

RECOMENDACIONES PARA EL MINISTERIO DE SALUD ANTE LA SITUACION DE LA EPIDEMIA DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y EL INCREMENTO PROGRESIVO DEL NUMERO DE CASOS DE DIALISIS QUE AFECTA EL GASTO EN SALUD EN COLOMBIA

La incidencia de Enfermedad renal crónica (ERC) ha crecido de manera exponencial en Colombia, secundaria al incremento en el diagnóstico de pacientes con hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Nefropatía obstructiva. Según los datos de la cuenta de alto costo (CAC) hay todavía un gran porcentaje de hipertensos y diabéticos que no han sido estudiados para ERC y falta una mayor detección activa y control de estas tres patologías antes mencionadas.

En estudios realizados en Colombia se observa que el mayor deterioro renal ocurre en los pacientes estadios 2 y 3, probablemente secundario a la falta de seguimiento por Nefrología y a lo espaciado de sus consultas de seguimiento. Hemos observado que en muchas EPS los estadios 1 y 2 los ve el médico general, los estadios 3 y 4 el Internista y solo el 5 lo remiten a Nefrología.

Existen pocos verdaderos programas de Prevención y manejo temprano de la ERC. Muchos pacientes son manejados en Programas de Riesgo Cardiovascular que tienen otra orientación y parámetros diagnósticos diferentes con criterios de remisión tardíos y tienen variedad no organizada de cuidadores (médicos generales, internistas, endocrinólogos y cardiólogos), quienes evalúan su patología respectiva, pero dejan de lado la protección renal. Esto se ha visto reflejado en aumento de prevalencia e incidencia de la enfermedad renal a pesar de todos los esfuerzos existentes, políticas actuales definidas por el gobierno y programas dedicados a esto.

La Asociación colombiana de nefrología expresa su interés en trabajar mancomunadamente con el Ministerio de salud y Protección social para disminuir la progresión de la enfermedad renal y evitar la entrada acelerada en diálisis, con el ánimo de retomar e implementar el modelo de prevención realizado en 2005.

Nos permitimos realizar una serie de sugerencias que mencionamos a continuación:

1. Debe existir una clínica de salud renal y nefroprotección que se encargue de liderar el programa, poner en marcha un modelo unico, auditado y acreditado por la Asociación

Colombiana de Nefrología y vinculada a la cuenta de alto costo, así como existe una reglamentación y aprobación supervisada para los centros de Diálisis y Trasplante Renal, debe existir algo similar para la habilitación de Programas salud y Protección Renal, los cuales deben tener al menos un seguimiento anual por la asociación (ASOCOLNEF).

2. Fortalecer el concepto de enfermedad renal crónica como factor de riesgo cardiovascular independiente y exponer la importancia de hacer nefroprotección como programa específico del cuidado de la salud renal liderado por nefrólogos apoyados por una red de especialistas y profesionales que complementen el programa.
3. Estandarizar un modelo único de atención y según los estadios de enfermedad renal las frecuencias de uso de los distintos servicios prestados (valoración de nefrología, psicología, nutrición, trabajo social, laboratorio etc). Destacar la importancia de atención en la nefroprotección de la población en estadios incipientes de enfermedad renal y el papel del nefrólogo en fortalecer las competencias de los partícipes. Los pacientes con estadio 3 hacia arriba, deben estar inscritos y manejados en un verdadero Programa de Nefroprotección en cabeza del nefrólogo, el cual como dice la norma debe ser interdisciplinario, incluyendo la educación en el autocuidado del paciente y su cuidador.
4. Establecer parámetros mínimos para la evaluación siguiendo las directrices CAC , así como las guías mundiales y nacionales.
5. Trabajar los programas de riesgo cardiovascular en conjunto con el ministerio y los entes territoriales a nivel nacional, involucrando el programa de salud renal en hipertensión y diabetes, causando un impacto en la carga de enfermedad de estos programas.
6. Las EPS deben garantizar la oportunidad para las interconsultas con otras especialidades (medicina interna, endocrinología, cardiología, urología, cirugía) dado que muchas veces la progresión de la enfermedad renal es debida a complicaciones que pueden ser resueltas por la intervención oportuna de estas. Del mismo modo sea garantizada la dispensación de medicamentos básicos por parte de las aseguradoras para el control de

las enfermedades precursoras de la enfermedad renal (insulinas, inmunosupresores, antihipertensivos, hierro parenteral, eritropoyetinas, suplementos nutricionales y otros)

7. Fortalecer el programa educativo en pregrado y post grado para formar en Prevención de la Enfermedad Renal. Si no educamos y capacitamos al médico general para la detección temprana y el manejo adecuado de la ERC y sus enfermedades precursoras, seguiremos teniendo la inevitable progresión a ERCTerminal y diálisis así como su alto impacto en el costo de la Salud Colombiana generado por la no oportunidad en la valoración y control del riesgo temprano (costo de no calidad).

La Asociación Colombiana de Nefrología considera que los nefrólogos somos los especialistas más idóneos en el cuidado de la salud renal y somos los primeros interesados en la prevención de la enfermedad renal y evitar la progresión a diálisis. Colombia requiere un nuevo modelo de salud poblacional que identifique tempranamente factores de riesgo para enfermedad renal y se centre en su cuidado antes de enfermarse gravemente.