



TEMAS DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

PROGRAMA DE SALUD RENAL - Sector Público

Zona Oeste de Montevideo



Introducción

En anteriores artículos se ha hecho referencia a que la insuficiencia renal es un grave problema de salud pública a nivel mundial. No sólo por sus efectos deletéreos sobre el paciente, sino también por los altos costos que generan su comorbilidad y tratamiento. En Uruguay hay 2500 pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal y anualmente ingresan 400 nuevos pacientes. Cerca de 100 pacientes se realizan trasplante renal anualmente. Sin embargo, pese a la importancia que el problema tiene en nuestro país, es frecuente que el paciente llegue al médico en una etapa tardía, con insuficiencia renal extrema e irreversible, cuando sólo queda la alternativa de ingresarlo a un plan de sustitución de función renal.

Como forma de enfrentar esta situación se ha puesto en funcionamiento el Programa de Salud Renal, cuyas actividades se iniciaron el 1° de septiembre de 2004 con el esfuerzo mancomunado de varias instituciones: el MSP-ASSE y la IMM aportan sus policlínicas de atención primaria en los sitios más lejanos de la capital; el FNR aporta recursos económicos y logísticos para el emprendimiento; el grupo de Nefrólogos del Hospital Maciel, la Sociedad Uruguaya de Nefrología y la Cátedra de Nefrología aportan el apoyo científico, la capacitación, la elaboración del Programa y las Pautas de Nefroprevención.

En su inicio el programa abarcará la población de Salud Pública de la zona Oeste de Montevideo, que corresponde al área de referencia del Hospital Maciel, y que comprende los barrios Atahualpa, Barrio Sur, Figurita, Jacinto Vera, Palermo, Prado, Nueva Sabona, Reducto, Casabó, Pajas Blancas, Casavalle, Cerro, Ciudad Vieja, La Teja, La Paloma, Tomkinson, Nuevo París, Paso de la Arena, Colón, Conciliación, Lezica-Melilla, Peñarol, Lavalleja y Sayago.

Aunque el programa en un comienzo se circunscribirá a la zona Oeste de Montevideo, a nivel del Sector Público, se espera que este paso

inicial actúe como catalizador y estímulo para su ampliación y desarrollo a todo el territorio nacional tanto en el área pública como privada.

Objetivos del Programa de Salud Renal:

1. Promover la educación para la salud y los hábitos de vida saludables en la población general
2. Promover la integración de los cuidados de salud renal a los servicios de Atención Primaria de Salud.
3. Reconocer precozmente la enfermedad renal en las poblaciones de riesgo.
4. Optimizar los cuidados de los pacientes en todas las etapas de la enfermedad renal.

El Programa de Salud Renal consiste en la detección precoz del daño renal en los servicios de atención primaria de salud. El paciente con daño renal incipiente será

derivado a Nefrólogo quien cumplirá con las etapas diagnósticas y realizará el tratamiento de todos los factores de progresión que llevan a la insuficiencia renal extrema.

Es fundamental el papel que cumplen los médicos que trabajan en APS, médicos de familia y especialistas como diabetólogos y cardiólogos, para la detección de daño renal en la población de riesgo.

Se define como población de riesgo la que presenta algunos de los siguientes FACTORES DE RIESGO RENAL

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Enfermedades autoinmunes
- Infecciones Urinarias
- Obstrucción Urinaria
- Nefrolitiasis
- Historia familiar de enfermedad renal crónica
- Antecedentes de insuficiencia renal aguda.

- Reducción de masa renal funcional
- Exposición a ciertas drogas (AINE)
- Edad mayor de 70 años

Detectado un paciente portador de factores de riesgo renal, será estudiado con creatinemia y examen de orina con sedimento. Los pacientes en que se detecte una creatinemia > 1.5 mg/dl o proteinuria > 0.5 g/l o un filtrado glomerular < 60 ml/min deben ser derivados a nefrólogo.

El filtrado glomerular se puede estimar con fidelidad utilizando la fórmula de Levey abreviada (bajo el formato de una Tabla que se facilitará), utilizando tan sólo la edad, la creatinina plasmática y el sexo. Es muy práctica y evita la recolección de orina de 24 hs.

También serán derivados a Nefrólogo los pacientes diabéticos, con examen de orina normal, con microalbuminuria positiva (que ya está disponible en el laboratorio del

CRAPS).
En los casos en que se justifique, el Nefrólogo del Programa dispondrá de medicación destinada a la prevención del desarrollo y progresión de la enfermedad renal crónica, que es aportada y administrada por el Fondo Nacional de Recursos:

- Tratamiento de la dislipemia con estatinas
- Tratamiento de la diabetes facilitando las tirillas de microalbuminuria para el diagnóstico precoz de la nefropatía
- Tratamiento de la hipertensión arterial y/o proteinuria con inhibidores de la enzima de conversión y/o bloqueantes de receptores de angiotensina, si no existen contraindicaciones.

Una vez establecido el tratamiento nefrológico el paciente continuará vinculado a su médico de cabecera, en un sistema de referencia y contrareferencia.

ACLARACIÓN SOBRE ARTÍCULO PUBLICADO POR EL ICI

En un espacio contratado por el Instituto de Cardiología Infantil (ICI) en la edición de "El Diario Médico" de Septiembre de 2004, se presentan los resultados obtenidos por esa institución con el uso de dispositivos que se implantan por vía endovascular como los stents, los coils y los amplatzer.

Dado que el artículo no se centra en la difusión de los resultados médicos sino que más bien intenta mostrar una actitud poco cuidadosa en el uso de los recursos por parte del FNR, es imprescindible formular las siguientes aclaraciones:

1. Efectivamente, el FNR tomó conocimiento del interés del ICI en desarrollar estas técnicas en el año 1996. Por ese motivo, en el acta de la Comisión Honoraria Administradora del 12 de diciembre de ese año consta la presentación hecha por la Dirección General, sobre la base de un informe de la Dirección Técnica, en el que se destaca la importancia de incorporar estos procedimientos a la cobertura.
2. Al contrario de lo que se afirma en el artículo del ICI, el 30 de abril de 1997 la CHA resolvió a texto expreso incorporar estas técnicas, incluyendo los dispositivos, y solicitar al MEF la definición del arancel a pagar.
3. A partir de esa resolución comienza un largo periplo en el cual el MEF informa reiteradamente que el ICI no presenta la información de costos imprescindible para fijar un arancel. Por lo tanto, estas técnicas expresamente autorizadas no se cubrieron en los hechos porque no fue posible llegar a un acuerdo con el ICI sobre el arancel.
4. El artículo dice que el FNR autorizó estas técnicas en noviembre de 2002. Eso no es correcto. Las mismas ya estaban autorizadas y lo que ocurrió en noviembre de 2002 fue que se alcanzó un acuerdo

viable para pagar estos implantes. El acuerdo fue con otro IMAE. Pero a partir de ese momento el ICI se avino a aceptar el pago.

5. Desde noviembre de 2002 el ICI y otros IMAE realizan estos procedimientos, aunque en el caso del ICI se han reiterado los reclamos por disconformidad con el arancel. Actualmente se pagan \$ 59.378 más el costo del dispositivo utilizado.
6. Las cuentas que se presentan para afirmar que el FNR ahorra dinero con este procedimiento no incluyen la totalidad de los gastos. No dicen por ejemplo que en el caso de los amplatzer, el FNR tuvo que obtener de los proveedores (mediante fuertes negociaciones) no pagar los catéteres adicionales que se utilizan para medir el tamaño de la comunicación o los sistemas posicionadores. Si no se hubiera obtenido esa mejora, sería más caro el implante de un dispositivo que una cirugía cardíaca. Vale la pena recordar que una cirugía cardíaca de niños se paga \$ 225.689 lo que significa un 25% más que las cirugías cardíacas de adultos hasta el 30 de abril pasado.
7. No se dice tampoco que los dispositivos utilizados por el ICI y que tuvieron que ser extraídos por haber fracasado la maniobra, fueron facturados al FNR por el proveedor. Ni que esos pacientes requirieron cirugías cardíacas que fueron facturadas al FNR por el ICI. ¿Esos costos no deben ser considerados?

Finalmente debe tenerse en cuenta un factor que para el FNR no es menor: según afirma, el ICI comenzó el uso de estos dispositivos en el año 1996. Llama la atención que la autorización del MSP para utilizar y comercializar esos dispositivos en nuestro país tiene fecha del año 2001. Como en todas las técnicas, el FNR sólo otorga cobertura a dispositivos debidamente registrados y autorizados.

099 69 77 65 – Servicio de información exclusivo para médicos las 24 hs.
Visite nuestra página web – www.fnr.gub.uy

INTEGRANTES DE LA COMISION HONORARIA ADMINISTRADORA DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

Presidente:
Ministro de Salud Pública, Dr. Conrado Bonilla
Presidente alterno:
Dr. Homero Bagnulo
Representante del M.S.P.:
Dr. Dante Giménez (titular) – Hugo Bertullo (alterno)
Dr. Gustavo Bogliaccini (titular) – Soc. Joaquín Serra (alterno)

Representante del M.E.F.:
Dr. Alvaro Mendy (titular) – Esc. Cristina Conti (alterno)
Representante de I.A.M.C.:
Sr. Hércules Mazzucchelli (titular) – Esc. Filiberto Ginzo Gil (alterno)
Dr. Daniel Barrios (titular) – Dr. Arturo Altuna (alterno)
Dr. Antonio Durán (titular) – Dr. José Antonio Kamaid (alterno)

Representante del B.P.S.:
Dr. Hugo Lacurcia (titular) – Dr. Alberto Conde (alterno)
Representante de I.M.A.E.:
Sr. Carlos Vallejo (titular) – Dr. Gustavo Varela (alterno)
Director General (E):
Dr. Alberto Sayagués

Director Técnico Médico:
Dr. Alvaro Haretche
Directora Administrativa:
Cra, Regina Pardo

GUARDIA MEDICA DEL F.N.R.: 099 69 77 65
Editora: Lic. Selva Andreoli, Prensa y R.R.PP. del F.N.R.