

Bajo nivel de conocimiento y diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica en la población y en el sector salud. ¿Qué hacer para cerrar la brecha?

Low level of knowledge and diagnosis of Chronic Kidney Disease in the population and in the health sector. What to do to close the gap?

Miguel Almaguer López. ^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5608-718X>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Instituto de Nefrología “Dr. Abelardo Buch López”, La Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia: miguelalmaguer031143@gmail.com

Recibido: 12/12/2023

Aceptado: 14/12/2023

Señor Editor:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) tiene una tendencia creciente a nivel global y también en Cuba; sin embargo, hay un bajo nivel de conocimiento en la población y en el sector salud sobre la misma, lo que conlleva a un bajo nivel de diagnóstico en el primer, segundo y tercer niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

En los Estados Unidos, la prevalencia de ERC es 15 % en la población adulta. Uno de cada siete adultos tiene ERC, pero nueve de cada diez adultos con ERC no saben que la tienen y dos de cada cinco con ERC grave, no sabe que tienen ERC.⁽¹⁾

En Cuba, la prevalencia de ERC es de 9,6 % en la población adulta.⁽²⁾ Al extrapolar estos resultados a la población del país, se estima que uno de cada ocho cubanos adultos, alrededor de 800 000, tienen una ERC. Sin embargo, solamente son conocidos, 32 328 dispensarizados en el primer nivel de atención, alrededor de 3 000 pacientes en diálisis y 1 000 con trasplante renal.^(3,4) Hay una enorme brecha en el diagnóstico de los pacientes con ERC.

En relación con el conocimiento de la ERC en la población general y en el sector salud, sendos estudios realizados en grupos de población joven, estudiantes universitarios de la provincia de Villa Clara y en médicos de la familia de un policlínico en Pinar del Río, describieron que hay un bajo e insuficiente conocimiento sobre la ERC, respectivamente.^(5,6,7) Estudios epidemiológicos realizados en Camagüey y en el municipio del Cerro en La Habana, reportaron que 76 % de los pacientes diagnosticados con ERC, no conocían que tenían ERC.^(8,9) A pesar de ser estudios locales, nos alertan sobre la posible magnitud de este problema en el país.

Elevar el conocimiento sobre la ERC en la población, en el sector salud y en los decisores; prevenir la enfermedad y realizar su diagnóstico precoz es primordial para evitar o disminuir el impacto negativo de la ERC en la población cubana. Ante esta situación de salud ¿Qué hacer?

A pesar de las dificultades económicas que atraviesa el país en la actualidad, hay nuevas transformaciones en el sector salud que son fortalezas que pueden contribuir a mejorar el enfrentamiento a la ERC:

a) El Anteproyecto de la nueva Ley de Salud Pública (2023) establece que esta tiene una orientación profiláctica, comprende acciones intersectoriales e integradas de promoción de salud, prevención de enfermedades, servicios de atención, protección y recuperación de la salud, con la participación activa y responsable del individuo, la familia, la comunidad y las estructuras del Estado y el Gobierno. Incorpora el nuevo enfoque sanitario e intersectorial de “Una Salud”, que se consolida como un espacio integrador donde convergen la salud humana, de los animales, las plantas y el ambiente; y promueve acciones de colaboración intersectorial y multidisciplinaria.

b) El nuevo programa del médico y la enfermera de la familia (2023) que se desarrolla en los escenarios del primer nivel de atención; conceptualiza que la atención primaria es una estrategia que transversaliza todos los niveles de atención (primer, segundo y tercer niveles). El programa prevee el trabajo en equipos y la multidisciplinaridad, con Equipos Básicos de Salud (EBS) en los consultorios, integrado por un médico y enfermera(o) de la familia, responsables de la salud de su población, que cumplirán con la atención médica integral y dispensarizada al individuo, la familia y la comunidad; y los Grupos Básicos de Trabajo (GBT), en los policlínicos, integrado por especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, y otras), que cumplirán funciones asistenciales, docentes, de investigación y administrativas. Entre los vínculos con el hospital prevee la referencia y contrarreferencia de los pacientes y la proyección comunitaria de especialidades no básicas según la regionalización.^(10,11)

Basados en estas premisas generales es recomendable diseñar las futuras acciones para el control de la ERC en el país.

¿Cuáles acciones a corto plazo pudieran tener un impacto favorable para mejorar el conocimiento de la ERC en la población y en el sector salud, y favorecer el diagnóstico precoz de la misma?

1. *Elevar el conocimiento de la ERC*, promover acciones de promoción de salud y prevención de la ERC, orientadas a la población general y a los principales grupos de riesgo, teniendo en cuenta las nuevas técnicas de “Alfabetización en salud” y los medios para la información.

2. *Elevar la competencia y el desempeño de los médicos*, del primer nivel de atención y de otros especialistas en los policlínicos y hospitales, para el diagnóstico precoz de la ERC, mediante la educación médica continua y el desarrollo profesional continuo.

3. *Realizar el diagnóstico precoz de la ERC*, primordialmente, con acciones preventivas para el control de los factores de riesgo (control de la hipertensión arterial en los hipertensos y de la glicemia en los diabéticos, entre otros) y el diagnóstico precoz, mediante la pesquisa activa orientada hacia las principales causas de ERC de los nuevos pacientes que ingresan a diálisis (2022): Hipertensión Arterial 34,4 %, *Diabetes Mellitus* 31,6 %, causas urológicas 6,5 %, enfermedad quística renal 5,5 % y enfermedades glomerulares primarias 4,6 %. Los mayores de 60 años de edad, fueron 25,2 % de estos pacientes.⁽²⁾

- Los pacientes dispensarizados por hipertensión arterial (2020) fueron 2 552 103, se estima que 9,2 % tienen una Tasa de Filtración Glomerular (TFG)<60 ml/min/1.73m².^(3,12) Se estima que 234 793 tienen una ERC (estadios 3-4-5).
- Los pacientes dispensarizados por *Diabetes Mellitus* (2020) son 749 432M; se estima que 13 % tienen una TFG<60 ml/min/1.73m²,^(3,12) y que 97 426 tienen una ERC (estadios 3-4-5).

1. *Perfeccionar los medios diagnósticos*, se requiere disponibilidad y sostenibilidad de las herramientas para el diagnóstico de la ERC. El nivel primario de atención cuenta con el método clínico-epidemiológico, exámenes de laboratorio (cituria o parcial de orina, albuminuria por la técnica SUMA, creatinina en sangre) para estimar la función renal (TFG), mediante el uso de ecuaciones matemáticas (disponibles en internet: eGFRCalculator/National Kidney Foundation <https://www.kidney.org>) para el uso en teléfonos móviles o computadoras. Algunos pacientes requerirán estudios de imágenes (ecografía renal y Rayos X). Introducir progresivamente el Índice albúmina/creatinina en orina para aumentar la precisión en el diagnóstico.
2. *Perfeccionar la proyección comunitaria de la especialidad de Nefrología*, el programa del médico y la enfermera de la familia establece para las interconsultas de los pacientes, que el médico de la familia presentará el caso a los especialistas del GBT y participará en la consulta, aportando elementos para la toma de conducta con el paciente, y cuando lo consideren necesario, lo referirán a interconsultas con las especialidades no básicas.

En el caso de la Nefrología, ante la problemática actual, se necesita cambiar el paradigma, pasar del modelo clásico de consultas asistenciales por los nefrólogos en los policlínicos, a un modelo integrador e interactivo asistencial personalizado con los pacientes. El nefrólogo interactuando con el médico de la familia y el GBT, contribuirán al diagnóstico de ERC, su causa y la estratificación por estadios. Establecerán de conjunto el programa de atención integral para cada paciente y la periodicidad para su seguimiento en el primer nivel de atención, o su remisión al hospital para investigaciones o tratamiento especializado o seguimiento en la consulta de ERC avanzada a nivel hospitalario (preferentemente en los pacientes con ERC estadios 4-5). El nefrólogo debe desempeñar un nuevo papel transformador, integrando los

aspectos asistenciales, el desarrollo de recursos humanos y las investigaciones, de conjunto con los EBS y los GBT, y otras especialidades. Educar en la autopreparación de los recursos humanos, promover la educación en el trabajo, las discusiones de casos, cursos, participación activa en el análisis de la situación de salud de la comunidad, promover la realización de tesis de residencia, maestrías, doctorados en el campo de las enfermedades renales y la salud renal.

3. *Perfeccionar la Dispensarización de los pacientes con ERC*, actualmente, solo se dispensarizan los pacientes con ERC con una TFG <60 ml/min/1.73m², pero se debe aspirar a dispensarizar a la ERC en todos los estadios.

4. *Perfeccionar la consulta hospitalaria de ERC Avanzada*, prevención y control de la progresión y las complicaciones, preparación de los pacientes para diálisis y trasplante renal, acciones de rehabilitación física, psicológica, nutricional y social.

5. *Perfeccionar los sistemas de vigilancia e informatización*, proponer a la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, que en el registro de dispensarización la ERC se desglose por estadios (1-2-3-4-5), y que, además de desglosar la ERC por *Diabetes Mellitus*, se desglose la ERC por hipertensión arterial; así como implementar un registro para los pacientes con ERC prediálisis con atención nefrológica a nivel hospitalario y también actualizar el registro de pacientes en diálisis y trasplante renal. Perfeccionar los registros de mortalidad de ERC, actualmente solo en indicadores de tasa bruta y estandarizada, lo que se deben incluir otros indicadores de uso internacional.

Para finalizar, debemos comprender que todas las acciones que se recomiendan emprender en el futuro deben ir encaminadas principalmente a cerrar la brecha del conocimiento y el diagnóstico de la ERC a nivel poblacional y en el sector salud. El avanzar progresivamente en estos dos pilares fundamentales será la base para

alcanzar los objetivos de un mejor control de los factores de riesgo, evitar la ERC o retardar la progresión de la enfermedad, evitar complicaciones, disminuir hospitalizaciones, mejorar las condiciones clínicas de los pacientes que inician diálisis o trasplante renal, mejorar la rehabilitación, la calidad de vida y una menor mortalidad. Las acciones para que sean efectivas tienen que ser implementadas institucionalmente por el Sistema Nacional de Salud. Se requiere actualizar el Programa Nacional de Prevención de la ERC para la población adulta y las edades pediátricas. Mientras ese momento llega, los nefrólogos, pueden ir implementando las acciones renovadas para estos tiempos, según las características y recursos disponibles en cada territorio.

Referencias bibliográficas

1. U.S. Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention. Enfermedad crónica de los riñones en los Estados Unidos. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/kidneydisease/spanish/ckd-national-facts.html>
2. Herrera R, Almaguer M. Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors in Cuba. In Garcia G. Chronic Kidney Disease in disadvantaged population. Elsevier. Academic Press. San Diego. USA. 1st Edition. Section 6. 2017.
3. Registro de Dispensarización. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. 2020.
4. Informe Preliminar de las Estadísticas del Programa: Red nefrológica. 2022. Centro Coordinador del Programa de Atención Nacional a la Enfermedad Renal, Diálisis y Trasplante Renal. Instituto de Nefrología “Dr. Abelardo Buch López”. La Habana. 2023.

5. Miranda DL, Martínez L, Fernández E. Conocimiento sobre la enfermedad renal crónica en jóvenes universitarios cubanos. *Enferm Nefrol.* 2020 Jul-Sep; 23(3):285-293. DOI: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020030>
6. Martínez L, Rojas L, Garciga MM, Iglesias AM, Miranda D. Conocimientos sobre la ERC en estudiantes de Psicología en Cuba. *Horiz. enferm* 2020: 31 (3), 291-305. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1223049>
7. López A, Herrera G. Conocimientos de los médicos de familia sobre los factores de riesgo de la enfermedad renal crónica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]*. 2021. [Citado 2023 Dic 14]; 25(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4829>
8. SantaCruz PL, Pereira I, Rangel E, Abril P, Collot J. Prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC): Estudio en población abierta. Importancia de la atención primaria de salud. *Nefrología.* 1993. 13 Supl 5: 66-69.
9. Discurso pronunciado por el Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de la República de Cuba, Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, 53 Aniversario del asalto a los cuarteles Moncada y Carlos Manuel de Céspedes en la Plaza de la Patria de Bayamo, Granma 26 de Julio de 2006. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2006/esp/f260706e.html>
10. Anteproyecto de la nueva Ley de Salud Pública. Cuba. Infomed. 7 noviembre 2023. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/ucmvc/2023/11/07/anteproyecto-de-la-nueva-ley-de-salud-publica/>
11. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en:

<http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>

12. Bonet M, Patricia P. [III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014, p. 195-211. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu>](#)

Conflictos de intereses

El autor declara que no presenta conflictos de intereses.