

2015



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



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL y DIABETES MELLITUS EN COLOMBIA. 2015



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

LIZBETH ACUÑA MERCHÁN

Directora Ejecutiva

PATRICIA SÁNCHEZ QUINTERO

Coordinadora Gestión del Conocimiento

LUIS ALBERTO SOLER VANOY

Coordinador de Gestión del Riesgo

LINA PIÑEROS

Coordinadora de Gestión de la Información

ALEJANDRO NIÑO BOGOYA

Coordinador Unidad de Comunicación y Difusión

LUISA ALVIS

Epidemióloga

ANDRÉS GUTIÉRREZ

Estadístico

LUCÍA TORRES

Líder de Gestión de la información

LEANDRO CASAS

Líder de Sistemas de Información

CAROLINA MONTOYA

Líder de Auditoría

JUAN PABLO BELTRÁN

Ingeniero de Desarrollo

ANDRÉS HERNÁNDEZ

Ingeniero de Soporte

DAVID RODRÍGUEZ

Ingeniero de Soporte

ALEJANDRA MARTÍNEZ

Coordinadora Administrativa

LUISA GIRALDO

Auxiliar Administrativa

ISSN 2322-6323

Cuenta de Alto Costo
Carrera 45 # 103-34 Oficina 401
PBX (+571) 6021820
Bogotá D.C., Colombia

JUNTA DIRECTIVA

LUIS GUILLERMO VÉLEZ

Presidente Junta Directiva
Cooameva E.P.S. S.A.

JOSE JAIME AZAR MOLINA

Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

JORGE ALBERTO TAMAYO

Salud Total EPS

EDISON BARRIOS

Cooameva E.P.S. S.A.

FABIÁN CARDONA MEDINA

Servicio Occidental de Salud SOS EPS

ALEJANDRA RUÍZ RUBIANO

Caja de Previsión Social de Comunicaciones "CAPRECOM"

LUIS ALBERTO SABOGAL AGUILAR

Saludvida E.P.S. S.A.

GUSTAVO ADOLFO AGUILAR VIVAS

Asociacion Mutual la Esperanza "ASMET SALUD"

MARÍA MARGARITA AMARIS

Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico

PABLO FERNANDO OTERO RAMÓN

Sura EPS



GLOSARIO

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: Daño renal por más de 3 meses, consistente en alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), manifestada por 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: En este libro, se considera población con ERC, aquella que fue reportada con la opción 1 (Si presenta ERC), en la variable 38 (El usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadíos) 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: Es aquella que fue reportada con las opciones 0 = (No presenta ERC), 2 = (Indeterminado entre estadíos 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): Cuando en el libro se menciona la población con enfermedad renal crónica estadio 5, 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 tiene o no TRR. (En las versiones anteriores a esta edición sólo 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: Hace referencia a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

PATOLOGÍA PRECURSORA: Se refiere a aquella patología que precede a otra y que hace posible que esta se desarrolle.

ÚLTIMO AÑO: Para efectos de este libro, el último año comprende el periodo objeto de reporte, comprendido entre el 01 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2015.



TASA DE MORTALIDAD GENERAL: este indicador mide la frecuencia de las defunciones ocurridas en un grupo poblacional con una condición específica en el período de análisis con relación a la población total ya sean afiliados o habitantes.

TASA DE MORTALIDAD ESPECIFICA: este indicador mide la frecuencia de las defunciones ocurridas en un grupo poblacional con una condición específica en el período de análisis con relación a la población con esta condición específica.



ABREVIATURAS

BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
EAPB:	Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
EOC:	Entidades Obligadas a Compensar.
ERC:	Enfermedad Renal Crónica.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
EPS:	Entidad Promotora de Salud.
TFGe:	Tasa de filtración glomerular estimada.
TRR:	Terapia de reemplazo renal.
ERC5:	Enfermedad renal crónica estadio 5.
HTA:	Hipertensión Arterial
DM:	Diabetes Mellitus
PA:	Prevalencia ajustada
PC:	Prevalencia cruda
HbA1c:	Hemoglobina glicosilada
LDL:	Lipoproteínas de baja densidad
IMC:	Índice de masa corporal
TA:	Tensión arterial
IECA:	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina



TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	7
ABREVIATURAS	9
TABLA DE CONTENIDO	11
LISTA DE TABLAS	13
LISTA DE ILUSTRACIONES	17
1. INTRODUCCIÓN	21
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	23
3. RESULTADOS	28
3.1. Características de la población reportada.	28
3.2. Indicadores de Morbimortalidad	30
3.2.1. Prevalencia	30
3.2.1.1. Prevalencia de Hipertensión arterial	30
3.2.1.2. Prevalencia de Diabetes mellitus	37
3.2.1.3. Prevalencia de ERC	43
3.2.1.4. Prevalencia de ERC estadio 5	47
3.2.1.5. Prevalencia de TRR	51
3.2.2. Incidencia	56
3.2.2.1. Incidencia de Hipertensión arterial	56
3.2.2.2. Incidencia de DM	58
3.2.2.3. Incidencia por entidades aseguradoras	59
3.2.2.4. Incidencia de ERC, ERC5 y TRR	61
3.2.3. Mortalidad	69
3.3. Indicadores de Nefroprotección Poblacionales	75
3.4. Grupos poblacionales de análisis	76
3.5. POBLACION SIN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL	80
3.5.1. Población en riesgo de desarrollar ERC	80
3.5.1.1. Población con Hipertensión Arterial (sin ERC y sin DM).	80
3.5.1.2. Población con Diabetes Mellitus (sin HTA y sin ERC)	83
3.5.1.3. Población con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus (sin ERC)	92
3.5.2. Población con ERC establecida	99
3.5.2.1. Población con ERC estadio 1 – 2	104
3.5.2.2. Población con ERC estadio 3	107
3.5.2.3. Población con ERC estadio 4	111
3.5.2.4. Población con ERC estadio 5	119
3.6. POBLACION CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL	120



4. INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGO	130
5. OTROS ANÁLISIS EN HTA, DM Y ERC	134
5.1. Análisis de APVP en ERC, HTA y DM	134
5.2. Análisis de tiempo promedio transcurrido entre el diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus hasta el desarrollo de ERC5	135
5.3. Análisis de Sobrevida de TRR	136
5.4. Caracterización de niveles de colesterol	137
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	139
7. REFERENCIAS	142



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. EPS/EOC por estratos.	24
Tabla 2. Distribución de frecuencias de las entidades que reportaron pacientes con HTA/DM/ERC a la Cuenta de Alto Costo, en la medición con corte a 30 de junio de 2015.	26
Tabla 3. Características demográficas y clínicas de la población con HTA/DM/ERC en Colombia. 2015.	29
Tabla 4. Prevalencia de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 100 afiliados por EPS en Colombia. 2015.	36
Tabla 5. Prevalencia de DM en el mundo y estimaciones para el año 2035 y 2040.	38
Tabla 6. Prevalencia de ERC en algunos países del mundo.	43
Tabla 7. Prevalencia de TRR en diferentes países de Latinoamérica. 2010.	53
Tabla 8. Incidencia de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 1.000 habitantes. Colombia. 2015.	57
Tabla 9. Incidencia de Diabetes Mellitus cruda y ajustada por edad x 1.000 habitantes. Colombia. 2015.	58
Tabla 10. Distribución de frecuencias de los casos nuevos de HTA y DM según entidad aseguradora. Colombia. 2015.	60
Tabla 11. Incidencia de Enfermedad Renal Crónica cruda y ajustada por edad x 1.000 habitantes. Colombia. 2015.	62
Tabla 12. Incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 cruda y ajustada por edad x 100.000 habitantes. Colombia. 2015.	63
Tabla 13. Incidencia de TRR cruda y ajustada por edad x 100.000 habitantes. Colombia. 2015.	65
Tabla 14. Distribución de frecuencias de los casos nuevos de ERC, ERC5 y TRR según entidad aseguradora. Colombia. 2015.	67
Tabla 15. Distribución de frecuencias de las personas reportadas como fallecidas según el diagnóstico de ERC en relación con el factor de riesgo conocido. Colombia. 2015.	70
Tabla 16. Distribución de frecuencias de las personas reportadas como fallecidas según la causa de muerte en relación con el diagnóstico de ERC. Colombia. 2015.	70
Tabla 17. Mortalidad general de ERC x 100.000 habitantes/afiliados según sexo y régimen.	72
Tabla 18. Mortalidad específica de ERC, ERC5 y TRR x 100 según sexo y régimen.	73
Tabla 19. Mortalidad específica de ERC, ERC5 y TRR por entidad aseguradora. Colombia. 2015.	73



Tabla 20. Indicadores de Nefroprotección en población general. Colombia. 2015.	75
Tabla 21. Distribución porcentual de los casos de hipertensión arterial en los departamentos de Colombia. 2015.	82
Tabla 22. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con HTA. Colombia. 2015.	84
Tabla 23. Distribución de frecuencias del consumo de IECA, ARAII, estatinas y la presencia de enfermedad coronaria en la población con HTA.	85
Tabla 24. Indicadores de nefroprotección en población con sólo HTA. Colombia. 2015.	85
Tabla 25. Distribución de frecuencias de los casos de DM por departamentos en Colombia. 2015.	88
Tabla 26. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con DM. Colombia. 2015.	90
Tabla 27. Distribución de frecuencias del consumo de IECA, ARAII, estatinas y la presencia de enfermedad coronaria en la población con DM.	91
Tabla 28. Indicadores de nefroprotección en población con sólo DM. Colombia. 2015.	91
Tabla 29. Distribución de frecuencias de los casos de HTA+DM por departamentos en Colombia. 2015.	94
Tabla 30. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con HTA+DM. Colombia. 2015.	96
Tabla 31. Distribución de frecuencias del consumo de IECA, ARAII, estatinas y la presencia de enfermedad coronaria en la población con HTA+DM.	97
Tabla 32. Indicadores de nefroprotección en población con sólo HTA+DM. Colombia. 2015	98
Tabla 33. Distribución de frecuencias de los casos de ERC sin TRR por departamentos en Colombia. 2015.	100
Tabla 34. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con ERC sin TRR. Colombia. 2015.	102
Tabla 35. Distribución de frecuencias de los casos de ERC sin TRR según el estadio de ERC en cada entidad aseguradora.	103
Tabla 36. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 1-2 sin TRR.	106
Tabla 37. Indicadores de Nefroprotección en población con ERC estadios 1-2 sin TRR.	106
Tabla 38. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 3a y 3b sin TRR.	109
Tabla 39. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC estadio 3a sin TRR.	109



Tabla 40. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC estadio 3b sin TRR.	110
Tabla 41. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 4 sin TRR.	112
Tabla 42. Indicadores de Nefroprotección en población con ERC estadio 4 sin TRR	113
Tabla 43. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 5 sin TRR.	115
Tabla 44. Indicadores de Nefroprotección en población con ERC estadio 5 sin TRR. Colombia. 2015.	115
Tabla 45. Indicadores de Nefroprotección en población con ERC estadio 5 con Terapia médica no dialítica (TRR).	117
Tabla 46. Distribución de frecuencias de los casos con TRR según el estadio de la ERC. Colombia. 2015.	122
Tabla 47. Indicadores de diálisis en adultos por entidad aseguradora. Colombia, 2015.	126
Tabla 48. Indicadores de diálisis en adultos según Institución Renal. Colombia, 2015.	127
Tabla 49. Indicadores de diálisis en niños según entidad aseguradora. Colombia. 2015.	128
Tabla 50. Indicadores de diálisis en niños según Institución Renal. Colombia, 2015.	129
Tabla 51. Indicadores de gestión del riesgo según la entidad aseguradora. Colombia. 2015.	133



LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Prevalencia de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.	31
Ilustración 2. Prevalencia de hipertensión arterial ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.	33
Ilustración 3. Prevalencia de hipertensión arterial ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.	34
Ilustración 4. Prevalencia de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.	35
Ilustración 5. Prevalencia de diabetes mellitus cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.	38
Ilustración 6. Prevalencia de diabetes mellitus ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.	40
Ilustración 7. Prevalencia de diabetes mellitus ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.	41
Ilustración 8. Prevalencia de diabetes mellitus cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.	42
Ilustración 9. Prevalencia de ERC cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.	44
Ilustración 10. Prevalencia de ERC ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.	45
Ilustración 11. Prevalencia de ERC ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.	46
Ilustración 12. Prevalencia de ERC cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.	47
Ilustración 13. Prevalencia de ERC estadio 5 cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.	48
Ilustración 14. Prevalencia de ERC estadio 5 ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.	49
Ilustración 15. Prevalencia de ERC estadio 5 ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.	50
Ilustración 16. Prevalencia de ERC estadio 5 cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.	51
Ilustración 17. Prevalencia de TRR en diferentes países del mundo. 2011.	52
Ilustración 18. Prevalencia de TRR cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.	53



Ilustración 19. Prevalencia de TRR ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.	54
Ilustración 20. Prevalencia de TRR ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.	55
Ilustración 21. Prevalencia de TRR cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.	56
Ilustración 22. Distribución porcentual de la edad en las personas diagnosticadas con hipertensión arterial durante el último año. Colombia. 2015.	57
Ilustración 23. Distribución porcentual de la edad en las persona diagnosticadas con diabetes mellitus durante el último año. Colombia. 2015.	59
Ilustración 24. Distribución de frecuencias de la edad en los pacientes con nuevo diagnóstico de ERC. Colombia. 2015.	62
Ilustración 25. Distribución porcentual del estadio en las personas con nuevo diagnóstico de ERC. Colombia. 2015.	63
Ilustración 26. Distribución porcentual de la edad de las personas diagnosticadas con ERC estadio 5 durante el último año. Colombia. 2015.	64
Ilustración 27. Distribución porcentual de la edad de las personas que iniciaron TRR durante el año 2015. Colombia. 2015.	65
Ilustración 28. Distribución porcentual del tipo de TRR reportada en las personas que la iniciaron durante el año 2015. Colombia. 2015.	66
Ilustración 29. Distribución de frecuencias de las personas reportadas como fallecidas según el grupo de edad. Colombia. 2015.	69
Ilustración 30. Distribución porcentual de la causa de muerte de las personas reportadas como fallecidas según la terapia de reemplazo renal que recibían. Colombia. 2015.	71
Ilustración 31. Poblaciones para el análisis de la información reportada a la Cuenta de Alto Costo, Colombia, 2015.	77
Ilustración 32. Población sin TRR en riesgo de ERC.	80
Ilustración 33. Distribución de frecuencias de los casos de hipertensión arterial según edad. Colombia. 2015.	81
Ilustración 34. Pirámide de la población con hipertensión arterial. Colombia.2015.	81
Ilustración 35. Distribución porcentual de los casos de hipertensión arterial teniendo en cuenta el estudio para ERC. 2015.	83
Ilustración 36. Distribución porcentual de la TFGe y los niveles de albuminuria en la población con HTA. Colombia 2015.	83
Ilustración 37. Distribución de frecuencias de la edad en la población con diabetes mellitus. Colombia. 2015.	87



Ilustración 38. Pirámide de la población con diabetes mellitus. Colombia. 2015.	87
Ilustración 39. Distribución porcentual del estudio realizado para determinar la presencia de ERC en la población con DM. Colombia. 2015.	89
Ilustración 40. Distribución porcentual de la TFGe y los niveles de Albuminuria en la población con DM. Colombia 2015.	89
Ilustración 41. Distribución de frecuencias de la edad en la población con HTA+DM. Colombia. 2015.	93
Ilustración 42. Pirámide de la población con HTA+DM. Colombia. 2015.	94
Ilustración 43. Distribución porcentual del estudio realizado para determinar la presencia de ERC en la población con HTA+DM. Colombia. 2015.	95
Ilustración 44. Distribución porcentual de la TFGe y los niveles de Albuminuria en la población con HTA+DM. Colombia 2015.	96
Ilustración 45. Distribución de frecuencias de la edad en la población con ERC sin TRR. Colombia. 2015.	99
Ilustración 46. Pirámide de la población con ERC sin TRR. Colombia. 2015.	100
Ilustración 47. Distribución porcentual de los casos de ERC sin TRR según el factor de riesgo conocido y la etiología de la ERC.	101
Ilustración 48. Distribución porcentual del estadio en la población con ERC sin TRR. Colombia. 2015.	101
Ilustración 49. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 1-2. Colombia. 2015.	105
Ilustración 50. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 3a y 3b. Colombia. 2015.	108
Ilustración 51. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 4. Colombia. 2015.	112
Ilustración 52. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 5. Colombia. 2015.	114
Ilustración 53. Tendencia de casos de TRR en Colombia. 2008-2015.	120
Ilustración 54. Distribución de frecuencias de los casos de TRR según edad. Colombia. 2015.	121
Ilustración 55. Distribución por edad y sexo de la población con TRR en Colombia. 2015.	121
Ilustración 56. Tipo de TRR de los pacientes en Colombia. 2015.	122
Ilustración 57. Distribución porcentual de los casos de TRR según el tipo de terapia y el estadio de la ERC.	123
Ilustración 58. Factor de riesgo conocido y presunta etiología de la ERC en los pacientes con TRR. Colombia. 2015.	124



Ilustración 59. TRR inicial en los pacientes con TRR actualmente en Colombia.	124
Ilustración 60. Modo de inicio de la primera TRR en los pacientes reportados en Colombia. 2015.	125
Ilustración 61. Distribución de frecuencias de los casos reportados a la Cuenta de Alto Costo en relación con el estudio de ERC.	130
Ilustración 62. Indicadores de gestión del riesgo en Colombia. 2010-2015.	131



1. INTRODUCCIÓN

La historia de la Enfermedad Renal Crónica como patología de alto costo en Colombia no es reciente. Hace más de 20 años ya se habían identificado algunas condiciones y patologías ahora conocidas como de “alto costo” (antes llamadas “catastróficas”) por su alto impacto económico, su mal pronóstico clínico, además de la cronicidad, mortalidad y discapacidad que de ellas aún se derivan. Para ese entonces, las personas que recibían tratamientos de diálisis o quimioterapia, que estaban quemadas o poli traumatizadas, si vivían con VIH, si requerían reemplazo articular o trasplante o si permanecían en una unidad de cuidados intensivos, se constituían en objeto de estudio para los diferentes actores del sistema de salud. Muchas intervenciones realizadas demostraban no ser costoefectivas y el manejo de estas patologías altamente costosas en un grupo reducido de la población (patologías no tan frecuentes), amenazaba la estabilidad financiera del sistema de salud.

Después de varios intentos por dar solución a esta situación, surgió la iniciativa de crear un fondo auto gestionado por las EPS, que además de crear mecanismos para equilibrar económicamente el sistema, cuantificara los casos y tomara decisiones en beneficio de todos los involucrados. En el año 2007 se creó la Cuenta de Alto Costo mediante la Resolución 4700 de 2008, que faculta a la entidad para realizar la recolección de la información relacionada con las terapias dialíticas y la ERC.

Es posible afirmar que el enfoque del reporte realizado a la CAC en sus inicios, se relacionaba exclusivamente con aspectos clínicos de la terapia dialítica, que lo enmarcaban dentro de lo que hoy se conoce como prevención terciaria, donde las intervenciones se dirigen a la población que tiene la enfermedad instaurada y en la cual se buscan la rehabilitación y el mejoramiento de la calidad de vida, convirtiéndose esto en un paso muy importante dentro del sistema de salud colombiano. No obstante, y para continuar con el trabajo hasta realizado hasta entonces, en el año 2014 la Resolución 2463 del Ministerio de Salud y Protección Social, amplió el número de variables a reportar, dando un significativo rol a diferentes aspectos reconocidos a nivel mundial como fundamentales para entender el comportamiento de la ERC y de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como patologías precursoras de la misma (tensión arterial, perfil lipídico, creatinina, hemoglobina HbA1c, entre otros).

Como se mencionó anteriormente, durante varios años la ERC ha sido relevante entre las patologías de alto costo en las que trabaja la CAC. Sin embargo, con el paso del tiempo y los diversos análisis, publicaciones y actualizaciones, y con base



en la evidencia científica más reciente, la Cuenta de Alto Costo ha visualizado la importancia de ir realizando una migración de la concepción de la ERC y la TRR como centro de análisis para hacer de forma más tangible la gestión del riesgo teniendo en cuenta las diferencias particulares que tienen algunas poblaciones con patologías precursoras y factores de riesgo establecidos.

Por lo anterior, la versión de este libro correspondiente al año 2015, además de incluir algunos aspectos presentados en ediciones anteriores, plantea un análisis diferente basado en el riesgo de la población frente al desarrollo de la ERC. Se encuentran documentadas la prevalencia, incidencia y mortalidad de diferentes condiciones de salud, además de los resultados de los indicadores de nefroprotección, diálisis y gestión del riesgo.



2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A continuación, se describen los aspectos metodológicos que se tuvieron en cuenta para la recolección, auditoría y análisis de los datos.

- **Recolección de los datos**

La información utilizada para la obtención de los resultados que aquí se presentan procede de los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo por parte de las entidades aseguradoras, en cumplimiento de la Resolución 2463 de 2014, por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008, que definía la periodicidad, la forma y el contenido de la información que debían reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo, relacionada con Enfermedad Renal Crónica, e hipertensión arterial y diabetes mellitus como patologías precursoras.

Las indicaciones para la estandarización de la información a reportar se encontraban explícitas en el “Instructivo para el reporte de información para la medición con corte a 30 de junio de 2015”. La población a reportar estuvo constituida por los pacientes con hipertensión arterial, diabetes y ERC que se encontraban en alguna entidad aseguradora del país durante el periodo comprendido entre el 1° de Julio de 2014 y 30 de junio de 2015. La recolección de la información se llevó a cabo a través del aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo, que contiene un validador dispuesto para asegurar la calidad de los datos.

- **Proceso de auditoría**

Como parte del proceso definido para asegurar la calidad de la información, la Cuenta de Alto Costo lleva a cabo el proceso de auditoría de campo para la verificación de los datos reportados. La normatividad al respecto contempla la auditoría del 100% de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 con alguna de las terapias de reemplazo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal, terapia en manejo médico, trasplante) que para el año 2015 correspondió a 32.356 registros, y la auditoría de una muestra representativa de los pacientes con enfermedad renal estadios del 1 al 5 sin TRR y pacientes no estudiados para ERC correspondiente a 10.059 registros.



o Cálculo del tamaño de la muestra

Población con ERC estadio 1-5 sin TRR

El diseño muestral que se realizó consistió en un muestreo probabilístico bietápico estratificado, por conglomerados, autorrepresentado por la unidad primaria de muestreo. Los estratos de la muestra corresponden al tipo de régimen (contributivo, subsidiado, especial, excepción). Los conglomerados son cada una de las EPS/EOC y la unidad final de muestreo son las historias clínicas de ERC. En la tabla 1 se muestra la distribución de los conglomerados por estratos.

Tabla 1. EPS/EOC por estratos.

Estrato	Número de conglomerados (EPS/EOC)	%
Régimen Contributivo	16	66,1
Régimen Subsidiado	32	33,5
Régimen Especial	1	0
Régimen Excepción	4	0,4

La fórmula para el cálculo del tamaño es para la diferencia de proporciones en un muestreo aleatorio simple, en este caso, se busca medir la diferencia entre la Glosa esperada y la máxima Glosa que se puede obtener después de realizar la auditoría. Cabe aclarar que el tamaño muestral debe ser ajustado por el efecto del diseño deff. La siguiente expresión es la usada para calcular el tamaño muestral:

$$n = deff * \left[\frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_2 - p_1)^2} \right]$$

Donde

- p_1 : Es la probabilidad de glosa esperada
- p_2 : Es la máxima probabilidad de glosa que se espera encontrar después de la auditoría.
- $Z_{\alpha} = -1,96$ se considera un nivel de confianza del 95%.
- $Z_{\beta} = -0.84$ se considera una potencia del 80%.
- $deff=2$ efecto de diseño, corresponde a la corrección del efecto del diseño muestral al realizarse por conglomerados en lugar de un muestreo aleatorio simple.



Luego,

Para determinar el tamaño de muestra para cada una de los conglomerados dentro de cada estrato, se aplica la siguiente expresión:

$$n_{jh} = \frac{N_{jh}}{N_j} * n$$

donde,

- N_{jh} : total de historias clínicas del regimen-h en la EPS/EOC-j.
- N_j : total de historias clínicas del regimen-h

El tamaño de muestra que permite encontrar una diferencia del 2% entre las probabilidades de glosa para los estadíos 1-5, además de contar con una confianza del 95% y una potencia del 80%, fue de 5.769 historias clínicas, sin embargo, asignando proporcionalmente este tamaño de muestra a cada EPS de los estratos considerados, se obtiene un tamaño muestral ajustado de 3.821 para el régimen contributivo, 1.989 para el régimen subsidiado, 34 para el régimen de excepción y 2 para el régimen especial, contando con una muestra final de 5.846.

Población no estudiada para ERC (HTA /DM)

En la población no estudiada para ERC, es decir la población con HTA / DM, se realiza el cálculo del tamaño de la muestra a través del mismo procedimiento mencionado anteriormente.

Con una confianza del 95%, una prevalencia de glosa del 8%, una diferencia del 2,5% entre las probabilidades de glosa es esta población, una confianza del 95% y una potencia del 80%, la muestra fue de 4.209 historias clínicas, sin embargo, asignando proporcionalmente este tamaño de muestra a cada EPS de los estratos considerados, se obtuvo un tamaño muestral ajustado de 2.683 para el régimen contributivo, 1.515 para el régimen subsidiado, 12 para el régimen de excepción y 3 para el régimen especial, contando con una muestra final de 4.213.

o Selección de las historias clínicas

Dentro de cada EPS/EOC se realizó una estratificación por estadío de ERC y dentro de cada uno de estos estratos se seleccionaron de forma aleatoria los casos objeto de auditoría.



- Ajuste de los datos

Se realizó una comparación con la base de datos de "Estado vital" del Ministerio de Salud y Protección Social para complementar la información reportada a la Cuenta de Alto Costo, y mejorar las estimaciones realizadas. Se efectuó un ajuste a los casos reportados teniendo en cuenta dos aspectos: 1) el estado vital, la fecha de muerte y la novedad reportada a la CAC y 2) los casos considerados como errores por no ser objeto de reporte (casos sin TRR, sin ERC, sin estadío, y sin ningún factor de riesgo reportado, de forma concomitante). En la tabla 2, se presenta la distribución de frecuencias de los casos reportados a la CAC, los casos excluidos por considerarse errores en el reporte y los casos finales después del ajuste, por cada una de las EAPB/EOC.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de las entidades que reportaron pacientes con HTA/DM/ERC a la Cuenta de Alto Costo, en la medición con corte a 30 de junio de 2015.

EAPB/EOC	Reportados CAC	Casos despues de ajuste			Errores
		Vivos	Fallecidos	Total	
CCF007	14.257	14.212	38	14.250	7
CCF009	5.321	5.290	30	5.320	1
CCF015	25.871	25.644	222	25.866	5
CCF018	13.510	12.619	395	13.014	496
CCF023	3.939	3.888	44	3.932	7
CCF024	33.846	32.993	834	33.827	19
CCF027	2.551	2.523	27	2.550	1
CCF033	4.833	4.689	79	4.768	65
CCF049	3.950	3.928	22	3.950	0
CCF053	4.806	4.776	30	4.806	0
CCF055	9.967	9.552	315	9.867	100
CCF101	6.297	6.076	215	6.291	6
CCF102	1.494	1.483	9	1.492	2
EAS016	2.895	2.869	25	2.894	1
EAS027	22.241	21.174	592	21.766	475
EPS001	17.466	17.211	237	17.448	18
EPS002	163.805	163.602	183	163.785	20
EPS003	78.508	76.021	1.366	77.387	1121
EPS005	147.079	144.420	2.622	147.042	37
EPS008	72.963	71.309	1.124	72.433	530
EPS010	224.747	222.169	2.458	224.627	120
EPS012	32.972	32.510	420	32.930	42
EPS013	390.567	383.121	4.435	387.556	3011



Tabla 2. (Continuación)

EAPB/EOC	Reportados CAC	Casos despues de ajuste			Errores
		Vivos	Fallecidos	Total	
EPS016	278.183	259.837	12.428	272.265	5918
EPS017	123.222	119.066	2.459	121.525	1697
EPS018	75.584	74.949	281	75.230	354
EPS020	91.960	91.518	408	91.926	34
EPS022	27.618	27.339	269	27.608	10
EPS023	49.781	49.041	360	49.401	380
EPS025	4.512	4.462	48	4.510	2
EPS033	2.269	2.246	14	2.260	9
EPS037	530.598	528.884	1.631	530.515	83
EPSI01	4.934	4.917	16	4.933	1
EPSI02	10.265	10.119	111	10.230	35
EPSI03	2.719	2.693	21	2.714	5
EPSI04	1.128	1.123	5	1.128	0
EPSI05	2.809	2.753	51	2.804	5
EPSI06	2.605	2.578	20	2.598	7
EPSS03	54.507	54.175	307	54.482	25
EPSS33	28.198	27.986	174	28.160	38
EPSS34	109.107	106.336	2.359	108.695	412
EPSS40	154.842	152.332	2.367	154.699	143
ESS002	10.291	10.261	26	10.287	4
ESS024	100.341	100.108	186	100.294	47
ESS062	129.466	119.799	3.449	123.248	6218
ESS076	57.014	55.849	964	56.813	201
ESS091	10.229	9.974	220	10.194	35
ESS118	109.820	106.903	2.633	109.536	284
ESS133	70.309	67.937	2.285	70.222	87
ESS207	69.366	67.268	1.773	69.041	325
18000	1	1	0	1	0
54000	182	166	16	182	0
68000	21	21	0	21	0
91000	1	1	0	1	0
RES003	10.018	9.829	126	9.955	63
RES007	1.464	1.463	1	1.464	0
RES011	533	533	0	533	0
RES014	181	179	2	181	0
Total	3.407.963	3.334.725	50.732	3.385.457	22.506



- **Análisis de Información**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos a través de frecuencias absolutas y relativas. Se calculó la prevalencia, incidencia y mortalidad de diferentes patologías y condiciones. Además, se realizó el cálculo de los indicadores de nefroprotección, diálisis y gestión del riesgo. Las especificaciones de algunos cálculos y las poblaciones específicas en quienes se realizaron los cálculos, se encuentran descritos a lo largo del documento.

3. RESULTADOS

3.1. Características de la población reportada.

Para el año 2015, se reportaron a la Cuenta de Alto Costo 3.385.457 personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o enfermedad renal crónica en Colombia. El 60,8% de la población reportada tiene 60 o más años, siendo aproximadamente el 62% mujeres. El 4,3% se encuentra identificada como negra, mulata o afrocolombiana, siendo reportada en la mayoría de la población ninguna pertenencia étnica (94,7%). El 64,3% se encuentra afiliada al SGSSS a través del régimen contributivo. En la tabla 3, se presentan algunas características demográficas y clínicas de la población reportada.

El factor de riesgo más frecuente en la población colombiana es la hipertensión arterial (72,4%) (factor único, sin presencia de DM), seguido en porcentaje por la presencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial de forma concomitante (20,1%). El 15,6% de los pacientes reportados vivos en el país, tiene ERC en estadios 3, 4 o 5.

El 47% de la población reportada no ha sido estudiada para ERC (no estudiada 30,9%, indeterminada entre estadios 1, 2 o sin ERC, 16,1%), y sólo el 28,9% tiene el diagnóstico confirmado (979.409 personas vivas y activas), estando el 3,2% de esta población en terapia de reemplazo renal.



Tabla 3. Características demográficas y clínicas de la población con HTA/DM/ERC en Colombia. 2015.

Característica	Categorías	Muertos (n=50.732)		Vivos (n=3.334.725)		Total (n=3.385.457)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	27.184	53,6	2.067.371	62,0	2.094.555	61,9
	Masculino	23.548	46,4	1.267.354	38,0	1.290.902	38,1
Grupo de edad	Menor de 18 años	107	0,2	11485	0,34	11.592	0,3
	Entre 18 y 59 años	9.574	18,9	1.306.961	39,19	1.316.535	38,9
	60 años y mas	41.051	80,9	2.016.279	60,46	2.057.330	60,8
Pertenencia Etnica	Indígena	251	0,5	22577	0,7	22.828	0,7
	ROM (Gitano)	1	0,0	60	0,0	61	0,0
	Raizal - San Andrés y Providencia	4	0,0	1527	0,1	1.531	0,1
	Palenquero de San Basilio	361	0,7	7981	0,2	8.342	0,3
	Negro, mulato, afrocolombiano	2.779	5,5	142.762	4,3	145.541	4,3
	Ninguna	47.336	93,3	3.159.818	94,8	3.207.154	94,7
Régimen de afiliación al SGSSS	Contributivo	30.378	59,9	2.147.752	64,4	2.178.130	64,3
	Subsidiado	20.209	39,8	1.174.780	35,2	1.194.989	35,3
	Especial	3	0,0	2175	0,1	2.178	0,1
	Excepción	126	0,3	9829	0,3	9.955	0,3
	No asegurado	16	0,0	189	0,0	205	0,0
Factor de Riesgo ¹	HTA	35.454	69,9	2.416.496	72,5	2.451.950	72,4
	DM	3593	7,1	235.344	7,1	238.937	7,1
	HTA+DM	11.020	21,7	670.537	20,1	681.557	20,1
	Diferente (HTA/DM)	665	1,3	12348	0,4	13.013	0,4
Presencia de ERC	En riesgo de ERC	39.376	77,6	2.813.768	84,4	2.853.144	84,3
	Con ERC (ERC estadio ≥ 3)	11.356	22,4	520.957	15,6	532.313	15,7
Diagnostico de ERC	No	4.446	8,8	811.185	24,3	815631	24,1
	Sí	17.143	33,8	962.266	28,9	979.409	28,9
	Indeterminado	5.278	10,4	538.562	16,2	543.840	16,1
	No estudiado	23.865	47,0	1.022.712	30,7	1.046.577	30,9
Terapia de Reemplazo Renal	No	13518	78,9	931.422	96,8	944.940	96,5
	Sí	3.625	21,2	30.844	3,2	34.469	3,5
	Total	17.143	100,0	962.266	100,0	979.409	100,0

Fuente: Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

¹Estos factores de riesgo están analizados de forma excluyente en la población.



3.2. Indicadores de Morbimortalidad

A continuación, se presentan los indicadores de morbimortalidad de la HTA, la DM, la ERC, la ERC estadio 5 y la TRR en Colombia, que permiten dimensionar la magnitud de estas condiciones en el país. La prevalencia, incidencia y mortalidad calculados son indicadores de periodo, es decir, se encuentran incluidos todos los pacientes que tuvieron la condición en el periodo de estudio (1 julio de 2014 y 30 de junio de 2015) independiente de su estado vital a la fecha de corte. Como denominador, se utilizó la población DANE o la población BDUA con corte a 30 de junio de 2015, según correspondiera.

3.2.1. Prevalencia

3.2.1.1. Prevalencia de Hipertensión arterial

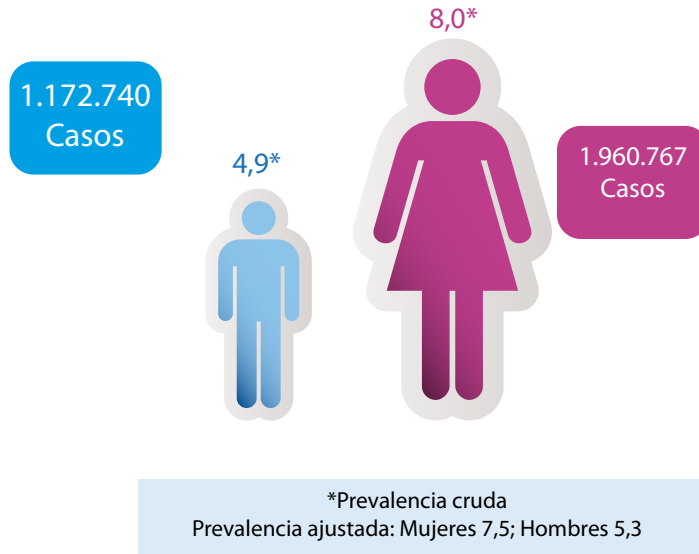
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular en el mundo” (1).

Teniendo en cuenta la información reportada a la Cuenta de Alto Costo, 3.133.507 personas tuvieron hipertensión arterial en Colombia. La prevalencia de hipertensión arterial en el país fue de 6,5% (Ilustración 1), similar a lo identificado en el año inmediatamente anterior. Según la Encuesta Nacional de Salud 2007, de cada 100 personas entre 18 y 69 años, 8 refieren haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas, disminuyendo esta prevalencia a 6,7% cuando se tiene en cuenta el consumo de medicamentos antihipertensivos. No obstante, esta misma encuesta determinó una prevalencia de 22,8% de hipertensión arterial (cifras de TA mayores o iguales a 140/90 mmHg) después de realizar una medición a una muestra representativa de la población encuestada (2).



Ilustración 1. Prevalencia² de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.

PREVALENCIA PAÍS: 6,5 x 100 HABITANTES



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.

Alrededor del mundo, la prevalencia estimada de hipertensión arterial es de 22%-27% (3), siendo en Colombia menos a esta cifra y a los datos identificados en otros contextos. En Estados Unidos, durante el periodo 2007-2010, se estimó una prevalencia de 29,6% (28,6-30,7) (4), siendo de 29,1% entre los mayores de 18 años en el 2011-2012, y similar entre hombres (29,7%) y mujeres (28,5%) (5). En Canadá, cerca de 6 millones de los adultos fueron diagnosticados con HTA, para una prevalencia general ajustada por edad de 19,6%, sin encontrarse diferencias importantes entre hombres (19,4%) y mujeres (19,7%) (6). En Dinamarca, esta prevalencia alcanza el 25,7% (7).

En África occidental, la prevalencia de hipertensión está en consonancia con el grado de urbanización, siendo más alta en Guinea (43,6%), Burkina Faso (40,2%), Nigeria (38,2%), y Togo (36,7%) (8).

Algunos estudios han calculado prevalencias de HTA en poblaciones específicas, que se muestran mayores a medida que aumenta la edad. En Alemania, en población con edades entre 45 y 85 años, la prevalencia de HTA en

² Las prevalencias fueron calculadas con la población de mujeres, hombres y total, respectivamente.



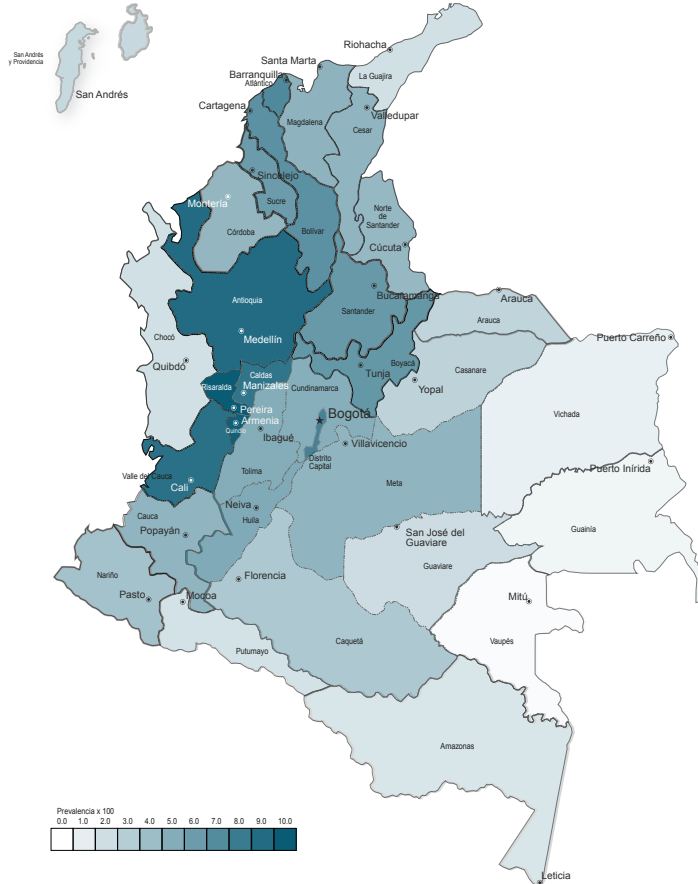
hombres fue mayor que en mujeres (74,3% y 70,2%, respectivamente) (9). Similar a lo anterior, en personas brasileras mayores de 60 años, se identificó para el año 2008 una prevalencia de 53,4% (10).

De forma general, se puede mencionar que, en Colombia, esta prevalencia es menor a lo identificado en muchos contextos, además, es mayor en mujeres que en hombres. Varias situaciones pueden interpretarse de lo anterior: un número importante de pacientes pueden estar con diagnóstico desconocido de la HTA, no consultan a los servicios de salud y no son captados por las entidades aseguradoras como pacientes con esta patología, hechos que generan un subregistro de información. Se desconocen los motivos por los que la HTA es más prevalente en mujeres que en hombres, lo cual plantea la necesidad de futuros estudios que indaguen más a fondo las razones de esta situación.

Por otro lado, debido a la diversidad demográfica y a las diferencias entre las regiones del país, a continuación, se presenta la prevalencia de HTA en los departamentos y ciudades capitales. Llama la atención que el departamento de Risaralda, es el que tiene la mayor prevalencia (8,8 x 100 habitantes), seguido de departamentos como Antioquia y Quindío, los cuales comparten algunas características geográficas y culturales, que posiblemente tienen influencia importante en este resultado (Ilustración 2).



Ilustración 2. Prevalencia de hipertensión arterial ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.



Depto.	PA	PC	Chocó	3,0	1,9	Valle Del Cauca	7,9	8,7
Antioquia	8,5	9,0	Huila	5,8	5,2	Arauca	3,6	2,6
Atlántico	7,4	7,2	La Guajira	2,8	1,9	Casanare	3,8	2,7
Bogotá, D.C.	7,3	7,6	Magdalena	5,3	4,6	Putumayo	2,6	1,8
Bolívar	7,2	6,7	Meta	5,2	4,5	San Andrés	2,3	2,3
Boyacá	5,3	6,3	Nariño	3,9	3,7	Amazonas	3,1	1,6
Caldas	7,0	8,4	Norte De Santander	4,6	4,3	Guainía	1,1	0,6
Caquetá	4,4	3,3	Quindío	8,1	9,7	Guaviare	3,1	2,1
Cauca	4,7	4,5	Risaralda	8,8	10,2	Vaupés	0,4	0,2
Cesar	5,7	4,5	Santander	5,7	6,2	Vichada	1,5	0,9
Córdoba	5,1	4,4	Sucre	6,4	6,0	TOTAL	6,5	6,5
Cundinamarca	4,9	4,9	Tolima	4,4	5,0			

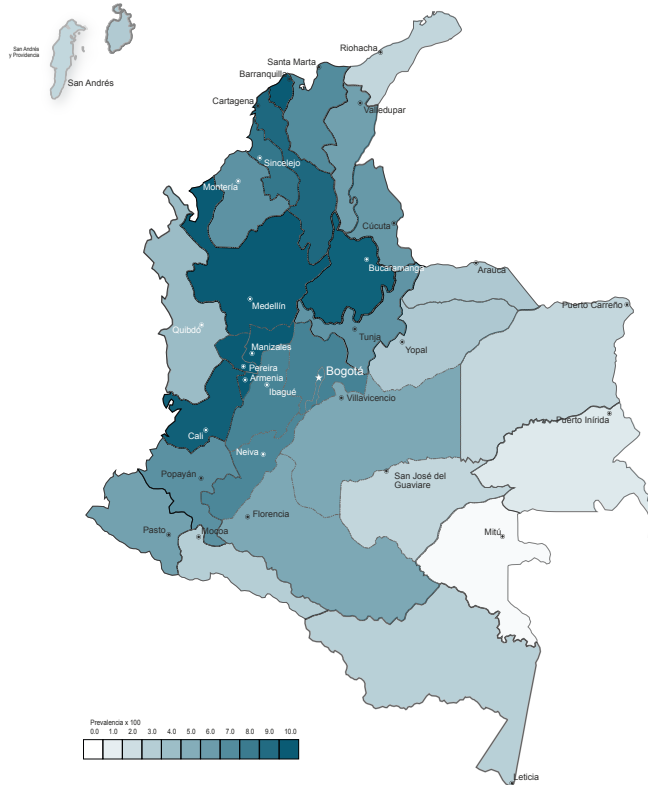
PA Prevalencia Ajustada
PC Prevalencia Cruda

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Las ciudades capitales que tienen mayor prevalencia de la HTA en el país son las ubicadas al área del Eje Cafetero (Pereira, Armenia, Medellín, Manizales), además de las ciudades capitales de la región Caribe: Cartagena y Barranquilla (Ilustración 3).

Ilustración 3. Prevalencia de hipertensión arterial ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.



Ciudad	PC	PA	Manizales	11,7	9,7	Quibdó	4,1	6,6
Arauca	3,3	5,0	Medellín	12,8	10,2	Riohacha	2,5	4,0
Armenia	12,0	10,3	Mitú	0,3	0,5	San Andrés	2,4	2,6
Barranquilla	10,6	10,7	Mocoa	3,0	4,2	San José del Guaviare	2,5	4,2
Bogotá, D.C.	7,6	7,8	Montería	6,6	7,8	Santa Marta	7,0	8,7
Bucaramanga	9,5	8,6	Neiva	7,3	7,7	Sincelejo	8,3	9,2
Cali	9,7	9,4	Pasto	5,7	5,8	Tunja	6,5	7,5
Cartagena	9,2	9,9	Pereira	12,2	10,8	Valledupar	5,8	7,8
Cúcuta	6,2	6,8	Popayán	6,7	6,4	Villavicencio	5,3	6,5
Florencia	5,3	6,6	Puerto Carreño	2,4	5,6	Yopal	3,3	5,2
Ibagué	7,5	7,0	Puerto Inírida	1,3	2,5	Total	8,5	8,5
Leticia	2,9	5,9						

PA Prevalencia Ajustada
PC Prevalencia Cruda

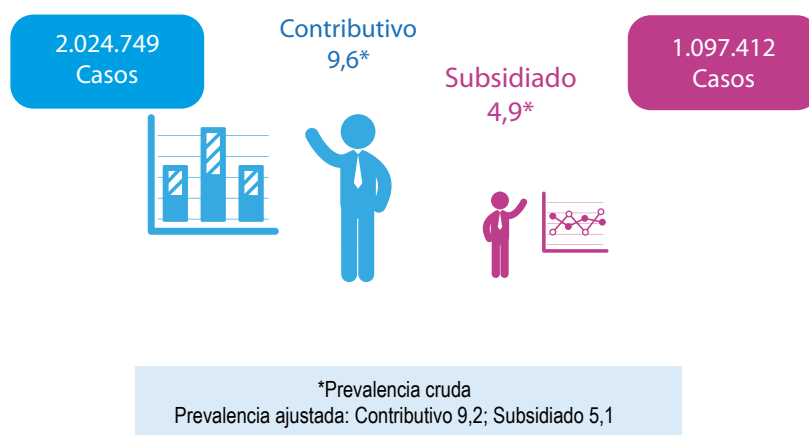
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Teniendo en cuenta los afiliados que se encuentran reportados a la BDUA, la prevalencia de HTA en esta población es de 7,1%, encontrándose una mayor prevalencia en el régimen contributivo (Ilustración 4). Respecto al año anterior, la prevalencia del régimen subsidiado aumento de 3,7% a 4,9% afiliados, siendo casi el doble del régimen contributivo, el cual se mantuvo similar al año 2014. Lo anterior, puede deberse a diferencias en las estrategias de captación entre los regímenes. La facilidad o dificultad en el acceso, la oportunidad en el diagnóstico; además de la influencia en el estilo de vida relacionado con la posibilidad de realizar ejercicio, una adecuada alimentación y la frecuencia de consulta al médico, pueden estar relacionados de algún modo con poder adquisitivo de las personas pertenecientes al régimen contributivo, y como resultado estas diferencias de prevalencia entre regímenes de afiliación.

Ilustración 4. Prevalencia³ de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.

PREVALENCIA PAÍS: 7,1 x 100 AFILIADOS



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

A continuación, se presenta la prevalencia de HTA según la entidad aseguradora que realizó el reporte de los pacientes (Tabla 4). La EPS que tiene una mayor prevalencia de HTA en el país, es la EAS027, la cual tiene 19 hipertensos por cada 100 afiliados, muy superior a la prevalencia país identificada y a la de otras entidades. Siguen en prevalencia la EPS010 (12,7%) y la EAS016 (12,4%).

³ Las prevalencias fueron calculadas con la población de cada uno de los regímenes, respectivamente.



Tabla 4. Prevalencia de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 100afiliados por EPS en Colombia. 2015.

Prevalencia de HTA según EPS x 100 afiliados		
EPS	PREVALENCIA AJUSTADA	PREVALENCIA CRUDA
CCF007	6,6	5,9
CCF009	3,8	4,9
CCF015	5,3	4,5
CCF018	5,9	7,2
CCF023	3,8	2,7
CCF024	6,6	6,1
CCF027	1,4	1,3
CCF033	4,7	4,6
CCF049	3,2	3,3
CCF053	4,8	5,7
CCF055	2,1	1,5
CCF101	5,1	6,1
CCF102	1,4	0,9
EAS016	12,7	25,2
EAS027	19,1	42,0
EPS001	5,3	6,9
EPS002	10,5	7,4
EPS003	9,0	9,2
EPS005	8,6	10,3
EPS008	7,2	6,1
EPS010	12,4	10,1
EPS012	11,6	10,2
EPS013	9,3	7,7
EPS016	9,6	8,8
EPS017	9,4	6,8
EPS018	9,6	7,6
EPS020	3,0	2,8
EPS022	5,3	7,1
EPS023	10,4	7,7
EPS025	3,1	2,7
EPS033	3,0	2,4
EPS037	9,0	18,6
EPSI01	3,4	1,9
EPSI02	5,1	4,1
EPSI03	0,7	0,6



Tabla 4. (Continuación)

Prevalencia de HTA según EPS x 100 afiliados		
EPS	PREVALENCIA AJUSTADA	PREVALENCIA CRUDA
EPSI04	1,2	0,8
EPSI05	1,1	0,9
EPSI06	3,4	2,8
EPSS03	4,4	4,9
EPSS33	2,1	1,9
EPSS34	8,4	9,5
EPSS40	8,2	8,8
ESS002	2,2	1,9
ESS024	6,2	5,6
ESS062	7,5	7,2
ESS076	6,9	5,8
ESS091	3,0	3,4
ESS118	6,0	6,0
ESS133	4,0	4,1
ESS207	6,3	5,5
Total	7,1	7,1

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

3.2.1.2. Prevalencia de Diabetes Mellitus

En el año 2015, 415 millones de personas en el mundo tuvieron DM, lo que significa que 1 de cada 11 personas tenía diabetes. Se estima que para el año 2040, 642 millones de personas padecerán esta patología (11).

En el año 2013, la prevalencia de esta enfermedad en el mundo entre personas de 20 a 79 años fue de 8,3%. En la tabla 5 se presenta la prevalencia de DM en diferentes áreas geográficas, en distintos periodos y la estimación de casos y prevalencia para los años 2035 y 2040.



Tabla 5. Prevalencia de DM en el mundo y estimaciones para el año 2035 y 2040.

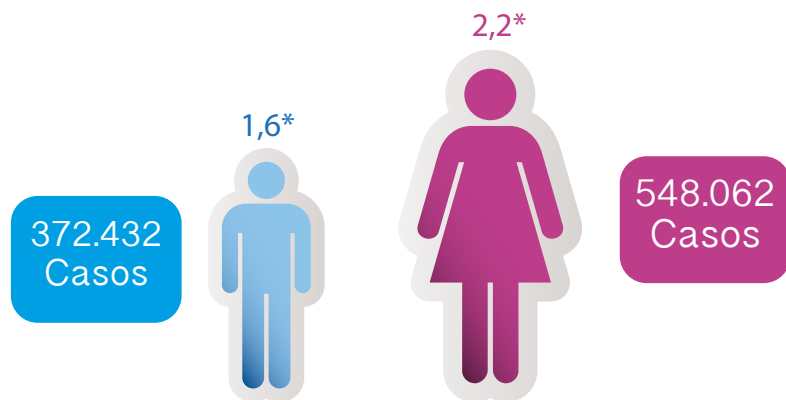
Población entre 20 y 79 años	2013	2015	2035	2040
	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada
Europa	6,8	7,3	7,1	7,6
Sur y Centro América	8,2	9,6	8,2	9,7
Norte América y el Caribe	9,6	11,5	12,3	12
Mundo	8,3	-	8,8	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la información disponible en "Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035" (12) y "IDF Diabetes ATLAS Seventh Edition 2015"(11).

Durante el último año se identificaron en Colombia 929.494 casos de diabetes mellitus, para una prevalencia ajustada por edad de 1,9 x 100 habitantes. En la ilustración 5, se presenta la prevalencia de DM según sexo. Contrario a lo identificado en este país, en el mundo la DM afecta más frecuentemente a los hombres. Se conoce que en el año 2012, 215,2 millones de hombres y 199,5 millones de mujeres tenían DM, estando uno de cada 2 adultos sin diagnóstico (11).

Ilustración 5. Prevalencia de diabetes mellitus cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.

PREVALENCIA PAÍS: 1,9 x 100 HABITANTES



*Prevalencia cruda
Prevalencia ajustada: Mujeres 2,1; Hombres 1,7

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Estas cifras son menores a las identificadas por la Encuesta Nacional de Salud 2007, la cual da cuenta de una prevalencia de 3,5% (2), y a los valores reportados en otros lugares del mundo, pudiéndose atribuir estas diferencias a un falta de diagnóstico de la enfermedad y al subregistro de la información, entre otros aspectos. En Argentina, la prevalencia de DM pasó de ser de 8,4% en el año 2005, a 9,6% en el 2009 (13). En España, esta misma prevalencia alcanzó para el 2012 un 6,64% (14). En Estocolmo (Suecia) 73.000 personas se vieron afectadas en el año 2010, cifra que corresponde a una prevalencia de 4,6% (95% CI; 4.5–4.8%), siendo más común en hombres (5.4%) que en mujeres (3,9%) (15).

Un estudio realizado en una región de Turquía encontró una prevalencia de 13%, siendo 1,32 veces más alta en hombres (16), otro estudio documentó una prevalencia estimada de DM tipo 2 en adultos entre 25 y 74 años de 31,5% para el año 2025, siendo de 28,6% en hombres y de 35,1% en mujeres (17).

Estados Unidos dio cuenta de una prevalencia de 9,1% en 2012 (18,19), Alemania reportó 6,8% para el 2005 (20), Canadá 9,3% (2012) predominando en hombres (11,3%) en relación con las mujeres (11,3%) (21); Corea 7,8% (22) y en una región al norte de Italia 4,6% para el año 2009 (23).

La prevalencia de DM en departamentos y ciudades capitales en Colombia se presenta en las ilustraciones 6 y 7 respectivamente. Los departamentos de Valle del Cauca, Meta, Quindío, Risaralda, Antioquia, Bolívar y la ciudad de Bogotá, D.C. tienen las mayores prevalencias, superando la prevalencia nacional. En las ciudades capitales la prevalencia de DM es muy superior a lo identificado en los departamentos y en el país.

La diferencia en las prevalencias según el área geográfica está influenciada por muchos aspectos sociales, económicos, culturales, entre otros. Un estudio realizado en China, documentó igualmente diferencias entre regiones del país, atribuyéndolas entre otros aspectos, al área (rural o urbana), al desarrollo económico y social relacionado con el nivel educativo, la edad, el alfabetismo, la recurrencia de consulta a los servicios de salud, la morbilidad psiquiátrica y el estatus económico (24), siendo notables las diferencias en estas prevalencias durante las últimas 3 décadas, donde la prevalencia de la DM ha ido crecido bruscamente teniendo en cuenta las diferentes áreas geográficas del país (25).



Ilustración 6. Prevalencia de diabetes mellitus ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.



Depto.	P.A	P.C	Chocó	1,0	0,6	Valle Del Cauca	2,5	2,8
Antioquia	2,3	2,5	Huila	1,7	1,5	Arauca	0,8	0,5
Atlántico	1,9	1,9	La Guajira	0,8	0,5	Casanare	1,1	0,8
Bogotá, D.C.	2,4	2,5	Magdalena	1,3	1,1	Putumayo	0,8	0,6
Bolívar	2,0	1,9	Meta	2,4	2,1	San Andrés	1,0	1,0
Boyacá	1,2	1,3	Nariño	1,1	1,0	Amazonas	0,8	0,5
Caldas	1,6	2,0	Norte De Santander	1,6	1,5	Guainía	0,6	0,4
Caquetá	1,4	1,1	Quindío	2,4	2,9	Guaviare	0,8	0,5
Cauca	1,4	1,3	Risaralda	2,5	2,9	Vaupés	0,1	0,1
Cesar	1,3	1,0	Santander	1,9	2,0	Vichada	0,3	0,2
Córdoba	1,2	1,0	Sucre	1,4	1,3	TOTAL	1,9	1,9
Cundinamarca	1,4	1,4	Tolima	1,4	1,6			

P.A Prevalencia Ajustada
P.C Prevalencia Cruda

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Ilustración 7. Prevalencia de diabetes mellitus ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.



Ciudad	PC	PA						
Arauca	1,2	0,8	Manizales	2,2	2,6	Quibdó	3,0	1,8
Armenia	3,1	3,5	Medellín	3,1	3,9	Riohacha	1,1	0,7
Barranquilla	2,9	2,8	Mitú	0,2	0,1	San Andrés	1,1	1,0
Bogotá, D.C.	2,5	2,5	Mocoa	1,1	0,8	San José del Guaviare	1,0	0,6
Bucaramanga	3,4	3,7	Montería	2,1	1,8	Santa Marta	2,4	1,9
Cali	3,0	3,1	Neiva	2,7	2,6	Sincelejo	2,4	2,2
Cartagena	3,3	3,1	Pasto	1,8	1,7	Tunja	2,1	1,8
Cúcuta	2,6	2,4	Pereira	3,1	3,6	Valledupar	1,7	1,2
Florencia	2,2	1,8	Popayán	1,7	1,8	Villavicencio	2,6	2,2
Ibagué	2,4	2,5	Puerto Carreño	1,2	0,5	Yopal	1,9	1,3
Leticia	1,6	0,8	Puerto Inírida	1,4	0,8	Total	2,7	2,7

PA Prevalencia Ajustada
PC Prevalencia Cruda

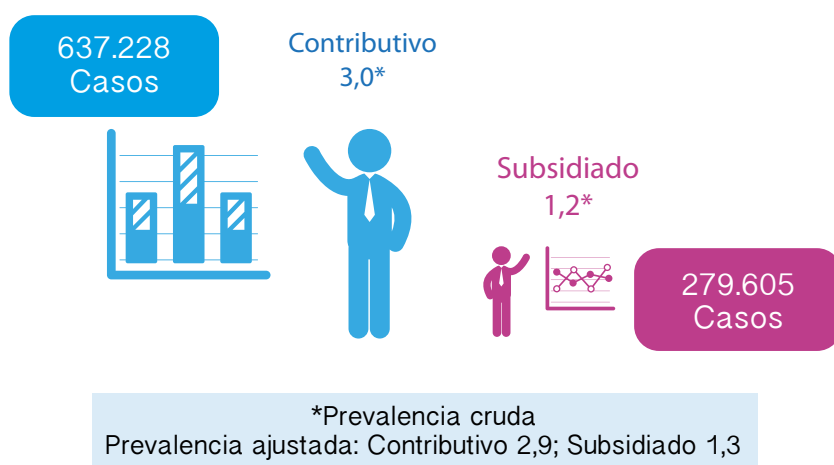
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



En el régimen contributivo la prevalencia de DM supera en más del doble la prevalencia del régimen subsidiado (Ilustración 8), situación que se puede atribuir en algunos casos, a la dificultad en el acceso de las personas del régimen subsidiado, a retrasos en el proceso diagnóstico, a dificultades en el proceso de obtención de la información para el reporte habitualmente relacionado con la ausencia de sistematización de la historia clínica en algunas áreas del país.

Ilustración 8. Prevalencia de diabetes mellitus cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.

PREVALENCIA PAÍS: 2,1 x 100 AFILIADOS



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

Con relación a lo expresado anteriormente, un estudio realizado en Corea identificó una mayor prevalencia de DM en la población con ingresos bajos, respecto a la población de ingresos altos, además de encontrar asociación entre el bajo nivel educativo y la prevalencia de DM. Estas cifras deben motivar la toma de conciencia sobre el cuidado de la salud, dietas más saludables, y utilización frecuente de los servicios de salud (22).



3.2.1.3. Prevalencia de ERC

Según las estimaciones realizadas por Katherine T. Mills y colaboradores en 2010(26), 497 millones de adultos mayores de 20 años tenían ERC estadíos 1-5. Para el año 2015 se identificaron en Colombia 979.409 personas con ERC. La prevalencia de esta patología fue de 2 personas por cada 100 habitantes (Ilustración 9), siendo más frecuente en el sexo femenino versus el masculino.

Alrededor del mundo se han identificado diferentes prevalencias. En la India por ejemplo, la prevalencia de ERC en personas mayores de 18 años fue de 2,97% (27), cifra similar a la reportada en Colombia. Otros países presentan prevalencias un poco mayores. En Inglaterra para el año 2010, la prevalencia estimada fue de 5,2% cuando se utilizó la ecuación CKDEPI para el cálculo, versus el 6% cuando se estimó con DMRD (28). Un estudio realizado en 13 países europeos, halló importantes diferencias en las prevalencias entre sus países, de modo que en noruega se identificó en 3,31%, 17,3% en el noreste de Alemania, 1% en una región de Italia (29).

Tabla 6. Prevalencia de ERC en algunos países del mundo.

Población	ERC estadío 1-5 (%)
Alemania	26,6
Irlanda	18,6
España	15,2
Italia	9,6
Países bajos	7,6
Noruega	6,3

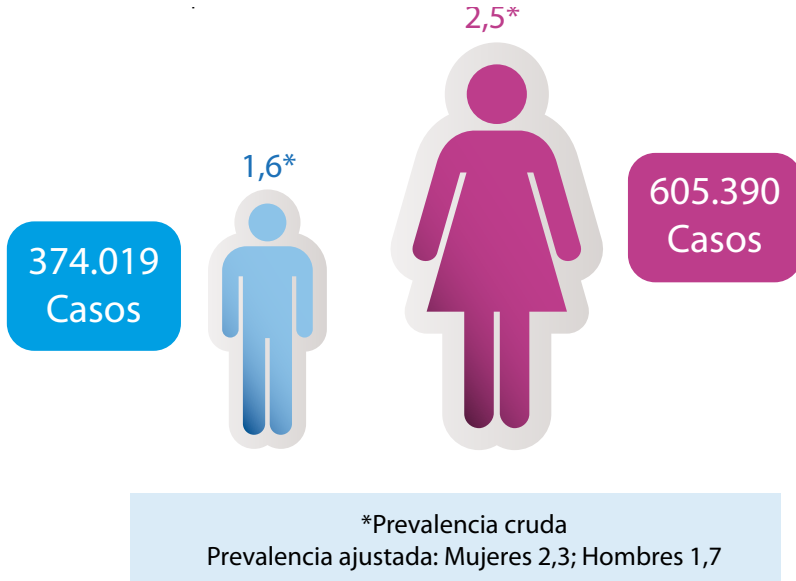
Fuente: Elaboración propia a partir de la información disponible en "CKD Prevalence Varies across the European General Population" (29).

Algunos países tienen prevalencias mucho mayores a las presentadas anteriormente: Polonia (29,4%) (30), Mexico (14,7%)(31), Noeste de Italia (12,7%) siendo mayor en hombres (13,2%) que en mujeres (12,2%) (32), Malaysia (9.07%) (32). En población con diabetes mellitus se han identificado prevalencias de 27.9% en España y 34,7% en Finlandia (33).



Ilustración 9. Prevalencia de ERC cruda y ajustada por edad x 100 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.

PREVALENCIA DE ERC: 2,0 x 100 HABITANTES



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.

En las ilustraciones 10 y 11 se presenta la prevalencia de ERC por departamentos y ciudades capitales. Llama la atención que, en el departamento del Valle del Cauca, la cifra duplica la prevalencia del país, siendo la más alta en Colombia (4 x 100 habitantes), seguido por departamentos como Caldas, Quindío, Risaralda y Bolívar. Las ciudades capitales de estos mismos departamentos también tienen las prevalencias más altas.

Algunos estudios atribuyen las diferencias entre las áreas geográficas a la presencia de factores de riesgo como HTA, DM, obesidad, además de los hábitos alimenticios, las políticas de salud pública, los factores genéticos, la heterogeneidad de los métodos de laboratorio y otros relacionados con los servicios de salud (29).



Ilustración 10. Prevalencia de ERC ajustada por edad x 100 habitantes según departamento en Colombia. 2015.



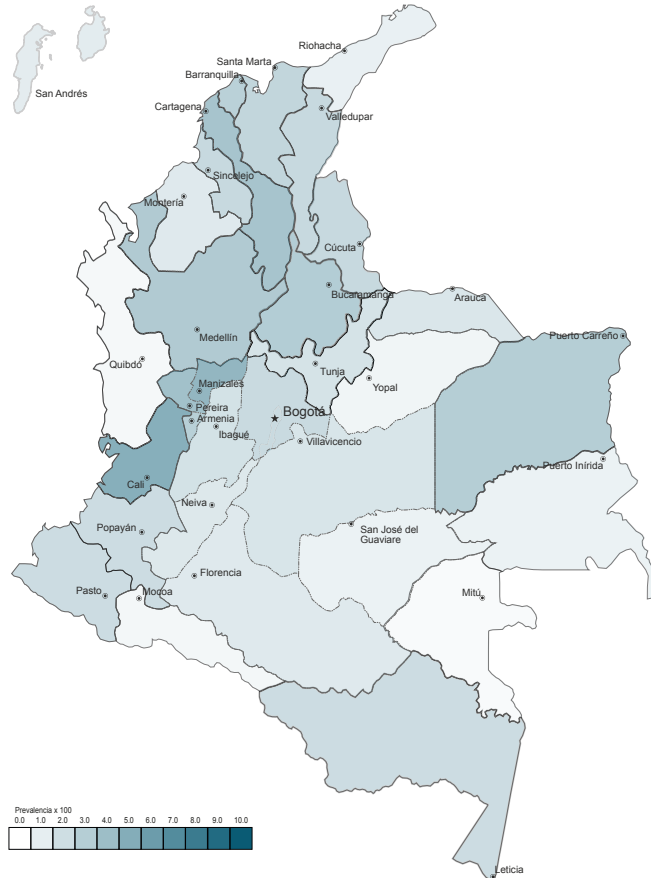
Depto.	PA	PC	Chocó	0,2	0,1	Valle Del Cauca	4,0	4,5
Antioquia	2,2	2,3	Huila	1,0	0,9	Arauca	1,3	0,9
Atlántico	1,8	1,7	La Guajira	0,7	0,5	Casanare	0,3	0,2
Bogotá, D.C.	2,1	2,2	Magdalena	1,3	1,1	Putumayo	0,9	0,6
Bolívar	2,4	2,2	Meta	1,4	1,2	San Andrés	1,0	1,1
Boyacá	1,3	1,7	Nariño	1,8	1,7	Amazonas	1,1	0,5
Caldas	3,4	4,1	Norte de Santander	1,4	1,3	Guainía	0,4	0,2
Caquetá	0,8	0,6	Quindío	2,4	3,0	Guaviare	0,7	0,4
Cauca	1,9	1,9	Risaralda	2,9	3,3	Vaupés	0,2	0,1
Cesar	1,7	1,3	Santander	2,0	2,2	Vichada	0,7	0,4
Córdoba	0,9	0,8	Sucre	1,4	1,3	TOTAL	2,0	2,0
Cundinamarca	1,1	1,1	Tolima	1,3	1,5			

PA Prevalencia Ajustada
PC Prevalencia Cruda

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Ilustración 11. Prevalencia de ERC ajustada por edad x 100 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.



Ciudad	PC	PA						
Arauca	1,5	1,0	Manizales	4,4	5,5	Quibdó	0,4	0,3
Armenia	2,9	3,4	Medellín	3,2	4,1	Riohacha	0,9	0,6
Barranquilla	2,8	2,8	Mitú	0,3	0,2	San Andrés	1,2	1,1
Bogotá, D.C.	2,2	2,2	Mocoa	0,5	0,4	San José del Guaviare	0,8	0,4
Bucaramanga	3,0	3,4	Montería	1,6	1,4	Santa Marta	2,5	2,0
Cali	4,9	5,1	Neiva	1,4	1,3	Sincelejo	2,3	2,1
Cartagena	3,6	3,3	Pasto	2,1	2,1	Tunjá	1,7	1,4
Cúcuta	2,3	2,0	Pereira	3,8	4,3	Valledupar	2,3	1,6
Florencia	1,3	1,0	Popayán	2,1	2,3	Villavicencio	1,6	1,3
Ibagué	1,8	2,0	Puerto Carreño	3,0	1,2	Yopal	0,6	0,4
Leticia	2,1	1,0	Puerto Inírida	0,8	0,4	Total	2,8	2,8

PA Prevalencia Ajustada
PC Prevalencia Cruda

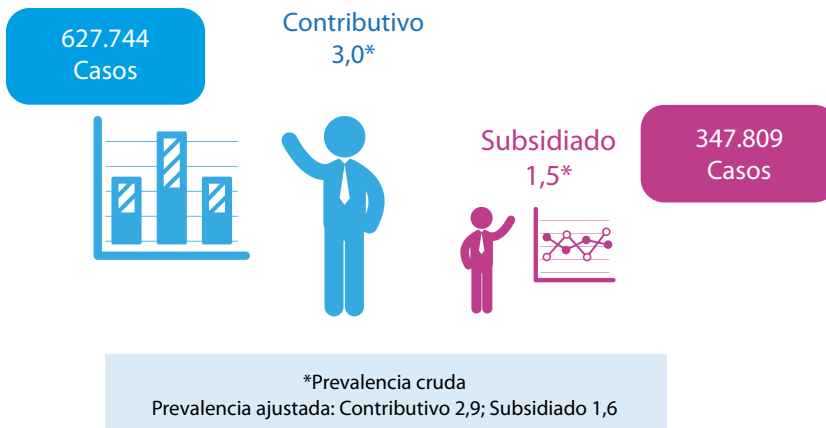
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



La Ilustración 12 presenta la prevalencia de ERC por cada uno del régimen de afiliación al SGSSS. El régimen contributivo duplica al régimen subsidiado. Como se mencionó anteriormente, hay muchos factores que influyen para que se presenten estas diferencias.

Ilustración 12. Prevalencia de ERC cruda y ajustada por edad x 100 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.

PREVALENCIA PAÍS: 2,2 x 100 AFILIADOS



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

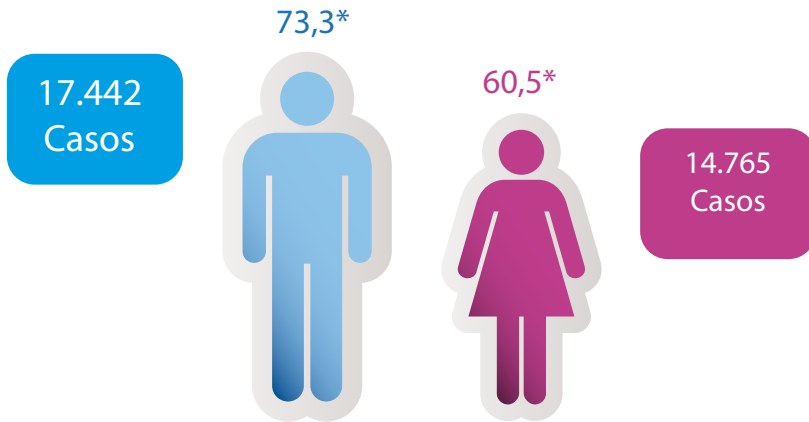
3.2.1.4. Prevalencia de ERC estadio 5

Se estima que para el año 2010, 236 millones de personas alrededor del mundo presentaban una disminución de la función renal moderada o severa, esto significa que tenían ERC estadio 3-5 (26). En Colombia, para el año 2015, la prevalencia de ERC5 fue de 66,8 x cada 100.000 habitantes, siendo más alta en hombres (78,4 x 100.000 habitantes) que en mujeres (57,3 x 100.000 habitantes), como se muestra en la ilustración 13.



Ilustración 13. Prevalencia de ERC estadio 5 cruda y ajustada por edad x 100.000 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.

PREVALENCIA DE ERC5 PAÍS: 66,8 x 100.000 HABITANTES



*Prevalencia cruda
Prevalencia ajustada: Mujeres 57,3; Hombres 78,4

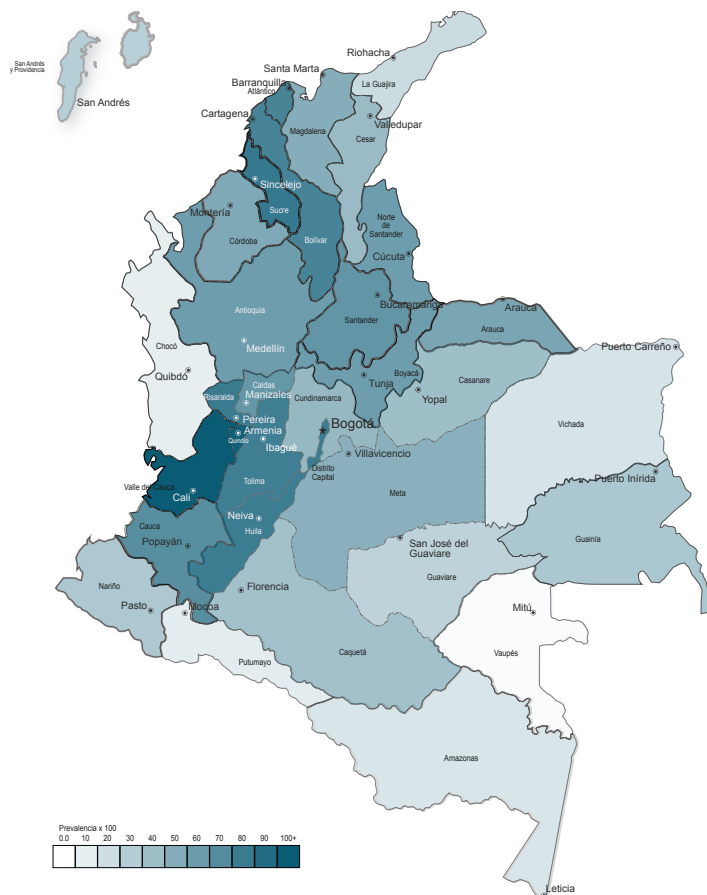
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.

Los resultados de Colombia se encuentran en concordancia con otros contextos. En México se documentó para el año 2008 una prevalencia de ERC5 de 0,3% (31), situación similar a la identificada en Malasia (0,36%) (34). Del mismo modo, un estudio realizado en Canadá en población específica encontró una prevalencia de ERC5 sin TRR, una prevalencia de 0,7% siendo de 0,9% en población con TRR (35). En Polonia, esta misma prevalencia se estimó en 0,21% (30). España, documentó una prevalencia de ERC4-5 de 1,2% (36) mientras en Reino Unido, la prevalencia de ERC estadios 3-5 alcanzó un 5,9% (37).

A continuación, se presenta la prevalencia de ERC5 en los departamentos y ciudades capitales en Colombia. Los departamentos con mayores prevalencias son Valle Del Cauca, Sucre, Quindío, Huila y Bolívar como se muestra en la ilustración 14.



Ilustración 14. Prevalencia de ERC estadio 5 ajustada por edad x 100.000 habitantes según departamento en Colombia. 2015.



Dept.	PA	PC	Chocó	15,5	10,2	Valle Del Cauca	103,2	113,1
Antioquia	56,3	59,2	Huila	86,9	79,2	Arauca	75,6	54,5
Atlántico	77,0	75,1	La Guajira	29,8	21,3	Casanare	51,1	39,6
Bogotá, D.C.	76,5	79,9	Magdalena	57,1	49,4	Putumayo	15,7	11,6
Bolívar	80,1	74,6	Meta	54,3	48,0	San Andrés	28,3	28,8
Boyacá	52,3	59,2	Nariño	35,4	33,7	Amazonas	22,3	15,7
Caldas	54,1	62,8	Norte De Santander	62,4	59,0	Guainía	60,6	33,7
Caquetá	47,9	37,3	Quindío	82,2	96,6	Guaviare	44,4	27,0
Cauca	71,3	68,6	Risaralda	70,4	80,3	Vaupés	3,3	2,3
Cesar	50,4	41,2	Santander	59,3	63,9	Vichada	27,7	16,7
Córdoba	59,4	52,2	Sucre	87,3	82,3	TOTAL	66,8	66,8
Cundinamarca	43,6	43,5	Tolima	70,9	78,0			

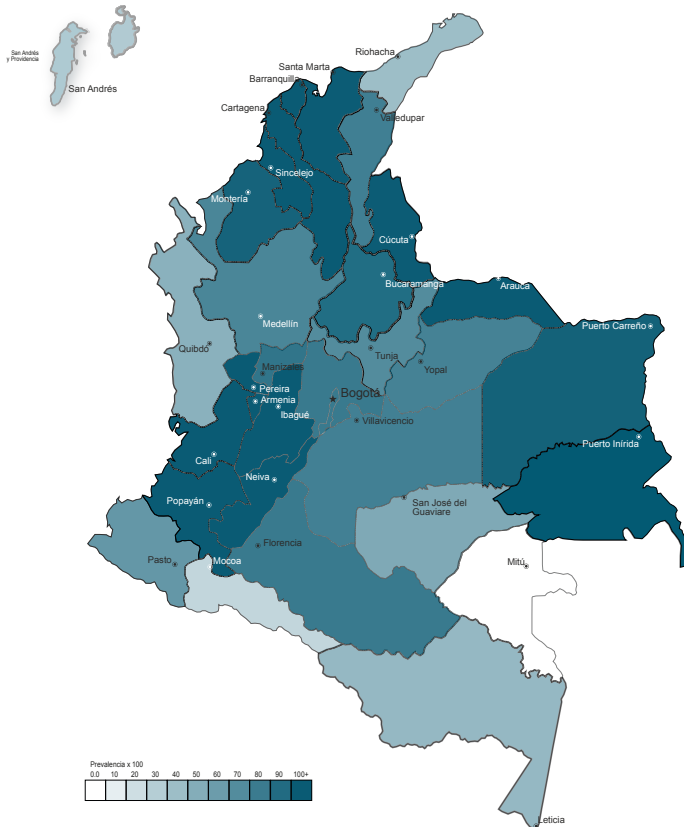
PA Prevalencia Ajustada
PC Prevalencia Cruda

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Por su parte, después del ajuste por edad la ciudad capital con mayor prevalencia de ERC5 en Colombia es Puerto Inírida, seguido por Neiva, Cali, Arauca y Sincelejo (Ilustración 15).

Ilustración 15. Prevalencia de ERC estadio 5 ajustada por edad x 100.000 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.



Ciudad	PC	PA	Manizales	84,1	97,7	Quibdó	47,7	29,4
Arauca	120,4	80,2	Medellín	74,3	91,1	Riohacha	39,8	25,8
Armenia	108,3	124,0	Mitú	0,0	0,0	San Andrés	32,6	30,9
Barranquilla	107,1	106,4	Mocoa	25,0	21,4	San José del Guaviare	52,3	27,9
Bogotá, D.C.	81,1	80,0	Montería	95,2	80,9	Santa Marta	99,1	81,0
Bucaramanga	88,4	95,8	Neiva	139,9	133,0	Sincelejo	116,8	107,6
Cali	129,2	133,4	Pasto	63,5	62,5	Tunja	70,0	62,6
Cartagena	113,0	105,3	Pereira	104,3	116,1	Valledupar	78,2	59,1
Cúcuta	99,8	90,0	Popayán	115,5	120,7	Villavicencio	77,2	65,2
Florencia	81,1	66,7	Puerto Carreño	96,0	38,1	Yopal	75,6	50,1
Ibagué	104,6	110,4	Puerto Inírida	151,1	70,6	Total	91,2	91,2
Leticia	43,4	29,0						

P.A Prevalencia Ajustada
P.C Prevalencia Cruda

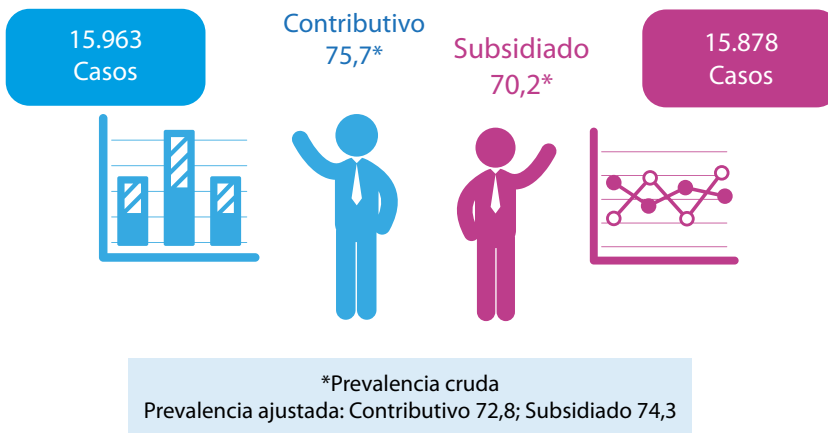
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



En la ilustración 16, se presenta la prevalencia de ERC5 según el régimen. Contrario a lo que se ha visto en las prevalencias anteriores, las diferencias entre estos dos regímenes son menos evidentes, desconociéndose los motivos por los cuales se presenta esta situación.

Ilustración 16. Prevalencia de ERC estadio 5 cruda y ajustada por edad x 100.000 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.

PREVALENCIA DE ERC5 PAÍS: 72,9 x 100.000 AFILIADOS



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

3.2.1.5. Prevalencia de TRR

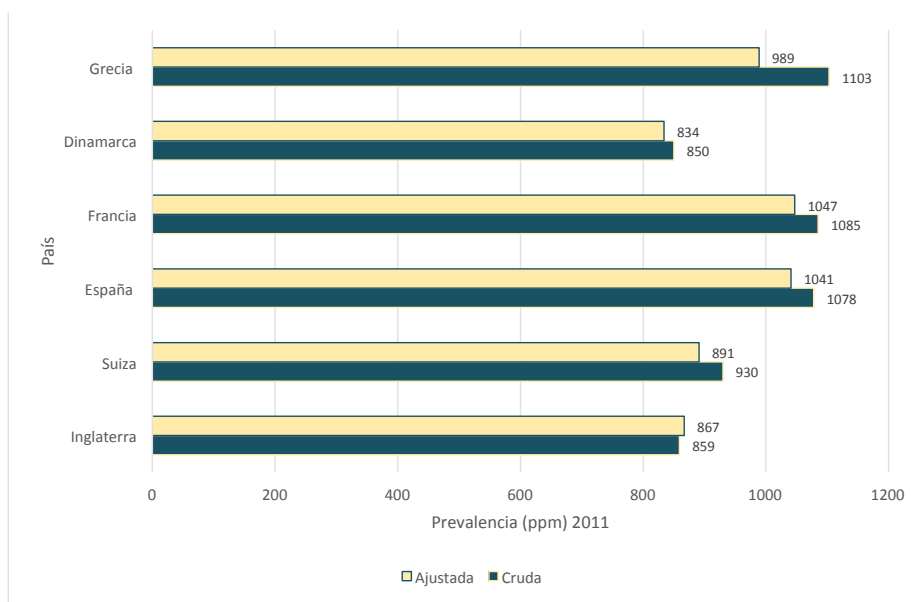
Para el año 2015 se identificaron en Colombia 34.469 personas con TRR, calculándose una prevalencia de 71,5 x 100.000 habitantes (Ilustración 18).

La prevalencia de TRR en el país es menor en comparación con otros contextos (715 ppm). Por ejemplo, en Croacia para el año 2009, la prevalencia de TRR se estimó en 923 personas por millón, siendo de 1084.9 ppm en hombres y 772.1 ppm en mujeres (38). En Rumania, se identificaron un total de 10.168 pacientes con hemodiálisis y diálisis peritoneal para el año 2012 (39). Ucrania por su parte, identificó 5.985 pacientes reportados con TRR para el año 2012, con una prevalencia de TRR de 131,2 ppm (40). Un estudio realizado a partir de diferentes registros de países europeos, identificó para el año 2010, 551.005 pacientes, que corresponde a una prevalencia de 741 ppm (41). En el caso del Reino Unido, se



documentaron 56.940 pacientes con una prevalencia de 888 ppm (42). En Cuba, por su parte, la prevalencia de TRR para el año 2011, se estimó en 243 ppm (44). En la ilustración 17, se presenta la prevalencia de TRR en algunos países del mundo.

Ilustración 17. Prevalencia de TRR en diferentes países del mundo. 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de información disponible en "Renal replacement therapy in Europe: a summary of the 2011 ERA-EDTA Registry Annual Report" (43)

De igual forma, en la tabla 7, se presenta la prevalencia de TRR en algunos países de Latinoamérica para el año 2010, documentada en un estudio realizado con la información de diferentes asociaciones de nefrología y otros grupos de trabajo.



Tabla 7. Prevalencia de TRR en diferentes países de Latinoamérica. 2010.

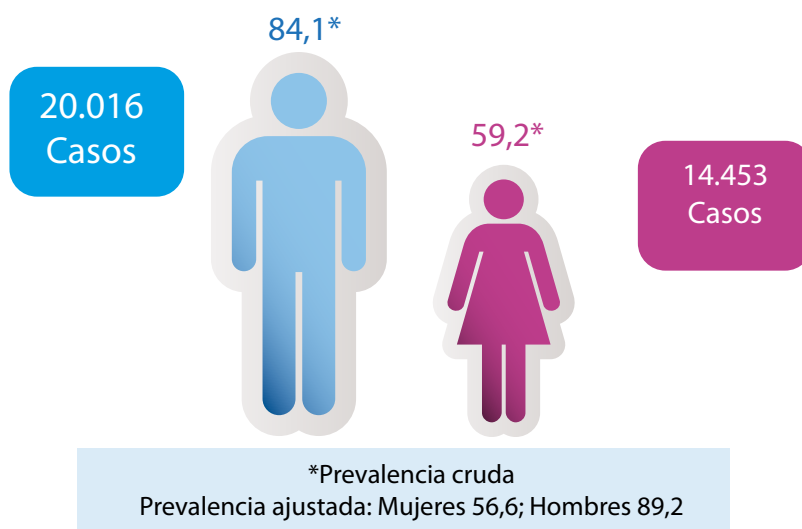
Pais	Prevalencia (ppm)	Pais	Prevalencia (ppm)
Argentina	777,8	Mexico	974,9
Bolivia	153,1	Nicaragua	37
Brazil	708,7	Panama	517,3
Chile	1136,7	Paraguay	148,7
Costa Rica	338,8	Peru	335,3
Cuba	303,9	Puerto Rico	1355,2
Ecuador	405,9	Republica Dominicana	165
El Salvador	562,4	Uruguay	1031,1
Guatemala	123,3	Venezuela	457,4
Honduras	187,2	Total Países Latinoamerica	660,3

Fuente: Elaboración propia a partir de información disponible en “Renal replacement therapy in Latin American end-stage renal disease” (44)

Un aspecto que es importante resaltar es la diferencia en la prevalencia de TRR entre hombres y mujeres. La prevalencia ajustada por edad en hombres fue de 89,2 x 100.000 habitantes y de 56,6 x 100.000 habitantes en mujeres.

Ilustración 18. Prevalencia de TRR cruda y ajustada por edad x 100.000 habitantes en mujeres, hombres y total en Colombia. 2015.

PREVALENCIA DE TRR: 71,5 x 100.000 HABITANTES

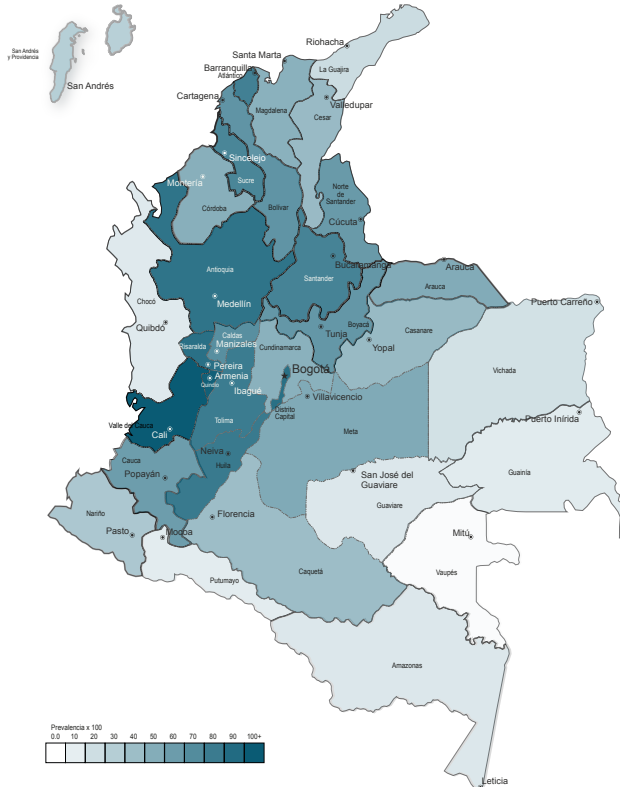


Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



En la ilustración 19, se presenta la prevalencia de TRR según departamento en Colombia. Los departamentos con mayores prevalencias son Valle Del Cauca, Sucre, Quindío, Huila, Bogotá, D.C y Antioquia. De igual modo, la prevalencia de TRR en las ciudades capitales en el país se muestra en la ilustración 20.

Ilustración 19. Prevalencia de TRR ajustada por edad x 100.000 habitantes según departamento en Colombia. 2015.



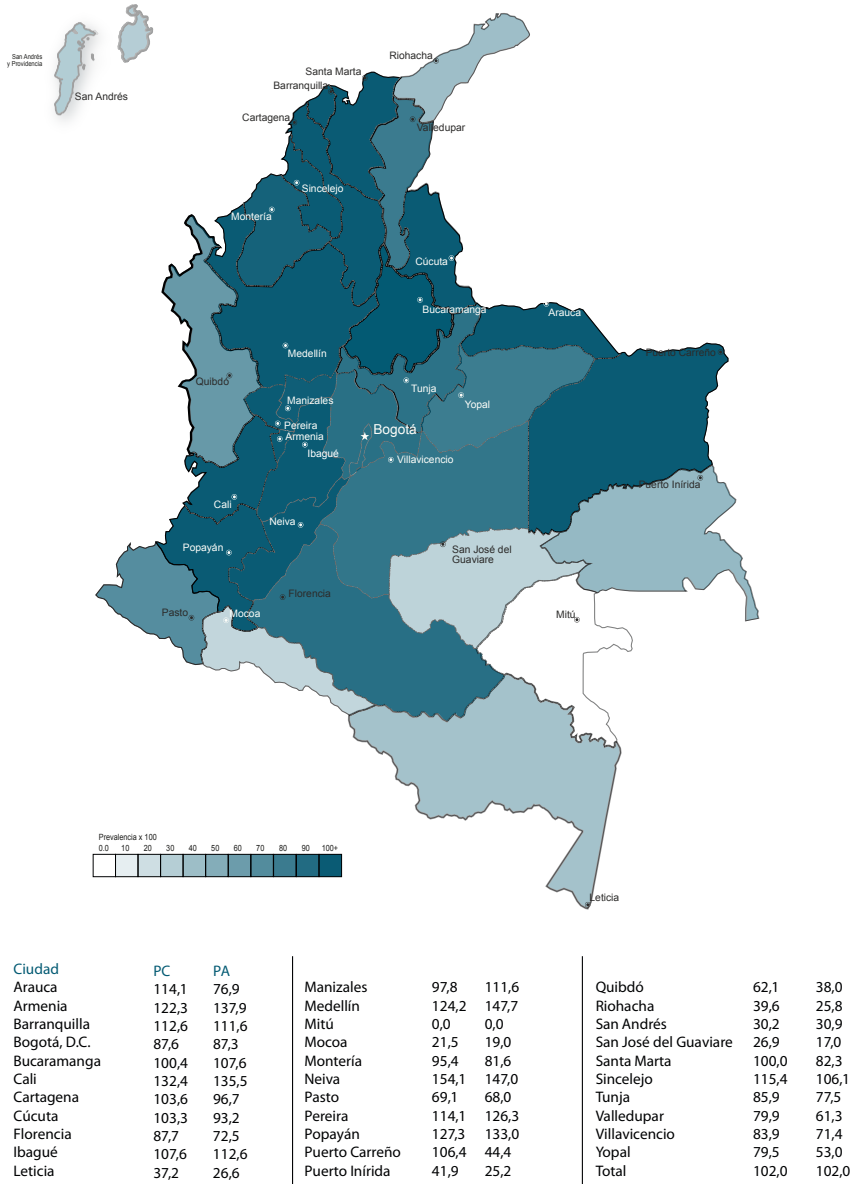
Depto.	PA	PC	Chocó	19,8	13,0	Valle Del Cauca	99,7	108,4
Antioquia	80,6	84,8	Huila	88,9	81,1	Arauca	70,3	51,1
Atlántico	78,4	76,9	La Guajira	29,7	21,5	Casanare	53,9	42,1
Bogotá, D.C.	82,3	87,1	Magdalena	54,9	47,5	Putumayo	15,1	11,6
Bolívar	69,8	65,0	Meta	58,3	51,8	San Andrés	26,0	28,8
Boyacá	57,3	63,5	Nariño	35,7	33,9	Amazonas	19,3	14,4
Caldas	60,2	68,1	Norte De Santander	64,7	61,2	Guainía	18,1	12,1
Cauca	62,0	59,3	Quindio	89,3	104,0	Guaviare	20,3	14,4
Cesar	50,7	41,9	Risaralda	76,7	87,1	Vaupés	3,3	2,3
Córdoba	54,9	48,3	Santander	70,4	75,3	Vichada	30,0	18,1
Cundinamarca	48,0	47,8	Sucre	78,7	74,0	TOTAL	71,5	71,5
			Tolima	73,3	79,7			

P.A Prevalencia Ajustada
P.C Prevalencia Cruda

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Ilustración 20. Prevalencia de TRR ajustada por edad x 100.000 habitantes según ciudad capital en Colombia. 2015.



PA Prevalencia Ajustada
PC Prevalencia Cruda

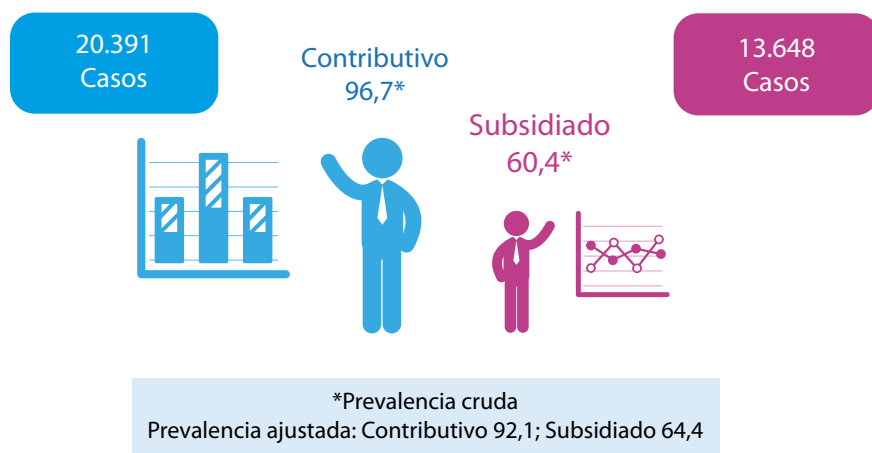
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



Llama la atención, como la prevalencia de la TRR es más predominante en el régimen contributivo en relación al régimen subsidiado (Ilustración 21).

Ilustración 21. Prevalencia de TRR cruda y ajustada por edad x 100.000 afiliados en el régimen contributivo y subsidiado en Colombia. 2015.

PREVALENCIA DE TRR PAÍS: 77,9 x 100.000 AFILIADOS



Fuente: Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

3.2.2. Incidencia

3.2.2.1. Incidencia de Hipertensión arterial

Se identificaron 245.065 casos nuevos de hipertensión arterial en Colombia durante el periodo. Se incluyeron los pacientes reportados con fecha de diagnóstico de la hipertensión arterial entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2015.

La incidencia de HTA en Colombia para el periodo fue de 5,1 personas por cada 1.000 habitantes, encontrándose una incidencia ajustada por edad de 5,7 mujeres por cada 1.000 mujeres en el país, superior a lo identificado en hombres (Tabla 8).



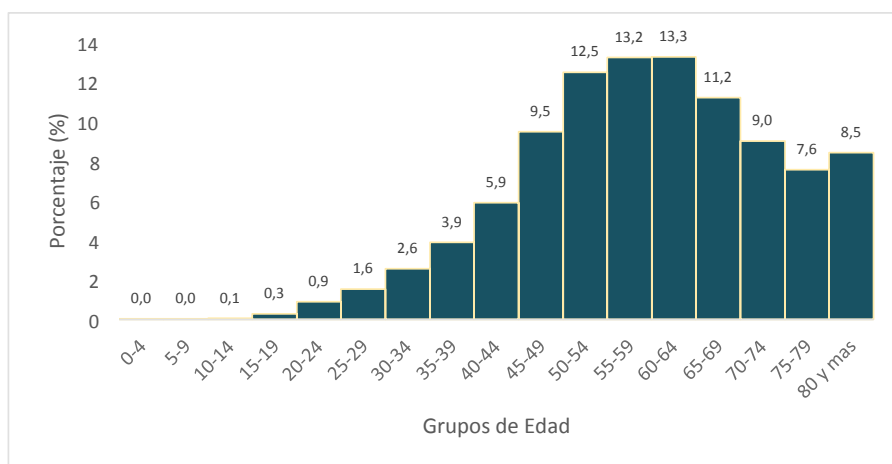
Tabla 8. Incidencia de hipertensión arterial cruda y ajustada por edad x 1.000 habitantes. Colombia. 2015.

Grupo	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Mujeres	6	5,7
Hombres	4,2	4,4
Total	5,1	5,1

Fuente: Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.

El 59,6% correspondieron a mujeres. En la ilustración 22, se presenta la distribución porcentual de los casos nuevos de HTA según la edad. Aunque se evidencia que a partir de los 45 años aumenta el número de personas con nuevo diagnóstico de HTA, es importante mencionar que el 15,2% de los casos son menores de 40 años; 12 de cada 100 personas diagnosticadas con HTA durante el periodo tenían entre 50 y 54 años. Los grupos de edad más afectados son las personas entre 50 y 64 años.

Ilustración 22. Distribución porcentual de la edad en las personas diagnosticadas con hipertensión arterial durante el último año. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



3.2.2.2. Incidencia de DM

Las entidades reportaron a la Cuenta de Alto Costo 75.942 casos nuevos de diabetes mellitus (diagnosticados entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2015). La incidencia de diabetes mellitus durante el periodo fue de 1,6 casos por cada 1.000 habitantes. En la tabla 9, se presenta la incidencia de DM según sexo. De 1980 a 2014, el número de adultos en los Estados Unidos entre 18-79 años de edad con diagnóstico nuevo de diabetes en más del triple; pasó de 493.000 en 1980 a más de 1,4 millones en 2014. La incidencia cruda de diabetes diagnosticada en esta población se duplicó de 3,3 al 6,9 por 1.000 habitantes en el mismo periodo y la incidencia ajustada por edad casi se duplicó de 3,5 al 6,6 por 1000 habitantes. Por el contrario, en Colombia la incidencia observada es de 1,6 por 1.000 habitantes, esta baja cifra puede deberse a que son casos atendidos en los servicios de salud y se desconocen aquellos que pudiendo contar con el diagnóstico no están siendo atendidos (45).

Tabla 9. Incidencia de Diabetes Mellitus cruda y ajustada por edad x 1.000 habitantes. Colombia. 2015.

Grupo	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Mujeres	1,7	1,8
Hombres	1,4	1,4
Total	1,6	1,6

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.

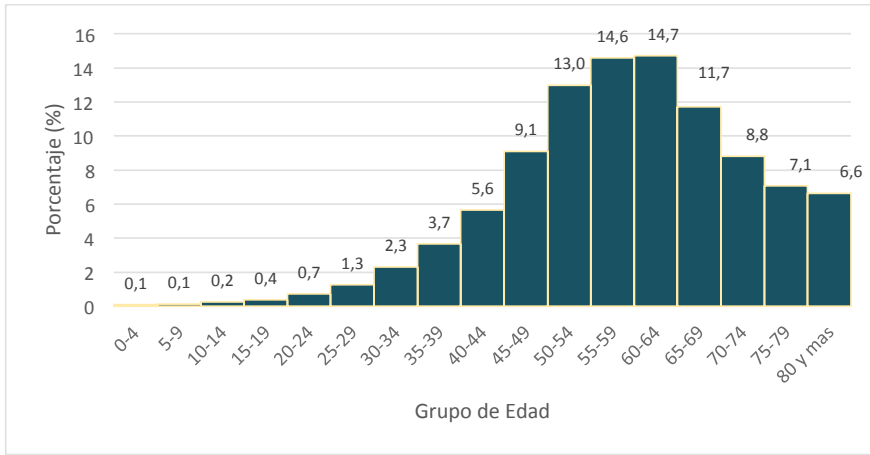
El 57% de los casos con nuevo diagnóstico de diabetes mellitus durante el periodo, fueron mujeres. 15 de cada 100 personas diagnosticadas tenían entre 60 y 64 años (Ilustración 23), además, el 9,3% de los nuevos diagnósticos se presentaron en la población con edades comprendidas entre 35 y 44 años, población joven para este diagnóstico. Observándose un descenso en el número de pacientes con nuevo diagnóstico de DM, a partir de los 70 años.

De acuerdo con los datos sobre incidencia por sexo tomados del Centro de Control de Enfermedades de EU (CDC por sus siglas en inglés), para el año 2015 en la población norteamericana la incidencia en hombres es de 6.8 por 1.000 habitantes y para mujeres de 6.5 por 1.000 habitantes (45). Caso contrario ocurre con los datos observados por la Cuenta de Alto Costo en Colombia, donde son las mujeres quienes mayor número de casos incidentes tienen con respecto a



los hombres con una incidencia de 1,4 y 1,8 por 1000 habitantes respectivamente; puede esto deberse a mayor contacto con los servicios de salud por parte del sexo femenino o estar relacionado con sesgos del registro de información.

Ilustración 23. Distribución porcentual de la edad en las personas diagnosticadas con diabetes mellitus durante el último año. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

3.2.2.3. Incidencia por entidades aseguradoras

En la tabla 10, se presenta el listado de las entidades (EAPB/EOC) que reportaron casos incidentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus a la Cuenta de Alto Costo. Entre las entidades con mayor número de casos de HTA se encuentran EPS037 (16,3%), EPS013 (12,6%), EPS010 (10,5%) y ESS076 (6,3%). Con relación a la DM, la EPS037 reportó el 19,9% de los casos nuevos, seguido por la EPS013 (15,9%) y la EPS010 (10,6%).



Tabla 10. Distribución de frecuencias de los casos nuevos de HTA y DM según entidad aseguradora. Colombia. 2015.

Entidad	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus	
	Casos	%	Casos	%
CCF007	453	0,2	24	0,0
CCF009	183	0,1	19	0,0
CCF015	47	0,0	40	0,1
CCF018	81	0,0	13	0,0
CCF024	11323	4,6	3.427	4,5
CCF027	52	0,0	52	0,1
CCF033	32	0,0	8	0,0
CCF049	1064	0,4	342	0,5
CCF053	2377	1,0	111	0,1
CCF055	286	0,1	65	0,1
CCF101	32	0,0	15	0,0
CCF102	5	0,0	3	0,0
EAS016	199	0,1	27	0,0
EAS027	280	0,1	75	0,1
EPS001	1436	0,6	435	0,6
EPS002	33	0,0	18	0,0
EPS003	5623	2,3	2.077	2,7
EPS005	270	0,1	82	0,1
EPS008	2593	1,1	1.289	1,7
EPS010	25786	10,5	8.045	10,6
EPS012	1251	0,5	2.963	3,9
EPS013	30778	12,6	12.064	15,9
EPS016	14863	6,1	4.223	5,6
EPS017	14768	6,0	5.649	7,4
EPS018	4527	1,8	1.521	2,0
EPS020	5297	2,2	942	1,2
EPS022	49	0,0	27	0,0
EPS023	3355	1,4	1.429	1,9
EPS025	162	0,1	12	0,0
EPS033	214	0,1	62	0,1
EPS037	40065	16,3	15.077	19,9
EPSI01	2760	1,1	182	0,2
EPSI02	119	0,0	21	0,0
EPSI03	726	0,3	137	0,2



Tabla 10. (Continuación)

Entidad	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus	
	Casos	%	Casos	%
EPSI04	6	0,0	2	0,0
EPSI05	252	0,1	14	0,0
EPSI06	235	0,1	67	0,1
EPSS03	6132	2,5	1.766	2,3
EPSS33	2586	1,1	683	0,9
EPSS34	621	0,3	178	0,2
EPSS40	12166	5,0	3.171	4,2
ESS002	850	0,3	191	0,3
ESS024	9057	3,7	1.117	1,5
ESS062	5390	2,2	853	1,1
ESS076	15550	6,3	2.808	3,7
ESS091	674	0,3	167	0,2
ESS118	5430	2,2	1.151	1,5
ESS133	3141	1,3	671	0,9
ESS207	11811	4,8	2.595	3,4
RES003	58	0,0	26	0,0
RES007	8	0,0	1	0,0
RES011	2	0,0	0	0,0
RES014	6	0,0	4	0,0
54000	0	0,0	1	0,0
68000	1	0,0	0	0,0
Total	245065	100,0	75.942	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

3.2.2.4. Incidencia de ERC, ERC5 y TRR

Las incidencias de ERC, ERC5 y TRR que se presentan a continuación, documentan los casos reportados por primera vez (casos nuevos) a la Cuenta de Alto Costo, es decir, que no se encuentran en las cohortes anteriores de la CAC reportados con ERC o TRR.

Incidencia de ERC:

Esta incidencia fue calculada a partir de la variable 38, “¿El usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadío?”, teniendo en cuenta los



casos que fueron reportados con ERC en el periodo y que en las cohortes anteriores de la CAC no habían sido reportado con ERC. De este modo, fueron identificados 256.888 casos nuevos con diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadios. Por cada 1.000 habitantes en Colombia, 5 desarrollaron ERC durante el periodo objeto de reporte, observándose una incidencia mayor en mujeres en relación con los hombres (Tabla 11).

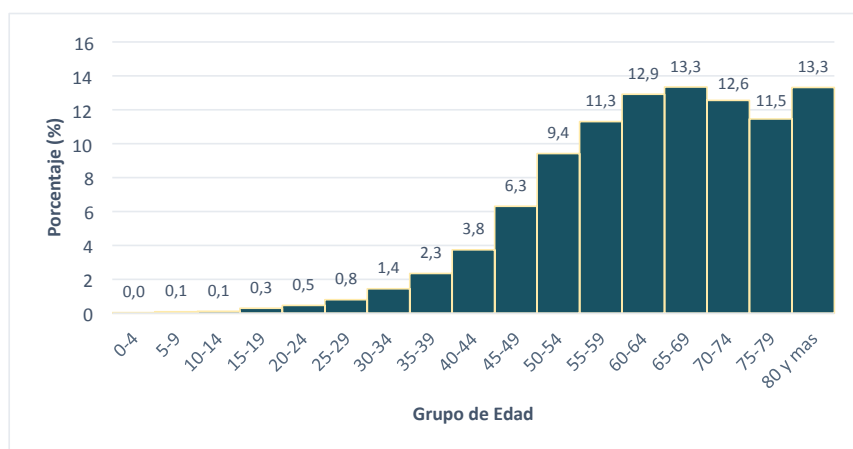
Tabla 11. Incidencia de Enfermedad Renal Crónica cruda y ajustada por edad x 1.000 habitantes. Colombia. 2015.

Grupo	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Mujeres	6	6,4
Hombres	4,5	4,2
Total	5,3	5,3

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.

El mayor porcentaje de pacientes reportados con nuevo diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadios, se encontraba en edades comprendidas entre 65 y 69 años (13,3%), seguido de los pacientes con 80 años y más (13,3%), ilustración 24.

Ilustración 24. Distribución de frecuencias de la edad en los pacientes con nuevo diagnóstico de ERC. Colombia. 2015.

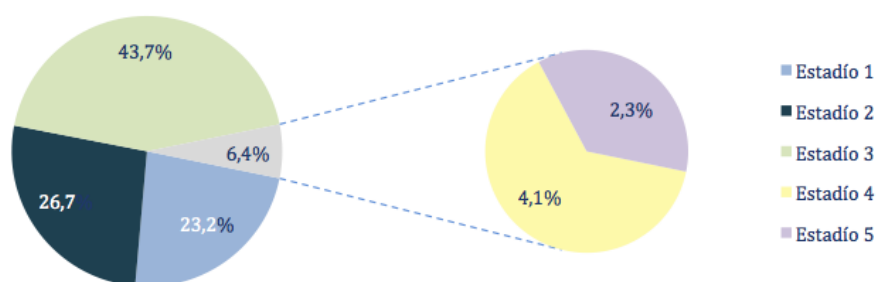


Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



En la ilustración 25, se presenta la distribución porcentual del estadio reportado en los casos nuevos de ERC en Colombia, evidenciándose que el 43,7% de estos pacientes fueron reportados en estadio 3, seguidos por los estadios 1 (23,2%) y 2 (26,7%). Lo anterior, muestra la identificación de los pacientes con ERC en estadios iniciales en donde todavía se pueden realizar muchas intervenciones para evitar la progresión de la enfermedad. Un menor porcentaje de casos es identificado en estadios avanzados.

Ilustración 25. Distribución porcentual del estadio en las personas con nuevo diagnóstico de ERC. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Incidencia de ERC estadio 5:

Los casos reportados a la CAC con nuevo diagnóstico de ERC estadio 5 fueron 5.925 durante el periodo. La incidencia de ERC5 en el país es de 12,3 por cada 100.000 habitantes (Tabla 12).

Tabla 12. Incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 cruda y ajustada por edad x 100.000 habitantes. Colombia. 2015.

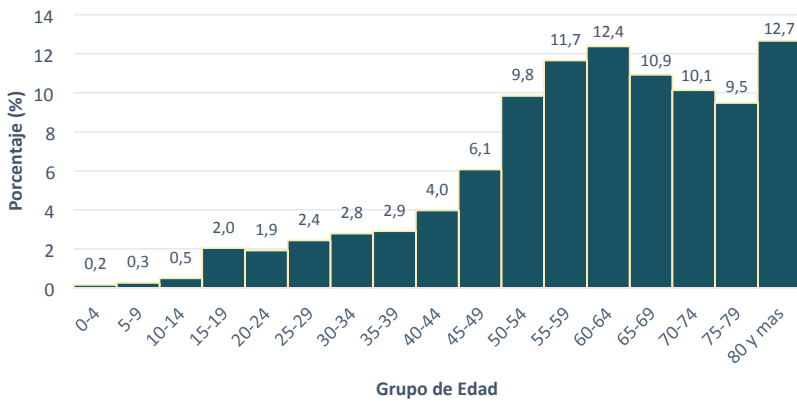
Grupo	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Mujeres	12,9	12,1
Hombres	11,7	12,5
Total	12,3	12,3

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015.



El 47% fueron hombres. La distribución de la edad se presenta en la ilustración 26. De forma general, de cada 100 pacientes reportados como nuevos ERC5, aproximadamente 13 tenían 80 o más años, seguido por un grupo de pacientes más jóvenes (60 a 64 años, 12,4%).

Ilustración 26. Distribución porcentual de la edad de las personas diagnosticadas con ERC estadio 5 durante el último año. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Incidencia de TRR:

Para el análisis de esta incidencia, se seleccionaron los casos que fueron reportados para el periodo de estudio en cualquier terapia de reemplazo renal, que hubieran sido reportados por primera vez a la Cuenta de Alto Costo en relación con el reporte de los años anteriores. De acuerdo con los datos reportados en el informe del año 2015 por el USRDS (United States Renal Data System) (46). El número de casos nuevos reportados en Estados Unidos fue de 117.162 para una tasa cruda de 363 pacientes por millón al año. El tamaño de la población incidente de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) aumentó un 1,9 % desde 2012 hasta 2013, llegando a 113.944, y ahora es un 24% mayor que en el 2.000. El tamaño de la población de trasplante subió un 2,6 % en 2013 para 3046 los pacientes y es ahora un 59,2 % mayor que en 2.000 (46).



Taiwán, la región de Jalisco de México, y Estados Unidos siguen informando la mayor incidencia de enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia de reemplazo renal (458, 421 y 363 por millón de población, respectivamente) (46), sin embargo Colombia reporta una incidencia de 123 por millón.

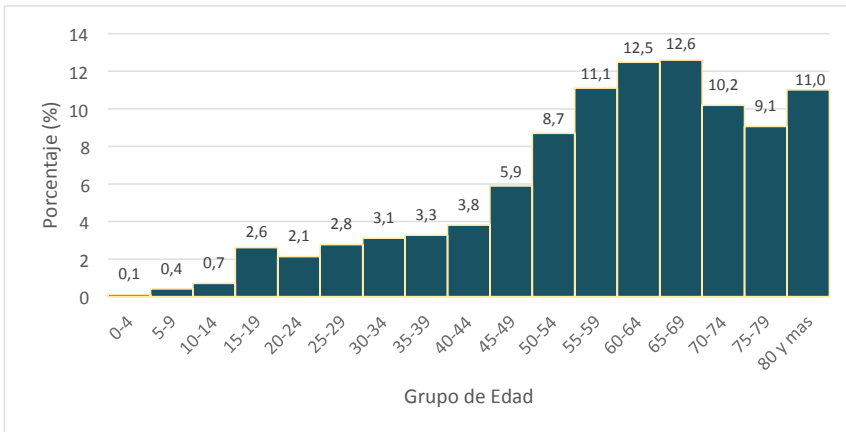
Tabla 13. Incidencia de TRR cruda y ajustada por edad x 100.000 habitantes. Colombia. 2015.

Grupo	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Mujeres	10,6	10
Hombres	14,6	15,6
Total	12,6	12,6

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En todas las edades se encuentran pacientes que ingresaron a terapia de reemplazo renal durante el periodo, sin embargo, se evidencia cómo el mayor porcentaje se encuentra en edades comprendidas entre los 55 y 74 años, en donde se produce un descenso en los casos en estos grupos de edad. Llama la atención el aumento en el porcentaje de casos que inician TRR en los mayores de 80 años (Ilustración 27).

Ilustración 27. Distribución porcentual de la edad de las personas que iniciaron TRR durante el año 2015. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

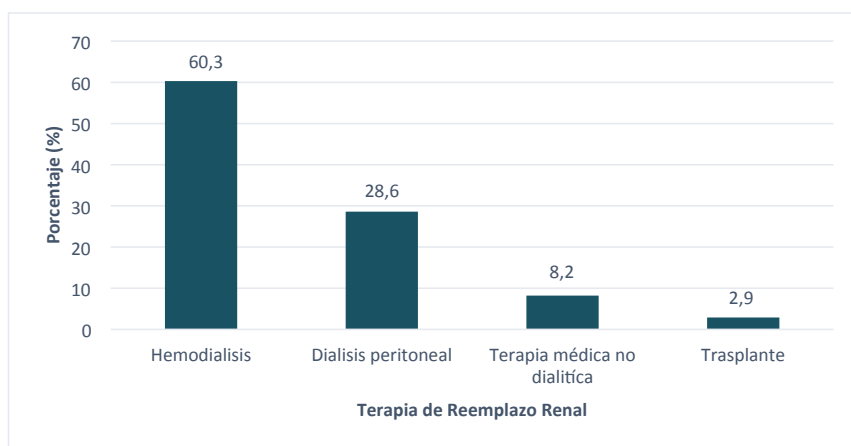


En Colombia, 5.384 pacientes iniciaron TRR en el periodo de análisis, de los culés el 28% son pacientes mayores de 70 años; 1084 iniciaron hemodiálisis y 425 iniciaron diálisis peritoneal.

Las tasas de incidencia ajustadas de acuerdo alUSRDS (46) ha sido generalmente estables o ha disminuido por una década y los descensos más pronunciados se han visto entre las edades de 65 y más: entre las edades de 65-74, la tasa de incidencia de enfermedad renal terminal es el más bajo desde 1996; y entre las edades de 75 y más, la tasa es la más baja desde 1999. De manera contraria y alarmante, en Colombia en estos grupos etarios se concentra la mayor cantidad de pacientes sin observarse disminución del número de casos.

Teniendo en cuenta el tipo de terapia que tienen las personas que iniciaron TRR en el último año (Ilustración 28), es importante mencionar que el 60% se encuentra en hemodiálisis, seguido por la diálisis peritoneal (28,6%).

Ilustración 28. Distribución porcentual del tipo de TRR reportada en las personas que la iniciaron durante el año 2015. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



En Colombia se observa una mayor concentración de pacientes en hemodiálisis con un 60.3% del total de pacientes que iniciaron terapia de reemplazo renal en el 2015, a pesar de esto, las otras terapias de reemplazo existentes aún siguen representando el 40% de las terapias elegidas para inicio; por el contrario, según el USRDS (46) en Estados Unidos el 88% de los pacientes incidentes iniciaron TRR con hemodiálisis, sólo 9% diálisis peritoneal y 26% trasplante.

A continuación, se presentan los casos reportados con diagnóstico de ERC, ERC5 y TRR durante el último año por cada una de las entidades aseguradoras en Colombia (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de frecuencias de los casos nuevos de ERC, ERC5 y TRR según entidad aseguradora. Colombia. 2015.

Entidad	ERC		ERC5		TRR	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
CCF007	2532	1,0	10	0,2	16	0,3
CCF009	1773	0,7	6	0,1	16	0,3
CCF015	46	0,0	20	0,3	33	0,5
CCF018	3046	1,2	22	0,4	24	0,4
CCF023	151	0,1	13	0,2	11	0,2
CCF024	386	0,2	64	1,1	94	1,6
CCF027	720	0,3	14	0,2	17	0,3
CCF033	131	0,1	7	0,1	6	0,1
CCF049	24	0,0	24	0,4	24	0,4
CCF053	38	0,0	5	0,1	14	0,2
CCF055	2174	0,8	50	0,8	36	0,6
CCF101	762	0,3	13	0,2	19	0,3
CCF102	6	0,0	4	0,1	2	0,0
EAS016	270	0,1	0	0,0	2	0,0
EAS027	1066	0,4	6	0,1	26	0,4
EPS001	2113	0,8	17	0,3	41	0,7
EPS002	10408	4,1	95	1,6	214	3,5
EPS003	1134	0,4	59	1,0	155	2,6
EPS005	3576	1,4	65	1,1	157	2,6
EPS008	3362	1,3	45	0,8	94	1,6
EPS010	9505	3,7	74	1,2	201	3,3
EPS012	8887	3,5	14	0,2	46	0,8
EPS013	3052	1,2	179	3,0	649	10,7
EPS016	16423	6,4	207	3,5	388	6,4
EPS017	11627	4,5	80	1,4	206	3,4
EPS018	9350	3,6	35	0,6	88	1,5



Tabla 14. (Continuación)

Entidad	ERC		ERC5		TRR	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
EPS020	28603	11,1	2755	46,5	385	6,4
EPS022	85	0,0	31	0,5	48	0,8
EPS023	540	0,2	19	0,3	100	1,7
EPS025	18	0,0	16	0,3	31	0,5
EPS033	995	0,4	7	0,1	11	0,2
EPS037	35979	14,0	304	5,1	921	15,2
EPSI01	736	0,3	21	0,4	21	0,3
EPSI02	34	0,0	18	0,3	22	0,4
EPSI03	1393	0,5	20	0,3	25	0,4
EPSI04	266	0,1	6	0,1	8	0,1
EPSI05	55	0,0	14	0,2	17	0,3
EPSI06	483	0,2	5	0,1	6	0,1
EPSS03	1178	0,5	146	2,5	163	2,7
EPSS33	10996	4,3	117	2,0	131	2,2
EPSS34	3254	1,3	110	1,9	185	3,1
EPSS40	1596	0,6	174	2,9	298	4,9
ESS002	276	0,1	23	0,4	22	0,4
ESS024	16370	6,4	109	1,8	154	2,5
ESS062	19310	7,5	95	1,6	171	2,8
ESS076	152	0,1	85	1,4	106	1,8
ESS091	23	0,0	20	0,3	20	0,3
ESS118	28315	11,0	292	4,9	244	4,0
ESS133	8799	3,4	197	3,3	157	2,6
ESS207	3330	1,3	168	2,8	152	2,5
RES003	798	0,3	33	0,6	67	1,1
RES007	695	0,3	9	0,2	9	0,1
RES011	44	0,0	2	0,0	1	0,0
RES014	1	0,0	0	0,0	1	0,0
68000	1	0,0	0	0,0	0	0,0
91000	1	0,0	1	0,0	1	0,0
Total	256888	100,0	5925	100,0	6.056	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



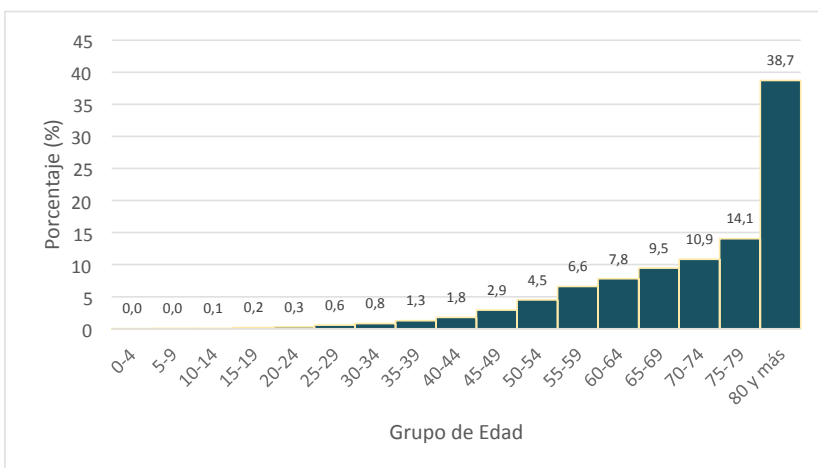
En Estados Unidos, hasta el 38% de los casos de pacientes incidentes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal en 2013 recibió poca o ninguna atención de nefrología en estadíos previos a la falla renal (46). En Colombia, las estrategias de captación temprana, inclusión a programas de nefroprotección y búsqueda activa de pacientes tienen como objetivo no solo evitar resultados como el mencionado anteriormente sino ofrecer programas integrales de atención para evitar la falla renal o evitar la progresión en aquellos pacientes que ya tienen la enfermedad instaurada y en caso de falla renal poder ingresar a terapia de remplazo bajo las medidas de seguimiento y control de un programa de pre diálisis.

3.2.3. Mortalidad

Para el análisis de la mortalidad, la información reportada a la Cuenta de Alto Costo fue complementada con el registro de información de defunciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

50732 casos fueron reportados como fallecidos en el país, de los cuales el 60% correspondían al régimen contributivo. Las mujeres representaron el 53,6% de los casos. Como es de esperarse el grupo de 80 años y más, es el que representa un mayor porcentaje dentro de la mortalidad (Ilustración 29). La mortalidad general se estimó en 105,2 x cada 100.000 habitantes, siendo mayor en hombres (mortalidad cruda= 98,9; ajustada=110,7) que en mujeres (mortalidad cruda= 111,4; ajustada=101,2).

Ilustración 29. Distribución de frecuencias de las personas reportadas como fallecidas según el grupo de edad. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Aproximadamente el 69,9% de los fallecidos tenían como factor de riesgo conocido la presencia de hipertensión arterial, el 21% tenían de forma concomitante HTA y DM, y sólo el 1,3% tenían otros factores de riesgo para ERC diferentes a HTA/DM (Tabla 15).

Tabla 15. Distribución de frecuencias de las personas reportadas como fallecidas según el diagnóstico de ERC en relación con el factor de riesgo conocido. Colombia. 2015.

Dx de la ERC	Otra		HTA+DM		HTA		DM		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin ERC	0	0	970	21,8	3.238	72,8	238	5,4	4.446	100
Con ERC	665	3,9	4.661	27,2	10.489	61,2	1.328	7,8	17.143	100
Indeterminado	0	0	987	18,7	3.872	73,4	419	7,9	5.278	100
No estudiado	0	0	4.402	18,5	17.855	74,8	1.608	6,7	23.865	100
Total	665	1,3	11.020	21,7	35.454	69,9	3.593	7,1	50.732	100

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Respecto a la causa de muerte de los pacientes, este aspecto se desconoce en un 80% de los casos por parte de las aseguradoras (Tabla 16). Entre los casos reportados con causa de muerte conocida, se encontró que el 70% de las personas que tuvieron como causa de muerte la ERC, tenían diagnóstico confirmado de ERC. Del mismo modo, el 79% de los pacientes que murieron por enfermedad cardiovascular tenían ERC.

Tabla 16. Distribución de frecuencias de las personas reportadas como fallecidas según la causa de muerte en relación con el diagnóstico de ERC. Colombia. 2015.

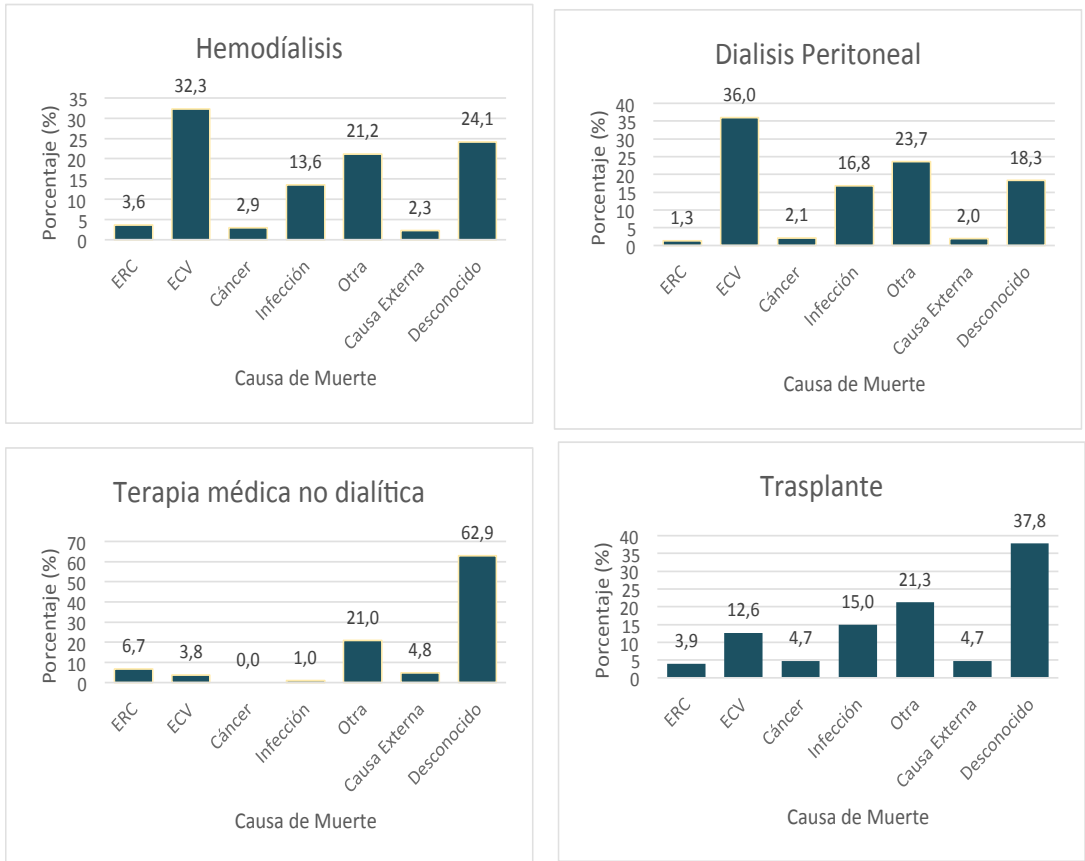
Muerte	Sin ERC		Con ERC		Indeterminado		No estudiado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ERC	0	0	135	69,6	5	2,6	54	27,8	194	100
ECV	63	3,7	1.343	79,3	52	3,1	236	13,9	1.694	100
Cáncer	78	22,2	170	48,3	56	15,9	48	13,6	352	100
Infección	21	3,3	561	86,8	27	4,2	37	5,7	646	100
Otra	1.185	19,7	1.403	23,4	889	14,8	2.527	42,1	6.004	100
Causa externa	22	2,1	415	40,5	183	17,9	405	39,5	1.025	100
Desconocido	3.077	7,5	13.116	32,1	4.066	10	20.558	50,4	40.817	100
Total	4446	8,8	17143	33,8	5278	10,4	23865	47	50.732	100

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

El 7,2% de la población reportada como fallecida estaba en TRR (3.626 casos). En la ilustración 30, se presenta la causa de muerte en relación con la TRR que tenían las personas antes de morir.



Ilustración 30. Distribución porcentual de la causa de muerte de las personas reportadas como fallecidas según la terapia de reemplazo renal que recibían. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Mortalidad en personas con ERC, ERC 5 y TRR

Con la información de que dispone la Cuenta de Alto Costo, no es posible conocer la mortalidad atribuible a estas patologías o condiciones (ERC, ERC5 y TRR). Sin embargo, se calculó la mortalidad específica en cada una de estas poblaciones, haciendo esto referencia al porcentaje de personas que tenían la condición y murieron durante el último año, sin atribuir por esto como causa de muerte la patología o condición.

En la tabla 17, se presenta la mortalidad general de ERC x 100.000 habitantes en Colombia, encontrándose que, de cada 100.000 personas en el país, murieron durante el periodo 35 que tenían ERC, siendo esta cifra superior si la mortalidad se calcula teniendo en cuenta los afiliados al BDUA.

Tabla 17. Mortalidad general de ERC x 100.000 habitantes/afiliados según sexo y régimen.

Indicador	Mortalidad x 100.000 habitantes (DANE)		Mortalidad x 100.000 afiliados (BDUA)	
	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda
Mujeres	33,8	37	37,7	40,3
Hombres	37,9	34,1	40,8	37,9
Total	35,6	35,6	39,1	39,1
Contributivo			51,9	52,4
Subsidiado			26,9	26,6
Total			39,1	39,1

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

Por otro lado, la mortalidad por sexo y régimen de ERC, ERC5 y TRR se presenta en la tabla 18. De cada 100 personas con ERC, aproximadamente 2 murieron durante el periodo, siendo mayor la mortalidad entre las personas con ERC y TRR, de modo que 11 de cada 100 personas con ERC5 o TRR murieron durante el periodo.



Tabla 18. Mortalidad específica de ERC, ERC5 y TRR x 100 según sexo y régimen.

Indicador	Mortalidad de ERC x 100 personas con ERC		Mortalidad de ERC5 x 100 personas con ERC5		Mortalidad de TRR x 100 personas en TRR	
	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda
Mujeres	1,5	1,5	11,5	11,3	11,8	11,3
Hombres	2,2	2,2	11,1	11,2	9,6	9,9
Total	1,8	1,8	11,3	11,3	10,5	10,5
Contributivo	1,7	1,8	12,3	12,9	9,5	10
Subsidiado	1,8	1,7	10,1	9,7	12,1	11,4
Total	1,8	1,8	11,3	11,3	10,6	10,6

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población DANE con corte a junio 30 de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.

La mortalidad en estas mismas condiciones teniendo en cuenta la entidad aseguradora se presenta en la tabla 19. Algunas entidades aseguradoras tienen mortalidades más altas que otras desconociéndose las causas atribuibles a estas diferencias; pudiéndose atribuir entre muchas causas al perfil de comorbilidades específico de la población de cada entidad y a otros aspectos relacionados con la oportunidad y la calidad de la atención en salud prestada.

Tabla 19. Mortalidad específica de ERC, ERC5 y TRR por entidad aseguradora. Colombia. 2015.

Indicador	Mortalidad de ERC x 100 personas con ERC		Mortalidad de ERC5 x 100 personas con ERC5		Mortalidad de TRR x 100 personas con TRR	
	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda
Entidad						
CCF007	0,3	0,2	15,8	14,3	14,0	13,3
CCF009	1,0	0,8	22,1	23,8	16,6	19,7
CCF015	31,7	27,2	27,3	25,6	31,1	31,3
CCF018	1,7	1,7	2,9	3,9	3,1	3,5
CCF023	2,6	2,4	12,2	10,4	14,0	11,8
CCF024	6,1	6,7	14,2	15,5	11,9	13,0
CCF027	1,1	1,1	16,0	12,3	13,4	11,7
CCF033	2,2	1,7	11,6	15,2	12,6	16,1
CCF049	39,2	23,0	32,5	23,0	29,1	23,0
CCF053	6,7	7,2	14,4	17,4	15,1	17,5
CCF055	3,1	2,9	12,7	12,6	14,1	14,1
CCF101	2,6	2,6	15,2	18,9	14,3	16,1



Tabla 19. (Continuación)

Indicador	Mortalidad de ERC x 100 personas con ERC		Mortalidad de ERC5 x 100 personas con ERC5		Mortalidad de TRR x 100 personas con TRR	
	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda	Ajustada	Cruda
EAS016	1,8	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
EAS027	3,9	4,3	17,4	29,0	14,1	26,1
EPS001	1,0	1,0	6,3	5,5	4,1	3,7
EPS002	0,3	0,3	8,9	8,6	9,6	8,3
EPS003	6,4	6,4	13,5	13,4	11,1	10,8
EPS005	1,2	1,0	10,1	12,5	6,9	8,9
EPS008	1,7	2,1	9,1	10,2	1,2	1,2
EPS010	1,2	1,1	9,7	11,2	6,9	6,7
EPS012	2,3	1,3	16,7	18,1	9,9	9,2
EPS013	3,6	3,6	18,7	19,0	16,5	16,5
EPS016	4,1	3,8	12,0	12,4	10,1	10,2
EPS017	0,7	0,7	4,6	4,0	4,4	4,1
EPS018	0,8	0,4	10,1	9,7	7,5	7,3
EPS020	0,6	0,5	4,0	4,0	10,3	9,5
EPS022	10,7	8,8	17,0	12,6	13,1	11,5
EPS023	1,9	1,8	10,5	9,0	8,1	7,0
EPS025	18,0	13,3	14,7	11,7	14,5	13,6
EPS033	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
EPS037	1,0	0,7	12,2	13,5	9,1	10,5
EPSI01	1,4	1,5	23,1	20,3	20,7	20,0
EPSI02	15,2	13,1	19,1	17,4	17,2	15,8
EPSI03	1,1	1,1	14,6	12,8	12,3	10,2
EPSI04	0,5	0,4	11,3	13,0	13,4	12,0
EPSI05	7,2	6,1	11,0	12,2	11,8	12,5
EPSI06	0,9	1,0	23,8	18,9	21,6	18,4
EPSS03	4,1	3,9	15,2	13,6	15,2	14,2
EPSS33	0,6	0,5	1,0	0,7	0,9	0,9
EPSS34	2,7	2,5	14,6	13,2	13,8	13,2
EPSS40	5,2	5,6	14,9	14,1	12,6	11,9
ESS002	0,1	0,2	0,5	0,9	0,6	0,9
ESS024	0,4	0,4	6,7	5,6	5,8	5,1
ESS062	2,0	1,7	17,0	15,8	13,9	13,5
ESS076	11,5	9,1	11,3	9,7	10,2	9,6
ESS091	11,6	8,4	11,2	9,5	9,5	8,6
ESS118	2,0	1,8	14,2	13,1	12,3	11,3
ESS133	2,3	2,5	13,3	12,8	13,1	12,3
ESS207	1,6	1,6	9,5	9,5	13,4	13,8
RES003	1,9	2,0	7,7	7,8	7,3	7,6
RES007	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
RES014	13,4	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	1,8	1,8	11,3	11,3	10,6	10,6

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015. Población BDUA con corte a junio 30 de 2015.



3.3. Indicadores de Nefroprotección Poblacionales

En esta sección se describen los indicadores de nefroprotección en la población colombiana: control de la presión arterial, control de la HbA1c, control del LDL, toma de albuminuria/creatinuria y control del IMC, independiente de la presencia de otras condiciones de forma concomitante (DM, ERC, TRR). En la sección "Grupos poblacionales de análisis", se presentan estos indicadores en poblaciones específicas y entre ellas excluyentes.

Es importante mencionar que estos indicadores fueron calculados para toda la población mayor de 18 años reportada a la Cuenta de Alto Costo. La novedad más importante respecto al cálculo de los indicadores que se presentan a continuación, es que el indicador de control de la tensión arterial y el indicador de control de la hemoglobina glicosilada se calcularon sobre la población hipertensa y diabética, respectivamente (Tabla 20).

Tabla 20. Indicadores de Nefroprotección en población general. Colombia. 2015.

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta la HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90	HbA1c < 7%	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² /año
Estandar	● <40%	● <30%	● <30%	● <40%	● <30%	● <50%	● <40%	● <40%	● <40%
	● 40-60%	● 30-50%	● 30-50%	● 40-60%	● 30-50%	● 50-70%	● 40-60%	● 40-80%	● 40-50%
	● >60%	● >50%	● >50%	● >60%	● >50%	● >70%	● >60%	● >80%	● >50%
CCF007	64,0	52,2	31,3	47,5	60,6	76,3	11,2	48,4	81,4
CCF009	54,0	0,7	60,0	37,8	31,8	61,8	0,7	39,4	57,5
CCF015	26,1	1,2	83,3	9,1	68,5	30,5	0,4	12,8	84,2
CCF018	16,8	4,9	41,9	12,6	30,2	17,4	0,9	28,4	70,3
CCF023	40,1	13,9	18,2	28,8	16,5	37,7	19,6	55,8	45,4
CCF024	57,0	24,0	27,2	61,2	39,5	71,2	43,2	32,6	69,8
CCF027	51,7	25,5	27,9	42,7	28,3	47,5	9,4	33,1	65,1
CCF033	54,6	4,4	27,6	3,8	48,3	5,9	0,2	18,6	99,1
CCF049	60,0	6,8	48,2	26,1	38,6	33,9	0,3	31,8	39,8
CCF053	49,4	25,4	40,1	13,9	55,4	57,0	3,6	22,5	64,3
CCF055	54,3	2,1	31,6	13,5	35,3	28,1	0,2	13,8	89,0
CCF101	59,2	15,8	57,6	24,6	16,8	26,5	9,1	37,9	91,2
CCF102	59,0	0,1	0,0	5,1	49,3	7,2	0,9	64,2	33,3
EAS016	35,2	52,8	59,9	53,7	54,9	65,8	56,9	22,9	75,3
EAS027	49,6	30,7	42,6	15,9	39,1	53,7	7,0	21,9	60,4
EPS001	85,4	66,1	57,9	77,0	43,1	81,3	59,3	30,2	73,9
EPS002	81,6	61,7	52,0	9,0	36,1	83,8	68,4	23,5	67,1
EPS003	66,0	10,0	51,3	21,9	27,9	65,1	11,3	24,1	84,4
EPS005	50,0	49,0	59,5	59,9	40,2	70,1	24,0	29,0	68,5
EPS008	77,7	70,4	48,7	16,8	45,3	83,8	35,4	23,4	74,7
EPS010	64,6	57,3	55,4	11,7	53,3	76,4	15,6	18,0	70,5
EPS012	81,1	51,8	49,8	33,8	43,9	72,5	26,8	22,4	77,2
EPS013	54,8	7,9	41,8	26,9	31,7	51,9	9,4	18,1	13,8
EPS016	79,0	44,0	54,2	38,1	46,9	78,0	36,9	24,3	73,7
EPS017	54,6	28,5	51,3	54,2	37,7	66,1	26,2	25,1	53,7
EPS018	69,5	29,4	54,0	40,9	43,5	76,2	7,7	22,1	75,6
EPS020	48,7	9,4	39,8	22,9	39,2	36,8	1,5	25,2	56,4
EPS022	28,8	3,3	44,5	6,9	30,3	13,6	0,4	37,4	87,7
EPS023	59,6	2,3	46,2	23,8	28,8	70,9	14,1	18,3	12,8
EPS025	78,5	2,2	63,2	7,6	33,1	10,0	0,0	14,3	8,8
EPS033	29,9	18,6	48,6	24,2	37,9	17,9	5,0	27,7	62,4
EPS037	76,2	55,7	48,7	53,8	42,8	71,2	51,7	27,9	64,1
EPSI01	63,2	25,4	43,3	71,8	34,5	79,3	2,7	36,3	83,7
EPSI02	11,3	0,3	20,0	0,8	66,3	1,1	0,0	97,4	92,9



Tabla 20. (Continuación)

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta la HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90	HbA1c < 7%	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² /año
EPSI03	44,8	39,2	35,4	78,9	35,4	75,1	36,4	38,9	74,4
EPSI04	64,9	21,3	22,2	39,0	27,8	60,7	17,5	27,9	73,3
EPSI05	53,2	19,9	49,3	36,9	31,4	44,0	17,9	32,3	35,6
EPSI06	59,2	15,9	45,3	32,0	40,8	29,4	0,0	32,2	83,9
EPSS03	62,4	19,7	50,6	36,2	18,3	73,4	4,6	33,8	0,0
EPSS33	34,3	8,7	46,6	24,3	36,5	21,3	1,4	32,8	0,0
EPSS34	16,6	2,4	50,3	4,2	42,1	2,8	0,6	18,3	95,5
EPSS40	68,5	13,9	50,2	40,5	35,9	58,1	8,6	28,4	76,3
ESS002	63,2	7,8	45,5	24,5	32,1	49,7	2,3	33,5	61,8
ESS024	54,1	21,8	46,8	40,8	39,5	58,9	13,6	32,8	41,5
ESS062	36,1	9,3	45,3	9,7	35,7	17,5	1,4	33,5	9,1
ESS076	49,5	21,4	23,7	31,2	39,5	23,5	26,5	64,8	79,5
ESS091	41,3	9,0	37,1	30,5	34,2	40,1	1,0	33,0	77,9
ESS118	34,7	15,1	44,3	11,3	35,0	32,6	6,7	20,0	76,5
ESS133	53,3	6,7	35,6	28,3	35,2	53,6	3,7	35,7	51,0
ESS203	69,2	33,3	36,8	55,5	40,4	57,4	17,2	32,3	62,8
RES003	66,5	34,2	50,7	41,9	47,3	55,7	19,9	26,8	73,9
RES007	75,3	21,8	57,7	66,0	42,1	74,7	25,0	20,5	sc
RES011	81,4	100,0	77,2	62,0	62,1	59,2	9,6	28,9	sc
RES014	77,8	35,2	63,2	49,4	35,2	69,7	15,7	24,7	sc
18000	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	sc
54000	45,9	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,5	sc
68000	31,6	0,0	0,0	38,1	25,0	61,9	0,0	14,3	sc
91000	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	sc
Total	60,9	33,4	50,6	32,7	39,8	59,3	23,4	26,1	68,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

3.4. Grupos poblacionales de análisis

Este libro fue estructurado en diferentes grupos de población para el análisis, teniendo en cuenta las características de riesgo y clínicas en relación con la enfermedad renal crónica.

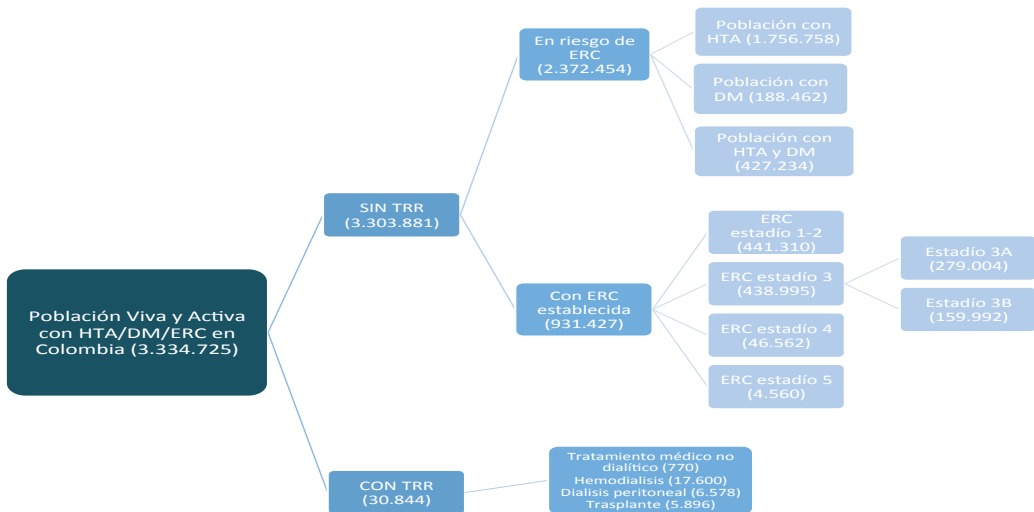
Esta clasificación, además, se realizó teniendo en cuenta las diferencias en las intervenciones de salud y los objetivos de las mismas para cada una de estas poblaciones.

Dos grandes grupos se encuentran bien identificados: 1) población sin TRR y 2) la población con TRR. En los pacientes sin TRR, las intervenciones deben estar encaminadas a la prevención del daño renal y a evitar la progresión hacia estadios de la enfermedad renal, en donde es necesaria la realización de terapias de reemplazo renal. Por otro lado, en los pacientes con TRR, el objetivo de la atención debería encaminarse a asegurar que la atención prestada mejore la calidad de vida de esta población. Las poblaciones antes mencionadas son excluyentes y se presentan en la ilustración 31.



En términos de riesgo, igualmente dos grupos son identificables: 1) población en riesgo de desarrollar ERC, que incluye los pacientes que hasta el momento no tienen el diagnóstico de la enfermedad y 2) población con ERC establecida, que tienen un importante riesgo de progresión, en la cual se incluyen todos los pacientes que ya han sido diagnosticados en cualquier estadio de la ERC.

Ilustración 31. Poblaciones para el análisis de la información reportada a la Cuenta de Alto Costo, Colombia, 2015.



POBLACIÓN
SIN TERAPIA
DE REEMPLAZO
RENAL

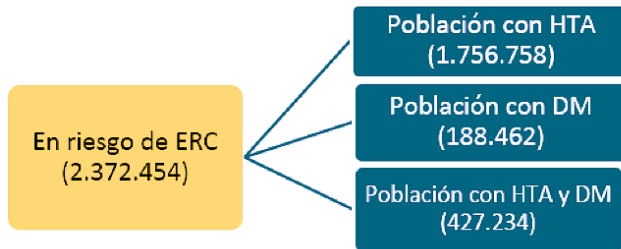


3.5. POBLACION SIN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

3.5.1. Población en riesgo de desarrollar ERC

Se incluyeron en este grupo de análisis las personas que tienen como factor de riesgo para el desarrollo de ERC, hipertensión arterial y/o diabetes mellitus como patología instaurada, pero que hasta el momento no se les ha diagnosticado ERC (no han sido estudiados o tienen un diagnóstico indeterminado en el momento de la medición) (Ilustración 32).

Ilustración 32. Población sin TRR en riesgo de ERC.



3.5.1.1. Población con Hipertensión Arterial (sin ERC y sin DM).

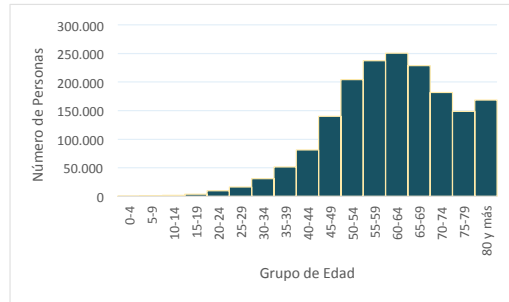
Características de la población

Durante el año 2015 se identificaron 1.756.758 personas con hipertensión arterial sin diagnóstico de ERC en Colombia cifra que corresponde al 52,7% de la población reportada a la Cuenta de Alto Costo. Predominó en este grupo de población, el sexo femenino (62,8%). El promedio de edad fue de 61.2 años (DE 14,1 años). De cada 100 personas hipertensas, 63 se encontraban afiliadas al régimen contributivo, mientras el 36,4% lo estaba al régimen subsidiado. En la ilustración 33, se presentan la distribución de los casos por grupos de edad.



Ilustración 33. Distribución de frecuencias de los casos de hipertensión arterial según edad. Colombia. 2015.

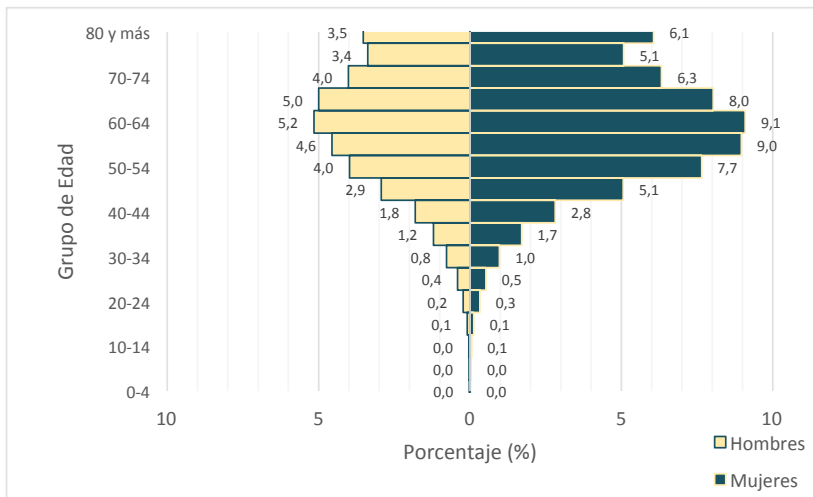
Grupo de Edad	n	%
0-4	790	0,0
5-9	1138	0,1
10-14	1.602	0,1
15-19	3.858	0,2
20-24	9.679	0,6
25-29	16.449	0,9
30-34	30.646	1,7
35-39	51.187	2,9
40-44	81.229	4,6
45-49	140.364	8,0
50-54	204.368	11,6
55-59	237.527	13,5
60-64	250.185	14,2
65-69	228.979	13,0
70-74	181.679	10,3
75-79	148.586	8,5
80 y más	168.492	9,6
Total	1.756.758	100,0



Fuente: Base de datos, Resolución 2463 de 2014. CAC. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En la ilustración 34, se puede observar la distribución porcentual por edad y sexo de la población con HTA. Se evidencia un predominio del sexo femenino. La población se encuentra concentrada entre los 45 y los 75 años.

Ilustración 34. Pirámide de la población con hipertensión arterial. Colombia. 2015.



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



El mayor número de personas que tienen como factor de riesgo la presencia de hipertensión arterial se encuentra localizada en el departamento de Antioquia (19,8%), seguido en porcentaje por la ciudad de Bogotá (19,4%). Un número menor de casos reside en los departamentos de Valle del Cauca (9,1) y Atlántico (6,6%). En la tabla 21, se presenta la distribución de casos en el país.

Tabla 21. Distribución porcentual de los casos de hipertensión arterial en los departamentos de Colombia. 2015.

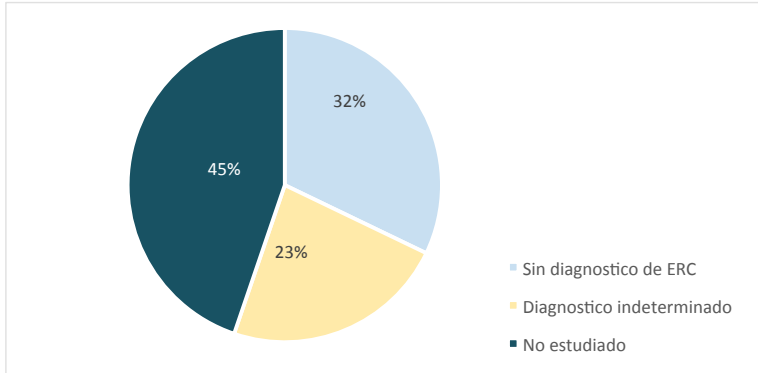
Departamento	n	%	Departamento	n	%
Antioquia	347.318	19,8	Norte De Santander	31.722	1,8
Atlántico	115.744	6,6	Quindío	30.347	1,7
Bogotá, D.C.	340.745	19,4	Risaralda	53.490	3
Bolívar	78.362	4,5	Santander	66.155	3,8
Boyacá	50.906	2,9	Sucre	34.417	2
Caldas	36.013	2,1	Tolima	39.243	2,2
Caquetá	9.939	0,6	Valle Del Cauca	159.462	9,1
Cauca	28.881	1,6	Arauca	3.858	0,2
Cesar	28.941	1,7	Casanare	7.673	0,4
Córdoba	52.931	3	Putumayo	3.567	0,2
Cundinamarca	83.327	4,7	San Andrés	704	0
Chocó	6.584	0,4	Amazonas	756	0
Huila	41.939	2,4	Guainía	151	0
La Guajira	11.688	0,7	Guaviare	1.682	0,1
Magdalena	36.141	2,1	Vaupés	48	0
Meta	23.465	1,3	Vichada	300	0
Nariño	30.259	1,7			
Total País (1.756.758)					

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Respecto al diagnóstico de la ERC, se descartó la presencia de la enfermedad en el 32% de los casos, identificándose que el 45% (786.543 personas) de la población con éste factor de riesgo, no ha sido estudiada para determinar la presencia de esta enfermedad (Ilustración 35).



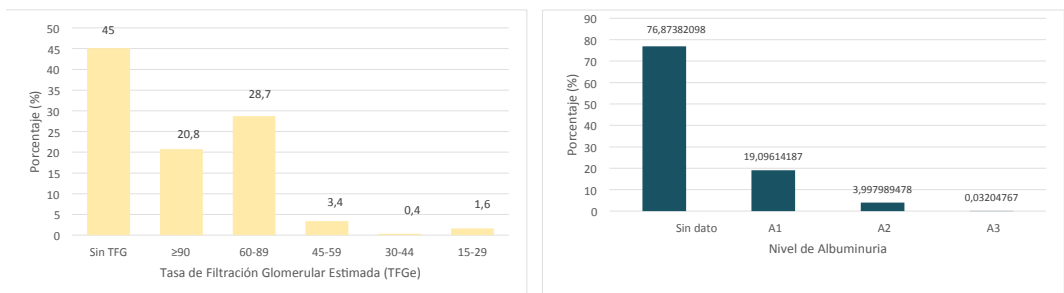
Ilustración 35. Distribución porcentual de los casos de hipertensión arterial teniendo en cuenta el estudio para ERC. 2015



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En concordancia con lo presentado anteriormente, se encontró que el 45% de la población con HTA no cuenta con la medición de la TFGe, posiblemente atribuido a la falta de medición de la creatinina para realizar la estimación. Otro parámetro para el estudio de la función renal, es la albuminuria. Sin embargo, sólo el 23% de esta población cuenta con esta medición, a pesar de que se ha documentado ampliamente la importancia del mismo (Ilustración 36).

Ilustración 36. Distribución porcentual de la TFGe y los niveles de albuminuria en la población con HTA. Colombia 2015.



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



En el año 2013, KDIGO planteo una nomenclatura para el pronóstico de la ERC en términos de riesgo. A pesar de que ésta se planteó para las personas con ERC (anormalidades estructurales o funcionales del riñón presentes por más de 3 meses, con complicaciones para la salud), a continuación, se presenta este cuadro de riesgo para la población con solo hipertensión de acuerdo a los datos reportados en la estructura, esta tabla debe ser interpretada con precaución, dado que con la información disponible no es posible determinar la presencia de daño renal. El objetivo de presentar dicho cuadro de riesgo (Tabla 22), es dimensionar el estado de la población, con los niveles de TFGe y albuminurias actuales, suponiendo la presencia de daño renal para identificar aquellos grupos que necesitan algunas intervenciones puntuales.

Es importante mencionar que el 42,3% de la población con HTA no cuenta con ninguno de estos dos indicadores, por lo cual no es posible determinar algún grado de riesgo. La información disponible permite establecer que el 16,8% se encuentra en bajo riesgo de progresión de la ERC, mientras el 2,9% tiene un riesgo moderado.

Tabla 22. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con HTA. Colombia. 2015.

Albuminuria/ TFGe		Sin dato	A1	A2	A3	Total
SD	Sin TFG	742871 (42,3%)	21214 (1,2%)	28698 (1,6%)	291 (0,0%)	793074 (45,1%)
G1	≥90	239136 (13,6%)	112487 (6,4%)	13561 (0,8%)	77 (0,0%)	365261 (20,8%)
G2	60-89	298362 (17,0%)	183040 (10,4%)	22601 (1,3%)	92 (0,0%)	504095 (28,7%)
G3a	45-59	43156 (2,5%)	13269 (0,8%)	3091 (0,2%)	43 (0,0%)	59559 (3,4%)
G3b	30-44	21688 (1,2%)	4769 (0,3%)	1875 (0,1%)	36 (0,0%)	28368 (1,6%)
4	15-29	5274 (0,3%)	694 (0,0%)	409 (0,0%)	24 (0,0%)	6401 (0,4%)
Total		1350487 (76,9%)	335473 (19,1%)	70235 (4,0%)	563 (0,0%)	1756758 (100%)

- Bajo Riesgo
- Moderado Riesgo
- Alto Riesgo
- Muy alto riesgo

Un aspecto relevante para mostrar es que sólo al 39,5% de las personas con HTA, le fueron formuladas estatinas dentro de su plan terapéutico. Además, al 25,9% le formularon IECA, siendo más formulados los medicamentos ARA II. El 7% de esta población tiene enfermedad coronaria documentada (Tabla 23).



Tabla 23. Distribución de frecuencias del consumo de IECA, ARAII, estatinas y la presencia de enfermedad coronaria en la población con HTA.

Característica	IECA		ARA II		Estatinas		Enfermedad Coronaria	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	455.216	25,9	734032	41,8	1697	39,5	3886	93,0
No formulado	728.964	41,5	528999	30,1	2604	60,5	291	7,0
Formulado, pero no recibió	228	0,0	181	0,0	NA	NA	NA	NA
No aplica	48.750	2,8	46941	2,7	NA	NA	NA	NA
Sin dato	523.600	29,8	446605	25,4	NA	NA	NA	NA
Total	1.756.758	100,0	1756758	100,0	4301	100,0	4177	100,0

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

A continuación, se presentan los indicadores de nefroprotección que fueron seleccionados como relevantes para medir en este grupo poblacional (Tabla 24).

Tabla 24. Indicadores de nefroprotección en población con sólo HTA. Colombia. 2015.

Indicador	Control de la presión arterial en <60 años	Control de la presión arterial en ≥60 años	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
	TA <140/90	TA <150/90	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² /año
Estandar	<40%	<40%	<40%	<30%	<50%	<40%	<40%	<40%
	40-60%	40-60%	40-60%	30-50%	50-70%	40-60%	40-80%	40-50%
	>60%	>60%	>60%	>50%	>70%	>60%	>80%	>50%
CCF007	57,3	77,8	17,2	73,1	0,6	0,3	44,0	sc
CCF009	56,4	62,6	20,0	29,4	31,2	0,6	43,6	50,0
CCF015	25,9	27,3	6,9	68,0	26,8	0,2	10,8	sc
CCF018	9,6	9,9	1,4	16,2	0,7	0,1	24,0	33,3
CCF023	36,3	48,1	28,7	13,0	35,5	21,0	57,5	sc
CCF024	58,3	65,1	60,8	36,5	69,7	42,1	33,0	70,4
CCF027	45,2	62,6	31,7	27,0	36,3	5,6	35,0	0,0
CCF033	50,0	57,8	2,6	40,3	3,9	0,1	11,7	sc
CCF049	54,9	68,2	25,0	35,0	32,2	0,0	31,7	24,3
CCF053	47,1	58,6	9,0	48,9	56,3	0,5	22,0	sc
CCF055	54,5	62,3	1,6	35,3	1,5	0,0	13,7	sc
CCF101	48,3	63,9	0,1	0,0	0,1	0,0	43,5	0,0
CCF102	40,8	54,7	22,9	41,5	32,5	3,0	34,2	0,0
EAS016	35,9	42,0	53,3	49,8	67,9	64,7	19,7	72,5
EAS027	27,3	28,4	6,4	36,4	28,9	1,0	10,6	49,5
EPS001	81,5	89,5	73,9	38,8	71,9	62,8	30,7	68,0
EPS002	78,1	87,4	6,6	28,7	73,9	74,4	20,4	65,6
EPS003	60,5	75,1	21,2	23,7	61,6	5,8	24,3	0,0
EPS005	39,1	47,9	54,0	34,0	62,4	17,6	29,0	69,8
EPS008	76,7	85,7	11,4	34,3	75,5	29,3	18,2	69,8
EPS010	60,6	67,4	10,1	49,6	71,4	8,4	18,1	73,3
EPS012	74,0	81,8	6,9	33,3	0,0	0,9	22,0	50,0
EPS013	48,4	63,6	25,7	28,6	48,4	6,3	17,7	0,0
EPS016	74,1	83,3	29,5	39,5	67,3	37,6	22,9	65,3
EPS017	45,3	53,1	37,8	30,0	42,6	27,8	24,8	38,6
EPS018	55,5	62,8	0,7	38,4	0,2	0,1	24,1	20,8
EPS020	29,6	36,6	1,8	31,9	0,0	0,1	20,2	sc
EPS022	26,2	33,7	6,2	24,2	12,2	0,3	38,2	sc
EPS023	54,7	68,4	22,5	24,1	68,0	7,6	18,3	22,2
EPS025	76,8	85,3	6,4	27,8	7,4	0,0	13,1	sc
EPS033	27,9	42,1	5,6	38,9	0,3	1,3	22,6	50,0



Tabla 24. (Continuación)

Indicador	Control de la presión arterial		Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina		Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
	Control de la presión arterial en <60 años	Control de la presión arterial en ≥60 años	Control de LDL	Meta de LDL	Ultimo año	Ultimo año	Ultimo año	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90	TA <150/90	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² /año
EPS037	72,4	80,1	45,0	38,4	56,4	42,4	23,3	53,1	
EPSI01	65,3	74,2	66,6	35,9	75,5	2,1	31,9	85,7	
EPSI02	11,2	11,9	0,1	42,9	0,1	0,0	97,9	sc	
EPSI03	45,7	60,5	60,8	34,9	35,8	27,9	31,4	50,0	
EPSI04	57,3	67,8	0,9	0,0	0,9	0,9	26,4	sc	
EPSI05	51,1	66,9	39,8	29,3	42,9	18,4	31,2	0,0	
EPSI06	60,5	65,7	15,5	33,2	11,5	0,0	32,9	sc	
EPSS03	59,8	77,9	33,8	17,3	72,1	1,2	34,4	0,0	
EPSS33	30,0	40,2	4,8	28,3	0,1	1,3	34,1	sc	
EPSS34	6,8	17,0	0,4	32,4	0,0	0,0	11,7	96,7	
EPSS40	65,9	74,9	40,3	31,9	57,2	4,9	28,2	61,0	
ESS002	63,1	74,8	24,6	30,1	48,5	1,1	34,3	23,4	
ESS024	55,5	62,7	31,7	36,9	45,0	7,3	29,0	44,8	
ESS062	19,4	28,1	2,6	27,4	3,0	0,4	32,4	23,1	
ESS076	52,0	51,4	30,2	39,8	22,8	26,3	65,7	82,8	
ESS091	44,0	48,3	28,9	31,8	38,0	0,8	33,7	75,0	
ESS118	8,2	6,9	1,0	26,8	0,1	0,3	11,3	0,0	
ESS133	54,0	61,7	20,6	32,8	36,7	2,6	31,7	0,0	
ESS207	70,8	79,0	47,7	36,5	43,7	6,7	30,1	30,3	
18000	100,0	sc	0,0	0	100,0	0,0	0,0	sc	
54000	37,0	58,8	0,0	0	0,0	0,0	28,8	sc	
68000	41,7	25,0	50,0	25,0	56,3	0,0	12,5	sc	
RES003	66,3	76,0	29,9	42,0	40,9	13,1	23,0	66,0	
RES007	77,8	85,2	49,4	32,8	46,1	10,8	18,1	sc	
RES011	82,1	92,2	55,2	55,4	50,5	5,4	28,5	sc	
RES014	81,6	89,4	51,2	36,5	69,1	13,8	27,6	sc	
Total	55,3	63,0	26,6	34,4	48,6	17,9	24,5	65,2	

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

3.5.1.2. Población con Diabetes Mellitus (sin HTA y sin ERC)

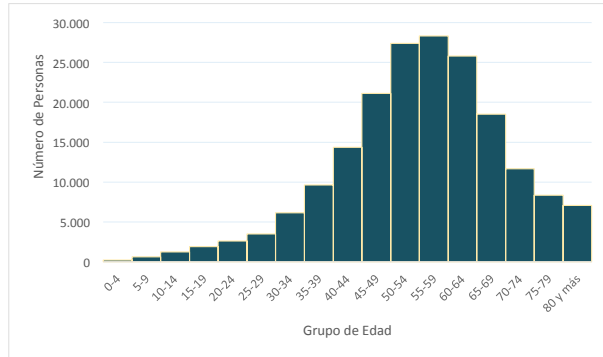
Características de la población

188.462 personas fueron reportadas a la Cuenta de Alto Costo con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus como factor de riesgo conocido para ERC, correspondiendo el 53% a mujeres. En la ilustración 37 se presenta la distribución de frecuencias de la edad en esta población. De forma general, puede observarse que, aunque hay casos en todas las edades, a partir de los 35 años se presenta un aumento en el número, conociéndose que 5 de cada 100 personas con esta enfermedad tiene edades comprendidas entre los 35 y 39 años. Esta situación resulta preocupante, ya que el inicio temprano a esta exposición, pone a esta población a un mayor riesgo para el desarrollo de otras enfermedades asociadas como las enfermedades cardiovasculares o la ERC. Asociando la edad en la cual aumenta el número de los casos, podría decirse que corresponde a personas con DM tipo 2, la cual es producto de un estilo de vida poco saludable, entre otros aspectos, pero que puede ser intervenido para controlar la enfermedad.



Ilustración 37. Distribución de frecuencias de la edad en la población con diabetes mellitus. Colombia. 2015.

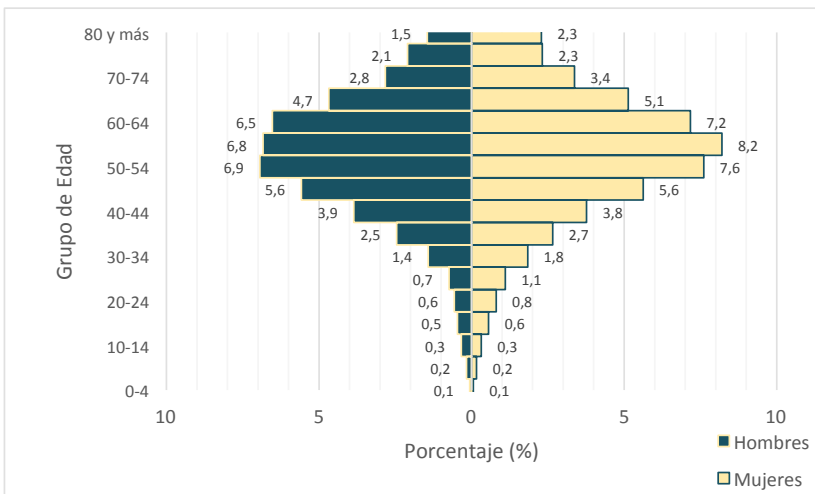
Grupo de Edad	n	%
0-4	219	0,1
5-9	619	0,3
10-14	1.232	0,7
15-19	1.919	1,0
20-24	2.590	1,4
25-29	3.477	1,8
30-34	6.145	3,3
35-39	9.641	5,1
40-44	14.372	7,6
45-49	21.110	11,2
50-54	27.421	14,6
55-59	28.349	15,0
60-64	25.816	13,7
65-69	18.495	9,8
70-74	11.676	6,2
75-79	8.334	4,4
80 y más	7.047	3,7
Total	188.462	100,0



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

La distribución por edad y sexo de la población con diabetes mellitus en el país se presenta en la ilustración 38. Puede observarse como en los primeros años, no se evidencian diferencias porcentuales entre ambos sexos, sin embargo, a partir de los 20 años, las diferencias se comienzan a notar, presentándose un mayor porcentaje de casos en mujeres en relación a los hombres, siendo más marcadas estas diferencias a partir de los 50 años.

Ilustración 38. Pirámide de la población con diabetes mellitus. Colombia. 2015.



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



De la población reportada, el 68,7% pertenece al régimen contributivo y sólo el 0,3% pertenecen a otros regímenes diferentes al contributivo o subsidiado.

Respecto al tipo de diabetes mellitus que tienen las personas, se encontró que el 12,6% son tipo 1, el 81,4% son tipo 2 y desconociéndose en el porcentaje restante el tipo de diabetes. Es importante aclarar, que esta información se obtuvo a través de las variables adicionales que se recolectan en el proceso de auditoría, por lo cual esta información se obtuvo a partir de 338 casos, y debe ser interpretada con cautela.

Teniendo en cuenta la distribución geográfica de los casos, el 21,6% se encuentra localizado en la ciudad de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia (13,5%), Valle del Cauca (9,3%) y Atlántico (6,3%), tabla 25.

Tabla 25. Distribución de frecuencias de los casos de DM por departamentos en Colombia. 2015.

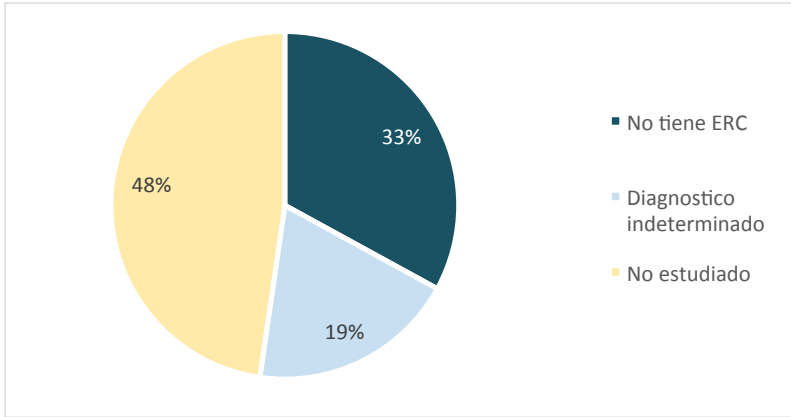
Departamento	n	%	Departamento	n	%
Antioquia	25.453	13,5	Norte De Santander	5.081	2,7
Atlántico	11.844	6,3	Quindío	3.211	1,7
Bogotá, D.C.	40.403	21,4	Risaralda	5.016	2,7
Bolívar	7.480	4	Santander	9.718	5,2
Boyacá	4.744	2,5	Sucre	2.759	1,5
Caldas	2.615	1,4	Tolima	5.060	2,7
Caquetá	1.059	0,6	Valle Del Cauca	17.426	9,3
Cauca	3.095	1,6	Arauca	525	0,3
Cesar	2.947	1,6	Casanare	1.458	0,8
Córdoba	5.037	2,7	Putumayo	853	0,5
Cundinamarca	9.787	5,2	San Andrés	163	0,1
Chocó	456	0,2	Amazonas	149	0,1
Huila	6.736	3,6	Guainía	70	0
La Guajira	1.611	0,9	Guaviare	322	0,2
Magdalena	3.841	2	Vaupés	13	0
Meta	5.334	2,8	Vichada	59	0
Nariño	4.137	2,2			
Total País (188.462)					

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Teniendo en cuenta lo anterior, se analizó el estudio realizado a los pacientes con DM en el país para determinar la presencia de ERC, observándose de forma preocupante que el 48% de esta población, no ha sido estudiada para determinar la presencia o ausencia de ERC, siendo descartada esta patología hasta el momento en el 33% de los casos (Ilustración 39).



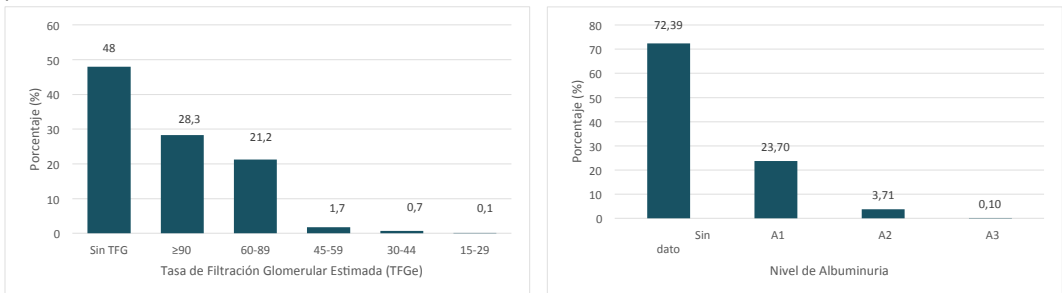
Ilustración 39. Distribución porcentual del estudio realizado para determinar la presencia de ERC en la población con DM. Colombia. 2015.



Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Dos indicadores importantes para el estudio y diagnóstico de la ERC, son la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y la presencia de albuminuria. Según la KDIGO los niveles de albuminuria se clasifican así: A1 (<30 mg/g), A2 (30-300 mg/g) y A3 (>300 mg/g). En la ilustración 40, se presenta la distribución porcentual de la TFGe y los niveles de albuminuria en la población con diabetes. Es notorio el gran porcentaje de pacientes en quienes desconocen los niveles de estos indicadores, lo que se relaciona con el alto porcentaje de pacientes no estudiados presentado en la ilustración anterior. Es importante resaltar, que la identificación de la ERC en estadios tempranos, puede mejorar el pronóstico de la enfermedad y evitar la progresión, como varias fuentes lo han documentado.

Ilustración 40. Distribución porcentual de la TFGe y los niveles de Albuminuria en la población con DM. Colombia 2015.



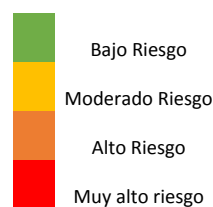
Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Respecto al cuadro de riesgo que se presenta continuación, lo más llamativo es el gran porcentaje de casos en los cuales se desconocen ambos parámetros (44,6%), aproximadamente la mitad de la población no cuenta con la medición de estos indicadores, y aunque estos no son exclusivos para el diagnóstico de la ERC, si son necesarios para el establecimiento del mismo. Este cuadro de riesgo (Tabla 26), también permite identificar que el 21,2% de la población tendría un bajo riesgo de progresión de la ERC (si la misma existiera y si no se tuvieran de forma concomitante otros marcadores de daño renal).

Tabla 26. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con DM. Colombia. 2015.

TFGe/Albuminuria		Sin dato	A1	A2	A3	Total
SD	Sin TFG	83.967 (44,6%)	3.573 (1,9%)	2756 (1,5%)	96 (0,1%)	90392 (48%)
G1	≥90	28.023 (14,9%)	23.005 (12,2%)	2264 (1,2%)	45 (0,0%)	53337 (28,3%)
G2	60-89	21.165 (11,2%)	17.031 (9%)	1794 (1%)	41 (0,0%)	40031 (21,2%)
G3a	45-59	2.210 (1,2%)	771 (0,4%)	219 (0,1%)	14 (0,0%)	3214 (1,7%)
G3b	30-44	857 (0,5%)	263 (0,1%)	105 (0,1%)	4 (0,0%)	1229 (0,7%)
4	15-29	212 (0,1%)	31 (0,0%)	14 (0,0%)	2 (0,0%)	259 (0,1%)
Total		136.434 (72,4%)	44.674 (23,7%)	7152 (3,8%)	202 (0,1%)	188462 (100%)



En la tabla 27 se presenta el consumo de medicamentos IECA, ARA II y estatinas en la población con DM, además de la presencia de enfermedad coronaria en esta población. Se destaca el bajo porcentaje de casos que reciben estos medicamentos, conociéndose su importante impacto en la protección renal (IECA-ARAII) en los pacientes con DM, independiente de la presencia de HTA; y de las estatinas para el control lipídico. La presencia de enfermedad coronaria documentada de forma concomitante con la DM se presentó en el 4,3% de los casos en los cuales se contó con la información.



Tabla 27. Distribución de frecuencias del consumo de IECA, ARAII, estatinas y la presencia de enfermedad coronaria en la población con DM.

Característica	IECA		ARA II		Estatinas ⁴		Enfermedad Coronaria	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	6.263	3,3	6931	3,7	126	29,5	18	4,3
No formulado (No, para enf. coronaria)	49.888	26,5	49209	26,1	301	70,5	404	95,7
Formulado, pero no recibió	19	0,0	98	0,1	NA	NA	NA	NA
No aplica	100.954	53,6	101280	53,7	NA	NA	NA	NA
Sin dato	31.338	16,6	30944	16,4	NA	NA	NA	NA
Total	188.462	100,0	188462	100,0	427	100,0	422	100,0

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

NA: No aplica

Lo anterior muestra de algún modo el panorama general de la población y la atención a las personas con DM, sin embargo, para hacerse una idea de lo que está ocurriendo más específicamente en esta población, a continuación, se presentan los indicadores de nefroprotección en cada una de las entidades aseguradoras que reportaron pacientes con DM a la Cuenta de Alto Costo (Tabla 28).

Tabla 28. Indicadores de nefroprotección en población con sólo DM. Colombia. 2015.

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
	TA <140/90 mmHg	Últimos 6 meses	HbA1c < 7%	Último año	LDL ≤100 mg/DL	Último año	Último año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
Estandar	<40%	<40%	<30%	<40%	<30%	<50%	<40%	<20%	<40%
	40-60%	40-60%	30-50%	40-60%	30-50%	50-70%	40-80%	20-30%	40-50%
	>60%	>60%	>50%	>60%	>50%	>70%	>80%	>30%	>50%
CCF007	38,9	14,7	28,6	15,8	40,0	0,0	0,0	50,5	sc
CCF009	75,6	0,0	0,0	14,0	8,3	20,9	1,2	36,0	sc
CCF015	82,2	1,2	83,3	9,1	65,9	68,5	0,2	31,1	sc
CCF018	9,9	1,3	42,9	3,0	31,3	1,3	0,2	14,6	50,0
CCF023	43,8	13,8	5,5	20,3	16,0	23,5	0,3	60,8	sc
CCF024	66,9	22,2	29,8	59,6	39,4	69,7	0,0	33,5	71,7
CCF027	88,2	5,9	66,7	37,3	21,1	11,8	2,0	37,3	0,0
CCF033	65,1	4,1	33,3	3,4	100,0	2,7	0,7	16,4	sc
CCF049	73,0	10,1	56,3	47,2	49,3	68,6	0,6	31,4	0,0
CCF053	69,9	7,5	31,8	20,5	55,0	44,2	0,3	25,7	20,0
CCF055	70,2	0,6	0,0	0,6	50,0	0,8	0,3	10,6	sc
CCF101	55,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	42,2	sc
CCF102	67,9	1,2	0,0	0,0	0,0	1,2	1,2	75,0	sc
EAS016	35,4	46,8	54,1	49,4	53,8	54,4	1,3	16,5	90,2
EAS027	35,8	21,7	29,2	7,3	32,6	28,2	0,2	13,9	57,1
EPS001	89,8	67,1	50,1	83,1	43,8	81,4	0,1	24,5	60,1
EPS002	92,5	58,8	49,0	8,6	28,6	77,4	0,0	22,8	63,8
EPS003	76,2	7,3	52,3	19,1	29,0	59,7	0,0	23,5	sc
EPS005	29,0	46,8	55,4	52,8	40,2	59,9	0,0	33,4	61,7
EPS008	88,9	64,2	46,6	13,3	36,0	73,2	0,0	21,3	70,2
EPS010	74,4	50,4	50,3	9,8	51,2	70,4	0,0	19,6	63,6
EPS012	88,3	13,3	48,0	6,9	53,8	0,0	0,5	34,0	sc
EPS013	63,1	5,9	37,5	22,7	32,8	47,4	0,0	17,8	0,0
EPS016	85,5	47,7	47,8	29,8	47,0	73,2	0,0	24,3	69,3
EPS017	60,1	30,6	43,1	41,8	36,1	48,7	0,0	25,5	44,3
EPS018	74,0	6,8	46,2	1,0	42,3	0,2	0,0	22,3	0,0
EPS020	50,2	2,0	26,7	4,4	43,9	0,0	0,1	20,4	sc
EPS022	26,9	2,6	40,0	4,1	28,7	12,5	0,0	32,5	sc

⁴ Variable recolectada en el proceso de auditoría.



Tabla 28. (Continuación)

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
EPS023	70,0	1,3	42,4	20,9	32,9	66,4	0,0	18,2	33,3
EPS025	89,0	0,7	66,7	9,4	25,0	12,4	0,2	14,8	0,0
EPS033	31,9	6,4	33,3	6,4	66,7	0,0	2,1	21,3	sc
EPS037	84,1	47,5	39,8	50,3	40,3	59,8	0,0	24,9	55,1
EPSI01	85,4	13,2	32,1	54,2	19,1	68,4	0,5	37,3	83,2
EPSI02	12,8	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	98,2	sc
EPSI03	80,0	43,3	23,1	76,7	42,0	62,2	1,1	16,7	25,0
EPSI04	95,2	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	26,2	sc
EPSI05	88,1	31,3	42,9	35,8	41,7	52,2	1,5	37,3	sc
EPSI06	88,7	5,8	42,1	8,3	37,0	7,6	0,3	16,5	sc
EPSS03	81,8	11,0	32,2	29,9	14,6	70,2	0,0	31,4	sc
EPSS33	48,8	2,0	50,0	4,7	21,9	0,3	0,1	31,9	sc
EPSS34	12,3	0,3	45,0	1,0	47,1	0,0	0,0	8,5	96,7
EPSS40	77,2	11,7	44,5	41,5	39,2	62,4	0,0	29,1	55,0
ESS002	78,2	4,4	37,5	16,5	35,2	43,8	0,2	30,4	0,0
ESS024	62,5	21,0	36,0	30,4	39,4	47,2	0,0	28,1	36,1
ESS062	23,2	1,8	46,7	0,4	27,8	0,5	0,0	33,8	33,3
ESS076	61,8	18,7	24,3	27,9	36,3	18,2	0,0	65,1	87,9
ESS091	54,0	8,9	35,9	25,7	37,2	38,5	0,2	34,6	sc
ESS118	5,3	0,4	46,2	1,0	19,4	0,1	0,0	6,7	50,0
ESS133	60,2	4,8	34,4	18,2	32,4	38,5	0,0	32,2	sc
ESS207	86,2	31,2	34,8	45,6	35,6	51,5	0,0	29,4	50,4
54000	67,3	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	sc
68000	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	sc
RES003	75,8	26,7	47,4	36,2	36,1	41,4	0,2	23,6	79,2
RES007	48,5	24,2	50,0	75,8	44,0	75,8	3,0	18,2	sc
RES011	75,8	100,0	87,9	75,8	60,0	63,6	3,0	30,3	sc
RES014	81,8	9,1	100,0	36,4	0,0	54,5	9,1	18,2	sc
Total	63,2	23,6	45,1	25,8	37,6	48,7	0,0	24,0	63,3

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

3.5.1.3. Población con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus (sin ERC)

Características de la población

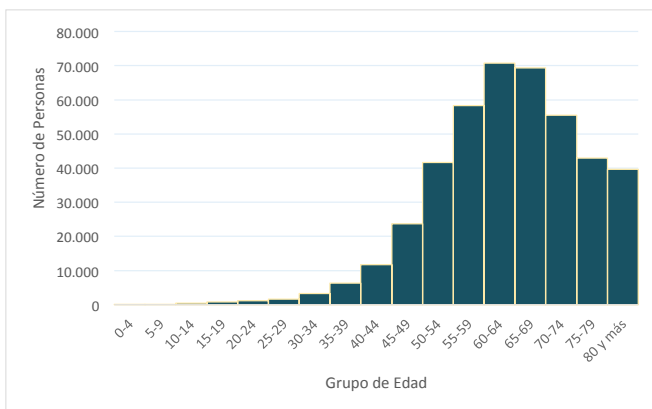
Según la información reportada a la Cuenta de Alto Costo, durante el periodo se identificaron 427.234 personas con HTA y DM de forma concomitante, de los cuales el 62,6% (267.248) son mujeres. A partir de los 35 años, se observa un aumento en el número de casos, presentándose en el grupo etario entre 40 y 49 años, alrededor de 12 casos en el país, lo que significa que de cada 100 personas con HTA+DM, aproximadamente 3 tienen estas edades. El 46,6% de los casos tienen edades comprendidas entre los 55 y los 69 años (Ilustración 41). Este aspecto es relevante dado que es una población que todavía no tiene diagnóstico de ERC, y sobre la cual se deben implementar estrategias para evitar la aparición de la misma y controlar otros factores de riesgo que se van presentando en esta población con el paso del tiempo. El 68,7% pertenece al régimen contributivo y el 30,9% al régimen subsidiado.



El 77,7% de esta población, fue reportada con DM tipo 2, correspondiendo a DM tipo 1 sólo el 8,1%. Se desconoce el tipo de DM en el porcentaje restante. Es importante aclarar, que esta información se obtuvo a través de las variables adicionales que se recolectan en el proceso de auditoría; esta información se obtuvo a partir de 1194 casos, y debe ser interpretada con cautela.

Ilustración 41. Distribución de frecuencias de la edad en la población con HTA+DM. Colombia. 2015.

Grupo de Edad	n	%
0-4	56	0,0
5-9	161	0,0
10-14	421	0,1
15-19	819	0,2
20-24	1.161	0,3
25-29	1.679	0,4
30-34	3.299	0,8
35-39	6.310	1,5
40-44	11.673	2,7
45-49	23.733	5,6
50-54	41.598	9,7
55-59	58.278	13,6
60-64	70.703	16,6
65-69	69.310	16,2
70-74	55.446	13,0
75-79	42.969	10,1
80 y más	39.618	9,3
Total	427.234	100,0

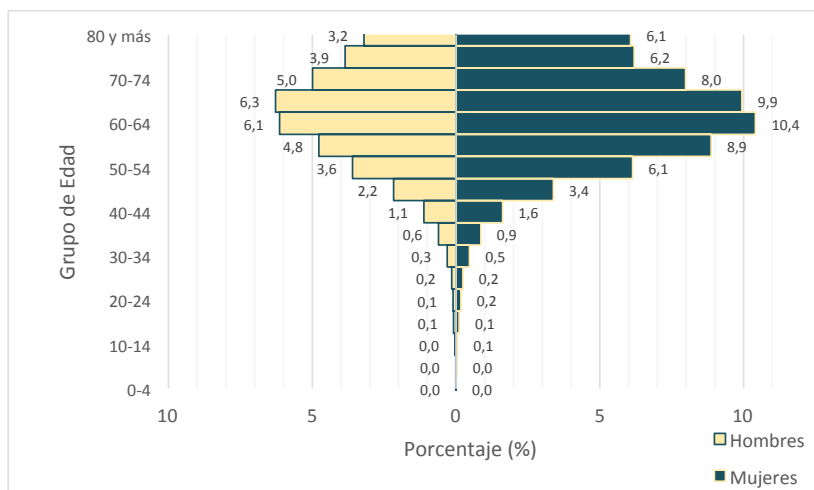


Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

El comportamiento de la población con HTA+DM es completamente diferente al identificado en la población que tiene únicamente alguno de los factores de riesgo. Se puede observar cómo hasta los 35 años, el porcentaje de casos en ambos sexos es similar, presentándose a partir de esta edad un aumento mayor en el número de los casos de mujeres, hasta llegar al grupo etario entre 45 y 49 años, en donde la diferencia porcentual entre hombres y mujeres se hace más evidente, casi duplicando los casos de mujeres respecto a los de los hombres en el grupo de edad de 50 a 54 años y mayores (Ilustración 42). En esta población, por cada hombre con HTA+DM, hay 1,7 mujeres.



Ilustración 42. Pirámide de la población con HTA+DM. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Alrededor del 43% de los casos con HTA+DM en el país se ubica en 2 áreas geográficas: la ciudad de Bogotá (21,9%) y el departamento de Antioquia (21,1%). El Valle del Cauca concentra el 10,2% de esta población (ver tabla 29).

Tabla 29. Distribución de frecuencias de los casos de HTA+DM por departamentos en Colombia. 2015.

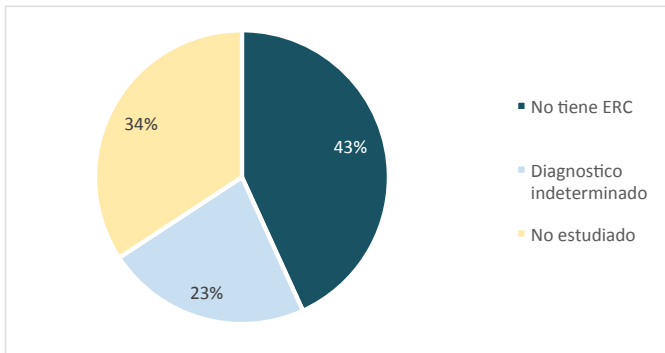
Departamento	n	%	Departamento	n	%
Antioquia	90.029	21,1	Norte De Santander	9.310	2,2
Atlántico	21.590	5,1	Quindío	8.163	1,9
Bogotá, D.C.	93.568	21,9	Risaralda	13.086	3,1
Bolívar	17.356	4,1	Santander	17.647	4,1
Boyacá	8.118	1,9	Sucre	5.376	1,3
Caldas	7.700	1,8	Tolima	10.979	2,6
Caquetá	3.255	0,8	Valle Del Cauca	43.348	10,2
Cauca	7.277	1,7	Arauca	526	0,1
Cesar	4.380	1,0	Casanare	1.291	0,3
Córdoba	9.145	2,1	Putumayo	540	0,1
Cundinamarca	19.486	4,6	San Andrés	297	0,1
Chocó	2612	0,6	Amazonas	96	0,0
Huila	7.523	1,8	Guainía	46	0,0
La Guajira	2.273	0,5	Guaviare	156	0,0
Magdalena	7.109	1,7	Vaupés	2	0,0
Meta	9.036	2,1	Vichada	44	0,0
Nariño	5.870	1,4			
TOTAL País (427.234)					

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Se analizó el estudio realizado a esta población para determinar la presencia o ausencia de ERC. El 43% de esta población fue estudiado y se le descartó la presencia de ERC, encontrándose sin estudiar 34%. El 23% tiene un diagnóstico indeterminado para ERC, es decir, se está estudiando, pero todavía no se ha confirmado o descartado la enfermedad (Ilustración 43).

Ilustración 43. Distribución porcentual del estudio realizado para determinar la presencia de ERC en la población con HTA+DM. Colombia. 2015.

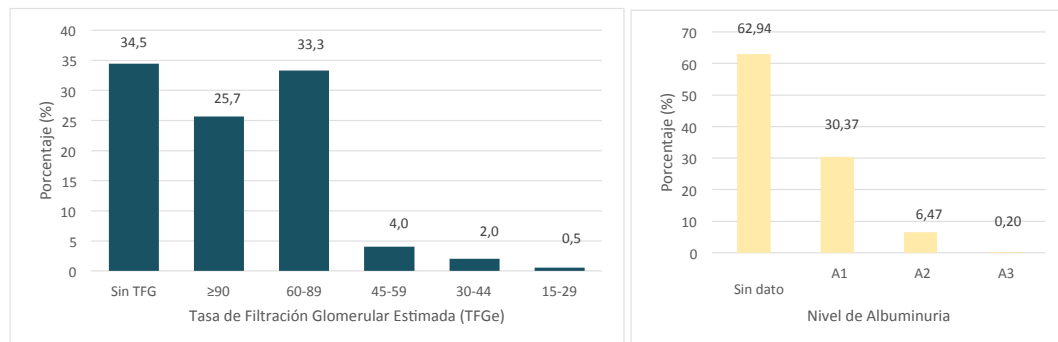


Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En la ilustración 44, se presenta la distribución porcentual de la TFGe y los niveles de albuminuria en la población con diabetes. Respecto a la TFGe, se desconoce en el 34,5% de los casos este parámetro. A pesar de que este porcentaje es menor al identificado en los pacientes con sólo HTA o sólo DM, es una situación preocupante. Llama la atención que 6 de cada 100 personas con HTA+DM, tengan un TFGe entre 30 y 59 ml/min/1,73m² (estadio 3 de ERC, cuando se clasifica teniendo en cuenta la TFGe). Aún más relevante es que de cada 100 personas con HTA+DM, se disponga del dato de albuminuria únicamente en el 37% de los casos.



Ilustración 44. Distribución porcentual de la TFGe y los niveles de Albuminuria en la población con HTA+DM. Colombia 2015.

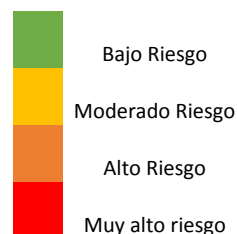


Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

El cuadro de riesgo que se presenta en la tabla 30, proporciona una fotografía de la situación antes mencionada. Se desconoce la información de ambos parámetros en el 30,3% de los casos. Si esta población tuviera daño funcional o estructural del riñón, el 5,1% tendría riesgo moderado de progresión de la ERC. En alrededor de 1400 personas, los niveles de TFGe y albuminuria confluyen para clasificarlos en población con muy alto riesgo de progresión si tuvieran ERC establecida.

Tabla 30. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con HTA+DM. Colombia. 2015.

TFGe/Albuminuria		Sin dato	A1	A2	A3	Total
SD	Sin TFG	129.572 (30,3%)	8593 (2%)	8646 (2%)	401 (0,1%)	147212 (34,5%)
G1	≥90	55.088 (12,9%)	47682 (11,2%)	6803 (1,6%)	136 (0,1%)	109709 (25,7%)
G2	60-89	65.955 (15,4%)	66075 (15,5%)	10015 (2,3%)	160 (0,0%)	142205 (33,3%)
G3a	45-59	10.694 (2,5%)	5178 (1,2%)	1297 (0,3%)	81 (0,0%)	17250 (4,0%)
G3b	30-44	5871 (1,4%)	1923 (0,5%)	724 (0,2%)	65 (0,0%)	8583 (2,0%)
4	15-29	1744 (0,4%)	311 (0,1%)	185 (0,0%)	35 (0,0%)	2275 (0,5%)
Total		268924 (62,9%)	129762 (30,4%)	27670 (6,5%)	878 (0,2%)	427234 (100%)





De la población reportada con HTA+DM, el 27,5% recibe IECA y el 44,6% recibe ARAII, desconociéndose si existen pacientes que consuman ambos medicamentos de forma concomitante. Es importante notar que en un importante porcentaje de casos estos medicamentos no fueron formulados (IECA, 38,4% y ARAII, 27,6%), sin embargo, esto debe ser interpretado con cuidado debido a que no se establece para este análisis la relación entre el consumo concomitante de los mismos.

Por otro lado, a través del proceso de auditoría de la calidad realizado, se pudo obtener información del consumo de estatinas de 1152 casos con HTA+DM, de los cuales el 55,1% recibe este medicamento. Adicionalmente se pudo establecer que el 10,2% de esta población tiene de forma concomitante a la HTA y la DM, un diagnóstico documentado de enfermedad coronaria (Tabla 31).

Tabla 31. Distribución de frecuencias del consumo de IECA, ARAII, estatinas y la presencia de enfermedad coronaria en la población con HTA+DM.

Característica	IECA		ARA II		Estatinas ⁵		Enfermedad Coronaria	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	117.506	27,5	190.630	44,6	635	55,1	1008	89,8
No formulado (No, para enfermedad coronaria)	164.065	38,4	118.080	27,6	517	44,9	115	10,2
Formulado, pero no recibió	217	0,1	1245	0,3	NA	NA	NA	NA
No aplica	16.034	3,8	14.419	3,4	NA	NA	NA	NA
Sin dato	129.412	30,3	102.860	24,1	NA	NA	NA	NA
Total	427.234	100,0	427.234	100,0	1152	100	1123	100

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

A continuación, se presentan los indicadores de nefroprotección en esta población (Tabla 32).

⁵ Variable recolectada en el proceso de auditoría.



Tabla 32. Indicadores de nefroprotección en población con sólo HTA+DM. Colombia. 2015

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
Característica	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
Estandar	<40%	<40%	<30%	<40%	<30%	<50%	<40%	<40%	<40%
	40-60%	40-60%	30-50%	40-60%	30-50%	50-70%	40-60%	40-80%	40-50%
	>60%	>60%	>50%	>60%	>50%	>70%	>60%	>80%	>50%
CCF007	49,4	33,1	30,4	32,6	79,5	2,1	27,2	52,7	0,0
CCF009	49,6	0,0	0,0	19,1	23,4	28,9	0,4	33,3	sc
CCF015	32,6	0,9	96,8	20,5	70,9	46,1	0,1	21,4	sc
CCF018	8,5	0,6	25,0	1,6	54,5	1,1	0,1	22,6	0,0
CCF023	28,7	12,4	14,9	28,0	15,9	33,9	23,1	60,6	sc
CCF024	59,8	26,5	25,4	69,1	53,7	78,3	55,2	25,6	70,7
CCF027	42,7	14,0	4,8	34,0	25,5	36,7	5,3	28,7	0,0
CCF033	59,0	7,0	15,8	6,2	41,2	7,0	0,0	19,8	sc
CCF049	71,4	5,2	50,9	21,8	42,2	29,6	0,8	31,2	30,0
CCF053	53,2	26,2	39,2	12,3	51,4	54,4	4,6	18,1	16,7
CCF055	53,3	0,2	0,0	1,7	30,0	1,7	0,0	14,6	sc
CCF101	43,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	56,1	sc
CCF102	63,2	0,0	0,0	0,6	71,4	0,9	0,4	70,0	sc
EAS016	41,6	56,2	62,0	64,7	67,6	74,2	63,8	14,6	69,2
EAS027	20,9	28,6	35,2	9,1	46,2	33,3	2,0	8,0	48,1
EPS001	87,4	59,3	62,8	75,8	54,1	71,4	63,6	25,6	55,8
EPS002	82,9	60,5	56,2	8,5	38,9	78,0	81,3	13,5	63,2
EPS003	68,6	10,8	51,7	24,4	38,3	71,5	19,9	19,4	0,0
EPS005	58,5	46,5	60,2	62,6	49,0	73,6	32,3	24,4	61,7
EPS008	77,9	72,8	51,8	13,0	48,5	83,8	46,4	12,1	65,3
EPS010	68,4	56,3	56,6	13,9	58,5	84,5	38,5	13,4	65,0
EPS012	72,9	23,6	45,9	10,0	47,8	0,0	5,2	17,5	0,0
EPS013	62,7	8,2	44,0	30,4	39,7	58,7	16,0	17,5	0,0
EPS016	78,1	40,9	55,5	31,4	49,1	70,7	48,9	19,8	64,6
EPS017	57,0	26,1	52,3	66,5	39,3	65,6	26,1	17,1	49,5
EPS018	61,3	3,0	40,3	1,0	47,6	0,2	0,7	18,5	11,1
EPS020	51,8	1,2	28,1	2,7	42,9	0,1	1,1	23,4	sc
EPS022	39,1	2,4	40,7	10,0	40,8	19,4	1,5	33,0	sc
EPS023	66,7	0,4	57,1	31,3	42,7	78,7	28,1	15,5	75,0
EPS025	82,2	0,0	0,0	9,5	35,0	10,5	0,2	17,8	sc
EPS033	34,7	2,0	0,0	6,1	33,3	0,0	0,0	20,4	sc
EPS037	78,1	51,0	48,5	52,9	47,8	67,7	51,0	17,4	52,8
EPSI01	59,8	25,3	50,0	60,3	36,2	65,5	3,9	34,5	81,9
EPSI02	16,1	0,2	50,0	0,1	0,0	0,1	0,0	97,4	sc
EPSI03	67,2	26,2	40,6	52,5	48,4	36,1	32,8	24,6	sc
EPSI04	55,0	2,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	17,5	0,0
EPSI05	63,9	19,4	52,9	36,5	43,8	39,2	15,2	25,9	sc
EPSI06	58,2	15,0	43,5	28,8	34,1	19,6	0,0	26,8	sc
EPSS03	64,7	20,0	56,1	36,4	17,1	75,1	0,9	31,9	sc
EPSS33	40,8	1,5	50,0	2,6	29,2	0,0	0,2	23,4	sc
EPSS34	13,7	0,8	59,2	2,9	38,2	0,1	0,1	13,8	97,1
EPSS40	10,9	12,0	51,1	44,6	40,9	64,1	13,0	22,6	56,1
ESS002	67,4	7,4	45,5	21,0	33,6	46,5	2,6	28,3	0,0
ESS024	49,8	19,2	48,9	38,9	43,7	55,5	16,7	21,9	39,6
ESS062	33,5	4,0	35,8	1,7	40,2	1,7	0,6	34,2	20,0
ESS076	47,7	22,5	20,8	39,4	35,3	28,0	31,5	56,6	78,5
ESS091	42,1	7,4	31,8	32,5	37,2	44,7	2,1	26,9	0,0
ESS118	5,5	0,8	30,6	1,3	30,7	0,1	0,6	7,1	0,0
ESS133	56,1	4,9	30,7	23,8	41,7	46,9	4,3	26,7	0,0
ESS207	71,6	24,6	34,2	52,4	43,0	59,8	29,2	26,5	45,5
54000	58,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,9	sc
68000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	sc
RES003	65,9	20,6	51,4	30,7	49,0	48,9	18,4	19,2	61,8
RES007	70,4	17,5	47,2	61,7	52,8	61,2	44,7	10,7	sc
RES011	77,9	100,0	75,0	72,1	67,3	79,4	17,6	30,9	sc
RES014	67,4	41,9	61,1	46,5	40,0	74,4	25,6	16,3	sc
Total	63,5	31,7	51,7	36,3	44,8	60,1	31,0	19,9	62,9

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



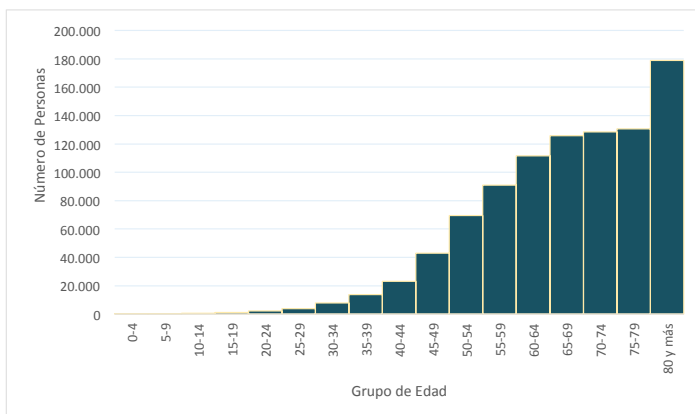
3.5.2. Población con ERC establecida

Características de la población

Teniendo en cuenta el reporte realizado por las entidades aseguradoras para el año 2015 a la Cuenta de Alto Costo, se identificaron 931.427 casos de ERC sin TRR en el país. En la ilustración 45, se presenta la distribución de frecuencias de la edad en la población con ERC sin TRR. 12 de cada 100 personas con ERC que no están en TRR se encuentran en edades comprendidas entre los 60 y 64 años, siendo el grupo de edad de 80 y más años, el que predomina (19,2%).

Ilustración 45. Distribución de frecuencias de la edad en la población con ERC sin TRR. Colombia. 2015.

Grupo de Edad	n	%
0-4	128	0,0
5-9	305	0,0
10-14	540	0,1
15-19	1.089	0,1
20-24	2.164	0,2
25-29	3.920	0,4
30-34	7.860	0,8
35-39	13.830	1,5
40-44	23.277	2,5
45-49	42.877	4,6
50-54	69.396	7,5
55-59	90.842	9,8
60-64	111.495	12,0
65-69	125.803	13,5
70-74	128.354	13,8
75-79	130.554	14,0
80 y más	178.993	19,2
Total	931.427	100,0

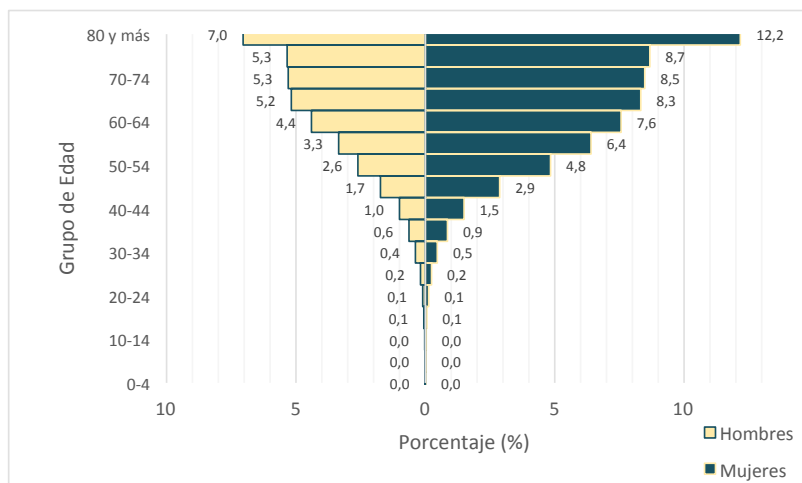


Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En la ilustración 46, se presenta la pirámide de población con ERC sin TRR en Colombia. Nótese como a partir de los 45 años se observa un mayor porcentaje de mujeres respecto a los hombres. Por cada hombre con ERC sin TRR, hay 1,7 mujeres.



Ilustración 46. Pirámide de la población con ERC sin TRR. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

El 64% de esta población se encuentra afiliada al régimen contributivo. Los casos se concentran en el departamento del Valle del Cauca (21,3%), seguido por Bogotá (17,3%) y Antioquia (15,1%), ver tabla 33.

Tabla 33. Distribución de frecuencias de los casos de ERC sin TRR por departamentos en Colombia. 2015.

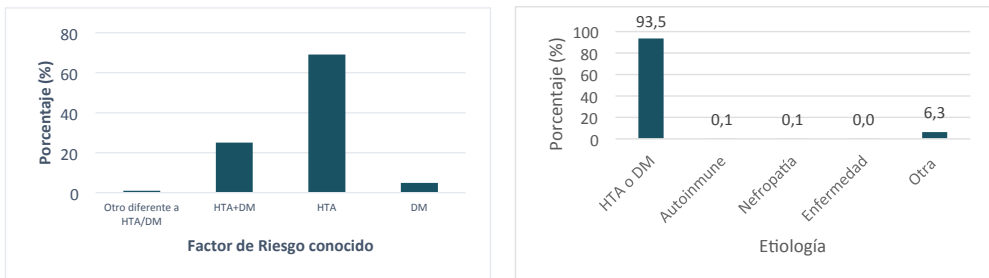
Departamento	n	%	Departamento	n	%
Antioquia	140.181	15,1	Norte De Santander	16.468	1,8
Atlántico	38.725	4,2	Quindío	15.910	1,7
Bogotá, D.C.	161.423	17,3	Risaralda	30.684	3,3
Bolívar	43.891	4,7	Santander	42.665	4,6
Boyacá	20.514	2,2	Sucre	10.508	1,1
Caldas	39.684	4,3	Tolima	19.927	2,1
Caquetá	2.487	0,3	Valle Del Cauca	197.905	21,3
Cauca	24.618	2,6	Arauca	2284	0,3
Cesar	12.553	1,4	Casanare	625	0,1
Córdoba	12.587	1,4	Putumayo	2001	0,2
Cundinamarca	27.080	2,9	San Andrés	781	0,1
Chocó	424	0,1	Amazonas	391	0,0
Huila	9.644	1,0	Guainía	85	0,0
La Guajira	4.274	0,5	Guaviare	467	0,1
Magdalena	13.486	1,5	Vaupés	60	0,0
Meta	10.670	1,2	Vichada	305	0,0
Nariño	28.120	3,0			
TOTAL País (931.427)					

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



El 69,1% de la población con ERC sin TRR tiene como factor de riesgo conocido la hipertensión arterial, seguido en porcentaje por tener como factor de riesgo hipertensión arterial y diabetes mellitus de forma concomitante (25%) (Ilustración 47). Correspondiendo lo anterior, con la etiología reportada (al 93,5% de los casos se le atribuye como causa de la ERC, la presencia de HTA o DM).

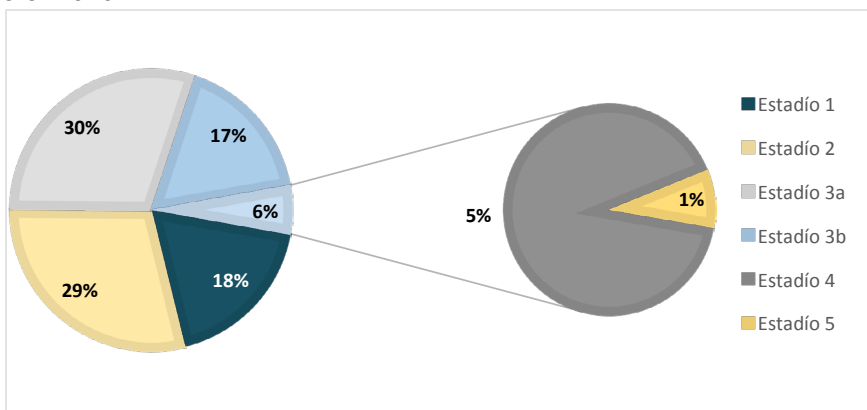
Ilustración 47. Distribución porcentual de los casos de ERC sin TRR según el factor de riesgo conocido y la etiología de la ERC.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En la ilustración 48, se presenta el estadio de la ERC en la población que no está en TRR. Puede observarse que el 47% se encuentra en estadios iniciales (estadio 1 o 2) por lo cual, es un grupo que es potencialmente intervenible y en el cual a través de algunas acciones puede detenerse y retrasarse el progreso de la ERC.

Ilustración 48. Distribución porcentual del estadio en la población con ERC sin TRR. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



En la tabla 34, se presenta el cuadro de pronóstico de la ERC teniendo en cuenta los niveles de la TFGe y los niveles de albuminuria reportados en esta población. Cabe destacar que se desconoce en el 62,7% los niveles de albuminuria, por lo cual no es posible estimar el pronóstico de la ERC. El 7,5% de la población se encuentra clasificada por bajo riesgo, el 16,2% como moderado riesgo y el 5,1% de alto riesgo. Este grupo poblacional que ya tiene instaurada la ERC, debería tener un seguimiento y control más estricto. Evitar que estos pacientes requieran terapia de reemplazo renal, debería ser uno de los objetivos de las entidades aseguradoras a cargo de estos pacientes.

Tabla 34. Cuadro de riesgo de ERC según la TFGe y la albuminuria en población con ERC sin TRR. Colombia. 2015

TFGe/ Albuminuria		Sin dato	A1	A2	A3	Total
SD	Sin TFGe	3 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (0,0%)
G1	≥90	110838 (11,9%)	30246 (3,3%)	24683 (2,7%)	5819 (0,6%)	171586 (18,4%)
G2	60-89	191560 (20,6%)	38662 (4,2%)	32012 (3,4%)	7495 (0,8%)	269729 (29%)
G3a	45-59	159746 (17,2%)	94093 (10,1%)	23484 (2,5%)	1681 (0,2%)	279004 (30%)
G3b	30-44	27251 (2,9%)	11463 (1,2%)	6417 (0,7%)	1431 (0,2%)	46562 (5%)
4	15-29	3971 (0,4%)	269 (0,0%)	225 (0,0%)	85 (0,0%)	4550 (0,5%)
5	< 15	90554 (9,7%)	50926 (5,5%)	16804 (1,8%)	1707 (0,2%)	159991 (17,2%)
Total		583923 (62,7%)	225659 (24,2%)	103627 (11,1%)	18218 (2,0%)	931427 (100%)

- Bajo Riesgo
- Moderado Riesgo
- Alto Riesgo
- Muy alto riesgo

A continuación, se presentan los casos con ERC sin TRR según la entidad aseguradora (Tabla 35). De forma general puede observarse que algunas entidades tienen un alto porcentaje de su población en estadíos iniciales, versus otras entidades quienes tienen la mayoría de sus pacientes en estadíos 3 o 4.

Aunque no es posible asegurar que una mala gestión por parte de las aseguradoras ha llevado a que sus pacientes progresen hasta estadíos avanzados de la enfermedad, éste si es un aspecto influyente para que se presente este desenlace. Múltiples factores influyen en el desarrollo de la ERC, entre los cuales se encuentran la falta de programas de promoción de estilos de vida saludable para el control de diversos factores de riesgo y la ausencia de programas de protección renal específica.



Tabla 35. Distribución de frecuencias de los casos de ERC sin TRR según el estadio de ERC en cada entidad aseguradora.

Estadio ERC	Estadio 1		Estadio 2		Estadio 3		Estadio 4		Estadio 5		Total	
Entidad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CCF007	2.148	20,1	4.358	40,8	3.994	37,4	191	1,8	0	0,0	10.691	100,0
CCF009	496	21,2	1.221	52,3	573	24,5	44	1,9	1	0,0	2.335	100,0
CCF015	12	40,0	1	3,3	7	23,3	4	13,3	6	20,0	30	100,0
CCF018	1.438	22,0	2.339	35,8	2.521	38,6	228	3,5	3	0,0	6.529	100,0
CCF023	112	47,1	95	39,9	24	10,1	6	2,5	1	0,4	238	100,0
CCF024	5	0,5	37	4,0	410	44,4	454	49,2	17	1,8	923	100,0
CCF027	148	12,4	464	38,9	523	43,9	57	4,8	0	0,0	1.192	100,0
CCF033	284	19,6	572	39,4	549	37,9	38	2,6	7	0,5	1.450	100,0
CCF053	4	2,7	15	10,1	90	60,8	39	26,4	0	0,0	148	100,0
CCF055	845	19,7	1.483	34,6	1.722	40,1	213	5,0	29	0,7	4.292	100,0
CCF101	662	18,2	1.366	37,6	1.452	40,0	151	4,2	0	0,0	3.631	100,0
CCF102	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	100,0
EAS016	158	18,3	204	23,6	471	54,6	30	3,5	0	0,0	863	100,0
EAS027	3.235	26,7	3.729	30,8	4.651	38,4	488	4,0	7	0,1	12.110	100,0
EPS001	1.938	34,9	2.097	37,7	1.352	24,3	171	3,1	0	0,0	5.558	100,0
EPS002	16.244	28,3	15.729	27,4	22.850	39,8	2.468	4,3	166	0,3	57.457	100,0
EPS003	708	15,3	1.215	26,2	2.293	49,4	369	8,0	56	1,2	4.641	100,0
EPS005	3.056	15,5	6.393	32,5	9.417	47,8	814	4,1	11	0,1	19.691	100,0
EPS008	1.448	6,8	2.109	9,9	16.625	77,7	1.154	5,4	51	0,2	21.387	100,0
EPS010	5.194	16,2	11.037	34,4	14.351	44,7	1.429	4,5	80	0,2	32.091	100,0
EPS012	14.495	48,8	10.085	34,0	4.622	15,6	471	1,6	8	0,0	29.681	100,0
EPS013	1.888	11,5	3.261	19,9	9.404	57,3	1.524	9,3	322	2,0	16.399	100,0
EPS016	52.412	34,7	56.607	37,5	38.636	25,6	3.137	2,1	166	0,1	150.958	100,0
EPS017	5.966	16,3	11.309	30,9	17.701	48,3	1.646	4,5	3	0,0	36.625	100,0
EPS018	14.896	26,3	30.383	53,7	10.697	18,9	599	1,1	2	0,0	56.577	100,0
EPS020	12.387	20,8	20.930	35,2	20.840	35,0	2.392	4,0	2.914	4,9	59.463	100,0
EPS022	26	26,5	14	14,3	35	35,7	23	23,5	0	0,0	98	100,0
EPS023	564	20,5	838	30,5	1.166	42,4	155	5,6	27	1,0	2.750	100,0
EPS025	3	33,3	0	0,0	0	0,0	1	11,1	5	55,6	9	100,0
EPS033	546	30,7	679	38,2	509	28,6	43	2,4	0	0,0	1.777	100,0
EPS037	280	0,2	648	0,4	136.177	90,9	12.660	8,5	2	0,0	149.767	100,0
EPSI01	35	3,9	49	5,5	802	90,0	5	0,6	0	0,0	891	100,0
EPSI02	0	0,0	3	11,5	9	34,6	13	50,0	1	3,8	26	100,0
EPSI03	10	0,6	744	45,4	876	53,4	8	0,5	1	0,1	1.639	100,0
EPSI04	194	28,2	278	40,3	195	28,3	21	3,0	1	0,1	689	100,0
EPSI05	1	0,6	40	24,7	82	50,6	39	24,1	0	0,0	162	100,0
EPSI06	73	9,1	338	42,2	350	43,7	37	4,6	3	0,4	801	100,0
EPSS03	512	21,9	916	39,2	760	32,5	125	5,3	25	1,1	2.338	100,0
EPSS33	4.110	24,5	6.151	36,7	5.909	35,2	596	3,6	1	0,0	16.767	100,0
EPSS34	1.030	3,4	22.403	75,0	5.853	19,6	571	1,9	10	0,0	29.867	100,0
EPSS40	1.301	6,8	6.407	33,6	9.844	51,6	1.542	8,1	1	0,0	19.095	100,0



Tabla 35. (Continuación)

Estadio ERC Entidad	Estadio 1		Estadio 2		Estadio 3		Estadio 4		Estadio 5		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESS002	95	30,0	70	22,1	102	32,2	39	12,3	11	3,5	317	100,0
ESS024	1.974	5,7	3.609	10,3	24.342	69,7	4.985	14,3	27	0,1	34.937	100,0
ESS062	10.362	19,8	19.866	38,0	20.115	38,5	1.898	3,6	4	0,0	52.245	100,0
ESS076	4	3,0	25	18,8	50	37,6	54	40,6	0	0,0	133	100,0
ESS091	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
ESS118	9.744	19,5	17.856	35,7	20.396	40,8	1.904	3,8	111	0,2	50.011	100,0
ESS133	5	0,0	17	0,1	14.476	88,9	1.663	10,2	122	0,7	16.283	100,0
ESS207	284	2,3	700	5,6	9.294	74,6	1.828	14,7	354	2,8	12.460	100,0
RES003	240	9,0	574	21,6	1.630	61,3	213	8,0	1	0,0	2.658	100,0
RES007	5	0,7	456	65,5	218	31,3	17	2,4	0	0,0	696	100,0
RES011	3	6,8	9	20,5	26	59,1	5	11,4	1	2,3	44	100,0
68000	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Total	171.581	18,4	269.729	29,0	438.995	47,1	46.562	5,0	4.560	0,5	931.427	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

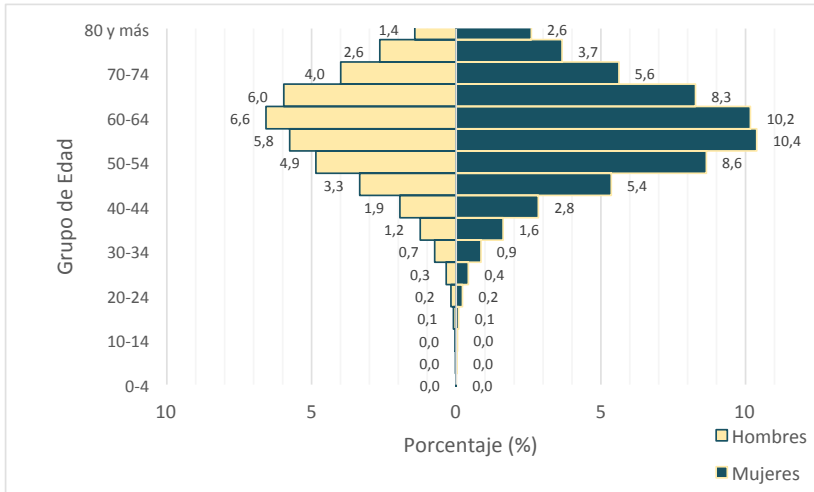
3.5.2.1. Población con ERC estadio 1 – 2

ERC Estadio 1 y 2

Pertencientes a estos estadios de la ERC, fueron reportadas 441.310 personas, de las cuales el 61% se encontraban en estadio 2 (TFG 60-89 ml/min/1,73m²). Estos dos estadios se analizan de forma conjunta debido a que las características de riesgo y las intervenciones a realizar son similares. El 60% de esta población corresponde a personas del sexo femenino, encontrándose una razón mujer:hombre de 1,5:1. En la ilustración 49, se presenta la distribución por edad y sexo de este grupo poblacional. Notorio es el mayor porcentaje de casos del sexo femenino respecto al masculino a partir de los 40 años, haciéndose más evidencia en los grupos etarios de 55 a 59 años y de 60 a 65 años.



Ilustración 49. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 1-2. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Programas de Nefroprotección

Un aspecto preocupante en esta población, es que sólo el 21,9% fue reportada como incluida en un programa de protección renal. Lo que pone de manifiesto la necesidad de estructurar programas específicos que articulen la atención a estos pacientes y que realicen intervenciones de salud y seguimiento a las mismas en pro de retrasar la progresión de la ERC.

Consumo de IECA-ARAI

Sumado a lo anterior, una intervención reconocida globalmente para proteger la función renal es la administración de medicamentos IECA o ARAII, los cuales han sido reconocidos como nefroprotectores independiente de la acción hipotensora que llevan a cabo. En la tabla 36, se presenta la relación entre los IECA y ARA II en esta población. El 30,2% y el 22% de la población recibió ARAII y IECA respectivamente.



Tabla 36. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 1-2 sin TRR.

IECA / ARA II	Si		No formulado		Formulado, pero no recibió		No aplica		Sin dato		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	20.921	4,7	67.872	15,4	9	0,0	1.495	0,3	6.720	1,5	97.017	22,0
No formulado	101.112	22,9	101.215	22,9	11	0,0	367	0,1	5.058	1,1	207.763	47,1
Formulado, pero no recibió	145	0,0	10	0,0	31	0,0	0	0,0	61	0,0	247	0,1
No aplica	2.066	0,5	98	0,0	3	0,0	16.206	3,7	69	0,0	18.442	4,2
Sin dato	8.894	2,0	203	0,0	109	0,0	1.450	0,3	107.185	24,3	117.841	26,7
Total	133.138	30,2	169.398	38,4	163	0,0	19.518	4,4	119.093	27,0	441.310	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Factores de riesgo e indicadores de nefroprotección

Como factores de riesgo conocidos en esta población se sabe que el 67,7% tiene diagnóstico de HTA, el 24% de HTA+DM y el 7,1% de DM. Además, el 9,5% tiene enfermedad coronaria de forma concomitante.

En la tabla 37, se presentan los indicadores de nefroprotección en la población sin TRR con ERC estadios 1 o 2.

Tabla 37. Indicadores de Nefroprotección en población con ERC estadios 1-2 sin TRR

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
Estandar	<40%	<40%	<30%	<40%	<30%	<50%	<40%	<20%	<40%
	40-60%	40-60%	30-50%	40-60%	30-50%	50-70%	40-60%	20-30%	40-50%
	>60%	>60%	>50%	>60%	>50%	>70%	>60%	>30%	>50%
CCF007	64,8	16,4	42,7	53,5	57,3	100,0	14,2	43,0	sc
CCF009	56,4	0,0	0,0	54,4	28,4	99,9	0,9	27,9	sc
CCF015	7,7	7,7	100,0	76,9	20,0	100,0	7,7	23,1	sc
CCF018	24,8	2,8	51,0	23,7	32,1	31,2	1,4	23,1	sc
CCF023	73,9	8,2	58,8	45,9	41,1	100,0	1,4	18,4	sc
CCF024	87,8	2,4	0,0	24,4	60,0	87,8	7,3	36,6	80,0
CCF027	60,0	5,7	28,6	50,8	26,7	55,6	17,0	20,3	sc
CCF033	57,9	0,8	57,1	1,8	33,3	6,8	0,5	22,2	sc
CCF053	63,2	31,6	50,0	68,4	61,5	100,0	47,4	10,5	66,7
CCF055	59,3	2,3	9,3	28,3	35,0	62,2	0,3	10,7	sc
CCF101	65,7	6,8	71,7	42,3	11,7	45,1	7,1	23,3	sc
EAS016	27,9	6,9	52,0	36,5	37,1	40,3	17,1	21,3	75,0
EAS027	67,3	10,1	52,1	19,6	34,8	66,4	9,0	23,2	25,0
EPS001	88,7	21,3	62,0	86,4	44,0	100,0	46,9	24,6	88,9
EPS002	84,1	21,8	45,0	11,0	32,8	100,0	72,1	19,3	65,0
EPS003	69,0	2,4	56,5	10,4	31,5	99,7	93,1	20,8	sc
EPS005	67,8	25,9	58,0	85,9	42,3	99,9	35,3	19,4	67,4
EPS008	76,6	41,6	34,4	23,0	48,8	100,0	56,0	15,1	60,7
EPS010	77,4	14,8	54,5	14,2	51,5	88,5	19,5	18,1	66,9
EPS012	82,1	17,9	48,9	36,7	42,8	78,6	29,3	17,9	sc
EPS013	59,1	2,7	33,1	34,0	34,0	99,1	88,1	17,3	sc
EPS016	81,5	13,5	54,4	44,3	45,7	82,2	32,3	20,8	sc
EPS017	57,8	14,4	50,2	65,9	38,4	100,0	6,7	19,0	61,0
EPS018	74,7	13,6	61,1	52,6	41,7	99,9	9,5	20,5	85,7
EPS020	60,5	2,6	35,4	33,3	37,1	53,8	2,0	19,0	sc
EPS022	81,6	7,9	0,0	23,7	33,3	81,6	0,0	18,4	sc
EPS023	60,5	0,9	53,8	10,2	32,9	99,6	92,2	15,0	sc
EPS025	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	sc
EPS033	20,2	7,5	43,5	25,1	31,6	12,5	5,5	24,1	sc



Tabla 37. (Continuación)

Indicador	Control de la presión arterial		Control de la HbA1c		Control de LDL		Meta de LDL		Toma de Creatinina		Toma de Albuminuria		Control IMC		Sin pérdida de la TFG	
	Característica	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	Ultimo año	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año			
EPS037	70,7	50,1	26,9	82,4	42,0	99,7	94,5	16,6	31,3							
EPSI01	61,9	16,7	0,0	98,8	19,3	98,8	8,3	27,4	sc							
EPSI02	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	sc							
EPSI03	49,3	11,8	32,6	89,4	31,0	94,3	44,7	31,2	sc							
EPSI04	70,5	7,3	26,5	58,3	26,4	94,7	26,1	21,2	sc							
EPSI05	78,3	0,0	0,0	4,3	0,0	26,1	0,0	39,1	40,0							
EPSI06	61,8	10,2	42,9	66,2	44,5	63,0	0,2	27,7	sc							
EPSS03	63,6	17,1	32,8	65,4	16,6	85,5	85,7	21,9	sc							
EPSS33	28,4	2,8	41,0	33,6	34,5	21,4	1,5	23,2	sc							
EPSS34	25,2	0,5	48,4	5,8	37,9	2,9	0,3	31,0	98,1							
EPSS40	75,7	2,8	46,3	26,5	36,2	41,6	9,7	22,5	79,3							
ESS002	63,6	0,6	0,0	24,2	30,0	93,3	0,0	28,5	sc							
ESS024	57,7	17,8	49,6	65,1	37,7	82,9	37,4	24,4	sc							
ESS062	51,3	5,0	45,1	17,7	33,7	36,0	2,9	22,6	77,8							
ESS076	78,6	0,0	0,0	32,1	44,4	92,9	7,1	28,6	75,0							
ESS091	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	sc							
ESS118	67,1	8,9	43,5	18,4	31,5	68,1	13,6	19,3	sc							
ESS133	63,6	0,0	0,0	54,5	58,3	100,0	4,5	18,2	sc							
ESS207	62,2	39,9	31,6	88,0	40,8	98,6	83,6	26,7	35,7							
RES003	63,0	16,8	43,1	57,1	42,4	83,4	17,3	17,9	53,3							
RES007	77,0	14,6	85,1	80,9	45,2	99,6	31,3	20,2	sc							
RES011	66,7	16,7	50,0	100,0	83,3	100,0	16,7	16,7	sc							
Total	68,3	11,8	50,7	36,0	41,1	73,6	23,3	21,2	66,4							

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

3.5.2.2. Población con ERC estadio 3

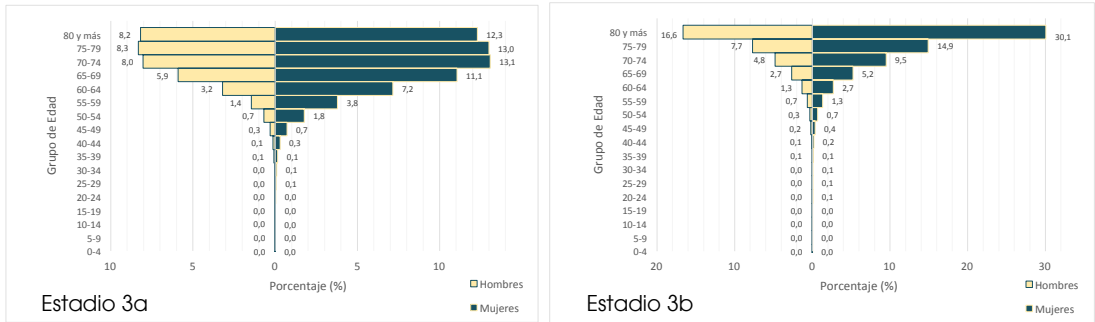
ERC Estadio 3a y 3b

Las características de los estadio 3a y 3b en términos de riesgo son diferentes por lo cual se analizan comparativamente. En estadio 3, fueron reportados 438.995 personas de las cuales 279.004 son estadio 3a y 159.991 son estadio 3b. En cada uno de estos grupos, alrededor del 65% son mujeres.

En la ilustración 50, se presenta la pirámide poblacional de estos grupos. Puede notarse que hay un predominio del sexo femenino en ambos grupos, sin embargo, el porcentaje de personas de 80 años y más, es mayor en el estadio 3b, siendo 30 de cada 100 personas en este estadio mujeres de 80 y más años, versus el estadio 3a, en donde este grupo etario las mujeres son 12 de cada 100. De forma general, la población en estadio 3a, es más joven que la población en estadio 3b.



Ilustración 50. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 3a y 3b. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Programas de Nefroprotección

El 54,4% de la población en estadio 3a fue reportada como incluida en un programa de nefroprotección, versus el 54,9% de la población en estadio 3b. Estos porcentajes se observan superiores a lo identificado en los pacientes con ERC estadio 1-2, contrario a lo que se esperaría debido a la mayor posibilidad que tienen los estadios iniciales para retrasar la progresión de la enfermedad.

Consumo de IECA-ARAI

En la población con ERC estadio 3a, se identificó que el 46,3% sí recibió ARAI y el 25,3% recibió IECA. Llama la atención, que el 8,1% reportó haber recibido los dos medicamentos, situación que ha sido contraindicada en este grupo de pacientes. En los pacientes con ERC estadio 3b, el porcentaje de población que recibió estos medicamentos es similar a lo identificado en la población con ERC estadio 3a, estando recibiendo ambos medicamentos el 9,2% (Tabla 38).



Tabla 38. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 3a y 3b sin TRR.

	ARA II IECA	SI		No formulado		Formulado, pero no recibió		No aplica		Sin dato		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estadio 3a	SI	22.594	8,1	29.408	10,5	7	0,0	1.509	0,5	16.997	6,1	70.515	25,3
	No formulado	54.646	19,6	41.056	14,7	7	0,0	98	0,0	968	0,3	96.775	34,7
	Formulado, pero no recibió	18	0,0	4	0,0	46	0,0	1	0,0	103	0,0	172	0,1
	No aplica	5.128	1,8	24	0,0	0	0,0	7.357	2,6	55	0,0	12.564	4,5
	Sin dato	46.873	16,8	68	0,0	33	0,0	660	0,2	51.344	18,4	98.978	35,5
	Total	129.259	46,3	70.560	25,3	93	0,0	9.625	3,4	69.467	24,9	279.004	100,0
Estadio 3b	SI	14.698	9,2	14.943	9,3	6	0,0	840	0,5	9.216	5,8	39.703	24,8
	No formulado	31.908	19,9	22.682	14,2	2	0,0	50	0,0	518	0,2	55.160	34,5
	Formulado, pero no recibió	13	0,0	2	0,0	22	0,0	2	0,0	64	0,0	103	0,1
	No aplica	2.962	1,9	9	0,0	0	0,0	3.819	2,4	29	0,0	6.819	4,3
	Sin dato	28.239	17,7	61	0,0	19	0,0	416	0,3	29.471	10,6	58.206	36,4
	Total	77.820	48,6	37.697	23,6	49	0,0	5.127	3,2	39.298	14,1	159.991	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Factores de riesgo e indicadores de Nefroprotección

En esta población el 70% tiene como factor de riesgo conocido la hipertensión arterial, teniendo sólo el 3% de la población diabetes mellitus. Por otro lado, a partir del proceso de auditoría, pudo identificarse la información sobre la presencia de enfermedad coronaria en 877 personas en estadio 3a y 534 personas en estadio 3b, de las cuales el 11,7% y el 14,2% tienen documentado el diagnóstico de enfermedad coronaria, respectivamente. Los indicadores de nefroprotección en esta población, se presentan a continuación.

Tabla 39. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC estadio 3a sin TRR.

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c <7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimos 3 meses	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
Estandar	● <40%	● <40%	● <30%	● <40%	● <30%	● <50%	● <40%	● <20%	● <40%
	● 40-60%	● 40-60%	● 30-50%	● 40-60%	● 30-50%	● 40-70%	● 40-60%	● 20-30%	● 40-50%
	● >40%	● >60%	● >50%	● >60%	● >50%	● >70%	● >60%	● >30%	● >50%
CCF007	● 65,6	● 16,3	● 46,0	● 58,2	● 60,3	● 16,3	● 13,8	● 60,4	● sc
CCF009	● 61,6	● 0,0	● 0,0	● 70,9	● 40,3	● 99,4	● 0,6	● 51,8	● sc
CCF015	● 25,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 25,0	● 0,0	● 0,0	● sc
CCF018	● 23,5	● 1,5	● 70,8	● 22,9	● 27,1	● 6,9	● 1,7	● 43,8	● 100,0
CCF023	● 58,8	● 0,0	● 0,0	● 58,8	● 20,0	● 47,1	● 29,4	● 35,3	● sc
CCF024	● 74,5	● 3,1	● 20,0	● 25,5	● 51,2	● 84,5	● 25,5	● 34,2	● 70,0
CCF027	● 60,1	● 4,2	● 28,6	● 49,2	● 32,9	● 18,0	● 11,7	● 35,1	● sc
CCF033	● 59,9	● 0,0	● 0,0	● 2,7	● 55,6	● 1,5	● 0,0	● 47,0	● sc
CCF053	● 81,1	● 21,6	● 37,5	● 78,4	● 62,1	● 100,0	● 70,3	● 27,0	● sc
CCF055	● 56,8	● 2,2	● 8,7	● 24,8	● 29,2	● 19,6	● 0,2	● 16,4	● sc
CCF101	● 63,9	● 13,9	● 83,6	● 33,9	● 19,1	● 14,4	● 19,1	● 46,5	● sc
EAS016	● 35,4	● 18,6	● 58,5	● 56,6	● 61,6	● 30,0	● 58,3	● 42,6	● 100,0
EAS027	● 78,8	● 12,4	● 53,0	● 23,8	● 42,9	● 28,5	● 12,7	● 37,0	● 66,7
EPS001	● 89,2	● 25,9	● 65,9	● 75,7	● 45,2	● 100,0	● 65,3	● 49,7	● 100,0
EPS002	● 85,9	● 17,6	● 54,8	● 10,4	● 42,6	● 100,0	● 34,7	● 43,1	● 77,4
EPS003	● 76,2	● 3,9	● 53,3	● 34,1	● 33,6	● 97,0	● 21,3	● 34,5	● sc
EPS005	● 65,9	● 20,2	● 67,7	● 79,5	● 45,6	● 46,4	● 37,3	● 42,3	● 77,7



Tabla 39. (Continuación)

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c <7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimos 3 meses	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
EPS008	81,2	15,7	53,7	21,7	47,3	51,2	33,1	37,0	77,2
EPS010	75,3	18,1	59,2	13,8	61,5	75,9	15,7	23,7	87,4
EPS012	83,8	16,1	55,6	32,8	46,3	17,8	29,3	41,3	50,0
EPS013	64,0	4,1	43,8	47,3	40,4	99,3	19,2	24,7	sc
EPS016	82,6	16,5	60,8	41,5	51,6	51,2	41,6	35,1	sc
EPS017	68,2	14,8	56,3	72,4	41,7	28,1	39,3	37,7	78,2
EPS018	74,9	13,3	66,8	55,5	47,9	5,3	11,1	24,7	85,7
EPS020	59,4	2,2	34,5	32,3	38,4	13,4	1,9	38,2	sc
EPS022	66,7	6,7	100,0	26,7	50,0	26,7	0,0	26,7	sc
EPS023	64,0	0,7	50,0	35,5	34,5	99,6	27,1	18,4	sc
EPS033	40,6	8,1	57,7	25,9	33,7	13,1	5,6	34,4	sc
EPS037	80,6	20,7	51,0	70,4	43,1	36,8	71,7	38,4	64,3
EPSI01	68,6	3,5	44,4	97,8	34,3	18,8	5,7	52,2	sc
EPSI02	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	50,0	sc
EPSI03	44,1	5,5	55,2	88,6	31,6	53,2	42,2	48,9	sc
EPSI04	73,5	8,8	16,7	67,6	31,5	53,7	33,8	43,4	sc
EPSI05	53,3	0,0	0,0	0,0	0,0	26,7	0,0	40,0	87,5
EPSI06	62,2	9,7	52,4	67,3	36,3	18,9	0,0	46,1	sc
EPSS03	64,4	11,8	36,4	56,9	19,6	20,4	80,9	41,2	sc
EPSS33	42,9	2,2	45,0	35,1	35,1	14,2	1,6	44,3	sc
EPSS34	31,8	3,6	53,2	17,4	37,6	11,1	5,0	43,4	100,0
EPSS40	75,7	4,2	55,8	28,5	45,8	19,0	16,9	40,4	80,0
ESS002	80,8	1,9	0,0	42,3	31,8	28,8	0,0	32,7	sc
ESS024	58,4	12,8	60,0	54,2	38,5	22,1	17,6	46,3	100,0
ESS062	50,1	3,7	47,8	18,3	35,3	9,2	2,0	46,1	100,0
ESS076	78,6	0,0	0,0	35,7	60,0	35,7	28,6	35,7	0,0
ESS091	50,0	0,0	0,0	100,0	0,0	50,0	0,0	50,0	sc
ESS118	64,4	7,7	44,6	25,1	35,0	18,9	14,0	39,4	sc
ESS133	56,7	1,4	23,7	49,8	33,3	22,3	6,2	47,3	sc
ESS207	66,6	18,4	38,7	81,6	41,3	60,0	30,7	47,2	0,0
RES003	74,8	13,7	52,0	58,9	48,3	40,9	32,9	37,1	76,9
RES007	73,4	13,3	78,9	80,4	36,5	22,4	28,0	29,4	sc
RES011	83,3	50,0	33,3	83,3	100,0	100,0	16,7	33,3	sc
Total	72,1	14,2	53,8	48,7	42,9	38,7	37,5	38,8	77,6

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Tabla 40. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC estadio 3b sin TRR.

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimos 3 meses	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
Estandar	<40%	<40%	<30%	<40%	<30%	<50%	<40%	<20%	<40%
	40-60%	40-60%	30-50%	40-60%	30-50%	50-70%	40-60%	20-30%	40-50%
	>60%	>60%	>50%	>60%	>50%	>70%	>60%	>30%	>50%
CCF007	63,7	17,6	46,7	63,4	66,3	19,4	13,8	59,8	sc
CCF009	63,9	0,0	0,0	73,6	37,7	98,6	1,4	60,6	sc
CCF015	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	66,7	sc
CCF018	21,5	2,5	45,8	20,0	29,2	5,9	1,1	50,5	0,0
CCF023	57,1	14,3	0,0	28,6	0,0	57,1	0,0	28,6	sc
CCF024	85,1	2,8	14,3	19,3	60,4	93,6	19,3	43,0	81,8
CCF027	55,3	2,6	40,0	58,9	20,5	20,5	12,1	48,9	sc
CCF033	61,9	0,5	100,0	3,7	25,0	3,3	0,5	41,9	sc
CCF053	77,4	30,2	31,3	75,5	77,5	100,0	81,1	34,0	100,0
CCF055	55,0	2,3	0,0	25,5	38,9	23,1	0,0	16,3	sc
CCF101	64,4	19,4	82,5	40,8	22,1	22,7	30,0	50,0	sc
EAS016	34,7	19,0	65,2	57,0	69,6	29,8	61,2	39,7	100,0
EAS027	78,7	12,3	53,7	25,8	41,9	29,3	15,8	43,1	sc
EPS001	90,5	24,8	64,0	60,1	51,8	100,0	58,7	51,2	100,0
EPS002	84,4	14,0	53,9	11,0	49,0	100,0	36,3	48,4	81,7
EPS003	72,8	4,1	50,0	28,3	41,1	97,0	24,9	31,8	sc
EPS005	64,5	20,9	66,7	77,7	48,7	50,9	41,5	49,4	88,4



Tabla 40. (Continuación)

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC	Sin pérdida de la TFG
Característica	TA <140/90 mmHg	Ultimos 6 meses	HbA1c < 7%	Ultimo año	LDL ≤100 mg/DL	Ultimos 3 meses	Ultimo año	IMC [20 - 25]	< 5ml/min/1,73m ² / Año
EPS008	81,2	12,5	46,6	35,1	58,6	48,8	42,3	47,3	84,6
EPS010	77,1	22,1	61,9	15,3	65,6	68,4	23,5	24,8	84,8
EPS012	84,7	17,8	55,5	33,0	52,0	23,0	27,1	45,8	33,3
EPS013	62,1	5,7	33,1	46,9	43,8	99,4	18,5	25,2	sc
EPS016	81,5	17,9	59,3	39,8	56,6	56,7	41,0	40,6	sc
EPS017	68,3	16,1	56,1	70,9	48,7	33,4	37,1	43,9	88,7
EPS018	73,5	17,1	58,3	52,1	54,2	6,6	16,3	28,6	100,0
EPS020	58,8	2,8	38,3	31,9	38,8	14,7	2,6	45,3	sc
EPS022	85,0	0,0	0,0	35,0	42,9	50,0	0,0	35,0	sc
EPS023	62,7	2,8	30,0	37,8	40,7	99,4	25,5	25,2	sc
EPS033	54,0	9,5	61,1	33,9	51,6	18,0	9,5	41,8	sc
EPS037	81,1	20,2	53,5	68,1	46,2	38,6	70,3	47,5	76,8
EPS101	64,7	1,7	100,0	98,6	30,6	28,4	3,8	61,3	sc
EPS102	71,4	0,0	0,0	57,1	50,0	85,7	0,0	71,4	sc
EPS103	39,7	4,0	0,0	87,4	36,8	54,9	44,0	58,3	sc
EPS104	84,2	5,3	28,6	68,4	15,4	49,1	24,6	52,6	sc
EPS105	56,5	0,0	0,0	0,0	0,0	32,6	2,2	56,5	100,0
EPS106	57,9	3,0	100,0	64,7	43,0	14,3	0,0	57,1	sc
EPSS03	63,3	12,2	41,7	60,9	15,6	20,7	72,4	47,6	sc
EPSS33	51,3	2,3	34,0	36,6	37,2	18,7	2,1	49,4	sc
EPSS34	51,4	12,2	55,3	37,8	38,8	28,5	16,5	41,3	100,0
EPSS40	75,0	7,8	52,5	39,3	52,0	34,6	29,0	46,3	75,0
ESS002	48,0	0,0	0,0	34,0	11,8	26,0	0,0	44,0	sc
ESS024	56,1	12,5	59,1	51,9	41,3	22,6	17,1	49,3	100,0
ESS062	49,9	3,5	48,4	18,4	39,4	9,1	2,0	55,2	100,0
ESS076	66,7	13,9	80,0	52,8	73,7	72,2	27,8	41,7	0,0
ESS091	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	sc
ESS118	62,6	6,9	47,6	26,5	38,8	21,1	15,1	49,5	sc
ESS133	55,9	1,4	39,3	49,0	34,8	22,5	6,1	52,7	sc
ESS207	63,2	16,7	41,1	83,7	46,9	64,7	35,2	47,5	37,5
68000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	sc
RES003	73,0	20,7	50,3	67,8	55,2	61,5	52,1	45,6	78,9
RES007	73,3	12,0	55,6	62,7	53,2	26,7	24,0	41,3	sc
RES011	57,1	21,4	100,0	100,0	85,7	100,0	57,1	28,6	sc
Total	71,3	14,0	54,3	48,6	46,4	40,2	37,7	45,9	83,6

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

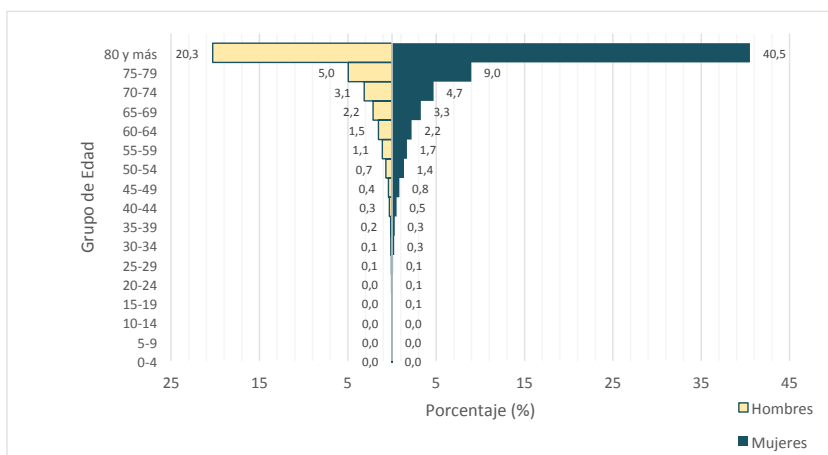
3.5.2.3. Población con ERC estadio 4

Características de la población

En el país hay identificados 46.562 personas con ERC estadio 4 que no están en TRR, de las cuales el 65% son mujeres. En la ilustración 51, se presenta la distribución porcentual de este grupo poblacional. El 40,5% de la población en estadio 4, son mujeres con 80 y más años, siendo el 20,3% hombres de estas mismas edades. Se demuestra así que alrededor del 60% de esta población es mayor de 80 años. El porcentaje restante se encuentra distribuido principalmente en los grupos etarios entre 60 y 79 años.



Ilustración 51. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 4. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

El 54% de esta población se encuentra vinculado a un programa de protección renal. Aproximadamente el 50% de esta población recibió ARAII durante el periodo, el 24,6% recibió IECA y al 36,2% no fue formulado este medicamento dentro del plan terapéutico (tabla 41).

Tabla 41. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 4 sin TRR.

IECA /	ARA II											
	SI		No formulado		nulado, pero no rec		No aplica		Sin dato		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	5.333	11,5	3.794	8,1	1	0,0	189	0,4	2.101	4,5	11.418	24,5
No formulado	9.558	20,5	7.126	15,3	0	0,0	18	0,0	154	0,3	16.856	36,2
Formulado, pero no recibió	9	0,0	0	0,0	6	0,0	0	0,0	16	0,0	31	0,1
No aplica	757	1,6	3	0,0	0	0,0	1.010	2,2	11	0,0	1.781	3,8
Sin dato	7.205	15,5	10	0,0	4	0,0	148	0,3	9.109	19,6	16.476	35,4
Total	22.862	49,1	10.933	23,5	11	0,0	1.365	2,9	11.391	24,5	46.562	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Factores de riesgo e indicadores de nefroprotección

Al igual que el grupo poblacional anterior, el factor de riesgo predominante en esta población es la presencia de hipertensión arterial (66,9%), conociéndose además que el 16,1% de esta población tiene enfermedad coronaria diagnosticada.

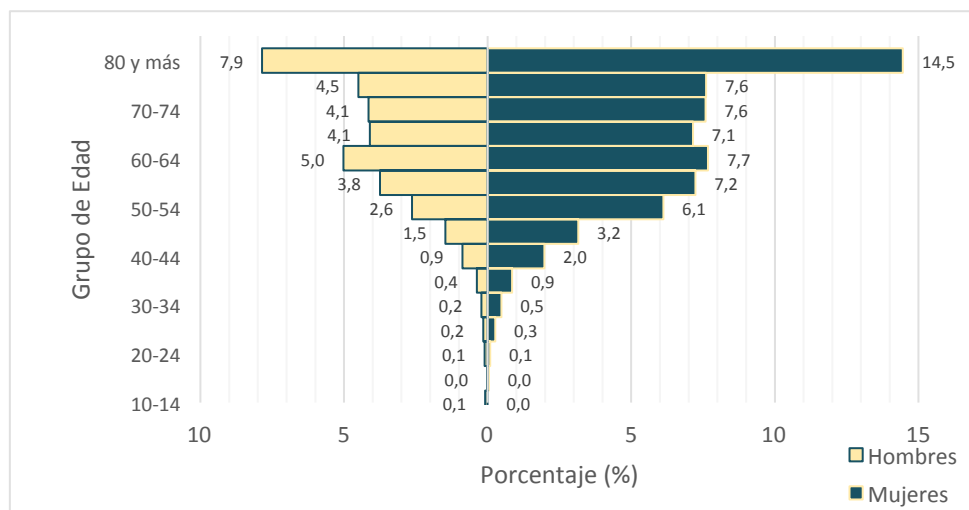


3.5.2.4. Población con ERC estadio 5

Características de la población

Esta población, es la que se ha denominado por algunos como población con envejecimiento renal, ya que a pesar de tener TFG < 15ml/min/1.73m², no requieren de terapia de reemplazo renal para vivir. Con estas características, fueron identificadas 4.560 personas en el país, de las cuales el 65% son mujeres. En la ilustración 52, se presenta la distribución porcentual por edad y sexo de los casos con ERC estadio 5 sin TRR. De cada 100 personas en estadio 5, 14 son mujeres con más de 80 años, duplicando el porcentaje de casos respecto a los hombres en este grupo etario.

Ilustración 52. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 5. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Teniendo en cuenta la información reportada, sólo el 12,5% se encuentra en un programa de protección renal, lo que resulta preocupante ya que pone en un riesgo aun mayor a esta población y pueda requerir TRR en el futuro. Lo anterior, se ve reafirmado en lo relacionado con la prescripción de medicamentos IECA y ARA II debido a su función nefroprotectora. Para destacar, que sólo al 18% de la población le fue formulado medicamentos ARAll, notándose un porcentaje mejor respecto a los IECA (9,5%), ver tabla 43.



Tabla 43. Distribución de frecuencias de los medicamentos IECA y ARA II en población con ERC estadio 5 sin TRR.

IECA	ARA II	Si		No formulado		Formulado, pero no recibió		No aplica		Sin dato		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si		228	5,0	191	4,2	0	0,0	10	0,2	5	0,1	434	9,5
No formulado		551	12,1	569	12,5	1	0,0	1	0,0	1	0,0	1.123	24,6
No aplica		10	0,2	0	0,0	0	0,0	72	1,6	2	0,0	84	1,8
Sin dato		33	0,7	2	0,0	0	0,0	268	5,9	2.616	57,4	2.919	64,0
Total		822	18,0	762	16,7	1	0,0	351	7,7	2.624	57,5	4.560	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Factores de Riesgo e Indicadores de nefroprotección

El 76,5% de la población que se encuentra en este estadio tiene como factor de riesgo conocido la hipertensión arterial, teniendo el 17,6% HTA+DM y el 5,2 DM. Por otro lado, contando con la información disponible de sólo 47 personas pertenecientes a este estadio, que corresponde al 1% de esta población, se pudo conocer que el 6,4% tiene documentado en la historia clínica el diagnóstico de enfermedad coronaria.

Este capítulo, ha documentado las características de la población con ERC estadio 5 sin TRR; a continuación, se presentan los indicadores de nefroprotección en esta población (Tabla 44), además de los indicadores para la población con ERC5 que está recibiendo tratamiento médico (Tabla 45).

Tabla 44. Indicadores de Nefroprotección en población con ERC estadio 5 sin TRR. Colombia. 2015.

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de la HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC
Característica	TA <140/90	Ultimos 6	HbA1c < 8%	Ultimo año	LDL ≤100	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]
Estandar	● <40%	● <30%	● <30%	● <40%	● <30%	● <50%	● <40%	● <40%
	● 40-60%	● 30-50%	● 30-50%	● 40-60%	● 30-50%	● 50-70%	● 40-60%	● 40-80%
	● >60%	● >50%	● >50%	● >60%	● >50%	● >70%	● >60%	● >80%
CCF009	● 0,0	sc	● 0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 100,0
CCF015	● 33,3	● 0,0	● 0	● 66,7	● 50,0	● 16,7	● 0,0	● 50,0
CCF018	● 66,7	● 66,7	● 50,0	● 66,7	● 50,0	● 66,7	● 33,3	● 33,3
CCF023	● 100,0	● 0,0	● 0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 100,0
CCF024	● 41,2	● 0,0	● 0	● 76,5	● 38,5	● 23,5	● 23,5	● 52,9
CCF033	● 71,4	● 0,0	● 0	● 14,3	● 0,0	● 14,3	● 0,0	● 28,6
CCF055	● 69,0	● 0,0	● 0	● 34,5	● 60,0	● 24,1	● 0,0	● 3,4
CCF102	● 50,0	sc	● 0	● 50,0	● 100,0	● 50,0	● 0,0	● 0,0
EAS027	● 71,4	● 100,0	● 0,0	● 28,6	● 50,0	● 71,4	● 0,0	● 42,9
EPS002	● 70,5	● 44,7	● 28,6	● 17,5	● 31,0	● 100,0	● 34,3	● 50,0
EPS003	● 53,6	● 8,3	● 0,0	● 30,4	● 35,3	● 98,2	● 14,3	● 25,0
EPS005	● 63,6	● 50,0	● 50,0	● 100,0	● 45,5	● 90,9	● 0,0	● 81,8
EPS008	● 47,1	● 76,5	● 53,8	● 58,8	● 60,0	● 80,4	● 31,4	● 49,0



Tabla 44. (Continuación)

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de la HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC
	TA <140/90	Ultimos 6	HbA1c < 8%	Ultimo año	LDL ≤100	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]
EPS010	50,0	29,4	20,0	15,0	41,7	47,5	15,0	27,5
EPS012	75,0	0,0	0	37,5	66,7	50,0	0,0	25,0
EPS013	46,9	9,2	38,5	35,1	40,7	99,1	13,0	24,2
EPS016	51,8	62,7	21,3	41,6	50,7	81,9	21,1	45,8
EPS017	0,0	50,0	0,0	33,3	100,0	33,3	0,0	33,3
EPS018	50,0	100,0	0,0	100,0	100,0	50,0	0,0	0,0
EPS020	26,9	7,8	48,5	10,2	31,0	23,5	1,4	3,6
EPS023	63,0	0,0	0	7,4	50,0	96,3	22,2	25,9
EPS025	40,0	0,0	0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0
EPS037	50,0	sc	0	50	100,0	0,0	50,0	0,0
EPSI02	100,0	sc	0	0	0,0	100,0	0,0	0,0
EPSI03	0,0	sc	100	0	0,0	0,0	0,0	0,0
EPSI04	100,0	sc	0	100	100,0	0,0	0,0	0,0
EPSI06	66,7	0,0	0	100,0	33,3	0,0	0,0	0,0
EPSS03	60,0	20,0	0	40,0	30,0	16,0	0,0	60,0
EPSS33	0,0	sc	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
EPSS34	40,0	0,0	0	0,0	0,0	10,0	0,0	20,0
EPSS40	100,0	sc	0	100	0,0	100,0	0,0	0,0
ESS002	45,5	25,0	0,0	18,2	50,0	72,7	27,3	45,5
ESS024	66,7	43,8	28,6	33,3	44,4	51,9	44,4	44,4
ESS062	25,0	sc	0	25	100,0	0,0	0,0	50,0
ESS118	67,6	25,8	37,5	8,1	44,4	23,4	10,8	35,1
ESS133	59,0	21,7	60,0	38,5	34,0	31,1	8,2	48,4
ESS207	48,3	42,0	38,2	83,3	60,3	57,6	42,9	33,1
RES003	100,0	sc	0	100	100,0	100,0	0,0	100,0
RES011	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Total	36,8	21,7	34,8	22,0	45,0	39,6	9,0	15,3

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Tabla 45. Indicadores de Nefroprotección en población con ERC estadio 5 con Terapia médica no dialítica (TRR).

Indicador	Control de la presión arterial	Control de la HbA1c	Meta de la HbA1c	Control de LDL	Meta de LDL	Toma de Creatinina	Toma de Albuminuria	Control IMC
Característica	TA <140/90	Ultimos 6 meses	HbA1c < 8%	Ultimo año	mg/DL	Ultimo año	Ultimo año	IMC [20 - 25]
Estandar	<40% 40-60% >60%	<30% 30-50% >50%	<30% 30-50% >50%	<40% 40-60% >60%	<30% 30-50% >50%	<50% 50-70% >70%	<40% 40-60% >60%	<40% 40-80% >80%
CCF007	33,3	0,0	0,0	33,3	100,0	100,0	0,0	33,3
CCF015	0,0	0,0	0,0	0,0		33,3	0,0	33,3
CCF024	60,0	10,0	0,0	25,0	0,0	75,0	20,0	35,0
CCF027	0,0	0,0	0,0	0,0		50,0	0,0	0,0
CCF053	33,3	100,0	100,0	100,0	50,0	83,3	83,3	83,3
CCF101	71,4	66,7	100,0	57,1	0,0	85,7	57,1	28,6
EAS027	100,0	100,0	100,0	0,0		0,0	100,0	0,0
EPS001	77,8	100,0	100,0	33,3	66,7	88,9	0,0	77,8
EPS002	60,0	0,0	0,0	40,0	100,0	100,0	20,0	60,0
EPS003	50,0	100,0	100,0	0,0		100,0	0,0	75,0
EPS005	53,8	60,0	66,7	51,3	60,0	94,9	2,6	56,4
EPS008	33,3	100,0	66,7	96,3	57,7	100,0	85,2	44,4
EPS010	65,8	71,0	77,3	75,3	70,9	100,0	52,1	45,2
EPS013	52,5	90,0	88,9	75,0	63,3	97,5	12,5	32,5
EPS016	58,2	43,8	71,4	36,4	50,0	74,5	21,8	60,0
EPS017	70,0	65,2	73,3	72,0	66,7	60,0	18,0	62,0
EPS018	70,0	55,6	100,0	85,0	70,6	37,5	25,0	45,0
EPS022	60,0	0,0	0,0	60,0	33,3	100,0	0,0	60,0
EPS023	50,0	66,7	50,0	50,0	0,0	75,0	0,0	50,0
EPS037	66,9	88,9	83,3	81,9	59,5	98,1	55,0	51,9
EPS102	50,0	0,0	0,0	0,0		100,0	0,0	100,0
EPSS03	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
EPSS34	73,5	46,7	71,4	53,1	38,5	83,7	51,0	32,7
EPSS40	62,9	63,2	66,7	42,9	73,3	87,1	60,0	62,9
ESS118	25,0	0,0	0,0	0,0		25,0	0,0	75,0
ESS133	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ESS207	70,6	92,9	46,2	92,6	79,4	95,6	91,2	41,2
RES003	30,8	100,0	100,0	100,0	38,5	100,0	69,2	46,2
Total	62,2	68,2	77,0	67,3	62,3	86,7	44,7	49,8



Tabla 45. (Continuación)

Sin pérdida de la TFG	Indicador	Control del PTH	Meta de PTH	Control de la Hemoglobina	Meta de la Hemoglobina	Control del Fosforo	Meta de control del Fosforo	Control de la Albumina	Meta de control de la Albumina
< 5ml/min/1.73m ² /año	Característica	Ultimos 3 meses	PTH [150-300]	Ultimo mes	Hemoglobina >10g/dl	Ultimo trimestre	Fosforo [2.7-5.5 mg/dl]	Ultimo año	Albumina >3mg/l
<40%		<40%	<40%	<60%	<50%	<60%	<40%	Linea de Base	Linea de Base
40-50%	Estandar	40-60%	40-60%	60-90%	50-80%	60-90%	40-80%	Linea de Base	Linea de Base
>50%		>60%	>60%	>90%	>80%	>90%	>80%		
33.3	CCF007	33.3	33.3	33.3	100.0	33.3	0.0	33.3	0.0
0.0	CCF015	0.0	0.0	33.3	0.0	33.3	100.0	0.0	0.0
0.0	CCF024	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0.0	CCF027	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
66.7	CCF053	66.7	50.0	66.7	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
0.0	CCF101	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0.0	EAS027	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
11.1	EPS001	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20.0	EPS002	20.0	0.0	100.0	100.0	100.0	80.0	0.0	0.0
50.0	EPS003	50.0	25.0	100.0	25.0	100.0	50.0	0.0	0.0
25.6	EPS005	25.6	15.4	94.9	29.7	94.9	24.3	94.9	81.1
66.7	EPS008	66.7	7.4	100.0	96.3	100.0	85.2	22.2	16.7
45.2	EPS010	45.2	5.5	100.0	83.6	100.0	86.3	31.5	34.8
62.5	EPS013	62.5	17.5	95.0	65.8	92.5	83.8	32.5	15.4
23.6	EPS016	23.6	3.6	96.4	84.9	85.5	87.2	14.5	37.5
30.0	EPS017	30.0	4.0	58.0	37.9	24.0	91.7	18.0	55.6
30.0	EPS018	30.0	0.0	7.5	0.0	85.0	85.3	7.5	33.3
100.0	EPS022	100.0	40.0	100.0	60.0	100.0	80.0	100.0	60.0
50.0	EPS023	50.0	0.0	100.0	50.0	100.0	100.0	0.0	0.0
71.3	EPS037	71.3	26.3	100.0	85.0	100.0	83.8	3.1	20.0
100.0	EPS02	100.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
100.0	EPS03	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
46.9	EPS034	46.9	20.4	42.9	47.6	42.9	66.7	38.8	63.2
37.1	EPS040	37.1	12.9	4.3	33.3	4.3	66.7	0.0	0.0
0.0	ESS118	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
100.0	ESS133	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0
45.6	ESS207	45.6	5.9	88.2	73.3	88.2	88.3	0.0	0.0
61.5	RES003	61.5	15.4	92.3	100.0	92.3	83.3	7.7	100.0
45.7	Total	45.7	13.0	72.0	73.9	73.2	80.6	17.9	49.3

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

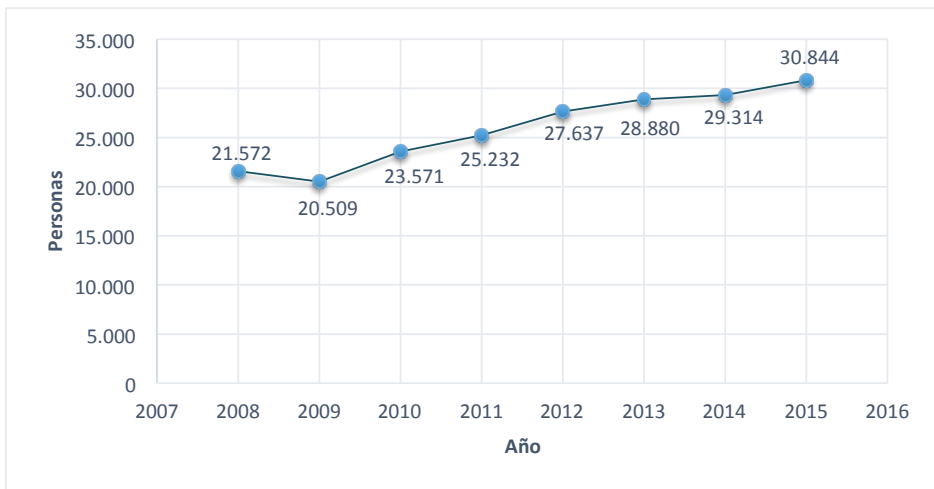
POBLACION
CON TERAPIA
DE REEMPLAZO
RENAL



3.6. POBLACION CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Se identificaron en el país 30.844 personas con terapia de reemplazo renal. Siguiendo la tendencia de los años anteriores, se reportó un mayor número de casos este año con TRR en relación al año anterior. En la ilustración 53, se presentan los casos de TRR (denominados ERC terminal, en las versiones anteriores a este libro).

Ilustración 53. Tendencia de casos de TRR en Colombia. 2008-2015.



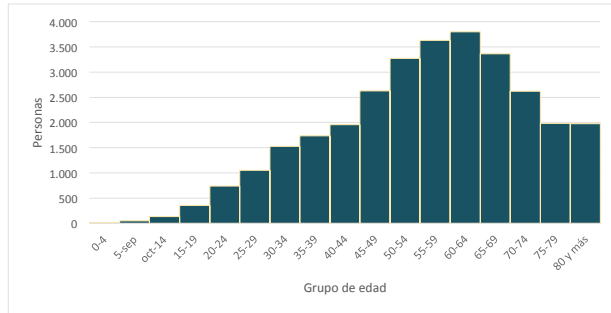
Fuente: Resolución 4700 de 2008 y Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo.

El 58,5% de la población con TRR son hombres. El promedio de edad en esta población fue de 55,7 años, teniendo el 50% de la población 57 años o menos. Lo que muestra que un grupo de población relativamente joven recibiendo esta terapia.



Ilustración 54. Pirámide de la población sin TRR con ERC estadio 4. Colombia. 2015.

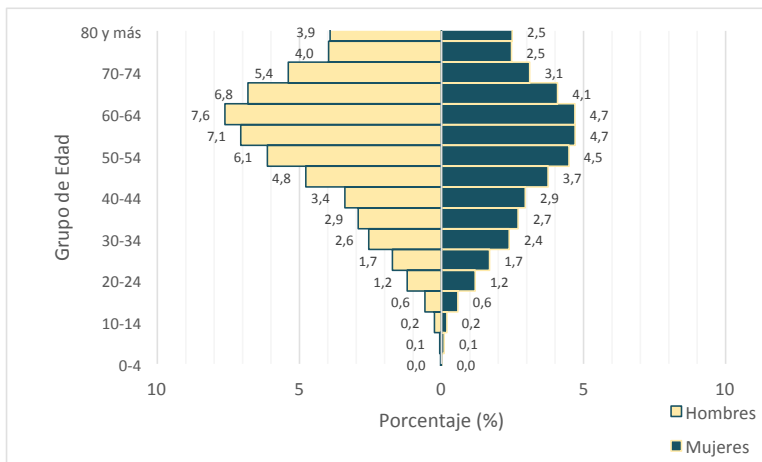
Grupo de Edad	n	%
0-4	12	0,0
5-sep	48	0,2
oct-14	136	0,4
15-19	358	1,2
20-24	738	2,4
25-29	1.054	3,4
30-34	1.525	4,9
35-39	1.737	5,6
40-44	1.958	6,4
45-49	2.629	8,5
50-54	3.274	10,6
55-59	3.630	11,8
60-64	3.801	12,3
65-69	3.361	10,9
70-74	2.621	8,5
75-79	1.985	6,4
80 y más	1.977	6,4
Total	30.844	100,0



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En la ilustración 55 se presenta la distribución por edad y sexo de los pacientes con TRR reportados a la CAC. Se observa un evidente predominio del sexo masculino. A pesar de que hay casos en todos los grupos de edad, ente los 45 y 64 años se encuentra la mayor concentración de población. Además, de cada 100 personas con TRR, 4 eran hombres con 80 y más años.

Ilustración 55. Distribución por edad y sexo de la población con TRR en Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



La mayoría de estas personas se encuentra en estadio 5 (77,9%) (Tabla 46), sin embargo, alrededor del 22% se encuentra en alguna TRR, pero tiene una TFG mayor a 15 ml/min/1.73m², pudiéndose relacionar esto con los pacientes que han recibido trasplante y en otros casos, pacientes que han sido ingresados a TRR por razones que se desconocen.

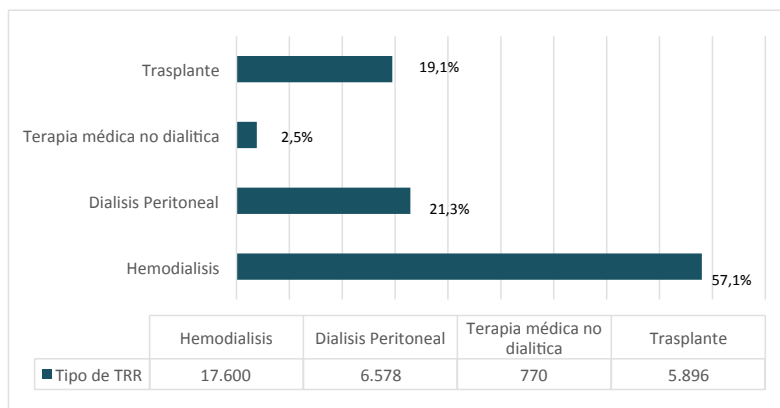
Tabla 46. Distribución de frecuencias de los casos con TRR según el estadio de la ERC. Colombia. 2015.

ERC	n	%
Estadio 1	864	2,8
Estadio 2	2.493	8,1
Estadio 3	2.165	7,0
Estadio 4	1.293	4,2
Estadio 5	24.029	77,9
Total	30.844	100,0

Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Teniendo en cuenta el tipo de TRR que tenían los pacientes para el año 2015, se identificó que la terapia más frecuente es la hemodiálisis, seguido por la diálisis peritoneal. Sin embargo, llama la atención el importante número de pacientes que fueron reportados con trasplante (Ilustración 56)

Ilustración 56. Tipo de TRR de los pacientes en Colombia. 2015.



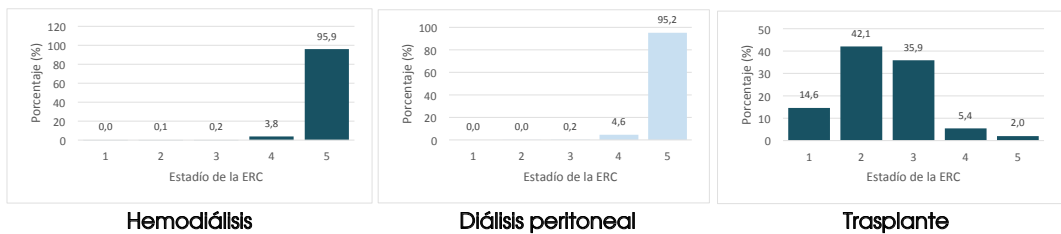
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



De forma complementaria, en la ilustración 57 se presenta la distribución porcentual de los casos en TRR según el tipo de terapia y el estadio de la ERC. En los pacientes en diálisis cerca del 95% se encuentra en estadio 5, sin embargo, el 3,8% de los pacientes en hemodiálisis se encuentra en estadio 4 y algunos casos menos en estadios 1, 2 o 3. Situación similar ocurre en los pacientes en diálisis peritoneal, en donde el aproximadamente 5 de cada 100 pacientes en TRR está clasificado como ERC 4. Esta situación puede deberse a comorbilidades específicas de los pacientes que hacen que requieran la TRR para vivir, pero en algunos otros casos, la falta de estudios acuciosos, la premura en el ingreso a diálisis, entre otros intereses hacen que se ingresen pacientes a diálisis en estadios más tempranos.

De forma positiva, cerca del 57% de la población trasplantada se encuentra clasificada en estadio 1 o 2 de ERC y sólo 2 de cada 100 personas se encuentra clasificada en estadio 5, lo que podría interpretarse como fracaso en el trasplante.

Ilustración 57. Distribución porcentual de los casos de TRR según el tipo de terapia y el estadio de la ERC.



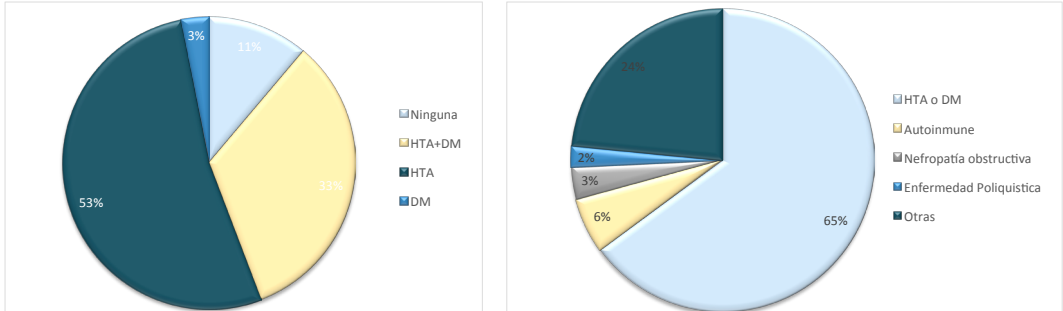
Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

En la ilustración 58, se presenta la distribución porcentual de los factores de riesgo que tienen los pacientes que se encuentran en TRR, además de la etiología atribuida a la ERC. El factor de riesgo predominante en esta población es la hipertensión arterial (53%), seguida la presencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus de forma concomitante. De igual forma se conoce que 11 de cada 100 personas en TRR tiene otros factores de riesgo diferentes a HTA o DM como precursores de la ERC.

Reafirmando la importancia de las intervenciones de nefroprotección en la población con HTA o DM, se evidencia que al 65% de los casos con TRR, se le atribuyó para el desarrollo de ERC, la presencia de HTA o DM (Ilustración 58).



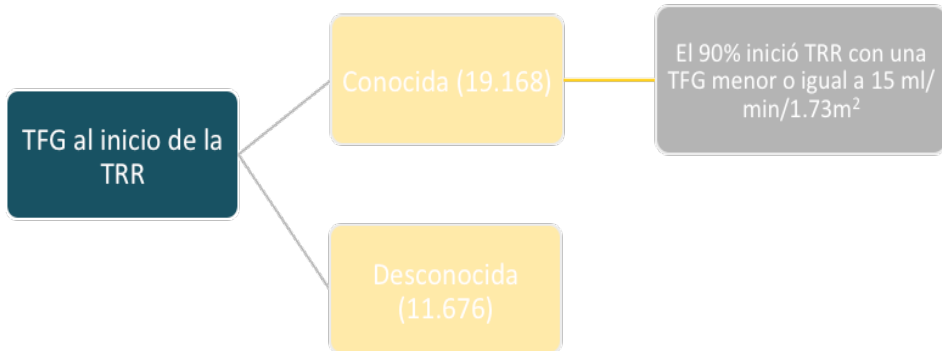
Ilustración 58. Factor de riesgo conocido y presunta etiología de la ERC en los pacientes con TRR. Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Con relación a la TFG con la que se inició la TRR en los pacientes que actualmente se realiza TRR, se muestra en la ilustración 59.

Ilustración 59. TRR inicial en los pacientes con TRR actualmente en Colombia.

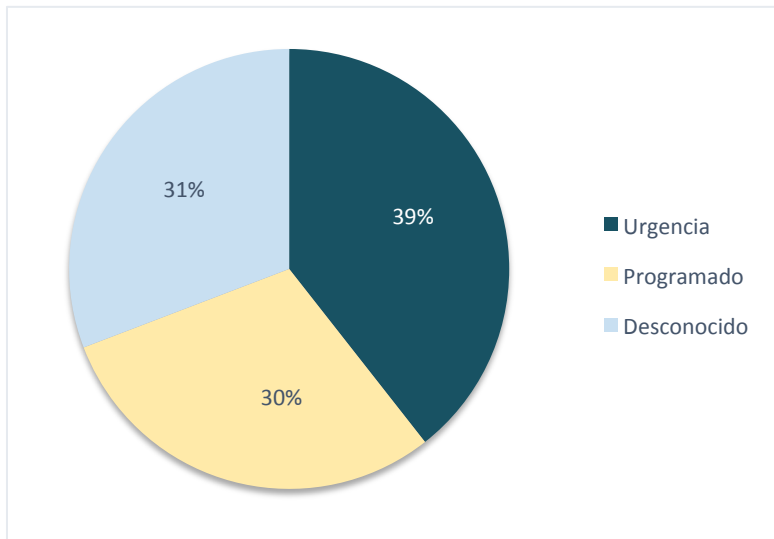


Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Como aspecto final, es importante mencionar que el 39% de las personas con terapia de reemplazo renal iniciaron de manera no programada, es decir, a través de una urgencia dialítica la TRR, desconociéndose el modo de inicio de la primera TRR en el 31% de los casos (Ilustración 60). Lo anterior, reafirma la necesidad de programas de seguimiento y protección renal que realicen intervenciones de protección específica en la población en riesgo.

Ilustración 60. Modo de inicio de la primera TRR en los pacientes reportados en Colombia. 2015.



Fuente: Base de Datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.

Indicadores de diálisis

A continuación, se presentan los indicadores de diálisis. A través de los mismos, puede observarse un panorama general del estado de salud y la atención de estos pacientes.



Tabla 47. Indicadores de diálisis en adultos por entidad aseguradora. Colombia, 2015.

Entidad	% Pacientes prevalentes en HD con catéter	Dosis k/tv		Hemoglobina (g/dl)		Albúmina (g/dl)		Fosforo (mg/ dl)	
		HD>=1.2	DP>=1.7	HD>=10	DP>=10	HD>=4.0	DP>=3.5	HD<6.0	DP<6.0
Estándar	> 20	< 60	< 60	< 60	< 60	< 20	< 20	< 60	< 60
	10 - 20	60 - 80	60 - 80	60 - 80	60 - 80	20 - 40	20 - 40	60 - 80	60 - 80
	< 10	> 80	> 80	> 80	> 80	> 40	> 40	> 80	> 80
CCF007	19,1	76,4	100,0	80,9	84,6	58,2	61,5	87,3	84,6
CCF009	23,1	84,6	58,3	84,6	91,7	41,0	66,7	82,1	91,7
CCF015	22,1	88,2	62,5	80,9	70,8	61,8	70,8	89,7	91,7
CCF018	13,0	96,3	78,6	92,6	78,6	59,3	71,4	82,4	85,7
CCF023	54,5	63,6	77,8	39,4	77,8	63,6	66,7	72,7	44,4
CCF024	13,6	82,2	90,5	88,8	71,4	57,9	52,4	88,8	81,0
CCF027	22,9	100,0	100,0	85,7	82,1	54,3	42,9	94,3	96,4
CCF033	10,3	100,0	80,0	89,7	80,0	17,9	50,0	89,7	100,0
CCF049	19,4	90,3	88,0	71,0	80,0	51,6	56,0	96,8	84,0
CCF053	22,2	93,3	100,0	88,9	79,2	66,7	75,0	84,4	87,5
CCF055	21,5	89,7	72,5	66,4	67,5	57,0	47,5	86,0	70,0
CCF101	17,6	94,1	100,0	73,5	75,0	44,1	50,0	85,3	75,0
CCF102	80,0	70,0	100,0	45,0	40,0	45,0	80,0	95,0	100,0
EAS016	60,0	100,0		100,0		60,0		80,0	
EAS027	24,6	92,3	70,0	84,6	70,0	58,5	60,0	81,5	90,0
EPS001	21,2	94,9	89,1	86,9	82,6	48,5	63,0	79,8	73,9
EPS002	22,3	94,9	89,8	85,3	84,5	58,2	64,9	89,6	75,5
EPS003	26,2	84,1	83,8	81,1	80,0	51,3	76,2	85,2	85,7
EPS005	27,1	91,3	76,9	84,5	86,0	61,9	65,1	83,3	82,3
EPS008	18,8	94,2	82,4	91,3	90,9	59,6	66,8	80,3	78,6
EPS010	21,5	91,5	86,2	86,9	83,6	65,2	57,2	87,9	85,5
EPS012	17,9	93,4	81,7	87,7	78,9	52,8	78,9	84,9	74,6
EPS013	30,0	86,5	80,5	77,5	83,7	50,7	73,0	87,8	81,5
EPS016	21,3	91,2	91,1	84,4	84,7	56,5	68,9	83,6	78,1
EPS017	27,1	93,1	84,6	84,5	88,5	51,4	70,3	83,3	80,2
EPS018	21,9	94,0	87,0	80,7	87,6	60,5	79,9	82,0	82,2
EPS020	34,2	89,2	82,8	75,7	79,0	46,0	63,6	89,8	83,5
EPS022	38,1	90,6	100,0	80,0	100,0	58,1	44,4	80,0	88,9
EPS023	24,3	88,0	88,9	81,3	77,8	53,2	69,8	88,0	81,0
EPS025	48,1	51,9	0,0	65,4	50,0	17,3	0,0	80,2	100,0
EPS033	17,6	97,1	90,0	76,5	80,0	64,7	55,0	97,1	85,0
EPS037	23,4	91,7	86,9	85,0	87,6	55,9	68,6	89,0	82,6
EPSI01	65,8	92,1	81,8	68,4	90,9	47,4	63,6	68,4	72,7
EPSI02	21,3	93,4	85,7	88,5	100,0	14,8	42,9	98,4	85,7
EPSI03	26,0	94,5	84,1	80,8	70,5	32,9	61,4	93,2	95,5
EPSI04	61,5	76,9	83,3	38,5	66,7	53,8	66,7	69,2	50,0
EPSI05	30,2	77,4	15,4	73,6	92,3	28,3	30,8	75,5	100,0
EPSI06	0,0	100,0	40,0	69,6	60,0	17,4	60,0	87,0	60,0
EPSS03	24,7	85,3	79,5	74,6	82,7	50,1	67,3	88,0	81,4
EPSS33	22,8	96,0	89,0	83,1	82,4	44,4	56,6	88,8	88,2
EPSS34	41,2	84,4	78,6	77,0	79,4	50,3	61,1	87,1	73,8
EPSS40	31,7	94,6	88,2	81,4	83,4	63,3	58,6	87,2	78,2
ESS002	20,0	96,7	75,0	73,3	75,0	44,4	56,3	94,4	87,5
ESS024	31,4	75,4	78,3	70,9	70,6	51,1	55,9	87,7	85,3
ESS062	37,3	86,3	76,1	79,0	87,1	57,2	66,3	83,7	87,1
ESS076	27,3	95,8	91,5	73,5	69,1	50,8	61,7	90,8	88,3
ESS091	24,4	96,1	91,1	81,1	82,2	64,6	73,3	92,1	71,1
ESS118	22,1	87,6	84,4	86,7	86,4	45,5	45,7	85,7	78,4
ESS133	24,5	87,2	79,7	83,7	79,2	39,3	56,8	85,4	79,7
ESS207	17,6	90,6	89,0	86,1	79,3	48,0	50,0	91,8	81,1
91000			100,0		100,0		100,0		100,0
RES003	15,4	97,0	90,5	90,5	89,8	60,7	73,0	86,1	81,0
RES007	33,3	77,8		100,0		44,4		100,0	
RES011	100,0	100,0		0,0		0,0		100,0	
RES014			0,0		100,0		0,0		100,0
Total	26,5	89,6	85,0	81,6	83,6	53,0	65,1	87,2	81,3

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Tabla 48. Indicadores de diálisis en adultos según Institución Renal. Colombia, 2015.

IPSS	% Pacientes prevalentes en HD con carácter	Dosis k/v		Hemoglobina (g/dl)		Albumina (g/dl)		Fosforo (mg/dl)	
		HD≥1.2	DP>=1.7	HD>=10	DP>=10	HD>=4.0	DP>=3.5	HD>=6.0	DP>=6.0
Estándar	> 20	< 60	< 60	< 60	< 20	< 20	< 60	< 60	< 60
	10-20	60-80	60-80	60-80	20-40	20-40	60-80	60-80	60-80
	< 10	> 80	> 80	> 80	> 40	> 40	> 80	> 80	> 80
CAN 2005	37.5	100.0	83.9	83.9	71.4	71.4	73.2	80.4	80.4
CEDIT LTDA	25.0	82.1	83.9	83.5	35.2	18.8	80.9	100.0	100.0
CENTRO DE DIÁLISIS SANTA MARGARITA	71.4	100.0	71.4	71.4	57.1	62.8	85.4	58.1	58.1
CENTRO POLICLINICO DEL OLIVA	32.3	90.4	97.7	92.4	40.9	62.8	85.4	41.7	41.7
CENTRO SALUD DE LA GUAJIRA	83.3	25.0	83.3	8.3	58.3	100.0	56.3	100.0	100.0
CLINICA COLOMBIANA DEL RIÑON S.A	12.5	100.0	100.0	81.3	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0
CLINICA LOS FARALLONES	42.3	55.2	49.0	74.1	68.6	59.7	76.5	75.1	88.2
CLINICA MEDIASER S.A.	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA	45.5	36.4	100.0	63.6	45.5	0.0	90.9	100.0	100.0
COLOMBIANA DE TRASPLANTES	0.0	100.0	0.0	60.0	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0
CODEMISSANAR IPS	24.3	82.2	79.4	86.0	79.4	80.4	85.3	77.6	70.6
DAVITA	34.6	86.0	90.4	79.3	78.5	64.3	89.0	82.3	82.3
DIALY-SER	34.1	94.5	78.4	82.7	85.9	62.2	67.8	85.7	81.3
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA	66.7	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0
FMC	22.8	94.6	83.4	81.5	82.3	55.5	64.4	90.1	84.3
FUNDACION ANDINA	27.0	76.5	80.0	79.0	90.0	37.5	60.0	84.5	90.0
FUNDACION CLINICA WATERO INFANTIL ADELA DE CHAR	23.5	100.0	64.7	64.7	58.8	76.5	0.0	76.5	71.2
FUNDACION RENAL	45.5	64.7	62.7	73.8	64.4	52.3	61.0	86.0	86.0
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	37.5	87.5	61.5	76.6	76.9	67.2	84.6	76.6	69.2
GLOBALIX COLOMBIA	41.2	86.3	53.8	66.7	92.3	61.5	0.0	92.3	92.3
HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	66.7	79.6	40.0	63.9	80.0	54.4	60.0	88.4	60.0
HOSPITAL DE KENNEDY	74.7	62.6	50.0	71.4	50.0	25.3	50.0	84.6	50.0
HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL S.E.	10.3	74.1	100.0	48.3	42.1	50.0	57.9	96.6	89.5
HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	16.2	89.7	81.8	80.9	72.7	4.4	18.2	95.6	90.9
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	25.2	93.7	75.9	86.6	86.2	16.5	37.9	99.2	82.8
INSTITUTO DEL RIÑON DE CORDOBA S.A.	13.1	96.3	78.6	93.5	78.6	59.8	71.4	82.2	85.7
INSTITUTO MEDICO DE ESPECIALISTAS FUNDADORES	83.3	100.0	100.0	50.0	0.0	66.7	100.0	100.0	100.0
INSTITUTO NEFROLOGICO DEL CHOCHO	30.1	88.2	88.6	68.8	77.3	53.8	70.5	88.2	77.3
IPS - UNI PAMPLONA	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0
IPS CLINICA DE LA COSTA LTDA	22.4	87.8	77.6	77.6	67.3	0.0	98.0	98.0	98.0
MEDICALCO UNIDAD RENAL	35.0	72.5	14.3	70.0	85.7	12.5	28.6	77.5	100.0
NEFRODIAL LTDA	26.9	78.8	56.0	81.7	80.0	36.5	52.0	87.5	84.0
NEFROMED	25.0	93.8	50.0	50.0	50.0	81.3	50.0	96.9	100.0
NEFROSERVICIOS LTDA	11.1	85.4	72.4	84.7	65.5	54.2	72.4	89.9	79.3
NEFROUROS	53.8	76.9	73.1	73.1	7.7	0.0	92.3	92.3	92.3
NEFROVIDA S.A.S. FLORENCIA	19.3	92.1	88.5	85.3	85.7	67.5	67.5	85.5	79.5
PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES LTDA	68.5	80.9	50.0	73.0	100.0	60.7	100.0	66.3	50.0
RIS	43.9	60.5	33.3	66.4	66.7	19.3	0.0	80.7	66.7
SALUD RENAL S.A	45.7	96.0	100.0	86.1	100.0	66.2	0.0	81.5	0.0
SES SALUD LTDA	25.4	93.9	75.0	88.6	89.1	65.8	65.6	85.1	81.3
UNIDAD RENAL ALIANZA MEDICA INTEGRAR SAS - AMI	18.0	78.7	61.5	89.9	69.2	14.6	30.8	88.8	100.0
UNIDAD RENAL DEL MAGDALENA	26.5	89.6	85.0	81.6	83.6	53.0	65.1	87.2	81.3
UNIDAD RENAL SANITAS	25.4	93.9	75.0	88.6	89.1	65.8	65.6	85.1	81.3
USSER S.A.S.	18.0	78.7	61.5	89.9	69.2	14.6	30.8	88.8	100.0
Total general	26.5	89.6	85.0	81.6	83.6	53.0	65.1	87.2	81.3

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Tabla 49. Indicadores de diálisis en niños según entidad aseguradora. Colombia. 2015.

Entidad	% Pacientes prevalentes en HD con catéter	Dosis k/tv		Hemoglobina (g/dl)		Albúmina (g/dl)	
		HD>=1.2	DP>=1.7	HD>=11	DP>=11	HD>=3.5	DP>=3.5
Estándar	> 20	< 60	< 60	< 20	< 20	< 20	< 20
	10 - 20	60 - 80	60 - 80	20 - 60	20 - 60	20 - 40	20 - 40
	< 10	> 80	> 80	> 60	> 60	> 40	> 40
CCF007	50,0	100,0	100,0	50,0	0,0	100,0	100,0
CCF009			50,0		50,0		50,0
CCF015			100,0		50,0		50,0
CCF018			0,0		25,0		50,0
CCF024	0,0	100,0	50,0	100,0	0,0	100,0	100,0
CCF027	100,0	100,0		0,0		100,0	
CCF049			50,0		0,0		100,0
CCF055			100,0		0,0		100,0
CCF102	0,0	0,0		100,0		100,0	
EPS001			100,0		33,3		33,3
EPS002	100,0	0,0	100,0	33,3	66,7	100,0	50,0
EPS003			100,0		25,0		50,0
EPS005			50,0		50,0		50,0
EPS008	100,0	100,0	100,0	0,0	50,0	100,0	100,0
EPS010	66,7	66,7	25,0	50,0	75,0	83,3	75,0
EPS012			0,0		0,0		0,0
EPS013	66,7	66,7	70,0	0,0	30,0	100,0	70,0
EPS016	66,7	100,0	57,1	33,3	28,6	100,0	71,4
EPS017	25,0	100,0	20,0	25,0	60,0	75,0	100,0
EPS018			66,7		33,3		33,3
EPS020	83,3	100,0	41,2	50,0	35,3	100,0	88,2
EPS023	0,0	100,0	80,0	100,0	60,0	100,0	100,0
EPS025	50,0	50,0	100,0	50,0	0,0	100,0	0,0
EPS037	85,7	71,4	55,6	85,7	44,4	100,0	66,7
EPSI01	100,0	100,0		0,0		100,0	
EPSI02	50,0	50,0		50,0		100,0	
EPSI03			0,0		0,0		100,0
EPSS03	50,0	100,0	60,0	100,0	40,0	50,0	40,0
EPSS33	66,7	100,0	71,4	33,3	71,4	66,7	71,4
EPSS34	66,7	66,7	16,7	0,0	33,3	66,7	83,3
EPSS40	83,3	66,7	100,0	50,0	33,3	100,0	83,3
ESS002	100,0	100,0		0,0		100,0	
ESS024	75,0	100,0	50,0	25,0	0,0	100,0	0,0
ESS062	33,3	100,0	50,0	66,7	60,0	100,0	40,0
ESS076			66,7		66,7		100,0
ESS118	72,7	81,8	42,9	45,5	71,4	81,8	42,9
ESS133	50,0	50,0	77,8	50,0	55,6	100,0	33,3
ESS207	0,0	100,0	100,0	33,3	33,3	66,7	66,7
Total	64,6	79,3	59,9	45,1	43,4	90,2	65,1

Fuente: Base de datos Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



Tabla 50. Indicadores de diálisis en niños según Institución Renal. Colombia, 2015.

IPS	Dialisis	prevalentes en HD con catéter	Dosis k/tv		Hemoglobina (g/dl)		Albúmina (g/dl)	
			HD>=1.2	DP>=1.7	HD>=11	DP>=11	HD>=3.5	DP>=3.5
Estándar	Casos	● > 20	● < 60	● < 60	● < 20	● < 20	● < 20	● < 20
		● 10 - 20	● 60 - 80	● 60 - 80	● 20 - 60	● 20 - 60	● 20 - 40	● 20 - 40
		● < 10	● > 80	● > 80	● > 60	● > 60	● > 40	● > 40
CEDIT LTDA	3	● 100,0	● 100,0	● 50,0	● 0,0	● 100,0	● 100,0	● 0,0
CLINICA MEDILASER S.A.	2	● 100,0	● 0,0	● 100,0	● 0,0	● 0,0	● 100,0	● 100,0
DAVITA	38	● 68,8	● 100,0	● 54,5	● 50,0	● 45,5	● 93,8	● 86,4
DIALY-SER	3	● 0,0	● 100,0	● 0,0	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 100,0
FMC	101	● 72,2	● 66,7	● 52,3	● 38,9	● 46,2	● 86,1	● 60,0
FUNDACION RENAL	3	● 0,0	● 0,0	● 100,0	● 0,0	● 0,0	● 100,0	● 100,0
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	3			● 100,0		● 0,0		● 0,0
INSTITUTO DEL RIÑON DE CORDOBA S.A.	1	● 0,0	● 100,0		● 0,0		● 0,0	
INSTITUTO DEL RIÑON DE SUCRE	2	● 50,0	● 100,0		● 50,0		● 100,0	
IPS - UNI PAMPLONA	1			● 100,0		● 0,0		● 100,0
NEFROMED	2			● 50,0		● 0,0		● 0,0
NEFROUROS	4	● 0,0	● 100,0	● 66,7	● 100,0	● 0,0	● 100,0	● 66,7
RTS	66	● 64,7	● 88,2	● 67,3	● 52,9	● 46,9	● 94,1	● 69,4
SALUD RENAL S.A	1	● 100,0	● 100,0		● 0,0		● 100,0	
SES SALUD LTDA	3	● 50,0	● 50,0	● 100,0	● 50,0	● 0,0	● 100,0	● 0,0
USSER S.A.S.	1	● 0,0	● 100,0		● 100,0		● 100,0	
Total general	234	● 64,6	● 79,3	● 59,9	● 45,1	● 43,4	● 90,2	● 65,1

Fuente: Resolución 2463 de 2014. Cuenta de Alto Costo. Información con corte a 30 de junio de 2015.



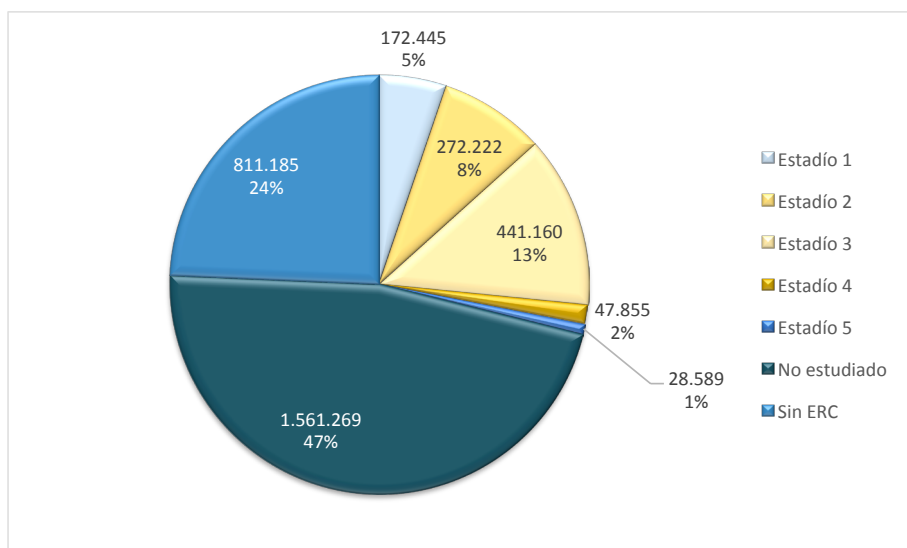
4. INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGO

Todas las personas independiente de sus condiciones particulares están expuestas algún tipo de riesgo. La identificación de estos riesgos y la realización de acciones para disminuir el efecto sobre la salud de la población y atenuar las consecuencias derivadas de los mismos, es a lo que llamamos de forma general “gestión de riesgo”.

En relación con la Enfermedad Renal Crónica, la gestión del riesgo se ha enfocado en dos aspectos: por un lado, en gestionar el riesgo que tienen los pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus o ambas de forma concomitante como patologías precursoras de ERC para evitar que esta se desarrolle, y por otro, en la población con ERC establecida es el principal objetivo es detener la progresión del daño renal para evitar que se requiera de terapia de reemplazo.

Para el año 2015, el 47% de la población reportada a la CAC no había sido estudiada para ERC, al 24% se le había descartado la presencia de ERC, teniendo 29% de la población ERC establecida en alguno de sus estadios (Ilustración 61).

Ilustración 61. Distribución de frecuencias de los casos reportados a la Cuenta de Alto Costo en relación con el estudio de ERC.





Teniendo en cuenta lo anterior, desde el año 2010 se ha venido realizando la medición de los indicadores de gestión de riesgo para evaluar de forma general, la gestión que realizan las entidades aseguradoras en su población frente al riesgo de la ERC y sus patologías precursoras. Estos indicadores son 5 como siguen: 1) Porcentaje de captación de principales precursoras de ERC en población entre 18 y 69 años, 2) porcentaje de personas estudiadas para ERC, 3) Tasa de incidencia de TRR x 100.000, 4) mortalidad general ajustada de ERC x 100.000 afiliados al BDUA y 5) mortalidad específica ajustada de TRR x 100 personas con TRR. En la ilustración 62, se presentan la medición de los indicadores de gestión del riesgo desde el año 2010 hasta el año 2015.

Ilustración 62. Indicadores de gestión del riesgo en Colombia. 2010-2015.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Captación principales precursoras de ERC		● 33,7	● 34,4	● 40,0	● 32,7	● 35,3
% Personas estudiadas para ERC	● 30,0	● 59,1	● 61,9	● 68,5	● 39,8	● 52,9
Tasa de incidencia de ERCs x 100.000	● 2,8	● 11,7	● 8,2	● 6,5	● 11,0	● 12,2
Tasa de mortalidad ajustada de pacientes con ERC x 100.000	● 10,6	● 24,2	● 20,1	● 26,9	● 28,2	● 39,1
Tasa de mortalidad ajustada de pacientes con ERCs x 100		● 8,7	● 10,0	● 8,1	● 8,4	● 10,6

Fuente: Medición 30 de junio de 2013 Resolución 4700/2008 - Cuenta de Alto Costo - BDUA 30 de Junio de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social.

Sobre los indicadores de gestión del riesgo, se presentan algunas especificaciones:

1. Porcentaje de captación de principales precursoras de ERC en población entre 18 y 69 años: en este indicador se incluyen todas las personas que fueron reportadas con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, con edades comprendidas entre 18 y 69 años y que se encontraran vivas y activas durante el periodo; el denominador utilizado para la obtención de los resultados de este indicador, son los casos de HTA o DM esperados para cada una de las entidades respecto de su población afiliada a la fecha de corte, teniendo en cuenta que la ENS 2007, data un porcentaje esperado de hipertensos y diabéticos en el país de 22,8 % y 3,5% respectivamente.

Durante el año 2015, el resultado de este indicador en el país fue de 35,3% significando esto que solo 35 de cada 100 casos esperados con diagnóstico de HTA y DM en el país, se encuentran identificados. De forma general, los resultados en este indicador son bajos, lo que debe motivar a las entidades a plantear estrategias para mejorar la captación de las personas con estas patologías en su población. La identificación temprana de estos pacientes, permitirá realizar un seguimiento y tratamiento oportuno, que si se realiza de forma adecuada se verá reflejado en la disminución de los casos con ERC y su progresión a estadios avanzados.



2. Porcentaje de personas estudiadas para ERC: este indicador presenta el porcentaje de personas a quienes se le realizaron estudios para determinar la presencia de daño renal y diagnóstico de ERC. En el numerador de este indicador se incluyen los pacientes que fueron estudiados para ERC, siendo el denominador todos los pacientes reportados durante el periodo, que se encontraran vivos y activos. El 52,9% de la población en el país, ha sido estudiada para ERC. Algunas entidades acuciosas tienen mejores porcentajes de estudio de ERC en la población que lo identificado en el país.

3. Tasa de incidencia de TRR x 100.000: este indicador se denominaba en las versiones anteriores a este libro "Tasa de incidencia de ERC5 x 100.000", sin embargo, el nombre del mismo ha sido ajustado debido a que su construcción incluye la población que fue reportada con TRR durante el periodo, que no había sido reportada en las mediciones anteriores con TRR (esto significa que pudo haber sido reportado en las mediciones anteriores como paciente hipertenso, diabético, con ERC, o no haber sido reportado pero que en este periodo fue reportado con alguna TRR), siendo el denominador la población BDUA a la fecha de corte.

En el país, 12 de cada 100.000 personas afiliadas al BDUA, fueron reportadas con alguna TRR para el periodo de medición. Lo anterior, no significa que estas personas hayan iniciado TRR durante el último año, ya que no se tiene en cuenta la fecha de inicio de la terapia sino haber sido reportado por primera vez a la CAC.

4. Mortalidad general ajustada de ERC x 100.000 afiliados al BDUA: este indicador en las versiones anteriores se denominaba "Tasa de mortalidad ajustada de pacientes con ERC x 100.000" el nombre se ha cambiado para esta versión, con el objetivo de dar más claridad en el mismo. Están incluidos los pacientes que tenían diagnóstico de ERC (independiente del estadio) que fallecieron durante el periodo de reporte, utilizándose como denominador la población BDUA, siendo ajustado este indicador por edad. Esta mortalidad alcanzó para este año un 39,1%, observándose superior a lo identificado en el año anterior (28,2%), pudiéndose esto explicar por el ajuste realizado con la información del MSPS, la novedad reportada y la fecha de muerte.

5. Mortalidad específica ajustada de TRR x 100 personas con TRR: a este indicador se le incluyó dentro de su nombre la palabra "específica" debido a que el denominador está constituido por todas las personas que fueron reportadas con TRR durante el periodo (vivas y muertas) y el numerado incluye solo aquellas con TRR que murieron. Es importante mencionar que este indicador no hace referencia a la causa de muerte. Para el año 2015 en el país, se



documentó en 10,6% es decir que de cada 100 personas que tuvieron alguna TRR en el periodo, murieron aproximadamente 11. Algunas entidades datan un mortalidad de hasta el 30%, pudiéndose esto atribuir entre muchos aspectos a características particulares de la población así como algunas relacionadas con la calidad de la atención. El resultado de cada uno de estos indicadores en la población, se presentan en la tabla 51.

Tabla 51. Indicadores de gestión del riesgo según la entidad aseguradora. Colombia. 2015.

Entidad	Reg	% Captación principales precursoras de ERC (18-69 años)	% de personas estudiadas para ERC	Tasa de Incidencia de TRR x 100.000 afiliados	Mortalidad general ajustada de ERC x 100.000 afiliados	Mortalidad específica ajustada de TRR x 100 personas con TRR
Estándar		● ≤ 35,3	● ≤ 52,9	● >12,1	● >39,1	● >10,6
		● > 35,3 y ≤ 50	● > 52,9 y ≤ 68,5	● >8,2 y ≤ 12,1	● > 20,1 y ≤ 39,1	● > 8,1 y ≤ 10,6
		● >50	● > 68,5	● <=8,2	● ≤ 20,1	● ≤ 8,1
CCF007	S	● 31,4	● 76,1	● 6,3	● 12,8	● 14,0
CCF009	S	● 18,0	● 45,1	● 11,5	● 14,2	● 16,6
CCF015	S	● 24,0	● 93,9	● 6,0	● 10,3	● 31,1
CCF018	S	● 29,3	● 52,8	● 13,8	● 55,5	● 3,1
CCF023	S	● 16,1	● 26,2	● 11,4	● 7,6	● 14,0
CCF024	S	● 30,0	● 76,3	● 18,2	● 18,9	● 11,9
CCF027	S	● 5,5	● 49,6	● 9,1	● 8,0	● 13,4
CCF033	S	● 21,7	● 31,9	● 5,1	● 25,2	● 12,6
CCF049	S	● 17,5	● 44,1	● 12,5	● 14,7	● 29,1
CCF053	S	● 22,9	● 65,1	● 13,0	● 19,9	● 15,1
CCF055	S	● 7,4	● 46,2	● 6,0	● 30,5	● 14,1
CCF101	S	● 24,5	● 60,4	● 14,1	● 89,4	● 14,3
CCF102	S	● 7,5	● 1,5	● 2,1	● 0,0	sc
EAS016	C	● 117,2	● 98,8	● 5,4	● 97,6	sc
EAS027	C	● 174,1	● 62,1	● 42,0	● 673,3	● 14,1
EPS001	C	● 29,4	● 74,0	● 13,4	● 21,0	● 4,1
EPS002	C	● 40,8	● 83,9	● 12,8	● 12,8	● 9,6
EPS003	C	● 45,0	● 13,5	● 16,2	● 54,2	● 11,1
EPSS03	S	● 24,1	● 5,9	● 12,2	● 10,4	● 15,2
EPS005	C	● 46,7	● 69,7	● 9,8	● 12,4	● 6,9
EPS008	C	● 27,1	● 59,3	● 9,5	● 62,5	● 1,2
EPS010	C	● 49,8	● 69,3	● 11,5	● 29,1	● 6,9
EPS012	C	● 53,8	● 92,1	● 15,4	● 191,6	● 9,9
EPS013	C	● 38,4	● 10,3	● 12,5	● 21,1	● 16,5
EPS016	C	● 43,0	● 77,6	● 12,9	● 242,1	● 10,1
EPS017	C	● 38,6	● 49,5	● 15,2	● 27,5	● 4,4
EPS018	C	● 41,6	● 76,2	● 12,2	● 44,2	● 7,5
EPS020	S	● 13,2	● 66,6	● 11,3	● 11,2	● 10,3
EPS022	S	● 27,1	● 39,0	● 10,6	● 6,0	● 13,1
EPS023	C	● 41,9	● 15,6	● 20,5	● 17,0	● 8,1
EPS025	S	● 13,9	● 1,9	● 18,6	● 11,5	● 14,5
EPS033	C	● 8,6	● 81,3	● 14,6	● 15,6	● 0,9
EPSS33	S	● 8,7	● 61,6	● 10,2	● 6,5	sc
EPS037	C	● 71,6	● 56,4	● 16,6	● 19,3	● 9,1
EPSI01	S	● 11,6	● 90,6	● 11,9	● 10,3	● 20,7
EPSI02	S	● 21,0	● 1,0	● 10,2	● 8,2	● 17,2
EPSI03	S	● 3,0	● 79,8	● 6,7	● 6,0	● 12,3
EPSI04	S	● 5,4	● 63,2	● 8,8	● 3,7	● 13,4
EPSI05	S	● 3,7	● 49,3	● 5,5	● 5,7	● 11,8
EPSI06	S	● 15,8	● 39,1	● 8,6	● 12,0	● 21,6
EPSS34	S	● 48,1	● 51,8	● 16,2	● 67,1	● 13,8
EPSS40	S	● 43,9	● 70,8	● 15,3	● 66,2	● 12,6
ESS002	S	● 9,0	● 78,0	● 4,9	● 0,2	● 0,6
ESS024	S	● 30,6	● 72,7	● 9,8	● 8,1	● 5,8
ESS062	S	● 38,5	● 44,4	● 9,5	● 58,1	● 13,9
ESS076	S	● 31,7	● 30,4	● 13,5	● 6,5	● 10,2
ESS091	S	● 14,3	● 39,4	● 6,4	● 5,4	● 9,5
ESS118	S	● 28,9	● 47,6	● 13,8	● 55,9	● 12,3
ESS133	S	● 18,5	● 25,1	● 9,4	● 24,4	● 13,1
ESS207	S	● 28,2	● 27,3	● 12,3	● 19,9	● 13,4
TOTAL		● 35,3	● 52,9	● 12,2	● 39,1	● 10,6



5. OTROS ANÁLISIS EN HTA, DM Y ERC

La Cuenta de Alto Costo en su búsqueda por suministrar otras herramientas que le permitan a los tomadores de decisiones analizar el estado actual de la población reportada más allá de la caracterización y la medición de indicadores establecidos por consenso; ha decidido realizar otros análisis cuyo objetivo principal es poner de manifiesto al país el estado del arte de la enfermedad desde otras perspectivas permitiendo a partir de estos resultados construir e implementar estrategias para la mejora de resultados en salud.

A continuación, se encuentra una breve descripción de estos análisis, los cuales serán presentados con mayor profundidad en espacios y escenarios diferentes a esta publicación.

5.1. Análisis de APVP en ERC, HTA y DM

El objetivo de este análisis fue establecer los años potenciales de vida perdidos (APVP) en la población con HTA, DM, HTA y DM, y ERC estadios 3 a 5 reportados a la Cuenta de Alto Costo para el año 2014.

La expectativa de vida general para Colombia según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), es de 76 años, para hombres 73 años y para mujeres 79 años. Se calculó el índice de APVP, que es el cociente entre los APVP y la población de referencia (APVP/Población X 1.000). Las 35.380 muertes reportadas generaron un total de 410.642 APVP. El 11,10% de los fallecidos están en el grupo etario de 75 a 79 años, seguido por un 9,98% en el grupo etario de 55 a 59 años. El grupo etario con mayor cantidad de APVP es el de 50 a 54 años, seguido por el de 55 a 59 años.

Al realizar el cálculo del Índice de APVP el valor mayor se ubica en el grupo de edad de 55 a 59 años, seguido del grupo de 60 a 64 años. Se evidenció una diferencia marcada en los APVP al comparar los tipos de régimen de aseguramiento en salud en el país, siendo mayores en el régimen contributivo.

De este análisis se puede concluir que:

- Con esta perspectiva, cobra mayor importancia el establecer no sólo la mortalidad en cada una de estas condiciones clínicas, sino saber los APVP que generan. El modificar el curso natural de la enfermedad por medio del control de la misma, permite disminuir los APVP.
- Es necesario priorizar las intervenciones que buscan modificar el curso natural de la enfermedad en esta población de manera oportuna.
- Las intervenciones para detección y manejo de estas patologías deben



- focalizarse en la población mayor de 45 años.
- Es necesario fortalecer el reporte de información de mortalidad a la CAC para dimensionar de una mejor forma las desigualdades evidenciadas entrerégimenes, lugar de residencia, género y patologías.

5.2. Análisis de tiempo promedio trascendido entre el diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus hasta el desarrollo de ERC5

Este análisis pretende dar a conocer el tiempo que tardaron los pacientes reportados con diagnóstico de ERC5 desde el diagnóstico de alguna patología precursora de enfermedad renal crónica como la hipertensión y la diabetes mellitus. Este resultado puede reflejar si las acciones de intervención y nefroprotección realizadas para retrasar el inicio o evitar la progresión de la enfermedad renal crónica son efectivas.

Como es ya conocido, una vez diagnosticada la hipertensión arterial y la diabetes mellitus el riñón se ve afectado por esas condiciones, lo que a corto plazo se verá traducido en falla renal de no ser intervenidas y controladas adecuadamente estas dos condiciones. El correcto control de cifras tensionales y de niveles de glicemia de la mano del suministro de un fármaco adecuado y de intervenciones médicas que permitan en el paciente hábitos de vida saludable, autocontrol y adherencia al tratamiento serán el pilar fundamental del logro de metas reflejado en el retraso de la aparecen o de la progresión de la enfermedad renal crónica.

Llama la atención que Colombia en comparación con otros países tiene una baja incidencia de enfermedad renal crónica estadio 5, aun así, las cifras reportadas a la Cuenta de Alto Costo muestran cada año un aumento del número de casos nuevos de ERC5, lo debe alertar a los responsables de la atención de estos pacientes pues puede ser el reflejo de intervenciones insuficientes en nefroprotección.

De acuerdo con la literatura, un paciente con hipertensión controlada produce una pérdida aproximada de 2 ml/min/1.73 en un año, esto quiere decir que, de ser diagnosticado a los 35 años, si se controla, aproximadamente en 35-40 años estará en ERC5. En el caso de la diabetes, si el paciente está controlado produce una pérdida aproximada de 3-4 ml/min /1.73 en un año, por lo tanto, de ser diagnosticado a los 35 años de edad, en 25 años estará en ERC5.

Lo anterior refleja un panorama óptimo cuando se controlan las patologías precursoras, pero de lo contrario un paciente NO controlado puede llegar a perder hasta 10 - 20ml/año lo que quiere decir que de ser diagnosticada la hipertensión o la diabetes a los 35 años y no se controla, tan sólo en 3- 5 años estará en ERC5.



El ejercicio realizado por la CAC arrojó que la mediana del tiempo transcurrido en estos pacientes es de 1545 días, es decir el 50% de los pacientes del grupo estudiado tardó desde el primer diagnóstico de la hipertensión arterial o la diabetes mellitus hasta el estadio 5 de la enfermedad renal crónica en 4 años, 85 días. Esto puede estar reflejando el bajo control de las enfermedades precursoras en concordancia con la baja vinculación de pacientes a programas de nefroprotección y los desalentadores resultados de indicadores de nefroprotección.

Por supuesto, se conocen de las limitaciones que pueden llegar a presentar este análisis como lo son los errores de reporte de fechas, inadecuada estadificación, desconocimiento de fechas reales de diagnóstico entre otros: A pesar de esto es importante que sobre estos resultados se tomen las medidas pertinentes para mejorar las actividades enfocadas en diagnóstico oportuno de enfermedades precursoras y tratamientos tempranos y efectivos para lograr un adecuado control de la enfermedad.

5.3. Análisis de Sobrevida de TRR

Colombia cuenta con información de sobrevida en terapia de remplazo renal, a pesar de esto, los estudios existentes están descritos para un grupo específico de la población lo cual no permite conocer el estado de sobrevida de pacientes con terapia de remplazo renal en el país; además los estudios en Colombia y el mundo, por lo general realizan comparaciones entre terapias dialíticas sin tener en cuenta pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 en manejo médico o pacientes trasplantados, las cuales están consideradas como otras opciones de tratamiento diferentes a diálisis para pacientes con ERC terminal.

Este acercamiento al análisis de sobrevida se realizó teniendo en cuenta los factores asociados que puedan llegar a relacionarse con resultados en una u otra terapia, tomando como punto de partida la base de datos del año 2009 y siguiendo una cohorte dinámica hasta el año 2014.

A partir de este análisis, se están realizando estudios más específicos para lograr establecer el tiempo de sobrevida asociado a otras variables. Sin embargo, los resultados generales teniendo en cuenta los 4 tipos de terapia de reemplazo renal muestran una sobrevida de 96.3% al primer año (IC95% 96.0, 96.6); esto quiere decir que sólo el 3.7% de los pacientes que inician alguna TRR fallecen en este periodo. Al quinto año la sobrevida general es de 71,6% (IC95% 70.1; 73.0). Es importante tener en cuenta que este análisis global por el momento no tiene en cuenta variables que afectan el resultado significativamente como lo son la edad



y las comorbilidades; y partir del momento en que el análisis de la información se realiza sobre los registros con información válida y consistente. Llama la atención que el reporte de fechas de mortalidad es desconocido en un importante número de registros, por lo que la CAC define cruzar información con la mortalidad del MSPS. Aun así, hay registros marcados con mortalidad sin fecha de muerte, lo cual puede afectar el resultado obtenido.

Al comparar la sobrevida entre las dos terapias dialíticas al primer año, la diálisis peritoneal tiene una sobrevida de 96.9% mientras que la hemodiálisis presenta una sobrevida de 95.9% y de manera contraria al quinto año la sobrevida cambia siendo mayor para la hemodiálisis que para la diálisis peritoneal con 71.7% y 67.9% respectivamente.

La sobrevida de pacientes en manejo médico es inferior que las otras terapias de reemplazo renal al analizar el quinto año, sin embargo, es importante tener en cuenta que este análisis preliminar aun no tienen en cuenta el criterio de edad lo que puede influenciar este resultado global ya que en esta terapia se encuentran en su mayoría pacientes con mayoría de edad a diferencia de pacientes con trasplante donde se concentra población más joven.

La importancia de la generación de esta información a partir de la cohorte reportada busca establecer la sobrevida en TRR con la información disponible y por supuesto a partir de estos resultados, incentivar a las entidades a reportar juiciosamente al registro de información especialmente las variables relacionadas con fechas de diagnóstico y fechas de mortalidad al igual que recordar la importancia de reportar pacientes fallecidos en el periodo pues son información valiosa para estos y otros análisis epidemiológicos importantes para el país.

5.4. Caracterización de niveles de colesterol

Uno de los principales factores de riesgo modificables es el nivel de lípidos en sangre gracias a los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. El objetivo de este análisis fue caracterizar los niveles de Colesterol Total (CT), Lipoproteína de Alta Densidad (HDL) y Lipoproteína de Baja Densidad (LDL) en la población con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hipertensión y diabetes concomitante y enfermedad renal crónica (ERC) en población mayor de 18 años reportados a la Cuenta de Alto Costo (CAC).

Se obtuvieron los siguientes resultados: El 73% de la población tiene HTA, el 6,7% DM, el 19,6% tiene HTA y DM. El 30,7% tiene ERC. El 30,6% de la población con HTA tiene los niveles de CT entre 200-239 mg/dl y el 16,4% tiene niveles mayores a 240



mg/dl. En los pacientes con DM, el 54,3% tiene los niveles de CT menores a 200 mg/dl. En los pacientes con HTA+DM, el 25,5% tienen niveles entre 200-239 mg/dl y el 14,1% mayores de 240 mg/dl. En los pacientes con ERC, el 42% tiene niveles de CT mayores a 200 mg/dl.

Con respecto a los niveles de HDL, el 56,2% de los pacientes con HTA tiene los niveles de HDL entre 40-60mg/dl. En los pacientes con DM, el 36,1% tiene niveles de HDL <40 mg/dl. En los pacientes con ambas enfermedades (HTA+DM), el 33,5% tienen niveles de HDL <40mg/dl.

Con respecto al LDL, el 42,8% los pacientes con HTA+DM, tienen niveles de LDL menores a 100 mg/dl versus el 32,8% y el 35% de los pacientes con HTA y DM, respectivamente. Alrededor del 13% de los pacientes con HTA y DM tiene niveles de LDL mayores a 160 mg/dl. El 54% de los pacientes con ERC tiene niveles de HDL entre 40-60mg/dl. El 8,3% de los pacientes con ERC tiene niveles de LDL mayores a 160 mg/dl.

Los pacientes con HTA+DM tienen mejores niveles de LDL y CT que los pacientes con las otras patologías, sin embargo, los niveles de HDL menores de 40mg/dl, son más elevados en este grupo de pacientes. Estos resultados sugieren que un porcentaje importante de la población se encuentre con niveles de CT, HDL y LDL por encima de lo sugerido por la literatura, por lo cual, es necesario que se fortalezcan las acciones instauradas en el país y se diseñen nuevas estrategias encaminadas al control de este factor de riesgo en esta población.



6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El importante progreso que ha tenido el SGSSS frente al abordaje de la enfermedad renal crónica y sus enfermedades precursoras desde el punto de vista de identificación y reporte, ha tenido una mejora notoria a través del tiempo, sin embargo, las brechas existentes entre la detección temprana, el estudio correcto de la enfermedad renal crónica y el seguimiento de esta población en programas de nefroprotección es aún muy amplia.

En primer lugar, el país debe fijar esfuerzos en actividades de prevención y control puesto que las estadísticas en el tiempo indican que de no haber control ni detección temprana y oportuna en el futuro la incidencia de la ERC continuará en aumento y como consecuencia la sostenibilidad del sistema puede verse afectada por la carga de enfermedad. La gestión del riesgo debe enfocarse en grupos en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica puesto que es la población de mayor concentración y donde aún son efectivas las actividades de nefroprotección puesto que los riesgos son intervenibles; no curables pero controlables.

El bajo porcentaje de inclusión de pacientes en programas de protección renal esta en concordancia con los desalentadores resultados de nefroprotección donde se evidencia que sólo hasta que la enfermedad renal crónica progresa y esta misma exige estricto control, hay mejores resultados, caso contrario con estadios tempranos o población en riesgo en quienes no se ejercen estas mismas estrategias de control.

La incidencia en población mayor de 70 años en diálisis considera un número importante de pacientes; hay que tener en cuenta las indicaciones clínicas, la expectativa de vida y la calidad de vida del paciente al optar por la diálisis como terapia de elección ya que algunos de estos pacientes podrían beneficiarse de igual o mejor forma con otro tipo de intervenciones. La importancia de registro de información, la madurez del sistema frente al reporte, la participación de diferentes actores y en análisis conjunto de los datos han permitido mejorar las condiciones de calidad en prestación de servicios para este grupo poblacional.

Colombia continúa destacándose entre países de la región y el mundo por contar con una estrategia como la liderada por la Cuenta de Alto Costo para el abordaje de patologías como la ERC; ya logrados algunos objetivos las CAC continuara sumando esfuerzos para logro de mejores resultados en salud.



No obstante, el esfuerzo de todos los involucrados en el proceso potencializara los resultados tanto para las entidades aseguradoras, las entidades prestadoras de servicios de salud y los pacientes, que se verán reflejados en la estabilidad del sistema y en los resultados en salud. Como oportunidades de mejora en el registro de información, se identificaron las siguientes:

- La consistencia y coherencia de los datos reportados es muy importante. Es necesario que se haga una búsqueda detallada de la información correspondiente a cada paciente, para asegurar la relación entre las variables y mejorar la calidad de la información, permitiendo con esto un análisis más estructurado de la situación de salud de esta población. Sumado a lo anterior, la coherencia de la información reportada en relación con los reportes anteriores, muestra la responsabilidad de las entidades frente a este proceso, por lo cual, esta se constituye en una invitación para concientizarse de la importancia de verificar la información antes de realizar el cargue definitivo de la misma.
- El reporte de las fechas es fundamental para el análisis dentro del periodo, es importante realizar esfuerzos que permitan la consecución de estas fechas para complementar el reporte de la información. Además, hacer una revisión especial en lo relacionado con la novedad reportada y la fecha de muerte.
- La identificación de los factores de riesgo y la agrupación de poblaciones específicas permitirá plantear intervenciones específicas según el grupo de riesgo y mejorar los resultados en salud.
- Los resultados presentados muestran un importante porcentaje de población que no ha sido estudiada para ERC, por lo cual aspectos como la medición de la creatinina, de la albuminuria/creatinuria, la medición de la tasa de filtración glomerular, entre otros aspectos puede mejorar la identificación de estadios tempranos de la enfermedad y asegurar un manejo oportuno.
- Mejorar la captación de los pacientes con HTA y/o DM, mejorara los resultados en salud y evidenciara la gestión de riesgo realizada por las aseguradoras, que se verá reflejada en los indicadores.
- Clarificar los criterios de ingreso a diálisis y la estadificación de los pacientes permitirá asegurar la gestión en esta población.



- Contar con las historias clínicas de los pacientes por parte de las entidades que administran el riesgo, es fundamental para la realización responsable de un reporte exitoso. Es necesario que las entidades fortalezcan la relación con las instituciones y los profesionales que prestan los servicios de salud a sus afiliados para que documenten explícitamente la situación de salud de los pacientes y se disponga de la información necesaria para el reporte.



7. REFERENCIAS

1. OMS. Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. 2013. p. 40.
2. Encuesta Nacional de Salud 2007.
3. MS P, Andersen M, JL T, Schroll H, PV L, Lykkegaard J, et al. Multimorbidity and blood pressure control in 37 651 hypertensive patients from Danish general practice. *J Am Hear Assoc (Internet)*. 2(1):e004531–e004531. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603256/?tool=pubmed>
4. Gillespie CD, Hurvitz KA. Prevalence of hypertension and controlled hypertension - United States, 2007-2010. *MMWR Suppl (Internet)*. 2013 Nov 22 (cited 2016 Mar 10);62(3):144–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24264505>
5. Nwankwo T, SS Y, Burt V, Gu Q. Hypertension among adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. *NCHS Data Brief (Internet)*. (133):1–8. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-24171916>
6. Robitaille C, Dai S, Waters C, Loukine L, Bancej C, Quach S, et al. Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. *CMAJ (Internet)*. 2012 Jan 10 (cited 2016 Mar 10);184(1):E49–56. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3255225&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Kronborg CN, Hallas J, Jacobsen IA. Prevalence, awareness, and control of arterial hypertension in Denmark. *J Am Soc Hypertens (Internet)*. Jan (cited 2016 Mar 11);3(1):19–24.e2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20409941>
8. Iwelunmor J, CO A, Cooper R, Tayo B, Plange-Rhule J, Adanu R, et al. Prevalence, determinants and systems-thinking approaches to optimal hypertension control in West Africa. *Glob Heal (Internet)*. 10:42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046625/?tool=pubmed>
9. Lacruz ME, Kluttig A, Hartwig S, Löer M, Tiller D, Greiser KH, et al. Prevalence and Incidence of Hypertension in the General Adult Population: Results of the CARLA-Cohort Study. *Medicine (Baltimore) (Internet)*. 2015 Jun (cited 2016 Mar 10);94(22):e952. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4616348&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
10. M NC, JV M, CM de O, KC G, SV P. Diabetes, hypertension and mobility among Brazilian older adults: findings from the Brazilian National Household Sample Survey (1998, 2003 and 2008). *BMC Public Health (Internet)*. 15:591. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483209/?tool=pubmed>



11. IDF Diabetes ATLAS Seventh Edition 2015 (Internet). (cited 2016 Mar 12). Available from: [file:///D:/Personal/Downloads/IDF_Atlas 2015_UK.pdf](file:///D:/Personal/Downloads/IDF_Atlas%202015_UK.pdf)
12. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* (Internet). 2014 Feb (cited 2014 Jul 13);103(2):137–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24630390>
13. Rubinstein A, Gutierrez L, Beratarrechea A, Irazola VE. Increased prevalence of diabetes in Argentina is due to easier health care access rather than to an actual increase in prevalence. *PLoS One* (Internet). 2014 Jan (cited 2016 Mar 11);9(4):e92245. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3974703&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
14. Jiménez Mejías E, Olvera Porcel MC, Amezcua Prieto C, Olmedo-Requena R, Martínez Ruiz V, Jiménez Moleón JJ. (Effect of age on the prevalence of diabetes mellitus in Spain between 2001 and 2012). *Nutr Hosp* (Internet). 2014 Jan (cited 2016 Mar 11);29(6):1335–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24972471>
15. Andersson T, Ahlbom A, Magnusson C, Carlsson S. Prevalence and incidence of diabetes in Stockholm County 1990-2010. *PLoS One* (Internet). 2014 Jan (cited 2016 Mar 11);9(8):e104033. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4133405&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Selçuk KT, Sözmen MK, Torul BU. Diabetes prevalence and awareness in adults in the Balçova district in Turkey. *Turkish J Med Sci* (Internet). 2015 Jan (cited 2016 Feb 29);45(6):1220–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26775374>
17. Sözmen K, Unal B, Capewell S, Critchley J, O'Flaherty M. Estimating diabetes prevalence in Turkey in 2025 with and without possible interventions to reduce obesity and smoking prevalence, using a modelling approach. *Int J Public Health* (Internet). 2015 Jan (cited 2016 Mar 11);60 Suppl 1:S13–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25471076>
18. Menke A, Casagrande S, Geiss L, Cowie CC. Prevalence of and Trends in Diabetes Among Adults in the United States, 1988-2012. *JAMA* (Internet). 2015 Sep 8 (cited 2015 Sep 9);314(10):1021–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26348752>
19. Li C, Ford ES, Zhao G, Wen X-J, Gotway CA. Age adjustment of diabetes prevalence: use of 2010 U.S. Census data. *J Diabetes* (Internet). 2014 Sep (cited 2016 Feb 21);6(5):451–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393518>
20. Sittig DT, Friedel H, Wasem J. Prevalence and treatment costs of type 2 diabetes in Germany and the effects of social and demographical differences. *Eur J Health Econ* (Internet). 2015 Apr (cited 2016 Mar 11);16(3):305–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24619251>



21. Greiver M, Williamson T, Barber D, Birtwhistle R, Aliarzadeh B, Khan S, et al. Prevalence and epidemiology of diabetes in Canadian primary care practices: a report from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *Can J diabetes (Internet)*. 2014 Jun (cited 2016 Mar 11);38(3):179–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24835515>
22. Kim YJ, Jeon JY, Han SJ, Kim HJ, Lee KW, Kim DJ. Effect of socio-economic status on the prevalence of diabetes. *Yonsei Med J (Internet)*. 2015 May (cited 2016 Mar 11);56(3):641–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4397432&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Ballotari P, Caroli S, Ferrari F, Romani G, Marina G, Chiarenza A, et al. Differences in diabetes prevalence and inequalities in disease management and glycaemic control by immigrant status: a population-based study (Italy). *BMC Public Health (Internet)*. 2015 Jan (cited 2016 Mar 11);15:87. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4334763&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
24. Zhou M, Astell-Burt T, Bi Y, Feng X, Jiang Y, Li Y, et al. Geographical variation in diabetes prevalence and detection in china: multilevel spatial analysis of 98,058 adults. *Diabetes Care (Internet)*. 2015 Jan (cited 2016 Feb 17);38(1):72–81. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4392931&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
25. Zuo H, Shi Z, Hussain A. Prevalence, trends and risk factors for the diabetes epidemic in China: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract (Internet)*. 2014 Apr (cited 2016 Mar 11);104(1):63–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24468097>
26. Mills KT, Xu Y, Zhang W, Bundy JD, Chen C-S, Kelly TN, et al. A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney Int (Internet)*. 2015 Jul 29 (cited 2016 Jan 8);88(5):950–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26221752>
27. Ahlawat R, Tiwari P, D’Cruz S, Singhal R. Prevalence Of Chronic Kidney Disease In India: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Observational Studies. *Value Heal J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res (Internet)*. National Institute of Pharmaceutical Education and Research (NIPER), S.A.S. Nagar (Mohali), Punjab, India.: Elsevier; 2015 Nov;18(7):A509–A509. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmed-m&AN=26532857&lang=es&site=eds-live>
28. Aitken GR(1), Moon G(1), Roderick PJ(2), Fraser S(2), Mindell JS(3), O’Donoghue D(4), et al. Change in prevalence of chronic kidney disease in England over time: Comparison of nationally representative cross-sectional surveys from 2003 to 2010. *BMJ Open (Internet)*. (1)Department of Geography, Faculty of Social and



- Human Sciences, University of Southampton; BMJ Publishing Group; 2014 Jan 1;4(9). Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84907535357&lang=es&site=eds-live>
29. Bruck K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Volzke H, Arnlov J, et al. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *J Am Soc Nephrol* (Internet). 2015 Dec 23 [cited 2015 Dec 24]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/26701975>
30. Chudek 2) J(1, Wiecek A(1), Wieczorowska-Tobis K(3), Zejda J(4), Broczek K(5), Skalska A(6), et al. The prevalence of chronic kidney disease and its relation to socioeconomic conditions in an elderly Polish population: Results from the national population-based study PolSenior. *Nephrol Dial Transplant* (Internet). (1)Department of Nephrology Endocrinology and Metabolic Diseases, Medical University of Silesia in Katowice; Oxford University Press; 2014 Jan 1;29(5):1073–82. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84899880034&lang=es&site=eds-live>
31. Cueto-Manzano AM(1), Cortés-Sanabria L(1), Martínez-Ramírez HR(1), Rojas-Campos E(1), Gómez-Navarro B(2), Castellero-Manzano M(3). Prevalence of chronic kidney disease in an adult population. *Arch Med Res* (Internet). (1)Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, CMNO, IMSS; Elsevier Inc.; 2014 Aug 1;45(6):507–13. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84908059168&lang=es&site=eds-live>
32. Gambaro G, Yabarek T, Graziani MS, Gemelli A, Abaterusso C, Frigo AC, et al. Prevalence of CKD in northeastern Italy: results of the INCIPE study and comparison with NHANES. *Clin J Am Soc Nephrol* (Internet). 2010 Nov [cited 2016 Mar 8];5(11):1946–53. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3001778&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
33. Metsärinne K(1), Bröjersén A(2), Kantola I(3), Niskanen L(4), Rissanen A(5), Appelroth T(6), et al. High prevalence of chronic kidney disease in Finnish patients with type 2 diabetes treated in primary care. *Prim Care Diabetes* (Internet). (1)Turku University Hospital, Department of Nephrology; Elsevier Ltd; 2015 Feb 1;9(1):31–8. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84920647964&lang=es&site=eds-live>
34. Hooi LS(1), Ong LM(2), Ahmad G(3), Bavanandan S(3), Ahmad NA(4), Naidu BM(4), et al. A population-based study measuring the prevalence of chronic kidney disease among adults in West Malaysia. *Kidney Int* (Internet). (1)Department of Medicine, Haemodialysis Unit, Sultanah Aminah Hospital; 2013 Nov 1;84(5):1034–40. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84888315067&lang=es&site=eds-live>



35. Dyck RF, Hayward MN, Harris SB. Prevalence, determinants and co-morbidities of chronic kidney disease among First Nations adults with diabetes: results from the CIR-CLE study. *BMC Nephrol* (Internet). 2012 Jan (cited 2016 Feb 27);13:57. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3438064&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Barrot-De la Puente J(7), Coll-de Tuero G, Franch-Nadal J, Garre-Olmo J(2), Diez-Espino J(5), Mundet-Tuduri X, et al. Prevalence of chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes in Spain: PERCEDIME2 study. *Prim Care Diabetes* (Internet). (1)EAP Anglès: Elsevier Ltd; 2013 Apr 1 (cited 2016 Mar 8);14(1):74. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3598539&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
37. Jameson K, Jick S, Hagberg KW, Ambegaonkar B, Giles A, O'Donoghue D. Prevalence and management of chronic kidney disease in primary care patients in the UK. *Int J Clin Pract* (Internet). 2014 Sep (cited 2016 Mar 8);68(9):1110-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24852335>
38. Nala S. Decreasing trends in incidence and prevalence of renal replacement therapy in Croatia from 2000 to 2009. *Clin Kidney J* (Internet). Nephrology and Dialysis Department, University Clinic for Internal Diseases, Sestre Milosrdnice Clinical Hospital Centre, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.: Oxford University Press; 2012 Aug;5(4):309-14. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=25874086&lang=es&site=eds-live>
39. KADOUR E, ARMEAN P, VÂLCEANU D. EPIDEMIOLOGICAL CONSIDERATIONS ON PATIENTS UNDERGOING RENAL REPLACEMENT THERAPY IN ROMANIA. *Acta Medica Transilv* (Internet). *Acta Medica Transilvanica*; 2015 Jun;20(2):74-6. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=103371768&lang=es&site=eds-live>
40. Kolesnyk I, Noordzij M, Kolesnyk M, Kulyzky M, Jager KJ. Renal replacement therapy in Ukraine: epidemiology and international comparisons. *Clin Kidney J* (Internet). Ukrainian Renal Registry, Institute of Nephrology, Kiev, Ukraine.: Oxford University Press; 2014 Jun;7(3):330-5. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=25852905&lang=es&site=eds-live>
41. Kramer A, Stel VS, Abad Diez JM, Alonso de la Torre R, Bouzas Caamaño E, nala S, et al. Renal replacement therapy in Europe—a summary of the 2010 ERA-EDTA Registry Annual Report. *Clin Kidney J* (Internet). 2013 Feb;6(1):105. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=85342828&lang=es&site=eds-live>



42. Rao A (1), Casula A (1), Castledine C (2). UK renal registry 17th annual report: Chapter 2 UK renal replacement therapy prevalence in 2013: National and Centre-specific analyses. *Nephron* (Internet). (1)UK Renal Registry, Southmead Hospital; S. Karger AG; 2015 Jan 1;129:31–56. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84932163823&lang=es&site=eds-live>
43. Noordzij M, Kramer A, Abad Diez JM, Alonso de la Torre R, Arcos Fuster E, Bikbov BT, et al. Renal replacement therapy in Europe: a summary of the 2011 ERA-EDTA Registry Annual Report. *Clin Kidney J* (Internet). ERA-EDTA Registry, Department of Medical Informatics , Academic Medical Center, University of Amsterdam , Amsterdam , the Netherlands.; Oxford University Press; 2014 Apr;7(2):227–38. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=25852881&lang=es&site=eds-live>
44. Rosa-Diez G, Gonzalez-Bedat M, Pecoits-Filho R, Marinovich S, Fernandez S, Lugon J, et al. Renal replacement therapy in Latin American end-stage renal disease. *Clin Kidney J* (Internet). Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión , Executive Board of the Latin American Dialysis and Transplant Registry (LADTR) , Buenos Aires , Argentina.; Oxford University Press; 2014 Aug;7(4):431–6. Available from: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=25349696&lang=es&site=eds-live>
45. CDC - Incidence per 1,000 Population by Age - Incidence of Diabetes - Data & Trends - Diabetes DDT . (cited 2016 Mar 16); Available from: <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/incidence/fig3.htm>
46. United States Renal Data System (Internet). (cited 2016 Mar 16). Available from: <http://www.usrds.org/2015/view/Default.aspx>



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Este libro está disponible en la página web de la Cuenta de Alto Costo a través del siguiente enlace:

<http://goo.gl/wFsMns>

Puede acceder directamente desde cualquier dispositivo móvil mediante este código QR.



