



**EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES MÉDICAS DEL
CENTRO DE SALUD DE CHICHIGALPA
Y
OPCIONES DE DIÁLISIS
PARA
LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

**Informe del Consultor Independiente a la
Oficina del Asesor en Cumplimiento / Ombudsman de la
Corporación Financiera Internacional y
Organismo Multilateral de Garantía de Inversión**

www.cao-ombudsman.org

Dr. Norman Jirón, Dr. Juan José Amador, Dra. Martha Pastora,
Dr. David Silver, y Lic. Irving Góngora

**Departamentos de Chinandega y León
Mayo de 2011**

PRESENTACIÓN

Las enfermedades renales crónicas muestran una tendencia al incremento en la región occidental del país, constituyendo un problema de salud pública, siendo los más afectados los SILAIS de León y Chinandega.

En respuesta a las peticiones de los participantes de la mesa de diálogo, ASOCHIVIDA y NSEL, la Oficina del Asesor en Cumplimiento / Ombudsman (CAO) para la Corporación Internacional Financiera (IFC) y el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (MIGA) – ambos miembros del Grupo del Banco Mundial - ha considerado importante realizar una evaluación actualizada de las necesidades médicas en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica en el Centro de Salud de Chichigalpa que permita confirmar los recursos y las necesidades actuales, e identificar nuevas brechas en el suministro de servicios médicos a los pacientes con IRC. En este sentido, el objetivo de esta evaluación es proporcionar información actualizada al MINSA, INSS, OPS/OMS, NSEL y ASOCHIVIDA acerca de los servicios médicos para los pacientes con IRC en Chichigalpa, así como para la planificación y coordinación de los servicios médicos en una forma participativa y colaborativa.

Esta situación constituye un reto para el desarrollo sanitario y, por ende, para la calidad de la atención que se brinda a estas personas, por lo que destacamos la relevancia de esta evaluación, tanto en el conocimiento del problema, como en la presentación de alternativas de solución que permitan fortalecer la red de servicios para enfrentar esta epidemia.

En la elaboración de esta evaluación se tomaron en consideración las opiniones de prestigiosos especialistas, del personal que atiende a estos pacientes y, principalmente, de las personas que enfrentan día a día esta problemática.

Este informe ofrece un grupo de opciones preliminares que surgen de los temas comunes expresados. Estas opciones se han elaborado con respecto a las buenas prácticas existentes para la IRC, desde un punto de vista médico clínico y de salud pública. Intencionalmente, se adoptó un enfoque holístico para abordar las desafiantes necesidades médicas de los pacientes con IRC, así como las causas que sustentan estos desafíos.

La intención de esta evaluación de necesidades médicas no es proporcionar una voz crítica de las instituciones de salud que enfrentan los serios retos que rodean la prestación de una atención adecuada para los pacientes afectados con IRC. Más bien, estamos confirmando en gran medida lo que ya es reconocido por la mayoría de los médicos y profesionales de la salud pública que lidian con el problema de la IRC en los departamentos de León y Chinandega, así como por los pacientes con IRC. Nuestro objetivo es proporcionar un marco para avanzar en la mejora de la atención a los pacientes con IRC.

Finalmente, en nombre de nuestro equipo de evaluación, quiero agradecer a todas aquellas personas que contribuyeron a esta evaluación, que servirá de base para fortalecer la calidad de la atención a las personas que conviven con esta enfermedad desafiante.

Dr. David Silver
Asesor Médico, Coordinador del Equipo Evaluador

Acerca de la CAO

La CAO (Oficina del Asesor en Cumplimiento/Ombudsman) es el mecanismo de recurso independiente de la Corporación Financiera Internacional (IFC) y el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (MIGA) para cuestiones ambientales y sociales. La CAO responde a las reclamaciones de personas, grupos de personas u organizaciones que se ven afectadas por los proyectos de la IFC y el MIGA (o proyectos en que intervienen estas organizaciones) y trata de resolver de una manera justa las cuestiones planteadas utilizando un procedimiento flexible de solución de problemas. La CAO se esfuerza por responder de manera rápida y eficaz a las quejas, a través de acuerdos de mediación encabezados por el Ombudsman de la CAO o mediante auditorías de cumplimiento que garanticen el apego a las políticas pertinentes. La CAO también ofrece asesoría y orientación a la IFC y al MIGA, así como al Presidente del Grupo del Banco Mundial, con el fin de mejorar los resultados sociales y ambientales de los proyectos emprendidos por la IFC y el MIGA.

La misión de la CAO consiste en servir de mecanismo justo, confiable y eficaz al que se puede recurrir de manera independiente y mejorar la rendición ambiental y social de cuentas de la IFC y de MIGA.

Autores

Dr. Norman Jirón
Dr. Juan José Amador
Dr. David Silver
Dra. Martha Pastora
Lic. Irving Góngora

Reconocimiento a los Colaboradores

Personal de salud del SILAIS Chinandega en las unidades de salud:
Julio Durán de Chichigalpa, Hospital España y Hospital Ingenio San Antonio
Personal de salud del SILAIS León y Hospital HEODRA

Reconocimiento Especial

Miembros de la Asociación Chichigalpa por la Vida (ASOCHIVIDA)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Personal de la Municipalidad de León
Personal del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES)

Tabla de Contenido

Tabla de contenido	i
Lista de abreviaciones.....	iii
Resumen ejecutivo	1
1 Antecedentes	1
2 Objetivos.....	2
3 Metodología.....	2
4 Caracterización y análisis de la situación.....	4
5 Resultados.....	5
5.1 Atención Primaria de Salud: Necesidades y Opciones (<i>Centro de Salud Julio Durán en Chichigalpa</i>).....	6
5.1.1 Infraestructura.....	6
5.1.2 Organización de los servicios de salud	8
5.1.3 Equipos e insumos.....	18
5.2 Atención de emergencia y hospitalización: necesidades y opciones (<i>Hospital España, Chinandega</i>).....	21
5.3 Enfermedad renal terminal: necesidades y opciones <i>Diálisis y trasplante renal</i>	23
5.4 Nivel departamental y nacional: necesidades sistémicas y opciones	31
6 Resumen de opciones: próximos pasos	38
6.1 Opciones en el corto plazo	39
6.1.1 Para mejorar inmediatamente el Centro de Salud “Julio Durán” (Atención Primaria – nivel local).....	39
6.2 Opciones en el mediano plazo.....	40
6.2.1 Para abordar el problema raíz de la calidad de la atención en el Centro de Salud Julio Durán (Atención primaria – nivel local).....	40
6.2.2 Para mejorar la atención de emergencia y hospitalización de los pacientes con IRC en el Hospital España de Chinandega (Atención secundaria y terciaria-nivel departamental) 41	
6.2.3 Para mejorar el acceso de los pacientes con IRC a los servicios de diálisis (Atención secundaria y terciaria – nivel departamental)	41
6.3 Opciones en el largo plazo.....	43
6.3.1 Para abordar las brechas en el sistema de salud en general (a nivel departamental y nacional).....	43
6.4 Opciones: <i>Conclusiones</i>	44

Anexos	47
Anexo 1: Lista de entrevistas a informantes claves.....	47
Anexo 2: Guía de evaluación para identificar las necesidades de salud de los pacientes con IRC en el Centro de Salud de Chichigalpa.....	48
Anexo 3: Etapa IRC, pacientes registrados en el Centro de Salud, Chichigalpa, 12/2010	50
Anexo 4: Equipos y suministros en la clínica de IRC del Centro de Salud en Chichigalpa.....	51
Anexo 5: Los costos de tratamiento para la etapa final de la IRC	52

Abreviaciones

ANF	Fundación Americana Nicaragüense
ASOCHIVIDA	Asociación Chichigalpa por la Vida
CAO.....	Oficina del Asesor en Cumplimiento / Ombudsman
CIES.....	Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
DPCA.....	Diálisis peritoneal continua ambulatoria
HEODRA.....	Hospital Oscar Danilo Rosales
HISA	Hospital Ingenio San Antonio
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IRC	Insuficiencia renal crónica
ISA.....	Ingenio San Antonio
JABA.....	Jornada de Análisis y Balance
MINSA.....	Ministerio de Salud
MOSAFC.....	Modelo de Salud Familiar y Comunitario (del Ministerio de Salud)
NSEL.....	Nicaragua Sugar Estates Limited
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SILAIS	Sistema de Atención Integral de la Salud

Resumen ejecutivo

Evaluación de las Necesidades Médicas del Centro de Salud de Chichigalpa y Opciones de Diálisis para los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

En respuesta a la solicitud de los participantes de la mesa de diálogo, ASOCHIVIDA (*Asociación Chichigalpa por la Vida*) y NSEL (Nicaragua Sugar Estates Limited), el objetivo de este estudio era determinar los recursos y las necesidades actuales e identificar nuevas brechas en la prestación de servicios médicos a los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que asisten al Centro de Salud de Chichigalpa.

Además, las actividades se centraron en determinar el acceso de los pacientes con IRC en Chichigalpa al tratamiento para la enfermedad renal terminal (ERT), enfocándose en la capacidad actual de los hospitales locales para brindar terapia de reemplazo renal, específicamente diálisis. Se analizaron datos mediante la revisión de las entrevistas a los informantes clave para identificar y priorizar los temas comunes expresados, así como nuevos temas que surgieron durante las entrevistas.

Resultados

Situación actual y brechas identificadas

Los componentes claves de la prestación de los servicios de salud a los pacientes con IRC ocurren en diferentes niveles del sistema de salud: atención primaria de salud, atención de emergencia y hospitalización, servicios de reemplazo renal para la ERT y servicios de salud a nivel nacional.

Atención primaria de salud

Aunque muchas brechas se han identificado en el sistema de salud en relación con la atención médica de los pacientes con IRC, las brechas que existen en el Centro de Salud probablemente tienen el mayor impacto en los pacientes locales que sufren de IRC. Esto se debe a que casi todos los pacientes con IRC en Chichigalpa reciben su atención primaria de salud en este centro de salud local. El manejo continuo y adecuado de la IRC es la forma más eficaz para retardar la progresión de la enfermedad y para evitar complicaciones también. El buen manejo de las emergencias de IRC a nivel local también puede reducir la necesidad de transporte a los hospitales regionales.

En general, la atención primaria de salud para los pacientes con IRC en el Centro de Salud es menos que óptima en tres áreas generales:

-Infraestructura: insuficiente espacio para el manejo adecuado de los pacientes con IRC, incluyendo la observación cuando están en condición inestable;

-Organización de los servicios de salud: falta de atención médica para el cuidado de emergencia después de las horas normales, insuficiente manejo multidisciplinario de los pacientes con IRC y sus familias con respecto a sus necesidades educativas, alimentarias y psicosociales, y débiles sistemas para monitorear, supervisar y evaluar el manejo de los pacientes con IRC (y otras enfermedades crónicas también); y

-Equipos y suministros: insuficientes equipos e insumos de laboratorio para el manejo apropiado de los pacientes con IRC y frecuente desabastecimiento de los medicamentos esenciales e insumos de laboratorio.

Cuidado de emergencia y hospitalización

El Hospital España es la institución de salud de más alto nivel para la remisión de pacientes con IRC en el departamento de Chinandega. El Hospital España enfrenta la difícil tarea de tener la responsabilidad de la prestación de los servicios de cuidado crítico y diálisis para los pacientes con IRC sin contar con todos los recursos institucionales necesarios para una gestión adecuada.

Las necesidades específicas identificadas para que el Hospital España pueda prestar servicios de cuidado crítico a los pacientes con IRC que están inestables son semejantes a muchas de las brechas identificadas en la infraestructura, organización de los servicios y equipos e insumos que enfrenta el Centro de Salud. Estas incluyen una falta de suficiente personal médico y auxiliar y capacitación, una necesidad de equipo crítico, medicamentos, insumos y capacidad de laboratorio, como resultado del insuficiente apoyo del sistema de salud para satisfacer estas necesidades.

Disponibilidad y obstáculos a la prestación de los servicios de reemplazo renal para la ERT

Aunque la supervivencia de los pacientes con ERT depende de la disponibilidad de la terapia de reemplazo renal, los grandes retos financieros, políticos y sociales hacen que estos servicios esenciales no estén disponibles para la vasta mayoría de los pacientes con IRC. Las barreras específicas a la prestación de los servicios de diálisis incluyen: falta de confiabilidad en la disponibilidad de medicamentos, equipos, reactivos e insumos y falta de espacio necesario para prestar los servicios de diálisis, temores generalizados con respecto a las complicaciones de la DP, barreras económicas con respecto a los requisitos de higiene de la DP (pisos embaldosados con azulejos), las dietas altas en proteínas, los catéteres para la diálisis peritoneal y la falta de presupuesto del INSS y el MINSA para pagar los altos costos actuales de la diálisis o el costo inicial del trasplante, y la exclusión de todos los pacientes enfermos con IRC que no tienen pensiones o prestaciones de seguridad social.

El trasplante renal es el tratamiento que es absolutamente necesario para ofrecer una rehabilitación completa a los pacientes con IRC. A pesar de los costos en el largo plazo y las ventajas de supervivencia y calidad de vida del trasplante renal en comparación con la diálisis, la viabilidad actual de este tratamiento es muy baja por una variedad de razones financieras, técnicas y legislativas.

Necesidades sistémicas a nivel departamental y nacional

Al desarrollar un plan estratégico para cerrar, de manera sustancial y sostenible, las brechas identificadas en la atención médica de la IRC en el departamento de Chinandega, es fundamental que se identifiquen y aborden sus causas subyacentes. Usualmente comprenden retos sistémicos que minan la capacidad del sistema de salud pública para mantener un enfoque funcional de tratamiento a nivel local. Estos incluyen: *insuficientes recursos financieros y asignación presupuestaria para la IRC (y otras enfermedades crónicas en general), insuficiente personal y capacidad para prestar una atención adecuada para la IRC, un sistema de vigilancia débil utilizando directrices epidemiológicas,*

la necesidad de programas para promover la salud con relación a la IRC, la necesidad de implementar protocolos para el abordaje de la IRC y los sistemas de información necesarios, deficiente sistema de adquisición de medicamentos y reactivos para la IRC, la necesidad de un programa de terapia de reemplazo renal para la ERT, y débil coordinación entre los niveles de atención primaria y secundaria.

Hubo eco entre los médicos y funcionarios de salud pública claves en todos los niveles y los pacientes que sufren de IRC en cuanto al problema raíz de las principales dificultades en el abordaje de la IRC: *La necesidad de un enfoque nacional integrado para la IRC.*

Opciones para los próximos pasos

Este informe ofrece una serie de opciones preliminares que surgieron de los temas comunes expresados por las partes interesadas, así como de la experiencia y los conocimientos técnicos de los miembros del equipo de evaluación de las necesidades. En este sentido, se elaboró una lista de opciones para el corto, mediano y largo plazo que refleja las buenas prácticas para las enfermedades crónicas a través de un lente médico y de salud pública. Esta lista condensada de opciones con respecto a las necesidades identificadas se resume en una tabla en la última sección, *6: Resumen de opciones: Próximos pasos.*

Opciones en el corto plazo

Dirigir fondos para mejoras específicas en el Centro de Salud brinda una oportunidad para hacer mejoras sustanciales para cerrar la brecha en las necesidades de atención médica identificadas para los pacientes con IRC en Chichigalpa. Además, al abordar estas necesidades específicas en el Centro de Salud se podrán mejorar también los servicios de atención primaria para todos los pacientes de la clínica.

Aunque será esencial que se aborden los problemas fundamentales del sistema de salud, hay algunas medidas inmediatas que se pueden poner en marcha en el corto plazo para mejorar directamente la capacidad del Centro de Salud Julio Durán para que pueda brindar una mejor atención médica a los pacientes con IRC. Se incluye una lista de posibles opciones en el corto plazo para el Centro de Salud que abordan las brechas antes mencionadas en la infraestructura, organización de los servicios de salud e integración de los servicios de salud con el Hospital España. Algunas opciones claves incluyen: *la remodelación y expansión de la clínica, la prestación de cuidados urgentes 24 horas al día por médicos generales capacitados en IRC, la prestación de servicios auxiliares a través de un nutricionista, psicólogo y trabajador social, el suministro de combustible para el transporte en ambulancia, el suministro del equipo de laboratorio necesario para la IRC, y la creación de un fondo de medicamentos e insumos de laboratorio para complementar la compra de medicamentos esenciales y reactivos de laboratorio para la IRC.*

Opciones en el mediano plazo

Varias brechas claves en la atención médica a los pacientes con IRC en el Centro de Salud tienen un tema en común - insuficiente provisión de servicios. De esta manera, el único enfoque sustantivo para satisfacer adecuadamente las necesidades de atención médica de los pacientes afectados con IRC es abordar directamente el problema de la calidad de la atención. Con este fin, una opción

apropiada es que el MINSA *desarrolle y ponga en marcha una iniciativa ("una experiencia nacional") para mejorar la calidad de la atención médica con el apoyo técnico del CIES¹.*

Una segunda opción que puede explorarse en el mediano plazo es: *mejorar la atención de emergencia y hospitalización de los pacientes con IRC en el Hospital España de Chinandega.* En vista de que el Hospital España comparte muchas de las mismas brechas observadas en el Centro de Salud de Chichigalpa en cuanto a infraestructura, organización de los servicios de salud, y equipos e insumos, se sugieren opciones similares.

Una tercera opción en el mediano plazo es: *mejorar el acceso de los pacientes con IRC a los servicios de diálisis.* Aunque se necesitan cambios sistémicos en el largo plazo para abordar esta necesidad desafiante de manera adecuada, varias medidas más inmediatas podrían adoptarse que incluyan: *mejorar la capacidad del Hospital España para que pueda ampliar los servicios de diálisis, investigar opciones para que los pacientes con ERT en Chichigalpa reciban tratamiento de diálisis en el Hospital HEODRA, investigar oportunidades para desarrollar la capacidad del Centro de Salud para que pueda ofrecer servicios de diálisis (estudio de factibilidad), fortalecer la capacidad del Hospital HEODRA en León (Hospital Oscar Danilo Rosales) para que pueda ofrecer servicios de trasplante renal y aumentar el acceso a los servicios de trasplante renal en Managua.*

Opciones en el largo plazo

Aunque las necesidades de cambios en la política y colaboración interinstitucional en el largo plazo son un reto más formidable que las medidas en el corto y mediano plazo, será esencial abordar estas necesidades para asegurar la factibilidad y sostenibilidad de los servicios de salud para la IRC a nivel local. Al existir un conjunto básico de procesos de colaboración entre los actores claves, se pueden adoptar varias medidas para avanzar hacia la meta de satisfacer las necesidades de salud de los pacientes con IRC en Nicaragua.

Parece evidente que la necesidad más apremiante, tanto en el corto y largo plazo, para abordar las brechas en el sistema de salud es *desarrollar un plan estratégico y un programa nacional integrado para la IRC con la participación de los actores clave.*

Otras opciones claves en el largo plazo abordan la necesidad de:

-Desarrollar alianzas y trabajo de incidencia para conseguir recursos para fortalecer la capacidad de los medios de diagnóstico y las opciones de tratamiento para la IRC,

-Ampliar el sistema de vigilancia utilizando directrices epidemiológicas para construir una base de datos nacional organizada para la IRC con el fin de ayudar en la detección temprana e informar las decisiones en materia de política, y

-Desarrollar colectivamente entre todos los actores claves un programa especial de servicios de reemplazo renal para la etapa final de la IRC.

¹ El CIES (Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) ha sido, desde su inceptión, un recurso importante de salud pública en la administración de los servicios de salud, salud pública y epidemiología para el Ministerio de Salud de Nicaragua, así como para otros países centroamericanos. Como tal, es una institución nacional líder en calidad de atención.

La intención de este informe es que las necesidades identificadas y el conjunto de opciones puedan ser utilizadas por ASOCHIVIDA y NSEL para planear y coordinar mejor las actividades con otros actores claves – el MINSA (Ministerio de Salud), el INSS (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social), y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) - para mejorar la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes con IRC.

Con el fin de hacer frente a los retos difíciles de la provisión de una atención adecuada para los pacientes con IRC, será necesario desarrollar y mantener asociaciones de trabajo de gran compromiso y voluntad política para mantener, en el largo plazo, una coordinación institucional permanente entre las instituciones públicas y privadas a nivel local, nacional e internacional.

En la actualidad, existe una oportunidad única para desarrollar estas alianzas entre el *MINSA*, *el INSS*, las instituciones académicas, las empresas azucareras, y los pacientes con IRC en el departamento de Chinandega.

Evaluación de las Necesidades Médicas del Centro de Salud en Chichigalpa

1 Antecedentes

En la región occidental del país hay una alta prevalencia de personas con insuficiencia renal crónica, que constituye un problema de salud pública importante. La mortalidad por IRC ha tenido un comportamiento ascendente desde los años noventa, siendo los SILAIS de León y Chinandega los más afectados en el país. En el 2007 se reportaron tasas de mortalidad por IRC de 5.3 y 5.2/10 mil habitantes para los SILAIS de León y Chinandega respectivamente. En el período 1995-2000 en Chinandega, el municipio de Chichigalpa fue el mayormente afectado.

Por lo antes expuesto, el Ministerio de Salud realizó un diagnóstico de situación en el año 2004, con el objetivo de implementar un programa de atención a pacientes con IRC. El Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) construyó y equipó un módulo en terreno del Centro de Salud Julio Durán en el año 2005, contándose al inicio con una médica internista del Centro de Salud de Chichigalpa, y se incorporó en el año 2007 un especialista en Nefrología cuyo financiamiento proviene del INSS.

En encuentros sostenidos con la Asociación de Chichigalpa por la Vida (ASOCHIVIDA), quienes se encuentran preocupados por el incremento de muertes por Insuficiencia Renal Crónica, solicitaron mejorar la calidad de atención. En marzo de 2008, un equipo auspiciado por la CAO condujo una evaluación de necesidades de salud en los departamentos de León y Chinandega. Esta evaluación identificó nueve opciones primarias de corto y largo plazo para dirigir las necesidades insatisfechas de asistencia médica de los pacientes con IRC. Aunque algunas opciones destacadas no fueron estrictamente "médicas," un enfoque más holístico fue seguido que incluyó opciones probables de tener un impacto positivo en la salud y el bienestar general de los pacientes de IRC. Esta lista fue aceptada por los participantes de la mesa de diálogo y también fue priorizada por ellos, en orden de importancia, de la siguiente manera:

1. *Seguridad alimentaria;*
2. *Mejor diagnóstico, vigilancia y tratamiento de la IRC (incluye suministro de medicamentos, reactivos de laboratorio y equipo médico);*
3. *Oportunidades para generar ingresos;*
4. *Mayor conocimiento de la IRC;*
5. *Tratamiento para la etapa final de la IRC;*
6. *Prevención de la IRC;*
7. *Normas para el abordaje de la IRC;*
8. *Asistencia social y psicológica, y*
9. *Cuidados paliativos.*

Se ha logrado avanzar considerablemente en la identificación de opciones desde que esta lista fue aceptada hace casi dos años. Con respecto a los primeros cuatro puntos, se ha asegurado el suministro de alimentos por un período de dos años, se ha iniciado una investigación para identificar oportunidades para generar ingresos, y se ha completado una serie de talleres para brindar información sobre la IRC. El equipo esencial para el manejo de la IRC, como una máquina de ultrasonido, ha sido donado al Centro de Salud de Chichigalpa por NSEL, junto con un compromiso financiero para complementar el suministro de medicamentos y reactivos del MINSA. Además, el

MINSA aprobó un protocolo para el abordaje de la IRC (Norma y Protocolo para el Abordaje de la Enfermedad Renal Crónica).

Sin embargo, las personas con IRC en Chichigalpa han expresado muchas inquietudes con respecto a la atención médica que reciben en el Centro de Salud. A pesar de la atención especializada que brinda la clínica de IRC en el Centro de Salud, los pacientes siguen expresando lo siguiente:

- **Una escasez frecuente de medicamentos esenciales y reactivos para la IRC;**
- **Insuficiente tiempo asignado a los pacientes en la clínica de IRC;**
- **Dificultad para conseguir una cita oportunamente para ser visto por un problema de salud urgente;**
- **Falta de cobertura médica para los problemas de IRC que surgen después de las horas normales de la clínica, y**
- **Falta de atención para la etapa final de la IRC, como diálisis.**

En respuesta a las peticiones de los participantes de la mesa de diálogo, ASOCHIVIDA y NSEL, la CAO ha considerado importante hacer una re-evaluación actualizada de las necesidades médicas del Centro de Salud en Chinandega que permita confirmar los recursos y las necesidades actuales e identificar nuevas brechas en la prestación de servicios médicos a los pacientes con insuficiencia renal crónica.

2 Objetivos

Los objetivos principales de esta evaluación de las necesidades médicas eran:

- *Determinar los recursos existentes y las necesidades actuales e identificar nuevas brechas en la prestación de servicios médicos a los pacientes con IRC en el Centro de Salud de Chichigalpa, y*
- *Proporcionar información actualizada al MINSA, INSS, OPS, NSEL y ASOCHIVIDA con respecto a los servicios médicos para la IRC en Chichigalpa para informar mejor el proceso de planificación y coordinación de los servicios médicos entre todas las instituciones interesadas.*

Las actividades principales acordadas para lograr dichos objetivos incluían:

- *Llevar a cabo una evaluación de las necesidades actuales en la prestación de servicios médicos a los pacientes con IRC en el Centro de Salud de Chichigalpa, y*
- *Llevar a cabo una evaluación del acceso de los pacientes con IRC en Chichigalpa al tratamiento de la enfermedad renal terminal (ERT), centrándose en la capacidad actual de los hospitales locales para ofrecer servicios de diálisis.*

3 Metodología

Para lograr estos objetivos, el equipo de la CAO trató de identificar los tratamientos médicos que ofrecen actualmente las instituciones de salud locales a las personas que sufren de IRC. Además de los servicios existentes, también se identificaron brechas claves en la provisión de cuidados esenciales para los pacientes con IRC.

La metodología para llevar a cabo la evaluación se organizó alrededor de tres componentes principales de la atención médica para los pacientes con IRC:

1. Necesidades de atención primaria de salud (Centro de Salud en Chichigalpa)
2. Necesidades de atención secundaria de salud (atención especializada para emergencias y hospitalización), y
3. Necesidades médicas para la etapa final de la enfermedad renal (diálisis y trasplante renal).

En cuanto a las necesidades de atención primaria de salud, el énfasis principal de esta evaluación fue puesto en el establecimiento de salud donde la gran mayoría de los pacientes con IRC en Chichigalpa reciben atención médica - el Centro de Salud de Chichigalpa. El acceso a los servicios de atención primaria de salud de calidad que pueden ofrecer un mejor nivel de gestión de la atención de la IRC sirve para mitigar la progresión de esta enfermedad crónica y prolongar el tiempo antes de llegar a la etapa final de la enfermedad renal. En consecuencia, la identificación más detallada de las necesidades y opciones de este establecimiento de salud probablemente tendría un mayor impacto general en las necesidades de salud de los pacientes con IRC locales.

La segunda consideración de esta evaluación era identificar la capacidad de los hospitales de referencia para prestar servicios de emergencia y hospitalización a los pacientes con IRC provenientes del Centro de Salud de Chichigalpa. En la actualidad, el Hospital España en Chinandega es el hospital de referencia de primera línea para los pacientes que viven en el departamento de Chinandega. Los pacientes con IRC de Chichigalpa esencialmente no tienen acceso a servicios de emergencia en el Hospital HEODRA en León, porque es un departamento diferente (León).

La tercera consideración de esta evaluación era evaluar el acceso de los pacientes con IRC en Chichigalpa al tratamiento para la enfermedad renal terminal (ERT), centrándose en la capacidad actual de los hospitales locales para brindar servicios de diálisis. Dado que el Hospital HEODRA en León y el Hospital España brindan estos servicios, al menos en teoría, ambas instituciones fueron incluidas en este aspecto de la evaluación. Sin embargo, el trasplante renal, otro tratamiento para la ERT, no fue evaluado a fondo dado que este servicio no se brinda actualmente a nivel departamental en Nicaragua.

Para ayudar a confirmar los resultados de las instituciones de salud e identificar las prioridades locales con mayor precisión, se solicitaron insumos a los actores locales claves, ASOCHIVIDA y Hospital Ingenio San Antonio (HISA).

Finalmente, a fin de comprender mejor la situación actual y las necesidades que existen a nivel departamental y nacional en la organización y provisión de los servicios de salud para la IRC, se solicitaron insumos a las partes interesadas clave - MINSILAIS (Chichigalpa y León), INSS, OPS y CIES.

En cuanto a la logística, el estudio fue realizado por cuatro miembros del equipo de evaluación conformado por el Dr. David Silver (consultor médico independiente de la CAO, especialista en salud pública), el Dr. Norman Jirón (especialista en nefrología), el Dr. Juan José Amador (epidemiólogo), la Dra. Martha Pastora (medicina familiar y enfermedades crónicas) y el Lic. Irving Góngora (miembro del equipo de la CAO en Nicaragua).

Al diseñar el proceso de evaluación, nos basamos en una guía de evaluación, en la cual se establecieron nuestros objetivos e incluía una serie de preguntas a plantearse, cuestiones claves, instrumentos de evaluación y metodología (Anexo 1).

El proceso de evaluación se realizó del 13 al 16 de diciembre de 2010, adicional a una semana de coordinación y preparación antes de la visita, y fue dirigido por la Dra. Martha Pastora. El equipo visitó las oficinas del Hospital de Chinandega y al Jefe del Servicio de Medicina Interna. En Chichigalpa, el equipo coordinó las actividades con el Director del Centro de Salud Julio Durán de Chichigalpa y con el personal médico a cargo del tratamiento de los pacientes con IRC.

En el SILAIS León, el equipo coordinó con el director del SILAIS, el epidemiólogo del SILAIS, el coordinador de la IRC, el coordinador de planificación y estadísticas, y los representantes de la autoridad municipal local (2 médicos), así como el director, subdirector y jefe del departamento de nefrología del Hospital HEODRA, y el principal consultor externo.

En Managua, la coordinación se realizó con el Centro de Investigaciones y Estudios de Salud (CIES) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para la voz de la comunidad de pacientes afectados con IRC (*ASOCHIVIDA*), entrevistamos a la junta directiva de ASOCHIVIDA.

Los datos fueron analizados para identificar y priorizar los temas comunes expresados. Nuestra intención no es ofrecer una voz crítica de los graves desafíos que rodean la prestación de servicios de salud adecuados a los pacientes afectados con IRC. Más bien, estamos confirmando, en gran medida, lo que ya es reconocido por los médicos y profesionales de la salud pública que trabajan con los pacientes que sufren de IRC en los departamentos de León y Chinandega; nuestro objetivo es ofrecer un marco a partir del cual se pueda avanzar para mejorar la atención de los pacientes con IRC.

4 Caracterización y análisis de la situación

El municipio de Chichigalpa, situado en la región del Pacífico de Nicaragua, es parte del departamento de Chinandega, ubicado a 119 km de Managua y a 16 km de la cabecera departamental. La superficie total es de 257 km², con una densidad de población de 180 personas/km². Hay 25 barrios urbanos, 5 localidades suburbanas y 29 regiones rurales.

La red de servicios de salud consiste de 10 centros de salud. El municipio de Chichigalpa tiene una población estimada de 46.455 habitantes, de los cuales 34.338 viven en el área urbana y 12.065 en el área rural. El Centro de Salud atiende a una población de 8.166 personas, los restantes son atendidos por sus puestos de salud.

Entre los determinantes de la salud, la tasa de analfabetismo es de 12,1% en hombres y 11,8% en mujeres. Con un nivel de pobreza de 26,5%, Chichigalpa es la decimoquinta ciudad más pobre del país.

Los principales problemas de salud son IRC, enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, dengue, neumonía, tuberculosis, VIH/SIDA y malaria.

En 2004, se registraron 799 casos de IRC en Chichigalpa, mientras que actualmente hay 2.073 casos. Esto indica que en un período de seis años, se registraron 1.274 casos nuevos de IRC para un promedio

de 212 nuevos pacientes por año para el programa de IRC.² Como resultado, aumentó la demanda de recursos humanos, medicamentos y pruebas de diagnóstico. Es un hecho que la IRC afecta significativamente la calidad de vida de los afectados, así como miembros de la familia. La mitigación de este problema se vuelve más compleja debido a la falta de certidumbre de las causas, lo cual socava las medidas preventivas.

La gran mayoría de los pacientes con IRC (90%) son de Chichigalpa y áreas adyacentes, y el resto son de otros departamentos como León, Boaco y la región norte.

Para hacer frente a enfermedades crónicas como la IRC, se requieren tres diferentes niveles de acción: desarrollo de políticas, actividades comunitarias, y acceso a los servicios de salud. Los desafíos son enormes, y se están realizando importantes esfuerzos para enfrentar esta epidemia. Se espera que el presente estudio de evaluación de las necesidades médicas de los pacientes con IRC en el Centro de Salud de Chichigalpa contribuya a la mejora de la atención médica que se ofrece a los afectados.

Debido que la etiología definitiva sigue sin resolverse, las estrategias preventivas únicamente abordan medidas generales para ralentizar la progresión de la enfermedad, como hidratación adecuada, medicamentos contra la hipertensión, una dieta especializada, y evitar el fumado, la ingestión de alcohol, la exposición al calor y los AINES (antiinflamatorios no esteroides).

5 Resultados

A fin de presentar las conclusiones claves en forma más pertinente y comprensible, los resultados de la evaluación están divididos en cuatro secciones principales y cada sección aborda un componente principal de la atención de la salud de los pacientes con IRC. Se ha incluido un conjunto de necesidades y opciones en cada componente:

1. Atención primaria de salud: *necesidades y opciones (Centro de Salud de Chichigalpa)*
2. Atención secundaria de salud: *necesidades y opciones (atención de emergencia especializada y hospitalización), y*
3. Enfermedad renal terminal: *necesidades y opciones (diálisis y trasplante renal)*
4. A nivel departamental y nacional: *necesidades sistémicas y opciones*

Cada sección incluye insumos de los principales actores involucrados en la prestación de servicios médicos a los pacientes con IRC en el nivel de atención correspondiente.

Para una mayor aclaración, cada sección comienza con una descripción de la situación actual, y las **brechas y necesidades de atención médica** están indicadas en negrita.

Estos resultados luego son seguidos por una lista de **opciones** posibles para abordar las necesidades identificadas, las cuales se indican en texto azul en negrita.

² Estadísticas de la Clínica IRC del Centro de Salud de Chichigalpa (Diciembre 2010).

5.1 Atención Primaria de Salud: Necesidades y Opciones Centro de Salud Julio Durán en Chichigalpa

La gran mayoría de los pacientes con IRC en Chichigalpa reciben atención primaria de salud en el Centro de Salud de Chichigalpa. En consecuencia, el principal énfasis de esta evaluación fue evaluar los servicios actuales y las necesidades de este importante establecimiento de salud. Las principales conclusiones están divididas en tres secciones, cada una de las cuales representa un componente básico en la prestación de servicios de IRC. Estos incluyen:

1. Infraestructura
2. Organización de los servicios de salud
3. Equipo y suministros

Cada sección describe la situación actual, incluyendo las necesidades identificadas, seguidas de una lista de posibles opciones para atender las necesidades identificadas.

5.1.1 Infraestructura

Un ambiente higiénico y confortable con amplio espacio para tratar a los pacientes es un componente esencial para prestar una atención de salud adecuada.

Situación y necesidades actuales

El Centro de Salud es la clínica de salud pública que opera el MINSA en Chichigalpa. Aunque funcional, es un entorno básico con apenas suficiente espacio para brindar todos los servicios de atención primaria de salud a todos los pacientes locales que requieren atención. Una pequeña clínica de IRC está anexada al Centro de Salud. Consiste en una sala de espera muy modesta con dos consultorios juntos donde dos médicos examinan a cerca de 40-50 pacientes durante un período de 5 horas por la mañana durante cinco días de la semana. Fue construido por el INSS en 2004 para cuidar a los pacientes con IRC (entonces 779 pacientes), muchos de los cuales son ex trabajadores de caña de azúcar. El número de pacientes afectados por IRC ha llegado a 2.073 a partir de diciembre de 2010.

El espacio asignado a la sala de espera es pequeño para el número de pacientes. La sala de espera tiene espacio para albergar a unos 15 pacientes, sin embargo, a menudo hay más de 40 pacientes que buscan atención. Como resultado, el resto tiene que esperar afuera. En la entrada a la sala de espera hay un rótulo que explica que todos los exámenes, ultrasonidos, remisiones de pacientes (llenados de epicrisis), evaluaciones médicas (dictamen médico) y consultas de pensiones son gratuitos y están cubiertos por el INSS. **La sala de espera no tiene aire acondicionado**, lo que provoca un mayor grado de molestia, así como una posible presión adicional sobre los riñones de los pacientes con IRC.

Los pacientes con IRC son examinados y tratados en una sala de examen abierta donde hay dos escritorios, uno para el nefrólogo y otro para el internista. Dado que los dos médicos a veces examinan a pacientes al mismo tiempo, a menudo hay **una falta de privacidad y confidencialidad para los pacientes**. El consultorio tiene aire acondicionado.

Para los pacientes en condición inestable (incluyendo IRC) que requieren observación, el Centro de Salud solamente tiene una pequeña sala para estos pacientes. **Esta unidad de observación solamente**

tiene dos camas que no ofrecen privacidad a los pacientes y además son utilizadas por pacientes de todas las edades.

Además, fue notable observar **que la clínica carece de un espacio de reunión pequeño para fines de educación sobre salud para las familias y capacitación técnica del personal de salud de la clínica**, que es fundamental para el manejo de los pacientes.

Los pacientes con IRC se quejan que la sala de espera carece de sillas, es muy caliente e incómoda. Son especialmente críticos de la falta de una clínica IRC independiente. La clínica IRC comparte una farmacia, laboratorio y sala de suministros con la clínica general. Los pacientes con IRC dicen que prefieren no tener que esperar en la concurrida clínica general junto con los niños y las mujeres embarazadas antes de sus citas o cuando esperan para recibir medicamentos o un monitoreo básico como pesaje. A pesar de sus quejas acerca de la escasez de medicamentos y los problemas de infraestructura, muchos pacientes afectados por la IRC están agradecidos porque tienen un centro de salud que es limpio y céntrico donde pueden ir a tratarse su enfermedad.

Aunque muchos componentes del Centro de Salud necesitan reparaciones sustanciales, la **clínica necesita un presupuesto adecuado para su mantenimiento o remodelación**. Por ejemplo, hay un problema con el aire acondicionado en el laboratorio.

Opciones para mejorar la infraestructura del Centro de Salud de Chichigalpa

- ***Diseñar y construir dos pabellones separados: uno para ampliar la clínica IRC actual, y el segundo para una sala de observación para pacientes en condición inestable***

Ampliación de la clínica IRC:

Separación de los espacios para el cuidado del paciente para que haya una atención privada y confidencial.

Expansión de la sala de espera para acomodar más adecuadamente el creciente número de pacientes con IRC, así como mejorar el flujo de pacientes.

Suministro de aire acondicionado en este espacio para apoyar la salud de los pacientes con IRC

Incluir un espacio para reuniones (auditorio) para impartir educación en salud a los pacientes y sus familias y capacitación continua para el personal de la clínica, que es fundamental para el buen manejo de los pacientes.

Ampliación de la unidad de observación:

Un espacio para estabilizar adecuadamente a los pacientes con IRC en condición inestable cuando sea posible, con el fin de reducir la necesidad de transportarlos a ellos y sus familias al Hospital España en Chinandega. Esto evitará que los pacientes y sus familias incurran en mayores gastos de transporte, alimentación, alojamiento, e interrupciones en sus actividades de subsistencia. El uso eficiente de una unidad de observación incluye el uso de este espacio por todos los pacientes inestables en el Centro de Salud.

Realísticamente, una sala separada de la unidad de observación dedicada al tratamiento de emergencia de todos los pacientes del Centro de Salud, incluyendo a los pacientes que sufren de IRC, también es una parte esencial de una clínica que funciona bien.

Otras consideraciones de diseño:

Considerar la posible inclusión de una unidad de diálisis en el Centro de Salud.

- ***Asegurar financiamiento adecuado para las necesidades actuales de mantenimiento y remodelación***

Además de la construcción nueva de espacio adicional, es importante abordar las necesidades actuales de la clínica para mantener un ambiente seguro, higiénico y cómodo para los pacientes y el personal.

Hay razones para creer que el establecimiento de una clínica de IRC que pueda funcionar independientemente de la clínica de salud pública del Centro de Salud posiblemente podría resolver varios desafíos importantes a fin de garantizar una mejor atención general a los pacientes que sufren de IRC. Sin embargo, creemos que no es factible tener una clínica completamente independiente (en otra ubicación) del Centro de Salud, sobre todo porque esto implicaría una duplicación considerable de los gastos de operación en general. Esto incluiría, por ejemplo, la compra de tierras, la construcción de un edificio nuevo apropiado para prestar servicios de salud, la adquisición de equipo médico, el establecimiento de un laboratorio independiente, una farmacia, la contratación de un nefrólogo permanente, un CPF, un analista estadístico, una ambulancia, médicos generales, enfermeras, medicamentos, la aprobación del MINSa, y financiamiento sostenible. Todos estos costos serían duplicaciones de las instalaciones y servicios del Centro de Salud.

Es conveniente considerar una estructura mejorada dedicada al cuidado de los pacientes que sufren de IRC, especialmente con la calidad del espacio físico que ofrecen pabellones nuevos en un espacio contiguo al Centro de Salud. Desde esta perspectiva habría una respuesta en el corto plazo a las necesidades urgentes que enfrentan los pacientes con IRC. Además, hay una oferta reciente del Ingenio San Antonio para apoyar la remodelación del Centro de Salud, que facilitaría la mejora de la estructura existente para el cuidado de los pacientes que sufren de IRC. Además, hay terreno adecuado disponible para la expansión contiguo al Centro de Salud.

5.1.2 Organización de los servicios de salud

Para abordar la atención médica de 2.073 pacientes de IRC registrados en Chichigalpa, la red de servicios de salud de Ministerio de Salud está conformada por el Centro de Salud Julio Durán en Chichigalpa para la atención primaria de salud y 2 hospitales para la atención secundaria de la salud: Hospital España en Chinandega y HEODRA en León. Las áreas de atención médica para los pacientes que sufren de IRC incluyen promoción de la salud, prevención, detección temprana y atención y tratamiento. Los servicios para el cuidado y tratamiento de los pacientes con IRC son suministrados gratuitamente y están cubiertos principalmente por el INSS y, en segundo lugar, por el Ministerio de Salud cuando es necesario.

Los servicios clínicos para los pacientes con IRC, al igual que para todos los pacientes, están organizados alrededor de la meta de prestar una atención médica de calidad a través de proveedores de salud competentes y compasivos en un ambiente seguro, higiénico y suficientemente equipado. Para lograr una atención de alta calidad para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes con

IRC, es necesario que existan varios componentes: suficiente capacidad del personal del centro de salud para prestar los servicios necesarios, sistemas de información para vigilar y evaluar la calidad de los servicios, y un nivel general de calidez del personal de salud hacia los pacientes.

Situación y necesidades actuales

Servicios clínicos

Los servicios clínicos consisten no sólo de servicios médicos, sino que incluyen los servicios auxiliares esenciales de un laboratorio de diagnóstico, una farmacia ampliamente surtida, y asesoramiento a los pacientes para atender las necesidades dietéticas, psicosociales e informativas importantes de los pacientes y sus familias.

Servicios médicos

Una atención médica de calidad por proveedores de salud competentes constituye una piedra angular para el buen cuidado de cualquier enfermedad. Con este fin, el Centro de Salud cuenta con una clínica de IRC designada atendido por dos médicos, un nefrólogo y un médico de medicina interna. En conjunto brindan atención clínica continua a un grupo de 2.073 pacientes con IRC registrados en Chichigalpa. La mayoría de los pacientes atendidos en esta clínica son ex trabajadores del Ingenio San Antonio, mientras que otros son casos nuevos o son referidos por el *INSS*.

De 2.073 pacientes registrados, 9% (183) están en etapa 0 o en estudio, 16% (332) en etapa 1, 21% (428) en etapa 2, 35% (726) en etapa 3, 14% (291) en etapa 4 y 4% (85) en etapa 5 (véase el Anexo 3: *Etapa de la IRC: Los pacientes registrados en el Centro de Salud de Chichigalpa, diciembre de 2010*).³ Los pacientes en este último grupo (etapa 5) están en la etapa final (terminal) de la IRC y requieren terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal) para sobrevivir.

Las citas de los pacientes se realizan según sus niveles de creatinina. Los pacientes con un nivel de creatinina menor de 3 mg/dl son examinados cada 3 meses y cada mes si su nivel de creatinina es más de 3 mg/dl. Esto equivale a 700 consultas mensuales, con una pesada carga diaria de 40-50 pacientes entre dos médicos. Probablemente como resultado de esta programación exigente, los pacientes con IRC se quejan que **no se les asigna suficiente tiempo durante las citas**, usualmente sólo unos minutos, así como de la **dificultad para conseguir una cita oportuna para un problema de salud urgente**.

El horario de la clínica es de 8 a.m. a 3 p.m., de lunes a viernes, lo que incluye una hora para actividades administrativas. **Este horario limitado no permite suficiente tiempo para la evaluación individual y educación del paciente, y hay una atención limitada para las emergencias que ocurren después del horario normal de la clínica.**

Un médico financiado por el ISA realiza los exámenes de ultrasonido para los pacientes de la clínica en el Centro de Salud todos los sábados (véase *equipos e insumos* a continuación para más detalles).

³ Estadísticas de la Clínica de IRC, Centro de Salud, Chichigalpa.

El nefrólogo desempeña un papel fundamental en la prestación de los servicios clínicos especializados esenciales para los pacientes que sufren de IRC y recopila y analiza las estadísticas de la clínica para ayudar a planificar los medicamentos y los reactivos de laboratorio que se necesitan. Sin embargo, la clínica de IRC podría ser mejor servida si tuviera una persona designada para administrar un programa integrado de IRC. Esta persona podría servir de punto focal para la planificación estratégica, coordinación e implementación de un programa de IRC más integral que podría ofrecer un complemento más amplio de servicios auxiliares (véase la siguiente sección). La clínica además cuenta con un estadístico designado y una persona encargada de la limpieza.

Con respecto al tratamiento de reemplazo renal para la fase final de la IRC, **el Centro de Salud no ofrece diálisis peritoneal o servicios de hemodiálisis**. Esta situación existe a pesar de una demanda local sustancial de tales servicios en Chichigalpa y la presencia de un nefrólogo con la capacidad de supervisar estos servicios especializados (véase la sección 5.3: *Enfermedad renal terminal: necesidades y opciones* para una discusión más completa).

La necesidad de prevenir nuevos casos de insuficiencia renal crónica es un componente esencial de la atención médica de la IRC. Medidas inmediatas son necesarias para ayudar a frenar la creciente marea de la epidemia de IRC lo antes posible. Parte de una estrategia de prevención eficaz incluye mejorar las medidas para diagnosticar la IRC en la etapa más temprana de la enfermedad. En este sentido, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston está realizando un estudio epidemiológico independiente con el objetivo de establecer exámenes más eficaces de la IRC para su detección temprana. **Tan pronto se desarrollen medidas de vigilancia más definitivas, es necesario asegurar su implementación tan pronto como sea posible.**

Servicios auxiliares (laboratorio, farmacia, asesoramiento psicosocial y dietario)

La gestión adecuada de la IRC también requiere que haya información básica accesible para los pacientes y sus familias acerca de la IRC. La falta de conocimiento de los pacientes y sus familias acerca de la IRC claramente contribuye a su sentido de impotencia, desconfianza y temor acerca de la progresión natural de la enfermedad. Una mejor comprensión de la evolución y tratamiento de la IRC ayuda a los pacientes y sus familias a planear y tomar mejores decisiones acerca del manejo de la enfermedad, especialmente en su etapa final. Aunque hay cierto grado de educación en salud para el personal de salud y los pacientes, se informó que **el Centro de Salud carece de un enfoque general sistematizado para brindar conocimientos esenciales acerca de la IRC.**

Además, los esfuerzos para promover la salud en relación a la IRC deberían extenderse a toda la comunidad en general. Estos deberían incluir medidas para mejorar el conocimiento de toda la comunidad acerca de la prevención, desarrollo, posibles complicaciones y tratamiento de enfermedades como la IRC. Aunque el Centro de Salud no es directamente responsable de las campañas de salud pública, **la participación actual de la clínica en los esfuerzos para ayudar a crear más conciencia en la comunidad acerca de la IRC es limitada.**

Los pacientes con IRC en Chichigalpa enfrentan una serie de retos formidables para mantener su nivel de salud. Debido a las necesidades dietéticas críticas de los pacientes que sufren de IRC, el asesoramiento nutricional es especialmente importante para los pacientes y sus familias. Los pacientes

con IRC deben saber cómo elegir alimentos que ayudan a mitigar su enfermedad y que además no dañan su función renal ya comprometida.

Otra necesidad esencial de los pacientes con IRC y sus familias es abordar los graves efectos psicológicos que acompañan a los que viven con una enfermedad crónica mortal. Es uno de los problemas posiblemente más generalizado y dañino que afecta a los pacientes con IRC y sus familias. Se crea un círculo vicioso cuando no existe una intervención para tratar los altos niveles de estrés, lo que provoca efectos adversos fisiológicos que exacerban una enfermedad crónica subyacente.

No hay nutricionistas o trabajadores sociales en el personal del Centro de Salud que brinden los servicios necesarios de dieta o asesoramiento a los pacientes con IRC y sus familias. Los pacientes deben viajar al Hospital España en Chinandega para recibir estos servicios adicionales, pero pocas veces lo hacen debido a los gastos de viaje y el tiempo que se requiere. La falta de personal auxiliar que brinde estos servicios esenciales localmente en el Centro de Salud no permite un enfoque integrado para los pacientes con IRC y sus familias.

Los cuidados al final de la vida son otro componente importante en el continuo de la atención de los pacientes con IRC. Los cuidados paliativos alivian el sufrimiento durante el proceso de muerte brindando apoyo físico y emocional a los pacientes y sus familias. Actualmente, **el Centro de Salud, junto con la mayoría de los establecimientos de salud nicaragüenses, carecen de este programa paliativo.** Esto supone una carga adicional para los pacientes con IRC que ya sufren de una **falta de acceso al tratamiento de su enfermedad terminal** (véase más adelante la sección 5.3 *Necesidades médicas para el tratamiento de la enfermedad renal terminal: opciones de diálisis y trasplante renal*).

La demanda de los pacientes con IRC en Chinandega de un programa de cuidados paliativos ha permanecido baja. Es comprensible ya que sus prioridades principales son una mejora más inmediata de sus actuales necesidades de salud, tales como acceso a medicamentos esenciales y atención de emergencia. Sin embargo, a medida que aumenta el número de pacientes con enfermedad renal terminal, se puede anticipar un aumento similar en la demanda de cuidados paliativos. Además, si se crea una mayor conciencia entre los pacientes con IRC y sus familias acerca de todos los posibles beneficios que puede ofrecer un programa de cuidados paliativos probablemente también aumentaría su interés y demanda de estos servicios beneficiosos.

Calidad de la atención

Aparte de los tipos de servicios clínicos ofrecidos, un aspecto importante del cuidado de los pacientes con IRC, así como de todos los pacientes, es la calidad de la atención recibida. Los componentes básicos de una atención de calidad incluyen sistemas operativos de retroalimentación para monitorear y evaluar la calidad de los servicios prestados, la capacidad y disponibilidad del personal del centro de salud para prestar servicios a los pacientes con IRC y el nivel de calidez del personal del centro de salud hacia los pacientes de la clínica.

Sistemas de retroalimentación

Para la IRC, al igual que otras enfermedades crónicas, los sistemas de retroalimentación de la atención médica son necesarios para reducir las complicaciones, maximizar los resultados de las intervenciones, y prestar servicios de la más alta calidad al costo más bajo simultáneamente. Específicamente, dichos mecanismos de retroalimentación pueden evaluar la calidad de la atención prestada, identificar

problemas en la entrega de los servicios, diseñar actividades para superar estas deficiencias, y monitorear y dar seguimiento para garantizar la eficacia de las medidas correctivas. Además, los sistemas de retroalimentación pueden abordar los problemas del sistema que han planteado específicamente los pacientes con IRC, incluida la programación de los pacientes, el tiempo de las consultas, el suministro adecuado de medicamentos y reactivos, y la satisfacción del paciente. Aunque mantiene estadísticas precisas de los tipos y número de condiciones médicas observadas, **no se sabe con certeza si el Centro de Salud tiene o no un sistema de retroalimentación operacional que pueda garantizar una atención de calidad a sus pacientes actualmente.**

Capacidad y disponibilidad del personal del centro de salud

Un mecanismo que ayuda a garantizar la calidad de la atención a los pacientes es el uso de protocolos. Un conjunto de protocolos basados en los conocimientos médicos actuales y mejores prácticas para el abordaje de la IRC asegura que los pacientes están recibiendo los medios más adecuados de diagnóstico temprano, estadificación, gestión y prevención para su enfermedad. Aunque la norma para el abordaje de la IRC ya fue aprobada por el MINSA,⁴ **los médicos generales que deben tratar las emergencias de los pacientes que sufren de IRC carecen de protocolos específicos para manejar estas situaciones de emergencia.** En este caso, los pacientes son manejados en función de los diferentes criterios de los médicos generales.

De igual manera, la capacidad del personal del centro de salud para brindar un nivel de servicio aceptable a los pacientes que sufren de IRC representa otro aspecto de la calidad de la atención. Además de carecer de la orientación de un conjunto de protocolos para situaciones de emergencia relacionados con la IRC, **los médicos generales y el personal de salud que atienden a los pacientes (enfermeras) no han recibido suficiente capacitación para atender adecuadamente las emergencias de los pacientes con IRC.**

Además, para satisfacer las necesidades de los pacientes con IRC después de las horas de atención, un equipo médico compuesto por un médico capacitado en IRC, enfermeras y personal auxiliar debe estar disponible para cubrir un horario diario de 5 pm a 6 am, así como una cobertura en los fines de semana. Si bien ofrece alguna cobertura médica después de las horas de atención, actualmente **el Centro de Salud no tiene el personal necesario para brindar la cobertura que requieren los pacientes con IRC.**

Por último, también es necesario que haya suficiente personal de apoyo disponible para las pruebas de laboratorio para diagnósticos en caso de emergencias médicas después de las horas de atención. **Dicha cobertura del laboratorio después del horario normal no está disponible actualmente en el Centro de Salud** y es una necesidad para que los médicos puedan diagnosticar y tratar adecuadamente condiciones complejas como las de los pacientes con IRC.

⁴ La Asociación Nicaragüense de Nefrología (ANINEF) ha participado en la planificación nacional de la calidad de la atención médica para la IRC a través del conjunto de protocolos redactados en marzo de 2009 (*Norma y Protocolo para el Abordaje de la Enfermedad Renal Crónica*).

Nivel de calidez del personal del centro de salud

A pesar del valioso recurso que ofrece el Centro de Salud a los pacientes con IRC, algunos pacientes continúan expresando que no están satisfechos con su cuidado. Las inquietudes acerca de la progresión de la IRC a pesar de los medicamentos pueden contribuir a que los pacientes sientan una desconfianza subyacente hacia los médicos que los tratan. Además, ***algunos pacientes con IRC siguen expresando insatisfacción con respecto a la manera en que son tratados por sus médicos y enfermeras.***

Integración de los servicios entre las instituciones

En la actualidad, un paciente complicado debe remitirse al Hospital España de Chinandega en una ambulancia del Centro de Salud. A pesar de la importancia de la estrecha comunicación entre las instituciones, **hay una débil coordinación entre el Centro de Salud y el Hospital España en cuanto al cuidado de los pacientes con IRC. Esto es más evidente en la ausencia de mecanismos de referencia entre estas dos instituciones claves en la prestación de cuidados coordinados a los pacientes con IRC.** Las directrices para los mecanismos de referencia adecuados pueden verse en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud (MOSAFC). (Véase la sección 5.2, necesidades de atención secundaria de la salud).

El Hospital España está a 17 km de distancia y el viaje desde Chichigalpa toma más de media hora. En contradicción a lo estipulado por el Sistema de Salud que garantiza transporte gratuito al hospital para los pacientes muy enfermos, a veces el costo del combustible debe ser cubierto por el paciente. Como resultado, la **falta de transporte en ambulancia al Hospital España** sigue siendo una necesidad insatisfecha de los pacientes con IRC que acuden al Centro de Salud. Otra inquietud planteada por los pacientes con IRC es si una ambulancia sería suficiente o no para satisfacer todas las necesidades de transporte actuales de los pacientes.

Opciones para mejorar la organización de los servicios de salud

Servicios clínicos

- ***Proporcionar suficientes recursos humanos para un equipo de una enfermera y un médico capacitados en los protocolos para el abordaje de la IRC que estén disponibles para atender las emergencias de los pacientes con IRC 24 horas al día***
- Situaciones urgentes y emergencias pueden surgir fácilmente a cualquier hora del día para los pacientes con enfermedades crónicas complejas como la IRC. El horario actual de la clínica (de 8 a.m. a 3 p.m. cinco días de la semana) ofrece 35 horas de tratamiento de un total de 168 horas a la semana. Con más de 2.000 pacientes con IRC registrados, existe una gran demanda y brecha significativa en la disponibilidad de la atención después del horario normal que deben priorizarse. La satisfacción de esta necesidad permitirá el tratamiento local de muchas emergencias de pacientes con IRC que actualmente son transportados a Chinandega en ambulancia.

Para apoyar esta extensión sustancial de los servicios de la clínica, las mejoras en la infraestructura, como la construcción y equipamiento de una sala de observación adecuada y

unidades de emergencia en el Centro de Salud, son pasos clave. Igualmente importante es la satisfacción de las necesidades de recursos humanos para que haya médicos generales y personal de enfermería en la clínica con capacitación adicional en el manejo de emergencias de los pacientes con IRC. Aumentar el número y la capacidad del personal de salud mejorará la disponibilidad y la calidad de la atención no sólo para los pacientes con IRC, sino para todos los pacientes de la clínica general. Al parecer algunos internistas están disponibles para obtener un contrato y podrían utilizarse para brindar atención de emergencia en el Centro de Salud. El MINSA ya ha establecido un fondo (Fondo de *Salud*) para abordar este tipo de brecha en los recursos humanos.

- ***Desarrollar una estrategia de educación de salud para los pacientes con IRC y sus familias***

Armados con información acerca de su enfermedad, los pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica estarán en una mejor situación para mejorar sus actitudes hacia los medicamentos, los médicos y los tratamientos, y podrán aumentar su nivel de cumplimiento con los medicamentos y conocimiento de las prácticas preventivas, como una dieta adecuada.

La responsabilidad de brindar educación en salud se extiende más allá del Centro de Salud al MINSA, INSS, las instituciones académicas y la sociedad civil. Sin embargo, los esfuerzos de educación en salud básica pueden iniciarse en el Centro de Salud e integrarse a la atención directa de los pacientes y a la capacitación del personal de la clínica.

Los clubes organizados para los pacientes con diferentes enfermedades crónicas, como la diabetes, han sido un medio eficaz para involucrar a los pacientes en una mejor comprensión y cuidado personal de su enfermedad. De la misma manera, [organizar un club para los pacientes con IRC](#) puede mejorar su nivel de participación en su propio cuidado. Esta estrategia ha sido implementada con éxito por el SILAIS de León.

- ***Hacer disponibles los servicios de un nutricionista, sicólogo y trabajador social para brindar el asesoramiento profesional y el apoyo que necesitan los pacientes con IRC y sus familias***

Hay una gran necesidad de servicios dietéticos para brindar información nutricional importante, así como servicios psicológicos y sociales para abordar el alto nivel de angustia mental que acompaña a las personas que viven con una enfermedad terminal. Juntos, estos servicios auxiliares claves también pueden mejorar la salud física y la capacidad de vida de los pacientes con IRC y sus familias. La prestación de servicios adecuados incluye una evaluación inicial y un seguimiento constante en forma rutinaria. La contratación de un nutricionista, sicólogo y trabajador social sobre una base de medio tiempo podría ser suficiente para comenzar a abordar esta amplia brecha en los servicios críticos que necesitan los pacientes con IRC en Chichigalpa.

- ***Proporcionar medios adicionales que ayuden a identificar la IRC en su etapa temprana (medidas preventivas)***

En la actualidad, un estudio epidemiológico independiente que está llevando a cabo la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston está tratando de establecer medidas de detección más eficaces para la IRC. Existe una oportunidad para ampliar la vigilancia epidemiológica de la IRC mediante el monitoreo constante de la función renal de las poblaciones en riesgo en todo el departamento de Chinandega. Además, las encuestas domiciliarias pueden ayudar sustancialmente

a desarrollar una base de datos acerca de la IRC, como la que se está realizando actualmente a través de los centros de salud en León.

- **Designar un director y un punto focal a cargo de un programa para pacientes con IRC**

La administración de un programa de IRC más amplio se beneficiaría al tener una persona designada que asuma la responsabilidad de la planificación y coordinación de las actividades. Esta posición posiblemente podría llenarse con los recursos que ya existen en el Centro de Salud.

- **Investigar el interés de los pacientes con IRC y sus familias en recibir cuidados paliativos**

Además de los tratamientos durante la etapa final, como la diálisis, los cuidados paliativos son un componente esencial en el continuo de la atención de los pacientes con IRC. Los cuidados paliativos proporcionan confort físico y emocional a los pacientes y sus familias durante el proceso de muerte.

Aunque ha habido poco interés en seguir esta opción en los últimos 2 años desde que fue sugerida, esto se puede deber principalmente a la falta de familiaridad con el concepto y la práctica de los cuidados paliativos. Hasta que haya suficiente familiaridad con este aspecto del cuidado de los enfermos en fase terminal, deben hacerse esfuerzos adicionales para determinar el posible interés de los pacientes y sus familias en los cuidados paliativos.

Un programa de cuidados en el hogar al final de la vida en Chichigalpa podría ofrecer al MINSA la oportunidad para un proyecto piloto de cuidados paliativos para el país. Además, un centro de cuidados paliativos con una media docena de camas podría proporcionar un mayor nivel de asistencia técnica a los pacientes en sus últimos días de vida y una muerte digna.

Valdría la pena considerar la adición de una pequeña unidad de cuidados paliativos cuando se diseñe la opción para remodelar la clínica IRC y la sala de observación que se señaló anteriormente. Aparte de la estructura física de un edificio pequeño, los equipos y suministros son básicos y relativamente baratos.

Calidad de la atención

- **Desarrollar directrices específicas para los médicos generales e impartir capacitación**

Hasta que se implementen protocolos específicos para la IRC y los médicos generales sean capacitados para que los utilicen, las prácticas de diagnóstico, gestión y prevención de la IRC seguirán variando entre los médicos que cuidan a los pacientes con IRC. Un conjunto estandarizado de directrices para el tratamiento mediante protocolos para el abordaje de la insuficiencia renal crónica ayudará a garantizar que la mayoría de los pacientes con IRC, que probablemente serán manejados por médicos generales después del horario normal, recibirán una atención estandarizada y apropiada para esta compleja enfermedad crónica (véase la siguiente opción).

- **Desarrollar y poner en marcha un programa ("una experiencia de referencia nacional") para mejorar la calidad de la atención médica con el apoyo y la coordinación del CIES y el MINSA**

Varias brechas claves en la atención médica de los pacientes con IRC en el Centro de Salud mencionadas en la sección anterior tienen un tema común tema - insuficiente prestación de

servicios. Algunos ejemplos incluyen insuficiente tiempo asignado para las citas, la necesidad de médicos generales con capacitación adecuada para atender las emergencias de los pacientes con IRC, la necesidad de educación en salud, dietas y servicios de asesoramiento psicológico, la necesidad de sistemas de retroalimentación operacionales para monitorear y evaluar la calidad de los servicios prestados, así como el nivel de calidez del personal del centro de salud hacia los pacientes de la clínica.

Tomadas en conjunto, estas deficiencias apuntan directamente a problemas en la calidad de la atención médica. De esta manera, el único enfoque sustantivo para satisfacer las necesidades de atención médica de los pacientes afectados con IRC es abordar directamente el problema subyacente de la calidad de la atención.

Por ejemplo, un programa de calidad de la atención podría abordar la prestación de servicios de emergencia de calidad a los pacientes con IRC. Los primeros pasos incluirían el desarrollo de un conjunto de normas de calidad para las características del control de calidad, en esencia, un conjunto de protocolos. Por ejemplo, en el caso de la gestión de los cuidados de emergencia de un paciente con hipertensión, las normas de calidad podrían incluir: *Todos los pacientes con IRC que presenten una presión arterial sistólica superior a 180 mm o una presión diastólica superior a 110 mm deben ser tratados inmediatamente de acuerdo con el protocolo de hipertensión.*

Aunque las normas de práctica profesional para la IRC ya fueron aprobadas por el MINSA, actualmente no existe ningún mecanismo para asegurar que estos protocolos se aplican plenamente y debidamente. Por otra parte, los médicos generales que deben tratar las emergencias de los pacientes con IRC carecen de protocolos o una capacitación adecuada para estas condiciones médicas. En este caso, los pacientes son manejados en base a los diferentes criterios de los médicos generales. Hasta que los médicos generales sean capacitados para que los utilicen, las prácticas de diagnóstico, manejo y prevención de la IRC seguirá variando entre los practicantes médicos que cuidan a los pacientes con IRC. Un conjunto estandarizado de directrices para el tratamiento a través de protocolos definidos para la IRC ayudará a garantizar que la mayoría de los pacientes con IRC, que probablemente serán tratados por médicos generales después del horario normal, recibirán una atención actualizada y apropiada para su compleja enfermedad crónica.

Incluso si se garantizara la disponibilidad confiable y apropiada de medicamentos, no habría ninguna certidumbre de que los medicamentos serán recetados correctamente o siquiera que habrá personal médico accesible y disponible para recetarlos. No está claro si existe o no un mecanismo viable en el Centro de Salud que monitoree, evalúe y mejore continuamente las prácticas médicas, como el diagnóstico y manejo de la IRC, así como otros aspectos del sistema, como la programación de los pacientes, el tiempo de las consultas, la adecuación de los suministros de medicamentos y la satisfacción de los pacientes. Todos estos aspectos están relacionados con la calidad de la atención.

Como se menciona en la Introducción al principio de este informe, nueve opciones para abordar las necesidades médicas existentes de los pacientes con IRC fueron identificadas inicialmente en la

evaluación de septiembre de 2009. Con respecto a las restantes opciones insatisfechas, un programa de calidad de atención también proporcionaría un mecanismo para abordar la implementación de un protocolo para la IRC, la investigación de las opciones de tratamiento para la etapa final de la enfermedad renal, y la prestación de servicios auxiliares, como el cuidado psicosocial y paliativo.

Para resumir, el objetivo general de un programa de atención médica de calidad en la clínica de IRC en el Centro de Salud es asegurar que se presta un nivel de atención estándar a todos los pacientes con IRC que llegan a la clínica. Un programa operativo de atención de calidad adaptado por el Centro de Salud tiene el potencial de abordar directamente los problemas claves de la atención médica de la IRC para los pacientes y los proveedores en el corto y largo plazo. Un programa de atención de calidad puede servir para reducir las complicaciones, maximizar los resultados de las intervenciones de salud, y brindar servicios de calidad al menor costo al mismo tiempo. Por estas razones, un enfoque de atención de calidad se ha convertido en la norma internacional para lograr los resultados que los pacientes experimentan y les interesa.

Para lograr este objetivo, se necesita la aprobación de las autoridades nacionales de salud, el apoyo local y la participación activa del personal médico y administrativo de la clínica, junto con la participación de los pacientes, apoyo y recursos a través de instituciones privadas, y asistencia técnica de especialistas en atención de calidad de instituciones educativas como *CIES*.

Un paso importante e inmediato hacia el desarrollo de un enfoque de atención de calidad sería mejorar la comunicación entre los pacientes con IRC a través de ASOCHIVIDA y el Centro de Salud. *Los insumos esenciales de los pacientes con IRC* podrían informar bien las medidas que buscan mejorar la calidad de la atención a nivel local y regional (SILAIS).

Hacia este fin, existe una oportunidad para que el MINSA satisfaga más adecuadamente las necesidades de atención médica de los pacientes con IRC en Nicaragua mediante el establecimiento de una experiencia de referencia nacional en el programa de atención de calidad en el Centro de Salud en Chichigalpa.

Integración de los servicios entre las instituciones

- ***Fortalecer la comunicación y la coordinación de actividades entre el primer y segundo nivel de atención***

Se debe establecer un mecanismo de referencia bien definido e implementado entre el Centro de Salud y el Hospital España para garantizar que las necesidades de atención primaria y secundaria de los pacientes con IRC son coordinadas debidamente. *MOSAFC* puede proporcionar las directrices existentes para abordar esta necesidad esencial.

- ***Obtener fondos para el suministro de combustible para que haya una ambulancia disponible para transportar gratuitamente a los pacientes muy enfermos***

Esta recomendación ayudaría a resolver la barrera económica que limita el acceso de los pacientes con IRC en Chinandega al cuidado hospitalario en Chinandega (Hospital España).

5.3.3 Equipos e insumos

Los médicos y el personal de enfermería necesitan equipo clínico básico para tomar los signos vitales y examinar debidamente a los pacientes con IRC. Mayor utilización del equipo existente de ultrasonido puede proporcionar más información valiosa sobre el tamaño del riñón y la progresión de la enfermedad. La estadificación precisa, el manejo clínico permanente, y la detección temprana de la IRC dependen del monitoreo de la función renal en un laboratorio. Esto requiere equipos de laboratorio que funcionen bien y estén calibrados con precisión, así como un suministro ininterrumpido de reactivos para las pruebas de laboratorio. Por último, los pacientes que sufren de IRC dependen de un suministro ininterrumpido de medicamentos que se utilizan para ayudar a tratar los síntomas y las complicaciones y ralentizar el desarrollo de un mayor daño renal.

Por consiguiente, una evaluación de los equipos y suministros en el Centro de Salud incluyó una evaluación de: el equipo básico para el examen clínico, el equipo de laboratorio y los reactivos para las pruebas de laboratorio, y el suministro de medicamentos.

Situación y necesidades actuales

Equipo para examen clínico

El equipo clínico básico para atender a los pacientes, por ejemplo, estetoscopios, esfigmomanómetros, oftalmoscopio y pesa, se utiliza en la clínica de IRC. Sin embargo, en general, **la condición de este equipo es inadecuada y requiere reparación o reemplazo** (véase el *Anexo 4: Equipo y Materiales para la Clínica de IRC para atender a los pacientes con IRC en el Centro de Salud de Chichigalpa*).

Otra necesidad importante para los pacientes con IRC es hacerse una ecografía renal periódicamente para determinar el tamaño de sus riñones, lo cual puede indicar la progresión de su enfermedad. Las ecografías también se utilizan para determinar si los pacientes califican o no para una pensión del seguro social, dependiendo del tamaño de sus riñones, lo cual refleja el grado de daño subyacente. Equipo de ultrasonido esencial para la IRC fue donado al Centro de Salud de Chichigalpa por NSEL hace casi dos años, junto con el financiamiento de un médico calificado para que realice y lea los exámenes de ultrasonido (52 por mes).

Aparentes discrepancias ocasionales en la interpretación de los exámenes de ultrasonido en la clínica del Centro de Salud han seguido alimentando un sentimiento de desconfianza entre los pacientes que sufren de IRC, ya sea hacia el lector o la precisión de la calibración de la máquina. Dichas discrepancias surgen cuando un informe de ultrasonido actual del Centro de Salud interpreta el tamaño del riñón como normal, mientras que un examen fuera de la clínica interpreta el tamaño del riñón como anormal (pequeño). A fin de resolver este problema, el *INSS* planea realizar un estudio para evaluar esta situación.

El ISA ha donado algunos equipos, incluyendo, entre otros, un aire acondicionado y una computadora para la clínica y el laboratorio. El ISA indica que también ayuda al centro a cubrir los suministros básicos, como papelería y recetarios médicos, así como en el pago de los servicios de limpieza.

La clínica de IRC todavía carece de equipo crítico, como una máquina de ECG. Además, actualmente no es posible mantener una base de datos actualizada para todo el Centro de Salud porque la **computadora no tiene suficiente capacidad.**

A fin de proporcionar tratamiento de emergencia a los pacientes con IRC, se necesita equipo básico que incluya: una máquina de ECG, un sistema de entrega de oxígeno, un respirador, un manómetro, una silla de ruedas, camas de hospital, y una camilla. Dado que la farmacia cierra a las 4 pm, una unidad de emergencia/observación debe contener un inventario separado de medicamentos de emergencia.

Equipo de laboratorio y reactivos para pruebas

El Centro de Salud en Chichigalpa realiza y cubre el costo de alrededor de 6.000 a 7.000 exámenes cada mes de los pacientes de IRC y de la clínica general. **El equipo está funcionando satisfactoriamente, pero es antiguo y pronto tendrá que ser reemplazado.** El MINSA típicamente no tiene recursos para reemplazar el equipo, pero a veces puede conseguir fondos adicionales del INSS. Varios médicos expresaron **dudas de que algunos de los equipos de laboratorio en las instalaciones médicas en el departamento de Chinandega estén debidamente calibrados** y sugirieron un monitoreo permanente.

Las pruebas de función renal requieren un suministro ininterrumpido de reactivos de laboratorio para medir la creatinina, el ácido úrico, el calcio, el fósforo y los electrolitos. Una inquietud planteada por ASOCHIVIDA, que fue confirmada por varios profesionales médicos claves, era **la falta de reactivos para las pruebas de función renal en el Centro de Salud.** Esta escasez frecuente y poca confiabilidad de la disponibilidad de reactivos de laboratorio esenciales es una cuestión crítica que socava la capacidad de los médicos que cuidan a los pacientes con IRC en el manejo adecuado de sus pacientes.

Además, para el manejo adecuado de los pacientes con IRC, el laboratorio requiere una capacidad adicional para poder analizar los niveles séricos de calcio, fósforo, triglicéridos y hierro. Los pacientes con IRC que desarrollan otros trastornos (como tubulopatía) requieren un análisis de electrolitos (sodio, potasio, etc.). Por consiguiente, en la actualidad, **el laboratorio en el Centro de Salud no tiene capacidad para realizar estas pruebas de diagnóstico esenciales para la IRC** y necesita apoyo para hacerlas.

Suministro de medicamentos

Un suministro continuo de medicamentos necesarios para el manejo clínico de la IRC es otra piedra angular de una buena atención. El INSS proporciona a los pacientes con IRC los medicamentos esenciales, apoyando el MINSA que suministra los medicamentos para otros problemas de salud. En los últimos años, ha habido una escasez sustancial de medicamentos durante varios meses en un momento dado. Estos déficits, sin embargo, parece que se han abordado de una manera más adecuada recientemente y actualmente hay una amplia oferta de medicamentos esenciales para la IRC (enalapril, alopurinol, eritropoyetina) y suplementos (hierro, calcio, vitaminas).

Aunque se ha alcanzado un acuerdo entre el MINSA y el INSS para determinar las responsabilidades de la adquisición de medicamentos esenciales para la IRC, la posibilidad de contar con un suministro continuo en el Centro de Salud sigue siendo incierto. Esta situación ha sido agravada por varios otros desafíos: **limitaciones presupuestarias para ciertos medicamentos, el proceso de pedido mensual que no toma en cuenta el creciente número de pacientes con IRC, la falta de inclusión de algunos medicamentos para la IRC en la lista de medicamentos esenciales del MINSA, y dificultades en el propio proceso de adquisición.** Para ayudar a abordar estas escasez crónica, NSEL ha hecho un compromiso financiero inicial para suplementar el suministro de medicamentos y reactivos para la IRC.

Todos los medicamentos son regulados por el MINSA en base a la pureza de la composición y actividad farmacológica y deben proporcionar los mismos efectos beneficiosos que los medicamentos de marca. Sin embargo, los pacientes con IRC continúan **cuestionando la eficacia de los medicamentos genéricos que reciben en el Centro de Salud** y les atribuyen efectos secundarios adversos, así como falta de eficacia. Ellos expresan su descontento y desconfianza acerca de discrepancias en las recetas de medicamentos entre los médicos privados y los médicos en la clínica del Centro de Salud. Cabe señalar que cinco de los seis miembros de la Junta Directiva de ASOCHIVIDA buscan atención médica fuera del Centro de Salud principalmente por este motivo, a pesar de que la atención médica privada representa un mayor costo para ellos.

Estas preocupaciones actuales parecen reflejar una falta de comprensión del curso natural de la IRC, la eficacia limitada de cualquier medicamento para alterar significativamente la progresión inevitable de la enfermedad y la creencia de que algunos medicamentos (marcas) son más efectivos que los medicamentos genéricos más baratos que da el Centro de Salud. Por ende, estas preocupaciones continuas de los pacientes son mejor abordadas por los esfuerzos de educación del paciente y no por esfuerzos para proporcionar medicamentos de marca más caros y con la misma eficacia.

Opciones para mejorar los equipos e insumos

Equipo para examen clínico

- **Proveer el equipo crítico necesario para que la clínica de IRC funcione adecuadamente**

La mejora inmediata de la prestación de servicios de IRC se podría lograr mediante el suministro de equipos críticos, como una máquina de ECG, estetoscopios y una máquina de presión arterial, y el reemplazo del equipo en mal estado de funcionamiento (oto-oftalmoscopio). Una lista de mobiliario de oficina y suministros adicional se puede ver en el Anexo 4.

Equipo adicional será necesario para amoblar la sala de observación y de emergencia remodelada.

- **Asegurar que el INSS realiza un estudio para evaluar la exactitud de la interpretación de los exámenes de ultrasonido para resolver el problema de las aparentes discrepancias**

Equipo de laboratorio, reactivos y suministro de medicamentos

- ***Mejorar la capacidad del laboratorio para medir la función renal con precisión para la mejor gestión de los pacientes con IRC***

Esto requerirá la calibración exacta de todo el equipo de laboratorio, una evaluación de su buen funcionamiento, el reemplazo del equipo que no funciona correctamente y la adquisición de equipo nuevo con capacidad para realizar pruebas de diagnóstico esenciales para la IRC que no están disponibles actualmente.

- ***Proveer el equipo crítico necesario para realizar con precisión las pruebas de diagnóstico de IRC***

Los médicos no pueden monitorear la condición y tratar a los pacientes con IRC sin los resultados de las pruebas de la función renal. El equipo de laboratorio en el Centro de Salud es viejo y, como mínimo, requiere una calibración continua. El equipo defectuoso se debe reemplazar inmediatamente y se debe desarrollar un plan estratégico para la adquisición de los equipos que pronto deberán reemplazarse. Además, se debe adquirir inmediatamente el equipo necesario para realizar las pruebas críticas de IRC que no están disponibles actualmente (por ejemplo, Diagnóstico 500). La asistencia del MINSA, INSS e ISA podría ser necesaria para satisfacer estas necesidades de equipo.

- ***Crear un fondo de medicamentos y reactivos de laboratorio administrado por el MINSA para completar la adquisición de medicamentos esenciales para la IRC y reactivos para las pruebas de diagnóstico para evitar su falta de disponibilidad***

El suministro confiable de medicamentos esenciales y reactivos para las pruebas de laboratorio sigue siendo una necesidad crítica permanente para el Centro de Salud. En el corto plazo, esta necesidad podría abordarse al menos parcialmente mediante el compromiso financiero inicial de NSEL de suplementar el suministro de medicamentos y reactivos del MINSA al Centro de Salud de Chichigalpa. En el largo plazo, sin embargo, será esencial que los actores clave, como el MINSA y el INSS, alcancen un enfoque coordinado para la IRC para satisfacer todas las necesidades actuales de los pacientes con IRC (véase la sección 7.3 *Opciones en el largo plazo para corregir esas deficiencias en el sistema de salud en general*).

Los asuntos claves que deberán ser abordados por el MINSA, el INSS y NSEL son las limitaciones presupuestarias para ciertos medicamentos, un proceso de pedidos mensual disfuncional que no toma en cuenta el creciente número de pacientes con IRC, la falta de inclusión de varios medicamentos necesarios para la IRC en la lista de medicamentos esenciales del MINSA,⁵ y barreras en el propio proceso de adquisición. La asistencia de la OPS sin duda facilitará el proceso de desarrollo de un enfoque coordinado a nivel nacional.

5.2 Atención de emergencia y hospitalización: necesidades y opciones

Hospital España, Chinandega

⁵ Los medicamentos esenciales para el tratamiento adecuado de la IRC que no están incluidos en la lista de medicamentos esenciales del MINSA incluyen calcio, fósforo, hierro, alopurinol y colchicina. La eritropoyetina está incluida, así como medicamentos contra la hipertensión como lisinopril, aunque la disponibilidad es muchas veces limitada.

Situación y necesidades actuales

El Hospital España es la institución de salud de más alto nivel para la remisión de pacientes con IRC en el departamento de Chinandega. Como tal, el Hospital España tiene la responsabilidad de proporcionar tres tipos de servicios a los pacientes que sufren de IRC: tratamiento de emergencia de los pacientes con IRC en condición inestable, la hospitalización de estos pacientes inestables cuando sea necesario, y servicios de reemplazo renal (diálisis) para los pacientes con enfermedad renal terminal.

En términos de la demografía de los pacientes, el 80% de los pacientes con insuficiencia renal son hombres y ex trabajadores agrícolas, y el 20% restante han desarrollado insuficiencia renal como una complicación de la diabetes y en su mayoría son mujeres. El tratamiento de emergencia es buscado por los pacientes con IRC en Chichigalpa principalmente debido a la falta de atención en el Centro de Salud después del horario normal y también debido a la falta de suficiente capacitación de los médicos en la clínica general para manejar las emergencias de la IRC. Esta situación fue discutida a fondo en la sección anterior que se centró en el Centro de Salud de Chichigalpa. Además, como se señaló anteriormente, **el sistema de referencia y contra referencia entre el Centro de Salud y el Hospital España necesita fortalecerse**, a fin de asegurar una coordinación adecuada de los cuidados críticos para los pacientes con IRC.

El Hospital España brinda atención 24 horas al día para los pacientes con IRC, que incluye tratamiento de emergencia y hospitalización. Sin embargo, el Hospital España tiene una grave falta de capacidad para brindar servicios de IRC a aquellos que los necesitan. Hay una sustancial **necesidad de apoyo para superar las deficiencias en la organización de los servicios de IRC, incluyendo una falta de suministros, medicamentos esenciales y equipo. El departamento de medicina interna carece de un equipo multidisciplinario e integrado, incluyendo un nefrólogo** - una deficiencia notable para el principal departamento del hospital que trata a los pacientes con complicaciones en la región de mayor prevalencia de IRC en Nicaragua. Por otra parte, como se mencionó en la sección anterior, **no existe un protocolo técnico para el abordaje de esta enfermedad de una manera más exhaustiva.**

Como resultado de estas deficiencias sustanciales, **la capacidad del Hospital España para brindar servicios de diálisis es también muy limitada.** Este problema se aborda en más detalle en la siguiente sección (5.3, *Necesidades médicas para la etapa final de la enfermedad: Diálisis y trasplante renal*).

Incluso con esta capacidad de atención limitada, el Hospital España aún es visto por los pacientes con IRC como su única opción para apoyo terminal, que es **a menudo el único tipo de cuidado (paliativo) que puede brindar el hospital.** Como tal, los pacientes con IRC se centran en la necesidad de tener un mejor acceso disponible a través del transporte gratuito en ambulancia desde sus hogares en Chichigalpa hasta el hospital. Aún así, se dan cuenta que su hospitalización es probablemente la manera como pasarán sus últimos días - y posiblemente perderán sus últimos ahorros también ya que el costo de los alimentos para el resto de la familia que permanece al lado del paciente en Chinandega es elevado.

El Hospital España enfrenta otros desafíos también. Estos incluyen: **falta de otros establecimientos para referir a los pacientes con IRC que tienen dificultad para manejar, incapacidad para dar**

seguimiento a los pacientes primarios e insuficiente disponibilidad de trabajadores sociales y psicólogos entre el personal para todos los pacientes con IRC y sus familias que requieren sus servicios.

En resumen, el Hospital España enfrenta la difícil tarea de tener la responsabilidad de la provisión de los cuidados críticos y servicios de diálisis para los pacientes con IRC sin el apoyo institucional necesario para su manejo adecuado.

Opciones para mejorar la prestación de servicios de emergencia y cuidado hospitalario a los pacientes con IRC

- ***Desarrollar un programa nacional de IRC, que incluya atención de emergencia***

La falta de apoyo institucional constituye un obstáculo fundamental en la capacidad del Hospital España para proporcionar servicios de emergencia adecuados. Como resultado, un compromiso institucional para la IRC es necesario para aliviar sustancialmente el mal estado del cuidado de emergencia para los pacientes con IRC. La misma situación es aplicable para los cambios que se necesitan en la provisión de terapia de reemplazo renal (se discute en más detalle en la siguiente sección: *5.3 Necesidades médicas para la enfermedad renal terminal*).

Las opciones específicas para el Hospital España dependen de un cambio en la política nacional con respecto a la IRC y se asemejan a las recomendaciones presentadas para el Centro de Salud en relación a la infraestructura, organización de los servicios, y equipos y suministros. Otras opciones de infraestructura para fortalecer la capacidad del Hospital España para brindar servicios de diálisis son abordadas en la siguiente sección (*5.3 Enfermedad renal terminal: necesidades y opciones*).

5.3 Enfermedad renal terminal: necesidades y opciones

Diálisis y trasplante renal

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad progresiva, incurable y mortal. La mayoría de los pacientes con IRC progresan a la enfermedad renal terminal (ERT) y requieren trasplante renal o diálisis permanente para su supervivencia. Ambos tratamientos son muy costosos y constituyen un reto importante en la atención que se brinda a los pacientes. Esto es especialmente cierto en Nicaragua, un país donde el gasto nacional anual en salud per cápita es \$232.⁶ Aunque la supervivencia de los pacientes con ERT depende de la disponibilidad de una terapia de reemplazo renal, los enormes retos financieros, políticos y sociales hacen que estos servicios esenciales no estén disponibles para la gran mayoría de los pacientes con IRC en Nicaragua.

Situación actual y necesidades

Necesidades de diálisis

El alcance de la necesidad de diálisis de los pacientes con IRC es inmenso. En el departamento de Chinandega se han identificado más de 3.000 pacientes en todas las etapas de IRC que requieren

⁶ Informe de Desarrollo Humano 2010 del PNUD, Tabla 14, p. 199.

tratamiento y monitoreo continuo (y entre 4.000 y 5.000 pacientes en León, según HEODRA). Aunque se estima que entre el 3% y 5% (90-150) necesitan diálisis actualmente, la mayoría de los 3.000 pacientes continuarán desarrollando una enfermedad renal terminal que requiere diálisis o trasplante para sobrevivir.

En Chichigalpa, hay alrededor de 85 pacientes esperando una oportunidad para iniciar la diálisis. (HEODRA estima que el número de pacientes que necesitan diálisis actualmente en Chichigalpa es más cercano a los 200). **No hay servicios de diálisis actualmente en Chichigalpa**, a pesar de que la clínica de IRC en el Centro de Salud tiene un nefrólogo, por lo que los pacientes con ERT deben ser remitidos al Hospital España en Chinandega. El acceso de los pacientes con IRC de Chichigalpa a HEODRA en León es limitado debido a su ubicación en un departamento diferente.

Diálisis peritoneal: disponibilidad y obstáculos

La diálisis peritoneal (DP) es un proceso que utiliza el peritoneo del paciente en el abdomen como membrana para extraer líquidos y sustancias disueltas (electrolitos, urea, glucosa, albumina y otras moléculas pequeñas) de la sangre. El fluido de diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un pequeño tubo flexible que previamente se implantó en el abdomen de forma permanente y se drena cada noche mientras el paciente duerme (diálisis peritoneal automatizada - DPA) o a través de intercambios regulares durante todo el día (diálisis peritoneal ambulatoria continua - DPAC). La ventaja principal es la posibilidad de llevar a cabo el tratamiento sin necesidad de visitar un centro médico. La principal complicación de la DP es un riesgo de infección debido a la presencia de un tubo permanente en el abdomen.

Para los pacientes con IRC que viven en el departamento de Chinandega, la diálisis peritoneal (DP) solamente se ofrece en el Hospital España. Hay actualmente 20 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y otros 85 esperan iniciar el programa de diálisis, pero no se puede iniciar debido a la dificultad con los **suministros**.

La DP no es esencialmente un programa viable en el Hospital España en la actualidad por varias razones. Hay una **falta de personal para administrar la diálisis**, por lo que los internistas necesitan ser rotados para brindar este servicio. Los internistas por lo general tienen la capacidad técnica para insertar los catéteres para DP y tratar a los pacientes en DP, pero el **hospital carece de un nefrólogo para la supervisión general de los servicios de diálisis**.

El costo **excesivamente alto (alrededor de 900 dólares/mes/paciente, el costo inicial de los catéteres para DP es de USD 600)** y la **incierto disponibilidad de los insumos esenciales** son las principales limitantes. En este momento, los 20 pacientes en DP en el Hospital España enfrentan dificultades debido a la falta de disponibilidad de la solución de diálisis.

En contraste a la disponibilidad incierta y una cantidad muy limitada de insumos para diálisis en el Hospital España, el Hospital HEODRA indica que su acceso a insumos es prácticamente ilimitado. HEODRA tiene un contrato con Baxter, una empresa privada internacional que suministra insumos para diálisis, que puede suministrar los insumos necesarios para DP de manera confiable y constante. Además, Baxter proporciona capacitación para las enfermeras y los médicos en el uso de las máquinas

de DP. **No hay ningún acuerdo actualmente entre el MINSA y Baxter que asegure un suministro más confiable de insumos para DP, así como el suministro de capacitación para el personal del hospital.** La Fundación Americana Nicaragüense (ANF) también ha suministrado insumos para diálisis para los pacientes de HEODRA durante los últimos 5 años.

Actualmente, HEODRA atiende a 50 pacientes en DP, 10 de los cuales son campesinos, y el resto son mujeres diabéticas, principalmente de las zonas urbanas. Como se mencionó anteriormente, el acceso de los pacientes con IRC de Chichigalpa a HEODRA en León es limitado debido a su ubicación en un departamento diferente. Según la experiencia de HEODRA, la tasa de éxito de 5 años para mantener el tratamiento de DP es de 80% para los habitantes urbanos, mientras que la tasa para las personas que viven en las zonas rurales es mucho más baja, probablemente menos de 1 año.

Otro obstáculo importante para la implementación amplia de la DP para los pacientes con IRC es el **requisito de hogares higiénicos** para ayudar a reducir el riesgo de infección. Esto normalmente significa que los **pisos deben estar embaldosados con azulejos** para mantenerse limpios, lo cual constituye una barrera económica infranqueable para la mayoría de los pacientes Chichigalpinos con IRC y sus familias. El contacto de la población rural con animales también puede aumentar el riesgo de peritonitis. Los pacientes que reciben DP en HEODRA viven en zonas urbanas en condiciones higiénicas confirmadas por un trabajador social.

Los pacientes en DP y sus familias también requieren cierto nivel de educación y capacitación en la técnicas de esterilidad y cómo prevenir infecciones para poder realizar la DP correctamente y de manera en sus hogares. Un pariente cercano del paciente con habilidades de alfabetización necesita prestar asistencia en el cambio de las bolsas de diálisis 4 veces al día y debe estar disponible 24 horas al día. Este pariente también debe recibir 10 días de capacitación para poder asistir adecuadamente al paciente en DP.

Los pacientes en DP también requieren **una dieta alta en proteínas, que es muy costosa para la mayoría de los pacientes con IRC.** Como resultado de todos estos criterios que se requieren para la DP, los **pacientes pobres que viven en las áreas rurales** tienen más dificultades **como candidatos para la DP.**

Existen temores generalizados con respecto a la diálisis peritoneal dada la alta incidencia de complicaciones mortales de peritonitis que han ocurrido en los últimos años. El personal médico del Hospital HEODRA manifestó que el amplio alcance de este temor es el obstáculo principal para la mayoría de los pacientes con IRC. Sin embargo, algunos pacientes con IRC dijeron que estarían dispuestos a someterse a diálisis inmediatamente si estuviera disponible para ellos. Por consiguiente, nos parece importante confirmar la demanda real actual de DP y, si fuera necesario, abordar el alcance de estos temores que constituyen un obstáculo potencial al tratamiento.

Como un componente esencial en el manejo de emergencias para los pacientes con IRC, un sistema de referencia funcional entre los centros de salud y los hospitales que ofrecen diálisis es necesario. En la actualidad, tanto el **Hospital España como el Hospital HEODRA carecen de suficiente capacitación**

para tal sistema. Un sistema de referencia forma parte de un plan integral de información, educación y comunicación más amplio que es necesario para mejorar un programa de IRC.

Hemodiálisis: *Disponibilidad y obstáculos*

La hemodiálisis (HD) es un método muy técnico para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua libre, durante la etapa 5 de la enfermedad renal terminal (ERT). La hemodiálisis utiliza equipo médico sofisticado y reactivos caros y se lleva a cabo en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios, ya sea una sala construida en un hospital o una clínica independiente dedicada. Un personal especializado de enfermeras y técnicos es necesario iniciar y administrar los tratamientos de hemodiálisis. Por lo general, se requieren tratamientos de 3 a 4 horas tres veces por semana para los pacientes con ERT.

En Nicaragua, el costo anual de la HD es de nueve mil dólares por paciente. En un país donde el gasto nacional anual en salud per cápita es \$232, este gasto está muy lejos del presupuesto estatal en salud. **El sistema de la seguridad social, INSS, beneficia a todos los pacientes con pensiones o prestaciones de seguridad social y quedarían excluidos los no asegurados.** El MINSAL dializa pacientes en el Hospital San Juan de Dios de Estelí, el Hospital Lenín Fonseca de Managua y el Hospital HEODRA de León pero aun así la cobertura es insuficiente.

El Hospital España recibió una donación de 8 máquinas nuevas de HD en 2008, pero aún no tiene una sala de almacenamiento para los insumos por lo que no puede proporcionar ningún tratamiento. Además, debido a la falta de suficiente presupuesto, la unidad construida para albergar la HD no está funcionando..

El Hospital de León "Oscar Danilo Rosales" (HEODRA) tiene 6 máquinas de HD disponibles, 5 para los pacientes con IRC y 1 para los pacientes con VIH/SIDA. Sin embargo, sólo puede brindar servicios de HD a 21 pacientes debido al número limitado de personal con los conocimientos técnicos necesarios para administrar los tratamientos de HD. Si pudiera brindar servicios por la noche, el Hospital HEODRA podría administrar HD a otros 23 pacientes.

El Hospital HEODRA en León tiene un contrato con NIPRO, una empresa privada que suministra máquinas, filtros e insumos para la hemodiálisis. Brinda apoyo 24 horas al día para todos los insumos necesarios, así como servicios de mantenimiento y operación según sea necesario. Dado que **no todos los medicamentos necesarios para la IRC están incluidos en la lista de medicamentos esenciales del MINSAL**, NIPRO también permanece disponible para complementar los medicamentos esenciales que se necesitan. Estos incluyen calcio, fósforo, hierro, alopurinol y colchicina. Incluso en Managua, donde hay 10 equipos nuevos de hemodiálisis para 40 pacientes, no hay suficientes productos químicos para mantener el tratamiento.

El financiamiento nacional de los costosos tratamientos para la IRC puede ser más bien una cuestión de priorización. Con las prioridades de salud nacional y mundial enfocadas en la considerablemente mayor relación de costo/beneficio que en invertir en la mitigación de las enfermedades prevenibles (vacunas para enfermedades prevenibles, diarreicas y respiratorias en infantes y niños, por ejemplo), la IRC, una grave enfermedad crónica, a menudo es relegada.

Hay una creciente demanda entre los pacientes con IRC de servicios de HD, que no conllevan el mismo temor que acompaña a la DP actualmente.

Necesidades de trasplante renal

El trasplante renal es el tratamiento de elección para la rehabilitación total de los pacientes con IRC. Se sabe que el costo total de la diálisis es más alto que el trasplante renal con el paso del tiempo (véase el Anexo 5: *Costo del tratamiento para la etapa final de la IRC*). Además, la diálisis tiene una tasa de mortalidad más alta que el trasplante renal. En la actualidad, se sabe que la mejor gestión de la IRC incluye un período de tiempo más corto antes del trasplante para evitar potencialmente la necesidad de cualquier tratamiento de diálisis.

A pesar de todas las ventajas del trasplante renal en comparación con la diálisis, la viabilidad actual de este tratamiento es muy baja por las siguientes razones:

El trasplante renal exige un equipo altamente capacitado, es un procedimiento muy costoso y requiere un régimen vitalicio de medicamentos anti-rechazo relativamente costosos después del trasplante. El costo para los pacientes privados es de aproximadamente 34.000 dólares en Nicaragua. Debido a un acuerdo entre los hospitales privados y el INSS, el costo para los pacientes con IRC es la mitad (17.000 dólares) de esta cantidad.

Tres hospitales en Managua, La Mascota, el Hospital Militar y el Hospital Salud Integral tienen capacidad para realizar trasplantes renales. Los equipos que realizan los trasplantes renales pediátricos y de adultos han sido capacitados en Italia. La Mascota es un hospital público que solo hace trasplantes pediátricos. El Hospital Militar es un centro privado que solamente realiza trasplantes renales de adultos. En los últimos años, se han realizado unos 40 trasplantes renales de adultos en Nicaragua con una tasa de rechazo muy baja.

Otro obstáculo que enfrenta la opción de trasplante renal es la **falta de una legislación nacional que permita el uso de riñones de donantes cadáveres**. Aunque los trasplantes de riñón de donantes vivos son cada vez más exitosos, los riñones de donantes cadáveres proporcionan una mayor posibilidad de otros órganos para trasplantes.

En el contexto del limitado presupuesto anual de salud per cápita en Nicaragua y el establecimiento de las **prioridades nacionales y mundiales en materia de salud pública**, la salud materno-infantil se ha priorizado. Dada esta prioridad, la posibilidad de tener acceso a un trasplante renal parece más remota para la mayoría de los pacientes con IRC terminal.

Para empezar a abordar esta difícil situación, será necesario conocer los costos comparativos y los requisitos de capacidad de cada tratamiento, tanto para los costos iniciales y continuos. Mientras tanto, se vuelve aún más esencial que todos los pacientes con IRC tengan acceso a sus medicamentos de mantenimiento para controlar mejor la progresión de la enfermedad y, con un poco de suerte, frenar la avalancha potencial de pacientes con IRC que eventualmente necesitarán diálisis o trasplante renal.

Opciones para la terapia de reemplazo renal para pacientes con ERT (*diálisis y trasplante*)

Como se mencionó anteriormente en el caso de la prestación de servicios de emergencia, debido a los altos requisitos presupuestarios y de infraestructura asociados, un enfoque nacional es igualmente necesario para mejorar el acceso a una terapia de reemplazo renal. Estos problemas importantes que enfrenta el sistema de salud en general se abordan en la siguiente sección (5.4 *Necesidades sistémicas identificadas a nivel nacional y departamental*). Además, los pacientes con ERT no solo incluyen ex trabajadores agrícolas, sino pacientes con diabetes e hipertensión de larga data. Por ende, se debe desarrollar un enfoque inclusivo que cubra a todos los pacientes que requieren diálisis o trasplante renal. Por lo tanto, la necesidad fundamental subyacente para todas las opciones de terapia de reemplazo renal es:

1. *Desarrollar un plan nacional integrado que incluya un enfoque a los servicios de reemplazo renal para todos los pacientes con ERT*

A la larga, las medidas que pueden adoptarse para lograr este fin se incluyen en la siguiente sección (5.4) *Opciones para las necesidades sistémicas identificadas a nivel departamental y nacional*. Aparte de estas medidas en el largo plazo, las medidas más inmediatas que se pueden adoptar localmente incluyen las #2-6 que aparecen a continuación:

2. *Mejorar la capacidad del Hospital España para ofrecer servicios de diálisis*

Infraestructura:

- ***Aumentar el espacio designado para los servicios de diálisis y espacios para almacenamiento en frío***

Organización de los servicios de salud:

- ***Contratar los servicios de un nefrólogo para que supervise los servicios de diálisis (y para que brinde una atención especializada a los pacientes con IRC que están hospitalizados o en situación de emergencia).***
- ***Impartir capacitación técnica al personal del hospital (médicos y enfermeras) para aumentar su capacidad para manejar a los pacientes en diálisis.***
- ***Ampliar la distribución y aplicación de los protocolos técnicos del MINSA para IRC.***
- ***Aumentar el número de personal auxiliar necesario - trabajador social, psicólogo, nutricionista – para brindar educación sobre higiene y nutrición y apoyo emocional a los pacientes con ERT que reciben diálisis y a sus familias.***

Equipos e insumos:

- ***Asegurar la adquisición de medicamentos necesarios e insumos de diagnóstico de laboratorio para manejar a los pacientes que reciben diálisis.***
- ***Asegurar un suministro constante de insumos para DP y HD para los pacientes.***

- ***Asegurar otras máquinas de hemodiálisis***

Una máquina de HD puede utilizarse para tratar a un máximo de 6 pacientes por semana. En este momento, hay unos 80 pacientes con ERT del Centro de Salud en Chichigalpa que requieren diálisis. Para poder dar cabida a estos pacientes, se necesita un total de 14 máquinas para satisfacer esta necesidad.

Fuera del Hospital España, hay varias otras opciones que deben considerarse para asegurar la disponibilidad de los servicios de diálisis para los pacientes con ERT en Chichigalpa. Estas incluyen:

3. Investigar opciones para que los pacientes chichigalpinos con ERT puedan recibir tratamiento de diálisis en HEODRA

En la actualidad, los pacientes con ERT del departamento de Chinandega son remitidos al Hospital España para los servicios de diálisis. Es evidente que HEODRA tiene más capacidad técnica y más recursos disponibles y, por tanto, se encuentra en una posición más fuerte que el Hospital España para proporcionar servicios de diálisis. Sin embargo, HEODRA aún tiene las mismas necesidades básicas que requieren cambios sistémicos para satisfacer el alto nivel de recursos financieros y humanos que se necesita para proporcionar servicios de diálisis en forma permanente.

4. Investigar oportunidades para fortalecer la capacidad del Centro de Salud para proporcionar servicios de diálisis (estudio de factibilidad)

Algunos funcionarios de salud locales creen que el Centro de Salud de Chichigalpa debe desarrollar su propio centro de diálisis para dar cabida al creciente número de pacientes con ERT. En este sentido, un estudio de factibilidad podría evaluar opciones de financiamiento en el largo plazo, así como determinar las necesidades de infraestructura y personal para prestar servicios de diálisis.

La prestación de servicios de DP en el Centro de Salud local tiene muchas ventajas. Los servicios basados en una clínica pueden garantizar un ambiente más higiénico (pisos embaldosados con azulejos, agua potable, práctica de técnicas estériles). El personal de la clínica puede ayudar a cambiar las bolsas de diálisis, liberando a los miembros de la familia de esta difícil responsabilidad. Los servicios auxiliares (nutricionista, trabajador social, psicólogo) pueden ser más accesibles para los pacientes. Los insumos pesados y engorrosos para la DP se pueden suministrar en un lugar central, sin necesidad de transportarlos al hogar de cada paciente. El municipio de León ya está considerando la opción de brindar diálisis en sus centros de salud.

Aunque la DP es preferida en la mayoría de los países centroamericanos, a menudo ha sido rechazada en Nicaragua por los pacientes con IRC y sus familias por temor a complicaciones potencialmente mortales, como la infección peritoneal. Sin embargo, la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) es un tratamiento seguro y viable para la terapia de reemplazo renal en zonas remotas y rurales. La DPCA ha sido revolucionada como un tratamiento viable

para pacientes en la fase final de la enfermedad en zonas remotas y difíciles en los países en desarrollo como México y la India.⁷

Aunque una mayoría de los médicos que tratan a pacientes con IRC son escépticos en cuanto al nivel de aceptación de los pacientes y sus familias, parece que existe una creciente demanda de servicios de diálisis entre los pacientes, especialmente hemodiálisis. Por lo tanto, al mismo tiempo que se buscan opciones de diálisis para los pacientes con ERT, será importante:

- ***Determinar el nivel actual de aceptación, interés y demanda de DP y HD entre los pacientes con IRC y sus familias***

Los conocimientos acerca de las barreras existentes ayudarán a informar las campañas de educación en salud para promover una mayor comprensión de los posibles riesgos y beneficios de las opciones de diálisis. En primer lugar, sin embargo, tal vez sería menos frustrante tanto para los pacientes y los proveedores que se confirme la factibilidad de dicho programa (por ejemplo, garantía de un suministro adecuado de insumos para DP o HD).

- ***Mejorar la comprensión de los pacientes con IRC acerca de los riesgos y beneficios de la diálisis***

Es solamente a través de una comprensión clara y precisa de las opciones de tratamiento de diálisis que los pacientes y sus familias pueden tomar buenas decisiones con respecto a su atención médica.

- ***Considerar la posibilidad de una unidad de diálisis en el Centro de Salud en la planificación del anexo a la clínica de IRC y remodelación de la clínica***

(Véase *Opciones para mejorar la infraestructura, Centro de Salud, Chichigalpa, página 7*).

- ***Asegurar el financiamiento necesario para las necesidades actuales de los servicios de diálisis (equipo e insumos, medicamentos, personal clínico y de laboratorio).***

Las opciones para ayudar a asegurar el financiamiento necesario para la diálisis incluyen:

- ***Desarrollar alianzas y la incidencia necesaria para garantizar recursos que pueden fortalecer la capacidad para brindar tratamientos de diálisis (equipo, insumos y recursos humanos).***
- ***Mantener un diálogo permanente con las partes interesadas claves a nivel local, nacional e internacional -MINSA, INSS, ISA, OPS- para desarrollar el apoyo y los recursos financieros necesarios.***
- ***Abrir las líneas de comunicación entre la Asociación de Medicina Interna y la Asociación de Nefrología.***

Finalmente, con respecto a las opciones de trasplante renal para los pacientes con ERT en Chichigalpa:

5. Fortalecer la capacidad de HEODRA León para ofrecer servicios de trasplante renal

⁷ S Vikrant, *Continuous ambulatory peritoneal dialysis: A viable modality of renal replacement therapy in a hilly state of India, Indian Journal of Nephrology*, Vol:17, Issue: 4, pp165-169, 2007.

El Hospital HEODRA actualmente tiene un laboratorio y recursos humanos con capacidad para realizar trasplantes renales.

- *Investigar oportunidades para financiar el desarrollo de HEODRA para prestar servicios de trasplante renal (estudio de factibilidad).*
- *Fortalecer la capacidad del personal de HEODRA para brindar servicios de trasplante renal.*

El Hospital HEODRA indica que el principal obstáculo que le impide tener la capacidad para brindar servicios de trasplante renal es la **falta de un nefropatólogo**.

6. Aumentar el acceso a los servicios de trasplante renal en Managua

5.4 Nivel departamental y nacional: necesidades sistémicas y opciones

Las causas subyacentes de muchas necesidades identificadas a nivel del centro de salud local son a menudo cuestiones claves que enfrenta un sistema de salud en general. Dichos retos críticos incluyen una asignación y distribución presupuestaria insuficiente y la falta de una política nacional, incluyendo la necesidad de un enfoque estratégico integral para la IRC y las enfermedades crónicas en general. Esta es la situación que enfrenta Nicaragua, así como muchos otros países en desarrollo.

Conforme a la ley nacional, el MINSa es responsable del sistema nacional de salud de Nicaragua y, en consecuencia, brinda atención médica a todos los nicaragüenses. De manera similar, el INSS es responsable de dar prestaciones de seguridad social a los beneficiarios, que incluyen ex trabajadores afectados por IRC. Por una variedad de razones difíciles y complejas, los **esfuerzos de colaboración entre estas dos instituciones claves de salud pública hasta ahora han sido insuficientes para desarrollar un enfoque nacional integrado para la IRC**.

Situación actual y necesidades

En los últimos años en Nicaragua, la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha aumentado en forma sostenida. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la IRC han reemplazado las enfermedades infecciosas como las principales causas de muerte. En pocos años, más del 50% de la población desarrollará IRC o morirá de un ataque al corazón, lo cual representa un desafío enorme para el MINSa.⁸ Este cambio demográfico en la prevalencia de las enfermedades crónicas comparado con las enfermedades infecciosas a medida que los países se vuelven más desarrollados no es único para Nicaragua. Por ende, el nuevo camino a seguir -abordar el avance de las enfermedades crónicas- ahora ha quedado claro.

Sin lugar a dudas, el MINSa ha hecho grandes avances en el control de la propagación de las enfermedades infecciosas, pero sus **esfuerzos para tratar las enfermedades crónicas han sido insuficientes hasta este momento**. Con el apoyo de la OPS, el MINSa ha podido comprender mejor la magnitud del problema. En consecuencia, en 2003, el MINSa realizó un estudio de prevalencia de la diabetes que incluyó hipertensión y otros factores de riesgo en adultos jóvenes en Managua. En 2004, también llevó a cabo una evaluación en varios centros de tratamiento de la diabetes en Managua, lo que indicó que se imparte un nivel de atención médica inadecuado.

⁸ Entrevista con la Dra. Lesbia Altamirano, funcionaria del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OPS en Nicaragua.

En base a estos resultados, el MINSA implementó dos iniciativas de la OPS en 2007 que contenían estrategias más integradas y de mayor alcance: la Iniciativa CARMEN trató de mejorar la salud de la población mediante la reducción de los factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles (crónicas); fue dirigido para mejorar la salud de los pacientes en tres centros de salud de Managua adoptando el modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC).

Existe un acuerdo interinstitucional que facilita la atención médica que brinda el INSS en apoyo del MINSA. El INSS garantiza 15 medicamentos para la atención de los pacientes con IRC, aunque algunos medicamentos esenciales para la IRC no están incluidos en esta lista.

Aunque estos pasos constituyen un avance en el inicio de un enfoque para las enfermedades crónicas, un plan estratégico unificado que incluya IRC, junto con las otras enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión y cáncer, es una iniciativa necesaria que eventualmente tendrán que adoptar el MINSA, el INSS y los formuladores de la política nacional de salud.

Necesidad de un enfoque nacional integrado para la IRC

Sin embargo, todavía no se ha desarrollado un enfoque nacional integrado para la IRC liderado por el MINSA y el INSS. Este problema raíz subyacente de las dificultades principales en el tratamiento de la IRC fue sistemáticamente señalado a todos los niveles, y a menudo enfáticamente, por todos los médicos, funcionarios de salud de los SILAIS, directores de los departamentos clínicos y hospitales, y líderes municipales entrevistados, y fue compartido por los pacientes con IRC en Chichigalpa.

Las consecuencias de la falta de un plan estratégico para un programa nacional integrado para la IRC son muchas y pueden resumirse como una lista de brechas sistémicas en el cuidado de los pacientes con IRC:

- ***Necesidad de suficientes recursos financieros y una asignación presupuestaria para la IRC***

Sin un plan estratégico establecido, es imposible desarrollar un presupuesto operativo que tome en cuenta los recursos financieros necesarios para implementar un conjunto de actividades integradas para la IRC. Es muy comprensible que existan limitaciones presupuestarias sustanciales para las enfermedades crónicas en un país con un gasto en salud per cápita relativamente bajo. Sin embargo, un enfoque significativo a la IRC no puede comenzar en ausencia de una estrategia nacional coherente e integrada para esta enfermedad.

Un plan integral no implica necesariamente cambios presupuestarios en la priorización de los recursos ya limitados. Más bien, el establecimiento de un enfoque estratégico de colaboración hacia la IRC puede ayudar a utilizar los escasos recursos con mayor eficacia y brindar oportunidades para identificar más fácilmente recursos adicionales que pueden existir a nivel nacional e internacional.

- ***Necesidad de fortalecer un sistema de vigilancia utilizando directrices epidemiológicas para construir una base de datos nacional organizada para la IRC, con el fin de ayudar en la detección temprana e informar las decisiones en materia de política***

Las partes interesadas claves deben depender de un conjunto de datos sólidos sobre los cuales pueden desarrollar políticas eficaces. **Todavía falta desarrollar una base de datos nacional organizada para la IRC**, pero algunos departamentos, como León, han comenzado a recopilar datos críticos. Una razón por la que **falta información clave sobre la IRC** es que en la actualidad

únicamente se reportan las causas de muerte y no la morbilidad de la enfermedad. Se necesitan **medidas de vigilancia fortalecidas para la IRC** para recopilar esta información crítica.

La prevención de nuevos casos de IRC es un componente esencial necesario para ayudar a frenar la marea creciente de la epidemia de IRC lo antes posible. Una estrategia de prevención eficaz incluye métodos para diagnosticar la IRC en la etapa más temprana posible de la enfermedad. Sin embargo, la detección temprana de la IRC presenta el reto adicional de que los pacientes en las etapas iniciales de la IRC son generalmente asintomáticos y, por lo tanto, no buscan un examen médico.

La OPS ha alentado al MINSA para que redoble sus esfuerzos para darle más prioridad a esta nueva epidemia porque los costos a largo plazo serán mayores si no se trata esta condición. Una mejor vigilancia y detección temprana de casos de IRC tienen el potencial de demostrar aún más el alcance del problema de la IRC, y quizás proporcionen la motivación necesaria para avanzar en el desarrollo de un plan estratégico nacional.

- ***Necesidad de fortalecer los esfuerzos para promover la salud con respecto a la IRC***

Para ayudar a frenar la actual epidemia de IRC en Nicaragua, es también esencial aumentar el conocimiento de la comunidad acerca de la IRC y las prácticas preventivas. La falta de una campaña nacional de salud pública sobre la IRC hace inviable desarrollar un esfuerzo de educación pública concertado y organizado sobre la IRC.

- ***Necesidad de fortalecer la aplicación de los protocolos de IRC y los sistemas de información necesarios***

Un conjunto de normas básicas e indicadores específicos para la IRC ya se ha desarrollado y ha sido claramente enumerado por la Asociación Nicaragüense de Nefrología y aceptado por el MINSA para su aplicación a nivel local.⁹ Sin embargo, no existe ningún mecanismo para garantizar que estos protocolos son distribuidos y aplicados cabalmente y adecuadamente. Además, aunque estas guías establecen normas en cuanto a cómo monitorear a los pacientes con IRC, carecen de algoritmos específicos que definan la norma de atención para el tratamiento de los pacientes con IRC. Estas directrices específicas para la atención de la IRC son especialmente necesarias para los médicos generales que tratan esta enfermedad compleja.

Además, los protocolos actuales para la IRC no abordan la necesidad subyacente de los sistemas de información que se necesitan para garantizar que la calidad de atención de los pacientes con IRC se está practicando en los niveles primarios y secundarios.

Una mejor práctica en el uso de protocolos puede verse en los que ya fueron desarrollados para la salud materno-infantil. Estas directrices se han aplicado ampliamente y seguirán siendo una práctica frecuente. Como resultado, estos protocolos han dado como resultado una mejora en la calidad de la atención de la salud materno-infantil.

⁹ págs. 26-27, Indicadores de Cumplimiento de la Norma: Prevención y Captación temprana; y Atención Médica, Norma y Protocolo para el Abordaje de la Enfermedad Renal Crónica, MINSA.

- ***Necesidad de fortalecer el sistema de adquisición y distribución de medicamentos y reactivos para la IRC (para evitar los frecuentes desabastecimientos de medicamentos y reactivos para la IRC)***

Es evidente que algún tipo de asistencia al MINSA y al INSS será necesario para asegurar la adquisición continua de medicamentos esenciales para el manejo clínico de los pacientes con IRC en el Centro de Salud de Chichigalpa y en el Hospital España.

- ***Necesidad de un programa de terapia de reemplazo renal para la ERT***

(Para una discusión detallada, véase la sección 5,4 *Necesidades médicas para la enfermedad renal terminal: diálisis y trasplante renal*).

- ***Necesidad de fortalecer la coordinación entre los niveles de atención primaria y secundaria***

Como lo ejemplifican el Centro de Salud y el Hospital España, existen sistemas débiles de referencia entre los niveles de atención primaria y secundaria de los pacientes con IRC. Esta brecha sistémica interfiere con la capacidad para brindar cuidados esenciales coordinados para el buen manejo de los pacientes con enfermedades complejas como la IRC.

Opciones para abordar las necesidades sistémicas identificadas a nivel departamental y nacional

A fin de hacer frente al desafío de la IRC en Nicaragua, la recomendación general destacada por los médicos profesionales y los médicos de salud pública en todos los niveles, y por los líderes municipales y los pacientes con IRC, fue:

1. Desarrollar un plan nacional para la IRC con un enfoque integrado que incluya: prevención (vigilancia), promoción, tratamiento primario y secundario, y terapia de reemplazo renal

Para la eficacia y sostenibilidad de la atención médica para los pacientes con IRC en el largo plazo, es esencial que las partes interesadas claves realicen una planificación estratégica y coordinen actividades y recursos finitos. Los servicios especializados necesarios para manejar esta enfermedad compleja únicamente son posibles mediante un enfoque integrado bien planificado para los pacientes con IRC en Nicaragua.

Para avanzar más eficazmente hacia un enfoque nacional integrado para la IRC, la OPS ha sugerido que la formación de un comité integrado por los actores claves. El MINSA ya tiene el mandato y la capacidad para liderar la puesta en marcha de esta actividad necesaria. La Asociación Nicaragüense de Nefrología (ANINEF), que ya participó en la planificación nacional para la IRC a través del conjunto de protocolos que se elaboraron en marzo de 2009, también puede brindar asistencia técnica. Además, CIES, puede brindar orientación técnica en el desarrollo de una estrategia para la IRC que está integrada en el enfoque nacional para otras enfermedades crónicas.

Existe una buena oportunidad para fortalecer las actividades de coordinación a nivel departamental con la Comisión Nacional de Salud Pública. Las partes interesadas a nivel

departamental podrían incluir organizaciones gubernamentales, líderes municipales, instituciones del sector privado, iglesias, organizaciones académicas y comunitarias.

De manera concurrente con las actividades nacionales, se deben realizar los cambios en la planificación y asignar las prioridades a nivel local. En el municipio de León, la IRC se ha incluido en la agenda política con la participación de los actores clave. La IRC se ha priorizado claramente como un serio problema de salud pública, y la prevención, la investigación y la atención médica deben abordarse. Con la asistencia del SILAIS León, las actividades de vigilancia y promoción de la salud ya han iniciado, de conformidad con el MOSAFC.

Un programa nacional para la IRC podría abordar los retos sistémicos claves de la salud pública si contiene los siguientes componentes:

- a) prevención, promoción y protección renal*

- b) atención primaria y secundaria y tratamiento de reemplazo renal (diálisis y trasplante renal - véase la Opción 4. Programa especial para la ERT)*
(Personal, equipo, insumos, medicamentos, infraestructura, sistemas de remisión)

- c) sistemas de distribución de información apropiados*

- d) la aplicación de normas y protocolos compartidos para el abordaje de la IRC*

- e) investigación, y*

- f) niveles adecuados de financiamiento y una asignación presupuestaria para la IRC*

2. Desarrollar alianzas y trabajo de incidencia para obtener recursos para fortalecer la capacidad para abordar los medios de diagnóstico y las opciones de tratamiento para la IRC:

- Facilitar un diálogo entre los actores clave - MINSA, INSS, ISA, OPS, CIES y otras universidades de salud pública, asociaciones de medicina interna, nefrología y salud pública*

El MINSA debe coordinar las actividades de planificación para la IRC a nivel nacional, en colaboración con el INSS, HISA y otras instituciones privadas, la OPS y las universidades (UNAN, CIES). Las universidades se incluyen como una fuente de formación de recursos humanos y de investigación científica. Las sociedades de médicos especializados también pueden proporcionar recursos técnicos y personal de capacitación.

3. Ampliar el sistema de vigilancia utilizando directrices epidemiológicas para desarrollar una base de datos nacional organizada para la IRC, con el fin de ayudar en la detección temprana e informar las decisiones en materia de política.

Para una vigilancia epidemiológica apropiada de esta enfermedad, se debe recopilar toda la información de cada caso una vez que se hace un diagnóstico de IRC. Actualmente no existe

ningún sistema de vigilancia formal en Nicaragua, a pesar de que existe un protocolo para el abordaje de la IRC (pero que todavía no se ha aplicado).

Se debe priorizar un sistema de vigilancia para las áreas de mayor prevalencia de IRC, como Chichigalpa y los municipios adyacentes en el departamento de Chinandega. Las partes interesadas que participan en el sistema de vigilancia deben incluir a los centros de salud de Chinandega (centros de salud y hospitales), HISA y otras clínicas del sector privado, así como a los miembros de la comunidad afectada (ASOCHIVIDA y otros). Las directrices epidemiológicas ya pueden verse en los protocolos aprobados por el MINSa (Anexo de la normativa 016 Norma para el Abordaje de la Enfermedad Renal Crónica, 3 de marzo de 2009).

El SILAIS León ya ha iniciado la implementación de una iniciativa de promoción de la salud renal y prevención de la IRC. Ellos patrocinaron una Jornada de Análisis y Balance (*JABA*) sobre la importancia de un enfoque más integral y preventivo para la IRC. Basado en el *MOSAFC*, el enfoque se centra en la promoción de un estilo de vida saludable.

El SILAIS León también ha iniciado un plan de diagnóstico temprano basado en el *MOSAFC* que alienta a los miembros de la comunidad a someterse a un examen de función renal en el centro de salud local. Hay planes para facilitar los exámenes de diagnóstico temprano mediante la capacitación de brigadistas de salud comunitarios para realizar exámenes de orina de puerta en puerta para la enfermedad renal. Además, *MOSAFC* utiliza encuestas epidemiológicas domiciliarias de la historia familiar para crear una base de datos más completa de los pacientes con IRC.

4. Planificar e implementar programas para la promoción de la salud en relación a la IRC

Una campaña de educación en salud en relación a la IRC ha sido implementada por varios centros de salud a nivel de barrio con la ayuda de los líderes de la comunidad. Estos centros de salud comunitarios, como los que existen en el municipio de León, podrían servir como mejores prácticas.

También existe una oportunidad para aprovechar a la Comisión Nacional de Salud Pública para desarrollar una campaña de prevención y concientización más amplia acerca de la IRC.

5. Desarrollar e implementar protocolos para el abordaje de la IRC para los médicos generales, junto con los sistemas de información necesarios para apoyar la calidad de la atención de la IRC

El desarrollo de estándares de calidad e indicadores para los problemas nacionales de salud no es nuevo para el MINSa. El MINSa publicó recientemente la tercera edición de los Estándares e Indicadores de Calidad de los Procesos de Atención en Salud para planificación familiar, salud materna, salud neonatal y de la Niñez, y VIH/SIDA.¹⁰ Dadas las altas tasas de mortalidad materna y neonatal, este conjunto de normas fue desarrollado como parte de la iniciativa de salud materno-infantil

¹⁰ Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/SIDA y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos, Ministerio de Salud, Managua, Octubre de 2009.

liderada por el Proyecto Mejora de la Salud apoyado por USAID (anteriormente, Proyecto de Garantía de Calidad). Un nefrólogo con experiencia en calidad de atención fácilmente podría ayudar a adoptar este mismo conjunto de normas e indicadores para que se utilicen para el abordaje de la IRC. Además, el Proyecto de Mejora de la Salud podría servir como una mejor práctica en el desarrollo de un enfoque multi-institucional para un problema nacional de salud.

Existe una oportunidad para que el MINSA, con la ayuda del CIES, satisfaga más adecuadamente las necesidades de atención médica de los pacientes con IRC en Nicaragua a través de un programa de calidad de la atención en el Centro de Salud en Chichigalpa. Dicho programa puede ayudar en el desarrollo de normas de calidad, indicadores de ejecución, y sistemas de información para apoyar la calidad de la atención de la IRC como parte de una referencia nacional (una experiencia de referencia nacional) para el país. Para una explicación detallada de esta opción, véase la sección 5.1.2 *Organización de los servicios de salud: opciones – calidad de la atención*.

6. Fortalecer los procesos de adquisición y distribución de medicamentos y reactivos para la IRC (incluyendo una asignación presupuestaria adecuada y un plan provisional para desabastecimientos)

Los obstáculos técnicos en el proceso de adquisición se pueden abordar con la asistencia de especialistas en adquisición de medicamentos. La disponibilidad de recursos financieros adecuados es otro reto clave que debe ser enfrentado. En el corto plazo, esta necesidad podría abordarse, al menos parcialmente, a través del compromiso financiero inicial de NSEL de complementar el suministro de medicamentos y reactivos del Centro de Salud. En el largo plazo, sin embargo, será esencial que los actores claves como el MINSA y el INSS desarrollen un enfoque coordinado para la IRC con el fin de satisfacer todas las necesidades actuales de los pacientes con IRC, donde el suministro de medicamentos es apenas una necesidad.

La OPS tiene la voluntad de apoyar el suministro de medicamentos, como lo hizo el año pasado para ayudar a la Asociación Nacional de la Diabetes. Los departamentos de salud a nivel departamental están probando nuevos enfoques también. El SILAIS León, por ejemplo, ha implementado un programa para determinar más de cerca la magnitud de la IRC, con el fin de anticipar las necesidades de medicamentos con mayor precisión. Luego identifican posibles recursos en los diferentes sectores para satisfacer estas necesidades anticipadas.

7. Desarrollar entre todas las partes interesadas claves un programa especial para servicios de reemplazo renal para la etapa final de la IRC

El alto costo del cuidado de los pacientes con IRC ha hecho difícil la organización de un programa apropiado para la IRC. Como resultado, los servicios de reemplazo renal no han sido promovidos por el sistema de salud ni, por otra parte, la diálisis ha sido aceptada por los pacientes con IRC y sus familias por el temor a complicaciones potencialmente mortales, como la infección peritoneal. Sin embargo, la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) ha sido revolucionada como un tratamiento viable para los pacientes con IRC en la etapa final de la enfermedad en zonas geográficas remotas y difíciles en países desarrollados como México y la India.

Además, la terapia de reemplazo renal se puede organizar y utilizar de una manera adecuada para permitir los avances científicos y el desarrollo técnico que harán los trasplantes renales más viables. Con este fin, la participación de todas las partes interesadas claves es necesaria en la búsqueda de soluciones y el bienestar de los pacientes con IRC. Finalmente, el cuidado de los pacientes en la etapa final de la IRC requerirá apoyo psicosocial para el paciente y la familia.

Aunque los retos financieros son enormes, el reemplazo renal sigue siendo la única posibilidad de supervivencia para los pacientes con ERT. Para satisfacer la creciente necesidad de estos servicios costosos, el diseño de un programa nacional que aborde el reemplazo renal debe tener una idea precisa de la viabilidad y los enfoques más eficaces y asequibles que se deben adoptar. Mientras tanto, esfuerzos continuos se deben hacer para fortalecer la capacidad de los hospitales para brindar servicios de reemplazo renal. (Para una descripción más completa de las opciones de reemplazo renal, véase la sección 5.3 *Enfermedad renal terminal: necesidades y opciones*).

8. Fortalecer la comunicación y la coordinación de actividades entre los niveles de atención primaria y secundaria

Un mecanismo de remisión bien definido y aplicado entre los distintos niveles de atención de la salud garantiza que las necesidades de atención primaria y secundaria de los pacientes con IRC son adecuadamente coordinadas. El MOSAFC puede proporcionar las directrices que existen para abordar esa necesidad esencial.

6 Resumen de opciones: próximos pasos

Nicaragua es un país pobre con recursos limitados, por lo que existen brechas importantes en el sistema de salud para las enfermedades crónicas. Especialmente por esta razón, es esencial priorizar medidas eficaces que puedan abordar en el corto plazo los problemas más inmediatos que enfrentan los pacientes que sufren de IRC.

Al mismo tiempo, las medidas inmediatas que se adopten a nivel local dependen del apoyo continuo del sistema de salud a nivel nacional y regional para garantizar su sostenibilidad en el tiempo. Las medidas en estos niveles necesariamente requieren colaboración interinstitucional, voluntad política, cambios en las políticas, y priorización de los escasos recursos, por lo que son considerablemente más difíciles de planificar e implementar. Sin embargo, medidas a largo plazo en estos niveles más amplios son esenciales para abordar adecuadamente los problemas sistémicos.

Este informe ofrece una serie de opciones preliminares que se derivan de los temas comunes expresados por los actores claves, así como de la experiencia y los conocimientos técnicos de los miembros del equipo de evaluación de las necesidades. En ese sentido, se ha desarrollado una lista de opciones que reflejan las buenas prácticas para las enfermedades crónicas a través de un lente médico y de salud pública y se resumen en las siguientes tablas.

Las opciones están divididas en 3 secciones: corto, mediano y largo plazo. Las opciones en el corto y mediano plazo se centran en acciones más concretas que pueden comenzar de inmediato y tienen un efecto más directo en la mejora del nivel de atención primaria y secundaria para los pacientes con IRC en Chichigalpa. Las opciones en el largo plazo se centran en los problemas raíz del sistema de salud y necesitan abordarse a nivel nacional.

Para proporcionar un contexto más específico para estos tres grupos de opciones resumidos, están vinculados al correspondiente conjunto de necesidades identificadas, que también están resumidas en las siguientes tablas.

6.1 Opciones en el corto plazo

El manejo continuo y adecuado de la IRC es la forma más eficaz para ralentizar la progresión de la enfermedad y evitar complicaciones. El buen manejo de las emergencias de IRC a nivel local también puede reducir la necesidad de transporte a los hospitales regionales.

Como el Centro de Salud es donde la gran mayoría de los pacientes con IRC en Chichigalpa reciben atención médica, la priorización de las medidas a corto plazo para este centro de salud probablemente ofrecería el impacto inmediato más grande en el mejoramiento de las necesidades de salud de los pacientes locales. Con este fin, la asignación de fondos para mejoras específicas en este centro de salud local brinda la oportunidad de hacer mejoras sustanciales para cerrar la brecha de las necesidades de atención médica identificadas para los pacientes con IRC en Chichigalpa. Además, la satisfacción de estas necesidades específicas en el Centro de Salud también servirá para mejorar los servicios de atención primaria para todos los pacientes de la clínica.

Aunque será esencial abordar los problemas fundamentales del sistema de salud, hay algunas medidas inmediatas que pueden adoptarse en el corto plazo para mejorar directamente la capacidad del Centro de Salud “Julio Durán” para que brinde la mejor atención médica a los pacientes con IRC. Una descripción más detallada de estas opciones se incluye en la sección 5.1 *Necesidades de atención primaria: Centro de Salud*. En resumen, estas opciones, junto con las necesidades abordadas, incluyen

6.1.1 Para mejorar inmediatamente el Centro de Salud “Julio Durán” (Atención Primaria – nivel local)	
Las necesidades identificadas	Opciones
<p>Infraestructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La necesidad de espacio adicional para un manejo más adecuado de los pacientes con IRC</i> • <i>La necesidad de espacio adicional para observar más adecuadamente a los enfermos más graves</i> • <i>La necesidad de un presupuesto adecuado para mantenimiento y remodelación</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diseñar y construir dos pabellones separados: uno para ampliar la clínica de IRC actual (separación de los espacios de atención de los pacientes, ampliación de la sala de espera, espacio para reuniones) y otro para una unidad de observación para los pacientes en condición inestable</i> • <i>Asegurar financiamiento adecuado para las necesidades continuas de mantenimiento y remodelación</i>
<p>Organización de los servicios de salud: <i>Prestación de servicios clínicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La necesidad de fortalecer la</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporcionar suficientes recursos humanos para un equipo de una enfermera y un médico capacitados en los protocolos para el abordaje de la IRC que</i>

<p><i>disponibilidad de atención médica para las emergencias que ocurren después del horario normal de la clínica, debido a la necesidad de más personal con la formación necesaria.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La necesidad de fortalecer el manejo multidisciplinario de los pacientes con IRC y sus familias para que aborde sus necesidades educativas, dietéticas y psicosociales.</i> <p><i>Integración de los servicios entre las instituciones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La débil comunicación y coordinación de las actividades entre los niveles de atención primaria y secundaria</i> • <i>La necesidad de financiamiento para el suministro de combustible para que haya una ambulancia disponible para que transporte gratuitamente a los pacientes con IRC que están muy enfermos.</i> 	<p><i>estén disponibles 24 horas al día para atender las emergencias de los pacientes con IRC.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Desarrollar una estrategia de educación en salud para los pacientes con IRC y sus familias</i> • <i>Poner a disposición los servicios de un nutricionista, un psicólogo y un trabajador social para que brinden el apoyo y asesoramiento profesional que necesitan los pacientes con IRC y sus familias.</i> • <i>Nombrar a un director y un punto focal a cargo de un programa para pacientes con IRC</i> • <i>Investigar el interés de los pacientes con IRC y sus familias en los cuidados al final de la vida (paliativos).</i> • <i>Fortalecer la comunicación y coordinación de actividades entre los niveles de atención primaria y secundaria</i> • <i>Asegurar financiamiento para el suministro de combustible para que haya una ambulancia disponible para que transporte gratuitamente a los pacientes con IRC que están muy enfermos.</i>
<p>Equipos y suministros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La necesidad de fortalecer el equipo de laboratorio que es esencial para el manejo adecuado de los pacientes con IRC, y</i> • <i>La necesidad de fortalecer el suministro adecuado de medicamentos esenciales e insumos de laboratorio</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proveer los equipos críticos necesarios para que la clínica de IRC funcione adecuadamente.</i> • <i>Asegurar que el INSS realiza un estudio para evaluar la precisión de la interpretación de los exámenes de ultrasonido con el fin de resolver el aparente problema con las discrepancias.</i> • <i>Crear un fondo de reactivos de laboratorio administrado por el MINSA para complementar su adquisición y asegurar un suministro continuo de medicamentos para la IRC.</i>

6.2 Opciones en el mediano plazo

6.2.1 Para abordar el problema raíz de la calidad de la atención en el Centro de Salud Julio

Durán (Atención primaria – nivel local)	
Las necesidades identificadas	Opciones
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La necesidad de fortalecer los sistemas de retroalimentación para monitorear, supervisar y evaluar el manejo de los pacientes y la calidad de los servicios para la IRC (y otras enfermedades crónicas).</i> • <i>La necesidad de directrices específicas para la IRC y fortalecimiento de la capacidad de los médicos generales en IRC, especialmente para el manejo de emergencias.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desarrollar e implementar un programa ("una experiencia de referencia nacional") para mejorar la calidad de la atención médica con el apoyo y la coordinación del CIES y el MINSA.</i>

6.2.2 Para mejorar la atención de emergencia y hospitalización de los pacientes con IRC en el Hospital España de Chinandega (Atención secundaria y terciaria – nivel departamental)	
Las necesidades identificadas	Opciones
<ul style="list-style-type: none"> • <i>(Las necesidades institucionales identificadas para el Hospital España dependen de los cambios en la política nacional con respecto a la IRC y son semejantes a las necesidades de infraestructura, organización de servicios y equipo y suministros del Centro de Salud).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>(Las opciones específicas para el Hospital España dependen de los cambios en la política nacional con respecto a la IRC y son semejantes a la lista de recomendaciones para el Centro de Salud en infraestructura, organización de los servicios y equipo y suministros).</i>

6.2.3 Para mejorar el acceso de los pacientes con IRC a los servicios de diálisis (Atención secundaria y terciaria – nivel departamental)
--

En el largo plazo se pueden adoptar medidas para lograr el objetivo de la provisión de diálisis en la siguiente sección (5.4) *Opciones para las necesidades sistémicas identificadas a nivel departamental y nacional*. Específicamente, el objetivo de este componente es *desarrollar un plan nacional integrado que incluya un enfoque a los servicios de reemplazo renal para todos los pacientes con ERT*.

Aparte de estas medidas a largo plazo, se pueden adoptar medidas más inmediatas a nivel local que incluyen:

Las necesidades identificadas	Opciones
<p>Las barreras a la provisión de servicios de diálisis (DP y HD) incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de medicamentos, reactivos de laboratorio y suministros necesarios para proveer servicios de diálisis. • Suficientes equipos de hemodiálisis y espacio para la provisión de los servicios y para el almacenamiento en frío de los suministros. • Los temores generalizados acerca de las complicaciones de la DP (muerte por peritonitis). • El costo de los requisitos higiénicos para la DP (piso embaldosado con azulejos). • El costo de la dieta alta en proteínas que necesitan los pacientes que reciben diálisis. • El costo exorbitante de la diálisis (La DP cuesta alrededor de 900 dólares mensuales por paciente. El costo inicial de los catéteres para la DP es de \$600 por paciente). • El reto que significa para el INSS y el MINSa el pago del alto costo de la diálisis o el costo inicial del trasplante. • La exclusión de todos los pacientes enfermos con IRC que no tienen pensiones o prestaciones del seguro social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la capacidad del Hospital España para la provisión de los servicios de diálisis (DP y HD) <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el espacio para los servicios de diálisis • Proporcionar el almacenamiento en frío necesario • Reclutar a un nefrólogo para que supervise los servicios de diálisis • Impartir capacitación sobre diálisis al personal del hospital • Ampliar la distribución e implementación de los protocolos técnicos del MINSa para la IRC • Aumentar el personal auxiliar para la IRC • Asegurar un suministro continuo de insumos a los pacientes para la DP y HD • Asegurar máquinas de hemodiálisis adicionales 2. Investigar opciones para que los pacientes con ERT en Chichigalpa reciban tratamiento de diálisis en HEODRA 3. Investigar oportunidades para fortalecer la capacidad del Centro de Salud de Chinandega para proveer servicios de diálisis (estudio de factibilidad)
<p>Las barreras a la provisión de los servicios de trasplante renal incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La necesidad de una legislación nacional que apoye a los donantes vivos de trasplantes • La necesidad de un cirujano de trasplantes (en el oeste de Nicaragua) • La necesidad de exámenes de histocompatibilidad • El alto costo de los medicamentos de 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Fortalecer la capacidad de HEODRA León para poder proveer servicios de trasplante renal <ul style="list-style-type: none"> • Investigar oportunidades para financiar el desarrollo de HEODRA para proveer servicios de trasplante renal (estudio de factibilidad) • Fortalecer la capacidad del personal médico de HEODRA para la provisión de servicios de trasplante renal 5. Aumentar el acceso a los servicios de trasplante

<p><i>inmunosupresión (necesarios sobre una base crónica después de un trasplante)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La necesidad de un nefropatólogo (HEODRA)</i> • <i>La necesidad del financiamiento necesario</i> 	<p>renal en Managua</p>
---	--------------------------------

6.3 Opciones en el largo plazo

Aunque las necesidades de cambios en la política y colaboración interinstitucional en el largo plazo son un desafío más formidable que las medidas en el corto y mediano plazo, estas necesidades son esenciales para asegurar la viabilidad y sostenibilidad de los servicios de salud para la IRC a nivel local.

Mediante un conjunto básico de procesos de colaboración entre los actores clave de la IRC, se pueden adoptar varias medidas para avanzar hacia el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de los pacientes con IRC de Nicaragua.

6.3.1 Para abordar las brechas en el sistema de salud en general (a nivel departamental y nacional)	
Las necesidades identificadas	Opciones
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La necesidad de un enfoque nacional integrado para la IRC</i> • <i>La necesidad de más recursos financieros y una asignación presupuestaria para la IRC (y para las enfermedades crónicas en general), personal capacitado y suministros adecuados.</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Desarrollar un plan nacional para la IRC con un enfoque integrado (que incluya prevención (vigilancia), promoción, atención primaria y secundaria y terapia de reemplazo renal)</i> 2. <i>Desarrollar alianzas y trabajo de incidencia para conseguir recursos para fortalecer la capacidad para abordar los medios de diagnóstico y las opciones de tratamiento para la IRC</i>

<ul style="list-style-type: none">• <i>La necesidad de fortalecer un sistema de vigilancia utilizando las directrices epidemiológicas para desarrollar una base de datos nacional organizada para la IRC, ayudar en la detección temprana e informar las decisiones en materia de política.</i>• <i>La necesidad de mayores esfuerzos para promover la salud en relación a la IRC.</i>• <i>La necesidad de fortalecer la aplicación de los protocolos para la IRC y los sistemas de información necesarios.</i>• <i>La necesidad de fortalecer el sistema de adquisición y distribución de los medicamentos para la IRC (para evitar los frecuentes desabastecimientos de los medicamentos y reactivos para la IRC).</i>• <i>La necesidad de un programa de servicios de reemplazo renal para la ERT.</i>• <i>La necesidad de fortalecer la coordinación entre los niveles de atención primaria y secundaria.</i>	<ol style="list-style-type: none">3. <i>Ampliar el sistema de vigilancia utilizando directrices epidemiológicas para desarrollar una base de datos nacional organizada para la IRC, ayudar en la detección temprana e informar las decisiones en materia de política.</i>4. <i>Planificar e implementar programas para promover la salud en relación a la IRC</i>5. <i>Desarrollar e implementar protocolos para el abordaje de la IRC para los médicos generales, junto con los sistemas de información necesarios para apoyar la calidad de la atención para la IRC.</i>6. <i>Fortalecer los procesos de adquisición y distribución de medicamentos y reactivos para la IRC (incluyendo una asignación presupuestaria adecuada y un plan provisional en caso de desabastecimiento).</i>7. <i>Desarrollar con todos los actores claves un programa especial para los servicios de reemplazo renal para la ERT.</i>8. <i>Fortalecer la comunicación y la coordinación de las actividades entre los niveles de atención primaria y secundaria.</i>
--	--

Para asegurar la viabilidad, la sostenibilidad y el impacto de la extensa lista de opciones mencionadas en este informe, se necesita un enfoque global para integrar las diferentes opciones en un plan estratégico unificado. Los servicios especializados necesarios para manejar esta enfermedad completa únicamente son posibles mediante un enfoque integrado bien planificado para los pacientes con IRC en Nicaragua.

6.4 Opciones: Conclusiones

Si bien será esencial abordar los problemas fundamentales del sistema de salud, hay algunas medidas concretas e inmediatas que pueden adoptarse en el corto plazo para mejorar directamente la capacidad del Centro de Salud "Julio Durán" para que pueda brindar la mejor atención médica a los pacientes con IRC.

Un programa operativo de calidad de atención adaptada por el Centro de Salud puede servir para disminuir las complicaciones, maximizar los resultados de las intervenciones de salud, y proveer servicios de calidad al menor costo al mismo tiempo. Con este fin, existe una oportunidad para que el MINSa satisfaga más adecuadamente las necesidades de atención médica de los pacientes con IRC en Nicaragua mediante el establecimiento de un programa de calidad de la atención como una experiencia de referencia nacional en el Centro de Salud de Chichigalpa.

En cuanto a las opciones de terapia de reemplazo renal, creemos que es posible ofrecer diálisis en el Centro de Salud si existe un acuerdo entre el MINSa, el INSS, el ISA y otras partes interesadas que pueda asegurar las mejoras necesarias en la infraestructura y la organización de los servicios de salud.

Es esencial que se aborden varias consideraciones importantes para estas opciones propuestas para la IRC para mejorar la atención al inicio del proceso de planificación estratégica. En primer lugar, las prioridades se tendrán que establecer en base a criterios como los costos relativos versus los posibles impactos, factibilidad y sostenibilidad, y los riesgos relativos y posibilidades de éxito de cada recomendación. Las posibles oportunidades perdidas y las consecuencias de escoger una recomendación en vez de otra también deben tomarse en cuenta. Por consiguiente, como un primer paso en este proceso de priorización, todos los participantes del diálogo deben estar suficientemente informados de cada recomendación para que puedan tomar la mejor decisión posible.

Las medidas inmediatas adoptadas a nivel local dependerán del apoyo continuo del sistema de salud a nivel nacional y regional para asegurar su sostenibilidad en el tiempo. Las medidas que se adopten en este nivel necesariamente requieren que se construyan y mantengan fuertes asociaciones de trabajo con una voluntad política y un compromiso para mantener una coordinación institucional continua entre las instituciones públicas y privadas a nivel local, nacional e internacional en el largo plazo. Como tales, son considerablemente más difíciles de planificar e implementar. Sin embargo, las medidas a largo plazo en este nivel son esenciales para enfrentar adecuadamente los problemas sistémicos.

El reto que enfrentan el MINSa y el INSS como los actores claves en el cuidado de los pacientes que sufren de IRC y otras enfermedades crónicas es inmenso. Es muy comprensible que existan limitaciones presupuestarias sustanciales para enfermedades crónicas en un país con un gasto en salud per cápita relativamente bajo. Sin embargo, un enfoque significativo a la IRC no puede comenzar en ausencia de una estrategia nacional coherente e integrada para esta enfermedad. Si no se enfrenta directamente la necesidad de desarrollar una política esencial a nivel nacional en forma oportuna, únicamente se exacerba la situación actual y futura de una enfermedad ya devastadora.

Un plan integral no necesariamente implica un cambio en la priorización de los ya escasos recursos. Por el contrario, un enfoque estratégico y colaborativo para la IRC puede ayudar para que se utilicen los escasos recursos más eficazmente y brindar oportunidades para identificar más fácilmente recursos adicionales que puedan existir a nivel nacional e internacional en los sectores público y privado.

El camino que se debe seguir para mejorar el acceso a la atención médica para los pacientes que sufren de IRC es claro. Únicamente se espera la voluntad de las partes interesadas para dar los primeros pasos.

Anexos

Anexo 1: Lista de entrevistas a informantes claves

Dr. Francisco López, Director, Centro de Diálisis, Hospital España, Chinandega.

Dr. Byron José Lezama, internista, Hospital de España

Dr. Alejandro Marín, Director, Hospital Ingenio San Antonio

Dr. Félix Zelaya, hematólogo/oncólogo clínico, Hospital Ingenio San Antonio

Dra. Rebeca Torres, Directora, Centro de Salud "Julio Durán" de Chichigalpa

Dr. Ervin Reyes, Nefrólogo, Clínica de IRC en el Centro de Salud en Chichigalpa

Dra. Emérita Rugama, médica Internista, Centro de Salud de Chichigalpa.

Dr. Gilberto Moreno, Director de Epidemiología, SILAIS León

Dra. Rafaela Briceño, Vigilancia Epidemiológica, SILAIS León

Dra. Mercedes Centeno, Responsable de IRC, SILAIS León

Dr. Marcial Montes, Subdirector Médico, Hospital HEODRA, León

Dr. Mauricio Jarquín, Jefe de Servicio de Nefrología, Hospital HEODRA, León

Dr. Benjamín Barreto, municipalidad de León

Dra. Argentina Parajón, municipalidad de León

Dr. Humberto Ramírez, Centro de Salud de Sutiava en la ciudad de León

Dr. Miguel Orozco, Director del CIES

Dr. Iván García, Director de Servicios Curativos, INSS

Dra. Carmen González, Directora de Calidad, INSS

Dr. Carlos Delgado, Médico Analista de Servicios Curativos, INSS

Dra. Lesbia Altamirano, Oficial de OPS/OMS para Enfermedades No Transmisibles

Miembros de la Junta Directiva de ASOCHIVIDA: Donald Cortés, Ezequiel Ramírez, Cecilio Ferrufino, Vicente Espinales, Salvador Soto.

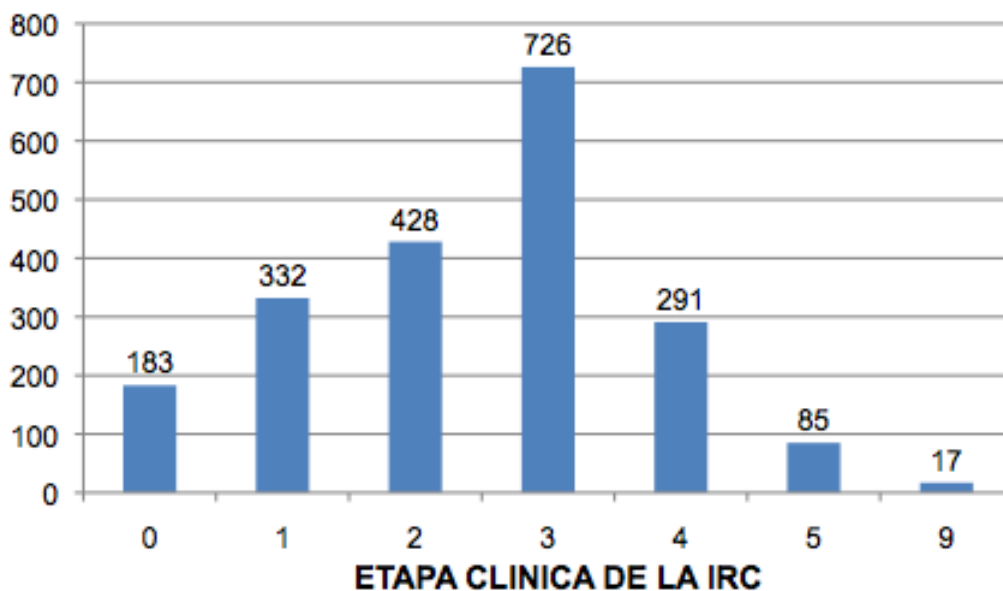
Anexo 2: Guía de evaluación para identificar las necesidades de salud de los pacientes con IRC en el Centro de Salud de Chichigalpa

¿Qué preguntas/cuestiones queremos contestar?	¿Dónde / de quién obtenemos esta información?	¿Qué instrumento utilizaremos para recolectar datos?
<p>¿Cuáles son los recursos y las necesidades que existen en el Centro de Salud, específicamente con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Las necesidades físicas / infraestructura (clínica IRC versus clínica general)</i> <i>Sala de espera, baños, aire acondicionado, enfriador de agua, etc.</i> • <i>Capacidad del personal</i> <i>Número de personal que tratan la IRC</i> <i>Capacitación/habilidad del personal para tratar la IRC (especialmente en situaciones de emergencia)</i> <i>Disponibilidad del personal (horario de la clínica)</i> <i>Capacidad en atención de calidad (conocimientos, actitudes y prácticas)</i> • <i>Equipo y suministros</i> <i>Laboratorio, farmacia</i> <i>Clínica general versus clínica IRC</i> • <i>Fuentes de remisión (para complicaciones)</i> <i>Disponibilidad</i> <i>Acceso (costo, tiempo, transporte)</i> 	<p>Centro de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Director - Director de la clínica IRC - Personal clínico - Personal de laboratorio - Farmacia <p>Ingenio San Antonio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Félix Zelaya, - Dr. Alejandro Marín - Dr. Mauricio Jarquín <p>ASOCHIVIDA Junta Directiva</p>	<p>Entrevistas de informantes clave</p> <p>Grupos de enfoque (personal clínico del centro de salud)</p>
<p>¿De qué maneras mejoraría una clínica IRC independiente del Centro de Salud la atención que reciben los pacientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cuáles son los beneficios?</i> • <i>¿Cuáles son los costos y riesgos?</i> • <i>¿Cuál es la factibilidad?</i> 	<p>Centro de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Director - Director de la clínica IRC - Personal clínico - Personal de laboratorio - Farmacia <p>SILAIS Chinandega</p> <p>ASOCHIVIDA</p>	<p>Entrevistas de informantes clave</p> <p>Grupos de enfoque (personal clínico del centro de salud)</p>

	Junta Directiva	
<p>¿Qué opciones de diálisis existen para los pacientes en la etapa final de la IRC en Chichigalpa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la necesidad actual de diálisis? • ¿Cuál es el acceso actual y la disponibilidad de la hemodiálisis y diálisis peritoneal para los pacientes en la etapa final de la IRC en Chichigalpa? • ¿Cuál es la capacidad actual y prevista del Hospital España y Hospital Rosario-León para pacientes que necesitan diálisis? • ¿Cuál es la necesidad y factibilidad de una unidad de diálisis independiente en Chichigalpa? 	<p>Hospital España y Hospital Rosario-León:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Director de la unidad de diálisis - Director hospital <p>Centro de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Director - Director de la clínica IRC <p>ASOCHIVIDA Junta Directiva</p> <p>SILAIS Chinandega</p> <p>MINSA (Central)</p> <p>OPS</p>	<p>Entrevistas de informantes clave</p> <p>Grupos de enfoque</p>

Anexo 3: Etapa IRC, pacientes registrados en el Centro de Salud, Chichigalpa, de diciembre de 2010

Etapa de la IRC, Pacientes registrados en Centro de Salud Julio Durán de Chichigalpa, Diciembre 2010



**Nota: 0 indica pacientes con daño renal pero creatinina en rangos normales
9 indica pacientes pendientes de clasificar estadio**

**(Estadísticas de la clínica de IRC, Centro de Salud, Chichigalpa)*

Anexo 4: Equipos y suministros en la clínica de IRC del Centro de Salud en Chichigalpa

Equipamiento que existe y su condición

Tipo de mobiliario y/o equipo	Condición
2 Escritorios	Regular
1 Mesa de recepción	*mala
17 Sillas plásticas	Buena
1 Aire acondicionado	Regular
1 Computadora con CPU dañado	Regular
1 Pesa con tallímetro integrado	Regular (tallímetro quebrado)
1 Tensiómetro	Regular
1 Estetoscopio	Regular
1 Oto-oftalmoscopio	Mal estado
1 Archivador	Regular
1 Ultrasonido	Bueno

*Prestada de Estadística del C/S Chichigalpa.

Las Necesidades de Materiales

- 2 tensiómetros, dos Estetoscopios y dos Oto-oftalmoscopios
- 1 pesa con tallímetro integrado
- Un oasis para los pacientes
- 1 Equipo de laboratorio "Diagnóstico 500" o superior
- Reactivo para ácido úrico
- 1 CPU y tinta para tóner
- 1 Estante para papelería
- 1 Archivador
- 1 Refrigeradora pequeña
- 2 Mesas pequeñas (85x 50 cm y 73 cm de altura)
- Papelería

Anexo 5: Los costos de tratamiento para la etapa final de la IRC

		Costo mensual (por paciente)	Costo anual (por paciente)	Costo anual de 20 pacientes
Diálisis peritoneal continua ambulatoria	DPCA	\$888*	\$10.658	\$213.166
Diálisis peritoneal automatizada	DPA	\$294**	\$3.525	\$70.502
Hemodiálisis *	HD	\$1.132***	\$13.586	\$271.711
Trasplante renal	TR	(costo inicial) 17.000 dólares		

* *MINSA*, 2007 (basado en 4 bolsas de diálisis por día).

** *MINSA*, 2007 (basado en 2 sesiones por semana).

*** Esto representa el precio real que el INSS paga al hospital privado de Managua por los servicios de hemodiálisis.