

ARTÍCULO ORIGINAL

Remisión precoz vs remisión tardía de los pacientes con enfermedad renal crónica que inician hemodiálisis

Ismel Benítez Triana¹ , Yoel Santos Treto² , Laura Rodríguez Rodríguez¹ 

¹Policlínico Universitario “Chiqui Gómez Lubián”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Ismel Benítez Triana. ismelbt@gmail.com

Recibido: 06/09/2021 - Aprobado: 01/12/2021

RESUMEN

Introducción: la enfermedad renal crónica afecta a gran parte de la población mundial. Su diagnóstico en las fases iniciales permite mejor manejo de la enfermedad, mejor pronóstico y mejor calidad de vida.

Objetivo: comparar el estado de salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en el momento de inicio de hemodiálisis según la influencia de la remisión precoz o la tardía al Especialista en Nefrología.

Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal a una población constituida por los 348 pacientes que comenzaron el tratamiento sustitutivo renal en hemodiálisis en el Hospital “Arnaldo Milián Castro” en el período de estudio; se utilizó la distribución Chi cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados: predominaron los pacientes masculinos, mayores de 60 años, con una referencia tardía a hemodiálisis. En el 40,8% de los casos la causa fue la diabetes y el 65,56% de los que acudieron tardíamente necesitaron diálisis de urgencia. En ambos grupos de estudio se presentaron alteraciones en los valores de la hemoquímica y fueron el filtrado glomerular y la albúmina los de más variabilidad. Los pacientes con referencia tardía fueron los que más presentaron comorbilidades y el 51,5% no se encontraban dispensarizados.

Conclusiones: los pacientes con una remisión tardía al Especialista en Nefrología son los que más necesitan hemodiálisis de urgencia y acceso vascular temporal de urgencia, así como son los que más debutan con hipertensión arterial asociada a su enfermedad de base, y la mayoría no se encuentran dispensarizados por su médico de familia.

Palabras clave: enfermedad renal crónica; remisión precoz; remisión tardía; diálisis renal

ABSTRACT

Introduction: chronic kidney disease affects a great part of the population in the world. Its diagnosis in the initial stages allows a better management of the disease, better prognosis and better quality of life.

Objective: to compare the health status of patients with chronic kidney disease at the time of starting hemodialysis according to the influence of early or late remission to the Nephrology Specialist.

Methods: a descriptive and cross-sectional observational study was carried out on a population of 348 patients who started renal replacement therapy in hemodialysis at the "Arnaldo Milián Castro" Hospital during the study period; the Chi-square distribution was used for statistical analysis.

Results: there was a predominance of male patients, older than 60 years old, with a late referral to hemodialysis. In 40.8% of the cases the cause was diabetes and 65.56% of the late referrals required an urgent dialysis. In both study groups were showed alterations in hemochemistry values and glomerular filtration rate and albumin were those with more variability. Patients with tardy referral were those who presented more comorbidities and 51.5% were not dispensed.

Conclusions: patients with a late remission to the Nephrology Specialist are those who most need emergency hemodialysis and emergency temporary vascular access, as well as those who most often have hypertension associated with their underlying disease, and most of them are not seen by their family doctor.

Key words: renal insufficiency, chronic; early remission; late remission; renal dialysis

INTRODUCCIÓN

En el mundo se hace cada vez mayor la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y, en Cuba, se encuentran dentro de las 10 primeras causas de muerte, lo que ha traído consigo un incremento de las enfermedades renales, entre las que la enfermedad renal crónica (ERC) es una de sus principales exponentes y llega a afectar a millones de personas en el mundo.

La *National Kidney Foundation* publicó en el año 2002, a través del proyecto *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI), las guías sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC. Estas representan un paso crucial en el reconocimiento de su importancia y promueven, por primera vez, una clasificación basada en estadios de severidad definidos por el filtrado glomerular (FG), además del diagnóstico clínico.⁽¹⁾

Las guías posteriores han confirmado la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico) como: a) la presencia persistente durante más de tres meses de alteraciones estructurales o funcionales del riñón que tienen implicaciones para la salud y que se manifiestan por indicadores de lesión renal, independientemente de que se acompañen o no de una disminución del filtrado glomerular (FG), y b) un FG menor de 60ml/min/1,73m² de superficie corporal, independientemente de que se acompañe o no de otros indicadores de lesión renal.⁽²⁾

En una última revisión realizada por el grupo *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) se modifica la nomenclatura y se habla de grados o categorías en lugar de estadios, los que se van a clasificar, a su vez, dependiendo de la presencia de albuminuria; además, se incluye la enfermedad de base en la clasificación.^(1,2) Esta clasificación contempla una división de categorías de riesgo en función del filtrado glomerular estimado.⁽³⁾ En los grados 1 y 2 se hace

necesaria la presencia de marcadores de daño renal para diagnóstico, mientras que en los grados 3, 4 y 5 no.

La ERC afecta entre el 6 y el 12% de la población mundial y su prevalencia aumenta cada año entre el 4 y el 5%, a tal punto que la *International Society of Nephrology* (ISN) ha sugerido que la ERC sea incluida dentro de los programas nacionales de enfermedades crónicas no transmisibles. Plantea además que la carga global por insuficiencia renal crónica (IRC) se incrementa entre 10 y 15% cada año y que, en el mundo, más de un millón de pacientes se encuentran en diálisis, algo que se duplicará en los próximos 10 años.^(2,4)

Según los resultados del estudio Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España (EPIRCE) el 9,24% de la población española adulta sufre algún grado de ERC. Ha sufrido un incremento de un 20% en la última década, según el registro de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), actualizado con los últimos datos disponibles.⁽⁵⁾

La prevalencia de ERCG5 tratada en América Latina se incrementó de 119 en el año 1991 a 660 en 2010.⁽⁴⁾ La tendencia ha sido creciente en la región, pero su distribución varía según los países, en lo que han influido los factores socioeconómicos.

En Cuba se visualiza un incremento de la tasa de mortalidad por enfermedades glomerulares y renales de 882 en 2016 a 983 en 2017, para una tasa de 8,7 por 100 000 habitantes.⁽⁶⁾

Son múltiples las causas de la enfermedad renal crónica y, más que una enumeración de las causas que la originan, se impone destacar que sus principales causas han cambiado con el tiempo.

Anteriormente la glomerulonefritis era considerada la causa más frecuente de ERC; sin embargo, la nefropatía diabética ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los países desarrollados. En segundo lugar está la nefroesclerosis hipertensiva y, en tercer lugar, se coloca la glomerulonefritis, datos que evidencian la alta incidencia de la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA) y los daños que producen sobre el sistema renal.⁽⁷⁾

Cuba, con un sistema de salud gratuito y asequible a toda la población, cuenta con un Programa de Prevención de la ERC que establece acciones específicas en el ámbito comunitario, con el objetivo de actuar sobre la población sana, los factores de riesgo y las enfermedades vinculadas, prevenir en la medida de lo posible y diagnosticar precozmente la ERC.

El diagnóstico de esta enfermedad en sus fases iniciales permite, tanto al Especialista en Nefrología como al enfermo, un mejor manejo de la enfermedad, disminuir su velocidad de progresión, mejor control de la tensión arterial, un adecuado tratamiento de la anemia y que los pacientes arriben a hemodiálisis con el acceso vascular adecuado y poder actuar tempranamente para evitar el progreso de la enfermedad a su último estadio, que se acompaña de mayores complicaciones y tiene un peor pronóstico y una peor calidad de vida, lo que justifica la importancia de una atención precoz.

Se realizó la presente investigación con el objetivo de comparar el estado de salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en el momento de arribo a

hemodiálisis según la influencia de la remisión precoz o tardía al Especialista en Nefrología.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal con 348 pacientes que comenzaron el tratamiento sustitutivo renal en hemodiálisis en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, entre los años 2014 y 2018; no fue necesario seleccionar una muestra para hacer el estudio. Para su elaboración se utilizaron los métodos de análisis y síntesis, así como una exhaustiva revisión documental de las historias clínicas (fuente secundaria) de los pacientes. Se tuvo que confeccionar un modelo de recogida de datos que incluyó todas las variables utilizadas en el estudio para facilitar la obtención de la información necesaria.

Los datos que se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes fueron almacenados y procesados en el software estadístico SPSS versión 21 en inglés y se llevó a cabo el análisis estadístico por medio de la estadística descriptiva. Se aplicó, además, la prueba de independencia basada en la distribución Chi cuadrado, con su estadígrafo (X^2) y su significación asociada (p). Teniendo en cuenta el valor de significación $\alpha=0,05$ las diferencias estadísticas se clasificaron en: $p \geq 0,05$ no significativa y $p < 0,05$ significativa.

RESULTADOS

En relación al sexo y a la edad de los 348 pacientes que incluyeron el estudio predominó el sexo masculino (57,2%), mientras que las edades más frecuentes fueron las comprendidas entre los 60 y los 69 años, con el 16,7% de hombres y el 14,9% de mujeres, seguido del grupo que superaron los 70 años. Del total, 107 llegaron a hemodiálisis con fístula arteriovenosa (FAV) como acceso vascular y con un período de atención por Nefrología de más de seis meses, los que se consideraron para este estudio como pacientes con referencia precoz o preparados. Los otros 241 pacientes lo hicieron con catéter venoso central (CVC) en un período de atención por el Especialista menor de seis meses; se consideraron como pacientes no preparados o con remisión tardía. Esto demuestra que los pacientes que fueron remitidos tardíamente necesitaron de un acceso vascular temporal de urgencias para comenzar el tratamiento hemodialítico, que puede conllevar a más complicaciones y comorbilidades.

El nivel escolar que predominó fue el medio, con solo un 34,77%. Al analizar ambos grupos de estudio se pudo observar que el 33,6% de los pacientes que arribaron a hemodiálisis con una referencia precoz culminaron el nivel medio superior, mientras que el 36,9% de los que asistieron tardíamente al Especialista solo culminaron el nivel medio. Se comprobó que no existe relación entre ambas variables ($p=0,324$) al aplicar la distribución Chi cuadrado.

La Tabla 1 muestra que la etiología más frecuente fue la diabetes mellitus (40,8%), de ellos el 76,76% arribaron con referencia tardía al Especialista en

Nefrología. En orden de frecuencia, la segunda causa fue la HTA, en la que también predominaron los pacientes con remisión tardía (73,88%). Este grupo también presentó el mayor por ciento de comorbilidades asociadas a su enfermedad de base, fue la HTA la principal (87,64%).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según la etiología de la ERC

Etiología	R. precoz		R. tardía		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%**
DM	33	23,24	109	76,76	142	40,8
HTA	35	26,12	99	73,88	134	38,51
ERPAD*	24	68,57	11	31,43	35	10,06
Enfermedades glomerulares	11	61,11	7	38,89	18	5,17
Nefritis intersticial	4	30,77	9	69,23	13	3,74
Otras	0	0	6	100	6	1,72

*Enfermedad renal poliquística autosómica dominante

**Del total de pacientes

Los resultados de los parámetros bioquímicos se muestran en la Tabla 2. En ambos grupos de estudio los valores de la creatinina son elevados, aunque ligeramente mayor en los pacientes con remisión tardía. Es válido señalar que se informó un valor promedio más bajo de FG para los pacientes que arribaron de forma precoz en relación con los que no lo hicieron; sin embargo, estos valores se dispersaron más de la media en los pacientes que fueron remitidos tardíamente. Los valores de la albúmina también fueron bajos en ambos grupos y más bajos en los que arribaron tardíamente y también con mayor variabilidad de los valores de la media, lo que evidencia que los pacientes que llegan al Especialista en Nefrología de esta forma presentan un peor estado nutricional; sin embargo, el 53,45% del total eran normopeso.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según los parámetros bioquímicos

Parámetros bioquímicos	R. oportuna	R. tardía
Creatinina (mg/dl)	8,07±3,2	8,27±3,8
Filtrado glomerular (ml/min/1.73m ² sc)	9,44±3,4	10,27±5,6
Hemoglobina (g/dl)	9,9±1,8	9,8±1,6
Albúmina (g/l)	38,2±6,5	35,9±8,4

Se muestra la media y su desviación estándar

En la Tabla 3 se muestra que el 58,3% de los pacientes necesitaron la realización de al menos una diálisis de urgencia y los que más la requirieron fueron los que arribaron a HD tardíamente, mientras que para los que lo hicieron de forma precoz el mayor por ciento lo representan los que no necesitaron procedimiento hemodialítico con inmediatez (57,94%). Desde el punto de vista estadístico la necesidad de realizar diálisis de urgencia se relacionó significativamente con el tiempo en el que el paciente fue atendido por el Especialista en Nefrología previo a su arribo a HD.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según la necesidad de diálisis de urgencia

Necesidad de diálisis de urgencia	R. precoz		R. tardía		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	45	42,06	158	65,56	203	58,33
No	62	57,94	83	34,44	145	41,67
Total	107	100	241	100	248	100

p=0,000

Teniendo en cuenta las comorbilidades más frecuentes en estos pacientes, una vez analizados los datos obtenidos, se pudo inferir que los pacientes con una remisión tardía fueron los que más cantidad de enfermedades asociadas presentaron. En ambos grupos la hipertensión arterial fue la principal (87,64%), seguida de la diabetes mellitus (43,97%).

Al analizar la dispensarización de estos pacientes, en la Tabla 4 se puede observar que la mayoría no estaban dispensarizados en su consultorio (43,97%), aunque esto no representa una diferencia significativa teniendo en cuenta que el 42,82% si lo estaba; sin embargo, el análisis estadístico con la distribución Chi cuadrado mostró que existe una relación significativa (p=0,000) entre el momento en que los pacientes fueron remitidos al Especialista en Nefrología y el proceso de dispensarización porque, de los pacientes que fueron enviados precozmente, el 62,6% se encontraba dispensarizado en su consultorio médico como con riesgo de padecer una enfermedad renal crónica, mientras que el 51,5% de los que fueron remitidos de forma tardía no fueron dispensarizados de esta manera.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según la dispensarización en el Consultorio del Médico de la Familia

Dispensarizado en el CMF	R. precoz		R. tardía		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%*
Si	67	62,6	82	34	149	42,82
No	29	27,1	124	51,5	153	43,97
No sabe	11	10,3	35	14,5	46	13,22
Total	107	100	241	100	348	100

p=0,000

*Del total de pacientes

DISCUSIÓN

La mayoría de los informes a nivel mundial coinciden en que la entrada de pacientes a los programas de hemodiálisis se produce cada vez más con edades más avanzadas,^(8,9) muy en correspondencia con la situación actual del envejecimiento, las mejores condiciones biológicas en que se llega a esta etapa de la vida, al desarrollo de las técnicas de depuración extrarrenal y el aumento de los recursos destinados al tratamiento de la IRC.

Varios de los autores consultados^(10,11,12) afirman que el grupo etario en el que más predomina la ERC es en los pacientes que tienen entre 60 y 69 años, así como que el sexo masculino es el más afectado, lo que concuerda con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Un estudio transversal realizado en Málaga con pacientes que comenzaban tratamiento sustitutivo renal (TSR) en hemodiálisis de mayo de 2013 a junio de 2014 informó que el sexo masculino representó un 74,4% del total de pacientes incluidos en el estudio.⁽¹³⁾ Esto difiere de los resultados obtenidos por Arriola Hernández y colaboradores⁽¹⁴⁾ que en su trabajo mostraron predominio del sexo femenino (54,9%).

Para este estudio, así como para el de Rodríguez CR y colaboradores⁽¹⁰⁾ el género masculino o femenino no se asoció con significación estadística en la remisión de los pacientes.

Diversas sociedades nefrológicas han desarrollado guías de manejo de las enfermedades renales en las que se señala que es necesaria la evaluación nefrológica cuando se encuentre evidencia de daño renal porque una referencia tardía está relacionada con mayor morbilidad, mortalidad y aumento de los costos de salud^(9,15) y la remisión precoz con una menor estadía hospitalaria y complicaciones cardiovasculares, mejor preparación para diálisis y una tasa de mortalidad menor que los derivados de forma tardía.^(5,10,15,16)

La derivación a Nefrología se hará teniendo en cuenta el estadio de ERC, la velocidad de progresión de la insuficiencia renal, el grado de albuminuria, la presencia de signos de alarma, la comorbilidad asociada y la situación funcional del paciente.⁽⁵⁾ A pesar de los múltiples estudios desarrollados hasta el momento aún queda por determinar en qué fase de la ERC es más beneficiosa este tipo de intervención prediálisis.⁽¹³⁾

En Cuba, que cuenta con un programa nacional para la prevención de la ERC, se remite al paciente al Especialista en Nefrología cuando se encuentra en el grado 3b de la enfermedad renal. A partir del que comienza a tener un seguimiento por el Especialista con el fin de prepararlo físicamente y continuar con la preparación psicológica para una vez alcanzado el grado 5, comenzar el tratamiento sustitutivo en HD.

A pesar de todo esto, los resultados del presente estudio evidenciaron que un gran número de pacientes no arribaron a HD con un acceso vascular adecuado y que no tuvieron atención previa por el Especialista por más de seis meses. Resultados a los que también arribó el autor del estudio "Gestión de la enfermedad renal crónica avanzada"⁽¹⁷⁾ en el que solo el 46% de los pacientes iniciaron HD de forma óptima (precoz).

Contrariamente a esto, en un estudio retrospectivo realizado en Ecuador en 2012,⁽¹¹⁾ se encontró que solo el 38% de los pacientes arribaron a diálisis tardíamente.

Los resultados de la presente investigación probablemente hayan estado influenciados por los pocos o casi ningunos síntomas que presenta la enfermedad en sus estadios iniciales, como también lo afirma Pinheiro P⁽¹⁸⁾ en su investigación. Esto dificulta su diagnóstico, el que generalmente se hace cuando el enfermo se encuentra en una etapa avanzada de la ERC.

El conocimiento es una herramienta de gran importancia que influye en las habilidades de autocuidado de cada individuo. Una adecuada alfabetización en salud de los pacientes en diálisis se asocia con conductas favorecedoras de la adherencia y los menores costes del tratamiento.

El nivel de escolaridad es un tema que no aparece con mucha frecuencia en las investigaciones nacionales, tal vez por considerar que las posibilidades que brinda el estado cubano para la superación de su población y la gratuidad de la educación son particularidades que pueden explicar resultados diferentes a los observados en otros contextos.

Según los resultados obtenidos en el estudio "Influencia de la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo"⁽¹³⁾ el 74,4% de los pacientes tenían un bajo nivel educacional (primario). Contrariamente a los resultados obtenidos en el presente estudio, en el que el menor nivel educacional registrado de forma general, así como para los pacientes con remisión tardía, fue el nivel medio, y el medio superior para la mayoría de los que acudieron precozmente al Especialista en Nefrología.

La alimentación es un pilar fundamental dentro del tratamiento de la enfermedad renal crónica porque influye sobre el estado nutricional de las personas.⁽¹⁶⁾ Son numerosos los factores que intervienen en la desnutrición en los pacientes en diálisis. Algunos están ya presentes en la fase terminal de la enfermedad renal, asociados a la uremia, como pueden ser la anorexia, los trastornos digestivos u hormonales, la acidosis metabólica, etc. Una vez iniciado el tratamiento renal sustitutivo se produce una mejoría nutricional del paciente, fruto de la depuración urémica; sin embargo, en algunos pacientes esta mejoría es transitoria o no llega a producirse.⁽¹⁹⁾

Varios estudios consultados^(19,20,21,22) afirman que los pacientes desnutridos al inicio de la diálisis presentan una mortalidad mayor que los pacientes que no lo están, lo que evidencia la necesidad de corregir la desnutrición desde las fases iniciales de la enfermedad.

En un estudio transversal realizado en Chile en 2014⁽²³⁾ el 42,2% de los pacientes se encontraban con estado nutricional eutrófico, el 43,3% resultaron sobrepeso y el 14,5% obesos. Al contrario de los resultados del presente estudio, en el que el 53,45% de los pacientes fueron considerados normopesos.

Al surgir la Nefrología como especialidad las causas predominantes de la ERC eran las nefropatías primarias, pero en el transcurso de las últimas décadas ha ocurrido un cambio del patrón epidemiológico de la población mundial con predominio del proceso de envejecimiento y el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En la actualidad las principales causas de la enfermedad renal crónica son las nefropatías secundarias a diabetes mellitus e hipertensión arterial.^(5,11,13,16,23)

Según los resultados del presente estudio la causa más frecuente de ERC es la diabetes mellitus, seguida de la hipertensión arterial, en contraposición a los resultados de algunos estudios^(4,21) que obtuvieron como primera causa la HTA.

Con relación a la necesidad de realizar diálisis de urgencia, no se encontró en la bibliografía consultada ningún estudio que aporte, con valores estadísticos, cómo se comporta esta problemática; no obstante, si se asocia la realización de este procedimiento con la remisión tardía al Especialista en Nefrología,⁽¹¹⁾ datos que se corroboran con los resultados de la presente investigación.

Desde el punto de vista clínico la disminución progresiva de la tasa de filtrado glomerular secundaria a la pérdida irreversible de nefronas funcionantes, independientemente de la causa, se manifiesta inicialmente por una elevación persistente (más de tres meses) de los niveles plasmáticos de los productos de desecho del metabolismo que normalmente se excretan por el riñón como el nitrógeno ureico y la creatinina. Conforme progresa la lesión renal aparecen otras alteraciones de laboratorio y, finalmente, las manifestaciones clínicas.

En el presente estudio no se observaron diferencias significativas en ambos grupos en cuanto a los valores de la hemoglobina; sin embargo, el análisis estadístico de los parámetros bioquímicos arrojó que, para los pacientes con una remisión tardía, los valores presentaban una mayor dispersión con relación a la media y eran ligeramente mayor en este grupo.

Rodríguez y colaboradores⁽¹⁰⁾ en su estudio no reportaron diferencias significativas en cuanto a los valores de la creatinina, aunque si observaron niveles más bajos de albúmina en el grupo de remisión tardía al Especialista en Nefrología, al igual que el presente trabajo. Al contrario, los pacientes con remisión tardía presentaron valores más elevados de creatinina según un estudio realizado en Ecuador.⁽¹¹⁾

La concentración de creatinina sérica no se debería utilizar como única prueba para evaluar la función renal⁽⁵⁾ pues esta se libera al plasma de forma constante, se filtra libremente por el riñón y además de un 10 a un 40% se elimina por secreción tubular,⁽²³⁾ y es el FG la mejor herramienta para hacerlo.⁽⁵⁾ En la presente investigación los pacientes con una remisión tardía presentaron una tasa de filtrado glomerular ligeramente mayor; sin embargo, estos presentaron una mayor desviación de la media comparado con el otro grupo de estudio.

La ERC, producto de todos los desórdenes metabólicos que ocasiona, se considera por si sola un factor de riesgo para el padecimiento de otras enfermedades, por lo que frecuentemente se asocia con otras.

Según los resultados de la presente investigación los pacientes que arriban de forma no preparados a hemodiálisis son los que con más frecuencia presentan comorbilidades asociadas a su enfermedad de base; sin embargo, ninguna de estas se asoció significativamente con el momento en el que se remite al paciente a la Consulta de Nefrología.

Resultados similares obtuvieron Otero y colaboradores⁽⁵⁾ que informaron que la coexistencia de múltiples enfermedades aumenta el riesgo de remisión tardía al Especialista en Nefrología. Por el contrario, Rodríguez y colaboradores⁽¹⁰⁾ afirman que la presencia de comorbilidad puede haber contribuido a la pronta remisión, reflejando una mayor conciencia médica de la relación entre estas enfermedades y la progresión de la ERC.

La atención primaria de salud juega un papel fundamental en la prevención y el control de esta enfermedad mediante el proceso de dispensarización. Esta consiste en el registro, el agrupamiento y el control de las personas y las familias asignadas a un consultorio médico de la familia: personas supuestamente sanas, en riesgo, enfermas y con secuelas. Esta acción facilita la observación permanente y dinámica de individuos y grupos con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectivo. El proceso de evaluación de cada

individuo determinará su clasificación en cuatro categorías dispensariales que indican, en sentido general, el estado de su salud, así como la conducta que debe seguirse en su atención.⁽²⁴⁾

La ERC es una enfermedad de causa multifactorial y con disímiles factores de riesgo, ya sean la edad, el bajo peso al nacer, los antecedentes de enfermedades renales, las infecciones del tracto urinario a repetición, las enfermedades autoinmunes, la DM, la HTA, el tabaquismo, las dislipidemias, la obesidad y la litiasis renal,⁽⁵⁾ entre otros que pueden incrementar la posibilidad de padecerla, así como influir en su aparición o su progresión. Por lo tanto, el paciente que fue dispensarizado por su médico como un paciente con riesgo para padecer ERC y con un seguimiento acorde a su grupo dispensarial no debe arribar tardíamente a HD.

Esto se corrobora con los resultados de la presente investigación, los que evidencian la importancia de este proceso llevado a cabo por los médicos de familia, pues el 62,6% de los pacientes que arribaron de forma precoz a HD se encontraban dispensarizados. Al contrario de los que arribaron tardíamente, de los que solo se encontraban dispensarizados el 34%.

CONCLUSIONES

Los pacientes con una remisión tardía al Especialista en Nefrología son los que más necesitan hemodiálisis de urgencia y acceso vascular temporal de urgencia, así como son los que más debutan con hipertensión arterial asociada a su enfermedad de base, y la mayoría no se encuentran dispensarizados por su médico de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bencomo-Rodríguez O. Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2015 [citado 15/04/2018]; 31(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/66/24>
2. Brito Machado E, Rodríguez Jova SM, Saura Hernández Md, Pérez Navarro S, Ariz Milián OC, Capote Reyes M. Enfermedad renal crónica en Pediatría, su seguimiento en la Consulta de progresión. Acta Méd Centro [Internet]. 2017 [citado 15/04/2018];11(4):13-20. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/837/1092>
3. Jojoa JA, Bravo C, Vallejo C. Clasificación práctica de la enfermedad renal crónica 2016: una propuesta. Repert Med Cir [Internet]. 2016 [citado 23/01/2019];25(3):192-196. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121737216300565>
4. Herrera Añazco P, Pacheco Mendoza J, Taype Rondan A. La enfermedad renal crónica en Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta Med Perú [Internet]. 2016 [citado 15/04/2018];33(2):130-137. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200007

5. Otero González A, de Francisco ALM, Gayoso P, García López F. Obesity and renal function. Data from the epidemiological study: Prevalence of chronic renal disease in Spain. EPIRCE Study. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2018 [citado 23/01/2019];38(1):107-108. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952018000100107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2017.03.015>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018 [citado 23/01/2019]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%c3%b1ol-2017-ed-2018.pdf>
7. Quiroga B, Rodríguez-Palomares JR, De Arriba G. Insuficiencia renal crónica. Medicine [Internet]. 2015 [citado 10/11/2018];11(81):4860-4867. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215001481>. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.06.004>
8. Karmali KN, Goff DC, Ning H, Lloyd-Jones DM. A systematic examination of the 2013 ACC/AHA pooled cohort risk assessment tool for atherosclerotic cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2014 [citado 15/04/2018];64(10):959-968 Disponible en: <http://refhub.elsevier.com/S0211-6995%2816%2930154-0/sbref0185>. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.06.1186>
9. Herrera Añazco P, Bonilla Vargas L, Palacios Guillén M, Valencia Rodríguez J, Sánchez Riva F, Salomé Luna J, et al. Características clínicas de los pacientes diabéticos que acuden por primera vez a una consulta nefrológica en hospitales públicos de Lima. An Fac Med [Internet]. 2014 [citado 10/05/2018];75(1):25-29. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000100005
10. Rodríguez CR, Quirós PL, Portolés J, Selgas R. Consecuencias y factores relacionados con la remisión tardía en la enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2009 [citado 10/05/2018];29(5):1-130. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-consecuencias-factores-relacionados-con-remision-articulo-X2013757509001987>
11. Guevara Narváez XA. Influencia de la referencia tardía al nefrólogo en la morbi-mortalidad de los pacientes portadores de enfermedad renal crónica estadio v que se encuentran en hemodiálisis en la unidad de diálisis del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de Ambato durante el período septiembre 2011 febrero 2012 [tesis]. Ambato: Universidad técnica de Ambato; 2012. [citado 10/05/2018]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/7167>
12. Revelo Saltos SM. Inicio del tratamiento sustitutivo de la función renal: "correlación entre los niveles de filtrado glomerular (obtenidos a través de las fórmulas MDRD y CKD-EPI) y concordancia en la indicación de diálisis en pacientes con enfermedad renal crónica en el servicio de nefrología del hospital Eugenio Espejo en el período comprendido entre septiembre 2012 y septiembre 2013" [tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014 [citado 10/05/2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7365>
13. Rebollo Rubio A, Morales Asensio JM, Pons Raventos ME. Influencia de la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo. Enferm Nefrol [Internet]. 2014 [citado 27/04/2018];17(4):243-250. Disponible en:

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400002. <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000400002>
14. Arriola Hernández M, Rodríguez Clérigo I, Nieto Rojas I, Mota Santana R, Alonso Moreno FJ, Orueta Sánchez F. Prevalencia de insuficiencia renal crónica y factores asociados en el "anciano joven". Rev Clin Med Fem [internet]. 2017 [citado 18/11/2021];10(2):78-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000200078
 15. Smart NA, Dieberg G, Ladhani M, Titus T. Derivación temprana a los servicios de especialistas en nefrología para la prevención de la evolución a la insuficiencia renal terminal. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2014 [citado 10/05/2018];(6):CD007333. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD007333/RENAL_derivacion-temprana-los-servicios-de-especialistas-en-nefrologia-para-la-prevencion-de-la-evolucion. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007333.pub2>
 16. González BS, Pascual MR, Guijarro LR, González AF, Puertolas OC, Latre LMR. Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria [Internet]. 2016 [citado 10/05/2018];47(4):236-245. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002327>. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.06.003>
 17. Martínez Ocaña JC. Gestión de la enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología [Internet]. 2013 [citado 15/04/2018];6(31):165-167. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-gestion-enfermedad-renal-cronica-avanzada-S1886284511002530>. <http://doi.org/10.1016/j.dialis.2011.09.007>
 18. Pinheiro P. Insuficiencia renal crónica: síntomas y tratamiento. MD.Saúde [Internet]. 2021 [citado 18/11/2021]. Disponible en: <https://www.mdsaude.com/nefrologia/insuficiencia-renal-cronica/>
 19. Daugirdas JT. Manual de diálisis. Barcelona: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008. p. 16-17.
 20. Magrans Buch Ch, Barranco Hernández E, Ibars Bolaños EV. Hemodiálisis y enfermedad renal crónica. La Habana: Ecimed; 2016. p. 247-271.
 21. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev Gerenc Polít Salud [Internet]. 2016 [citado 15/04/2018];15(30):212-233. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a15.pdf>. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc>
 22. Neira Urrutia C, Oliva Mella P, Osses Paredes C. Función renal y factores asociados en el desarrollo de la enfermedad renal crónica en adultos. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 [citado 15/04/2018];30(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000400004
 23. Alfonso Guerra JP. Nefrología. La Habana: Ecimed; 2016. p. 102-129.
 24. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Ecimed; 2014. p. 100-104.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

IBT: conceptualización, análisis formal, metodología, curación de datos, investigación, recursos, administración del proyecto, supervisión, validación, redacción - borrador original, redacción, revisión y edición.

YST: conceptualización, análisis formal, metodología, investigación, recursos, administración del proyecto, supervisión.

LRR: análisis formal, metodología, investigación, redacción - borrador original, redacción, revisión y edición.