



# GUINÉ EQUATORIAL

PROGRAMA DE TRATAMENTO  
DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

HEMODIÁLISE



Lisboa, 05 de Outubro 2019



# A DRC no Mundo



- A DRC tem vindo a assumir, em todo o mundo, foros de pandemia, calculando-se que, actualmente atinja cerca de 500 milhões de indivíduos (prevalência de cerca de 7%).
- Nos países com maior desenvolvimento (América do Norte, Europa Ocidental, Austrália e Japão), onde se admite que a totalidade dos doentes renais crónicos que atingem o estadio de IRCT são diagnosticados e tratados (por HD, DP, TR ou TMC), o número de doentes DRC que atingem o estadio de IRCT é de 2%.
- Isto permite deduzir que, no Mundo, se todos os doentes com IRCT fossem diagnosticados e tratados de forma adequada, haveria cerca de 10 milhões de indivíduos em TSFR ou TMC.
- Todavia, sabe-se que esse número não atinge os 2 milhões. Haverá, portanto, à volta de 8 milhões de indivíduos que anualmente morrem em IRCT sem terem acesso ao tratamento que lhes permitiria prolongar a vida ou melhorar a sua qualidade.

# Estimativa da evolução do n.º doentes em HD



- Para perspectivar a evolução anual do n.º médio de doentes em HD, é necessário conhecer:
  - **a)** o número de doentes em HD no final de cada ano;
  - **b)** a expectativa do número de novos doentes que, no ano, iniciam tratamento HD;
  - **c)** o número esperado de falecimentos no ano entre os doentes em HD;
  - **d)** o número de doentes que, durante o ano, são transferidos para outras modalidades terapêuticas (TR, DPC, TMC) ou que abandonam o tratamento.

**a) Estimativa do n.º de doentes a  
31 de Dezembro do ano anterior  
(prevalência)**



- Admitimos que existem 50 doentes em tratamento no exterior do país, e que destes 35 voltarão para continuidade dos tratamentos.

**b) Estimativa do número de doentes que iniciarão HD em cada ano (incidência)**



- A incidência da IRCT (n.º de indivíduos que, num ano, atinge o estadio terminal da DRC) não é igual à incidência de DRC a iniciarem TSFR (n.º de indivíduos que, num ano, iniciam TSFR). Calcula-se que, no Mundo, 80% dos doentes que atingem o estadio de IRCT não têm acesso a tratamento adequado.

# Metodologia prosseguida – b)



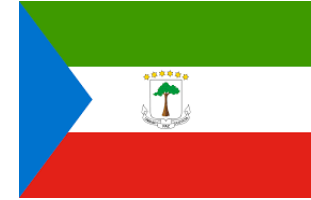
- Mas o parâmetro "incidência de novos doentes em TSFR" é muito variável de país para país e, até, de região para região. Entre as razões para esta variabilidade, destacam-se as seguintes:
  - (i) a capacidade económica dos Estados para suportarem o TSFR a todos os doentes;
  - (ii) a opção política e ética dos Estados em suportar, ou não, aquele tratamento;
  - (iii) a cobertura médica do território, em termos quantitativos e qualitativos, designadamente na vertente de cuidados de saúde primários de proximidade - o n.º de DRC diagnosticados e a sua referenciação para os cuidados diferenciados é dela dependente;
  - (iv) a capacidade terapêutica instalada e a sua dispersão territorial.

# Metodologia prosseguida – b)



- Para a elaboração desta exposição, assumiram-se que os pressupostos que se enunciam:
  - (i) o estado delibera tratar todos os IRCT diagnosticados;
  - (ii) a cobertura médica do território apresenta fortes assimetrias;
  - (iii) as Unidades HD serão instaladas nas grandes cidades;
  - (iv) as alterações demográficas estão estimadas e são conhecidas;
  - (v) não se prevê existência ou evolução relevante da DPC;
  - (vi) um programa de TR tem um largo conjunto de exigências que não se prevê a sua criação nos próximos anos;
  - (vii) um programa de TMC, será ainda de mais difícil concretização pelo que não é considerado;

## b) Estimativa do número de doentes que iniciarão HD em cada ano (incidência)



- Com estes pressupostos considerou-se que a população das grandes cidades onde se prevê a instalação de Unidades HD, onde a referenciação dos doentes com IRCT será maior e a sua inclusão em TSFR mais facilitada (incidência de  $30/10^6$  hab/ano) - **Áreas A**.  
A população do restante território com maior dificuldade de acesso à referenciação (incidência  $15/10^6$  hab/ano) - **Áreas B**.

**Áreas A** - Concentram 70% da população

Localidade	Província
Malabo	Bioco Norte
Bata	Litoral

**Áreas B** - Restante território (30% da população)

- Teremos assim uma incidência de  $32,3/10^6$  hab/ano.



c) Estimativa do n.º de doentes em HD falecidos durante cada ano



- Recorrendo a dados conhecidos noutros territórios do continente africano, a taxa de mortalidade será próxima aos 10% nos doentes em programa regular e de cerca de 20% nos novos doentes do ano, assim teremos:

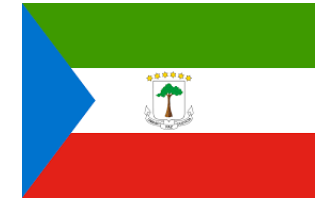
$$F = (0,1PrA-1 + 0,2PrA)$$

# PERSPECTIVA DA EVOLUÇÃO DO N.º DE DOENTES EM HD (2020-2035)



Ano	População	N.º doentes em HD a 31 Dez. ano anterior (PrA-1)	N.º novos doentes em HD ( $ln = 32,33 * pop$ )	N.º doentes falecidos no ano ( $F = 10\% * PrA - 1 + 20\% ln$ )	N.º doentes em HD a 31 Dez. do ano ( $PrA = PrA - 1 + ln / 2 - F / 2$ )	N.º médio doentes em HD a 31 no ano $(PrA + PrA - 1) / 2$
2020	1 406 276	35	46	13	52	44
2021	1 452 345	52	47	15	68	60
2022	1 498 414	68	49	17	84	76
2023	1 544 483	84	50	19	100	92
2024	1 590 552	100	52	21	116	108
2025	1 636 621	116	53	23	131	124
2030	1 871 228	191	61	32	206	199
2035	2 104 720	265	69	41	279	272

# PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DE 2 UNIDADES DE HEMODIÁLISE



- Atendendo à evolução, esperada, do n.º de doentes nos próximos 15 anos (2020 – 2035), propomos a construção e equipamento de 2 Unidades de Hemodiálise no país (Malabo e Bata) onde se concentra a maioria da população.

Cada uma das Unidades deverá ter uma capacidade para 120/150 doentes, entre 20 e 25 postos.

# PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DE 2 UNIDADES DE HEMODIÁLISE





**RICARDO COLARINHA– 96 952 90 50**  
**ricardo.colarinha@JOCOLGEST.onmicrosoft.com**

**FRANCISCO HERMENEGILDO– 96 952 90 04**  
**f.hermenegildo@jocolgest.pt**