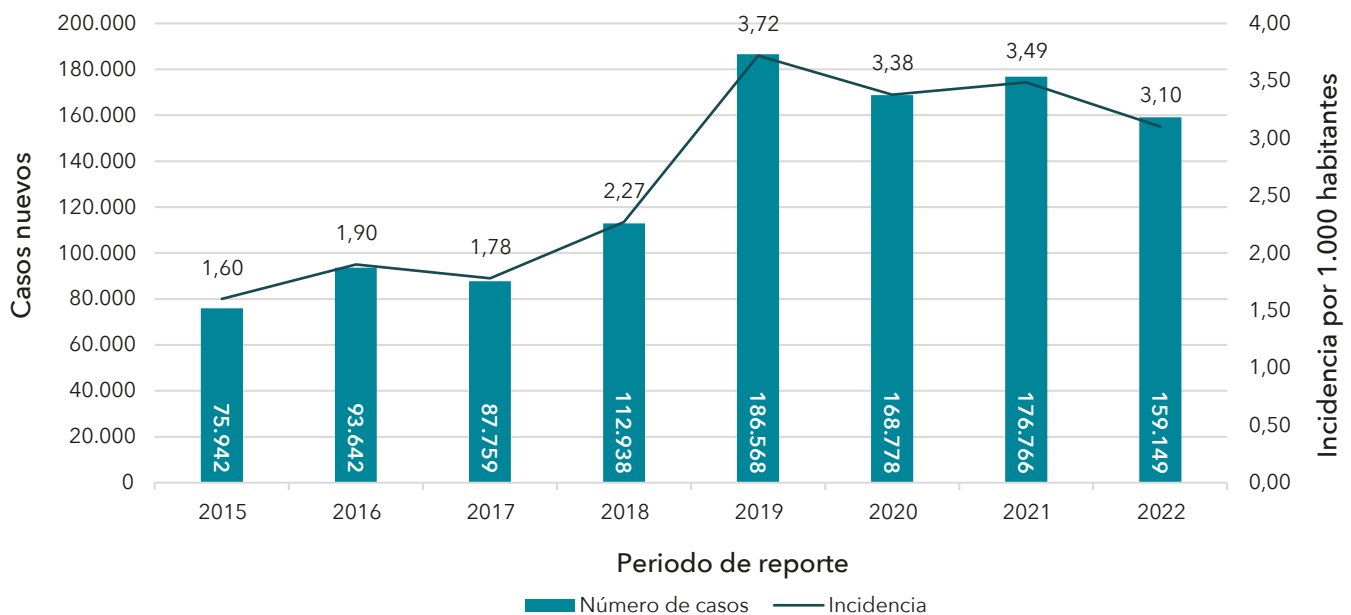
3. Población con diabetes mellitus

3.1. Incidencia de la diabetes mellitus

Durante el periodo, se reportaron 159.149 casos nuevos de DM, lo cual significa una disminución del 9,97% (n= 17.617) con respecto al 2021. Como consecuencia, la tasa incidencia cruda se redujo en 0,39 casos por 1.000 habitantes (**figura 15**).

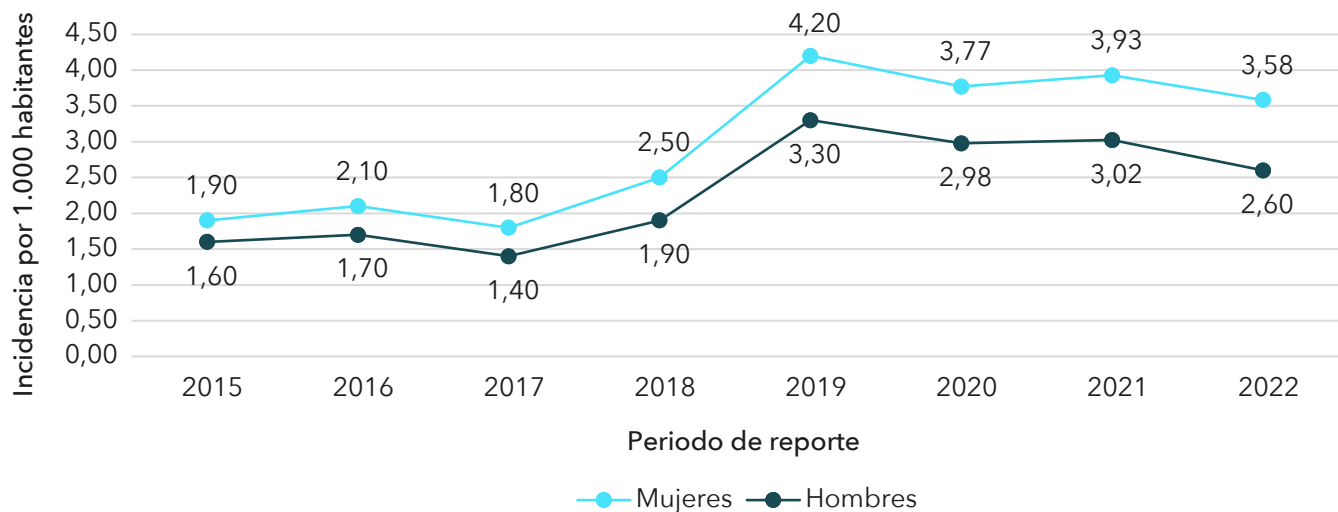
Del total de las personas con nuevo diagnóstico de DM, el 59,15% fueron mujeres (n= 94.136) y el promedio de edad fue 60,07 años (DE ± 14,05). En la **figura 16** se muestra que la tasa de incidencia de DM, con respecto al 2021, se redujo en 8,91% para las mujeres y en 13,91% para los hombres.

Figura 15. Tasa de incidencia cruda de la DM, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

Figura 16. Tasa de incidencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

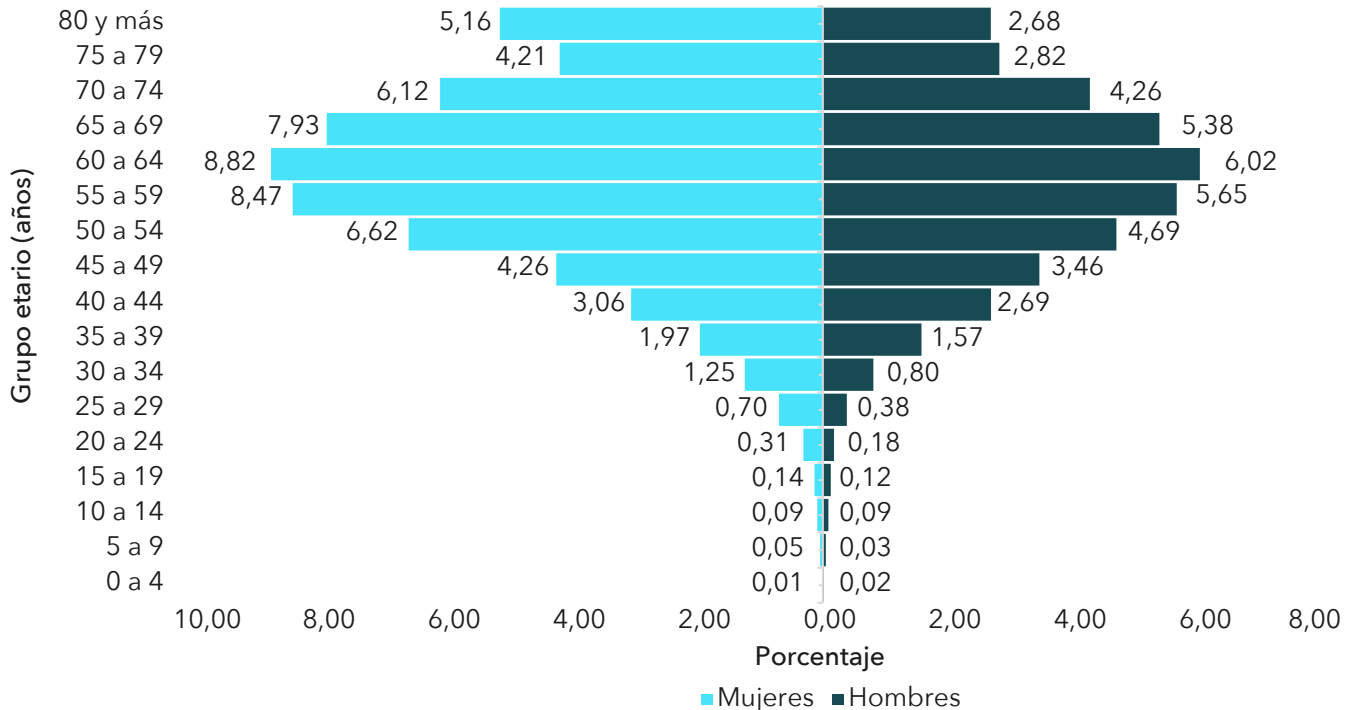
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con diabetes mellitus

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

El 14,84% de los casos nuevos de DM tenían entre 60 y 64 años, pero en general, el 63,94% (n= 101.766) se concentraron entre los 50 y 74 años (**figura 17**); además, el 4,18% de los casos incidentes (n= 6.657) se diagnosticaron entre los menores de 35 años.

Figura 17. Pirámide poblacional de los casos incidentes de DM, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de DM.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 11** se muestra la IE de DM desagregada por las regiones. Las regiones Caribe y Bogotá, D. C., tuvieron las estimaciones más altas. De los departamentos, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Atlántico presentaron las IE más altas (n= 485, IE= 6,94; IC 95% 6,33 - 7,61) y (n= 17.030, IE= 6,54; IC 95% 6,44 - 6,63), respectivamente).

[En HIGIA](#) está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.

Tabla 11. Tasa de incidencia de la DM por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	31.030	7.867.910	3,94	3,76	3,72	3,80
Caribe	45.632	11.678.480	3,91	4,45	4,41	4,49
Central	34.312	12.304.808	2,79	2,56	2,53	2,59
Oriental	25.146	9.719.754	2,59	2,58	2,54	2,61
Pacífica	21.078	8.262.702	2,55	2,47	2,44	2,50
Amazonía-Orinoquía	1.951	1.495.834	1,30	1,84	1,76	1,93
Nacional	159.149	51.329.486	3,10	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

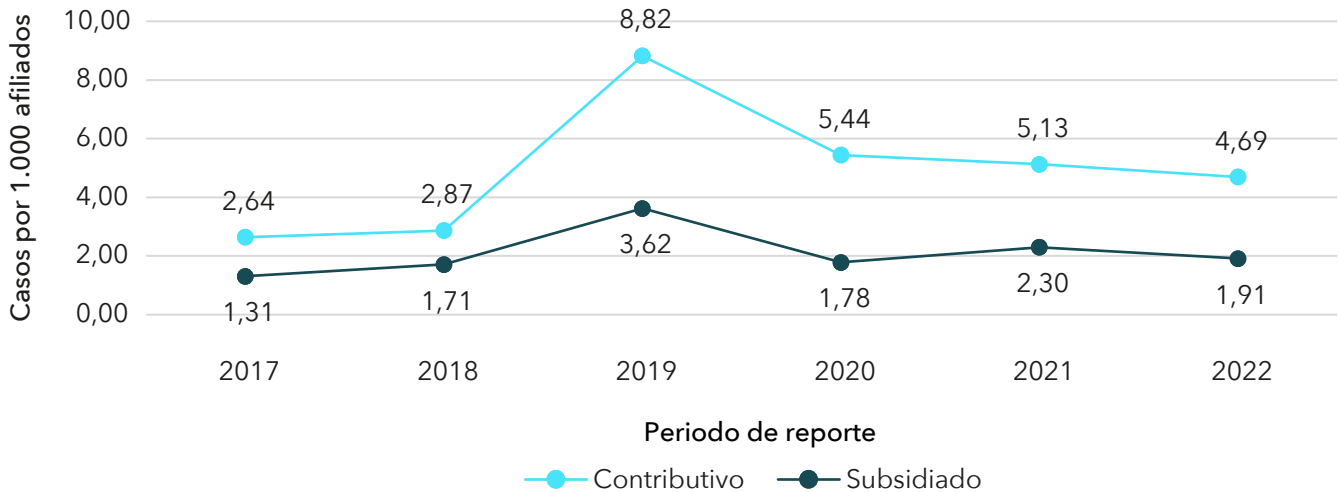
² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.



En la **figura 18** se observa que la IE de la DM por 1.000 afiliados se redujo en ambos regímenes en comparación con el periodo anterior, y la del contributivo (IE= 4,69; IC 95% 4,67 - 4,72) se mantiene por encima de la del subsidiado (IE= 1,91; IC 95% 1,89 - 1,93).

[En HIGIA podrá consultar con mayor detalle las estimaciones de morbilidad en el aseguramiento.](#)

Figura 18. Tasa de incidencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



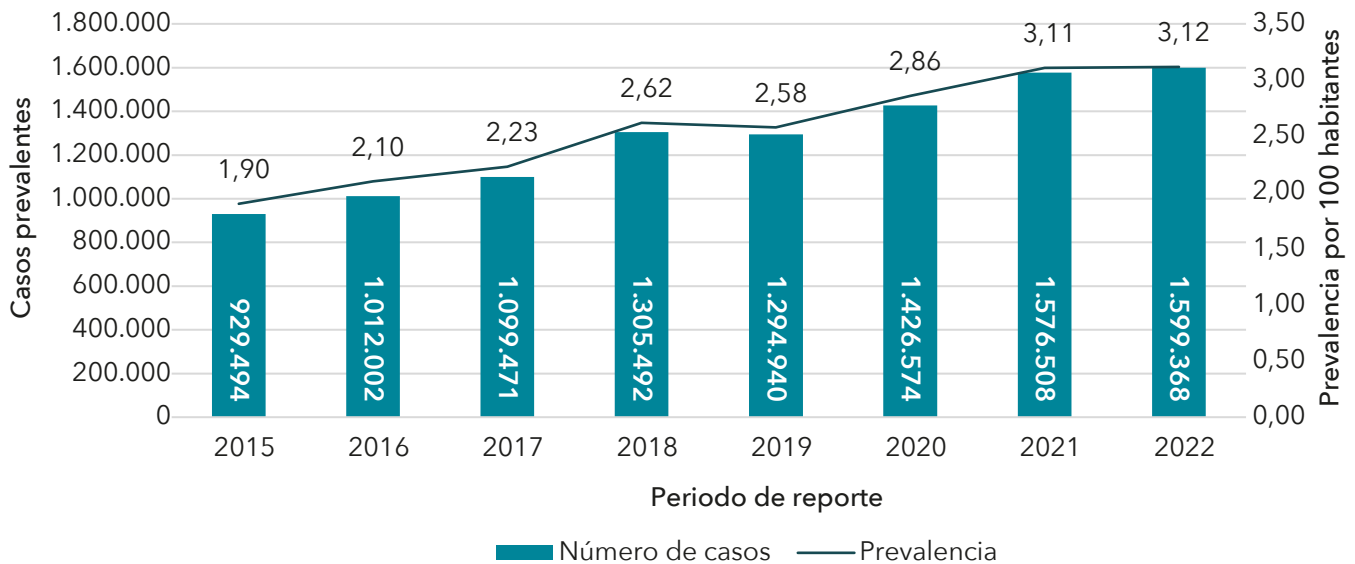
La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

[Descargar figura](#)

3.2. Prevalencia de la diabetes mellitus

Entre el 1° de julio de 2021 y el 30 de junio de 2022 se notificaron 1.599.368 personas con diagnóstico de DM, lo que corresponde a una prevalencia de 3,12 casos por cada 100 habitantes, e indica un aumento del 1,45% en el número de casos comparado con el periodo anterior (**figura 19**). Como se observa en la **figura 20**, la prevalencia de DM en 2022 se incrementó 0,28% en las mujeres, y 0,66% en los hombres.

Figura 19. Prevalencia cruda de la DM, Colombia 2015 - 2022



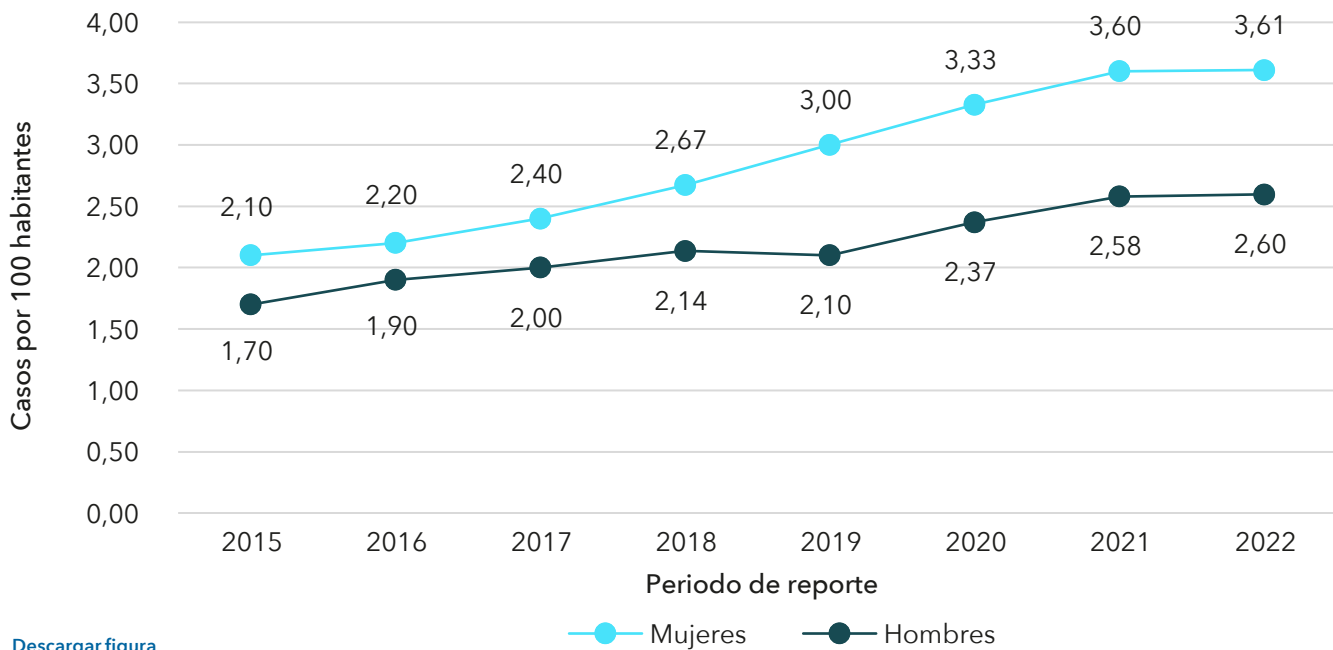
[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con diabetes mellitus

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 20. Prevalencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

En la **tabla 12** se evidencia que la PE de DM por 100 habitantes más alta para las regiones se registró en Bogotá, D. C., seguida por la Pacífica. Los departamentos con las estimaciones más altas fueron Valle del Cauca (n= 216.477, PE= 4,20; IC 95% 4,18 - 4,22), Atlántico (n= 104.420, PE= 4,05; IC 95% 4,03 - 4,08) y Bolívar (n= 77.837, PE= 3,92; IC 95% 3,89 - 3,95).

[La información de todos los departamentos y municipios está disponible al público en general en la plataforma **HIGIA**](#)

Tabla 12. Prevalencia de la DM por 100 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	296.061	7.867.910	3,76	3,64	3,63	3,65
Caribe	326.223	11.678.480	2,79	3,21	3,20	3,22
Central	410.896	12.304.808	3,34	3,03	3,03	3,04
Oriental	266.626	9.719.754	2,74	2,73	2,72	2,74
Pacífica	279.925	8.262.702	3,39	3,23	3,22	3,24
Amazonía-Orinoquía	19.637	1.495.834	1,31	1,90	1,87	1,92
Nacional	1.599.368	51.329.486	3,12	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

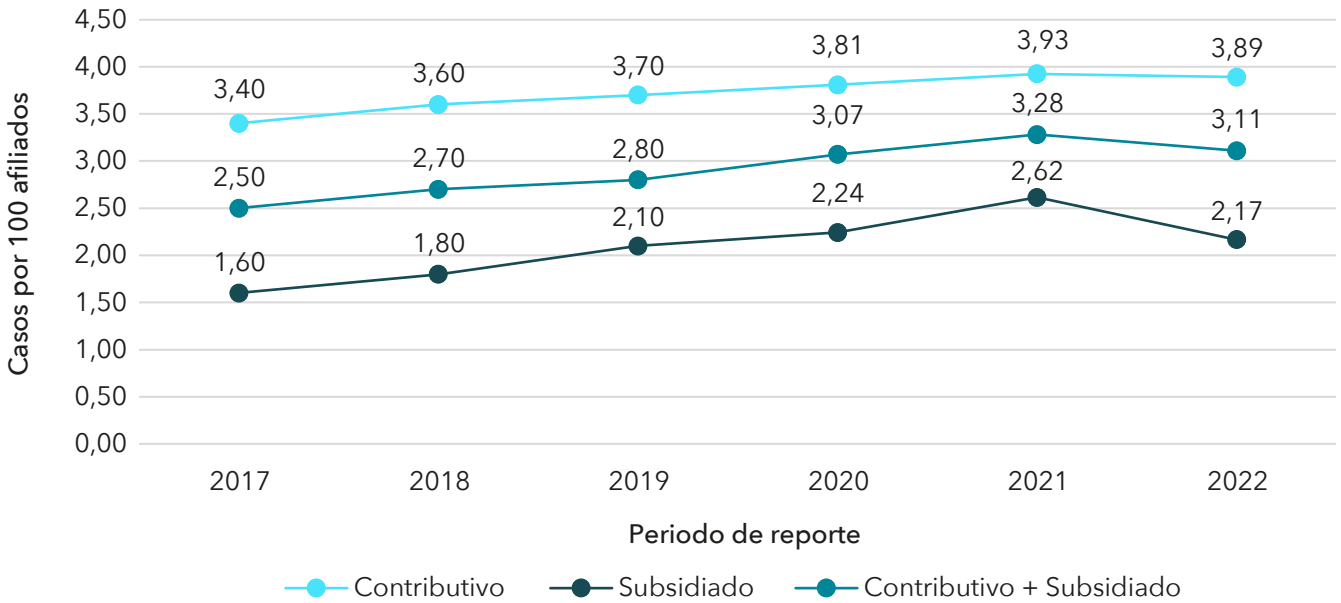
² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

En relación con el aseguramiento, la PE de la DM fue más alta en el régimen contributivo, comparado con el subsidiado ((n= 987.437, PE= 3,89, IC 95% 3,88 - 3,90) y (n= 438.412, PE= 2,17, IC 95% 2,16 - 2,17), respectivamente), pero frente a la tendencia ascendente de periodos previos, para el 2022 la PE disminuyó, especialmente en el subsidiado (**figura 21**). Por EAPB, la EPS048, perteneciente al régimen contributivo, registró la PE más alta con 7,58 casos por 100 afiliados (IC 95% 7,37 - 7,79) y en el subsidiado, fue la ESS207, con 6,01 (IC 95% 5,62 - 6,43).

[El detalle completo de la estimación de la incidencia de la DM para cada EAPB está disponible en la plataforma **HIGIA**](#)



Figura 21. Prevalencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



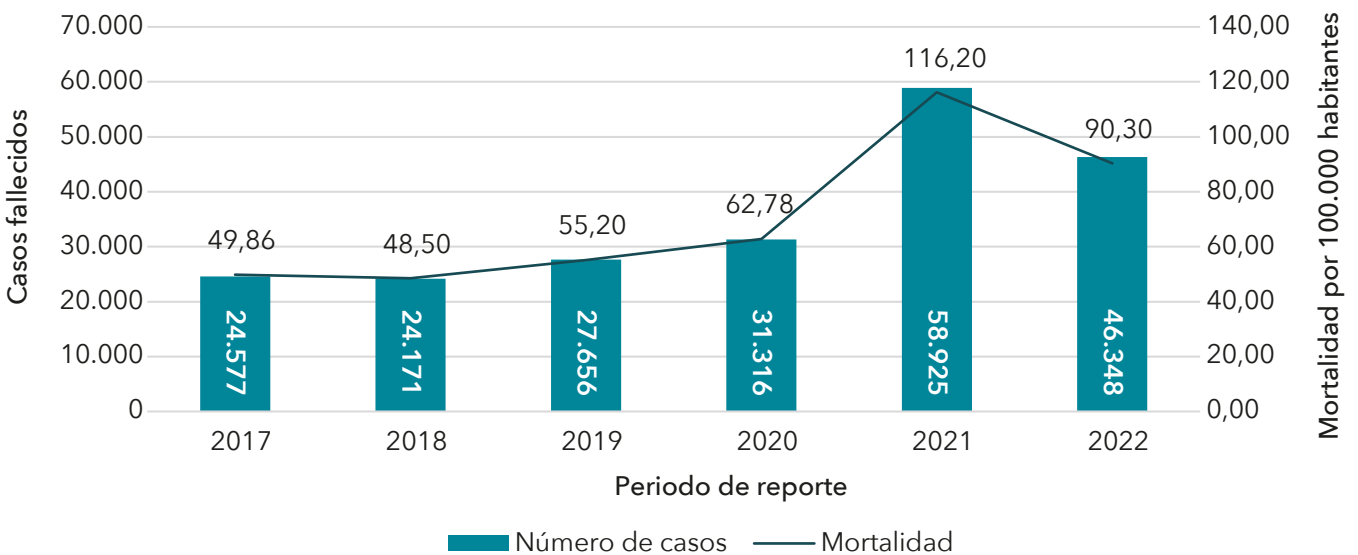
La población de referencia es la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022. La prevalencia combinada (del contributivo + subsidiado) corresponde a una medida cruda.

[Descargar figura](#)

3.3. Mortalidad por todas las causas en la población con diabetes mellitus

Durante el periodo de estudio se informaron 46.348 personas con diagnóstico de DM fallecidas por todas las causas. De estos, el 54,17% (n= 25.109) fueron mujeres. La tasa de mortalidad para la DM fue de 90,30 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo cual significó una reducción del 22,29% con respecto al 2021 (**figura 22**).

Figura 22. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con DM, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

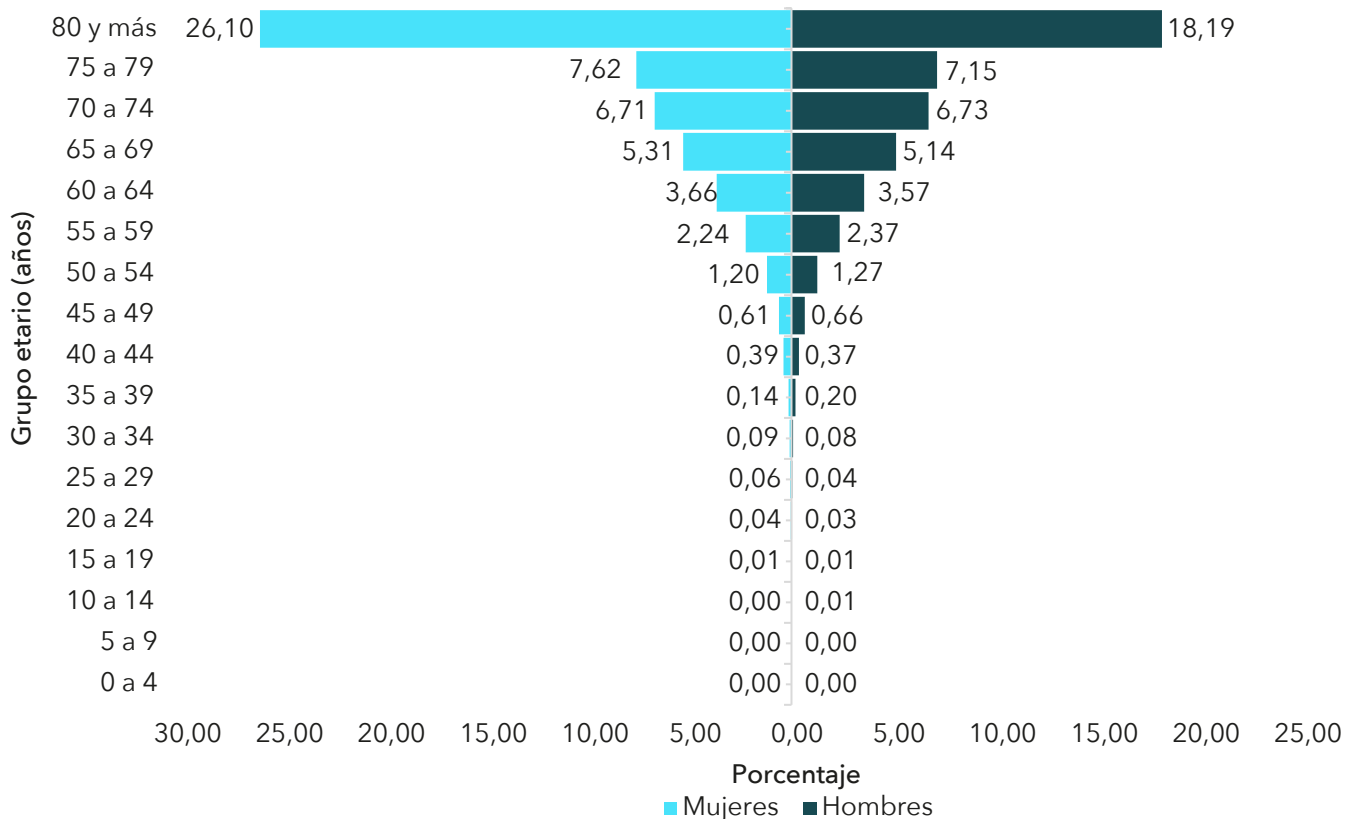
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con diabetes mellitus

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

La mayoría de las personas con DM que murieron por todas las causas se concentraron en el rango de edad de 80 años o más con el 44,29% (n= 20.528). Del total de las defunciones, el 26,10% eran mujeres y el 18,19% eran hombres que estaban en este grupo etario. Por otro lado, el 38,66% de los casos fallecidos tenían entre 65 y 79 años (n= 17.918), mientras que el 0,04% (n= 18) fueron menores de 20 años (**figura 23**).

Figura 23. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de DM, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos con diagnóstico de DM.

[Descargar figura](#)

En la región Central se presentaron 16.132 defunciones, que representan una TME de 118,06 muertes por 100.000 habitantes (**tabla 13**). Entre los departamentos, Antioquia y Meta tuvieron las estimaciones más altas con 145,77 (IC 95% 142,96 - 148,61) y 125,78 (IC 95% 118,53 - 133,35), respectivamente.

[En HIGIA podrá consultar con mayor detalle las estimaciones de morbilidad a nivel demográfico.](#)



Tabla 13. Mortalidad por todas las causas en las personas con DM por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	6.880	7.867.910	87,44	88,63	86,55	90,75
Caribe	7.229	11.678.480	61,90	73,31	71,62	75,02
Central	16.132	12.304.808	131,10	118,06	116,25	119,90
Oriental	7.550	9.719.754	77,68	77,05	75,32	78,80
Pacífica	8.020	8.262.702	97,06	86,76	84,87	88,69
Amazonía-Orinoquía	537	1.495.834	35,90	57,88	53,06	63,00
Nacional	46.348	51.329.486	90,30	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

Se reportaron 20.896 fallecidos en el régimen contributivo (TME= 86,99; IC 95% 85,82 - 88,18) y 16.901 en el subsidiado (TME= 78,72; IC 95% 77,53 - 79,92). La EAS027 presentó la mortalidad estandarizada más alta en el contributivo (TME= 179,63; IC 95% 141,10 - 269,60) y la EPSS40 en el subsidiado (TME= 250,98; IC 95% 244,22 - 257,89).

[La estimación para cada EAPB del país se puede consultar en la plataforma HIGIA](#)

En el 2,85% de los pacientes con DM que fallecieron, la causa fue la enfermedad cardiovascular, mientras que en el 2,43% se atribuyó a ERC. El 77,94% de las defunciones no tenía información y para el 15,10% la causa no fue especificada.

Para concluir, el perfil epidemiológico de la DM mostró un descenso en la incidencia y la mortalidad, mientras que, la prevalencia se mantuvo prácticamente estable.

4

Población con enfermedad renal crónica





Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022







Resumen

Capítulo 4. Población con enfermedad renal crónica

Se reportaron

114.745 casos nuevos




de ERC, es decir, 39.943 personas menos que en 2021.

-  En el 39,72% de los casos nuevos, la estadificación de la ERC fue desconocida.
-  La prevalencia cruda de la ERC fue de 1,54 casos por 100 habitantes.
-  Al 24,30% de los casos prevalentes de ERC se le atribuyó como etiología la enfermedad vascular renal y al 20,18% la DM.
-  El 73,90% de los pacientes prevalentes de ERC tenían 60 años o más y el 58,16% eran mujeres.
-  En Bogotá, D. C., y la región Pacífica se estimaron las PE de ERC más altas.
-  El régimen contributivo tuvo una PE mayor que el subsidiado, con 1,90 casos por 100 afiliados.

El

33,90% de los casos prevalentes

se clasificaron en los estadios 1 y 2, mientras que el 4,54% en el estadio 5.

-  Se informaron 30.622 defunciones por todas las causas en las personas con ERC y el promedio de edad fue de 78,55 años (DE \pm 12,98).
-  La mortalidad por todas las causas en la población con ERC fue de 59,66 fallecidos por 100.000 habitantes, un 19,85% menos que en el 2021.
-  La mayoría de las muertes, tanto en las mujeres como en los hombres con ERC ocurrieron en el estadio 3, con el 31,13% y el 31,19%, respectivamente.



ERC: enfermedad renal crónica.
PE: prevalencia estandarizada.
DE: desviación estándar.

4. Población con enfermedad renal crónica

4.1. Incidencia de la enfermedad renal crónica

Para el periodo 2022 se informaron 114.745 casos nuevos de ERC, lo que se traduce en una reducción del 25,82% (n= 39.943) con respecto al 2021. De estos, el 54,08% (n= 62.058) fueron mujeres y el promedio de la edad fue de 61,17 años (DE ± 16,57). En la **figura 24** se observa que desde el 2016, la incidencia cruda de ERC presenta una tendencia decreciente, y en el último periodo se redujo en 0,81 casos por 1.000 habitantes.

Figura 24. Tasa de incidencia cruda de la ERC, Colombia 2015 - 2022

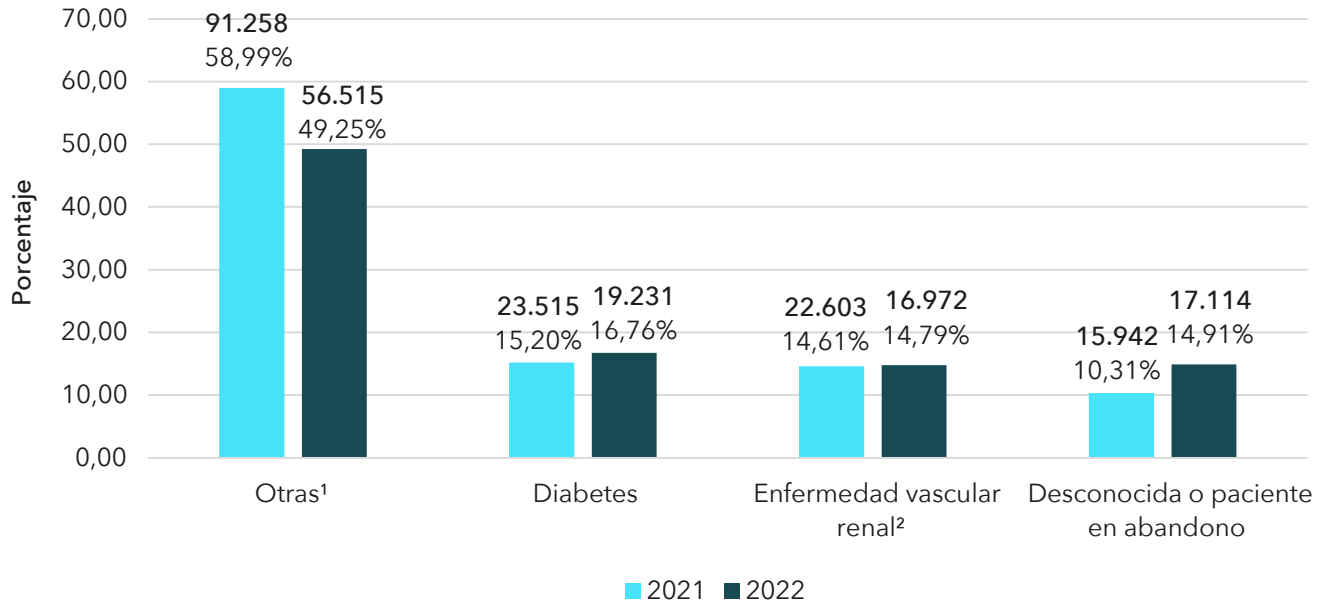


[Descargar figura](#)

Como se muestra en la **figura 25**, el 16,76% de los casos nuevos de ERC en el 2022 fue atribuido a la DM, mientras que el 14,79% estuvo relacionado con la enfermedad vascular renal. Dentro de la categoría de otras etiologías se incluyó un 4,81% de casos que reportaron litiasis, obstrucción del cuello de la vejiga, enfermedad poliquística renal y otras causas con una frecuencia inferior al 0,50%, que se listan en el pie de la gráfica. Además, comparado con el 2021, el porcentaje de los pacientes en abandono o sin etiología conocida se incrementó en un 44,62%.



Figura 25. Distribución de los casos incidentes de ERC según la etiología, Colombia 2021 - 2022



¹ Incluye glomeruloesclerosis focal y segmentaria, glomerulopatía familiar o genética, nefritis intersticial, nefropatía postparto, paraproteinemia (incluye mieloma múltiple), displasia o hipoplasia renal congénita y carcinoma renal.

² Incluye nefroangioesclerosis por hipertensión arterial.

[Descargar figura](#)

El 70,05% de los nuevos casos de ERC tenía 55 años o más (n= 80.379) y el 13,16% (n= 15.101) pertenecía al grupo de 65 a 69 años. Adicionalmente, el 2,12% de estas personas tenía menos de 20 años (n= 2.437).

[En HIGIA está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.](#)

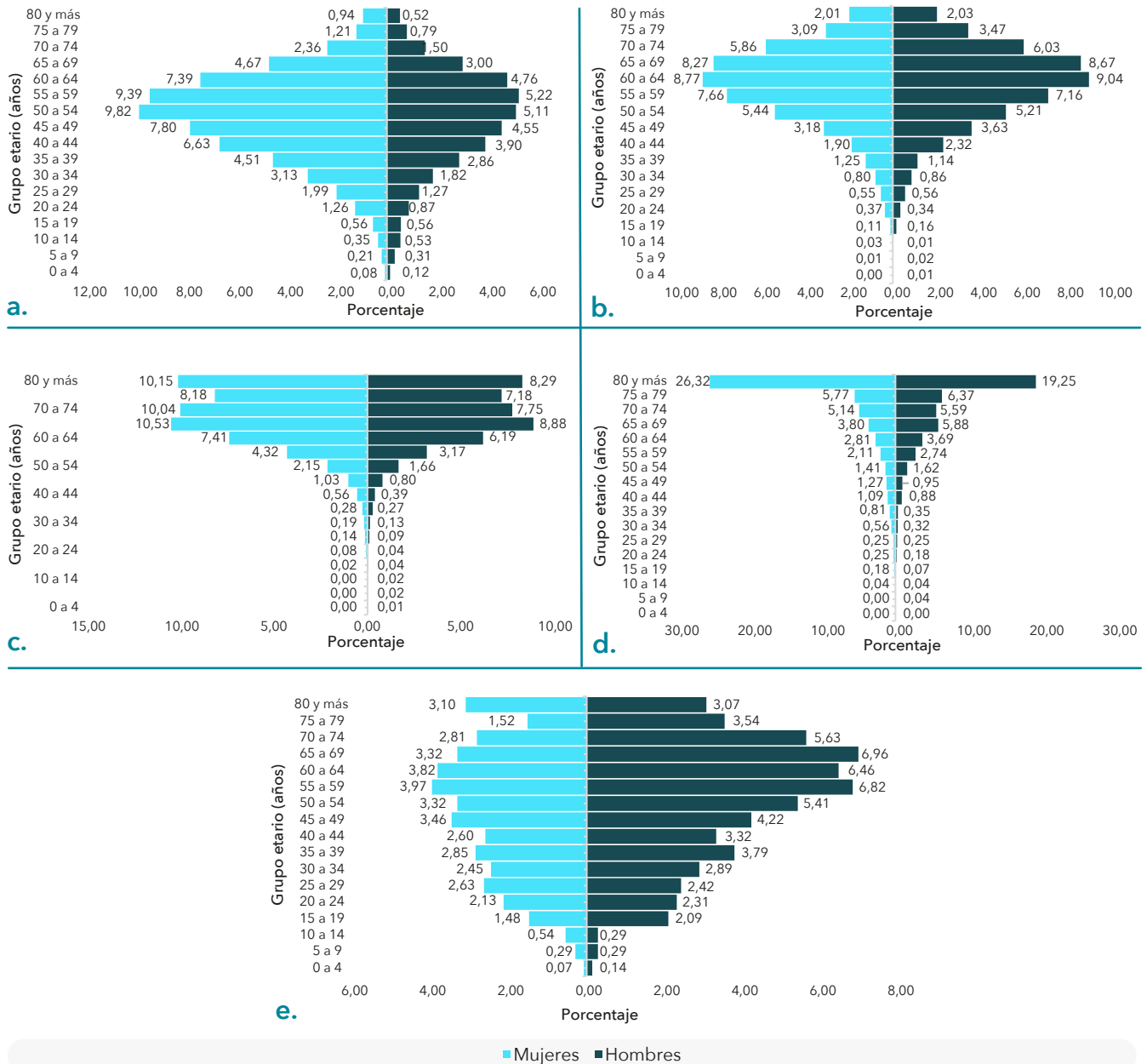
Por otra parte, el 64,57% de los casos incidentes de ERC en estadio 1 tenían entre 40 y 64 años (n= 12.442), mientras que el 72,13% de las personas clasificadas en el estadio 2 tenían entre 50 y 74 años (n= 10.152). El estadio 3 fue el más frecuentemente diagnosticado en las personas mayores de 60 años (84,59%, n= 25.556), el estadio 4 en mayores de 70 años (68,44%, n= 1.945) y el estadio 5 entre los 55 y 69 años (31,35%, n= 869) (**figura 26**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 26. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2022



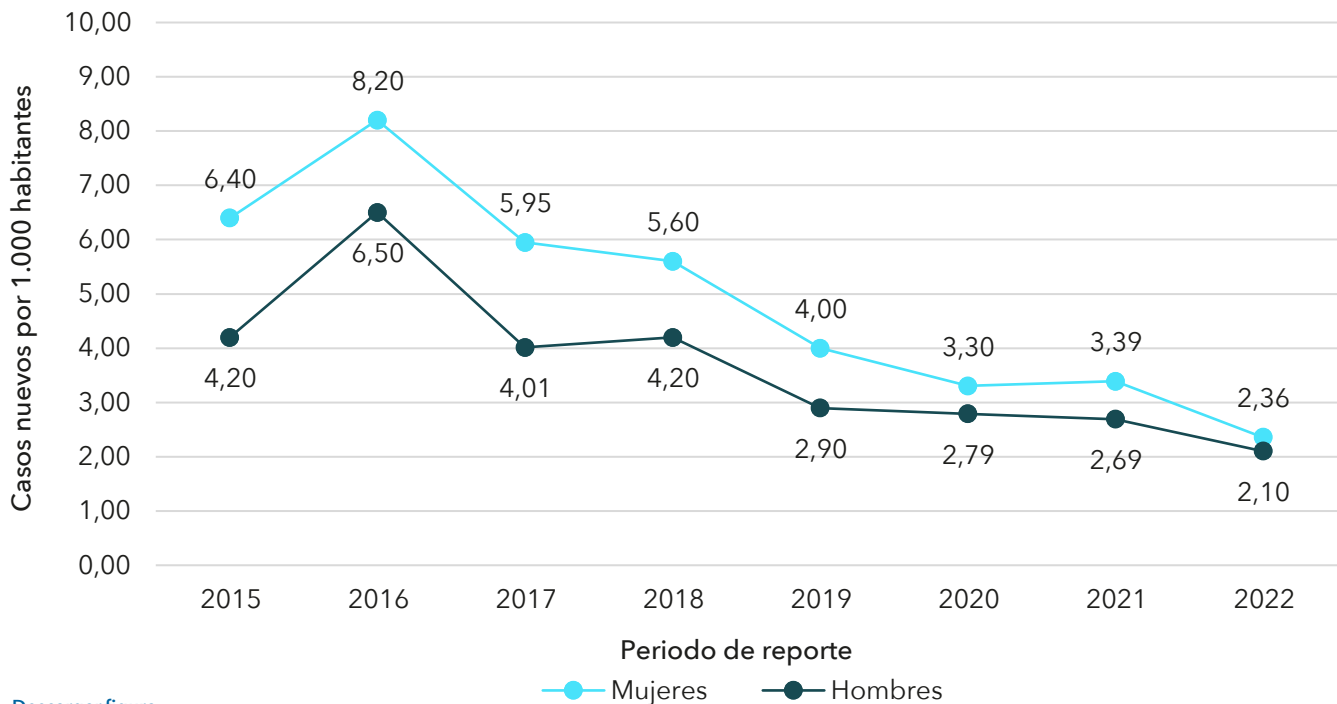
a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes para cada estadio de ERC.

[Descargar figura](#)

La tasa de incidencia de la ERC ha mostrado una disminución marcada a lo largo del tiempo, con el 63,13% en las mujeres y el 50,00% en los hombres, desde la primera medición. Con respecto al 2021, la incidencia cruda en las mujeres se redujo en 1,03 casos nuevos por 1.000 mujeres, y en los hombres en 0,59 casos incidentes por 1.000 hombres (figura 27).



Figura 27. Tasa de la incidencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

En la región Pacífica se estimó la IE más alta del país, seguida por la Caribe (**tabla 14**). Por departamentos se destacan La Guajira (IE= 6,77; IC 95% 6,56 - 6,98), el Valle del Cauca (IE= 4,39; IC 95% 4,33 - 4,45) y Casanare (IE= 4,18; IC 95% 3,94 - 4,44).

📍 [Los resultados para todos los departamentos y municipios del país se pueden consultar en HIGIA](#)

Tabla 14. Tasa de incidencia de la ERC por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	21.235	7.867.910	2,70	2,60	2,56	2,63
Caribe	27.969	11.678.480	2,39	2,78	2,75	2,81
Central	18.538	12.304.808	1,51	1,38	1,36	1,40
Oriental	16.209	9.719.754	1,67	1,66	1,64	1,69
Pacífica	29.095	8.262.702	3,52	3,42	3,38	3,46
Amazonía-Orinoquía	1.699	1.495.834	1,14	1,78	1,70	1,87
Nacional	114.745	51.329.486	2,24	N.A.	N.A.	N.A.

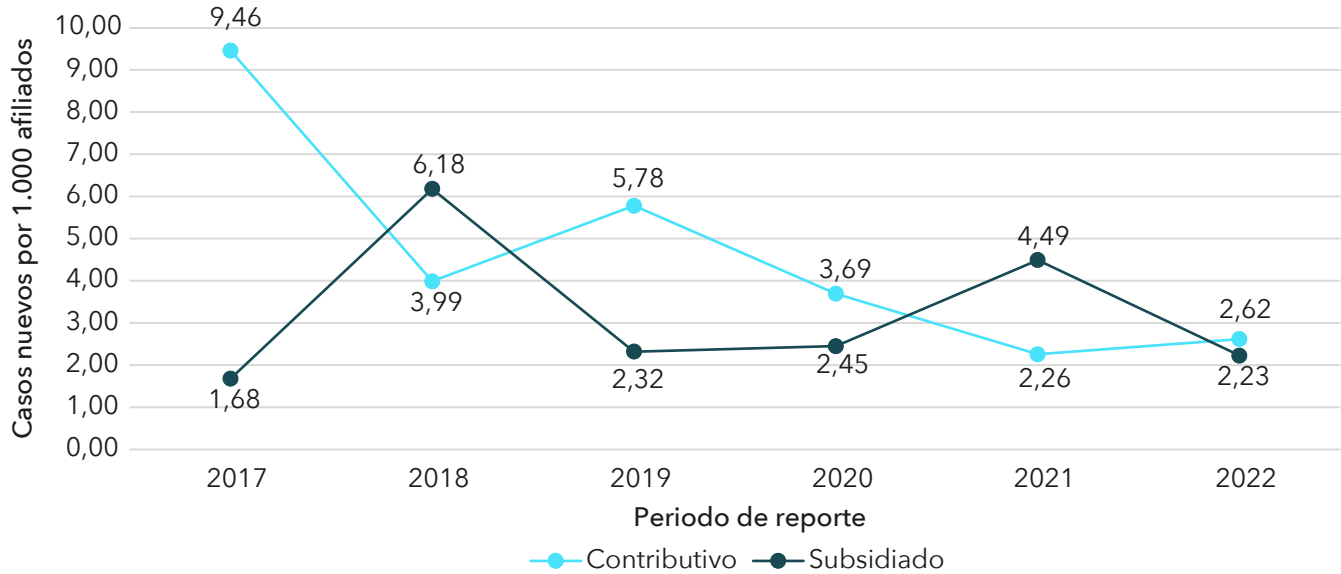
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

La IE de la ERC por 1.000 habitantes fue mayor en el régimen contributivo (IE= 2,62; IC 95% 2,60 - 2,64), que en el subsidiado (IE= 2,23; IC 95% 2,21 - 2,25). En la **figura 28** se observa que la tendencia de este indicador ha sido variable a lo largo del tiempo y para el último periodo, el régimen contributivo superó al subsidiado en 0,39 casos nuevos por 1.000 afiliados. En la EPS018 (IE= 17,29; IC 95% 17,01 - 17,58) y la CCF023 (IE= 15,57; IC 95% 15,02 - 16,13) se identificaron las incidencias más altas del contributivo y subsidiado, respectivamente.

📍 [El detalle completo de la estimación de la incidencia de la ERC para cada EAPB está disponible en HIGIA](#)

Figura 28. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

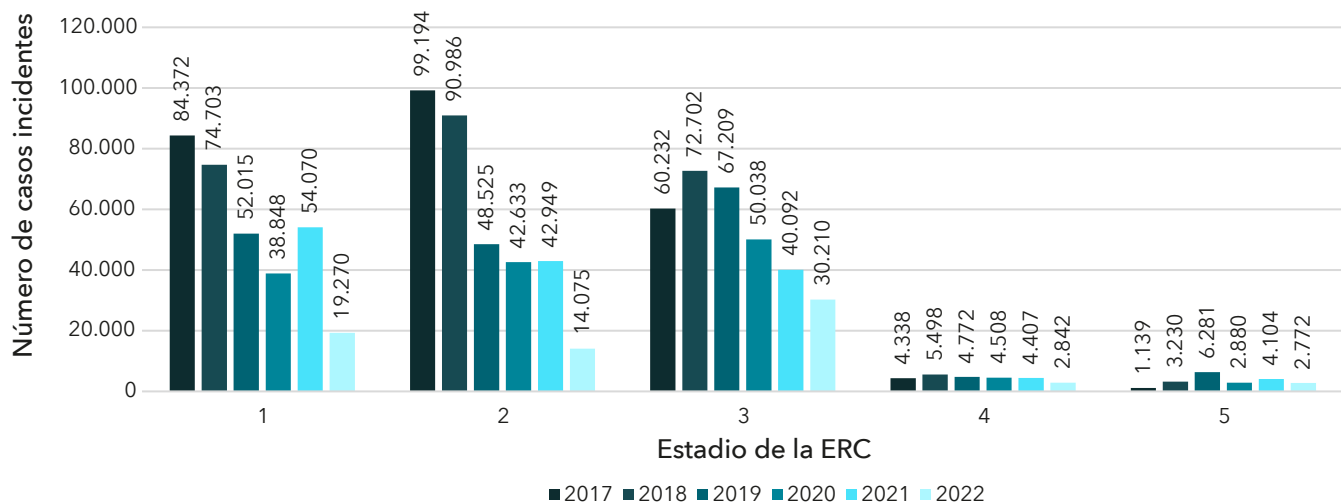
[Descargar figura](#)

4.1.1. Características clínicas y de la atención de los casos incidentes

4.1.1.1. Estadificación

En la **figura 29** se muestra la distribución de los casos incidentes de ERC de acuerdo con el estadio y es de resaltar que en el 39,72% (n= 45.576) la estadificación fue desconocida. En general, el número de personas en cada categoría se redujo de forma considerable, especialmente en los estadios 1 y 2, cuya disminución fue del 64,36% y 67,23% respectivamente.

Figura 29. Número de casos incidentes de la ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)



Actualmente se sugiere hacer la estadificación de la ERC con la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) a partir de la fórmula CKD-EPI 2021 (20). Según esta recomendación, el 23,70% (n= 27.199) de las personas con ERC estaba en el estadio 1, el 36,35% (n= 41.715) en el 2, el 16,74% (n= 19.213) en el 3, el 1,37% (n= 1.576) en el 4 y el 0,48% (n= 555) en el 5. El restante 21,34% (n= 24.487) no contó con la información suficiente para calcular la TFGe.

En las **tablas 15 y 16** se evidencia que 16.635 (26,81%) de los nuevos casos de ERC en las mujeres y 13.575 (25,77%) en los hombres se diagnosticaron en el estadio 3, mientras que en los estadios 4 y 5 se diagnosticó al 4,18% de las mujeres y al 5,74% de los hombres. En el 38,48% (n= 23.883) de las mujeres y el 41,17% (n= 21.693) de los hombres no se reportó la estadificación.

Tabla 15. Estadio de los casos incidentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 a 4	15 (0,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,18)	212 (0,89)	229 (0,37)
5 a 9	40 (0,33)	1 (0,01)	1 (0,01)	0 (0,00)	8 (0,71)	162 (0,68)	212 (0,34)
10 a 14	68 (0,57)	4 (0,06)	1 (0,01)	1 (0,07)	15 (1,34)	97 (0,41)	186 (0,30)
15 a 19	107 (0,89)	16 (0,23)	5 (0,03)	5 (0,34)	41 (3,66)	107 (0,45)	281 (0,45)
20 a 24	243 (2,02)	52 (0,75)	24 (0,14)	7 (0,48)	59 (5,27)	180 (0,75)	565 (0,91)
25 a 29	384 (3,20)	78 (1,12)	41 (0,25)	7 (0,48)	73 (6,52)	274 (1,15)	857 (1,38)
30 a 34	604 (5,03)	113 (1,63)	56 (0,34)	16 (1,09)	68 (6,08)	517 (2,16)	1.374 (2,21)
35 a 39	870 (7,25)	176 (2,54)	85 (0,51)	23 (1,56)	79 (7,06)	887 (3,71)	2.120 (3,42)
40 a 44	1.277 (10,64)	268 (3,86)	168 (1,01)	31 (2,11)	72 (6,43)	1.303 (5,46)	3.119 (5,03)
45 a 49	1.503 (12,52)	448 (6,45)	311 (1,87)	36 (2,45)	96 (8,58)	1.642 (6,88)	4.036 (6,50)
50 a 54	1.892 (15,76)	766 (11,03)	649 (3,90)	40 (2,72)	92 (8,22)	2.288 (9,58)	5.727 (9,23)
55 a 59	1.810 (15,07)	1.078 (15,53)	1.305 (7,84)	60 (4,08)	110 (9,83)	2.647 (11,08)	7.010 (11,30)
60 a 64	1.424 (11,86)	1.235 (17,79)	2.239 (13,46)	80 (5,43)	106 (9,47)	2.766 (11,58)	7.850 (12,65)
65 a 69	900 (7,50)	1.164 (16,77)	3.180 (19,12)	108 (7,34)	92 (8,22)	2.590 (10,84)	8.034 (12,95)
70 a 74	455 (3,79)	825 (11,88)	3.032 (18,23)	146 (9,92)	78 (6,97)	2.948 (12,34)	7.484 (12,06)
75 a 79	233 (1,94)	435 (6,27)	2.471 (14,85)	164 (11,14)	42 (3,75)	2.273 (9,52)	5.618 (9,05)
80 o más	182 (1,52)	283 (4,08)	3.067 (18,44)	748 (50,82)	86 (7,69)	2.990 (12,52)	7.356 (11,85)
Nacional	12.007 (100,00)	6.942 (100,00)	16.635 (100,00)	1.472 (100,00)	1.119 (100,00)	23.883 (100,00)	62.058 (100,00)

Tabla 16. Estadio de los casos incidentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 a 4	24 (0,33)	2 (0,03)	3 (0,02)	0 (0,00)	4 (0,24)	527 (2,43)	560 (1,06)
5 a 9	60 (0,83)	3 (0,04)	5 (0,04)	1 (0,07)	8 (0,48)	282 (1,30)	359 (0,68)
10 a 14	103 (1,42)	1 (0,01)	5 (0,04)	1 (0,07)	8 (0,48)	166 (0,77)	284 (0,54)
15 a 19	107 (1,47)	22 (0,31)	11 (0,08)	2 (0,15)	58 (3,51)	126 (0,58)	326 (0,62)
20 a 24	167 (2,30)	48 (0,67)	13 (0,10)	5 (0,36)	64 (3,87)	170 (0,78)	467 (0,89)
25 a 29	245 (3,37)	79 (1,11)	28 (0,21)	7 (0,51)	67 (4,05)	259 (1,19)	685 (1,30)
30 a 34	351 (4,83)	121 (1,70)	40 (0,29)	9 (0,66)	80 (4,84)	489 (2,25)	1.090 (2,07)
35 a 39	551 (7,59)	160 (2,24)	83 (0,61)	10 (0,73)	105 (6,35)	789 (3,64)	1.698 (3,22)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

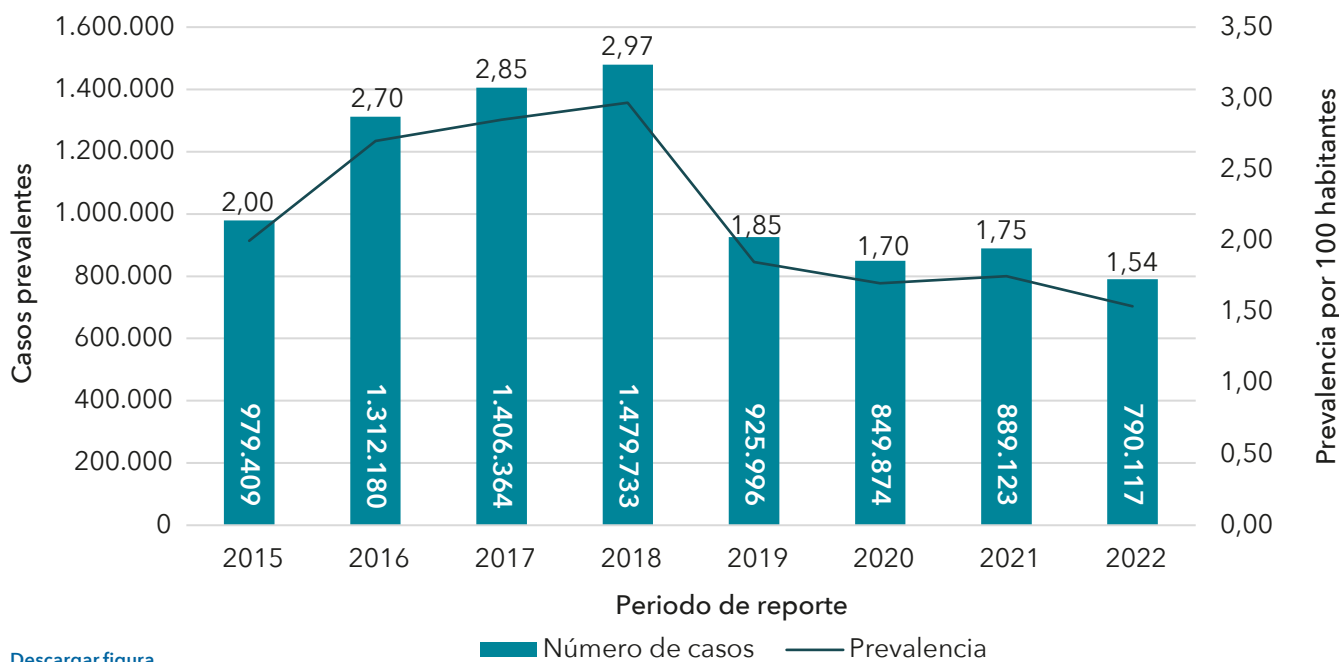
Tabla 16. Estadio de los casos incidentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022 (continuación)

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
40 a 44	751 (10,34)	327 (4,58)	119 (0,88)	25 (1,82)	92 (5,57)	1.207 (5,56)	2.521 (4,78)
45 a 49	876 (12,06)	511 (7,16)	241 (1,78)	27 (1,97)	117 (7,08)	1.555 (7,17)	3.327 (6,31)
50 a 54	985 (13,56)	734 (10,29)	501 (3,69)	46 (3,36)	150 (9,07)	1.927 (8,88)	4.343 (8,24)
55 a 59	1.006 (13,85)	1.008 (14,13)	959 (7,06)	78 (5,69)	189 (11,43)	2.217 (10,22)	5.457 (10,36)
60 a 64	918 (12,64)	1.273 (17,85)	1.870 (13,78)	105 (7,66)	179 (10,83)	2.488 (11,47)	6.833 (12,97)
65 a 69	578 (7,96)	1.220 (17,10)	2.684 (19,77)	167 (12,19)	193 (11,68)	2.225 (10,26)	7.067 (13,41)
70 a 74	289 (3,98)	849 (11,90)	2.341 (17,24)	159 (11,61)	156 (9,44)	2.663 (12,28)	6.457 (12,26)
75 a 79	152 (2,09)	489 (6,86)	2.168 (15,97)	181 (13,21)	98 (5,93)	2.051 (9,45)	5.139 (9,75)
80 o más	100 (1,38)	286 (4,01)	2.504 (18,45)	547 (39,93)	85 (5,14)	2.552 (11,76)	6.074 (11,53)
Nacional	7.263 (100,00)	7.133 (100,00)	13.575 (100,00)	1.370 (100,00)	1.653 (100,00)	21.693 (100,00)	52.687 (100,00)

4.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica

Para el periodo 2022 se notificaron 790.117 personas con diagnóstico de ERC, que se traduce en una disminución del 11,14% con respecto al 2021 y una prevalencia de 1,54 casos por 100 habitantes (**figura 30**). Esta población tenía en promedio 67,56 años (DE \pm 14,86) y el 58,16% (n= 459.518) eran del sexo femenino.

Figura 30. Prevalencia cruda de la ERC, Colombia 2015 - 2022

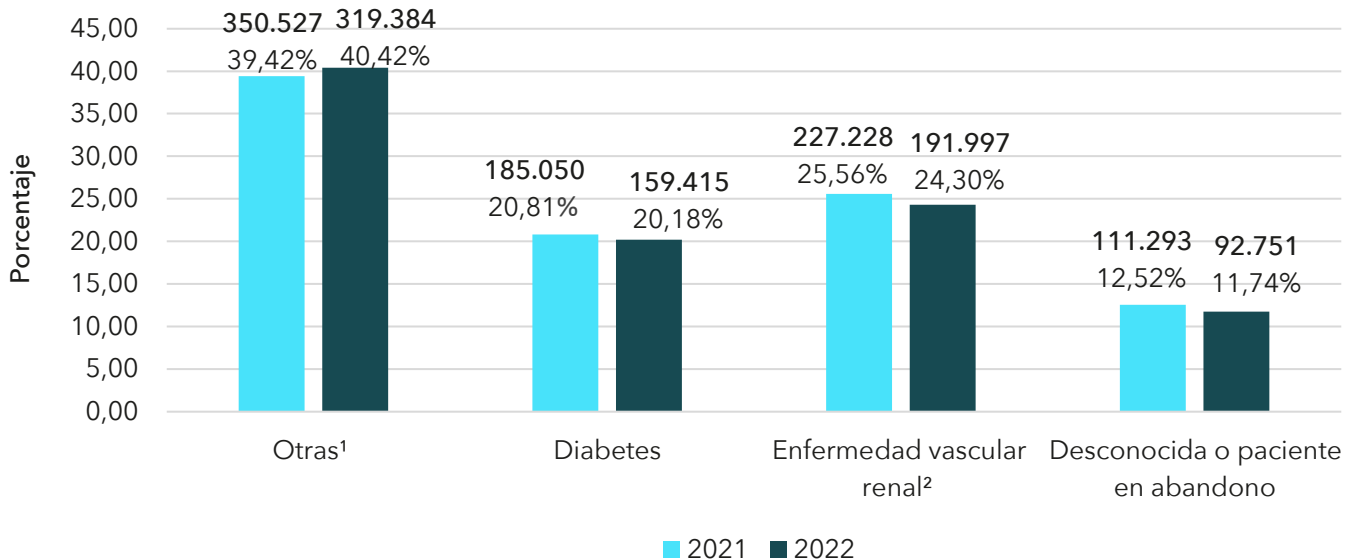


[Descargar figura](#)



En cuanto a las etiologías relacionadas, el 24,30% se atribuyó a enfermedad vascular renal y el 20,18% se relacionó con DM (**figura 31**). Dentro de la categoría de otras etiologías se incluyó el 4,37% de los casos que reportaron obstrucción del cuello de la vejiga, litiasis, enfermedad poliquística renal y otras causas que tuvieron una frecuencia inferior al 0,50% y se listan en el pie de la gráfica. El 11,74% de las personas con ERC no tenía etiología conocida o fueron pacientes en abandono.

Figura 31. Distribución de casos prevalentes de ERC según la etiología, Colombia 2021 - 2022



¹ Incluye glomeruloesclerosis focal y segmentaria, glomerulopatía familiar o genética, nefritis intersticial, paraproteinemia (incluye mieloma múltiple), displasia o hipoplasia renal congénita y carcinoma renal.
² Incluye nefroangioesclerosis por hipertensión arterial.

[Descargar figura](#)

El 22,01% de las personas con ERC tenía 80 años o más. Con respecto al sexo, el 13,60% de los casos eran mujeres que estaban en este rango de edad, mientras que el porcentaje correspondiente en los hombres fue del 8,41%. En general, el 73,90% de la población prevalente tenían 60 años o más y solo el 0,65% tenía menos de 20 años.

[En HIGIA está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.](#)

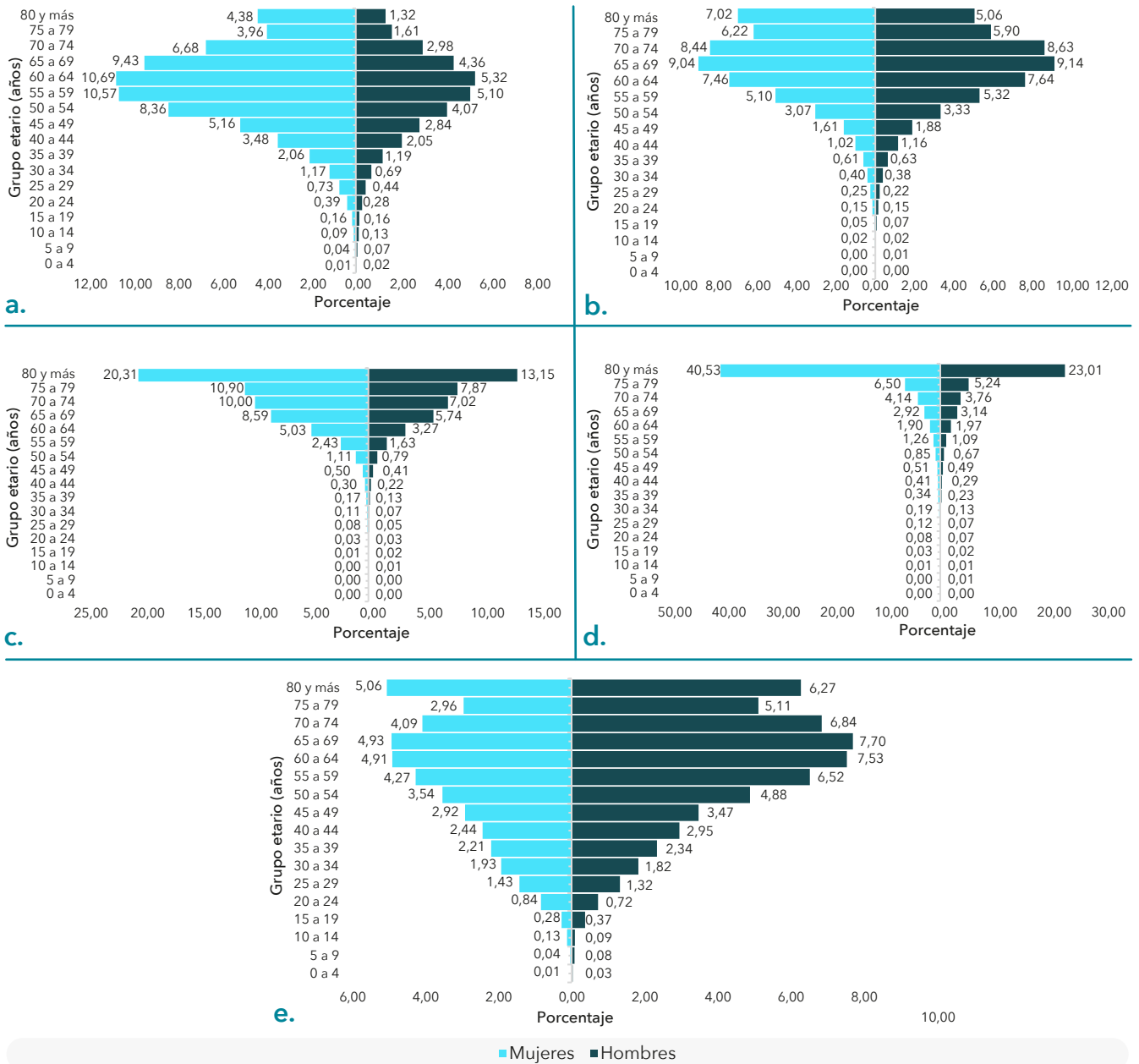
Como se observa en la **figura 32**, el 57,88% de los casos prevalentes de ERC en el estadio 1 tenían entre 50 y 69 años y eran en su mayoría mujeres (67,38%, n= 100.084). Por su parte, el 84,96% de las personas en el estadio 2 tenían 55 años o más y la distribución por sexo fue similar (50,46% mujeres y 49,54% hombres). Para el estadio 3, el 83,58% de los casos tenían 65 años o más, y para el estadio 4, el 75,28% tenían 75 años o más, pero en ambos estadios cerca del 60,00% fueron mujeres. En el estadio 5, el 58,04% de los casos fueron hombres y tenían 55 años o más (66,18%, n= 23.735), aunque el mayor porcentaje se concentró entre los 65 a 69 años (12,63%, n= 4.528).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 32. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2022



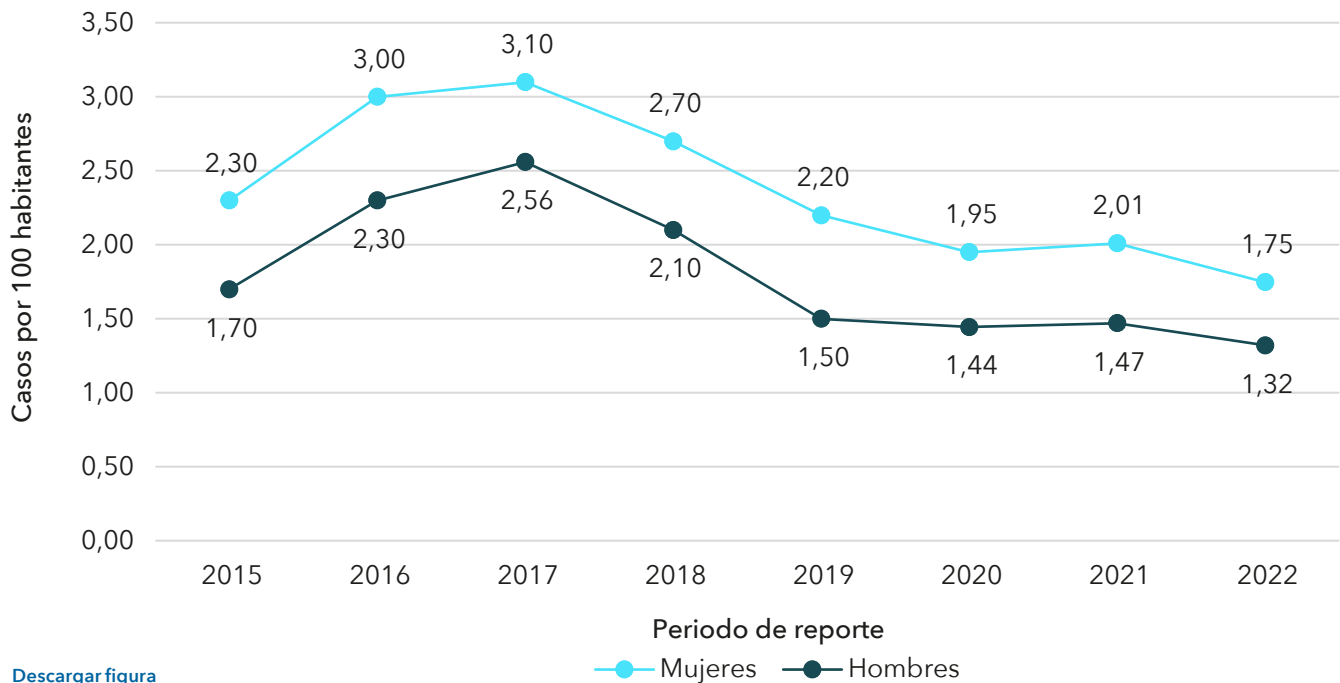
a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes para cada estadio de ERC.

[Descargar figura](#)

En la **figura 33** se observa un pico en la prevalencia de la ERC en el periodo 2017, y a partir de allí, una reducción del 48,44% en los hombres, y del 43,55% en las mujeres para el 2022.



Figura 33. Prevalencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

En Bogotá, D. C., se estimó la PE de ERC más alta del país, seguida por la región Pacífica (**tabla 17**). Según la entidad territorial, Valle del Cauca (PE= 2,63; IC 95% 2,62 - 2,64), La Guajira (PE= 2,42; IC 95% 2,38 - 2,46) y Bogotá, D. C. (PE= 2,28; IC 95% 2,27 - 2,29) tuvieron las cifras más elevadas.

[Puede ampliar estos resultados demográficos hasta la desagregación municipal en la plataforma HIGIA](#)

Tabla 17. Prevalencia de la ERC por 100 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	184.080	7.867.910	2,34	2,28	2,27	2,29
Caribe	151.522	11.678.480	1,30	1,52	1,51	1,53
Central	147.598	12.304.808	1,20	1,08	1,08	1,09
Oriental	116.101	9.719.754	1,19	1,19	1,18	1,20
Pacífica	183.137	8.262.702	2,22	2,07	2,06	2,08
Amazonía-Orinoquía	7.679	1.495.834	0,51	0,80	0,78	0,82
Nacional	790.117	51.329.486	1,54	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

En cuanto al aseguramiento, el régimen contributivo registró una PE de 1,90 casos por 100 afiliados (IC 95% 1,90 - 1,91), mientras que la del subsidiado fue de 1,04 (IC 95% 1,03 - 1,04). La EAS027, perteneciente al régimen contributivo, tuvo la PE más alta entre todas las EAPB (PE= 14,16, IC 95% 13,54 - 14,82) y la CCF023, fue la correspondiente del subsidiado (PE 4,75, IC 95% 4,65 - 4,85).

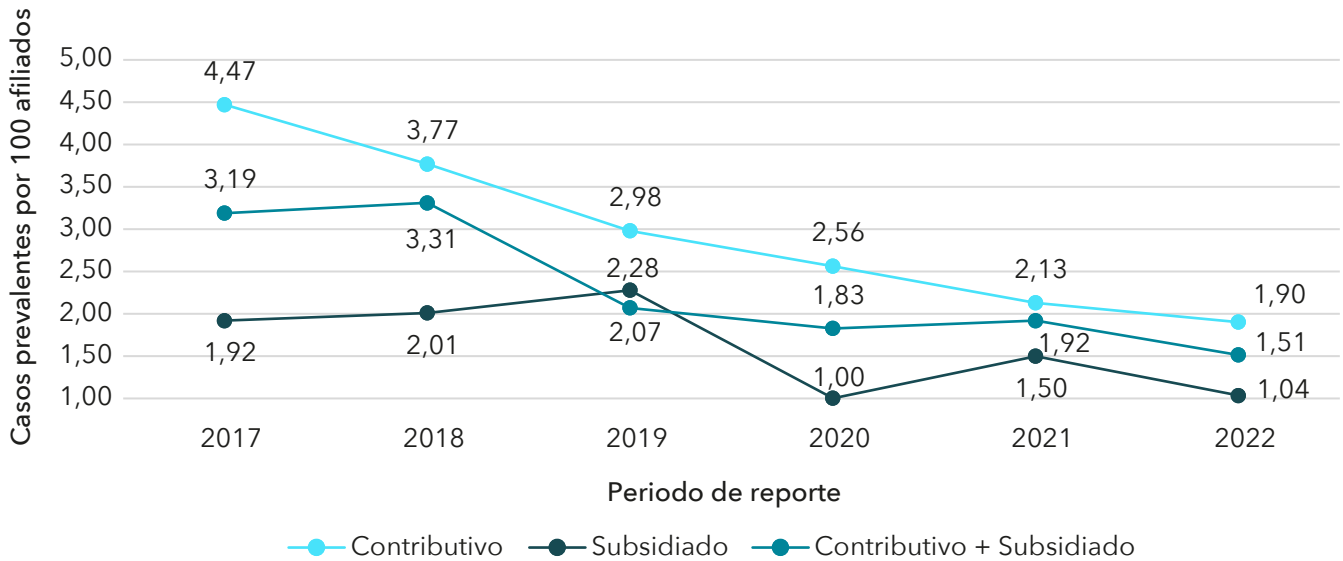
[En HIGIA puede consultar las estimaciones de la prevalencia de todas las EAPB del país.](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 34. Prevalencia estandarizada de la ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022. La prevalencia combinada (contributivo + subsidiado) corresponde a una medida cruda.

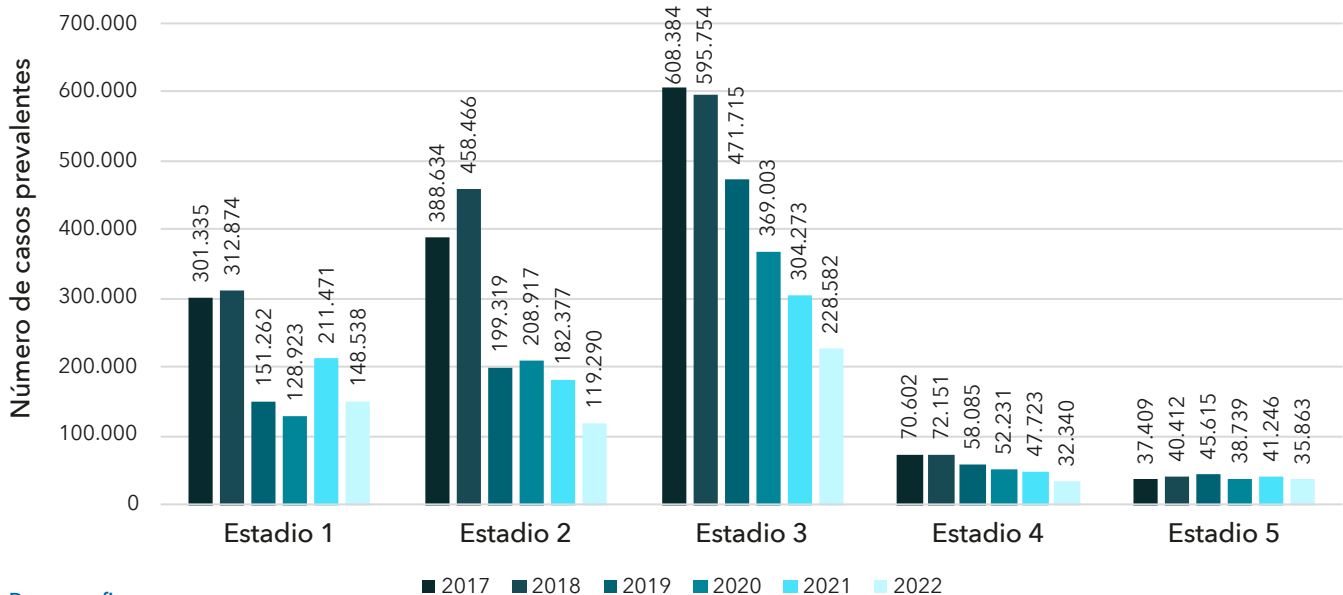
[Descargar figura](#)

4.2.1. Características clínicas y de la atención de los casos prevalentes

4.2.1.1. Estadificación

En la **figura 35** se evidencia una disminución de los casos en todos los estadios de ERC, especialmente en el 2 con 34,60% y en el 4 con 32,23% menos, frente al 2021. Así mismo, el 33,90% de las personas se clasificaron en los estadios 1 y 2 (n= 267.828), el 28,39% (n= 228.582) en el estadio 3, el 4,09% (n= 32.340) en el 4 y el 4,54% (n= 35.863) en el 5. Se resalta que el 28,54% (n= 225.504) de los casos con ERC no contaron con la información suficiente para determinar la estadificación de la enfermedad.

Figura 35. Número de casos prevalentes de la ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)



El comportamiento de la estadificación en los casos prevalentes de ERC fue similar en los dos sexos, en el sentido que incrementó el número de personas progresivamente con la edad, excepto para el estadio 1, en el que la mayoría se concentró entre los 50 y 69 años. Por su parte, el mayor porcentaje de casos sin estadificar correspondió a las personas con 80 años o más, tanto en las mujeres (24,25%) como en los hombres (19,35%) (tablas 18 y 19).

Tabla 18. Estadio de los casos prevalentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n(%)						
0 a 4	19 (0,02)	1 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,02)	316 (0,25)	339 (0,07)
5 a 9	63 (0,06)	2 (0,00)	4 (0,00)	0 (0,00)	14 (0,09)	389 (0,30)	472 (0,10)
10 a 14	141 (0,14)	24 (0,04)	6 (0,00)	4 (0,02)	45 (0,30)	373 (0,29)	593 (0,13)
15 a 19	243 (0,24)	57 (0,09)	18 (0,01)	9 (0,05)	100 (0,66)	309 (0,24)	736 (0,16)
20 a 24	580 (0,58)	179 (0,30)	73 (0,05)	26 (0,13)	301 (2,00)	441 (0,34)	1.600 (0,35)
25 a 29	1.088 (1,09)	304 (0,51)	186 (0,14)	40 (0,21)	512 (3,40)	782 (0,61)	2.912 (0,63)
30 a 34	1.738 (1,74)	482 (0,80)	246 (0,18)	63 (0,33)	692 (4,60)	1.445 (1,12)	4.666 (1,02)
35 a 39	3.063 (3,06)	726 (1,21)	396 (0,29)	110 (0,57)	791 (5,26)	2.355 (1,83)	7.441 (1,62)
40 a 44	5.176 (5,17)	1.214 (2,02)	685 (0,50)	134 (0,69)	875 (5,81)	3.828 (2,98)	11.912 (2,59)
45 a 49	7.661 (7,65)	1.923 (3,19)	1.133 (0,83)	166 (0,86)	1.046 (6,95)	5.133 (3,99)	17.062 (3,71)
50 a 54	12.412 (12,40)	3.662 (6,08)	2.536 (1,86)	274 (1,42)	1.268 (8,43)	8.021 (6,23)	28.173 (6,13)
55 a 59	15.694 (15,68)	6.084 (10,11)	5.561 (4,08)	408 (2,11)	1.531 (10,17)	11.232 (8,73)	40.510 (8,82)
60 a 64	15.881 (15,87)	8.896 (14,78)	11.502 (8,45)	614 (3,17)	1.761 (11,70)	14.253 (11,08)	52.907 (11,51)
65 a 69	14.003 (13,99)	10.781 (17,91)	19.634 (14,42)	943 (4,88)	1.768 (11,75)	16.306 (12,67)	63.435 (13,80)
70 a 74	9.928 (9,92)	10.074 (16,74)	22.869 (16,79)	1.339 (6,92)	1.466 (9,74)	16.841 (13,09)	62.517 (13,60)
75 a 79	5.888 (5,88)	7.415 (12,32)	24.918 (18,30)	2.103 (10,87)	1.061 (7,05)	15.434 (12,00)	56.819 (12,36)
80 o más	6.506 (6,50)	8.370 (13,91)	46.426 (34,09)	13.109 (67,77)	1.815 (12,06)	31.198 (24,25)	107.424 (23,38)
Nacional	100.084 (100,00)	60.194 (100,00)	136.193 (100,00)	19.342 (100,00)	15.049 (100,00)	128.656 (100,00)	459.518 (100,00)

Tabla 19. Estadio de los casos prevalentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n(%)						
0 a 4	32 (0,07)	4 (0,01)	3 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,05)	686 (0,71)	735 (0,22)
5 a 9	108 (0,22)	9 (0,02)	11 (0,01)	3 (0,02)	28 (0,13)	544 (0,56)	703 (0,21)
10 a 14	193 (0,40)	22 (0,04)	12 (0,01)	3 (0,02)	32 (0,15)	431 (0,45)	693 (0,21)
15 a 19	234 (0,48)	79 (0,13)	43 (0,05)	8 (0,06)	132 (0,63)	330 (0,34)	826 (0,25)
20 a 24	413 (0,85)	178 (0,30)	79 (0,09)	23 (0,18)	259 (1,24)	362 (0,37)	1.314 (0,40)
25 a 29	650 (1,34)	264 (0,45)	122 (0,13)	24 (0,18)	474 (2,28)	622 (0,64)	2.156 (0,65)
30 a 34	1.023 (2,11)	453 (0,77)	170 (0,18)	41 (0,32)	654 (3,14)	1.189 (1,23)	3.530 (1,07)
35 a 39	1.775 (3,66)	755 (1,28)	295 (0,32)	73 (0,56)	838 (4,03)	2.127 (2,20)	5.863 (1,77)
40 a 44	3.047 (6,29)	1.385 (2,34)	503 (0,54)	95 (0,73)	1.058 (5,08)	3.544 (3,66)	9.632 (2,91)
45 a 49	4.213 (8,69)	2.243 (3,80)	928 (1,00)	157 (1,21)	1.246 (5,99)	4.874 (5,03)	13.661 (4,13)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

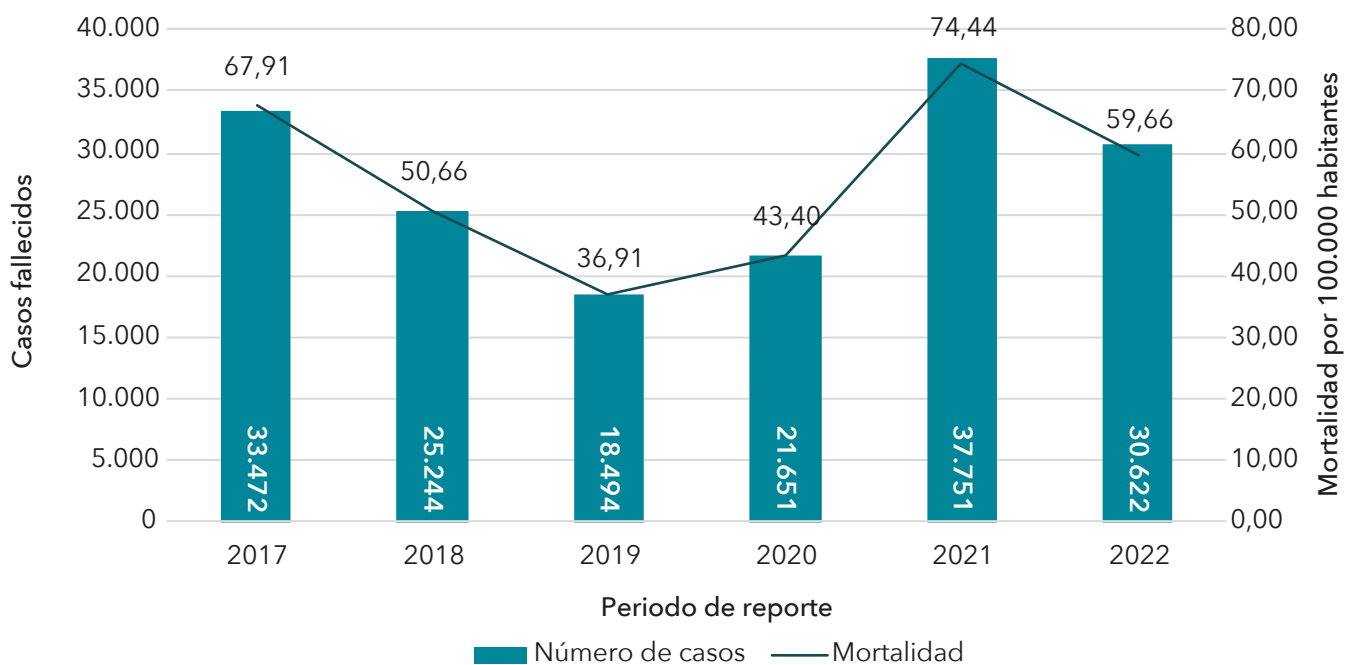
Tabla 19. Estadio de los casos prevalentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022 (continuación)

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n(%)						
50 a 54	6.040 (12,47)	3.972 (6,72)	1.811 (1,96)	217 (1,67)	1.750 (8,41)	7.127 (7,36)	20.917 (6,33)
55 a 59	7.570 (15,62)	6.345 (10,74)	3.716 (4,02)	354 (2,72)	2.338 (11,23)	9.468 (9,78)	29.791 (9,01)
60 a 64	7.895 (16,29)	9.112 (15,42)	7.477 (8,09)	636 (4,89)	2.701 (12,98)	11.248 (11,61)	39.069 (11,82)
65 a 69	6.480 (13,37)	10.907 (18,46)	13.121 (14,20)	1.014 (7,80)	2.760 (13,26)	12.182 (12,58)	46.464 (14,05)
70 a 74	4.424 (9,13)	10.295 (17,42)	16.049 (17,37)	1.217 (9,36)	2.453 (11,79)	12.531 (12,94)	46.969 (14,21)
75 a 79	2.389 (4,93)	7.038 (11,91)	17.991 (19,47)	1.693 (13,03)	1.832 (8,80)	10.845 (11,20)	41.788 (12,64)
80 o más	1.968 (4,06)	6.035 (10,21)	30.058 (32,53)	7.440 (57,24)	2.249 (10,81)	18.738 (19,35)	66.488 (20,11)
Nacional	48.454 (100,00)	59.096 (100,00)	92.389 (100,00)	12.998 (100,00)	20.814 (100,00)	96.848 (100,00)	330.599 (100,00)

4.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica

Para el último periodo se reportaron 30.622 defunciones por todas las causas en las personas con ERC. El promedio de la edad fue de 78,55 años (DE \pm 12,98) y el 50,09% eran mujeres (n= 15.340). A diferencia de la tendencia ascendente que se observó en el 2020 y el 2021, en el último periodo la mortalidad se redujo en 14,78 fallecidos por 100.000 habitantes, lo que significa una disminución de 19,85% (**figura 36**). En la **figura 37** se observa el mismo comportamiento por el sexo, aunque la reducción fue más marcada en los hombres (24,53%) que en las mujeres (14,57%).

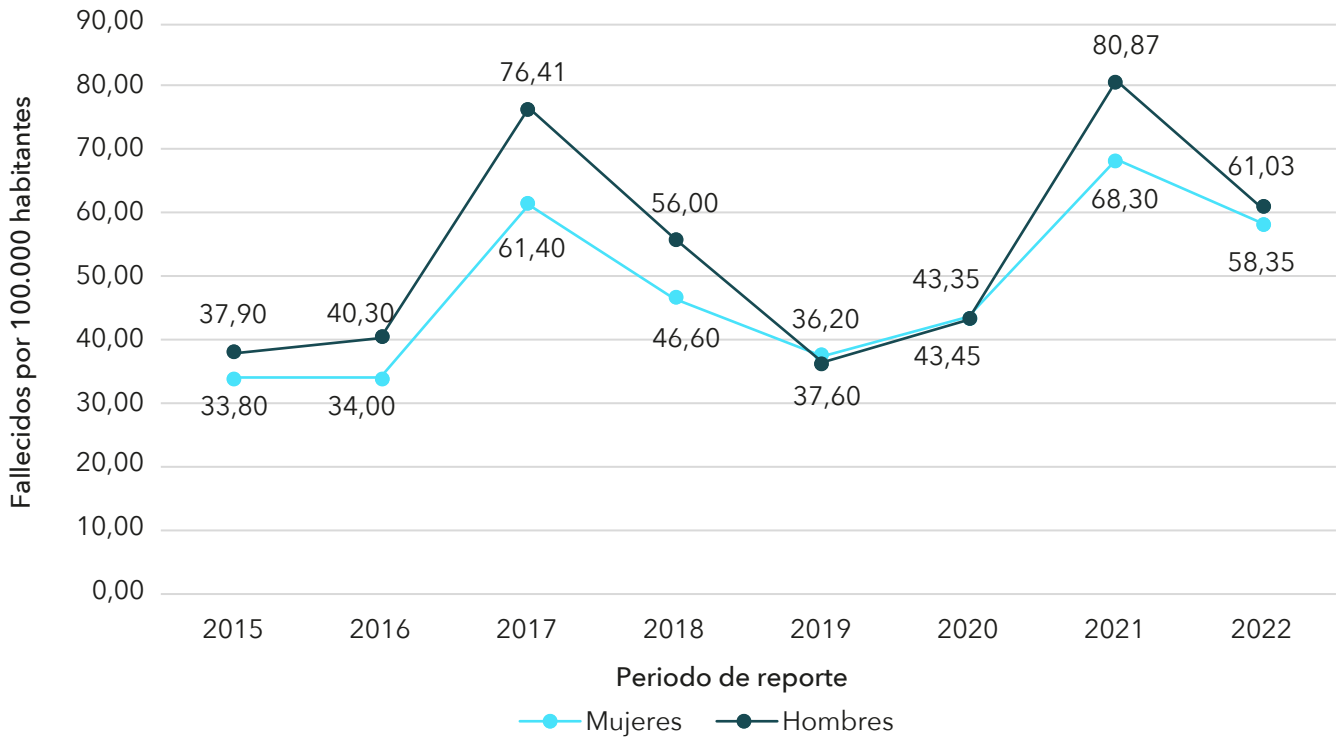
Figura 36. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)



Figura 37. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

El 54,58% (n= 16.715) de los casos con ERC fallecidos por todas las causas tenían 80 años o más y el 29,42% (n= 9.010) eran mujeres en este rango de edad. Por otro lado, el 2,03% (n= 621) de las defunciones ocurrieron en las personas menores de 45 años.

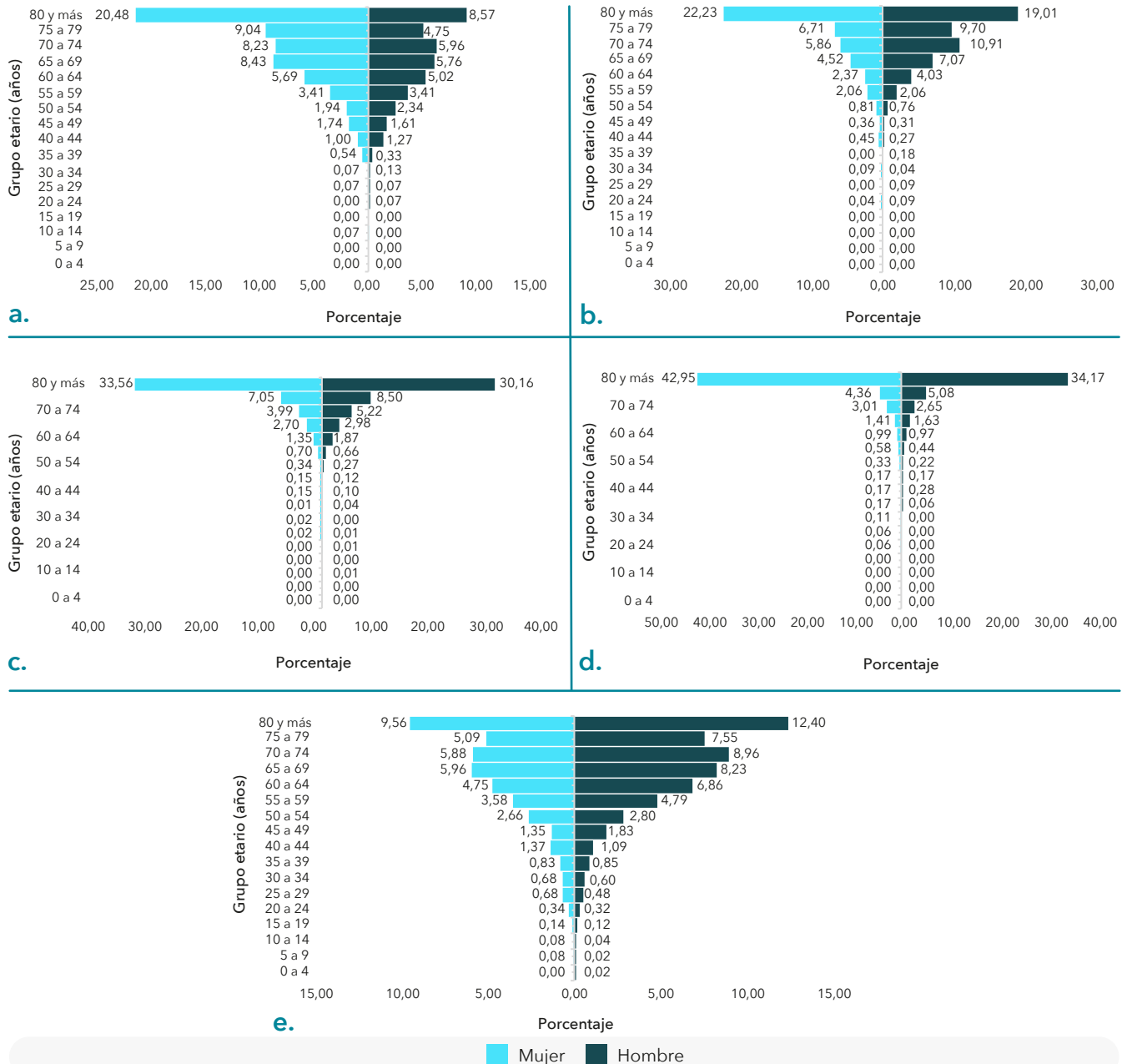
En la **figura 38** se observa que a medida que avanzó el estadio de la ERC, el porcentaje de muertes en el rango de edad de 80 o más años se incrementó, pasando de 29,05% en el estadio 1 a 77,12% en el 4. Para el estadio 5, el 75,25% de las muertes se presentaron desde los 60 años. Adicionalmente, el 60,71% de las defunciones en el estadio 1 ocurrieron en las mujeres, mientras que, en el 5 el 56,97% de los casos fallecidos fueron hombres.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 38. Distribución de los casos fallecidos por todas las causas con ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2022



a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos para cada estadio de ERC.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 20** se muestra la tasa de mortalidad estandarizada según la región del país. La Pacífica presentó el valor más alto, seguida por Bogotá, D. C. A su vez, las cifras más altas en el análisis según el departamento, se presentaron en el Valle del Cauca (TM= 95,02; IC 95% 92,47 - 97,63), Risaralda (TME= 88,11; IC 95% 83,06 - 93,41) y el Meta (TME= 70,94; IC 95% 65,49 - 76,69).

[En HI GIA puede complementar esta información para todos los departamentos y municipios.](#)



Tabla 20. Mortalidad por todas las causas en las personas con ERC por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	5.271	7.867.910	66,99	68,28	66,44	70,15
Caribe	4.964	11.678.480	42,51	50,52	49,13	51,95
Central	8.264	12.304.808	67,16	60,74	59,44	62,07
Oriental	4.977	9.719.754	51,21	50,68	49,28	52,11
Pacífica	6.773	8.262.702	81,97	71,86	70,16	73,60
Amazonía-Orinoquía	373	1.495.834	24,94	41,04	36,95	45,42
Nacional	30.622	51.329.486	59,66	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

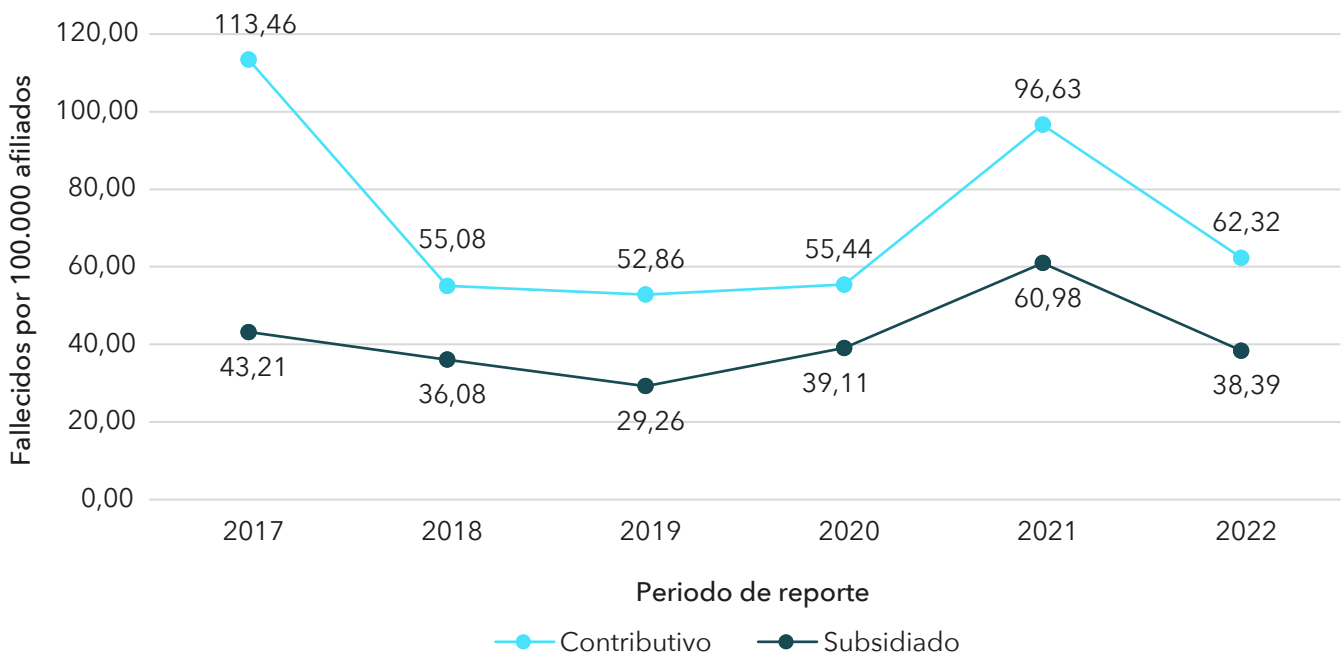
² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

En la **figura 39** se muestra la tendencia de la mortalidad por todas las causas en las personas con ERC en el marco del aseguramiento. El régimen contributivo presentó la mayor mortalidad por todas las causas (TME= 62,32; IC 95% 61,32 - 63,33) comparado con el subsidiado (TME= 38,39; IC 95% 37,57 - 39,23); además, con respecto al 2021, se reportó una reducción del 35,51% y el 37,04%, respectivamente.

Las EAPB con la mayor mortalidad en el periodo fueron la EAS027 (TME= 405,91; IC 95% 352,95 - 503,19) en el contributivo y la ESS118 (TME= 97,43; IC 95% 93,27 - 101,74) en el subsidiado.

[Las estimaciones completas de mortalidad para todas las EAPB las puede consultar en HIGIA](#)

Figura 39. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

4.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos fallecidos

4.3.1.1. Estadificación

En las **tablas 21 y 22** se muestran que la mayoría de las muertes, tanto en las mujeres como en los hombres con ERC ocurrieron en el estadio 3, con el 31,13% (n= 4.775) y el 31,19% (n=4.766), respectivamente. Se destaca que, el 29,38% de las mujeres (n= 4.507) y el 27,42% de los hombres (n= 4.190) no contaron con estadificación, y pertenecían especialmente al rango de edad de 80 o más años.

Tabla 21. Estadio de los casos fallecidos por todas las causas en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n(%)						
0 a 4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)	1 (0,01)
5 a 9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,18)	0 (0,00)	4 (0,03)
10 a 14	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,18)	2 (0,04)	7 (0,05)
15 a 19	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,32)	0 (0,00)	7 (0,05)
20 a 24	0 (0,00)	1 (0,10)	0 (0,00)	2 (0,10)	17 (0,79)	3 (0,07)	23 (0,15)
25 a 29	1 (0,11)	0 (0,00)	2 (0,04)	2 (0,10)	34 (1,57)	1 (0,02)	40 (0,26)
30 a 34	1 (0,11)	2 (0,20)	2 (0,04)	4 (0,20)	34 (1,57)	13 (0,29)	56 (0,37)
35 a 39	8 (0,88)	0 (0,00)	1 (0,02)	6 (0,30)	42 (1,94)	13 (0,29)	70 (0,46)
40 a 44	15 (1,65)	10 (0,98)	14 (0,29)	6 (0,30)	69 (3,19)	13 (0,29)	127 (0,83)
45 a 49	26 (2,87)	8 (0,79)	14 (0,29)	6 (0,30)	68 (3,14)	28 (0,62)	150 (0,98)
50 a 54	29 (3,20)	18 (1,77)	32 (0,67)	12 (0,61)	134 (6,19)	57 (1,26)	282 (1,84)
55 a 59	51 (5,62)	46 (4,52)	67 (1,40)	21 (1,07)	180 (8,31)	90 (2,00)	455 (2,97)
60 a 64	85 (9,37)	53 (5,21)	129 (2,70)	36 (1,83)	239 (11,04)	161 (3,57)	703 (4,58)
65 a 69	126 (13,89)	101 (9,93)	258 (5,40)	51 (2,59)	300 (13,86)	259 (5,75)	1.095 (7,14)
70 a 74	123 (13,56)	131 (12,88)	381 (7,98)	109 (5,54)	296 (13,67)	378 (8,39)	1.418 (9,24)
75 a 79	135 (14,88)	150 (14,75)	673 (14,09)	158 (8,02)	256 (11,82)	520 (11,54)	1.892 (12,33)
80 o más	306 (33,74)	497 (48,87)	3.202 (67,06)	1.556 (79,02)	481 (22,22)	2.968 (65,85)	9.010 (58,74)
Nacional	907 (100,00)	1.017 (100,00)	4.775 (100,00)	1.969 (100,00)	2.165 (100,00)	4.507 (100,00)	15.340 (100,00)

Tabla 22. Estadio de los casos fallecidos por todas las causas en hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n(%)						
0 a 4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,03)	2 (0,05)	3 (0,02)
5 a 9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,03)	1 (0,02)	2 (0,01)
10 a 14	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)	0 (0,00)	2 (0,07)	1 (0,02)	4 (0,03)
15 a 19	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,21)	1 (0,02)	7 (0,05)
20 a 24	1 (0,17)	2 (0,16)	1 (0,02)	0 (0,00)	16 (0,56)	4 (0,10)	24 (0,16)
25 a 29	1 (0,17)	2 (0,16)	1 (0,02)	0 (0,00)	24 (0,84)	1 (0,02)	29 (0,19)
30 a 34	2 (0,34)	1 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	30 (1,05)	2 (0,05)	35 (0,23)
35 a 39	5 (0,85)	4 (0,33)	4 (0,08)	2 (0,12)	43 (1,50)	10 (0,24)	68 (0,44)



Tabla 22. Estadio de los casos fallecidos por todas las causas en hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2022 (continuación)

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n(%)						
40 a 44	19 (3,24)	6 (0,49)	10 (0,21)	10 (0,60)	55 (1,92)	14 (0,33)	114 (0,75)
45 a 49	24 (4,09)	7 (0,57)	11 (0,23)	6 (0,36)	92 (3,21)	29 (0,69)	169 (1,11)
50 a 54	35 (5,96)	17 (1,39)	26 (0,55)	8 (0,48)	141 (4,92)	50 (1,19)	277 (1,81)
55 a 59	51 (8,69)	46 (3,77)	63 (1,32)	16 (0,97)	241 (8,41)	119 (2,84)	536 (3,51)
60 a 64	75 (12,78)	90 (7,38)	178 (3,73)	35 (2,12)	345 (12,04)	156 (3,72)	879 (5,75)
65 a 69	86 (14,65)	158 (12,96)	284 (5,96)	59 (3,57)	414 (14,45)	291 (6,95)	1.292 (8,45)
70 a 74	89 (15,16)	244 (20,02)	498 (10,45)	96 (5,80)	451 (15,74)	477 (11,38)	1.855 (12,14)
75 a 79	71 (12,10)	217 (17,80)	811 (17,02)	184 (11,12)	380 (13,26)	620 (14,80)	2.283 (14,94)
80 o más	128 (21,81)	425 (34,86)	2.878 (60,39)	1.238 (74,85)	624 (21,77)	2.412 (57,57)	7.705 (50,42)
Nacional	587 (100,00)	1.219 (100,00)	4.766 (100,00)	1.654 (100,00)	2.866 (100,00)	4.190 (100,00)	15.282 (100,00)

En el 8,85% de los pacientes con ERC que fallecieron, la causa fue directamente la ERC, mientras que el 5,57% se atribuyó a enfermedad cardiovascular, el 2,00% a infecciones y el 0,45% a cáncer. El 65,95% de las defunciones no tenía información y para el 17,17% la causa no fue especificada.

5

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo






Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

Resumen

Capítulo 5. Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

El **28,40%** de los casos fallecidos no tenía definido su estadio de ERC, esta proporción fue mayor para las personas con HTA como única precursora.

-  En el periodo actual, los casos con DM y/o HTA no estudiados para ERC disminuyeron en 17,76%.
-  Las tasas de incidencia y mortalidad de ERC fueron superiores en el régimen subsidiado, por otra parte, la prevalencia presentó resultados mixtos dependiendo de la enfermedad precursora.
-  Entre las personas que tenían únicamente DM, el 53,03% de los casos se encontraron en estadios 1 y 2. En las personas con únicamente HTA, la mayoría se clasificaron en el estadio 3.

La mayoría de los casos con HTA y DM fueron informados como **pacientes en estudio** sin confirmación diagnóstica de ERC (38,81%).



HTA: hipertensión arterial.
DM: diabetes mellitus.
ERC: enfermedad renal crónica.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

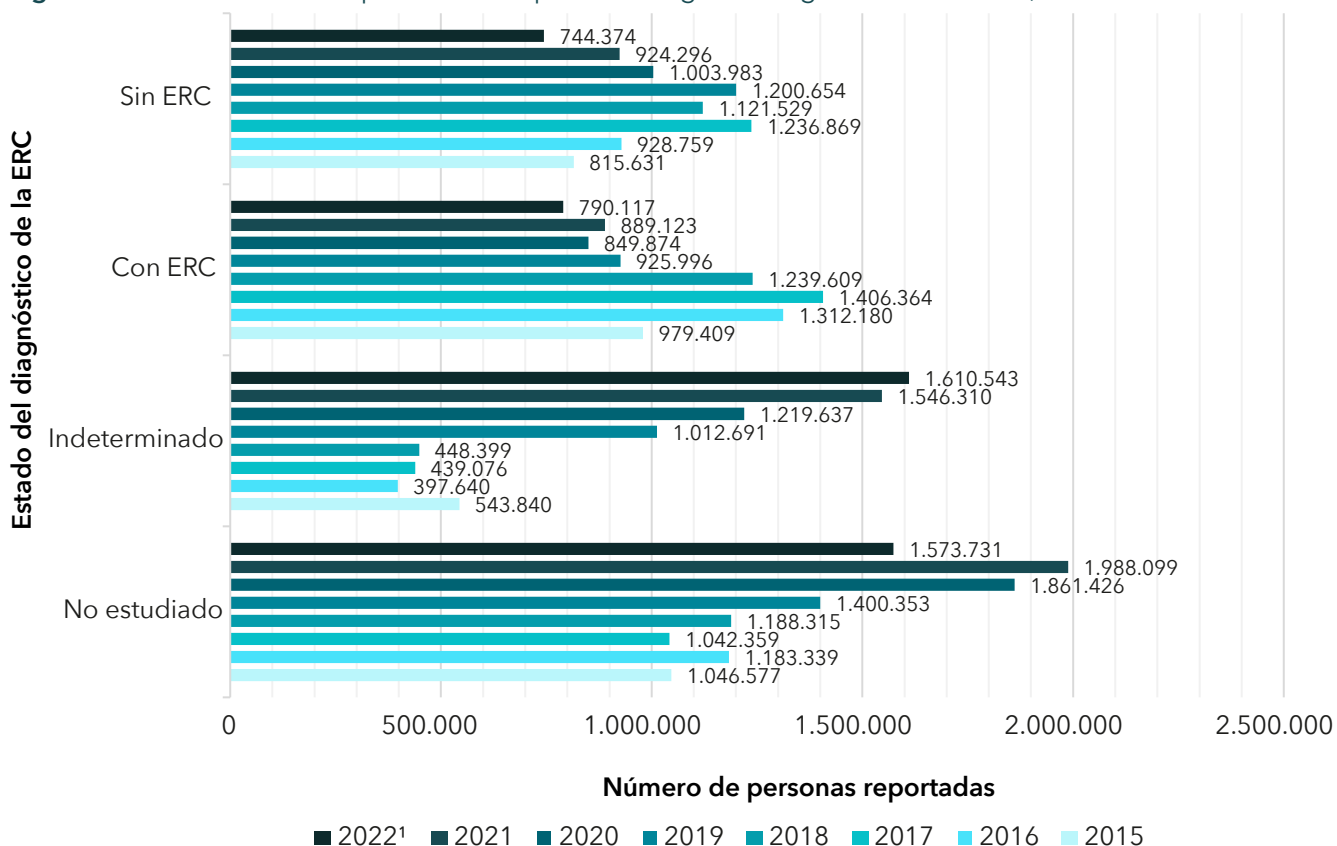
5. Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

El análisis en la población con ERC según el grupo de riesgo o sus precursoras permite la caracterización de tendencias diferenciales en las medidas de morbimortalidad y de esta manera, la identificación de potenciales grupos de intervención en los diferentes niveles de desagregación. Para definir un caso con diagnóstico de ERC, se requiere documentar el daño renal funcional o estructural persistente por 90 días o más, de acuerdo con las guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica del Ministerio de Salud y Protección Social (21).

Por otro lado, un diagnóstico indeterminado se refiere a aquellos casos en los que no se han realizado todas las pruebas complementarias para confirmar o descartar el diagnóstico o no se ha confirmado la cronicidad de la enfermedad (al menos 3 meses). Finalmente, se define que un paciente no ha sido estudiado para ERC cuando no se realizó ninguna de las pruebas mínimas para el diagnóstico (creatinina, relación albuminuria/creatinuria o albuminuria) durante el periodo de reporte.

Como se observa en la **figura 40**, en el periodo actual de análisis, las personas con DM y/o HTA no estudiadas para ERC disminuyeron en 17,76% (n= 339.935), sin embargo, los casos indeterminados mantuvieron la tendencia ascendente de años previos y se incrementaron en 5,44% (n= 83.179), lo cual contrasta con la disminución de los pacientes estudiados y definidos con o sin ERC.

Figura 40. Número de casos prevalentes reportados según el diagnóstico de la ERC, Colombia 2015 - 2022



¹ A partir del periodo 2022 se excluyen los pacientes que no fueron gestionados en el periodo. Para hacer la comparación con el 2021, se realizó la misma exclusión en ese periodo, según la cual el total de los casos estudiados fue 1.913.666 e indeterminados 1.527.364.

[Descargar figura](#)



En la **tabla 23** se muestra el diagnóstico de la ERC de acuerdo con los grupos de riesgo y se observa que el 36,57% de los casos con solo HTA, el 34,52% de los que solo tienen diabetes y el 24,94% de los que tienen ambas enfermedades no han sido estudiados para ERC.

Tabla 23. Distribución de los pacientes con HTA y DM según el diagnóstico de ERC, Colombia 2022

Enfermedad precursora	No tiene ERC	Tiene ERC	Indeterminado	No ha sido estudiado para ERC	Sin dato	Total
	n(%)					
Solo HTA	499.102 (67,05)	477.451 (60,43)	1.056.008 (65,57)	1.171.628 (74,45)	14 (70,00)	3.204.203 (67,90)
Solo DM	65.942 (8,86)	47.071 (5,96)	119.975 (7,45)	122.820 (7,80)	1 (5,00)	355.809 (7,54)
HTA y DM	179.330 (24,09)	226.482 (28,66)	434.560 (26,98)	279.283 (17,75)	5 (25,00)	1.119.660 (23,73)
Sin HTA ni DM	0 (0,00)	39.113 (4,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	39.113 (0,83%)
Total	744.374 (100,00)	790.117 (100,00)	1.610.543 (100,00)	1.573.731 (100,00)	20 (100,00)	4.718.785 (100,00)

5.1. Incidencia específica de la enfermedad renal crónica en los grupos de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertensión arterial o diabetes mellitus

Para la estimación de la incidencia de la ERC en cada uno de los grupos de riesgo, se tomaron como denominador los totales de casos prevalentes de HTA, DM y HTA o DM, y como numerador, las personas nuevas en la cohorte con diagnóstico de ERC, en ambos solo se incluyeron los casos en los adultos (18 años o más de edad).

5.1.1. Población con hipertensión arterial

Entre las personas con HTA, se estimó una IE mayor para el régimen subsidiado (**tabla 24**). Al analizar el comportamiento entre regiones, se observó que la Pacífica presentó la IE más alta, mientras que la Central tuvo la más baja (**tabla 25**).

Tabla 24. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	50.582	2.816.828	1,80	2,86	2,76	2,96
Subsidiado	41.163	1.377.846	2,99	3,52	3,33	3,71

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Tabla 25. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2022

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	15.401	868.733	1,77	2,82	2,66	2,98
Caribe	24.507	1.027.732	2,38	2,04	1,93	2,16
Central	14.267	1.388.461	1,03	0,91	0,84	0,99
Oriental	13.091	739.310	1,77	2,66	2,50	2,84
Pacífica	24.729	817.950	3,02	5,03	4,82	5,25
Amazonía-Orinoquía	1.450	54.788	2,65	2,48	1,75	3,38

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.1.2. Población con diabetes mellitus

Entre las personas con DM, se estimó una IE mayor para el régimen subsidiado (**tabla 26**). Al analizar el comportamiento entre regiones, se observó que la Pacífica presentó la IE más alta, mientras que la Central tuvo la más baja (**tabla 27**).

Tabla 26. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	17.198	984.477	1,75	2,64	2,51	2,76
Subsidiado	12.853	437.963	2,93	2,65	2,48	2,83

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Tabla 27. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2022

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	5.289	295.080	1,79	2,49	2,30	2,69
Caribe	7.749	325.724	2,38	1,87	1,74	2,01
Central	4.715	409.653	1,15	0,86	0,78	0,95
Oriental	4.807	266.000	1,81	2,26	2,06	2,48
Pacífica	7.640	279.347	2,73	4,95	4,63	5,29
Amazonía-Orinoquía	475	19.590	2,42	1,59	1,13	2,28

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

5.1.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

Entre las personas con HTA o DM, se estimó una IE mayor para el régimen subsidiado (**tabla 28**). Al analizar el comportamiento entre regiones, se observó que la Pacífica presentó la IE más alta, mientras que la Central tuvo la más baja (**tabla 29**).

Tabla 28. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	57.970	3.068.612	1,89	2,83	2,75	2,91
Subsidiado	44.192	1.469.861	3,01	3,35	3,20	3,50

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.



Tabla 29. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2022

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	17.956	947.942	1,89	2,76	2,64	2,89
Caribe	26.498	1.109.179	2,39	2,00	1,91	2,10
Central	15.329	1.480.000	1,04	0,87	0,82	0,93
Oriental	14.911	815.515	1,83	2,61	2,47	2,75
Pacífica	27.667	883.354	3,13	5,15	4,96	5,34
Amazonía-Orinoquía	1.576	61.195	2,58	2,16	1,62	2,81

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

5.2. Prevalencia específica de la enfermedad renal crónica en los grupos de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertensión arterial o diabetes mellitus

Para la estimación de la prevalencia de ERC en cada uno de los grupos de riesgo, se tomaron como denominador los totales de casos prevalentes de HTA, DM y HTA o DM, y como numerador, la totalidad de casos en la cohorte con diagnóstico de ERC, en ambos solo se tomaron las personas que fueran mayores de 18 años.

Entre las personas que tienen únicamente DM, el 53,03% se encontraron en estadios 1 y 2. Este comportamiento contrasta con el de los individuos con HTA, con o sin DM concomitante, y aquellos con otras comorbilidades sin estas enfermedades precursoras, en quienes la mayor frecuencia se encuentra en el estadio 3 (**tabla 30**).

Tabla 30. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2022

Estadio de la ERC	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Sin estadificación	Total
Solo HTA	86.284	69.693	144.392	19.276	19.407	138.399	477.451
Solo DM	16.912	8.050	8.500	886	614	12.109	47.071
HTA y DM	40.299	34.693	64.606	9.805	13.654	63.425	226.482
Sin HTA ni DM	5.043	6.854	11.084	2.373	2.188	11.571	39.113
Total	148.538	119.290	228.582	32.340	35.863	225.504	790.117

5.2.1. Población con hipertensión arterial

En la población con HTA, se estimó una PE mayor para el régimen subsidiado (**tabla 31**). Al analizar el comportamiento por regiones, se identificó que la Pacífica tenía la mayor PE, mientras que la Central tuvo la más baja (**tabla 32**).

Tabla 31. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	414.198	2.816.828	14,70	11,78	11,62	11,93
Subsidiado	203.941	1.377.846	14,80	12,01	11,73	12,30

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 32. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	156.687	868.733	18,04	14,68	14,40	14,97
Caribe	139.901	1.027.732	13,61	8,66	8,47	8,85
Central	132.460	1.388.461	9,54	5,97	5,82	6,12
Oriental	101.013	739.310	13,66	11,91	11,62	12,21
Pacífica	166.527	817.950	20,36	16,03	15,74	16,33
Amazonía-Orinoquía	6.786	54.788	12,39	9,22	8,12	10,42

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

5.2.2. Población con diabetes mellitus

En la población con DM, se estimó una PE mayor en el régimen contributivo (**tabla 33**). Por otra parte, al analizar el comportamiento por las regiones, se estimó que Bogotá, D. C., y la Pacífica tenían la mayor PE, mientras que la Central tuvo la más baja (**tabla 34**).

Tabla 33. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	170.935	984.477	17,36	12,76	12,56	12,97
Subsidiado	69.870	437.963	15,95	9,69	9,44	9,94

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Tabla 34. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	63.583	295.080	21,55	16,68	16,25	17,11
Caribe	51.580	325.724	15,84	9,08	8,86	9,31
Central	48.998	409.653	11,96	6,01	5,83	6,19
Oriental	44.265	266.000	16,64	12,64	12,23	13,06
Pacífica	61.932	279.347	22,17	16,38	15,95	16,83
Amazonía-Orinoquía	2.924	19.590	14,93	8,23	7,43	9,19

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

5.2.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

En la población con HTA o DM, se estimó una PE mayor en el régimen contributivo (**tabla 35**). Al analizar el comportamiento por las regiones, se observó que la Pacífica tenía la mayor PE, mientras que la Central tuvo la más baja (**tabla 36**).



Tabla 35. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	445.693	3.068.612	14,52	11,57	11,45	11,70
Subsidiado	212.717	1.469.861	14,47	11,19	10,97	11,42

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Tabla 36. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	169.780	947.942	17,91	14,53	14,30	14,77
Caribe	147.711	1.109.179	13,32	8,43	8,27	8,58
Central	138.332	1.480.000	9,35	5,66	5,54	5,78
Oriental	110.403	815.515	13,54	11,72	11,48	11,97
Pacífica	176.681	883.354	20,00	15,86	15,60	16,12
Amazonía-Orinoquía	7.376	61.195	12,05	8,48	7,65	9,37

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

5.3. Mortalidad por todas las causas de la enfermedad renal crónica en los grupos de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertensión arterial o diabetes mellitus

Para la estimación de la mortalidad por todas las causas en cada una de las poblaciones de análisis, se tomaron como denominadores los números totales de los pacientes con HTA, DM y HTA o DM que fueran mayores de 18 años, y como numerador el número de personas fallecidas con diagnóstico establecido de ERC para cada uno de los grupos anteriores.

La **tabla 37** presenta la distribución de los casos fallecidos con diagnóstico de ERC, en las poblaciones con HTA, con DM y con los dos diagnósticos de manera concomitante, la mayoría de los fallecidos estaban en el estadio 3. Por otra parte, en los que no tenían alguna de estas dos enfermedades precursoras, la mayor cantidad de individuos fallecidos tenía estadio 5.

Se resalta que el 28,40% de los casos fallecidos no estaban estadificados. Al analizar por las poblaciones, se evidencia que la mayor proporción de los casos sin estadificar tenían HTA como única precursora.

Tabla 37. Distribución de la población fallecida con diagnóstico de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2022

Estadio de la ERC	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Sin estadificación	Total
Solo HTA	808	1.162	5.679	2.120	2.192	5.224	17.185
Solo DM	120	133	419	136	121	347	1.276
HTA y DM	557	903	3.220	1.201	2.452	2.834	11.167
Sin HTA ni DM	9	38	223	166	266	292	994
Total	1.494	2.236	9.541	3.623	5.031	8.697	30.622

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.3.1. Población con hipertensión arterial

En la población con HTA, se estimó una TME mayor para el régimen subsidiado (**tabla 38**). Al analizar el comportamiento por las regiones, se estimó la TME más alta en la Amazonía-Orinoquía, mientras que la Caribe presentó la más baja (**tabla 39**).

Tabla 38. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	13.439	2.816.828	0,48	0,18	0,17	0,20
Subsidiado	7.887	1.377.846	0,57	0,40	0,34	0,46

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Tabla 39. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	4.800	868.733	0,55	0,22	0,19	0,24
Caribe	4.595	1.027.732	0,45	0,20	0,18	0,23
Central	7.771	1.388.461	0,56	0,21	0,19	0,24
Oriental	4.559	739.310	0,62	0,24	0,21	0,28
Pacífica	6.267	817.950	0,77	0,30	0,26	0,35
Amazonía-Orinoquía	346	54.788	0,63	0,64	0,26	1,22

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

5.3.2. Población con diabetes mellitus

En la población con DM, se estimó una TME mayor para el régimen subsidiado (**tabla 40**). Por otra parte, al analizar el comportamiento por las regiones, se reportó que la Amazonía-Orinoquía tenía la mayor TME mientras que Bogotá, D. C., y la Caribe tuvieron las más bajas (**tabla 41**).

Tabla 40. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	6.237	984.477	0,63	0,22	0,21	0,23
Subsidiado	3.069	437.963	0,70	0,31	0,28	0,36

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.



Tabla 41. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	2.079	295.080	0,70	0,23	0,21	0,26
Caribe	1.937	325.724	0,59	0,23	0,21	0,26
Central	3.319	409.653	0,81	0,26	0,24	0,29
Oriental	2.295	266.000	0,86	0,33	0,28	0,38
Pacífica	2.637	279.347	0,94	0,31	0,28	0,35
Amazonía-Orinoquía	173	19.590	0,88	0,42	0,26	0,87

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

5.3.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

En la población con HTA o DM, se estimó una TME mayor para el régimen subsidiado (**tabla 42**). Al analizar el comportamiento por las regiones, se estimó que la Amazonía-Orinoquía tenía la mayor TME mientras que la Caribe tuvo la más baja (**tabla 43**).

Tabla 42. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	14.140	3.068.612	0,46	0,18	0,17	0,19
Subsidiado	8.106	1.469.861	0,55	0,36	0,31	0,40

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Tabla 43. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	5.013	947.942	0,53	0,20	0,19	0,23
Caribe	4.813	1.109.179	0,43	0,19	0,17	0,21
Central	8.048	1.480.000	0,54	0,20	0,19	0,22
Oriental	4.821	815.515	0,59	0,23	0,21	0,26
Pacífica	6.555	883.354	0,74	0,28	0,25	0,32
Amazonía-Orinoquía	362	61.195	0,59	0,52	0,24	0,93

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.



Población con enfermedad renal crónica estadio 5





Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

Se informaron a la CAC

4.131 casos nuevos de ERC

en estadio 5, 9,53% menos que en el 2021.



La región Caribe y Bogotá, D. C., registraron las IE más altas del país.



La IE por regímenes fue similar para el contributivo y el subsidiado con 8,91 casos nuevos por 100.000 afiliados.



La prevalencia cruda de la ERC 5 fue de 69,87 casos por 100.000 habitantes.



En comparación con el periodo anterior, la prevalencia de ERC 5 disminuyó en un 12,53% en las mujeres y en un 16,17% en los hombres.



La edad promedio de los casos prevalentes con ERC 5 fue de 59,92 años (DE \pm 16,91).

Se reportaron

5.031 defunciones

por todas las causas

en la población con ERC 5.



En relación con el 2021, la tasa de mortalidad cruda se redujo en 4,75 fallecidos por cada 100.000 habitantes.



Bogotá, D. C., y la región Pacífica tuvieron las mayores TME.



En el 4,19% de los pacientes con ERC 5 que fallecieron, la causa reportada fue la ERC, y en el 23,00% fue la enfermedad cardiovascular.

Resumen

Capítulo 6. Población con enfermedad renal crónica estadio 5



ERC 5: enfermedad renal crónica en estadio 5.
IE: incidencia estandarizada.
DE: desviación estándar.
TME: tasa de mortalidad estandarizada.

[Descargar figura](#)

6. Población con enfermedad renal crónica estadio 5

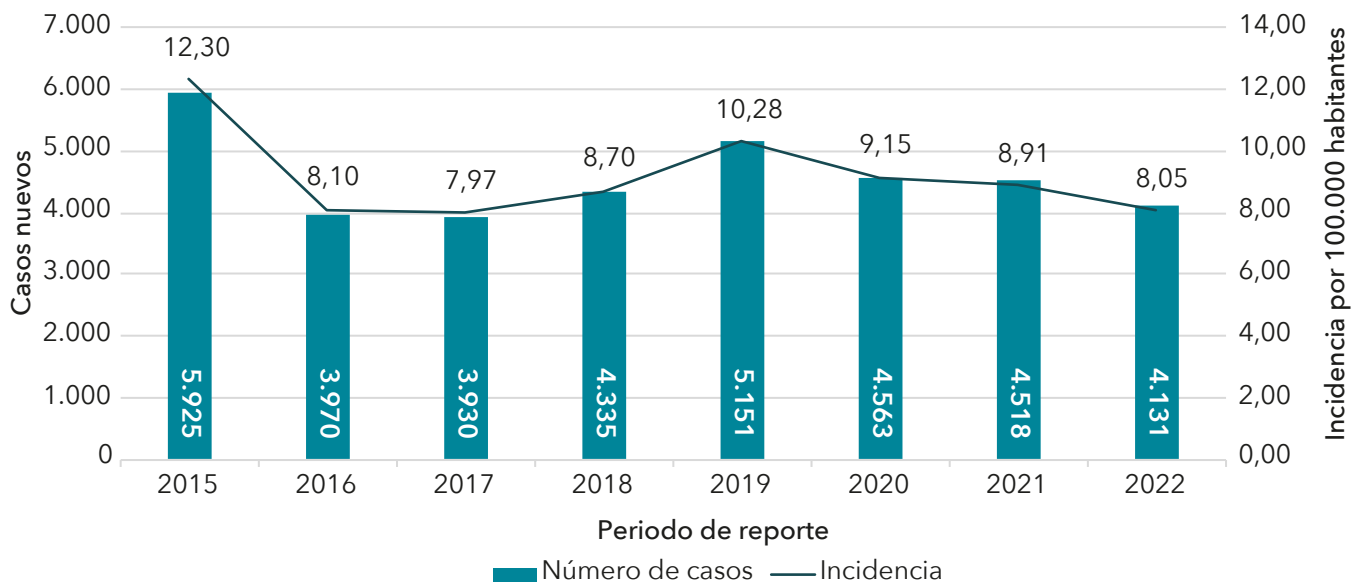
6.1. Incidencia de la población con enfermedad renal crónica estadio 5

En el periodo de estudio, se reportaron a la CAC 4.131 personas con nuevo diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio 5 (ERC 5), es decir, un 8,57% (n= 387) menos que en el 2021. La incidencia fue de 8,05 casos por cada 100.000 habitantes (**figura 41**) y mantiene una tendencia descendente desde el 2019.

Por otro lado, el 69,91% de los casos nuevos tenían 55 años o más (n= 2.888), el 7,99% eran mujeres de 80 años o más (n= 330), y el 7,70% (n= 318) fueron hombres entre los 65 y 69 años de edad (**figura 42**).

[En HI GIA está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.](#)

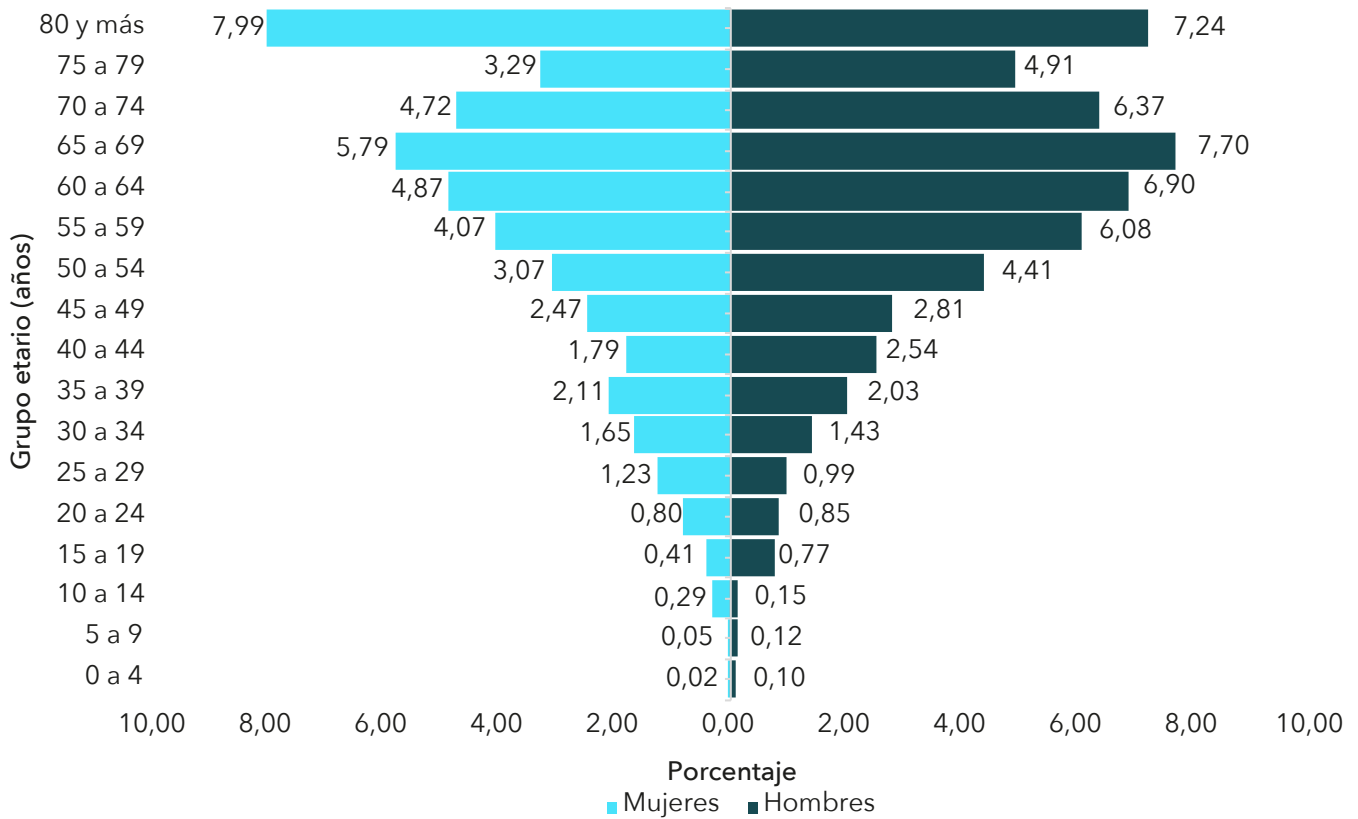
Figura 41. Tasa de incidencia cruda de la ERC 5, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)



Figura 42. Pirámide poblacional de los casos incidentes de ERC 5, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de ERC 5.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 44** se observa que la IE más alta de la ERC 5 por 100.000 habitantes correspondió a la región Caribe, seguida de Bogotá, D. C. En cuanto a los departamentos, Sucre (IE= 18,52; IC 95% 15,84 - 21,52) y Atlántico (IE= 14,30; IC 95%= 12,86 - 15,84) presentaron las estimaciones más altas.

[Puede ampliar estos resultados demográficos hasta la desagregación municipal en la plataforma HIGIA](#)

Tabla 44. Tasa de incidencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	811	7.867.910	10,31	9,95	9,28	10,66
Caribe	1.195	11.678.480	10,23	11,76	11,10	12,45
Central	831	12.304.808	6,75	6,26	5,84	6,71
Oriental	600	9.719.754	6,17	6,16	5,67	6,67
Pacífica	643	8.262.702	7,78	7,47	6,91	8,08
Amazonía-Orinoquía	51	1.495.834	3,41	5,08	3,76	6,68
Nacional	4.131	51.329.486	8,05	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

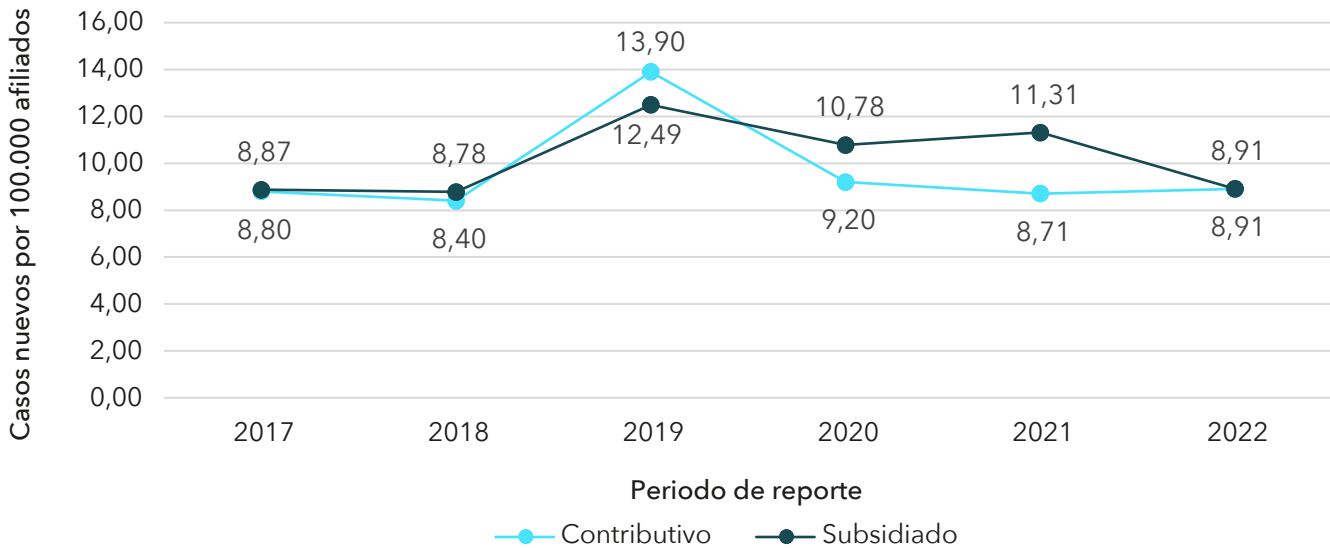
Población con enfermedad renal crónica estadio 5

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En la **figura 43** se muestra que la IE de la ERC 5 por 100.000 afiliados fue similar en los regímenes subsidiado (IE= 8,91; IC 95% 8,50 - 9,33) y contributivo (IE= 8,91; IC 95% 8,54 - 9,28). Al analizar por la EAPB, la EAS027 tuvo la IE más alta del régimen contributivo (IE= 76,49, IC 95% 6,78 - 257,93) y la CCF033, la del subsidiado (IE= 26,02, IC 95% 17,80 - 36,78).

Las estimaciones completas de mortalidad para todas las EAPB las puede consultar en **HIGIA**

Figura 43. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



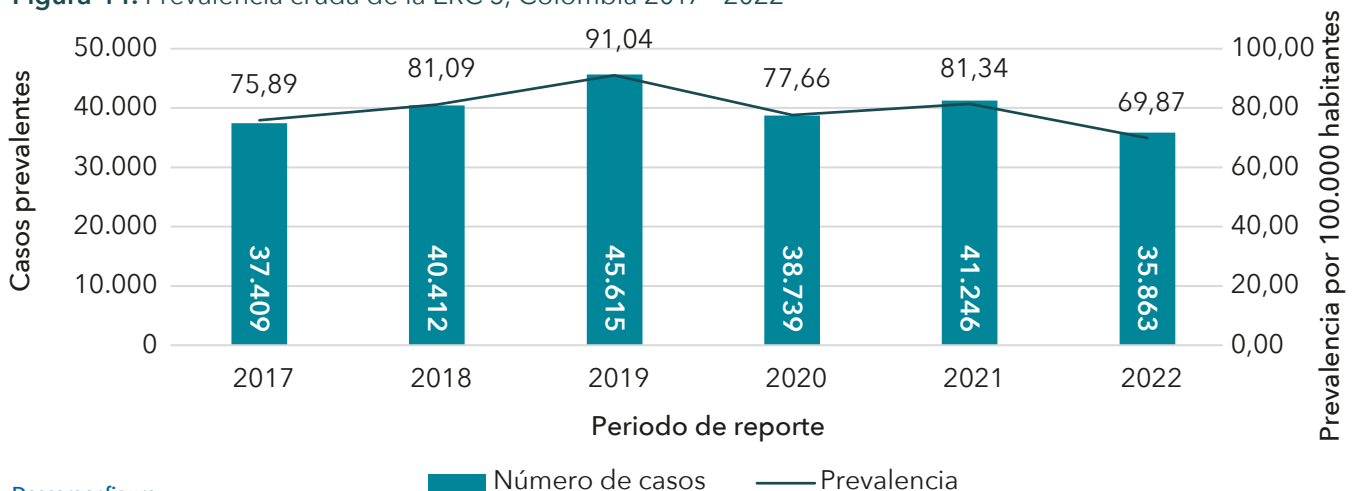
La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

[Descargar figura](#)

6.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica estadio 5

Como se observa en la **figura 44**, se reportaron 35.863 casos con ERC 5, lo que significó una reducción del 13,05% en el número de personas con la enfermedad y correspondió a una prevalencia de 69,87 casos por 100.000 habitantes. La edad promedio fue de 59,92 años (DE ± 16,91) y el 58,04% (n= 20.814) eran hombres. Con respecto al 2021, se observó una reducción del 12,53% en la prevalencia de las mujeres y del 16,17% en la de los hombres (**figura 45**).

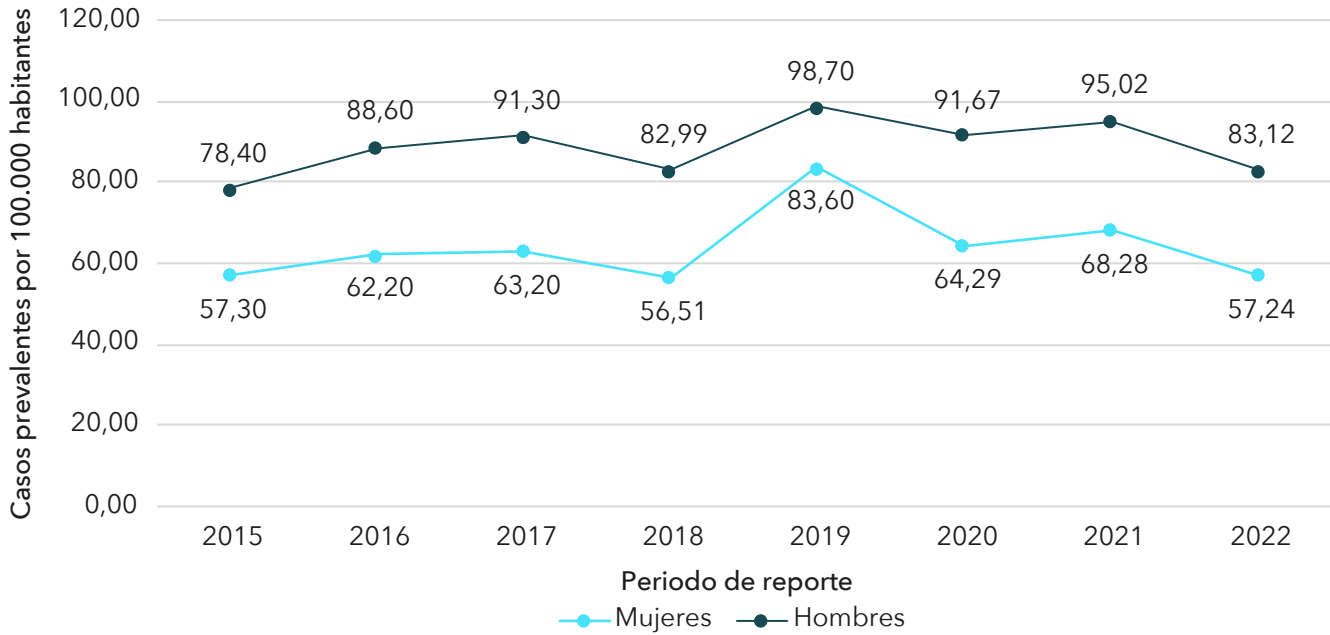
Figura 44. Prevalencia cruda de la ERC 5, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)



Figura 45. Prevalencia cruda de la ERC 5 según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

En la **tabla 45** se muestra la PE de la ERC 5 según las regiones, en la cual, la Caribe y Bogotá, D. C., obtuvieron las estimaciones más altas. En cuanto a los departamentos, Atlántico (n= 2.664, PE= 103,20; IC 95% 99,31 - 107,20), Sucre (n= 869, PE= 95,56; IC 95% 89,30 - 102,13) y el Valle del Cauca (n= 4.627, PE= 91,38; IC 95% 88,75 - 94,06) lideraron el indicador.

[Puede ampliar estos resultados demográficos hasta la desagregación municipal en la plataforma HIGIA](#)

Tabla 45. Prevalencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	6.625	7.867.910	84,20	80,91	78,97	82,88
Caribe	8.437	11.678.480	72,24	82,19	80,44	83,97
Central	8.324	12.304.808	67,65	62,70	61,35	64,06
Oriental	5.653	9.719.754	58,16	57,98	56,48	59,51
Pacífica	6.306	8.262.702	76,32	73,23	71,43	75,06
Amazonía-Orinoquía	518	1.495.834	34,63	48,15	44,02	52,55
Nacional	35.863	51.329.486	69,87	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

La tendencia de la PE de la ERC 5 a lo largo del tiempo ha sido inestable, y para el último periodo, el régimen contributivo superó al subsidiado (n= 19.615, PE= 76,71; IC 95% 75,64 - 77,80) y (n= 14.142, PE= 71,16; IC 95% 69,99 - 72,34), respectivamente (**figura 46**). Según la EAPB, la EAS027 tuvo la PE más alta del régimen contributivo (PE= 355,21; IC 95% 165,84 - 639,73) y la EPSS34, la del subsidiado (PE= 123,36; IC 95% 117,32 - 129,63).

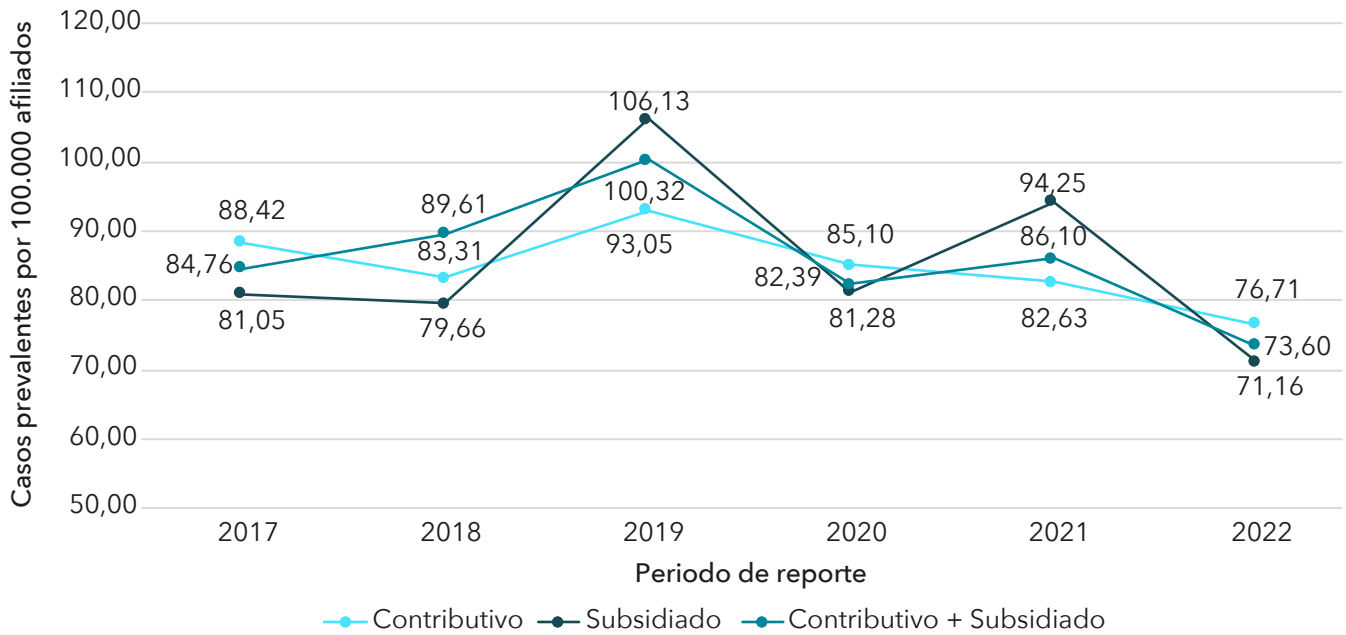
[Las estimaciones completas de prevalencia para todas las EAPB las puede consultar en HIGIA](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con enfermedad renal crónica estadio 5

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 46. Prevalencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



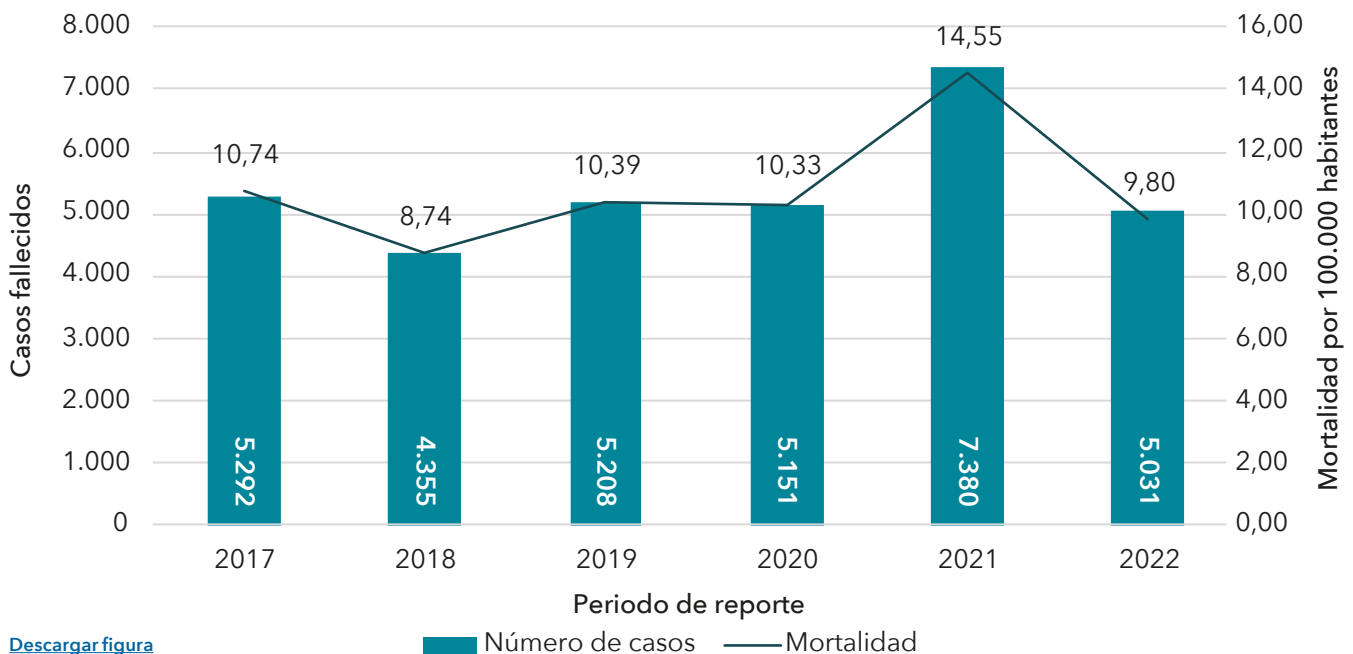
La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022. La prevalencia combinada (contributivo + subsidiado) corresponde a una medida cruda.

[Descargar figura](#)

6.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica estadio 5

En el periodo 2022 se reportaron 5.031 muertes por todas las causas entre las personas con ERC 5, lo que significa un 31,83% menos en el número de defunciones con respecto al 2021. Así mismo, en la **figura 47** se observa que la tasa de mortalidad cruda se redujo en 4,75 casos por cada 100.000 habitantes.

Figura 47. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con ERC 5, Colombia 2017 - 2022

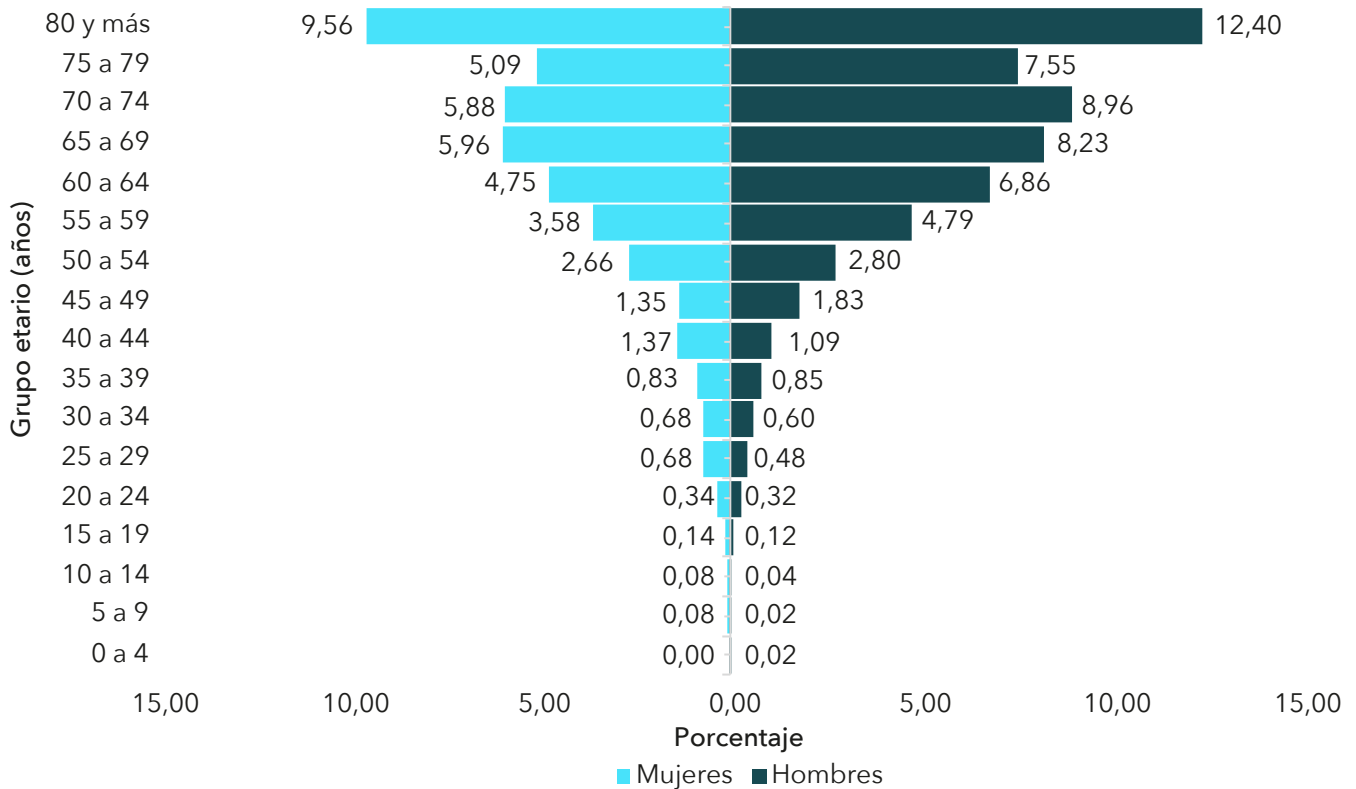


[Descargar figura](#)



El 75,25% de las personas con ERC 5 que fallecieron por todas las causas tenían 60 años o más (n= 3.786), y el 21,96% pertenecía específicamente al grupo de 80 años o más (**figura 48**). Además, el 31,60% eran hombres entre los 60 y 79 años (n= 2.681).

Figura 48. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con ERC 5, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos con ERC 5.

[Descargar figura](#)

Bogotá, D. C., y la región Pacífica tuvieron las mayores TME (**tabla 46**). En cuanto a los departamentos, en el Meta (n= 155, TME= 16,43; IC 95% 13,93 - 19,22), Atlántico (n= 379, TME= 15,15; IC 95% 13,66 - 16,75) y el Valle del Cauca (n= 710, TME= 13,44; IC 95% 12,46 - 14,70) se estimaron las TME más altas.

Tabla 46. Mortalidad por todas las causas en la población con ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	881	7.867.910	11,20	11,08	10,36	11,84
Caribe	1.070	11.678.480	9,16	10,66	10,03	11,32
Central	1.173	12.304.808	9,53	8,64	8,15	9,15
Oriental	848	9.719.754	8,72	8,70	8,12	9,31
Pacífica	975	8.262.702	11,80	10,96	10,28	11,67
Amazonía-Orinoquía	84	1.495.834	5,62	8,49	6,75	10,51
Nacional	5.031	51.329.486	9,80	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

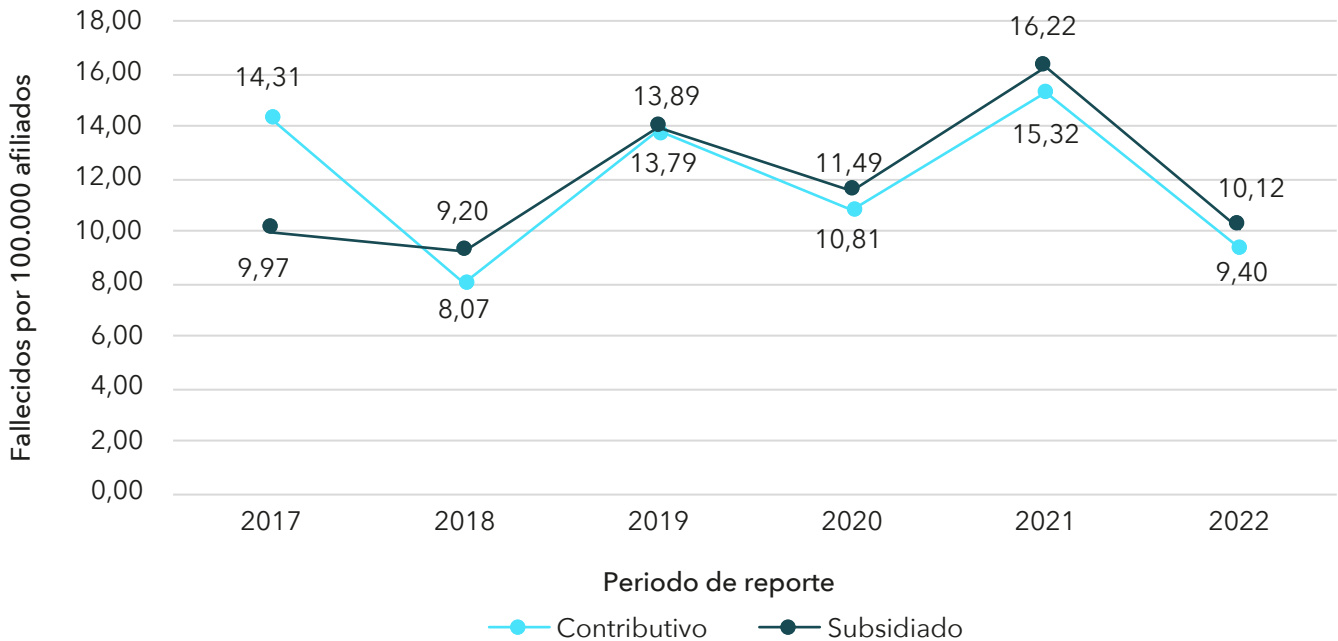
Población con enfermedad renal crónica estadio 5

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En el marco del aseguramiento, la TME en el régimen subsidiado fue superior ($n= 2.077$, TME= 10,12; IC 95% 9,69 - 10,56) que la del contributivo ($n= 2.325$, TME= 9,40; IC 95% 9,02 - 9,79) (figura 49). En cuanto a las EAPB, la EPSS34, perteneciente al régimen subsidiado, tuvo una TME de 23,66 casos por 100.000 afiliados (IC 95% 21,14 - 26,41), y para la EPS048, del contributivo, la TME fue de 23,79 (IC 95% 13,19 - 39,42).

En **HIGIA** podrá consultar con mayor detalle las estimaciones de morbilidad y mortalidad en las diferentes desagregaciones demográficas y del aseguramiento.

Figura 49. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

[Descargar figura](#)

En el 4,19% de los pacientes con ERC 5 que fallecieron, la causa fue directamente la ERC, mientras que al 23,00% se atribuyó a enfermedad cardiovascular, el 8,96% a infecciones y el 1,21% a cáncer. El 45,24% de las defunciones no tenía información y para el 17,39% la causa no fue especificada.







Indicadores de nefroprotección

Resumen

Capítulo 7. Indicadores de nefroprotección

Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

El **76,42%** de la población general afiliada al régimen contributivo mantuvo las cifras de PA por debajo de 140/90 mmHg, mientras que en el subsidiado el 61,47% alcanzó la meta.

-  En el 49,20% de la población general se reportó la albuminuria en 24 horas o la relación de albuminuria/creatinuria.
-  A nivel nacional, el 69,52% de la población mantuvo la función renal conservada, según la fórmula CKD-EPI.
-  Los indicadores del control de la PA, el control glicémico (HbA1c <7%) en las personas con DM, la meta de LDL <100 mg/dL y los dos que evalúan el mantenimiento de la función renal obtuvieron el cumplimiento alto en las poblaciones con HTA y con DM.
-  Las metas de HbA1c, LDL y preservación de la función renal se alcanzaron en todas las poblaciones con ERC en los diferentes estadios.

No se alcanzó la meta de la medición de **albuminuria** en las subpoblaciones evaluadas.

PA: presión arterial.
CKD-EPI: por sus siglas en inglés, Colaboración Epidemiológica de la Enfermedad Renal Crónica.
HbA1c: hemoglobina glicosilada.
DM: diabetes mellitus.
HTA: hipertensión arterial.
LDL: por sus siglas en inglés, lipoproteína de baja densidad.
ERC: enfermedad renal crónica.



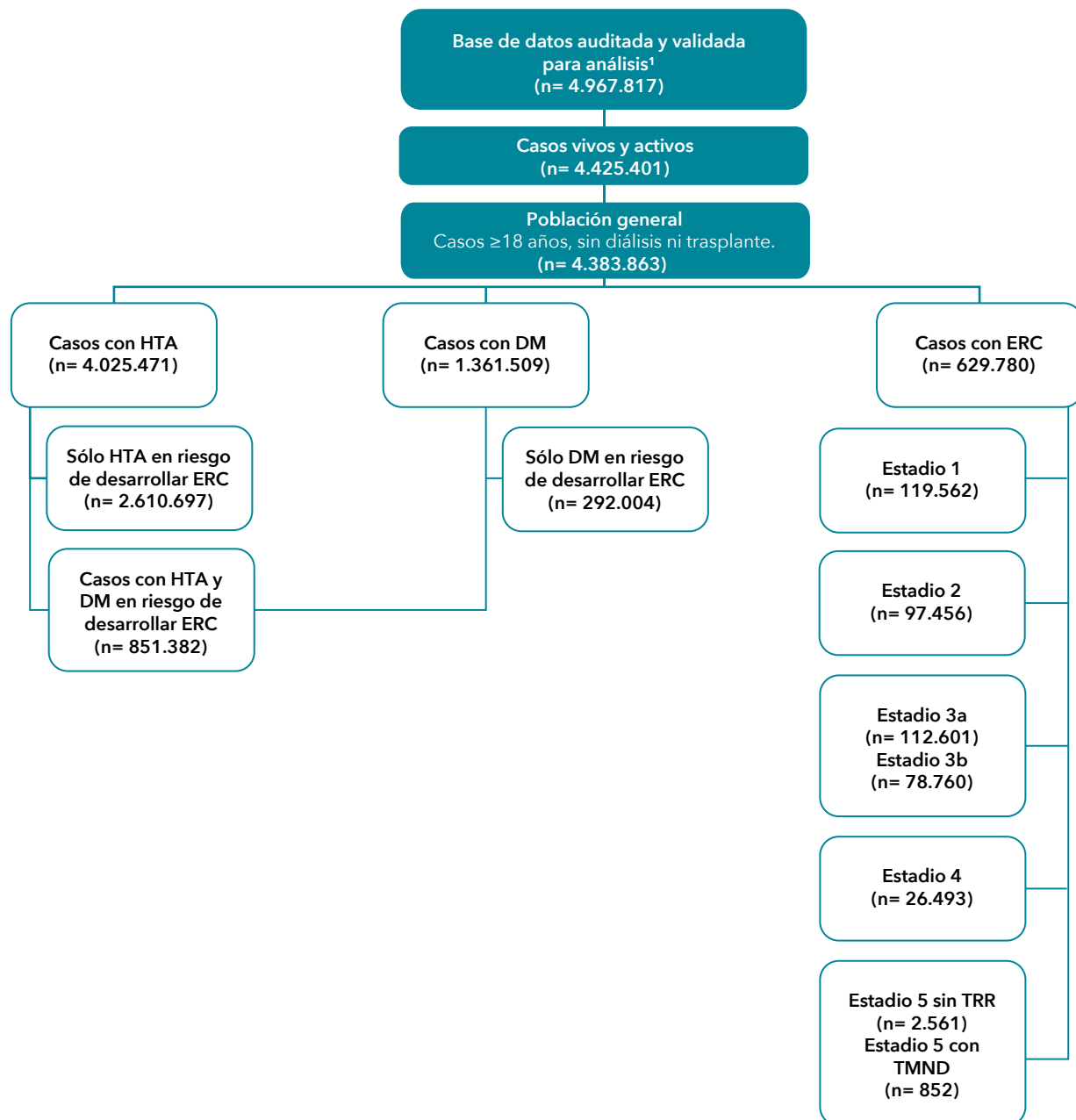


7. Indicadores de nefroprotección

7.1. Características de la población viva y activa

A continuación, se presenta la distribución de la población viva y activa incluida para el cálculo de los indicadores de nefroprotección:

Figura 50. Flujo de datos descriptivo de los casos incluidos para el cálculo de los indicadores de nefroprotección, periodo 2022



¹ No incluye los casos identificados por las fuentes externas. Contiene los casos duplicados.

Fuente: elaboración propia.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Indicadores de nefroprotección

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.2. Indicadores de la gestión del riesgo para la población total reportada

Los indicadores de la gestión del riesgo son una herramienta objetiva para medir los aspectos relacionados con la atención y los resultados en salud de las personas con HTA, DM y ERC sin TRR en el país. La evaluación continua de sus resultados ha permitido el diseño y la ejecución de las intervenciones para mejorar la calidad de la atención. En la **tabla 47** se describen los tipos, nombres y rangos de cumplimiento con su correspondiente semaforización para cada uno de los indicadores.

Tabla 47. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en nefroprotección en la población general, Colombia 2023

Tipo	Indicador	Semaforización de cumplimiento		
		Alto	Medio	Bajo
Resultado	Control de la presión arterial (< 140/90).	> 60%	40 a 60%	< 40%
Proceso	Medición de LDL en el último año.	> 60%	40 a 60%	< 40%
Resultado	Meta de LDL (< 100 mg/dL).	> 50%	30 a 50%	< 30%
Proceso	Medición de creatinina en el último año.	> 70%	50 a 70%	< 50%
Proceso	Medición de albuminuria en el último año.	> 60%	40 a 60%	< 40%
Resultado	Control de IMC (20 - 25 kg/m ²).	> 30%	20 a 30%	< 20%
Resultado	Sin pérdida de la función renal Cockroft (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año).	> 50%	40 a 50%	< 40%
Resultado	Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año).	> 50%	40 a 50%	< 40%

Población general: mayores o iguales a 18 años, vivos y activos a la fecha de corte, con diagnóstico de HTA o DM o ERC sin diálisis ni trasplante.

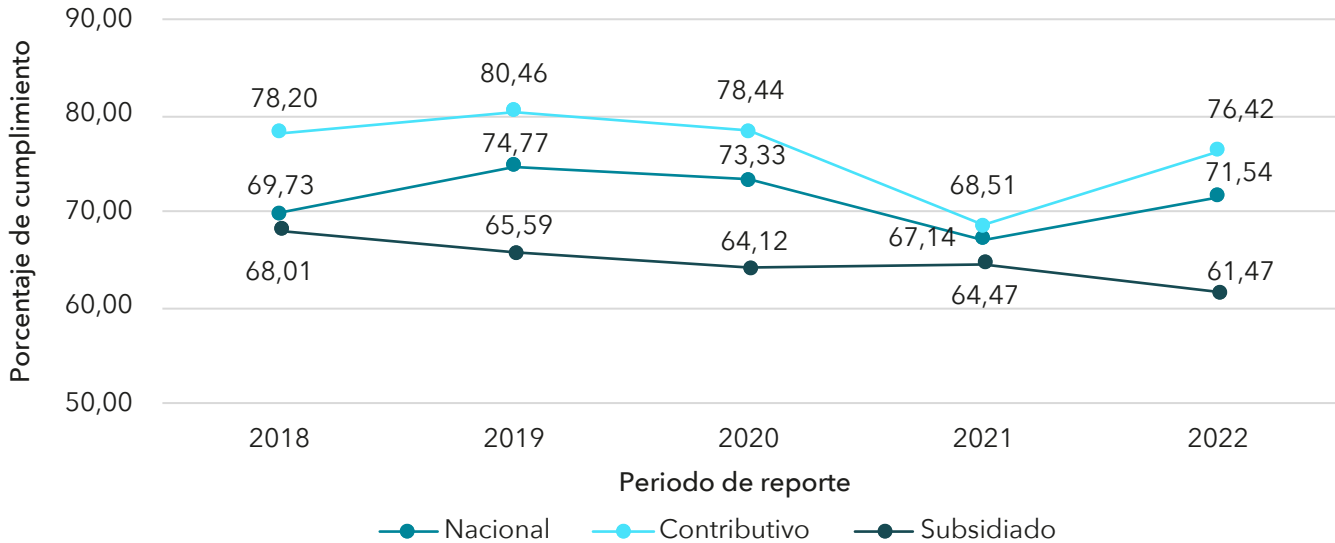
LDL: lipoproteína de baja densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TFG:** tasa de filtración glomerular.

[Para consultar la información más detallada y desagregada a nivel demográfico y del aseguramiento, les invitamos a visitar la plataforma **HIGIA**](#)

La Academia Americana de Médicos Familiares recomienda que se trate a los pacientes con HTA hacia un objetivo estándar de PA < 140/90 mmHg para reducir la mortalidad cardiovascular y por todas las causas, o que se intente un objetivo inferior a 135/85 mmHg para disminuir el riesgo de infarto del miocardio (22). En la población general, el indicador de control de la PA (< 140/90 mmHg) logró el cumplimiento alto en el periodo 2022 (> 60%); sin embargo, como se observa en la **figura 51**, el indicador nacional y el del régimen contributivo mejoró en 6,55% y 11,55%, respectivamente, con relación al 2021, mientras que en el subsidiado se presentó un descenso de 4,65% en el cumplimiento.



Figura 51. Tendencia del control de la PA (< 140/90 mmHg) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022

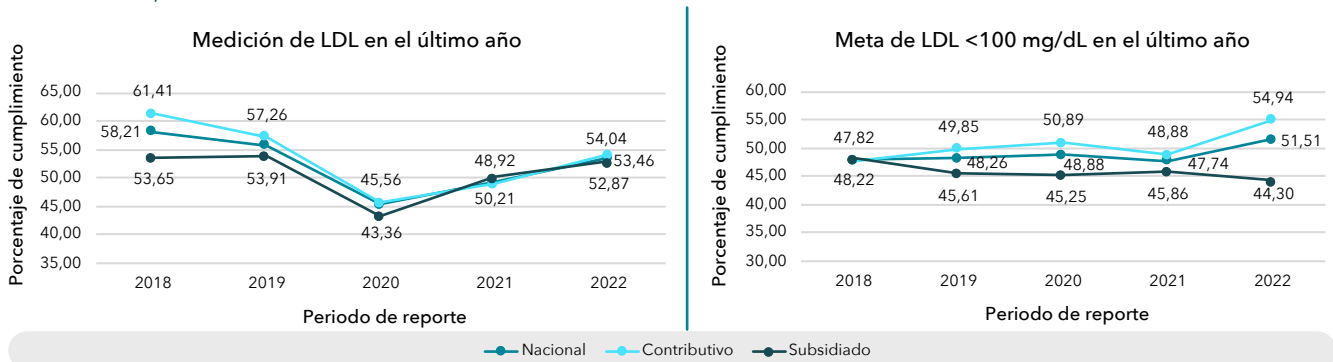


[Descargar figura](#)

En los pacientes diagnosticados con ERC se recomienda la medición del perfil lipídico incluyendo colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos con el fin de guiar el tratamiento y obtener información sobre posibles causas secundarias de dislipidemia (23). Adicionalmente, la evidencia muestra que el incremento de LDL es una causa fundamental de aterosclerosis, la cual contribuye al desarrollo de eventos clínicos de enfermedad cardiovascular y, por tanto, promover su reducción permitirá disminuir el riesgo de este tipo de desenlaces (24,25).

En la **figura 52** se observa una tendencia ascendente y progresiva desde el 2020 en la medición de LDL en el último año, aunque el indicador, tanto el nacional como el de los regímenes, se mantiene en el nivel de cumplimiento medio (40 a 60%). En el caso del control de LDL (< 100 mg/dL) en el último año, el desempeño del indicador nacional y en el régimen contributivo fue alto (> 50%). El subsidiado, por su parte, se encuentra en un nivel medio, aunque mostró el resultado más bajo desde el 2018 (44,30%).

Figura 52. Tendencia de los indicadores relacionados con el control de LDL a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022



[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Indicadores de nefroprotección

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

La medición de creatinina permite calcular la TFG que se utiliza como marcador de la función renal; por otro lado, la albuminuria es usada como indicador de daño renal. Juntos, hacen parte de la evaluación rutinaria de la severidad de la ERC y permiten construir estrategias de estratificación del riesgo para personalizar el manejo y guiar la asignación eficiente de recursos (26).

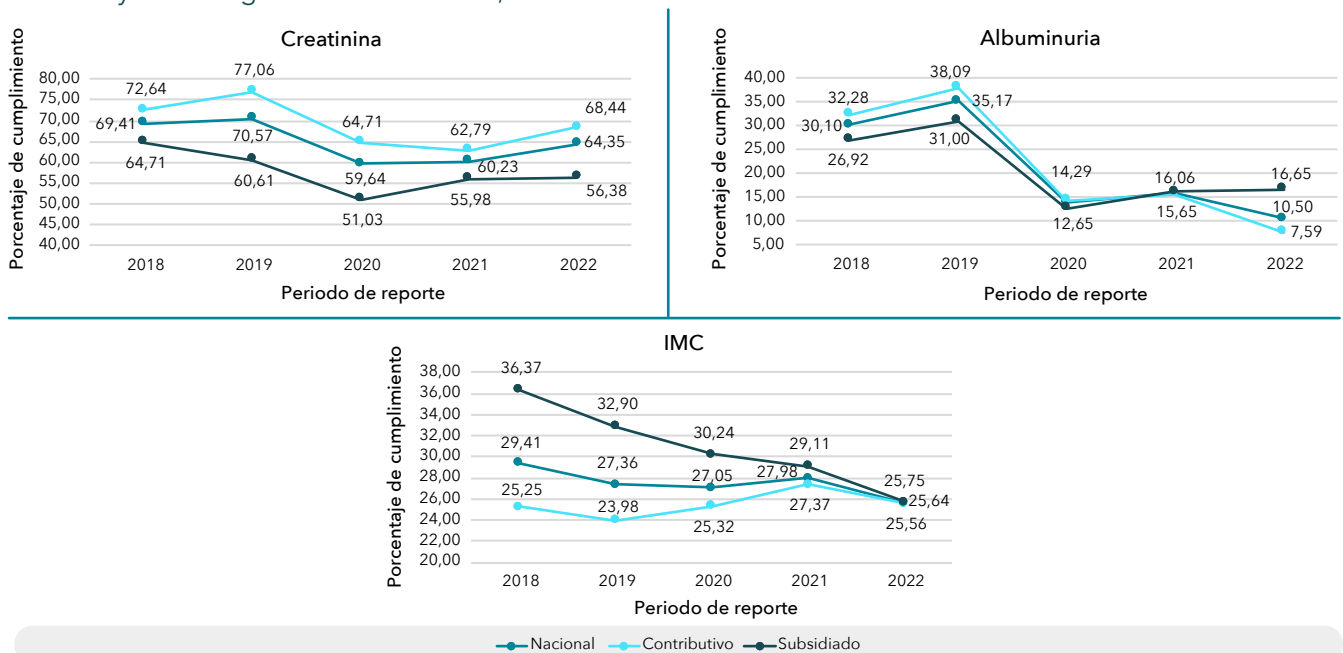
Como se observa en la **figura 53**, la medición de la creatinina en la población general mejoró con respecto al 2021, aunque se mantiene en el nivel de cumplimiento medio. El régimen contributivo tuvo un desempeño superior al nacional. También, en las regiones se pudo observar que el porcentaje de las personas en quienes se midió la creatinina estuvo entre el 60,48% y el 67,45%, que correspondió a las regiones Central y Bogotá, D. C., respectivamente.

En cuanto a la medición de la albuminuria, el cumplimiento fue bajo en la mayoría de desagregaciones con respecto al 2021, sin embargo, se destaca la mejora en el desempeño del régimen subsidiado frente al contributivo y el nivel nacional. En las regiones el comportamiento también fue bajo y especialmente en la Amazonía-Orinoquía, la Central y la Caribe los resultados se ubicaron por debajo del 10,00%. Por otro lado, en el 49,20% de la población general se reportó la albuminuria en 24 horas o la relación de albuminuria/creatinuria. Entre quienes tenían la medición de esta relación, el 84,78% se clasificó como categoría A1, el 13,41% como categoría A2 y el 1,82% como categoría A3.

Por otra parte, la obesidad incrementa el riesgo de desarrollar DM e HTA, y por lo tanto impacta directamente en el desarrollo y progresión de la ERC. En las personas con obesidad se desarrolla un mecanismo compensatorio de hiperfiltración para satisfacer las mayores demandas metabólicas del aumento de peso corporal y el aumento de la presión intraglomerular puede dañar la estructura renal (27,28). Por consiguiente, controlar la obesidad se convierte en una intervención preventiva para reducir la incidencia de la ERC.

En este sentido, el indicador de control de IMC se mantiene en desempeño medio (20 a 30%) tanto a nivel nacional como en los regímenes, pero con respecto al 2021, se observó una disminución en el cumplimiento (**figura 53**). El comportamiento en las regiones fue similar, mostrando una disminución en el último periodo, especialmente en la Central (3,70 puntos porcentuales).

Figura 53. Tendencia de los indicadores de medición de la creatinina, la albuminuria y el control del IMC a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022

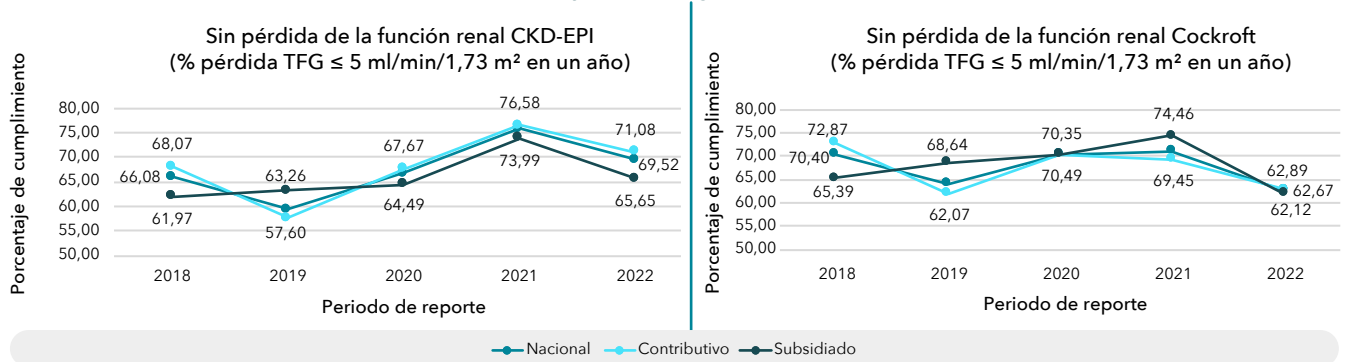


[Descargar figura](#)



Cuando se mide la creatinina sérica, se recomienda reportar la TFGe, utilizada para evaluar la función renal, ajustar las dosis de ciertos fármacos o como predictor de mortalidad cardiovascular y por todas las causas (29). Para calcular la TFGe se utiliza tradicionalmente la ecuación de Cockcroft y Gault y también la propuesta por el grupo CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*). Como se observa en la **figura 54**, el indicador de personas sin pérdida de la función renal ($TFG \leq 5 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ en un año) mantuvo el alto cumplimiento, aunque disminuyó con respecto al periodo 2021, independientemente de la fórmula utilizada. Además, con la de Cockcroft la brecha entre los distintos regímenes es mínima, mientras que, con la CKD-EPI es de 5,43 puntos porcentuales, sobresaliendo en ambos cálculos el régimen contributivo.

Figura 54. Tendencia de la proporción de las personas sin pérdida de la función renal (% pérdida TFG < 5 ml/min/1,73 m² en un año) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022



[Descargar figura](#)

7.3. Indicadores de nefroprotección en las subpoblaciones de riesgo

A continuación, se describen los principales resultados en cada una de las subpoblaciones de riesgo definidas en el consenso.

[Para consultar la información más detallada y desagregada a nivel demográfico y del aseguramiento, les invitamos a visitar la plataforma HIGIA](#)

7.3.1. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM

La **tabla 48** presenta los resultados nacionales para los indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM.

Tabla 48. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM, Colombia 2022

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥ 18 años, vivos y activos, sin diálisis ni trasplante				
		Con HTA	Con DM	Con solo HTA en riesgo de ERC	Con solo DM en riesgo de ERC	Con HTA y DM en riesgo de ERC
Control de la presión arterial (< 140/90)	> 60					
	40 a 60	● 70,56	● 77,82	N.A.	● 81,40	● 75,85
	< 40					
Control de la presión arterial (< 140/90) en menores de 60 años	> 60					
	40 a 60	N.A.	N.A.	● 67,18	N.A.	N.A.
	< 40					
Control de la presión arterial (< 150/90) en mayores o iguales a 60 años	> 60					
	40 a 60	N.A.	N.A.	● 78,20	N.A.	N.A.
	< 40					

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Indicadores de nefroprotección

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 48. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM, Colombia 2022 (continuación)

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥ 18 años, vivos y activos, sin diálisis ni trasplante				
		Resultados (%)				
		Con HTA	Con DM	Con solo HTA en riesgo de ERC	Con solo DM en riesgo de ERC	Con HTA y DM en riesgo de ERC
Medición de HbA1c en los últimos 6 meses en las personas con DM	> 60					
	40 a 60	● 55,97	● 54,95	N.A.	● 49,30	● 52,12
	< 40					
Meta de HbA1c (< 7%) en las personas con DM	> 50					
	30 a 50	● 57,59	● 56,28	N.A.	● 51,67	● 57,29
	< 30					
Medición de LDL en el último año	> 60					
	40 a 60	● 53,26	● 60,83	● 46,07	● 52,56	● 58,86
	< 40					
Meta de LDL (<100 mg/dL)	> 50					
	30 a 50	● 51,63	● 56,30	● 48,57	● 49,88	● 57,47
	< 30					
Medición de creatinina en el último año	> 70					
	50 a 70	● 64,21	● 70,99	● 56,66	● 60,88	● 68,46
	< 50					
Medición de albuminuria en el último año	> 60					
	40 a 60	● 10,51	● 11,98	● 5,75	● 6,16	● 7,33
	< 40					
Control de IMC (20 - 25 kg/m ²)	> 30					
	20 a 30	● 25,33	● 24,45	● 24,79	● 27,47	● 22,24
	< 20					
Sin pérdida de la función renal Cockcroft (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año)	> 50					
	40 a 50	● 62,81	● 59,95	● 64,99	● 60,86	● 60,63
	< 40					
Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año)	> 50					
	40 a 50	● 69,57	● 68,19	● 69,51	● 67,55	● 67,79
	< 40					

HbA1c: hemoglobina glicosilada; **DM:** diabetes mellitus; **LDL:** lipoproteína de baja densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TGF:** tasa de filtración glomerular.

7.3.1.1. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA

En esta subpoblación, el indicador de control de la presión arterial (< 140/90 mmHg) mostró un cumplimiento alto, al igual que el control glicémico en las personas con DM, la meta de LDL (< 100 mg/dL) y la no pérdida de la función renal medida con las dos fórmulas establecidas por el consenso. Por otro lado, la medición de la albuminuria en el último año presentó un desempeño bajo (10,51%), mientras que, los demás indicadores se mantuvieron en el nivel medio de cumplimiento. Adicionalmente, al 49,11% de las personas se les evaluó la albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria.

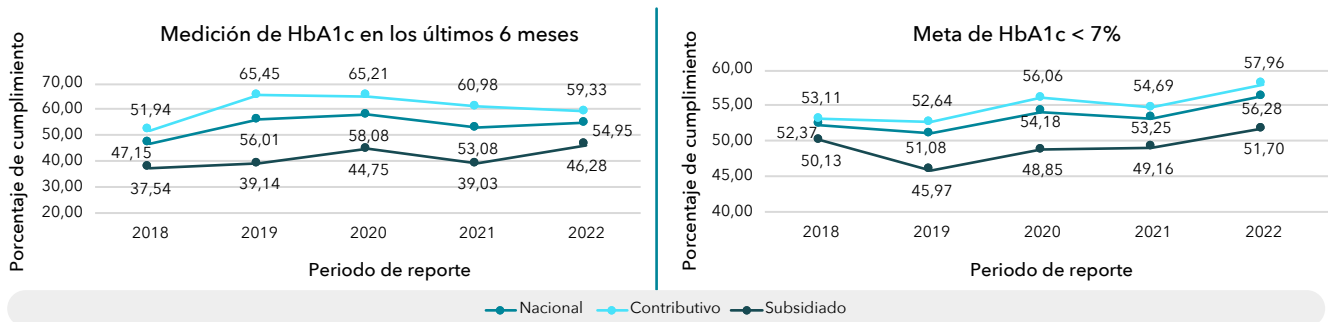


7.3.1.2. Indicadores de nefroprotección en la población con DM

En la población con DM, el control del IMC ($20 - 25 \text{ kg/m}^2$) se posicionó en cumplimiento medio (24,45%), mientras que el desempeño de la medición de albuminuria en el último año fue bajo (11,98%). Los demás indicadores alcanzaron la meta y, además, la prueba de albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria se realizó al 55,59% de las personas con DM.

Con respecto al periodo anterior, en la **figura 55** se observa que la medición de HbA1c en los últimos 6 meses incrementó su porcentaje de cumplimiento a nivel nacional y en el régimen subsidiado, mientras que, el desempeño en el contributivo descendió; adicionalmente se resalta que la brecha entre los regímenes se redujo en un 40,55%. El control de la HbA1C logró el cumplimiento alto, pero la brecha entre regímenes se incrementó en un 13,33% con respecto al 2021. Entre las regiones, el mayor cumplimiento lo obtuvo Bogotá, D. C., con el 60,39%, mientras que el más bajo correspondió a la Amazonía-Orinoquía con el 43,55%.

Figura 55. Tendencia de los indicadores relacionados con la medición y el control de la HbA1c en personas con DM a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2018 - 2022



[Descargar figura](#)

7.3.1.3. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA y DM

El 7,33% de la población con HTA y DM contó con la medición de albuminuria en 24h en el último periodo, por lo cual el cumplimiento del indicador fue bajo. La medición de HbA1c en los últimos 6 meses, LDL y creatinina en el último año y el control de IMC alcanzaron el desempeño medio, mientras que los restantes tuvieron un óptimo cumplimiento. Por otro lado, al 53,01% de las personas se les evaluó la albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria.

7.3.1.4. Indicadores de nefroprotección en la población con solo HTA en riesgo de desarrollar ERC

Entre las personas que solo tienen HTA y están en riesgo de desarrollar ERC, el 67,18% de los menores de 60 años y el 78,20% de quienes tienen 60 años o más lograron el control de la PA según lo establecido en el consenso. Además, el 64,99% y el 69,51% de la población se mantuvo sin deterioro de la función renal (según Cockcroft y CKD-EPI, respectivamente). En cuanto a la medición de la albuminuria en el último año, se obtuvo un cumplimiento bajo, según el cual solo al 5,75% de la población se le realizó el examen. Por otro lado, la medición de la albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria se realizó en el 42,27% de la subpoblación.

7.3.1.5. Indicadores de nefroprotección en la población con solo DM en riesgo de desarrollar ERC

El control de PA, el control de la HbA1c y el mantenimiento de la función renal (con las dos fórmulas de cálculo) alcanzaron un cumplimiento alto. Por el contrario, solo el 6,16% de la población contó con la medición de la albuminuria en el último año, lo cual ubica al indicador en nivel bajo. Los demás indicadores obtuvieron un desempeño medio. Por otro lado, la medición de albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria se realizó al 46,53% de la población reportada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Indicadores de nefroprotección

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.3.2. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC sin TRR

La **tabla 49** presenta los resultados nacionales para los indicadores de nefroprotección en la población con ERC sin TRR según el estadio.

[En la plataforma HIGIA dispuesta en la página web de la CAC puede ampliar esta información, desagregada a nivel demográfico y del aseguramiento.](#)

Tabla 49. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2022

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥18 años, vivos y activos					
		Resultados (%)					
		ERC 1 o 2 sin TRR	ERC 3a sin TRR	ERC 3b sin TRR	ERC 4 sin TRR	ERC 5 sin TRR	ERC 5 con TMND
Control de la presión arterial (< 140/90)	> 60						
	40 a 60	● 79,47	● 78,68	● 77,51	● 75,85	● 59,86	● 68,54
	< 40						
Medición de HbA1C en los últimos 6 meses en las personas con DM	> 60						
	40 a 60	● 77,74	● 76,54	● 76,01	● 79,90	● 81,70	● 95,03
	< 40						
Meta de HbA1c (< 7%) en las personas con DM	> 50						
	30 a 50	● 56,43	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
	< 30						
Meta de HbA1c (< 8%) en los últimos 6 meses en las personas con DM	> 50						
	30 a 50	N.A.	● 80,06	● 79,57	● 80,15	● 84,09	● 91,08
	< 30						
Medición de LDL en el último año	> 60						
	40 a 60	● 80,44	● 80,69	● 79,78	● 80,83	● 77,31	● 91,55
	< 40						
Meta de LDL (< 100 mg/dL)	> 50						
	30 a 50	● 51,64	● 50,30	● 53,34	● 56,04	● 55,96	● 63,21
	< 30						
Medición de creatinina en el último año	> 70						
	70 a 50	● 100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
	< 50						
Medición de creatinina en los últimos 3 meses	> 70						
	50 a 70	N.A.	● 53,59	● 56,43	● 64,69	● 63,57	● 99,53
	< 50						
Medición de albuminuria en el último año	> 60						
	40 a 60	● 54,36	● 32,20	● 31,95	● 31,14	● 14,84	N.A.
	< 40						
Control del IMC (20 - 25 kg/m ²)	> 30						
	20 a 30	● 24,32	● 40,07	● 46,76	● 47,49	● 45,18	● 51,76
	< 20						



Tabla 49. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2022 (continuación)

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥18 años, vivos y activos					
		Resultados (%)					
		ERC 1 o 2 sin TRR	ERC 3a sin TRR	ERC 3b sin TRR	ERC 4 sin TRR	ERC 5 sin TRR	ERC 5 con TMND
Sin pérdida de la función renal Cockroft (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año)	> 50						
	40 a 50	● 54,99	● 64,49	● 59,55	● 58,91	N.A.	N.A.
	< 40						
Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año)	> 50						
	40 a 50	● 78,21	● 65,94	● 60,74	● 57,58	N.A.	N.A.
	< 40						
Medición de hemoglobina en el último año	Línea de base país	N.A.	45,92	50,65	59,68	N.A.	N.A.
Meta de hemoglobina (> 10g/dl) en el último año	> 80						
	50 a 80	N.A.	● 98,34	● 97,52	● 93,43	N.A.	N.A.
	< 50						
Medición de hemoglobina en los últimos 6 meses	> 90						
	60 a 90	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	● 83,87	● 97,77
	< 60						
Meta de hemoglobina (> 10g/dl) en los últimos 6 meses	> 80						
	50 a 80	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	● 70,86	● 78,63
	< 50						
Medición de PTH en el último año	Línea de base país	N.A.	33,57	41,91	NA	N.A.	N.A.
Meta de PTH entre 35 y 70 pg/ml en el último año	Línea de base país	N.A.	54,32	51,10	NA	N.A.	N.A.
Medición de PTH en el último semestre	> 50						
	30 a 50	N.A.	N.A.	N.A.	● 44,60	N.A.	N.A.
	< 30						
Meta de PTH entre 70 y 110 pg/ml en el último semestre	> 50						
	30 a 50	N.A.	N.A.	N.A.	● 28,43	N.A.	N.A.
	< 30						
Medición de PTH en el último trimestre	> 60						
	40 a 60	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	● 44,59	● 87,32
	< 40						
Meta de PTH entre 150 y 300 pg/ml en el último trimestre	> 60						
	40 a 60	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	● 26,09	● 30,24
	< 40						

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Indicadores de nefroprotección

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 49. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2022 (continuación)

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥18 años, vivos y activos					
		Resultados (%)					
		ERC 1 o 2 sin TRR	ERC 3a sin TRR	ERC 3b sin TRR	ERC 4 sin TRR	ERC 5 sin TRR	ERC 5 con TMND
Medición de fósforo en el último año ¹	> 90						
	60 a 90	N.A.	● 30,96	● 39,37	● 51,90	● 73,76	● 95,89
	< 60						
Meta de fósforo entre 2,7 y 4,6 mg/dl en el último año	Línea de base país	N.A.	91,86	91,53	88,34	N.A.	N.A.
Meta de fósforo entre 2,7 y 5,5 mg/dl en el último año	> 80						
	40 a 80	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	● 79,67	● 91,31
	< 40						
Medición de albúmina en el último año	Línea de base país	N.A.	29,65	37,45	49,25	69,58	93,78
Meta de albúmina (≥ 4 g/dl) en el último año	Línea de base país	N.A.	84,58	81,17	68,69	46,69	56,32

¹ La semaforización aplica para los pacientes con ERC 5 con medición de fósforo en el último trimestre, sin embargo; debido a la naturaleza de la recolección de la variable en todos los estadios se midió para el periodo de reporte, excepto para los pacientes con TMND en los cuales se midió en el último semestre. Para los estadios 1 a 4 no está definida la meta

HbA1c: hemoglobina glicosilada; **DM:** diabetes mellitus; **LDL:** lipoproteína de baja densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TGF:** tasa de filtración glomerular; **PTH:** hormona paratiroidea; **ERC:** enfermedad renal crónica; **TRR:** terapia de reemplazo renal; **TMND:** tratamiento médico no dialítico.

7.3.2.1. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en los estadios 1 y 2 sin TRR

En general, para la población con ERC en estadios 1 y 2 se evidencia un cumplimiento alto de los indicadores de nefroprotección, excepto en la medición de la albuminuria en el último año y el control del IMC, que se realizaron al 54,36% y al 24,32% de las personas respectivamente, por lo cual alcanzaron un cumplimiento medio. En el 74,96% de la población se reportó la medición de albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria.

7.3.2.2. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 3a sin TRR

La medición de albuminuria en el último año se realizó al 32,20% de la población y la de fósforo al 30,96%, por lo cual los dos indicadores se reportaron en cumplimiento bajo. La creatinina en los últimos 3 meses obtuvo un desempeño medio ya que se realizó al 53,59% de la población. Los demás indicadores que cuentan con semaforización alcanzaron las metas. La medición de PTH en el último año se realizó al 33,57% de las personas y de estas, el 54,32% logró la meta de 35 a 70 pg/mL. Por último, al 81,51% de la población se les realizó la medición de albuminuria en 24 horas o relación albuminuria/creatinuria.

7.3.2.3. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 3b sin TRR

En esta subpoblación los indicadores tuvieron un comportamiento similar al observado en el estadio 3a en el sentido que la albuminuria en el último año se realizó al 31,95% de la población y el fósforo al 39,37%, por lo cual los dos indicadores se reportaron en cumplimiento bajo. La creatinina en los últimos 3 meses se tomó al 56,43% de la población y obtuvo un desempeño medio mientras que los demás indicadores semaforizados lograron el desempeño óptimo. La medición de PTH en el último año se realizó al 41,91% de las personas y de estas, el 51,10% logró la meta establecida. Adicionalmente, al 81,03% de la población se les evaluó la albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria.



7.3.2.4. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 4 sin TRR

Los indicadores de albuminuria y fósforo en el último año y el logro de la meta de PTH (70 - 110 pg/mL) en el último semestre obtuvieron un desempeño bajo, mientras que la medición de PTH en el último semestre se realizó al 44,60% de la población y la de creatinina en los últimos 3 meses al 64,69%, por lo cual se clasificaron en el rango medio de cumplimiento. Entre las personas con medición de fósforo, el 88,34% alcanzó la meta entre 2,7 y 4,6 mg/dL en el último año y del 49,25% al que se le tomó la albúmina en el último año, el 68,69% alcanzó la meta. La medición de la albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria se realizó al 82,14% de los casos.

7.3.2.5. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC en el estadio 5 sin TRR

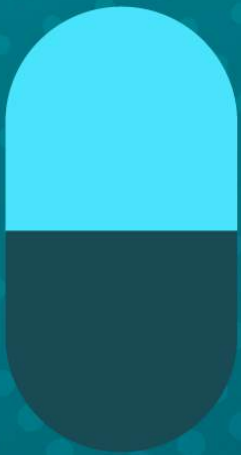
El control de la PA se logró en el 59,86% de la población, la medición de la creatinina en los últimos 3 meses en el 63,57%, la de hemoglobina en los últimos 6 meses en el 83,87% y la meta de mantenerla superior a 10 g/dL en el 70,86%. La prueba de PTH en el último trimestre se realizó al 44,59% de las personas, la de fósforo en el último año al 73,76% y mantenerlo entre 2,7 y 5,5 mg/dL se logró en el 79,67% de la población. Los indicadores mencionados anteriormente se ubicaron en cumplimiento medio, mientras que, la toma de albuminuria en el último año y la meta de PTH entre 150 y 300 pg/mL en el último trimestre se clasificaron en el nivel bajo. Por otro lado, al 46,04% de las personas se les realizó la albuminuria en 24 horas o la relación albuminuria/creatinuria.

7.3.2.6. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC estadio 5 con TMND

En general, el desempeño de los indicadores que tienen semaforización fue favorable, exceptuando la meta de hemoglobina > 10 g/dL en los últimos 6 meses que se ubicó en el cumplimiento medio y la meta de PTH entre 150 y 300 pg/mL en el último trimestre que se alcanzó en el 30,24% de las personas y se clasificó en el nivel bajo. La medición de albúmina en el último año se realizó al 93,78% de la población, pero, la meta de mantenerla \geq 4 g/dL solo se logró en el 56,32% de ellos.



Población con terapia de reemplazo renal










Periodo: 1° de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

Se reportaron a la CAC

3.896 casos nuevos de TRR.

De estos, el 45,74% tenían solo HTA, el 1,75% sólo DM y el 43,33% las dos precursoras.


-  Se estimó una prevalencia de TRR de 77,46 casos por cada 100.000 habitantes. Entre las regiones, Bogotá, D. C., y la Pacífica presentaron las mayores PE.
-  La hemodiálisis fue la TRR más frecuente (56,80%) y la TMND incrementó en un 51,38% con respecto al 2021.
-  Ocurrieron 4.348 defunciones por todas las causas en las personas con TRR. El promedio de edad de estos casos fallecidos fue de 65,86 años ($DE \pm 14,55$) y el 59,64% eran hombres.
-  El principal acceso vascular en personas con HD fue la fístula arteriovenosa con el 70,49% de los casos, seguido por el catéter con 28,59%.
-  La dosis de Kt/V, la hemoglobina, la albúmina y el fósforo lograron el cumplimiento óptimo de las metas de gestión del riesgo, tanto en adultos con HD, como con DP.

Se identificaron

590 casos nuevos de trasplante renal,

lo que corresponde a una incidencia cruda de

11,49 casos por 1.000.000 de habitantes.

-  Como terapia inmunosupresora en los pacientes prevalentes con trasplante renal funcional se usó principalmente el micofenolato (86,65%) y el tacrolimus (72,66%).

Resumen

Capítulo 8. Población con terapia de reemplazo renal



TRR: terapia de reemplazo renal.
HTA: hipertensión arterial.
DM: diabetes mellitus.
DE: desviación estándar.
HD: hemodiálisis.
DP: diálisis peritoneal.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

8. Población con terapia de reemplazo renal

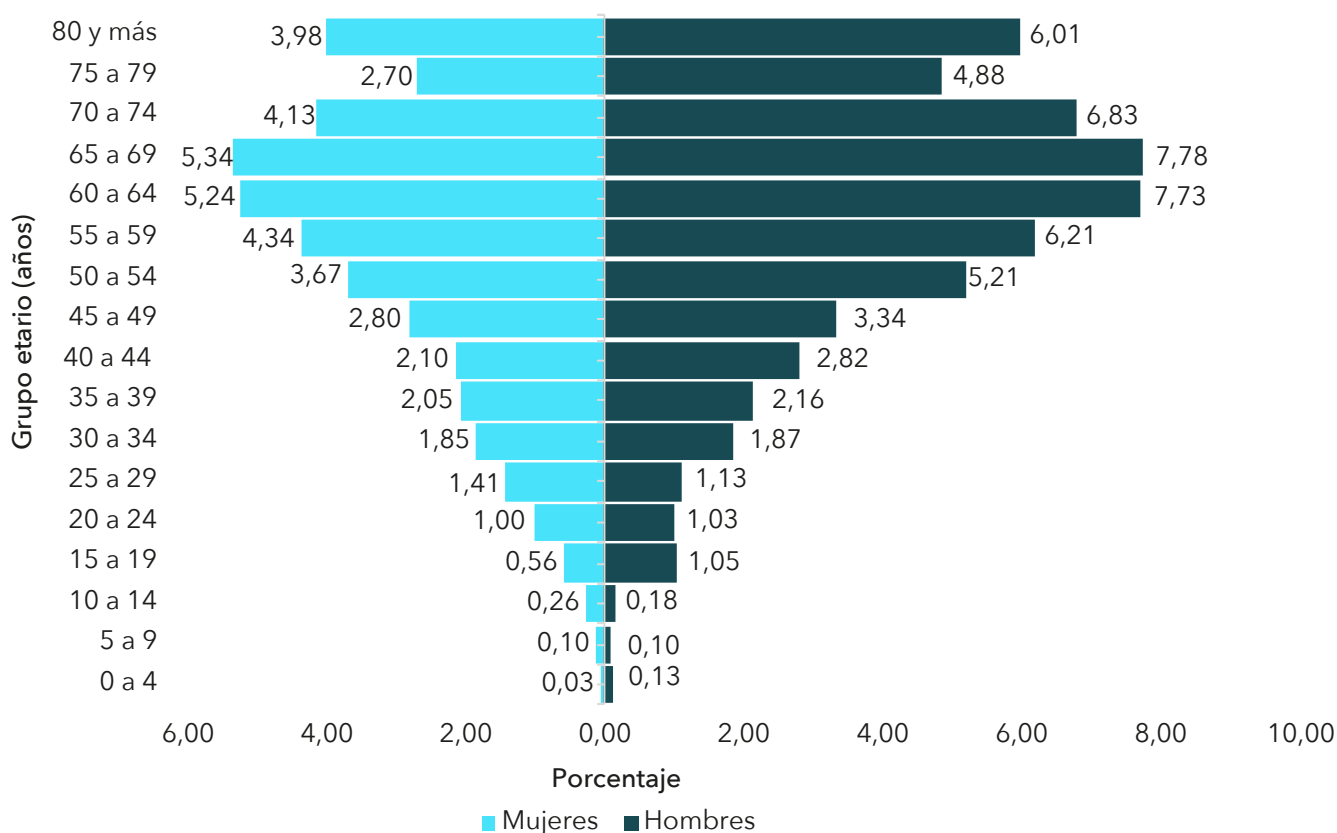
8.1. Población general con terapia de reemplazo renal

8.1.1. Incidencia de la terapia de reemplazo renal en la población con ERC

Durante el periodo, se informaron 3.896 casos nuevos de TRR, de los cuales el 58,44% eran hombres (n= 2.277). Para esta población, el 45,74 % (n= 1.782) tenían solo HTA, el 1,75% (n= 68) solo DM y el 43,33% (n= 1.688) las dos enfermedades. La tasa de incidencia cruda se estimó en 7,59 casos por 100.000 habitantes.

En la **figura 56** se observa que el 47,60% (n= 1.854) de las personas nuevas con TRR tenía entre 55 y 74 años de edad, mientras que el 4,44% (n= 173) tenía menos de 25 años. Tanto en los hombres como en las mujeres, el decenio de 60 a 69 años fue el que mayor cantidad de casos incidentes con TRR acumuló.

Figura 56. Pirámide poblacional de los casos incidentes de TRR, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de TRR.

[Descargar figura](#)

La IE de TRR fue más alta en las regiones Caribe, Bogotá, D. C., y Pacífica (**tabla 50**). En los departamentos, las tasas estandarizadas más altas se estimaron en Sucre (IE= 12,35; IC 95% 10,17 - 14,84) y Atlántico (IE= 10,99; IC 95% 9,74 - 12,34).



Tabla 50. Tasa de incidencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos incidentes	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	706	7.867.910	8,97	8,63	8,01	9,30
Caribe	951	11.678.480	8,14	9,25	8,67	9,86
Central	885	12.304.808	7,19	6,68	6,25	7,14
Oriental	595	9.719.754	6,12	6,11	5,63	6,62
Pacífica	704	8.262.702	8,52	8,24	7,65	8,88
Amazonía-Orinoquía	55	1.495.834	3,68	5,19	3,88	6,77
Nacional	3.896	51.329.486	7,59	N.A.	N.A.	N.A.

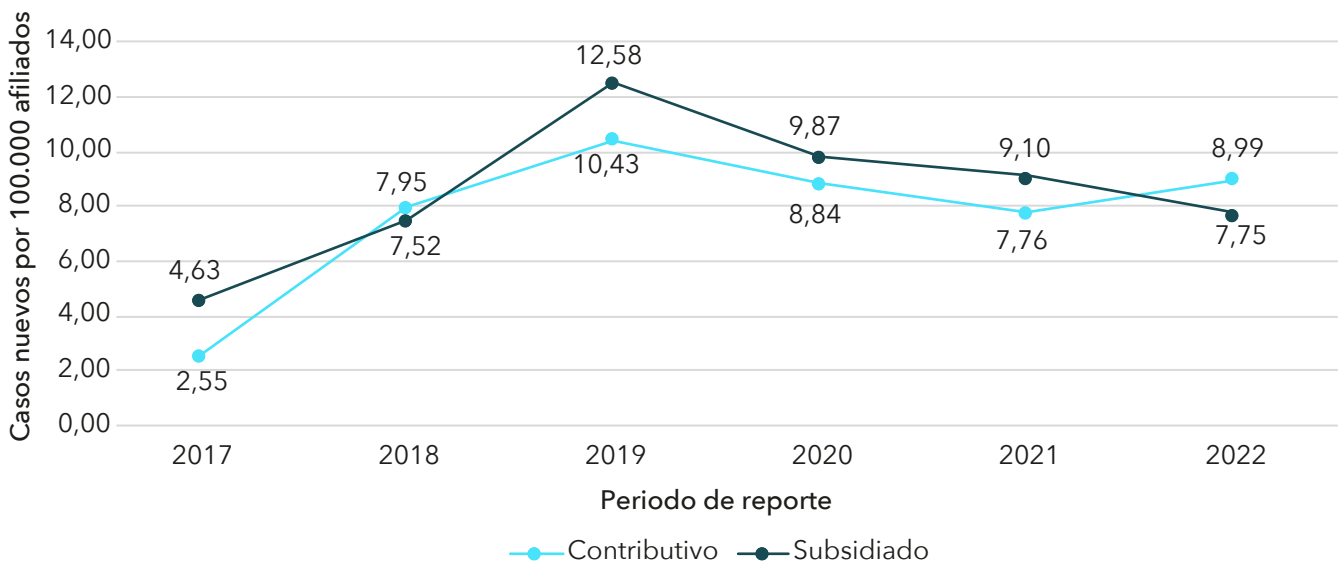
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

La tendencia de la IE de la TRR por 100.000 afiliados se invirtió entre los regímenes y para el último periodo la del contributivo fue más alta (IE= 8,99; IC 95% 8,63 - 9,37) que la del subsidiado (IE= 7,75; IC 95% 7,37 - 8,15) (**figura 57**). Con respecto a las EAPB, la EAS027 (IE= 79,36; IC 95% 8,02 - 260,03) y la CCF033 (IE= 16,24; IC 95% 9,60 - 25,61) tuvieron las incidencias más altas de su respectivo régimen.

[En HIGIA podrá consultar con mayor detalle las estimaciones de morbilidad y mortalidad en las diferentes desagregaciones demográficas y del aseguramiento.](#)

Figura 57. Tasa de incidencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2017 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022.

[Descargar figura](#)

8.1.2. Prevalencia de la terapia de reemplazo renal

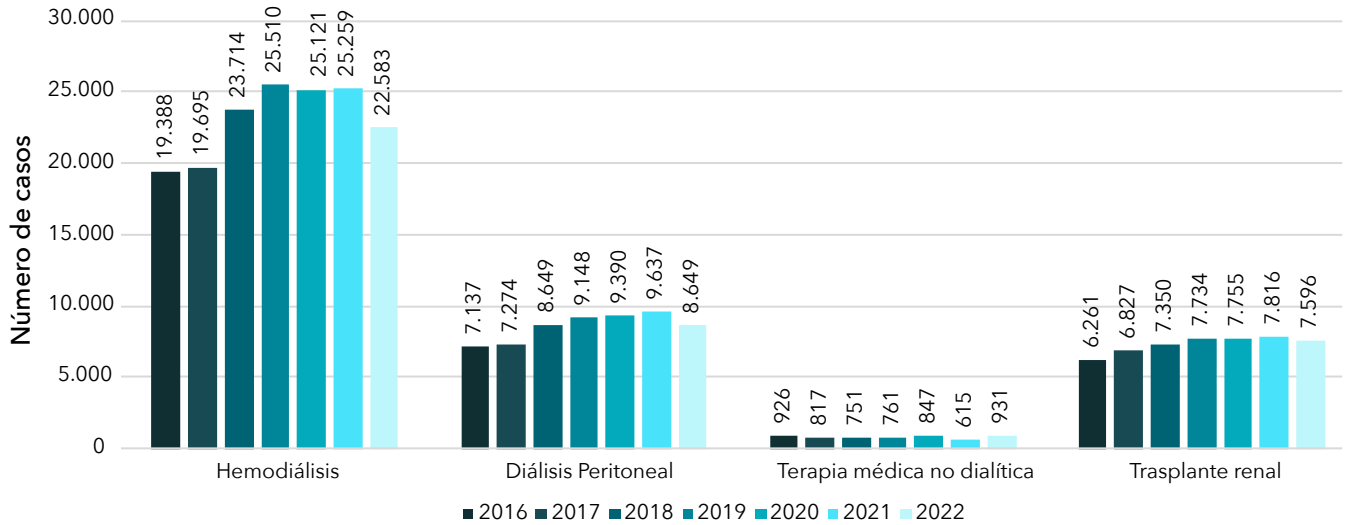
Durante el último periodo, 39.759 personas con ERC tuvieron algún tipo de TRR, un 8,24% menos que el periodo anterior. De estos, el 40,93% (n= 16.272) eran mujeres y en promedio tenían 57,08 años de edad (DE ± 16,56). La hemodiálisis fue la terapia más frecuente en esta población (56,80%) y la TMND incrementó en 51,38% con respecto al 2021, mientras que los demás tratamientos mostraron descenso en el número de casos (**figura 58**). Con respecto a la prevalencia, se estimó en 77,46 casos por cada 100.000 habitantes, la más baja de los últimos 6 periodos (**figura 59**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

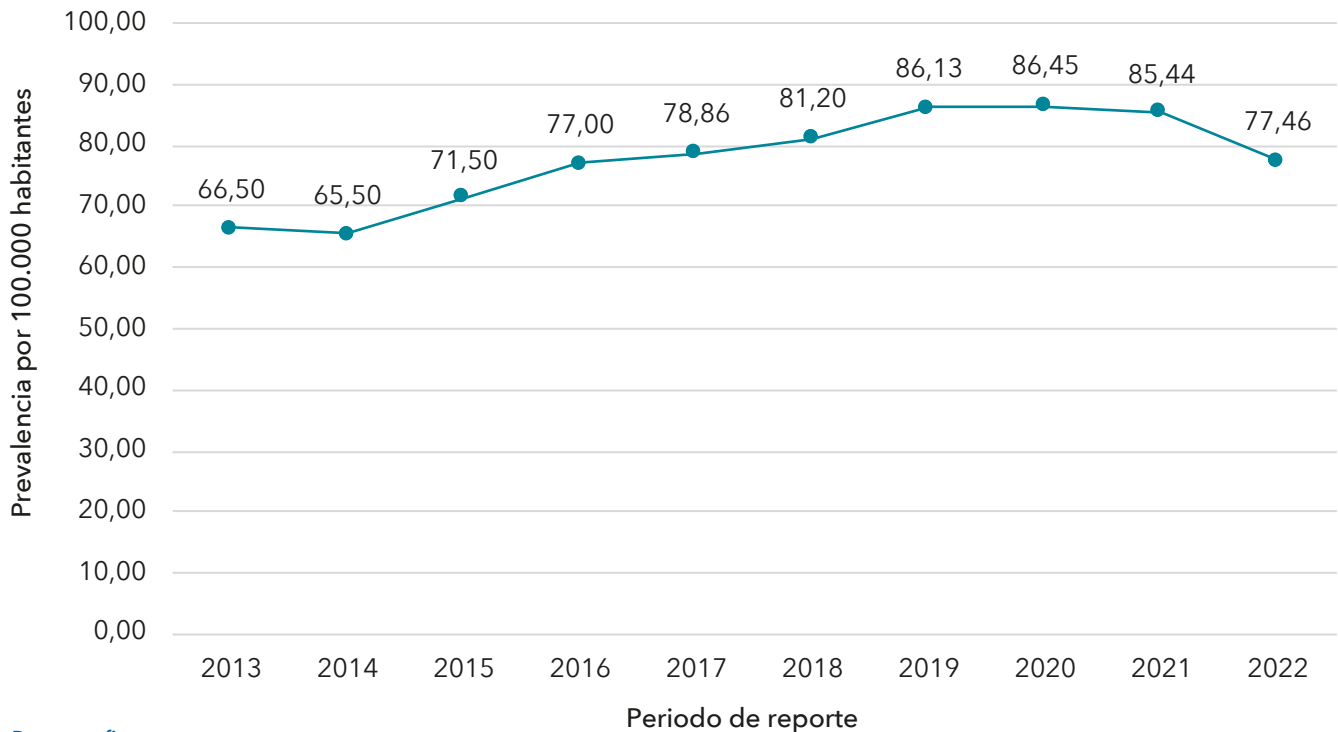
WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 58. Tendencia de los casos de TRR a la fecha de corte de acuerdo con su modalidad, Colombia 2016 - 2022



[Descargar figura](#)

Figura 59. Prevalencia cruda de la TRR, Colombia 2013 - 2022

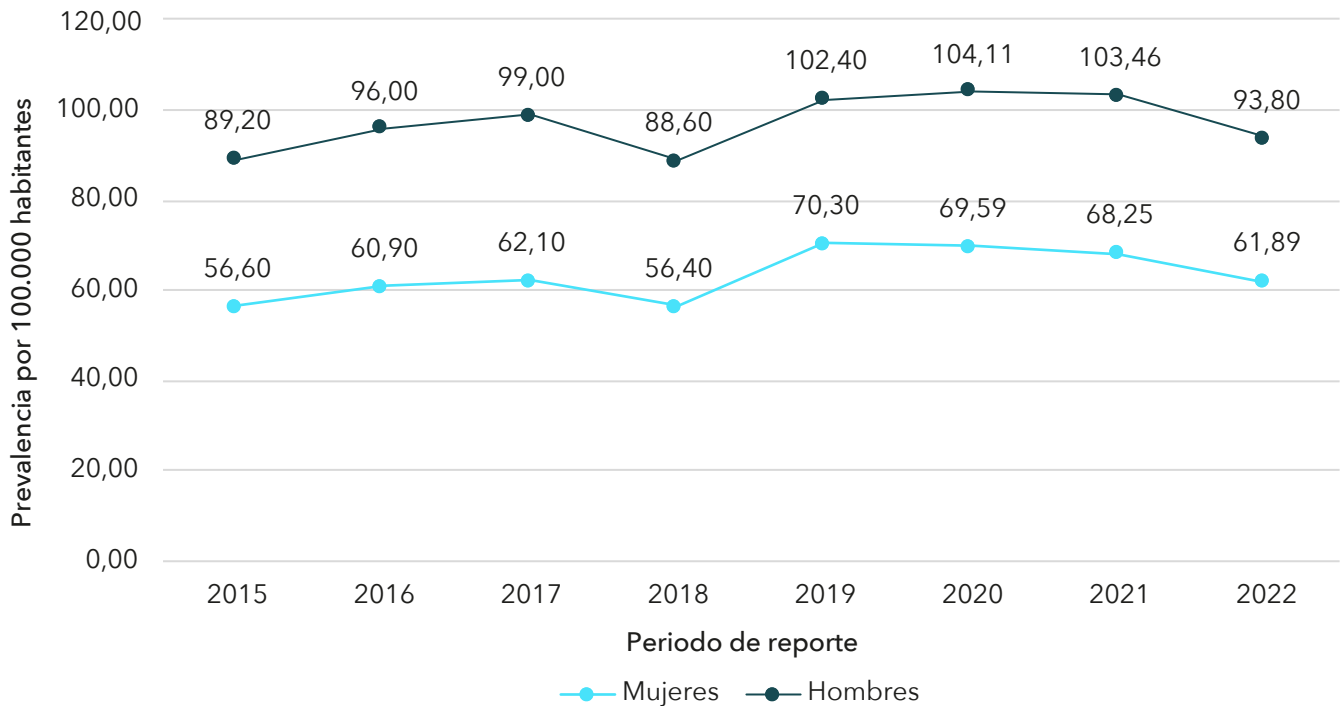


[Descargar figura](#)

La prevalencia de la TRR fue más alta en hombres que en mujeres, y para ambos sexos muestra un descenso desde 2020; con respecto al 2021, la prevalencia en hombres se redujo en 9,66 casos y la de mujeres en 6,36 casos por 100.000 habitantes (**figura 60**).



Figura 60. Prevalencia cruda de la TRR según el sexo, Colombia 2015 - 2022



[Descargar figura](#)

Las regiones que reportaron el mayor número de casos con TRR por cada 100.000 habitantes, fueron Bogotá, D. C., seguida de la Pacífica y la Caribe (**tabla 51**). Al discriminar por departamentos, Valle del Cauca (n= 5.357, PE= 107,91; IC 95% 105,03 - 110,86) y Atlántico (n= 2.684, PE= 103,29; IC 95% 99,42 - 107,28) tuvieron los valores más altos.

[En la plataforma HIGIA dispuesta en la página web de la CAC puede ampliar esta información, desagregada hasta el nivel municipal.](#)

Tabla 51. Prevalencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	7.639	7.867.910	97,09	92,32	90,26	94,42
Caribe	8.389	11.678.480	71,83	81,21	79,48	82,97
Central	9.739	12.304.808	79,15	73,80	72,33	75,28
Oriental	6.277	9.719.754	64,58	64,36	62,77	65,97
Pacífica	7.203	8.262.702	87,17	84,90	82,95	86,89
Amazonía-Orinoquía	512	1.495.834	34,23	46,66	42,63	50,96
Total	39.759	51.329.486	77,46	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

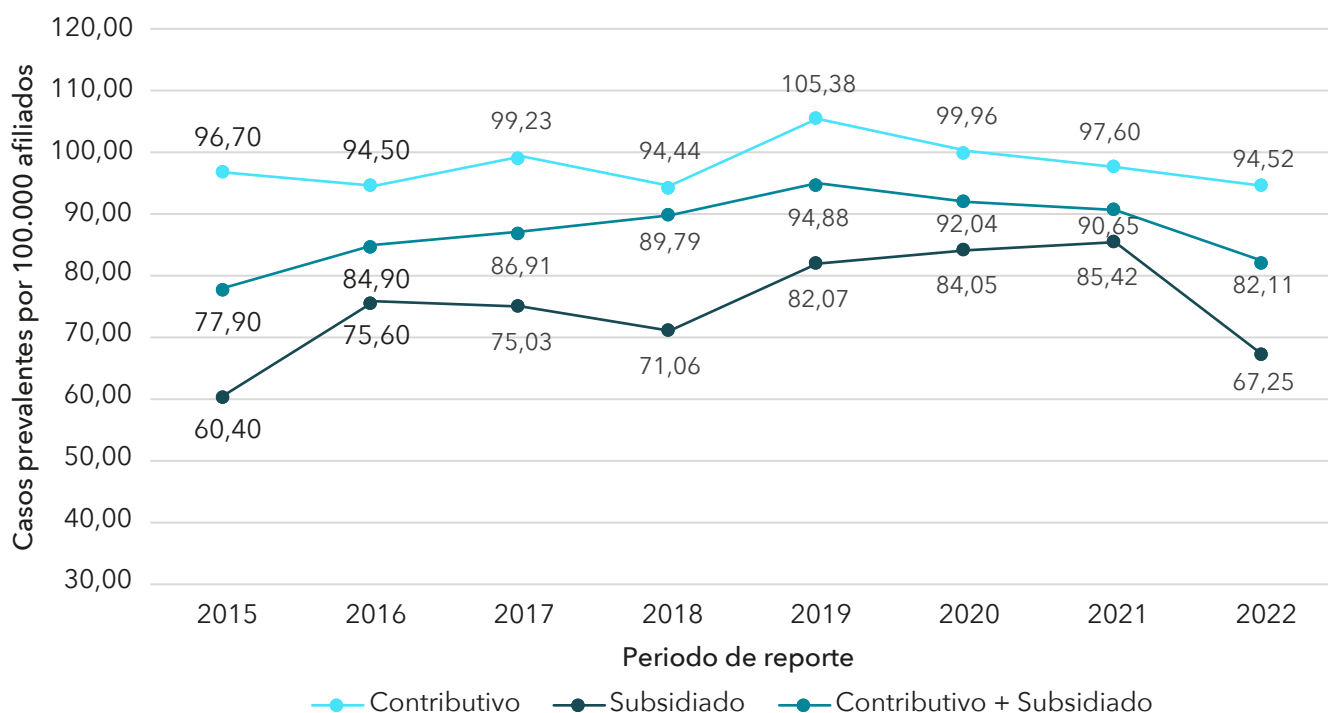
Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

De acuerdo con el aseguramiento, la prevalencia en el régimen contributivo (PE= 94,52; IC 95% 93,34 - 95,72) se mantiene mayor a la del subsidiado (PE= 67,25; IC 95% 66,10 - 68,41); aunque comparado con el periodo anterior, se observa una reducción en la PE de TRR de 3,16% y 21,27%, respectivamente (**figura 61**). La EAS027 (PE= 412,82; IC 95% 199,24 - 726,38) del régimen contributivo, y la EPSS34 (PE= 101,31; IC 95% 95,74 - 107,12) del subsidiado, presentaron los valores más altos del indicador en sus correspondientes regímenes.

[En HIGIA podrá consultar con mayor detalle las estimaciones a nivel demográfico y del aseguramiento.](#)

Figura 61. Prevalencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2015 - 2022



La población de referencia fue la BDUA nacional por quinquenios de edad con corte al 1° de enero de 2022. La prevalencia combinada (contributivo + subsidiado) corresponde a una medida cruda.

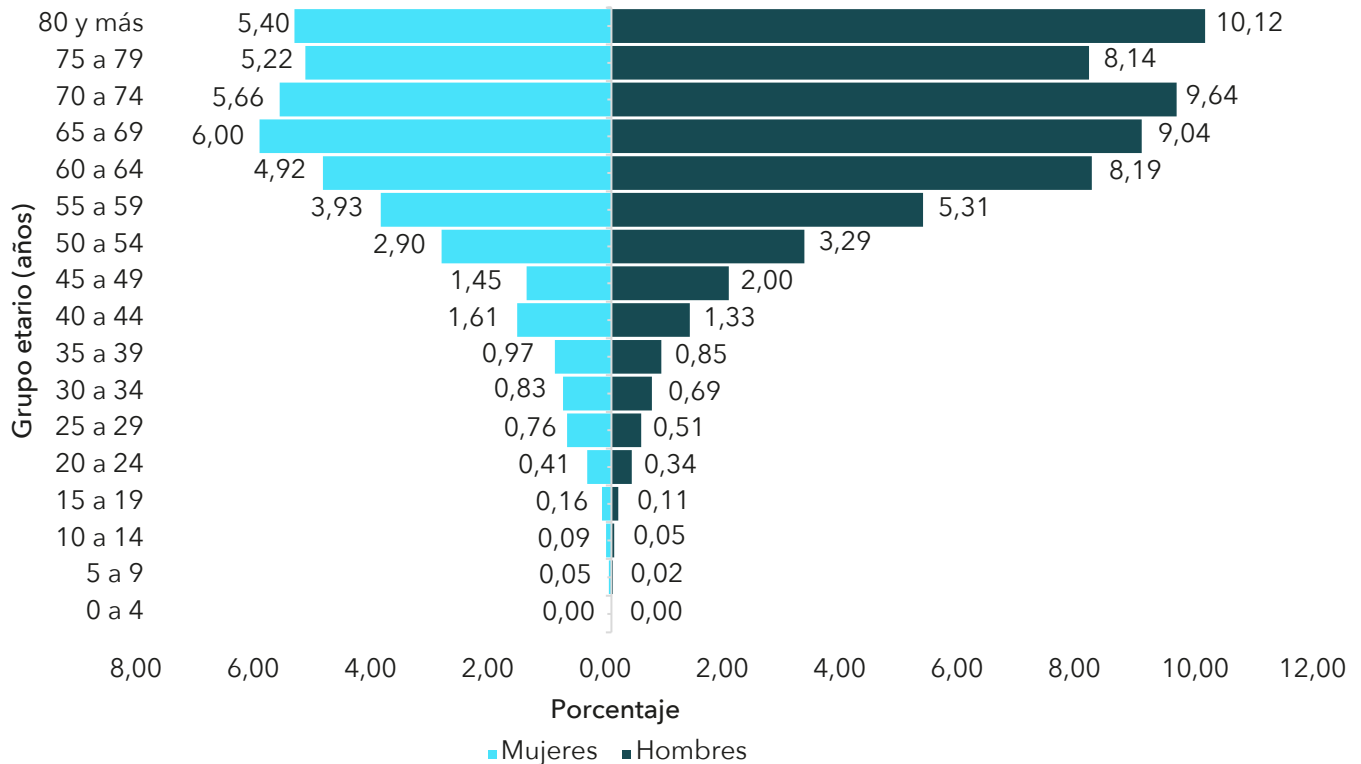
[Descargar figura](#)

8.1.3. Mortalidad por todas las causas de la población con TRR

En total se presentaron 4.348 defunciones en las personas con TRR por todas las causas. El promedio de edad fue 65,86 años (DE \pm 14,55) y el 59,64% eran hombres (n= 2.593). La tasa de mortalidad general fue 8,47 casos por 100.000 habitantes, en las mujeres fue 6,68 y en los hombres 10,36. En la **figura 62** se evidencia que el 72,33% (n= 3.145) de las personas fallecidas tenía más de 60 años y el 45,13% eran hombres que estaban en este rango de edad (n= 1.962).



Figura 62. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con TRR, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos con TRR.

[Descargar figura](#)

La región Central presentó la mayor cantidad de casos con TRR fallecidos por todas las causas, mientras que Bogotá, D. C., tuvo la TME más alta (**tabla 52**). El departamento con la mortalidad estandarizada más alta fue Meta (n= 147, TME= 15,48; IC 95% 13,07 - 18,20), seguido de Atlántico (n= 325, TME= 12,89; IC 95% 11,52 - 14,37).

En el aseguramiento, el régimen contributivo presentó más casos fallecidos y una TME por 100.000 afiliados (n= 2.278; TME= 9,12; IC 95% 8,75 - 9,51) superior a la del subsidiado (n= 1.492; TME= 7,36; IC 95% 6,99 - 7,74). Por EABP, la EPS048 tuvo la TME más alta del régimen contributivo (TME= 25,24; IC 95% 14,30 - 41,19), mientras que la ESSS34, la del subsidiado (TME= 14,55; IC 95% 12,57 - 16,77).

[En HIGIA podrá consultar con mayor detalle las estimaciones de morbilidad y mortalidad en las diferentes desagregaciones demográficas y del aseguramiento.](#)

Tabla 52. Mortalidad por todas las causas en la población con TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	742	7.867.910	9,43	9,22	8,57	9,91
Caribe	887	11.678.480	7,60	8,82	8,25	9,42
Central	1.085	12.304.808	8,82	7,99	7,52	8,48
Oriental	770	9.719.754	7,92	7,90	7,35	8,48
Pacífica	791	8.262.702	9,57	9,02	8,40	9,67
Amazonía-Orinoquía	73	1.495.834	4,88	7,24	5,65	9,11
Total	4.348	51.329.486	8,47	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

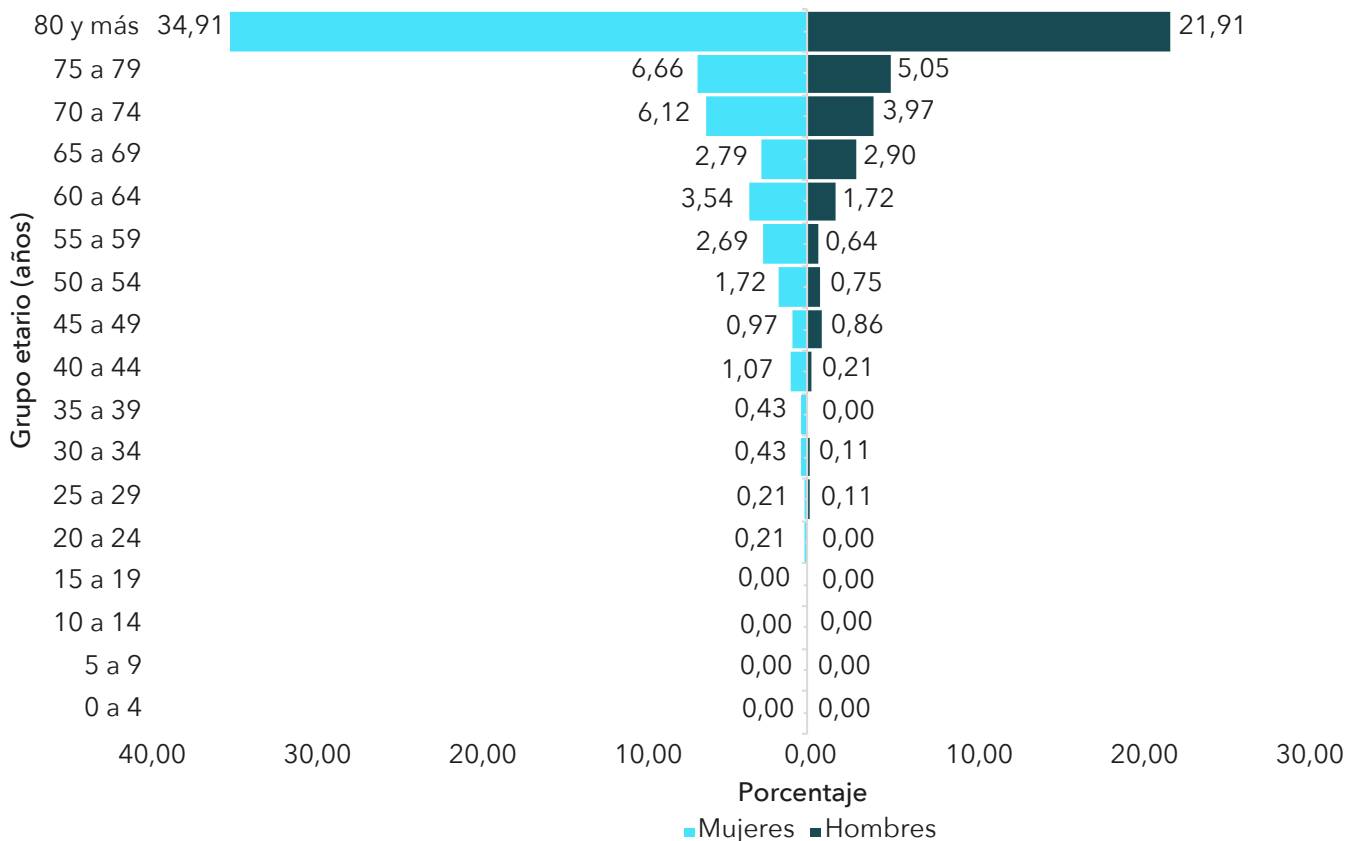
WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

El 46,64% de las personas con TRR que fallecieron no tenía información en la historia clínica sobre el motivo de muerte, el 19,04% de los casos fallecieron por causas no especificadas y el 22,29% por enfermedad cardiovascular.

8.2. Población prevalente con tratamiento médico no dialítico

En el periodo se reportaron 931 personas con TMND con un mínimo de 90 días de permanencia. El 61,76% correspondieron a mujeres (n= 575) y el 56,82% pertenecen al grupo etario de 80 años o más (n= 529) (**figura 63**).

Figura 63. Pirámide poblacional de la población con TMND, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos con TMND.

[Descargar figura](#)

Según la región, la mayor cantidad de los casos se identificó en la Caribe (32,55%). Entre las entidades territoriales, en Bogotá, D. C., se informó el mayor número de casos con TMND (22,77%) seguido por Valle del Cauca (14,93%) y Atlántico (13,00%) (**tabla 53**).

En relación con el régimen, el 62,67% pertenecían al contributivo y la entidad con mayor número de casos fue la EPS037 con 17,11% (**tabla 54**).



Tabla 53. Distribución de los casos con TMND según la región y la entidad territorial, Colombia 2022

Región/Entidad territorial	Casos	%
Bogotá, D. C.	212	22,77
Caribe	303	32,55
Atlántico	121	13,00
Bolívar	18	1,93
Cesar	15	1,61
Córdoba	101	10,85
La Guajira	5	0,54
Magdalena	13	1,40
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,00
Sucre	30	3,22
Central	160	17,19
Antioquia	102	10,96
Caldas	10	1,07
Caquetá	0	0,00
Huila	13	1,40
Quindío	9	0,97
Risaralda	11	1,18
Tolima	15	1,61
Oriental	79	8,49
Boyacá	5	0,54
Cundinamarca	31	3,33
Meta	6	0,64
Norte de Santander	14	1,50
Santander	23	2,47
Pacífica	159	17,08
Cauca	17	1,83
Chocó	0	0,00
Nariño	3	0,32
Valle del Cauca	139	14,93
Amazonía-Orinoquía	18	1,93
Amazonas	0	0,00
Arauca	0	0,00
Casanare	5	0,54
Guainía	0	0,00
Guaviare	0	0,00
Putumayo	13	1,40
Vaupés	0	0,00
Vichada	0	0,00
Nacional	931	100,00

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 54. Distribución de los casos con TMND según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022

Régimen/EAPB	Casos	%
Contributivo	582	62,51
EAS016	0	0,00
EAS027	8	0,86
EPS001	3	0,32
EPS002	36	3,87
EPS005	123	13,21
EPS008	68	7,30
EPS010	98	10,53
EPS012	0	0,00
EPS017	84	9,02
EPS018	0	0,00
EPS037	156	16,76
EPS042	0	0,00
EPS046	0	0,00
EPS048	6	0,64
Subsidiado	337	36,20
CCF023	0	0,00
CCF024	9	0,97
CCF033	7	0,75
CCF050	0	0,00
CCF055	22	2,36
CCF102	0	0,00
EPS022	0	0,00
EPS025	5	0,54
EPSI01	0	0,00
EPSI03	0	0,00
EPSI04	1	0,11
EPSI05	0	0,00
EPSI06	0	0,00
EPSS34	3	0,32
EPSS40	7	0,75
EPSS41	21	2,26
ESS024	0	0,00
ESS062	15	1,61
ESS091	0	0,00
ESS118	112	12,03
ESS207	135	14,50
Especial		
EMP002	0	0,00
RES007	0	0,00
RES009	0	0,00
RES011	0	0,00
REUE05	0	0,00
REUE09	0	0,00



Tabla 54. Distribución de los casos con TMND según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

Régimen/EAPB	Casos	%
Excepción		
RES001	0	0,00
RES003	8	0,86
No afiliado		
5000	0	0,00
13000	0	0,00
50000	0	0,00
66000	0	0,00
81000	0	0,00
Liquidadas¹	4	0,43
Total	931	100,00

Para los regímenes especial, excepción y no afiliado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales.
¹ Los casos presentados corresponden a las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133) y a los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados en 2022 por alguna entidad.

8.3. Población con diálisis peritoneal

En el periodo se reportaron 8.649 casos con DP que alcanzaron un mínimo de 90 días de permanencia continua acumulables. Lo anterior corresponde a una disminución del 10,25% comparado con el periodo anterior. El 45,57% (n= 3.941) eran mujeres y el 12,01% se encontraba en el rango de 60 a 64 años de edad (n= 1.039).

En la **tabla 55** se observa la distribución de los casos con DP según la región y la entidad territorial. La región Central presentó el mayor número de casos (23,66%), seguida por la Oriental (20,86%). Del total de casos con DP, el 55,91% se encontraban recibiendo la modalidad manual.

Tabla 55. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2022

Región/Entidad territorial	Manual		Automatizada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bogotá, D. C.	494	32,76	1.014	67,24	1.508	17,44
Caribe	1.282	75,77	410	24,23	1.692	19,56
Atlántico	404	81,78	90	18,22	494	5,71
Bolívar	250	77,40	73	22,60	323	3,73
Cesar	117	64,64	64	35,36	181	2,09
Córdoba	157	80,10	39	19,90	196	2,27
La Guajira	77	63,11	45	36,89	122	1,41
Magdalena	141	75,40	46	24,60	187	2,16
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	10	83,33	2	16,67	12	0,14
Sucre	126	71,19	51	28,81	177	2,05
Central	1.383	67,60	663	32,40	2.046	23,66
Antioquia	793	74,60	270	25,40	1.063	12,29
Caldas	110	50,00	110	50,00	220	2,54
Caquetá	9	36,00	16	64,00	25	0,29
Huila	92	74,80	31	25,20	123	1,42

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 55. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2022 (continuación)

Región/Entidad territorial	Manual		Automatizada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Quindío	74	50,34	73	49,66	147	1,70
Risaralda	147	67,43	71	32,57	218	2,52
Tolima	158	63,20	92	36,80	250	2,89
Oriental	928	51,44	876	48,56	1.804	20,86
Boyacá	130	47,97	141	52,03	271	3,13
Cundinamarca	197	40,12	294	59,88	491	5,68
Meta	116	50,66	113	49,34	229	2,65
Norte de Santander	167	62,55	100	37,45	267	3,09
Santander	318	58,24	228	41,76	546	6,31
Pacífica	704	46,32	816	53,68	1.520	17,57
Cauca	162	59,12	112	40,88	274	3,17
Chocó	12	80,00	3	20,00	15	0,17
Nariño	57	32,57	118	67,43	175	2,02
Valle del Cauca	473	44,79	583	55,21	1.056	12,21
Amazonía-Orinoquía	45	56,96	34	43,04	79	0,91
Amazonas	3	42,86	4	57,14	7	0,08
Arauca	5	100,00	0	0,00	5	0,06
Casanare	10	45,45	12	54,55	22	0,25
Guainía	2	66,67	1	33,33	3	0,03
Guaviare	3	42,86	4	57,14	7	0,08
Putumayo	17	62,96	10	37,04	27	0,31
Vaupés	0	0,00	1	100,00	1	0,01
Vichada	5	71,43	2	28,57	7	0,08
Nacional	4.836	55,91	3.813	44,09	8.649	100,00

En el aseguramiento, el 65,50% pertenecían al régimen contributivo y la EPS con la mayor cantidad de casos fue la EPS037 (18,16%). En la **tabla 56** se observa la distribución según el régimen y la EAPB.

Tabla 56. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Contributivo	3.046	53,77	2.619	46,23	5.665	65,50
EAS016	1	50,00	1	50,00	2	0,02
EAS027	16	59,26	11	40,74	27	0,31
EPS001	33	55,00	27	45,00	60	0,69
EPS002	526	71,66	208	28,34	734	8,49
EPS005	631	62,60	377	37,40	1.008	11,65
EPS008	100	17,99	456	82,01	556	6,43
EPS010	718	78,47	197	21,53	915	10,58
EPS012	17	16,50	86	83,50	103	1,19



Tabla 56. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	n	%	n	%	n	%
EPS017	202	40,08	302	59,92	504	5,83
EPS018	90	60,40	59	39,60	149	1,72
EPS037	687	43,73	884	56,27	1.571	18,16
EPS042	3	60,00	2	40,00	5	0,06
EPS046	9	90,00	1	10,00	10	0,12
EPS048	13	61,90	8	38,10	21	0,24
Subsidiado	1.474	60,76	952	39,24	2.426	28,05
CCF023	31	63,27	18	36,73	49	0,57
CCF024	18	75,00	6	25,00	24	0,28
CCF033	2	33,33	4	66,67	6	0,07
CCF050	1	100,00	0	0,00	1	0,01
CCF055	100	68,03	47	31,97	147	1,70
CCF102	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EPS022	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EPS025	3	50,00	3	50,00	6	0,07
EPSI01	4	80,00	1	20,00	5	0,06
EPSI03	64	86,49	10	13,51	74	0,86
EPSI04	9	69,23	4	30,77	13	0,15
EPSI05	2	20,00	8	80,00	10	0,12
EPSI06	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EPSS34	50	29,59	119	70,41	169	1,95
EPSS40	69	60,00	46	40,00	115	1,33
EPSS41	215	59,56	146	40,44	361	4,17
ESS024	251	61,07	160	38,93	411	4,75
ESS062	192	56,47	148	43,53	340	3,93
ESS091	35	70,00	15	30,00	50	0,58
ESS118	150	50,68	146	49,32	296	3,42
ESS207	278	79,66	71	20,34	349	4,04
Especial						
EMP002	0	0,00	4	100,00	4	0,05
RES007	1	100,00	0	0,00	1	0,01
RES009	0	0,00	1	100,00	1	0,01
RES011	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Excepción						
RES001	28	68,29	13	31,71	41	0,47
RES003	48	56,47	37	43,53	85	0,98
No afiliado						
5000	0	0,00	1	100,00	1	0,01
13000	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 56. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	n	%	n	%	n	%
50000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
66000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
81000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Liquidadas¹	239	56,24	186	43,76	425	4,91
Total	4.836	55,91	3.813	44,09	8.649	100,00

Para los regímenes especial, excepción y no afiliado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales.

¹ Los casos presentados corresponden a las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133) y a los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados en 2022 por alguna entidad.

8.4. Población con hemodiálisis

Se analizaron 22.583 casos con HD que cumplieron con un periodo de permanencia continuo mínimo de 90 días acumulables a la fecha de corte. El 61,97% eran hombres, el 49,86% tenían entre 55 y 74 años y el quinquenio con mayor cantidad de casos fue el de 60 a 64 años (13,49%).

El principal acceso vascular fue la fístula arteriovenosa con el 70,49% de los casos, seguido por el catéter con 28,59%. En la **tabla 57** se encuentra la distribución según la entidad territorial. Bogotá, D. C., tuvo el mayor número de casos en HD a la fecha de corte (17,85%) seguida por Valle del Cauca (12,54%).

Tabla 57. Distribución de los casos con hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2022

Región/Entidad territorial	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bogotá, D. C.	2.799	69,47	1.188	29,49	42	1,04	4.029	17,85
Caribe	3.931	68,90	1.752	30,71	22	0,39	5.705	25,28
Atlántico	1.371	73,83	471	25,36	15	0,81	1.857	8,23
Bolívar	780	65,49	411	34,51	0	0,00	1.191	5,28
Cesar	236	61,62	145	37,86	2	0,52	383	1,70
Córdoba	587	68,02	276	31,98	0	0,00	863	3,82
La Guajira	193	64,55	105	35,12	1	0,33	299	1,32
Magdalena	392	71,79	152	27,84	2	0,37	546	2,42
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	6	50,00	6	50,00	0	0,00	12	0,05
Sucre	366	66,06	186	33,57	2	0,36	554	2,45
Central	3.797	72,54	1.406	26,86	31	0,59	5.234	23,19
Antioquia	1.564	63,91	877	35,84	6	0,25	2.447	10,84
Caldas	321	77,72	90	21,79	2	0,48	413	1,83
Caquetá	83	62,88	46	34,85	3	2,27	132	0,58
Huila	520	82,02	107	16,88	7	1,10	634	2,81
Quindío	248	86,11	40	13,89	0	0,00	288	1,28
Risaralda	418	80,08	101	19,35	3	0,57	522	2,31
Tolima	643	80,58	145	18,17	10	1,25	798	3,54



Tabla 57. Distribución de los casos con hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2022 (continuación)

Región/Entidad territorial	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oriental	2.566	76,01	788	23,34	22	0,65	3.376	14,96
Boyacá	406	83,20	75	15,37	7	1,43	488	2,16
Cundinamarca	675	74,09	222	24,37	14	1,54	911	4,04
Meta	453	77,57	131	22,43	0	0,00	584	2,59
Norte de Santander	378	75,30	124	24,70	0	0,00	502	2,22
Santander	654	73,40	236	26,49	1	0,11	891	3,95
Pacífica	2.572	66,75	1.197	31,07	84	2,18	3.853	17,07
Cauca	358	69,25	142	27,47	17	3,29	517	2,29
Chocó	12	50,00	12	50,00	0	0,00	24	0,11
Nariño	353	73,39	103	21,41	25	5,20	481	2,13
Valle del Cauca	1.849	65,31	940	33,20	42	1,48	2.831	12,54
Amazonía-Orinoquía	244	65,42	122	32,71	7	1,88	373	1,65
Amazonas	5	83,33	1	16,67	0	0,00	6	0,03
Arauca	57	50,44	56	49,56	0	0,00	113	0,50
Casanare	136	78,16	34	19,54	4	2,30	174	0,77
Guainía	1	33,33	2	66,67	0	0,00	3	0,01
Guaviare	7	70,00	3	30,00	0	0,00	10	0,04
Putumayo	33	53,23	26	41,94	3	4,84	62	0,27
Vaupés	2	100,00	0	0,00	0	0,00	2	0,01
Vichada	3	100,00	0	0,00	0	0,00	3	0,01
Nacional	15.909	70,49	6.453	28,59	208	0,92	22.570	100,00

13 casos no presentados en la tabla carecen de información sobre tipo de acceso vascular.

El régimen contributivo concentró el mayor número de casos en HD (53,28%) y el subsidiado ocupó el segundo lugar con 41,00%. La entidad aseguradora con el mayor número de casos fue la EPS037 (14,86%) seguida por la EPS002 (9,23%) (tabla 58).

Tabla 58. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Contributivo	8.908	74,07	3.011	25,04	107	0,89	12.026	53,28
EAS016	5	71,43	2	28,57	0	0,00	7	0,03
EAS027	55	54,46	45	44,55	1	0,99	101	0,45
EPS001	82	76,64	25	23,36	0	0,00	107	0,47
EPS002	1.463	70,24	617	29,62	3	0,14	2.083	9,23
EPS005	1.482	75,69	460	23,49	16	0,82	1.958	8,68
EPS008	613	85,14	91	12,64	16	2,22	720	3,19
EPS010	1.245	70,22	525	29,61	3	0,17	1.773	7,86
EPS012	108	73,47	33	22,45	6	4,08	147	0,65
EPS017	966	73,29	339	25,72	13	0,99	1.318	5,84

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 58. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EPS018	188	56,97	139	42,12	3	0,91	330	1,46
EPS037	2.615	77,97	693	20,66	46	1,37	3.354	14,86
EPS042	13	81,25	3	18,75	0	0,00	16	0,07
EPS046	10	62,50	6	37,50	0	0,00	16	0,07
EPS048	63	65,63	33	34,38	0	0,00	96	0,43
Subsidiado	6.049	65,37	3.122	33,74	82	0,89	9.253	41,00
CCF023	53	76,81	16	23,19	0	0,00	69	0,31
CCF024	267	81,16	58	17,63	4	1,22	329	1,46
CCF033	59	67,05	29	32,95	0	0,00	88	0,39
CCF050	2	100,00	0	0,00	0	0,00	2	0,01
CCF055	526	66,58	260	32,91	4	0,51	790	3,50
CCF102	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EPS022	9	69,23	4	30,77	0	0,00	13	0,06
EPS025	81	73,64	26	23,64	3	2,73	110	0,49
EPSI01	23	53,49	20	46,51	0	0,00	43	0,19
EPSI03	105	78,36	27	20,15	2	1,49	134	0,59
EPSI04	40	59,70	27	40,30	0	0,00	67	0,30
EPSI05	62	60,78	38	37,25	2	1,96	102	0,45
EPSI06	6	85,71	1	14,29	0	0,00	7	0,03
EPSS34	473	48,66	494	50,82	5	0,51	972	4,31
EPSS40	154	52,20	140	47,46	1	0,34	295	1,31
EPSS41	750	81,97	159	17,38	6	0,66	915	4,05
ESS024	1.041	71,74	403	27,77	7	0,48	1.451	6,43
ESS062	602	60,93	373	37,75	13	1,32	988	4,38
ESS091	110	66,27	56	33,73	0	0,00	166	0,74
ESS118	671	61,39	392	35,86	30	2,74	1.093	4,84
ESS207	1.015	62,69	599	37,00	5	0,31	1.619	7,17
Especial								
EMP002	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
RES007	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2	0,01
RES009	2	100,00	0	0,00	0	0,00	2	0,01
RES011	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	0,00
REUE09	4	100,00	0	0,00	0	0,00	4	0,02
Excepción								
RES001	85	80,95	17	16,19	3	2,86	105	0,47
RES003	180	78,26	47	20,43	3	1,30	230	1,02
No afiliado								
5000	2	50,00	2	50,00	0	0,00	4	0,02
13000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
81000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
50000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00



Tabla 58. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2022 (continuación)

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
66000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
81000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Liquidadas¹	677	71,87	252	26,75	13	1,38	942	4,17
Total	15.909	70,49	6.453	28,59	208	0,92	22.570	100,00

Para los regímenes especial, excepción y no afiliado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales.

¹ Los casos presentados corresponden a las entidades liquidadas (EPS016, EPS044, EPS045, ESS133) y a los casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron notificados en 2022 por alguna entidad.

13 casos no presentados en la tabla carecen de información sobre tipo de acceso vascular.

8.5. Indicadores de diálisis

8.5.1. Indicadores de diálisis en los adultos

Los indicadores de diálisis en los adultos permiten hacer un seguimiento a la gestión en la población con este tipo de terapia, tanto en las regiones como en las unidades renales del país. Estas medidas fueron definidas en el [consenso basado en la evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia, 2010](#); el cual podrá consultar en la página web de la CAC. La **tabla 59** presenta un resumen de los indicadores analizados.

Tabla 59. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en los pacientes en diálisis

Tipo	Indicador	Semafización de cumplimiento		
		Alto	Medio	Bajo
Resultado	Proporción de adultos en HD con catéter como vía de acceso vascular.	< 10%	10 a 20%	> 20%
Resultado	Proporción de adultos en HD con dosis de Kt/V \geq 1,2.	> 80%	60 a 80%	< 60%
Resultado	Proporción de adultos en DP con dosis de Kt/V \geq 1,7.	> 80%	60 a 80%	< 60%
Resultado	Proporción de adultos en HD con hemoglobina \geq 10 g/dL.	> 60%	20 a 60%	< 20%
Resultado	Proporción de adultos en DP con hemoglobina \geq 10 g/dL.	> 60%	20 a 60%	< 20%
Resultado	Proporción de adultos en HD con albúmina \geq 4 g/dL.	> 40%	20 a 40%	< 20%
Resultado	Proporción de adultos en DP con albúmina \geq 3,5 g/dL.	> 40%	20 a 40%	< 20%
Resultado	Proporción de adultos en HD con fósforo < 6 mg/dL.	> 80%	20 a 80%	< 20%
Resultado	Proporción de adultos en DP con fósforo < 6 mg/dL.	> 80%	20 a 80%	< 20%
Resultado	Proporción de niños en HD con catéter como vía de acceso vascular.	No definido		
Resultado	Proporción de niños en HD con dosis de Kt/V \geq 1,2.	> 80%	60 a 80%	< 60%
Resultado	Proporción de niños en DP con dosis de Kt/V \geq 1,7.	> 80%	60 a 80%	< 60%
Resultado	Proporción de niños en HD con hemoglobina \geq 11 g/dL.	> 60%	20 a 60%	< 20%
Resultado	Proporción de niños en DP con hemoglobina \geq 11 g/dL.	> 60%	20 a 60%	< 20%
Resultado	Proporción de niños en HD con albúmina \geq 3,5 g/dL.	> 40%	20 a 40%	< 20%
Resultado	Proporción de niños en DP con albúmina \geq 3,5 g/dL.	> 40%	20 a 40%	< 20%

En **HIGIA** podrá consultar con mayor detalle las estimaciones a nivel demográfico y del aseguramiento.

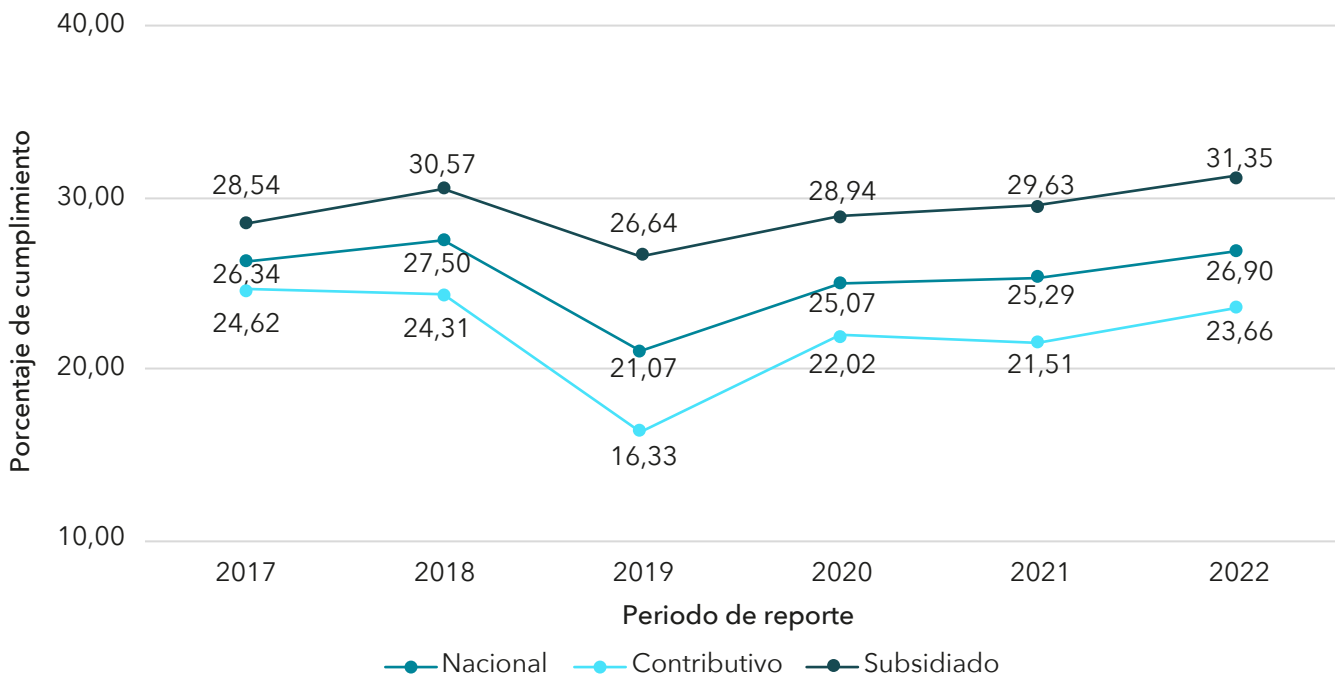
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

El uso de catéter se relaciona con complicaciones como infecciones, tanto localizadas como generalizadas, que impactan negativamente la calidad de vida de los pacientes por consecuencia del incremento de las hospitalizaciones y la necesidad de antibioticoterapia. Además, su uso se ha asociado con mayores tasas de mortalidad por cualquier causa, infecciones y eventos cardiovasculares, comparado con las fístulas o injertos arteriovenosos. Por los motivos mencionados, se recomienda que los catéteres como estrategia de acceso vascular se consideren como último recurso en los pacientes que requieren HD (30). Teniendo en cuenta lo anterior, en la **figura 64** se puede observar que desde el 2019 se ha incrementado gradualmente el uso de catéter como acceso vascular, por lo cual el indicador nacional y por regímenes obtuvo cumplimiento bajo. Se resalta que el desempeño del régimen contributivo ha sido mejor que el subsidiado, y se mantiene una brecha de cerca de 8 puntos porcentuales entre los dos.

Figura 64. Tendencia de la proporción de adultos prevalentes en HD con catéter como acceso vascular, Colombia 2017 - 2022

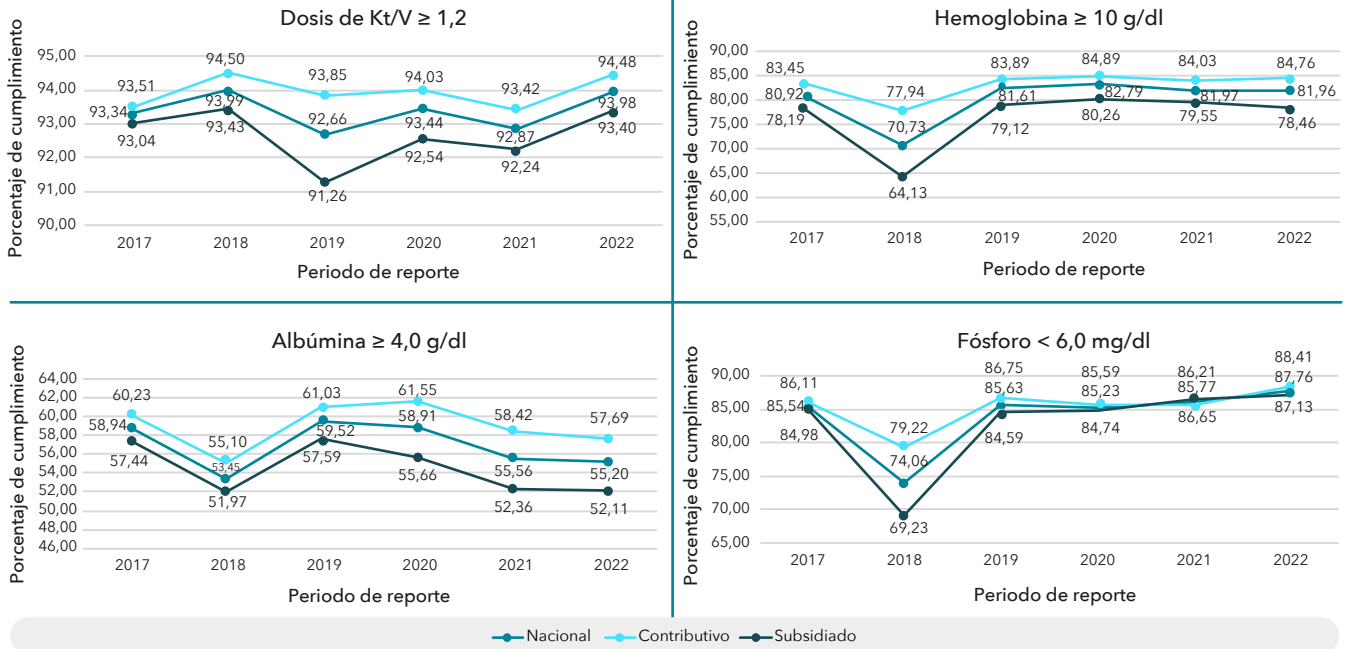


[Descargar figura](#)

En la **figura 65** se muestra la tendencia de los indicadores relacionados con los casos en HD. Para los indicadores de dosis de Kt/V y fósforo se observó incremento con respecto al 2021, mientras que la hemoglobina se mantuvo estable y la albúmina disminuyó levemente. Los cuatro parámetros obtuvieron desempeño óptimo a lo largo de los 5 periodos; aunque, es evidente que el comportamiento del régimen contributivo fue superior al del subsidiado.



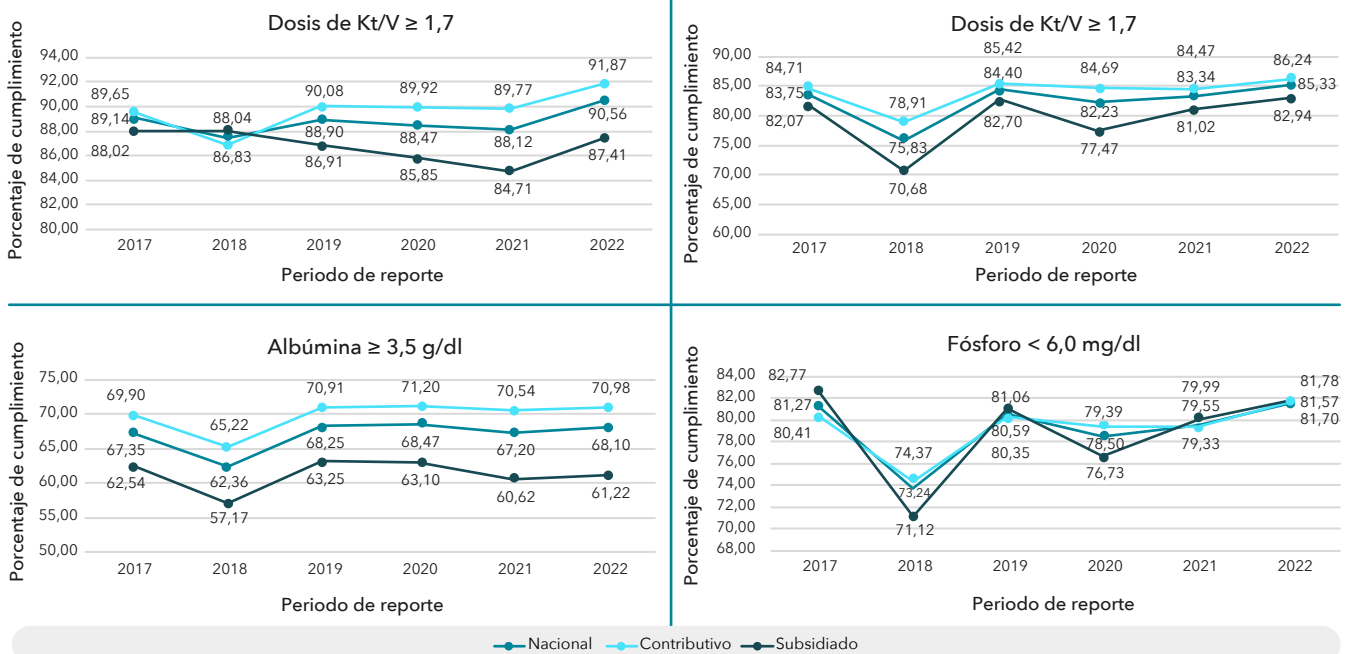
Figura 65. Tendencia de los indicadores en los adultos con HD, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

Como se muestra en la **figura 66**, los cuatro indicadores relacionados con personas en DP incrementaron el porcentaje de cumplimiento con respecto al periodo anterior. La dosis de Kt/V, la hemoglobina y la albúmina mantuvieron el cumplimiento óptimo de la meta, que traían a lo largo de las mediciones; mientras que, el fósforo pasó de desempeño medio a alto en el último periodo. En general, la tendencia del cumplimiento del régimen contributivo fue mejor que la del subsidiado.

Figura 66. Tendencia de los indicadores en los adultos con DP, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

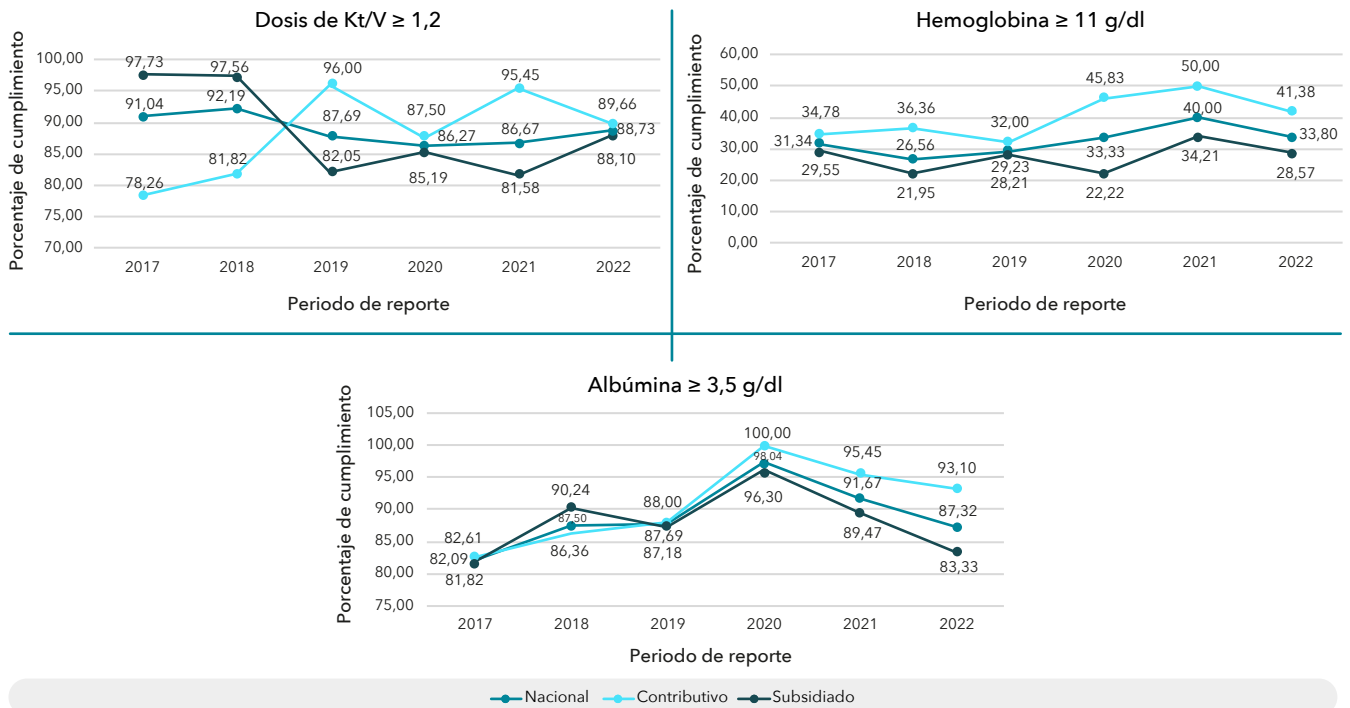
Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

8.5.2. Indicadores de diálisis en la población pediátrica

En la **figura 67** se puede observar que los indicadores de niños con HD tienden a fluctuar a lo largo de los 6 periodos de medición. A pesar de esto, la dosis de Kt/V y la albúmina cumplen satisfactoriamente con la meta, aunque se nota un descenso del porcentaje de cumplimiento con respecto al 2021. La hemoglobina mostró una tendencia ascendente entre el 2020 y el 2021, que no se logró mantener en 2022; aun así, el indicador permaneció en cumplimiento medio. El régimen contributivo mostró mejor desempeño que el subsidiado, pero cayó en los 3 indicadores mientras que el régimen subsidiado logró mejorar su desempeño en la dosis de Kt/V.

Figura 67. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con HD, Colombia 2017 - 2022

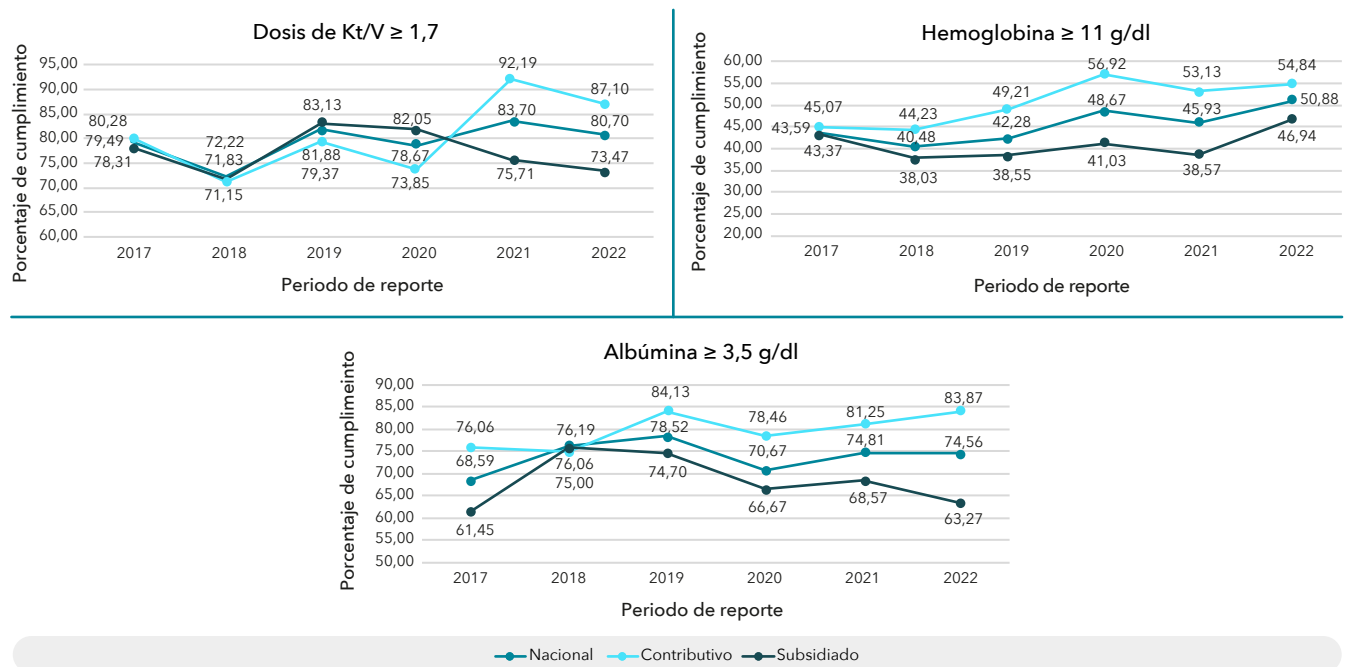


[Descargar figura](#)

La dosis de Kt/V y la albúmina en niños con DP lograron cumplimiento alto de la meta, sin embargo, entre los regímenes las brechas se sitúan en 13 y 20 puntos porcentuales respectivamente (**figura 68**). Para el indicador de la hemoglobina el porcentaje de cumplimiento se incrementó en el último periodo, pero continúa dentro del rango de desempeño medio.



Figura 68. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con DP, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

8.6. Población con trasplante renal

8.6.1. Incidencia de la población con trasplante renal

Se identificaron 590 casos incidentes de trasplante renal, que tenían en promedio 43,86 años (DE ± 14,36) y eran en su mayoría hombres (56,44% n= 333). La incidencia del trasplante renal por cada 1.000.000 habitantes fue de 11,49 para la población total.

El 68,47% de las personas que recibieron trasplante renal tenían entre 30 y 59 años de edad. El 6,61% eran mujeres que tenían entre 40 y 44 años (n= 39), mientras que, el 8,14% eran hombres que tenían entre 55 y 59 años (n= 48) (**figura 69**).

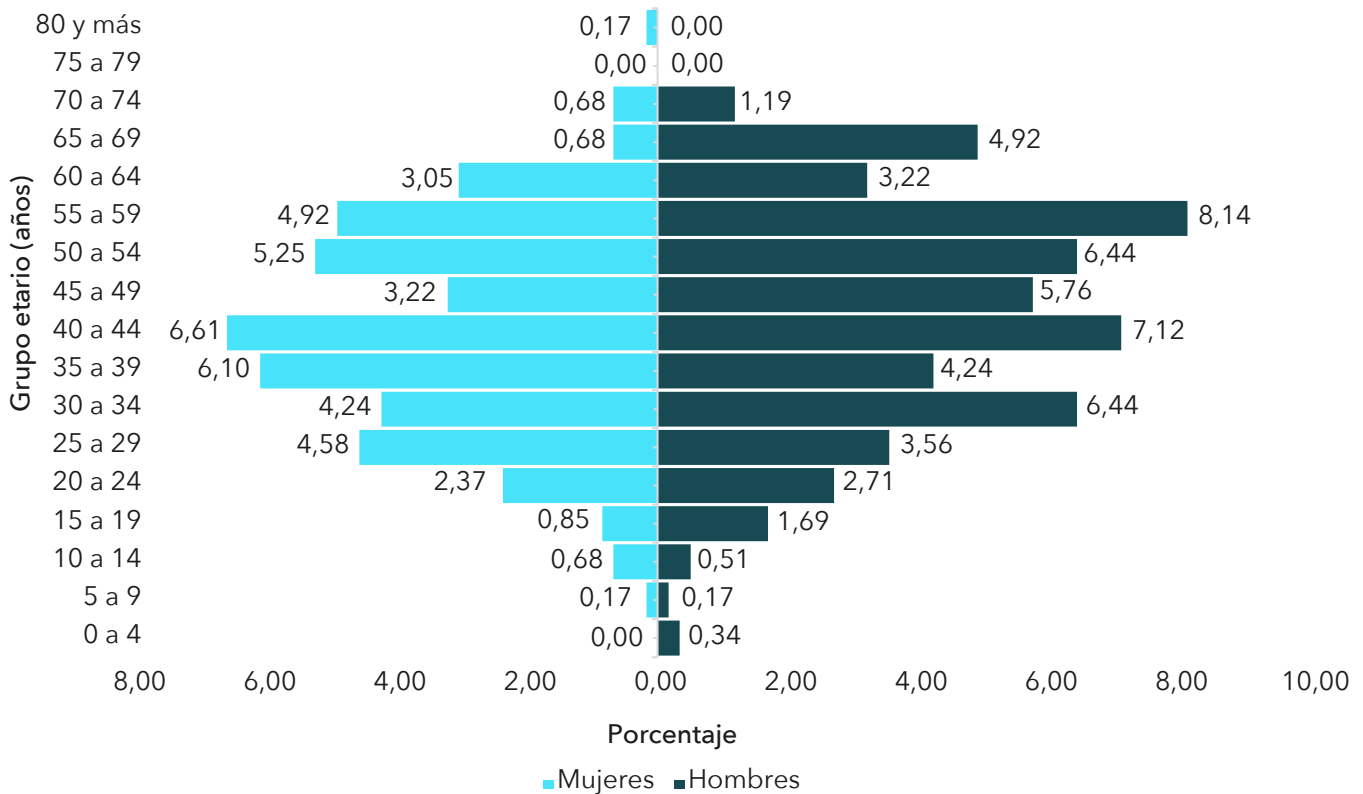
[En HI GIA está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 69. Pirámide poblacional de los casos incidentes de trasplante renal, Colombia 2022



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de trasplante renal.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 60** se muestra que la cifra más alta de IE se estimó en Bogotá, D. C., seguida de la región Pacífica. Los departamentos con la mayor incidencia fueron Valle del Cauca (IE= 23,73; IC 95% 19,50 - 28,59) y Risaralda (IE= 22,42; IC 95% 14,18 - 33,71).

Según el régimen, en el contributivo se reportaron 470 casos con trasplante renal (IE= 17,59; IC 95% 16,04 - 19,27) y en el subsidiado 115 casos (IE= 6,13; IC 95% 5,06 - 7,36). Las entidades con la mayor IE fueron la EPS001 (n= 17, IE= 58,21; IC 95% 33,46 - 95,08) y la EPS012 (n= 15, IE= 49,03; IC 95% 27,32 - 82,19).

[Los resultados tanto demográficos como del aseguramiento con una desagregación más detallada los puede visualizar en HIGIA](#)

Tabla 60. Tasa de incidencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos incidentes	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	158	7.867.910	20,08	18,64	15,84	21,80
Caribe	63	11.678.480	5,39	5,70	4,38	7,29
Central	155	12.304.808	12,60	12,30	10,44	14,40
Oriental	71	9.719.754	7,30	7,25	5,66	9,15
Pacífica	136	8.262.702	16,46	16,66	13,98	19,70
Amazonía-Orinoquía	7	1.495.834	4,68	4,92	1,92	10,44
Nacional	590	51.329.486	11,49	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

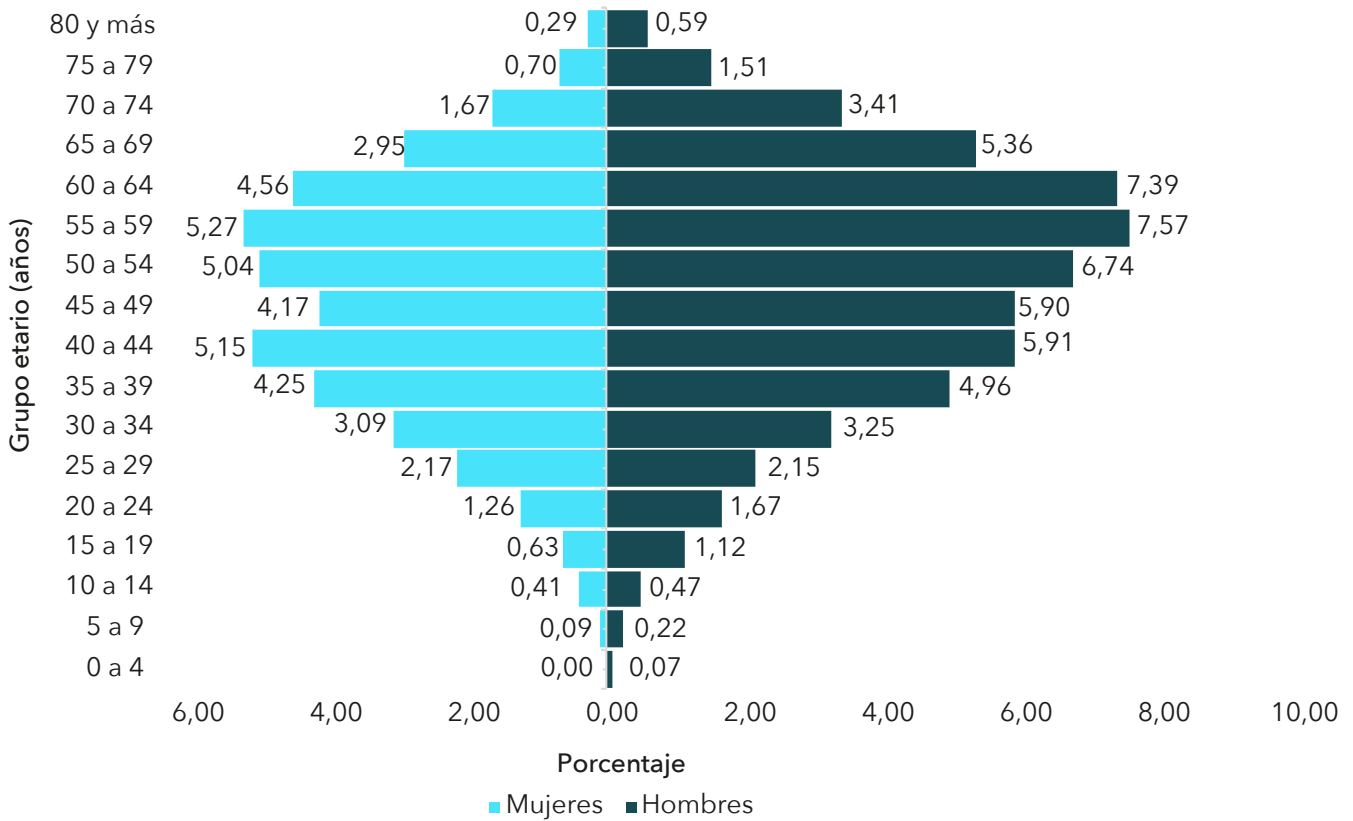


8.6.2. Prevalencia del trasplante renal

Se analizaron 7.596 personas con trasplante renal. La prevalencia estimada para el periodo de reporte fue de 147,99 casos por cada 1.000.000 de habitantes, de estos el 58,29% (n= 4.428) fueron hombres. El 57,69% de las personas tenían entre 40 y 64 años (n= 4.382), además, 5,27% eran mujeres (n= 400) y 7,57% (n= 575) hombres con edades entre 55 y 59 años.

[En HIGIA](#) está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.

Figura 70. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de trasplante renal, Colombia 2022



[Descargar figura](#)

En la **tabla 61** se encuentra la PE de trasplante renal según la región, siendo mayor para Bogotá, D. C. En los departamentos del Valle del Cauca (PE= 278,38; IC 95% 263,57 - 293,81) y Antioquia (PE= 234,76; IC 95% 223,70 - 246,24) se estimaron los valores más altos para este indicador.

Adicionalmente, se estimó una PE de 232,88 casos por 1.000.000 de afiliados (IC 95% 227,08 - 238,78) en el régimen contributivo y de 63,53 (IC 95% 59,98 - 67,23) en el subsidiado. En la EAS027 (PE= 608,58; IC 95% 20,09 - 2.449,30) y la EAS016 (PE= 527,43; IC 95% 254,02 - 3.518,03) se estimaron las prevalencias más altas.

[En HIGIA](#) se pueden observar todos los resultados desagregados por departamento y EAPB.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 61. Prevalencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	1.889	7.867.910	240,09	224,48	214,45	234,87
Caribe	689	11.678.480	59,00	63,75	59,07	68,70
Central	2.295	12.304.808	186,51	177,24	170,05	184,66
Oriental	1.010	9.719.754	103,91	103,26	96,99	109,84
Pacífica	1.671	8.262.702	202,23	202,22	192,63	212,16
Amazonía-Orinoquía	42	1.495.834	28,08	33,18	23,73	45,10
Nacional	7.596	51.329.486	147,99	N.A.	N.A.	N.A.

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

8.6.3. Mortalidad por todas las causas de la población con trasplante renal

En el periodo se identificaron 287 fallecidos por todas las causas con trasplante renal. El 66,20% (n= 190) eran de sexo masculino. La tasa de mortalidad cruda fue de 5,59 por cada 1.000.000 de habitantes en el país. El promedio de edad en los casos fallecidos fue de 60,72 años (DE ± 12,56).

La mortalidad según la región de residencia fue más alta en Bogotá, D. C., seguida por la región Central (**tabla 62**). Por departamentos, Antioquia informó la mayor cantidad de casos fallecidos y una TME superior con respecto a los demás departamentos (n= 85, TME= 11,63; IC 95% 9,29 - 14,40).

En el aseguramiento, para el régimen contributivo se estimó una TME de 9,18 casos por 1.000.000 de habitantes (n= 236; IC 95% 8,05 - 10,43), superior a la del subsidiado (n= 34, TME= 1,75; IC 95% 1,21 - 2,45). La EPS037 informó el mayor número de casos (n= 58, TME= 8,31; IC 95% 6,25 - 10,87).

 [En HIGIA podrá consultar con mayor detalle los resultados a nivel demográfico y del aseguramiento.](#)

Tabla 62. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2022

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D. C.	69	7.867.910	8,77	8,42	6,55	10,67
Caribe	21	11.678.480	1,80	2,01	1,24	3,07
Central	102	12.304.808	8,29	7,61	6,20	9,24
Oriental	36	9.719.754	3,70	3,70	2,59	5,12
Pacífica	58	8.262.702	7,02	6,76	5,13	8,75
Amazonía-Orinoquía	1	1.495.834	0,67	0,99	0,03	5,04
Nacional	287	51.329.486	5,59	N.A.	N.A.	N.A.

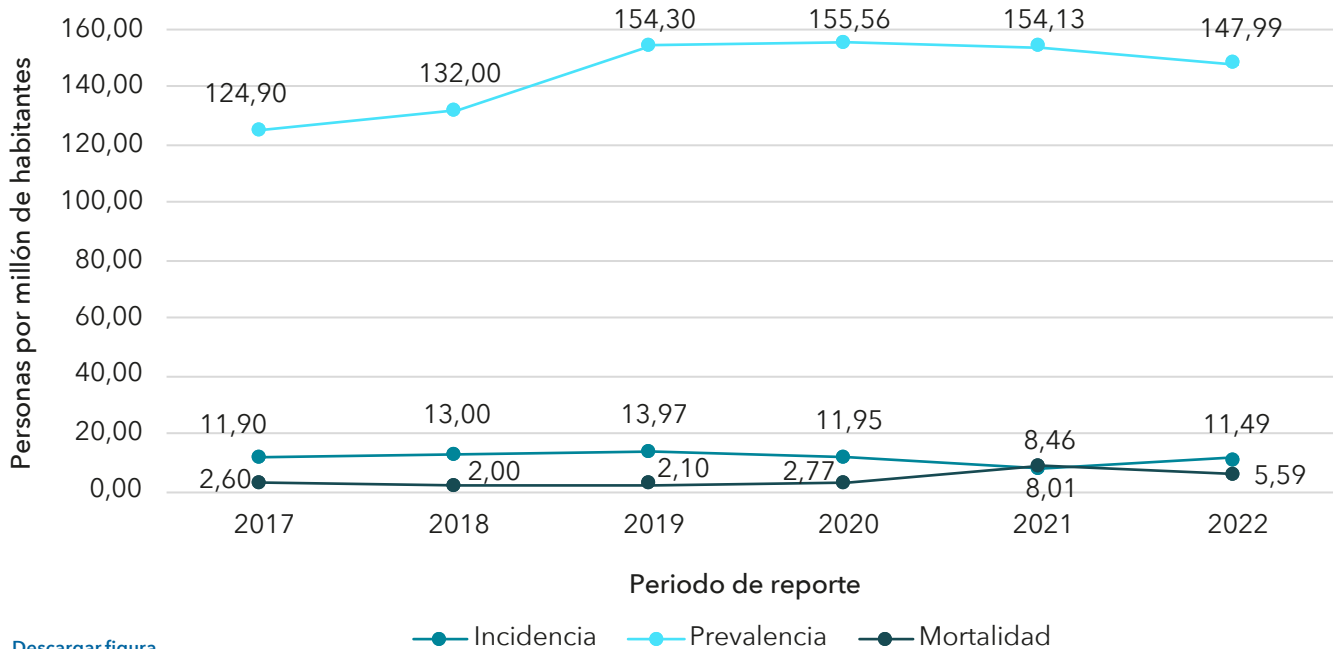
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue el promedio de la población nacional por quinquenios de edad, proyectada por el DANE para los años 2021 y 2022, previa a la actualización post COVID-19.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

La **figura 71** muestra que la incidencia de los pacientes con trasplante renal incrementó 43,57% con respecto al 2021, mientras que, la prevalencia se redujo en 3,99%. La mortalidad disminuyó por segundo año consecutivo y frente al periodo anterior, se calcularon 2,87 casos menos por millón de habitantes.



Figura 71. Tendencia de las medidas de morbilidad de los pacientes con trasplante renal, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

8.7. Tratamiento inmunosupresor en trasplante renal

Durante el periodo 2022, en los pacientes prevalentes con trasplante renal funcional se usó especialmente el micofenolato como terapia inmunosupresora (86,65%), seguido del tacrolimus (72,66%) y la prednisona (68,91%) (**tabla 63**).

Tabla 63. Medicamentos usados en el periodo de reporte en los casos prevalentes con trasplante renal funcional, Colombia 2022

Medicamento inmunosupresor	n	%
Micofenolato	6.446	86,65
Tacrolimus	5.405	72,66
Prednisona	5.126	68,91
Ciclosporina	764	10,27
Everolimus	591	7,94
Azatioprina	473	6,36
Belatacept	365	4,91
Sirolimus	357	4,80
Deflazacort	107	1,44
Metilprednisolona	69	0,93

En la **tabla 64**, se presentan los esquemas de tratamiento utilizados con mayor frecuencia, de acuerdo al número de medicamentos reportados en los casos vivos y activos con trasplante renal funcional realizado hace más de un año. En el 64,33% de los pacientes se utilizaron esquemas con 3 medicamentos, en el 31,34%, con 2 y en el 2,12% con uno solo. Adicionalmente, en el 1,99% de los pacientes se reportaron terapias combinadas con 4 o 5 productos farmacéuticos. De los esquemas con 2 medicamentos, el más utilizado fue el micofenolato con tacrolimus (58,58%), y de los esquemas con 3, el más utilizado fue micofenolato con tacrolimus y prednisona (63,51%).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 64. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2022

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%	
1	Micofenolato	63	47,01	
	Prednisona	27	20,15	
	Tacrolimus	26	19,40	
	Sirolimus	7	5,22	
	Ciclosporina	4	2,99	
	Everolimus	4	2,99	
	Azatioprina	2	1,49	
	Belatacept	1	0,75	
2	Micofenolato + Tacrolimus	1.161	58,58	
	Ciclosporina + Micofenolato	154	7,77	
	Micofenolato + Prednisona	124	6,26	
	Tacrolimus + Prednisona	103	5,20	
	Micofenolato + Everolimus	84	4,24	
	Micofenolato + Sirolimus	76	3,83	
	Micofenolato + Belatacept	69	3,48	
	Azatioprina + Tacrolimus	33	1,66	
	Prednisona + Everolimus	27	1,36	
	Tacrolimus + Everolimus	26	1,31	
	Azatioprina + Prednisona	23	1,16	
	Prednisona + Sirolimus	20	1,01	
	Ciclosporina + Prednisona	17	0,86	
	Azatioprina + Ciclosporina	14	0,71	
	Prednisona + Belatacept	13	0,66	
	Azatioprina + Sirolimus	7	0,35	
	Tacrolimus + Sirolimus	7	0,35	
	Micofenolato + Deflazacort	4	0,20	
	Azatioprina + Micofenolato	3	0,15	
	Belatacept + Everolimus	3	0,15	
	Ciclosporina + Everolimus	3	0,15	
	Everolimus + Belatacept	3	0,15	
	Ciclosporina + Tacrolimus	2	0,10	
	Azatioprina + Belatacept	1	0,05	
	Azatioprina + Everolimus	1	0,05	
	Metilprednisolona + Micofenolato	1	0,05	
	Metilprednisolona + Tacrolimus	1	0,05	
	Tacrolimus + Belatacept	1	0,05	
	Tacrolimus + Deflazacort	1	0,05	
	3	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona	2.585	63,51
		Ciclosporina + Micofenolato + Prednisona	364	8,94
		Azatioprina + Tacrolimus + Prednisona	219	5,38
Micofenolato + Prednisona + Belatacept		182	4,47	
Micofenolato + Prednisona + Everolimus		178	4,37	



Tabla 64. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2022 (continuación)

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
3	Micofenolato + Prednisona + Sirolimus	141	3,46
	Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	88	2,16
	Micofenolato + Tacrolimus + Deflazacort	61	1,50
	Azatioprina + Ciclosporina + Prednisona	49	1,20
	Prednisona + Belatacept + Everolimus	20	0,49
	Ciclosporina + Micofenolato + Tacrolimus	18	0,44
	Micofenolato + Tacrolimus + Sirolimus	18	0,44
	Azatioprina + Micofenolato + Tacrolimus	17	0,42
	Micofenolato + Tacrolimus + Everolimus	17	0,42
	Azatioprina + Prednisona + Everolimus	16	0,39
	Azatioprina + Tacrolimus + Deflazacort	12	0,29
	Ciclosporina + Tacrolimus + Prednisona	10	0,25
	Tacrolimus + Prednisona + Sirolimus	10	0,25
	Ciclosporina + Prednisona + Everolimus	9	0,22
	Prednisona + Everolimus + Belatacept	9	0,22
	Ciclosporina + Micofenolato + Deflazacort	8	0,20
	Metilprednisolona + Micofenolato + Tacrolimus	7	0,17
	Micofenolato + Everolimus + Deflazacort	5	0,12
	Azatioprina + Prednisona + Sirolimus	3	0,07
	Azatioprina + Micofenolato + Prednisona	2	0,05
	Azatioprina + Prednisona + Belatacept	2	0,05
	Ciclosporina + Prednisona + Sirolimus	2	0,05
	Micofenolato + Sirolimus + Deflazacort	2	0,05
	Tacrolimus + Everolimus + Deflazacort	2	0,05
	Azatioprina + Ciclosporina + Deflazacort	1	0,02
	Azatioprina + Micofenolato + Everolimus	1	0,02
	Azatioprina + Micofenolato + Sirolimus	1	0,02
	Ciclosporina + Micofenolato + Everolimus	1	0,02
	Metilprednisolona + Azatioprina + Prednisona	1	0,02
	Metilprednisolona + Azatioprina + Tacrolimus	1	0,02
	Metilprednisolona + Ciclosporina + Micofenolato	1	0,02
	Metilprednisolona + Tacrolimus + Prednisona	1	0,02
	Micofenolato + Deflazacort + Sirolimus	1	0,02
	Micofenolato + Prednisona + Deflazacort	1	0,02
Micofenolato + Sirolimus + Belatacept	1	0,02	
Prednisona + Sirolimus + Belatacept	1	0,02	
Tacrolimus + Deflazacort + Sirolimus	1	0,02	
Tacrolimus + Sirolimus + Deflazacort	1	0,02	

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En los pacientes que recibieron trasplante durante el último año se utilizaron en su mayoría esquemas con 3 medicamentos inmunosupresores (74,41%) y de estos, el más utilizado fue micofenolato con tacrolimus y prednisona (84,05%). Por su parte, el micofenolato con tacrolimus fue la combinación más usada en esquemas de 2 con el 77,04% (**tabla 65**).

Tabla 65. Esquemas de tratamiento en las personas trasplantadas durante el último periodo, Colombia 2022

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
1	Prednisona	3	37,50
	Tacrolimus	3	37,50
	Metilprednisolona	2	25
2	Micofenolato + Tacrolimus	104	77,04
	Tacrolimus + Prednisona	13	9,63
	Micofenolato + Prednisona	7	5,19
	Prednisona + Everolimus	4	2,96
	Ciclosporina + Micofenolato	3	2,22
	Belatacept + Everolimus	1	0,74
	Ciclosporina + Prednisona	1	0,74
	Metilprednisolona + Tacrolimus	1	0,74
	Prednisona + Sirolimus	1	0,74
	3	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona	369
Micofenolato + Prednisona + Belatacept		19	4,33
Ciclosporina + Micofenolato + Prednisona		10	2,28
Metilprednisolona + Micofenolato + Tacrolimus		10	2,28
Tacrolimus + Prednisona + Everolimus		10	2,28
Micofenolato + Prednisona + Everolimus		9	2,05
Azatioprina + Tacrolimus + Prednisona		5	1,14
Prednisona + Belatacept + Everolimus		4	0,91
Azatioprina + Micofenolato + Tacrolimus		2	0,46
Micofenolato + Tacrolimus + Deflazacort		1	0,23
4	Metilprednisolona + Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona	3	60,00
	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	2	40,00
5	Metilprednisolona + Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	1	100,00

8.8. Indicadores de seguimiento al trasplante renal

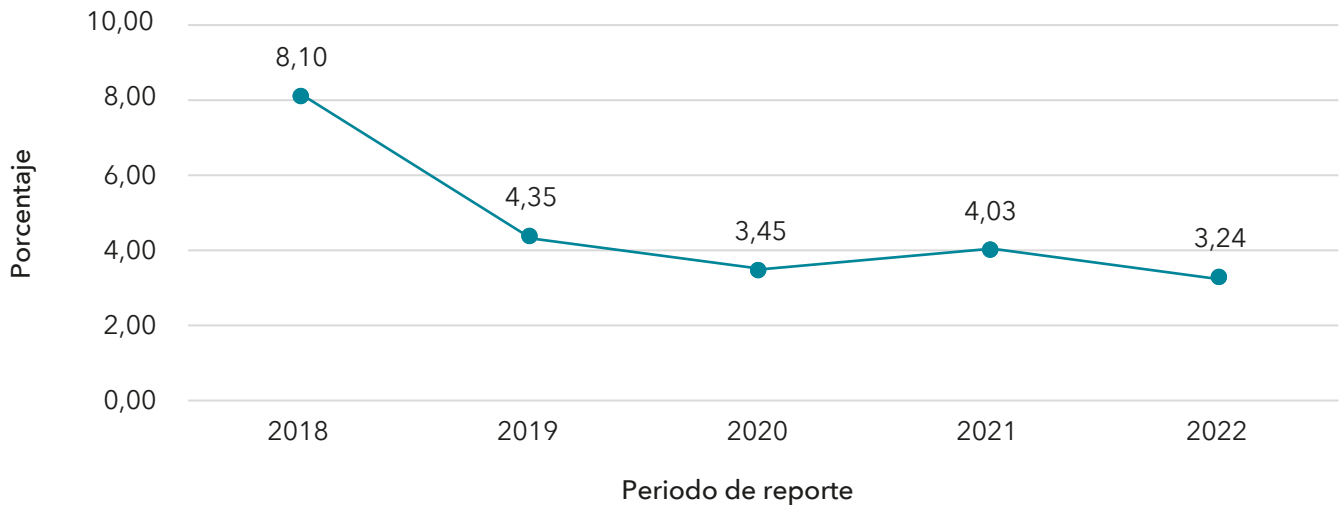
8.8.1. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los mayores de 18 años

8.8.1.1. Complicaciones quirúrgicas

Este indicador expresa la proporción de personas trasplantadas durante el último año, que presentaron alguna complicación quirúrgica relacionada con el trasplante, según el reporte de cada entidad. En la **figura 72** se observa una disminución de 19,60% con respecto a 2021 en las complicaciones quirúrgicas que sufrieron las personas adultas incidentes de trasplante renal. De acuerdo con el tipo de complicación, las urológicas fueron las más frecuentes, y se reportaron especialmente en la región Central (**tabla 66**).



Figura 72. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2018 - 2022



La figura representa complicaciones de tipo vascular, urológicas o de herida quirúrgica.

[Descargar figura](#)

Tabla 66. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2022

Región	Tipo de complicación n (%)			
	General	Vascular	Urológica	Herida quirúrgica
Bogotá, D. C.	3 (1,99)	0 (0,00)	2 (1,32)	1 (0,66)
Caribe	1 (1,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,69)
Central	8 (5,44)	2 (1,36)	6 (4,08)	0 (0,00)
Oriental	4 (6,15)	1 (1,54)	2 (3,08)	1 (1,54)
Pacífica	2 (1,57)	1 (0,79)	1 (0,79)	0 (0,00)
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Nacional	18 (3,24)	4 (0,72)	11 (1,98)	3 (0,54)

8.8.1.2. Incidencia acumulada de cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia

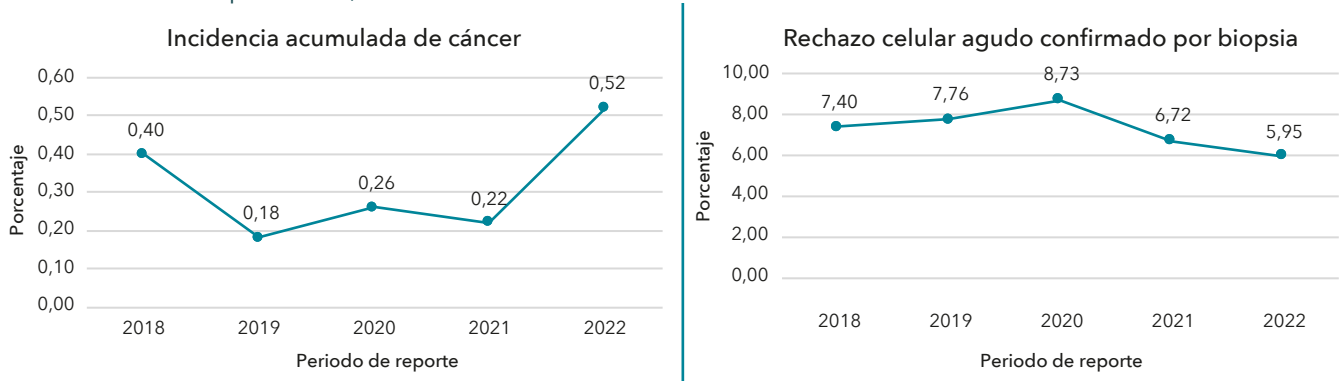
La incidencia acumulada de cáncer contempla la población con trasplante renal que tuvo diagnóstico de cáncer durante el periodo de estudio, en relación con aquellos que al inicio del periodo estaban en riesgo de desarrollarlo, es decir, que no tenían documentada la presencia o antecedente de la enfermedad. Por su parte, el rechazo celular agudo hace referencia a las personas trasplantadas en el periodo, que sufrieron rechazo celular agudo durante el mismo. Para 2022, la incidencia acumulada de cáncer en los adultos trasplantados fue la mayor registrada hasta el momento (0,52%), mientras que para el rechazo agudo celular se mantuvo la tendencia decreciente con una disminución de 11,49% con respecto a 2021 (**figura 73**). En la **tabla 67** se muestran los dos indicadores discriminados por la región, y se evidencia que la incidencia de cáncer más alta se registró en la Pacífica; por su parte, el mayor porcentaje de rechazo celular se presentó en la Central.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 73. Tendencia de la incidencia acumulada de cáncer y el rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados, Colombia 2018 - 2022



[Descargar figura](#)

Tabla 67. Incidencia acumulada de cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados según la región, Colombia 2022

Región	Incidencia acumulada de cáncer n (%)	Rechazo celular agudo confirmado por biopsia n (%)
Bogotá, D. C.	9 (0,56)	5 (3,31)
Caribe	3 (0,52)	1 (1,69)
Central	8 (0,43)	13 (8,84)
Oriental	2 (0,25)	5 (7,69)
Pacífica	11 (0,74)	9 (7,09)
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)
Nacional	33 (0,52)	33 (5,95)

A 241 pacientes, de los 7.439 casos prevalentes de trasplante renal del 2022, se les diagnosticó cáncer posterior al inicio de la terapia (3,24%). En el primer año se reportaron 18 casos y en el segundo 19; en general, el 40,66% del total de casos se detectaron antes de los 5 años, el 30,29% entre 5 y 9 años y el 29,05% después de los 10 años de realizado el trasplante. Específicamente en el periodo 2022 se diagnosticaron 36 de estos casos, de los cuales el 30,56% tenía menos de 5 años de trasplantado.

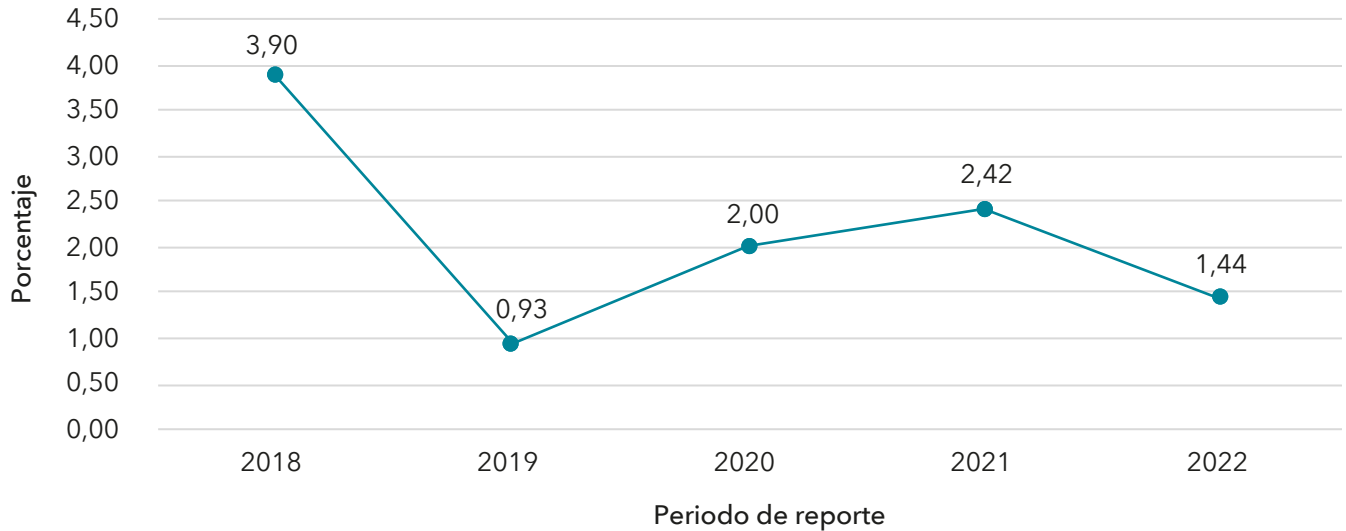
En cuanto al rechazo celular agudo, de 384 pacientes que se trasplantaron en 2021, se reportaron en el 2022, que 23 (5,99%) presentaron rechazo celular: 14 durante el mismo periodo del trasplante, mientras que los 9 restantes lo sufrieron en el periodo de reporte.

8.8.1.3. Infecciones oportunistas

Este indicador expresa la proporción de las personas trasplantadas durante el último año que presentaron alguna infección oportunista, según la información reportada por cada entidad. En la **figura 74** se observa que la tendencia ascendente de los dos periodos anteriores se detuvo y para 2022 el porcentaje de infecciones oportunistas se redujo en 40,50% con respecto a 2021. En cuanto al tipo de infección, la causa más frecuente fue por citomegalovirus, y de acuerdo con la región, el mayor porcentaje se reportó en la región Oriental (**tabla 68**).



Figura 74. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2018 - 2022



La figura representa infecciones oportunistas por citomegalovirus, hongos o tuberculosis.

[Descargar figura](#)

Tabla 68. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2022

Región	Tipo de infección n (%)			
	General	Citomegalovirus	Hongos	Tuberculosis
Bogotá, D. C.	3 (1,99)	2 (1,32)	1 (0,66)	0 (0,00)
Caribe	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Central	3 (2,04)	2 (1,36)	0 (0,00)	1 (0,68)
Oriental	2 (3,08)	2 (3,08)	0 (0,00)	0 (0,00)
Pacífica	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Nacional	8 (1,44)	6 (1,08)	1 (0,18)	1 (0,18)

8.8.1.4. Medición de la creatinina en los pacientes trasplantados en el periodo anterior

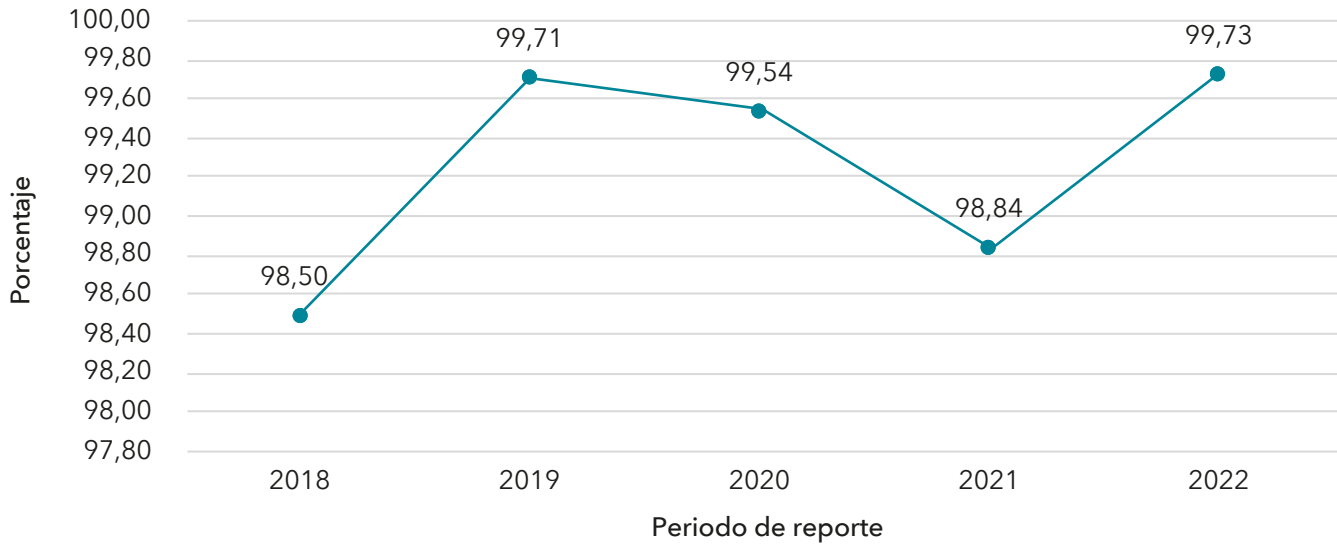
Este indicador hace referencia a la proporción de las personas trasplantadas en el periodo 2021, a quienes se les realizó medición de creatinina en el periodo 2022. De acuerdo con esto, en la **figura 75** se evidencia que al 99,73% de estos pacientes se les realizó la toma del examen y según la **tabla 69**, el 47,14% de los resultados se ubicaron en el rango de entre 1,2 y < 2 mg/dl, mientras que el 42,78% estaba entre 0,5 y < 1,2 mg/dl.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 75. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior, Colombia 2018 - 2022



[Descargar figura](#)

Tabla 69. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2022

Región	Medición de creatinina (mg/dl) n (%)			
	General	Entre 0,5 y < 1,2	Entre 1,2 y < 2	Entre 2 y 9
Bogotá, D. C.	89 (98,89)	39 (43,33)	44 (48,89)	6 (6,67)
Caribe	26 (100,00)	7 (26,92)	14 (53,85)	5 (19,23)
Central	93 (100,00)	39 (41,94)	46 (49,46)	8 (8,60)
Oriental	46 (100,00)	23 (50,00)	19 (41,30)	4 (8,70)
Pacífica	110 (100,00)	49 (44,55)	48 (43,64)	13 (11,82)
Amazonía-Orinoquía	2 (100,00)	0 (0,00)	2 (100,00)	0 (0,00)
Nacional	366 (99,73)	157 (42,78)	173 (47,14)	36 (9,81)

8.8.1.5. Medición de la tasa de filtración glomerular

La medición de la TFG permite evaluar la función del injerto e identificar el riesgo de falla del injerto. De los casos trasplantados en el periodo, el 45,23% tuvo una medición de la TFG entre 60 y 89 ml/min/1,73m²; se resalta que no hubo personas con TFG menor a 15 ml/min/1,73m² (**tabla 70**).



Tabla 70. Medición de la TFG (ml/min/1,73m²) en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2022

Región	Tasa de filtración glomerular (ml/min/1,73m ²) n (%)					
	Sin información	Entre 90 y 250	60 a < 90	30 a < 60	15 a < 30	< 15
Bogotá, D. C.	2 (2,22)	9 (10,00)	39 (43,33)	35 (38,89)	5 (5,56)	0 (0,00)
Caribe	0 (0,00)	3 (11,54)	8 (30,77)	13 (50,00)	2 (7,69)	0 (0,00)
Central	0 (0,00)	11 (11,83)	45 (48,39)	34 (36,56)	3 (3,23)	0 (0,00)
Oriental	0 (0,00)	4 (8,70)	22 (47,83)	16 (34,78)	4 (8,70)	0 (0,00)
Pacífica	0 (0,00)	14 (12,73)	51 (46,36)	40 (36,36)	5 (4,55)	0 (0,00)
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Nacional	2 (0,54)	41 (11,17)	166 (45,23)	139 (37,87)	19 (5,18)	0 (0,00)

8.8.2. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los menores de 18 años

En la población menor de 18 años con trasplante renal durante el periodo de análisis se reportó un evento de complicación quirúrgica de tipo urológico y uno de infección oportunista por citomegalovirus. Por otra parte, entre esta población no se evidenciaron casos nuevos con cáncer, tampoco rechazo celular agudo confirmado por biopsia, infecciones oportunistas, ni reportes de DM o HTA posterior al trasplante en el periodo.

Discusión y conclusiones

El tercer objetivo de desarrollo sostenible hace referencia a garantizar una vida sana y a promover el bienestar para todos en todas las edades. Una de las metas propuestas busca, al 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por las enfermedades no transmisibles (31); en este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha liderado la iniciativa HEARTS, implementada en la región de las Américas por parte del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud. Esta iniciativa busca mejorar el desempeño de los servicios a través del control de las enfermedades como la HTA y la DM y la promoción de la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud (32).

En Colombia, la Política de Atención Integral en Salud orienta al sistema sanitario para mejorar el bienestar de la población que habita en el territorio. Como parte de su modelo operativo, se han definido las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como herramientas de gestión que orientan la intervención de los actores del sistema para que el acceso a los servicios sea oportuno, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Específicamente, la RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas establece intervenciones que buscan garantizar la atención integral de los pacientes con riesgo cardiovascular o metabólico moderado o alto y de las personas con sospecha o confirmación diagnóstica de HTA, DM o dislipidemias (33).

En este contexto, el reporte que realizan las EAPB y EOC de las personas con HTA, DM y ERC a la CAC resulta vital para mantener el conocimiento actualizado de la situación epidemiológica de estas enfermedades en el aseguramiento en Colombia. Además, promueve el fortalecimiento de la gestión integral del riesgo, lo que garantiza que las entidades desarrollen mecanismos para eliminar las barreras y limitaciones en el acceso a los servicios sanitarios (34). Sin embargo, para este periodo de análisis esta labor se vio afectada por las dinámicas de liquidación de las EAPB, ya que se dejó de actualizar la información clínica de 718.788 personas. Aunque se realizó el proceso de recuperación para ajustar la prevalencia y la mortalidad de las enfermedades reportadas, queda un vacío en la progresión del estado de salud y la gestión de estas personas por parte de las entidades, por lo cual se pueden ver afectados los indicadores presentados en este informe.

Para el periodo 2022, la tendencia ascendente de la prevalencia nacional de HTA se estabilizó y se estimó en 9,55%, mientras que, discriminando por el sexo, para las mujeres el indicador fue 11,35% y para los hombres 7,67%. Esto contrasta con los datos globales de HTA estandarizada por la edad en los adultos de 30 a 79 años que fue del 32% en las mujeres y del 34% en los hombres (35). En este sentido, es necesario resaltar que, aunque la HTA es el factor de riesgo modificable más importante de las enfermedades cardiovasculares, en América Latina y el Caribe las tasas de diagnóstico de hipertensión arterial son menores a las esperadas según estimaciones (36) y por tanto es esencial fortalecer la detección en la atención primaria y en la comunidad. A partir de allí, garantizar la cobertura del tratamiento permitirá mejorar el cuidado de los pacientes con HTA y reducir la carga de esta enfermedad (35).

Otros estudios también reportan una variación en las tendencias de la prevalencia de la HTA relacionadas con los factores económicos. Se ha informado que este indicador ha bajado progresivamente en los países de

“ Para el periodo 2022, la tendencia ascendente de la prevalencia nacional de **HTA** se estabilizó y se estimó en 9,55%, mientras que discriminando por el sexo, para las mujeres el indicador fue 11,35% y para los hombres 7,67% ”



ingresos altos, mientras que en los de ingresos medianos y bajos ha tendido a incrementarse. Los factores que se relacionan con estas diferencias incluyen la disponibilidad de recursos del país, la cobertura de la seguridad social, las instalaciones y la capacitación del personal de salud, la frecuencia con la que las personas consultan, la existencia de guías de práctica clínica actualizadas y adaptadas a los contextos del territorio y el funcionamiento de un sistema sólido de adquisición y distribución de los medicamentos (35,37).

La prevalencia de la DM continúa en ascenso, aunque leve, concordando con la tendencia reportada en proyecciones como la del Atlas de Diabetes, las cuales estiman un crecimiento del 16% en este indicador a 2045 en personas de 20 a 79 años, principalmente en los países de ingresos medios y bajos donde se espera

un incremento en la expectativa de vida y un mayor crecimiento demográfico. Además, similar a la población colombiana, la diabetes se incrementa con la edad, especialmente a partir de los 40 años (38).

Las proyecciones mundiales muestran que la prevalencia de la HTA y la DM es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres (35,38), mientras que la tendencia en Colombia indica lo contrario. Lo anterior podría estar relacionado con aspectos de la masculinidad que pueden llevar a los hombres a abstenerse de participar en conductas protectoras de la salud mientras que las mujeres son más propensas a asumir una amplia gama de comportamientos preventivos y de promoción de la salud. También, la tendencia a suprimir la expresión de necesidad y minimizar el dolor también puede reflejarse en una menor participación de los hombres en las visitas de atención médica preventiva (39). Adicionalmente, la naturaleza asintomática de estas enfermedades contribuye con la falsa percepción de una buena salud general, que termina siendo una barrera fundamental en la detección y tratamiento temprano (39,40).

“

En cuanto al estadiaje

de la ERC,

se observó un mayor número de casos

en los estadios 1 a 3 en las mujeres y mayor mortalidad en los hombres en el estadio 5.

”

La DM y la ERC contribuyeron a aumentar la carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre 1990 y 2019. La DM pasó del puesto 20 al 8, mientras que la ERC pasó del 29 al 18 (41). Para 2022, la prevalencia de la ERC en Colombia regresó a la tendencia descendente que mostraba previo al periodo 2021, contrario a lo que muestran algunos estudios globales en los que se ha incrementado con el paso de los años (42), pero similar a un estudio en China en el que el indicador disminuyó cerca de 30% en la última década y en el que se reconoció que la inclusión de la ERC en el programa nacional de vigilancia en salud pública y el control de las comorbilidades comunes de la ERC podrían estar relacionados con la reducción de la carga de enfermedad (43).

En cuanto al estadiaje de la ERC, se observó un mayor número de casos en los estadios 1 a 3 en las mujeres y mayor mortalidad en los hombres en el estadio 5, lo que sugiere que estos últimos progresan más rápidamente a estadios avanzados de la ERC y que puede haber disparidades en el acceso al tratamiento por lo cual se debe realizar una mejor gestión de los factores de riesgo en la atención primaria y ampliar el acceso a los servicios de reemplazo renal (42).

Aunque los casos con HTA y/o DM no estudiados para ERC en el periodo actual mostraron una mejoría con respecto a 2021, continúan siendo un reto para el sistema de salud ya que estas patologías se consideran factores de riesgo de susceptibilidad, de iniciación o de progresión de la ERC y se debe garantizar que en estas poblaciones de riesgo se evalúen la TFG y la albuminuria para el diagnóstico de la enfermedad (44). También, se debe tener en cuenta que este no se debe basar en una única medición, por lo cual es de esperarse que

también se reporte una cantidad de casos indeterminados, en los cuales no se alcanzó a realizar la toma de exámenes durante el periodo de reporte con el tiempo establecido para cumplir con el criterio de cronicidad de la enfermedad renal.

Por otro lado, la TFG que se reporta a la CAC se estima por medio de la ecuación de Cockcroft y Gault, según lo definido por la Resolución 2463 de 2014 (7). Sin embargo, actualmente se recomienda utilizar la ecuación CKD-EPI debido a su mejor capacidad para estimar la TFG (45). Esta ecuación, propuesta en 2009 y modificada en 2012 incluye en su cálculo la creatinina, la edad, el sexo y la raza. Sin embargo, la inclusión de esta última variable es controversial debido a su construcción social y no biológica, por esta razón, en el 2021 se actualizó la fórmula y se excluyó este parámetro en el cálculo de la TFG (20). Estos criterios diagnósticos contribuyen a la variación de la prevalencia y la estadificación de la ERC, y a futuro se debe tener en cuenta para las modificaciones de la resolución y para la inclusión en los análisis de situación, la comparabilidad con otros estudios epidemiológicos.

Entre las principales causas de la ERC, tanto en los casos incidentes como en los prevalentes, figura la enfermedad vascular renal y la diabetes. Con respecto a esto, aunque el diagnóstico y estadiaje de la ERC se realizan independiente de la causa, es importante tener en cuenta la etiología para el diagnóstico y el pronóstico, y para determinar los tratamientos adicionales y específicos a los cuales se debe someter el paciente (44).

En cuanto a los indicadores de nefroprotección, se observó cumplimiento de las metas de HbA1c, LDL y hemoglobina en la mayoría de las poblaciones de riesgo, sin embargo, como tal la toma de estos y otros paraclínicos como la albuminuria, creatinina y la PTH no parece realizarse con la frecuencia esperada. Esto implica una opción de mejora para el servicio prestado por las aseguradoras de tal manera que se garantice la realización oportuna de los exámenes para, posteriormente, reorientar el tratamiento de acuerdo con las necesidades individuales del paciente.

Adicionalmente, se calculó que cerca del 7% de la carga total de las enfermedades cardiovasculares puede atribuirse a una función renal alterada (42). En este sentido, es satisfactorio que los indicadores de mantenimiento de la función renal alcanzaron las metas establecidas, lo cual disminuye la probabilidad de resultados adversos como la insuficiencia renal, los eventos cardiovasculares y la muerte (44) en las personas que fueron gestionadas adecuadamente por parte de las entidades aseguradoras.

Algunos indicadores como el control de la PA y el IMC están relacionados con el compromiso de las personas para realizar prácticas de autocuidado que dependen de los aspectos culturales y educativos, las capacidades y las limitaciones individuales, junto con la experiencia de vida, el estado de salud y la disponibilidad de recursos (46). Por lo tanto, establecer vínculos y acoger adecuadamente las necesidades de las personas diagnosticadas con ERC y sus precursoras debe ser el primer paso para intervenir en los factores de riesgo y gestionar estas





enfermedades. El acompañamiento de los individuos enfermos, con el objetivo no sólo de brindarles tratamiento, sino también de mejorar su calidad de vida, exige que las aseguradoras tengan un abordaje holístico de las cuestiones que intervienen en la adherencia al tratamiento y la educación para el autocuidado (47).

La incidencia de la TRR tuvo un incremento leve en el periodo actual. Esto podría sugerir que la gestión de los pacientes con DM e HTA ha mejorado su efectividad a lo largo de los años, reduciendo la aparición de la ERC y ralentizando su progresión. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que aún se reportan desigualdades en el acceso y la prestación de la atención médica de los pacientes que requieren TRR (48), por lo cual también se podría contemplar un subregistro de la información (49).

“ La **hemodiálisis** fue la TRR más frecuente durante el periodo, y la **fístula arteriovenosa** fue el acceso vascular más común; aunque, el uso del catéter se reportó en el 28,58% de las personas. ”

Se observó un incremento en el número de casos con TMND que podría ser consecuente con la promoción del manejo conservador del riñón por parte de países como Australia y el Reino Unido y que se ha convertido en una opción cada vez más visible en todo el mundo, ante la cual los pacientes rechazan la TRR y continúan con una atención médica activa (49). Según algunas publicaciones, la diálisis, comparada con el TMND, no parece prolongar la vida o mejorar los desenlaces de salud física o mental de las personas mayores de 80 años que viven con ERC o con múltiples comorbilidades; al contrario, tiene impactos profundos en la calidad de vida de los pacientes (50), y esto podría explicar por qué la mayoría de casos prevalentes de TMND en Colombia pertenecen a este grupo etario.

La hemodiálisis fue la TRR más frecuente durante el periodo, y la fístula arteriovenosa fue el acceso vascular más común; aunque, el uso del catéter se reportó en el 28,58% de las personas. Esto implica que se deben desarrollar estrategias para reducir el uso de este último, el cual está relacionado con una

mayor mortalidad, con complicaciones médicas y con costos de tratamiento sustancialmente más altos (51).

Otros indicadores de diálisis obtuvieron un cumplimiento óptimo de las metas, aunque entre los regímenes del aseguramiento existen brechas para las cuales se deben contemplar opciones de mejora. Es necesario adecuar los procesos de diálisis de acuerdo con las recomendaciones de práctica clínica, las políticas de los centros de servicios y la preferencia de los médicos y de los pacientes (51), de tal manera que se logre una mayor eficiencia de estas terapias y un impacto positivo en los indicadores relacionados.

En cuanto al trasplante, aunque es el tratamiento ideal para las personas que requieren reemplazo renal, no es la primera opción en Colombia debido a la diferencia que existe entre los pacientes en lista de espera y los órganos disponibles, y la falta de infraestructura de atención médica para este tipo de procedimientos (48). Aun así, el trasplante renal ha mostrado mejores resultados que la diálisis en cuanto a la calidad de vida y la supervivencia (51), mientras que sus costos resultan rentables particularmente después del primer año de la intervención (48).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2022

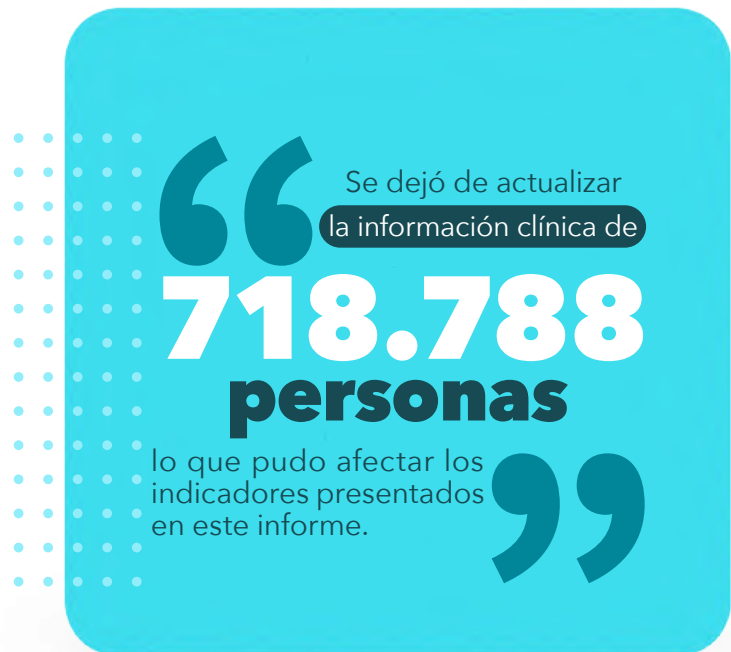
Discusión y conclusiones

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Adicionalmente, la literatura reporta que la supervivencia del injerto al año de la cirugía ha mejorado en la última década, los nuevos fármacos inmunosupresores han disminuido la incidencia de rechazo celular agudo y el diagnóstico y el tratamiento precoz de las complicaciones permiten mejorar el pronóstico del injerto a largo plazo (52). Estos aspectos se reflejan en los indicadores de seguimiento del trasplante renal, en los que se observó una disminución de las complicaciones quirúrgicas, del rechazo celular agudo confirmado por biopsia, y de las infecciones oportunistas, con respecto a los periodos anteriores.

En conclusión, el presente documento presenta los indicadores de la gestión del riesgo y de morbilidad de la ERC y sus precursoras durante el periodo 2022 en los que se observan las tendencias que reflejan el trabajo de las entidades del aseguramiento en salud en Colombia. Las cifras obtenidas muestran que, aunque los resultados en general han mejorado, es necesario revisar los mecanismos de gestión de las entidades en las regiones, departamentos y municipios para ampliar la oferta y disminuir las brechas en los indicadores. También, entre los regímenes, renglones y EAPB se deben fortalecer las acciones para superar barreras de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento para lograr una gestión más eficiente de las personas con estas enfermedades.

En cuanto al reporte por parte de las entidades, es necesario definir las estrategias para obtener la información de los casos que históricamente se han recuperado de las bases de datos, pero de los cuales no se tiene información clínica actualizada por la liquidación de algunos aseguradores. En este sentido, fortalecer los procedimientos operativos de recolección y procesamiento de los datos es vital para responder a los retos de los sistemas de salud actuales, ya que se reconoce que los registros de información sanitaria son herramientas que permiten garantizar la seguridad y la calidad del servicio, generar conocimiento sobre las condiciones médicas, planear políticas públicas y tomar decisiones que contribuyan a reducir las barreras organizacionales, comportamentales y económicas del sistema (50).





Referencias bibliográficas

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl.* 2022;12(1):7-11.
2. Wainstein M, Bello AK, Jha V, Harris DCH, Levin A, Gonzalez-Bedat MC, et al. International Society of Nephrology Global Kidney Health Atlas: structures, organization, and services for the management of kidney failure in Latin America. *Kidney Int Suppl.* 2021;11(2):e35-46.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Colombia. Estimates from the Global Burden of Disease (GBD) study. 2020.
4. Sarmiento-Bejarano H, Ramírez-Ramírez C, Carrasquilla-Sotomayor M, Alvis-Zakzuk NJ, Alvis-Guzmán N. Economic burden of chronic kidney disease in Colombia, 2015-2016. *Salud Uninorte.* 2019;35(1):84-100.
5. Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021. [En línea] Cuenta de Alto Costo. 2022. 1-190 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2021/>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4700 de 2008. 2008.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2463 de 2014. 2014.
8. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013.
9. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. USA; 1979.
10. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 2017.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. 1993.
12. Presidencia de la República. Decreto 1377 de 2013. 2013.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1995 de 1999. 1995.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1581 de 2012. Bogotá, D.C.; 2012.
15. Cuenta de Alto Costo. Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadiada en 1 - 4 y 5 sin diálisis, hipertensión arterial y diabetes mellitus. 2016. 1-70 p.
16. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia. 2010. 42 p. [En línea]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencias-para-la-eleccion-de-indicadores-minimos-para-el-analisis-de-resultados-clinicos-en-dialisis-peritoneal-y-hemodialisis-en-colombia/>
17. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Uso de catéter y nivel de hemoglobina para el análisis de resultados clínicos en diálisis. 2012. 1-13 p. [En línea]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/uso-de-cate-ter-y-nivel-de-hemoglobina-para-el-analisis-de-resultados-clinicos-en-dialisis/>
18. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores mínimos para el seguimiento de niños con enfermedad renal crónica en diálisis o trasplante renal en Colombia. 2013. p. 80.
19. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores para seguimiento al trasplante renal en Colombia. *Inst. Nac. Salud.* 2012;1-52.
20. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, Tighiouart H, Wang D, Sang Y, et al. New Creatinine- and Cystatin C-Based Equations to Estimate GFR without Race. *N Engl J Med.* 2021;385(19):1737-49.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Bogotá, D.C.; 2016.
22. Coles S, Fisher L, Lin KW, Lyon C, Vosooney AA, Bird MD. Blood Pressure Targets in Adults With Hypertension: A Clinical Practice Guideline From the AAFP. *Am Fam Physician.* 2022 Dec;106(6).
23. American College of Cardiology. Lipid Management Guidelines for Adults with Chronic Kidney Disease [en línea]. Disponible en: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2016/05/31/13/00/lipid-management-guidelines-for-adults-with-chronic-kidney-disease>

Referencias bibliográficas

24. Jacobson TA, Ito MK, Maki KC, Orringer CE, Bays HE, Jones PH, et al. National Lipid Association Recommendations for Patient-Centered Management of Dyslipidemia: Part 1—Full Report. *J Clin Lipidol*. 2015;9(2):129-69.
25. Pontremoli R, Bellizzi V, Bianchi S, Bigazzi R, Cernaro V, Del Vecchio L, et al. Management of dyslipidaemia in patients with chronic kidney disease: a position paper endorsed by the Italian Society of Nephrology. *J Nephrol*. 2020 Jun 17;33(3):417-30.
26. Pasternak M, Liu P, Quinn R, Elliott M, Harrison TG, Hemmelgarn B, et al. Association of Albuminuria and Regression of Chronic Kidney Disease in Adults With Newly Diagnosed Moderate to Severe Chronic Kidney Disease. *JAMA Netw Open*. 2022;5(8):e2225821.
27. Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C. Obesity and Kidney Disease. *Can J Kidney Heal Dis*. 2017;30(1):1-10.
28. Tsuboi N, Okabayashi Y. The Renal Pathology of Obesity: Structure-Function Correlations. *Semin Nephrol*. 2021;41(4):296-306.
29. Matsushita K, Mahmoodi BK, Woodward M, Emberson JR, Jafar TH, Jee SH, et al. Comparison of Risk Prediction Using the CKD-EPI Equation and the MDRD Study Equation for Estimated Glomerular Filtration Rate. *JAMA*. 2012;307(18).
30. Lawson JH, Niklason LE, Roy-Chaudhury P. Challenges and novel therapies for vascular access in haemodialysis. *Nat Rev Nephrol*. 2020;16(10):586-602.
31. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [En línea]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
32. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas [en línea]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/heart-americas>
33. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas 2021 - 2025 Plan Nacional de Expansión. 2020. [En línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/heart-expansion-americas>
34. Cuenta de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo [en línea]. 2023. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/quienes-somos/>
35. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-80.
36. Regional Health- Americas TL. Latin America and Caribbean's path to improve hypertension control: time for bolder, tougher actions. *Lancet Reg Heal - Am*. 2022;9:100278.
37. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol*. 2021;18(11):785-802.
38. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2021 [en línea]. Décima edición. 2021. Disponible en: www.diabetesatlas.org
39. Williams DR. The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities. *Am J Public Health*. 2003;93(5):724-31.
40. Chaparro Díaz L, Carreño SP, Mendoza-Catalán G, Gutiérrez-Valverde JM. Cómo perciben los hombres tener diabetes mellitus tipo 2: casos en Bogotá. *Investig., en Enfermería Imagen y Desarrollo*. 2020;22.
41. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
42. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020;395(10225):709-33.
43. Wang L, Xu X, Zhang M, Hu C, Zhang X, Li C, et al. Prevalence of Chronic Kidney Disease in China. *JAMA Intern Med*. 2023;183(4):298.
44. García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2022 May;42(3):233-64.
45. Michels WM, Grootendorst DC, Verduijn M, Elliott EG, Dekker FW, Krediet RT. Performance of the Cockcroft-Gault, MDRD, and New CKD-EPI Formulas in Relation to GFR, Age, and Body Size. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(6):1003-9.



Referencias bibliográficas

46. Orem DE, Taylor SG. Reflections on Nursing Practice Science. *Nurs Sci Q.* 2011;24(1):35-41.
47. Rossaneis MA, Haddad M do CFL, Mathias TA de F, Marcon SS. Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24.
48. Thurlow JS, Joshi M, Yan G, Norris KC, Agodoa LY, Yuan CM, et al. Global Epidemiology of End-Stage Kidney Disease and Disparities in Kidney Replacement Therapy. *Am J Nephrol.* 2021;52(2):98-107.
49. Grams ME, Sang Y, Ballew SH, Carrero JJ, Djurdjev O, Heerspink HJL, et al. Predicting timing of clinical outcomes in patients with chronic kidney disease and severely decreased glomerular filtration rate. *Kidney Int.* 2018 ;93(6):1442-51.
50. International Society of Nephrology. Global Kidney Health Atlas [en línea]. 2023. Disponible en: https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN-GKHA%202023%20Digital_REV_2023_08_08.pdf
51. Robinson BM, Akizawa T, Jager KJ, Kerr PG, Saran R, Pisoni RL. Factors affecting outcomes in patients reaching end-stage kidney disease worldwide: differences in access to renal replacement therapy, modality use, and haemodialysis practices. *Lancet.* 2016;388(10041):294-306.
52. Abramyan S, Hanlon M. Kidney Transplantation [en línea]. 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567755/>



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

¡Síguenos en nuestras redes sociales!



www.cuentadealtocosto.org



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO

