

A propósito del Día Mundial del Riñón: de la detección temprana al acceso al tratamiento de la enfermedad renal

On World Kidney Day: from early detection to access to kidney disease treatment

Vicente Sánchez-Polo^{1,2*}, Rodrigo Daza-Arnedo^{1,3}, Vanessa Villavicencio-Cerón^{1,4},
Guillermo Álvarez-Estévez^{1,5} y Jorge Rico-Fontalvo^{1,6}

¹Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), Ciudad de Panamá, Panamá; ²Posgrado en Nefrología, Facultad de Medicina, Universidad San Carlos, Guatemala, Guatemala; ³Departamento de Nefrología, IPS Caminos, Cartagena de Indias, Colombia; ⁴Departamento de Nefrología, Hospital IEES Portoviejo, Portoviejo, Ecuador; ⁵Programa de Formación en Nefrología, Centro de Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), Santo Domingo, República Dominicana; ⁶Departamento de Nefrología, Facultad de Medicina, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

Como todos los años, el próximo 13 de marzo se celebra el Día Mundial del Riñón, por lo que en todo el mundo se hacen campañas educativas que buscan impactar en la población en general con relación al cuidado de los riñones. Por ser la enfermedad renal crónica (ERC) una afección de alto impacto en términos de calidad de vida, morbilidad y mortalidad, es fundamental aprovechar esta oportunidad para hacerla visible dentro de la población. Se estima que aproximadamente un 10% de la población mundial cursa con alguna forma de ERC, y que el 78% residen en países de medio o bajo ingreso económico, teniendo por contexto, además, la malnutrición, el riesgo de infecciones, el bajo peso al nacer, factores ambientales y la falta de acceso a los servicios de salud¹⁻³.

La ERC es una condición asintomática, de lenta progresión y en muchos casos irreversible, pero si se detecta temprano es posible modificar los factores que la hacen progresar hacia estadios avanzados o prevenir la muerte por sus complicaciones, principalmente de índole cardiovascular. La referencia tardía y la falta de acceso a terapias de soporte renal y trasplante son factores importantes que afectan el pronóstico de las personas que cursan con esta condición médica¹⁻³.

En todo el mundo, incluyendo países de Latinoamérica, la diabetes *mellitus* sigue siendo la principal causa de ERC, seguida por otras condiciones cardiovasculares y metabólicas, sin dejar de mencionar la epidemia de ERC de etiología desconocida que afecta algunas regiones de América Central^{4,5}.

El acceso al tratamiento en América Latina es heterogéneo y depende del sistema de salud de cada país, del gasto en salud pública y de la posibilidad de contar con una política y un programa nacional de salud renal que atienda las necesidades de toda la población. Hay países latinoamericanos que cuentan con programas nacionales que abarcan la detección oportuna, la prevención, el acceso a medicamentos y las terapias de soporte renal, fortalecidos con programas de promoción de la salud renal, registro de datos y promoción de la donación de órganos. Sin embargo, estos países no alcanzan al 15% de Latinoamérica, y en otros casos no existen programas nacionales de salud renal o son ciertos sistemas, como la seguridad social, organizaciones no gubernamentales o algunos Estados o provincias, los que generan esfuerzos propios.

En su mayoría, los nefrólogos latinoamericanos trabajan aislados y hacen un esfuerzo importante desde

*Correspondencia:

Vicente Sánchez-Polo
E-mail: visanpolo@yahoo.com

Fecha de recepción: 06-01-2025
Fecha de aceptación: 04-02-2025
DOI: 10.24875/NEFRO.M25000061

Disponible en internet: 17-02-2025
Nefro Latinoam (ahead of print)
www.nefrologialatinoamericana.com

2444-9032/© 2025 Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

su sitio de acción para enfrentar esta situación, pero aunque el médico tenga claros los conceptos de detección, prevención y tratamiento, el impacto es de corto alcance. Es importante comentar que el tema de la ERC en toda su dimensión debe ser abordado por un sistema nacional de salud renal bajo la directriz del gobierno central y ejecutado por cada ministerio de salud pública con la participación de los diferentes actores, como sociedades médicas, sociedades de nutricionistas, enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, investigadores y asociaciones de pacientes^{1,4}.

Propuesta de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)

Dado el contexto descrito, la SLANH, por medio de su Comité de Salud Renal, realiza un importante aporte que motiva a los países a caminar hacia la creación de un «Programa de salud renal»⁶. En su publicación, los autores proponen un abordaje integral que vaya desde la detección temprana y oportuna de la ERC, el acceso a medicamentos y a terapias de soporte renal, hasta la integración de otros elementos como clínicas de ERC avanzada y telenefrología, y señala la importancia del registro de la ERC en todos sus estadios, que incluya no solo los pacientes que están con requerimiento de diálisis y trasplante, sino también toda la población que padece ERC en estadios menos avanzados. Sugieren realizar detección precoz y estandarización de la ruta de seguimiento según los recursos de cada país, a saber, en sujetos en riesgo (diabéticos, hipertensos, metabólicos, expuestos a golpe de calor laboral) o en población sana que acuda a los servicios de salud por diversas causas⁶.

El tamizaje se recomienda mediante la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y la relación albuminuria/creatinuria en una determinación al azar. En los sujetos con TFGe < 60 ml/min/1.73 m² se recomienda la evaluación por el médico de atención primaria para evaluar el estado de salud renal y considerar la referencia oportuna al nefrólogo. Para tal efecto, es importante la sistematización de la metodología diagnóstica, y sugieren usar la ecuación CKD-EPI 2021 o MDRD4 factor 186 si la creatinina sérica no está estandarizada. Es fundamental que los laboratorios informen la TFGe una vez reportado un valor de creatinina sérica aunque no haya sido solicitado por el médico⁶.

Por otro lado, es esencial que se establezca la ruta que debe seguir el paciente con ERC. En América Latina, el número de nefrólogos por país es limitado, y

por esta razón es importante capacitar al médico de atención primaria, quien es el que primeramente tiene contacto y hace el diagnóstico con el paciente. Él evaluará al sujeto y definirá si requiere una valoración nefrológica (Fig. 1).

Es importante considerar la atención interdisciplinaria de los pacientes con ERC. En vez de que el paciente sea referido a varios especialistas para su atención (nefrólogo, cardiólogo, diabetólogo, nutricionista, enfermera), es recomendable establecer clínicas de cuidado renal avanzado en las que el paciente pueda ser evaluado, atendido e informado por todos los especialistas, quienes de manera coordinada se van a enfocar en el sujeto brindando un mejor seguimiento a su problema.

Como es conocido, América Latina es muy heterogénea en cuanto a geografía, cultura e idiomas. En muchas situaciones, la población enferma no puede recorrer grandes distancias fácilmente para llegar a ser evaluada por un nefrólogo. Por lo tanto, el uso de la telenefrología puede ser una herramienta importante en la detección y el seguimiento de los pacientes con ERC. Experiencias como la de Chile han demostrado que es factible el uso de esta tecnología para mejorar los resultados, ahorrar costos y atender a más población⁶.

Es fundamental dar a la población acceso a medicamentos nefroprotectores. En los últimos años ha quedado demostrado que, además del estilo de vida, el control de la presión arterial y el uso de bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona, los inhibidores del cotransportador tubular de glucosa tipo 2, el antagonista selectivo no esteroideo del receptor mineralocorticoide finerenona, y en pacientes con sobrepeso u obesidad y enfermedad renal diabética la semaglutida, tienen un impacto en la progresión y las complicaciones de la ERC, así como en la mortalidad. Es fundamental que el programa de salud renal se enfoque en dar acceso a los pacientes a estos fármacos, que a la larga demostrarán ser costo-efectivos ahorrando a los sistemas recursos para poder atender a más pacientes⁷⁻⁹.

Por otro lado, los registros son una herramienta esencial que sirve para conocer datos acerca de la patología, pero también como un indicador de evaluación del programa y del equipo que lo está ejecutando. Por lo tanto, una parte medular de un programa de salud renal es la creación, el mantenimiento y el fortalecimiento de los registros, no solo de diálisis y de trasplante, sino de todos los pacientes con ERC.

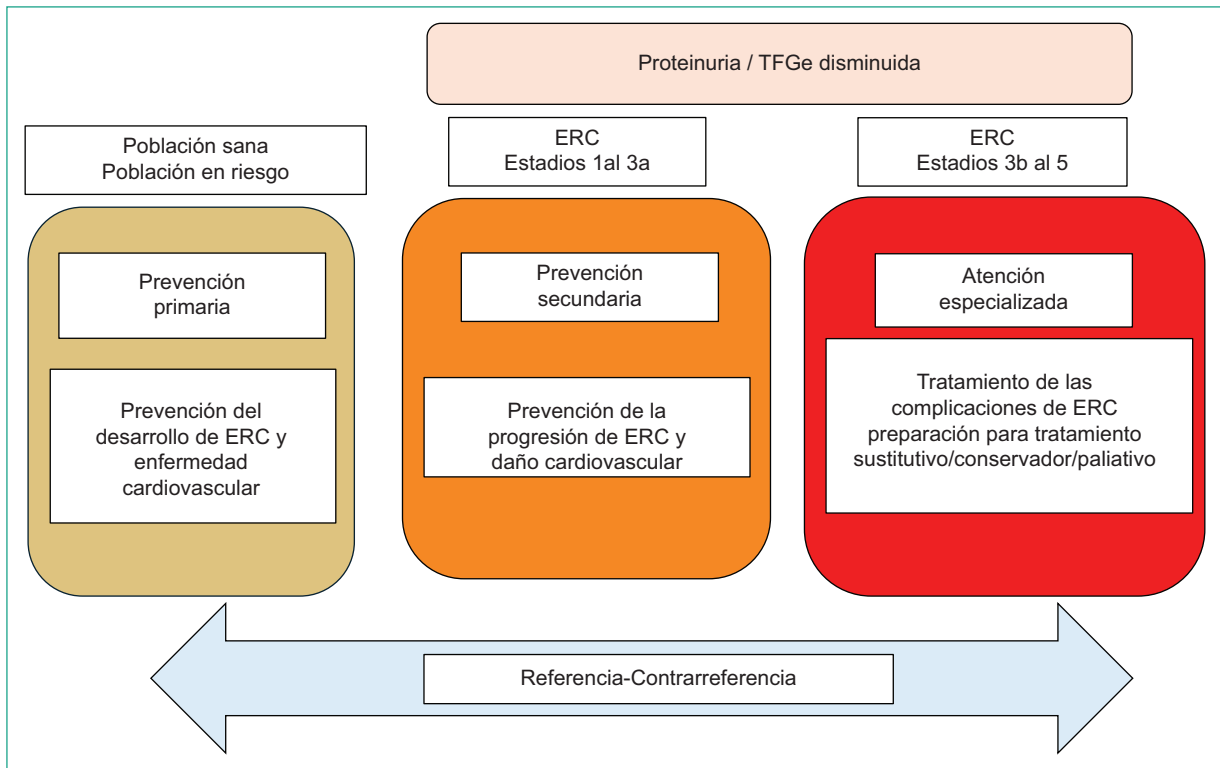


Figura 1. Política de salud renal, desde la detección temprana al acceso al tratamiento (*Adaptada de ref. 6.*)

Todo esto no es posible sin sustentabilidad y gobernanza. El programa de salud renal debe tener una base jurídica que lo establezca como política nacional de salud pública, que contenga reglamentos de ejecución, promoción y atención médica a los pacientes. Es fundamental que sea conformado por personas idóneas desde el punto de vista nefrológico, sanitario y epidemiológico, que de una forma desinteresada puedan ejecutar de la mejor manera posible un programa de salud renal que sea accesible, costo-efectivo y práctico.

La «Resolución sobre priorizar la salud renal», propuesta por Guatemala ante la Organización Mundial de la Salud, que busca reducir la epidemia de enfermedades no transmisibles promoviendo la salud renal, fortaleciendo la prevención y el control de la ERC, será sometida a votación de los gobiernos en el marco de la próxima Asamblea General en mayo de este año. En caso de salir favorable la elección, la salud renal será elevada a una prioridad mundial, con lo que la creación de programas nacionales de salud renal será más factible y esto dará la oportunidad para que la población general tenga acceso a la promoción de la salud renal, la detección temprana y los tratamientos, y para el fortalecimiento de las capacidades de los equipos de atención médica.

La SLANH está comprometida con impulsar y apoyar la creación de estos programas en toda la región. Mediante un gran equipo de salud renal, compuesto por especialistas de alto nivel, capacitados y preparados, nos comprometemos a apoyar los diferentes esfuerzos que los países puedan realizar, así como a fortalecer las capacidades de los países que ya están dando sus pasos en esta importante misión.

Un gran objetivo y reto que tenemos es que no solo somos una sociedad científica con metas netamente educativas, sino que también estamos participando activamente en poder incidir y colaborar en la planificación y el desarrollo de políticas de salud renal, y poder aportar nuestro granito de arena para soñar con una mejor salud renal en la región. ¡La SLANH trabaja por la salud renal para todos y en todos lados!

Financiamiento

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Correa-Rotter R, Méndez Durán A, Vallejos A, Rico-Fontalvo J, Cusumano AM, Rosa-Diez GJ, et al. Unmet needs of CKD in Latin America: a review from Expert Virtual Group. *Kidney Int Rep.* 2023;8:954-67.
2. Calice-Silva V, Neyra JA, Ferreiro Fuentes A, Singer Wallbach Massai KK, Arruebo S, Bello AK, et al. Regional board and ISN-GKHA team authors. Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology Latin America region: report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA). *Kidney Int Suppl* (2011). 2024;13:43-56.
3. Arici M, Assaad-Khalil SH, Bertoluci MC, Choo J, Lee YJ, Madero M, et al. Results from a cross-specialty consensus on optimal management of patients with CKD: from screening to complications. *BMJ Open.* 2024;14:e080891.
4. Rico Fontalvo J, Daza-Arnedo R, Correa-Rotter R, et al. Situación de la enfermedad renal en América Latina: con énfasis en la enfermedad renal diabética: dificultades y desafíos. *Nefro Latinoam.* 2024. doi: 10.24875/NEFRO.M24000055. Online ahead of print.
5. Sánchez-Polo V, Madero M, García-Trabanino R. Mesoamerican nephropathy: what we know so far. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2020;13:261-72.
6. Bravo-Zúñiga JI, Carlino-Bauza MC, Ríos-Sarro PG, Zúñiga-San Martín CA, Cueto-Manzano AM, Zúñiga-Saravia EA, et al. Aportes para la creación de programas de salud renal en Latinoamérica, Comité de Salud Renal de la SLANH. *Nefro Latinoam.* 2024;21:40-52.
7. Obrador G, Álvarez-Estévez G, Bellorín E, Bonanno-Hidalgo C, Clavero R, Correa-Rotter R, et al. Documento de consenso sobre nuevas terapias para retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica con énfasis en los iSGLT-2: implicaciones para Latinoamérica. *Nefro Latinoam.* 2024;21(Supl):1-18.
8. Zannad F, McGuire DK, Ortiz A. Treatment strategies to reduce cardiovascular risk in persons with CKD and type 2 diabetes. *J Intern Med.* 2024. doi: 10.1111/joim.20050. Online ahead of print.
9. Rico Fontalvo J, Álvarez Estévez G, Sánchez Polo V, Dina Battle E, Lorca Herrera E, Mascheroni C, et al. Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión en relación con el papel de los antagonistas del receptor mineralocorticoide en enfermedad renal crónica. *Nefrol Latinoam.* 2022;19:116-28.