



**PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ENFERMEDADES RENALES**

**ESTRATEGIA DE SALUD CARDIOVASCULAR,
CEREBRAL, RENAL Y ENDOCRINOMETABOLICA**

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

INDICE TEMATICO

1. GLOSARIO DE TERMINOS
2. ENFERMEDAD RENAL CRONICA
 - 2.1.- Introducción
 - 2.2.- Definiciones
 - 2.3.- Algoritmo de ingreso y seguimiento
 - 2.4.- Evaluación de los pacientes en riesgo de ERC
 - 2.5.- Clasificación en estadios de ERC
3. PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN RIESGO DE ERC Y CON DIAGNOSTICO DE ERC
 - 3.1.- Marco conceptual
 - 3.2.- Principios orientadores.
 - 3.3.- Componentes operacionales centrales.
 - 3.4.- Modelo de salud renal componente guía de atención.
 - 3.5.- Modelo de salud renal componente programa de prevención y control de enfermedades renales.
4. TRATAMIENTO DE LA ERC POR ESTADIOS.
5. ANEXOS
 - 5.1.- Hoja de referencia / contrarreferencia

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

GLOSARIO

ARA II	Antagonistas de los receptores II de angiotensina.
ATP III	Tercer Reporte del Panel de Expertos sobre detección y evaluación de la Hipercolesterolemia en adultos (Adult Treatment Panel III)
Ccr	Aclaramiento de creatinina
CDC	Control Disease Center
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Electrocardiograma
ECV	Enfermedad Cardiovascular
ENT	Enfermedades no transmisibles
FR	Factores de riesgo
Hb A1c	Hemoglobina glicosilada
HDL – c	Lipoproteínas de alta densidad
HTA	Hipertensión arterial
IECA	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
IEC	Información Educación y Comunicación
IMC	Índice de Masa Corporal
JNC7	7mo Consenso de Hipertensión Arterial
LDL – c	Lipoproteínas de baja densidad
NKF	National Kidney Foundation
PI	Peso Ideal
VFG	Velocidad de Filtrado Glomerular.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES RENALES

Estrategia de Salud Cardiovascular, Cerebral, Renal y Endocrino-Metabólica.

2.- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

2.1.- Introducción

La insuficiencia renal crónica terminal fue recientemente catalogada como una epidemia a nivel mundial por la OMS, por su alto impacto sanitario, social y económico, siendo considerada como un problema de Salud Pública.

La visión epidemiológica de la enfermedad renal crónica ha cambiado notablemente, restringida inicialmente a una patología de baja incidencia en la actualidad afecta a un porcentaje significativo de la población debido fundamentalmente que sus principales causas residen en trastornos de alta prevalencia como la diabetes, hipertensión arterial, glomerulopatías y todavía persiste un 27 % de pacientes incorporados a diálisis sin causa etiológica establecida.

El diagnóstico temprano de la enfermedad renal resulta fundamental para la prevención de la pérdida de la función renal y de sus complicaciones cardiovasculares. El crecimiento acelerado de la población con insuficiencia renal crónica hace evidente la imperiosa necesidad de implementar un Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales, mejorando la calidad de vida de las personas afectadas y reduciendo los costos globales de las enfermedades crónicas prevalentes vinculadas a la enfermedad renal, fundamentalmente relacionados a los costos ocultos e indirectos, estrechamente asociados a la morbilidad secundaria a la falta de seguimiento sistematizado de estos pacientes y peor aun a su falta de diagnóstico precoz.

2.2.- Definiciones

¿Qué es la Enfermedad Renal Crónica?

La enfermedad renal crónica se define como: A) Daño renal por más de tres meses, confirmado por biopsia o por marcadores de daño renal con o sin una disminución en la tasa de filtración glomerular (GFR), o B): Una GFR menor a 60 ml/min/1.73m² por más de tres meses con o sin daño renal.

El daño renal se evalúa ya sea con biopsia o con marcadores; tales como proteinuria, sedimento urinario anormal, o anomalías en los estudios de imágenes.

¿Cómo se define la proteinuria?

Existen varias formas de definirla de acuerdo al método utilizado, pero se recomienda medir la relación proteinuria/ creatinuria o albuminuria / creatinuria, ambas en muestra aislada de orina para su evaluación.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

Figura 1 Definiciones de microalbuminuria y macroalbuminuria (proteinuria) según la excreción urinaria de albúmina

	Tipo de muestra (unidades)			
	Orina 24h (mg)	Orina minutada (µg/min)	Muestra aislada ajustada a la creatinina Cociente o índice albúmina/creatinina (mg/g o µg/mg)	Muestra aislada no ajustada a la creatinina (mg/l o µg/ml)
Normal	< 30	< 20	< 30 *	< 20
Microalbuminuria	30-299	20-199	30-299 *	20-199
Proteinuria	≥ 300	≥ 200	≥ 300	≥ 200

¿Porqué es importante la proteinuria?

La presencia de proteinuria no solo define la presencia de daño renal y por lo tanto ERC, sino que además tiene implicancias para el diagnóstico del tipo de enfermedad renal y se asocia con un peor pronóstico tanto para la progresión de la ERC como para el desarrollo de enfermedad CVC.

¿Por qué se elige una tasa de filtración glomerular < a 60 ml.min.1.73?

Se selecciona este valor, porque representa una reducción de la función renal cercana a la mitad del valor normal (125 ml/min.) en hombres y mujeres jóvenes, y porque este nivel se asocia con la aparición de las anomalías de laboratorio características de la insuficiencia renal, y al aumento sustancial del riesgo CVC.

¿Por qué se recomienda estimar la GFR a partir de la creatinina sérica utilizando fórmulas?

Se recomienda la estimación del filtrado mediante ecuaciones que parten de la creatinina y relacionan edad, sexo, raza y superficie o masa corporal, porque al estimar el filtrado son capaces de detectar anomalías que pasan habitualmente desapercibidas con la utilización solo de la creatinina y que sin embargo al ser detectadas, representan posibilidad de intervenir reduciendo la progresión, el riesgo CVC y previniendo las complicaciones. Se prefieren a la medición en orina de 24 hs, por las frecuentes dificultades y errores derivados de la recolección que esta tiene y del concepto de que el clearance medido en 24 hs, subestima la verdadera tasa de filtración (ya que no puede excluir la Cr. que es secretada en el túbulo), mientras que las fórmulas, han tenido mejor correlación con la GFR, habiéndose validado en distintas poblaciones y etiología de ERC. Para uso del médico en su consultorio se prefiere la fórmula de Cockcroft & Gault, que puede ser

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

calculada manualmente, además, ha demostrado aceptable correlación en diferentes estudios, salvo grupos especiales de pacientes que se describen más adelante.

Figura 2

Fórmulas para el cálculo de clearance de creatinina en adultos

<p><u>Cockroft & Gault</u></p> $\text{Clearance de Creatinina (ml/min)} = \frac{(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso (Kg)}}{72 \times \text{Creatinina (mg/dL)}} \times 0.85 \text{ si mujer}$
<p><u>MDRD Abreviada</u></p> $\text{GFR (ml/min/1.73m}^2\text{)} = 186 \times \text{Creatinina}^{-0.154} \times \text{Edad}^{-0.203} \times 0.742 \text{ si mujer} \times 1.210 \text{ si raza negra.}$

2.3.- Algoritmo de Ingreso y Seguimiento

2.3.1.- RECONOCER LAS PERSONAS CON RIESGO DE ERC:

Identificar precozmente pacientes con enfermedad renal o riesgo: las guías K/DOQI se focalizan primariamente en identificar factores de susceptibilidad y factores iniciadores.

2.3.1.1.- Factores de Susceptibilidad: aumentan las posibilidades de daño renal: ancianos, historia familiar de ERC, reducción en la masa renal, bajo peso al nacer, pertenencia a minorías étnicas o raciales y bajo nivel educativo y de ingresos.

2.3.1.2.- Factores Iniciadores: Diabetes. Hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, enfermedades sistémicas, antecedentes de insuficiencia renal aguda, infecciones urinarias, eritrocitosis, nefrolitiasis, obstrucciones del tracto urinario, toxicidad a drogas, nefropatías hereditarias.

2.4.- Evaluación de los pacientes en riesgo de ERC.

El médico de atención primaria debe realizar:

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

2.4.1.- Historia Clínica dirigida a detectar factores de susceptibilidad e iniciadores de ERC, síntomas y signos del examen físico relacionados a daño de órgano blanco, renal y extrarrenal., valoración de Tensión Arterial, peso, talla, IMC, cintura abdominal, etc.

2.4.2.- Solicitar exámenes complementarios:

2.4.2.1.- Análisis de sangre:

2.4.2.1.1.- Para diagnóstico de ERC: contar con creatinina, para estimar clearance por Fórmulas (principalmente MDRD y Cockcroft & Gault), la primera disponible en calculador on line en: www.kidney.org/professionals/tools/, ambas en www.fundacionvidasaludable.org, Cockcroft & Gault puede calcularse usando lápiz y papel o calculadora común (Ver Figura 2).

Tener en cuenta que existen pacientes cuyas características no los hacen aptos para la estimación por estas fórmulas. En ellos solicitar clearance de creatinina de 24 hs:

- Edades extremas.
- Desnutrición severa u obesidad (estamos validando la fórmula de Cockcroft –Gault ajustando el peso real a la masa ideal).
- Embarazo.
- Enfermedades del músculo esquelético.
- Paraplejía o cuadriplejía.
- Dieta vegetariana.
- Previo a trasplante renal.
- Anasarca.
- Amputados

2.4.2.1.2.- Evaluación de perfil lipídico: LDL, HDL, Colesterol Total, triglicéridos: (Revisar guías ATP III)

2.4.2.1.3.- En diabetes: glucemia de ayunas, Hemoglobina glicosilada., Curva de tolerancia oral (cuando sea necesario).

2.4.2.1.4.- Otros de utilidad: Laboratorio específico para determinar etiología: Inmunológico, serología viral, etc.

2.4.2.2.- Análisis de orina:

2.4.2.2.1.- Para diagnóstico de ERC (Daño renal): evaluación de proteinuria /albuminuria, en orina de 24 horas o muestra aislada de acuerdo a disponibilidad.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

2.4.2.2.2.- Otros de utilidad: sedimento urinario (células, cilindros, cristales, gérmenes,) y Creatinina, densidad pH, y otros marcadores de la cinta reactiva.

2.4.3.- Imágenes: ecografía renal, y otros estudios de imagen según etiología y comórbidas.

2.5.- CLASIFICACIÓN EN ESTADIOS DE ERC:

Una vez estimado el clearance a partir de la creatinina sérica y correlacionando el resultado con la presencia o ausencia de proteinuria (albuminuria) se constituyen los estadios de ERC.

Tabla 1

Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica Clasificación por estadios

Tasa de Filtrado (ml/min/1.73m ²)	Con Daño Renal		Sin Daño Renal	
	Con HTA	Sin HTA	Con HTA	Sin HTA
>90	1	1	Solo HTA	Normal
60 - 89	2	2	HTA y filtrado bajo	Filtrado bajo
30 - 59	3	3	3	3
15 - 29	4	4	4	4
<15 o diálisis	5	5	5	5

2.5.1.- Pacientes con Daño Renal:

Siempre que exista **daño renal** (proteinuria > 200mg/g de Cr o albuminuria > 30 mg/g de Cr.), cualquiera sea la velocidad de filtrado (clearance), estaremos hablando de Enfermedad Renal Crónica (ERC), siendo la severidad determinada fundamentalmente por este último.

A partir del estadio 3 (< 60 ml/min), hablamos de ERC sin importar si hay o no daño, aquí comienza el concepto de insuficiencia renal crónica, temprana en E3 y tardía o predialítica en E4.

El E5 se define por filtrado < a 15 ml/min) o por haber requerido diálisis.

La misma clasificación rige para pacientes trasplantados, identificándolos con la letra T.

2.5.2.- Pacientes sin Daño Renal:

Un paciente con filtrado normal >90ml/min, sin proteinuria o albuminuria, podrá ser considerado un paciente normal o en riesgo de acuerdo a la ausencia o presencia de este último.

Un paciente con VFG (entre 90 y 60 ml/min), sin proteinuria o albuminuria, es identificado como un paciente con riesgo de ERC por tener un filtrado bajo y deben extremarse medidas para que no la desarrolle.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

Partiendo de la creatinina se estima la tasa de filtración glomerular mediante fórmula, esto deriva en cinco posibles estadios: tabla 3 y figura 2.

3.- PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN RIESGO DE ERC Y CON DIAGNOSTICO DE ERC

3.1.- Marco conceptual

La variedad y complejidad de actores e intervenciones relacionadas con la Salud Renal en nuestra sociedad, hace necesario definir esquemas de organización de las prestaciones por niveles de complejidad, integrados y coordinados, para:

- Lograr accesibilidad de la población y disponibilidad de los servicios para prestar una atención apropiada.
- Lograr una provisión de servicios segura, con adecuada competencia técnica y profesional de quienes se vinculan a ella y aprovechando las capacidades de actuación de cada nivel.
- Lograr prestar servicios a todos los pacientes con ERC, reconociendo sus características individuales y garantizando sus derechos.
- Lograr operar bajo esquemas eficientes que supongan costos racionales para la sociedad.

El modelo de atención propone como elemento estratégico, la atención de la población, a través de “Programas de Atención”, coordinados por las Entidades responsables del aseguramiento o que operan como administradoras de planes de beneficios, para garantizar la adecuada, integral y oportuna atención de las personas en riesgo de ERC (diabéticos e hipertensos) o con ERC de acuerdo con sus necesidades.

La atención a través de programas permite una mayor estandarización de las intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamento o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de los avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de la competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, poder de seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la operación.

Los programas para la atención de las personas en riesgo de ERC (hipertensos y diabéticos) o con diagnóstico de ERC, se definen en dos niveles: uno de carácter administrativo y otro principalmente operativo.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

El primero, de carácter administrativo, se encuentra en cabeza de las aseguradoras o entidades responsables de la administración de planes de beneficios y que tiene bajo su responsabilidad:

- La generación de todas las condiciones para la atención de su población en todos los niveles de complejidad, lo que implica la contratación de red de prestación de servicios de acuerdo con el esquema de organización de la prestaciones y las disposiciones de atención a través de programa.
- La garantía de calidad en la atención del usuario en todos los niveles de complejidad del sistema y la evaluación permanente de la capacidad instalada en cada una de las instituciones que constituyen su red.
- La Implementación de mecanismos para la comunicación permanente y oportuna de los equipo de intervención en todos los niveles de atención.
- La implementación de mecanismos flexibles y oportunos para el desarrollo del proceso terapéutico definido, el suministro de medicamentos e insumos y el flujo de los recursos requeridos para la atención.
- La implementación de formas de relación usuario – programa con barreras mínimas.
- La incorporación de tecnología que haga posible el seguimiento de los esquemas de intervención y la búsqueda activa del usuario.
- La incorporación de nuevas tecnologías que hagan posible la interconsulta con expertos sin que se haga necesario el desplazamiento físico del usuario.
- La administración de la información del programa.
- La evaluación permanente de nueva tecnología que haga más eficiente y efectivo el proceso de atención de los pacientes en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC.

El segundo nivel, de orden operativo tiene bajo su responsabilidad:

- La atención directa de la población en riesgo de ERC (hipertensos y diabéticos) o con diagnóstico de ERC dentro de un esquema de programa y con el concurso de un equipo terapéutico interdisciplinario.
- La permanente comunicación para concertar todos los aspectos relativos a la atención de cada uno de los usuarios inscritos.
- La permanente comunicación e integración con los equipos terapéuticos, programas y recursos disponibles en otros niveles de atención para dar respuesta oportuna a la necesidades del usuario
- El mejoramiento permanente de sus procesos para garantizar el mayor ajuste posible a las mejores condiciones técnicas de atención.
- El seguimiento activo del proceso de atención del usuario y el desarrollo de acciones de búsqueda activa.
- La operación bajo esquemas de minimización de barreras para la atención.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

- La utilización apropiada de los recursos tecnológicos disponibles para establecer relaciones fluidas con otros niveles de atención.
- La calificación permanente del talento humano relacionado con la atención de los usuarios del programa.
- La administración de la información relativa a la operación del programa y los pacientes inscritos en el mismo.
- La actualización de la información de la administradora de planes de beneficios y la generación de los reportes requeridos.
- La presentación activa de sugerencias y opciones de mejoramiento que supongan una mejor atención de la población.

3.2.- Principios orientadores

3.2.1.- Garantía de derechos: el programa se organiza y desarrolla para que la población en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC pueda hacer un ejercicio pleno de sus derechos humanos y a la atención en salud con acceso preferente.

3.2.2.- Desarrollo del proceso de manejo en sociedad con el paciente: la persona en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC y los miembros del equipo terapéuticos establecen una relación de sociedad para el manejo de su problema de salud y por tanto ambos ponen a disposición del proceso todos sus recursos personales e institucionales para lograr el éxito.

3.2.3.- Educación y empoderamiento: el proceso de manejo de pacientes en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC incorpora acciones permanentes para mejorar la comprensión de la situación y el manejo autónomo de las diferentes circunstancias que se enfrentarán en el futuro, buscando con ello minimizar la dependencia y los procesos de exclusión social consecuentes. Incluye educación al grupo familiar.

3.2.4.- Enfocarse en las prioridades y necesidades de la persona afectada: El plan de manejo se define con la participación activa del paciente y el equipo terapéutico buscando dar respuesta a la necesidades del usuario, ofreciendo las más apropiadas alternativas de intervención y respetando sus decisiones.

3.2.5.- Seguimiento activo de los planes de manejo: el programa incluye como acciones centrales el monitoreo del proceso terapéutico del usuario y la búsqueda activa del mismo cuando se presenten incumplimientos o falta de respuesta por su parte.

3.3.- Componentes operacionales centrales

3.3.1.- Registro y sistema de información

3.3.1.1.- El programa supone la inscripción de todos los pacientes en riesgo de ERC (hipertensos y diabéticos, así como pacientes con diagnóstico de ERC estadios 1 y 2, al programa de hipertensión o diabetes respectivo (salvo otro origen), los pacientes con diagnóstico de ERC estadio 3 y 4 al programa de

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

hipertensión y diabetes respectivo y al programa de ERC, y los pacientes estadio 5 al programa de ERC, y en dicho proceso se deberá:

- i. Capturar los datos de identificación y localización de la persona.
- ii. Ofrecer la información completa sobre el programa, los principios que lo orientan, los beneficios que contempla y la forma de operación.
- iii. Entrega de carnet de identificación del programa
- iv. Pactar las intervenciones iniciales de evaluación y programarlas.

3.3.1.2.- Se deberá disponer de un sistema de información que permita:

- v. La administración de los datos del usuario
- vi. La administración de los datos del plan de manejo
- vii. Las actualizaciones que resulten del desarrollo del plan mencionado.
- viii. La generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica del programa.
- ix. El seguimiento del proceso de atención del usuario y la generación de alertas por incumplimiento o no adherencia.

3.3.2.- Equipo interdisciplinario

3.3.2.1.- El manejo del paciente en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC supone la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición y trabajo social. Podrán vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución.

3.3.2.2.- El profesional de medicina se reconocerá como Médico/a encargado, responsable de liderar el manejo clínico del usuario y favorecer la articulación con otras intervenciones.

3.3.2.3.- El profesional de enfermería dará soporte en las labores de administración y articulación de intervenciones, búsqueda activa de usuarios ante problemas de cumplimiento, coordinación de suministro de medicamentos y entrega de órdenes de laboratorio de control, administración de información y documentación requerida por el usuario, es el punto de contacto permanente entre el usuario y el programa.

3.3.2.4.- El profesional de psicología, dará soporte a las intervenciones del equipo en la esfera emocional y psicosocial, en lo relativo a la reducción de estrés y la ansiedad, la planificación de la reducción del riesgo, el desarrollo de capacidad para aceptar el estado MÓRBIDO y adherencia a la terapia, sus relaciones con la comunidad, la familia y los otros y continuar su vida personal y familiar, controlando la enfermedad. Incluye terapia de grupos.

3.3.2.5.- El profesional en nutrición, dará soporte en evaluación nutricional, recomendaciones dietéticas, y otros temas relacionados con higiene en la preparación de alimentos y ajustes en la alimentación.

3.3.2.6.- El profesional de trabajo social soportará todos los asuntos relativos al apoyo social y familiar, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, apoyo espiritual, información sobre asociaciones de pacientes y asesoramiento legal.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

3.3.2.7.- El trabajo de los miembros del equipo supone la integración efectiva para potenciar los esfuerzos desarrollados en cada campo, implica la reunión conjunta con el usuario, la discusión abierta de alternativas, la comunicación permanente en el curso de las acciones, la disposición al ajuste cuando sea requerido y la toma de decisiones conjuntas. Mecanismos de relación basados sólo en la disposición de información no son suficientes.

3.3.2.8.- Las acciones de educación de la persona en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC, la familia y los cuidadores serán realizadas por todo el equipo terapéutico de acuerdo con su área de competencia y serán transversales a todo el proceso de manejo.

3.3.3.- Red de laboratorios con garantía de calidad

3.3.3.1.- Capacidad de laboratorio para detección y diagnóstico

3.3.3.2.- Capacidad de laboratorio para identificar indicadores de progresión del daño renal.

3.3.3.3.- Capacidad para evaluar el nivel de calidad de los resultados de laboratorio.

3.3.3.4.- Estandarización prueba de microalbuminuria

3.3.3.5.- Información fluida entre laboratorios y equipos terapéuticos.

3.3.3.6.- Relación fluida entre laboratorios de diferentes niveles de complejidad.

3.3.3.7.- Sistemas de logística para la fácil entrega de órdenes de exámenes de control.

3.3.4.- Sistema de administración de terapia antihipertensiva, de control de la glucemia y nefroprotectora

3.3.4.1.- Sistema de apoyo para asegurar la adherencia al tratamiento con medicamentos antihipertensivos, de control de la glucemia y nefroprotectores.

3.3.4.2.- Sistema de logística para asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos antihipertensivos, de control de la glucemia y nefroprotectores.

3.3.4.3.- Educación médica continuada para administrar los esquemas de combinación de medicamentos adecuados.

3.3.4.4.- Capacidad de laboratorio para vigilar el efecto de las terapias recomendadas.

3.3.4.5.- Mecanismos para evaluar la adherencia al tratamiento.

3.3.4.6.- Manejo de disfunciones metabólicas derivadas de la terapia.

3.3.5.- Comunicaciones entre niveles de complejidad en el programa

3.3.5.1.- Conocimiento de capacidad instalada en todos los niveles en una entidad territorial determinada para la atención del paciente en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC.

3.3.5.2.- Desarrollo de capacidad de detección y acompañamiento del proceso terapéutico en primer nivel de complejidad

3.3.5.3.- Operación del programa en segundo y tercer nivel de complejidad.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

3.3.5.4.- Mecanismos de consulta y asesoría rápida y oportuna entre médicos generales y encargados y entre estos y expertos para la toma de decisiones sobre el manejo del paciente.

3.3.5.5.- Definición de los planes de manejo de acuerdo con las facilidades de acceso de la población a segundo nivel de complejidad.

3.3.5.6.- Apoyo en primer nivel de complejidad cuando existen barreras geográficas de acceso del usuario al programa en segundo nivel.

3.3.5.7.- Suministro de información al primer nivel sobre esquema terapéutico en procedimientos a realizar.

3.3.5.8.- Suministro de informes de evolución al programa para ajuste del plan de manejo.

3.3.6.- Sistema de referencia y contrarreferencia

3.3.6.1.- Sistemas de información y logística apropiados para la referencia y contrarreferencia de usuarios a intervenciones de otros niveles de complejidad.

3.3.6.2.- Control y seguimiento de las intervenciones requerida en otros niveles de complejidad.

3.3.6.3.- Incorporación de telemedicina para la atención de pacientes en otros niveles de complejidad.

3.3.7.- Programa de aseguramiento de la calidad

3.3.7.1.- Sistemas de monitoreo y evaluación de la calidad del proceso de atención en relación con recursos humano, infraestructura física, gestión de insumos, materiales y medicamentos, documentación y manejo de información, procedimientos de atención, procedimientos administrativos, interrelación con otros servicios, referencia y contrarreferencia, entre otros.

3.3.7.2.- Definición de planes de mejoramiento de la atención y monitoreo de las acciones de cumplimiento.

3.3.7.3.- Promoción de lecciones aprendidas y mejores prácticas de intervención.

3.3.8.- Entrega únicamente de programa a programa de acuerdo con las garantías legales.

3.3.8.1.- Implementación de ficha única de información para entrega de pacientes con ERC entre programas.

3.3.8.2.- Comunicación entre administradores de planes de beneficios y programas para paso oportuno e informado de un paciente con ERC de un programa a otro.

3.3.8.3.- Mecanismos de control de la continuidad de la atención durante el proceso de traslado.

3.3.8.4.- Información al usuario sobre sus derechos en el cambio de programa y los mecanismos de aseguramiento disponibles para tal fin.

3.4.- Modelo de salud renal. Componente guías de atención.

El modelo de Salud Renal posee un conjunto de intervenciones para a) prevenir la aparición de la enfermedad renal mediante el tratamiento adecuado de las principales patologías que la originan y mediante la educación sobre el riesgo de enfermedad renal; b) ofrecer a los grupos de mayor riesgo los métodos diagnósticos adecuados para la detección oportuna de la enfermedad y c) brindar a los pacientes con

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

diagnostico de ERC el tratamiento integral que permita frenar la progresión de la ERC hacia la fase de sustitución renal, con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas, de tal modo que puedan mantener una vida digna, activa, integrada y con garantía de derechos d) dar cobertura integral al paciente con fallo renal permanente mediante tratamientos de diálisis y/o trasplante.

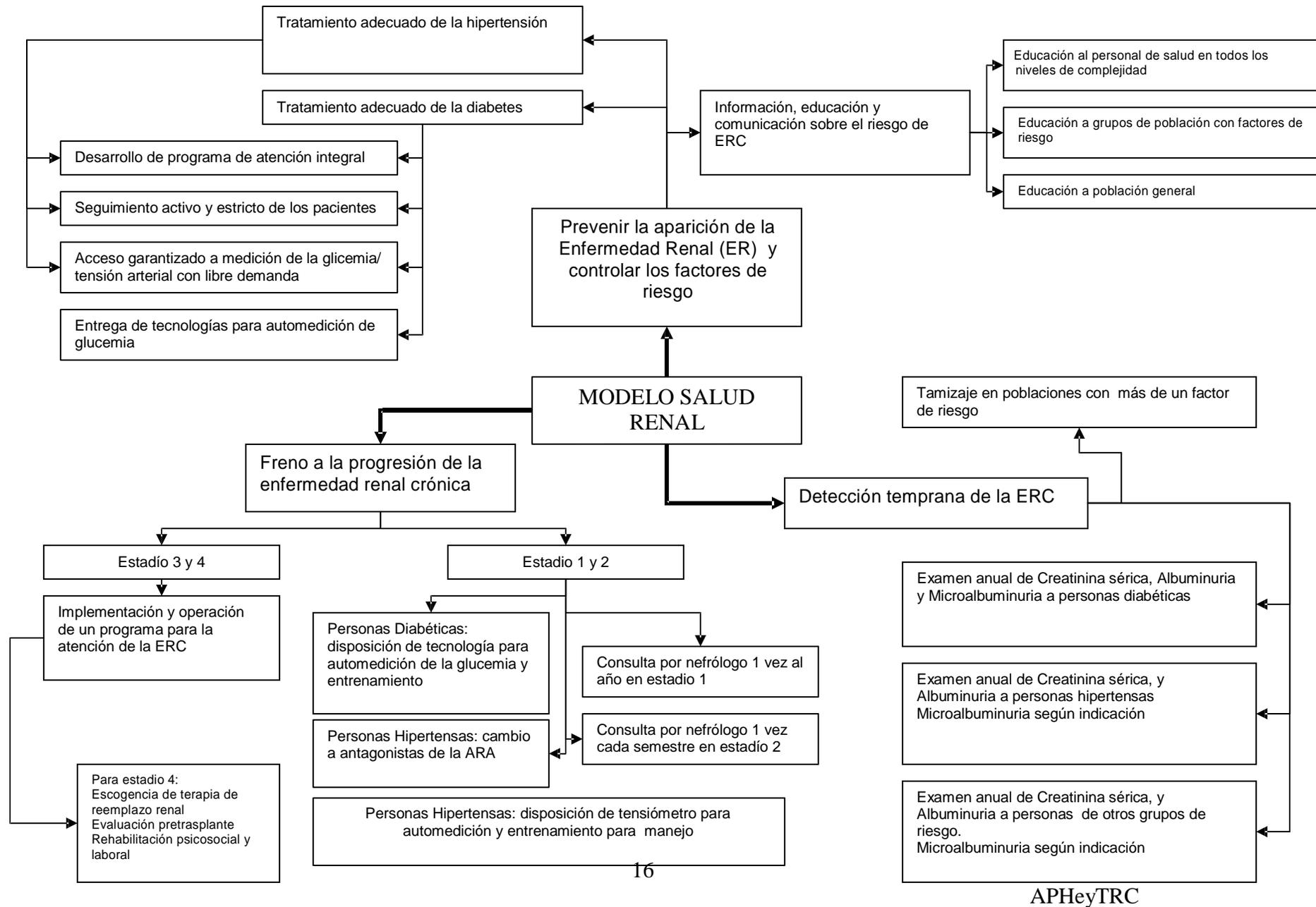
Es así como el modelo incluye una amplia gama de intervenciones y componentes que garanticen: a) Una estrategia de Fondo de Recursos, b) Redes prestacionales, c) fortalecimiento de los programas de trasplante, d) el Programa de Salud Renal, bajo la conceptualización de "Control" que incluye: - la promoción de la salud renal a través de la educación sobre el riesgo, la vulnerabilidad y los comportamientos protectores, los elementos y principios imprescindibles para la atención de las principales patologías causantes de la Enfermedad renal, los métodos para la detección temprana, la definición de esquemas terapéuticos en los ámbitos clínicos, emocionales, nutricionales y sociales y su consecuente desarrollo, el seguimiento activo de la persona, el apoyo social y la rehabilitación integral cuando es requerida, además de las acciones asociadas al proceso de desarrollo social, el fortalecimiento y disponibilidad de la investigación y sus resultados y la docencia en todos los niveles técnicos y en la población general y en la formación de los recursos humanos.

Este amplio espectro de intervenciones exige el involucramiento de todos los actores, ya sea los vinculados a las estructuras formales de los sistemas de atención en salud, que facilitan la protección, cuidado y recuperación de la salud; de los de la sociedad, que tienen impacto sobre los procesos de socialización primaria y secundaria de la persona; y finalmente, de cada persona, que pone permanentemente en juego sus recursos individuales en la protección de su vida durante el ciclo vital, favoreciendo los mecanismos de autocuidado. Es fundamental el aporte e involucramiento como política de Estado de los Organismos Normatizadores y Reguladores de Salud, para el diseño de las políticas sanitarias que garanticen el acceso al cuidado de la salud, del conjunto poblacional.

Las metas principales del Modelo serán:

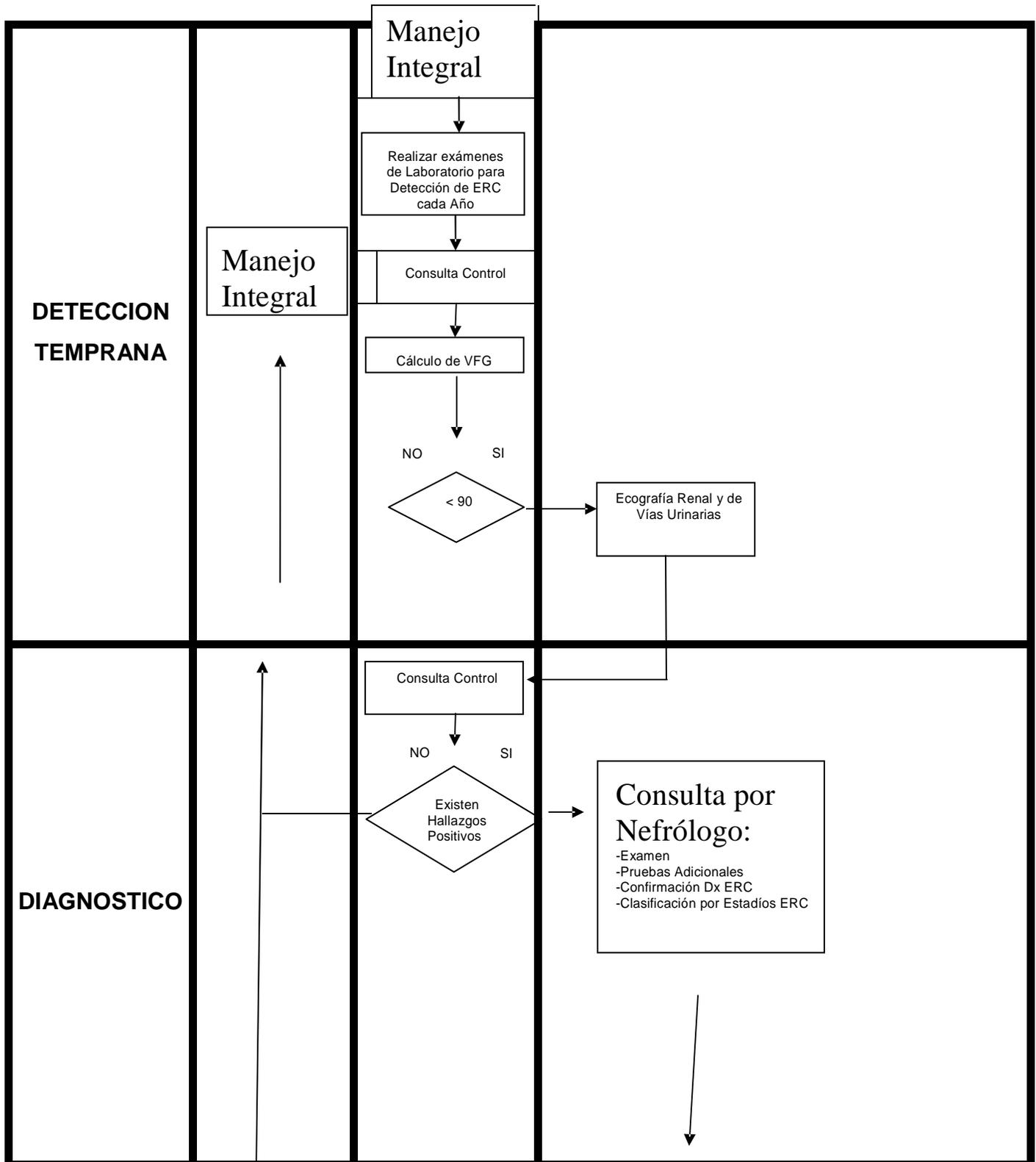
- Prevenir la aparición de la enfermedad renal y controlar los factores de riesgo
- Detección temprana de la enfermedad renal
- Freno de la progresión de enfermedad renal, logrando y midiendo la Regresión y Remisión.

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

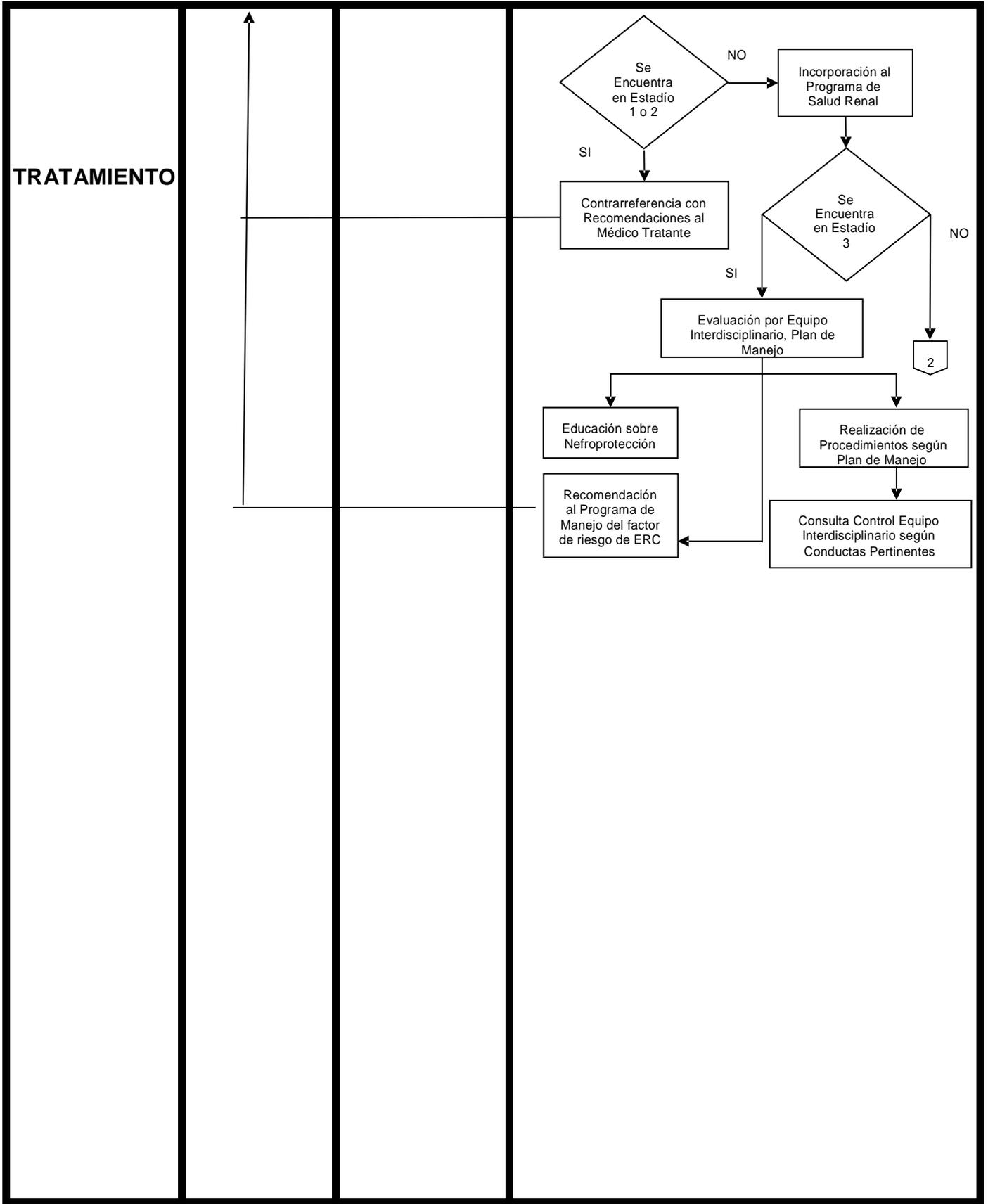


Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

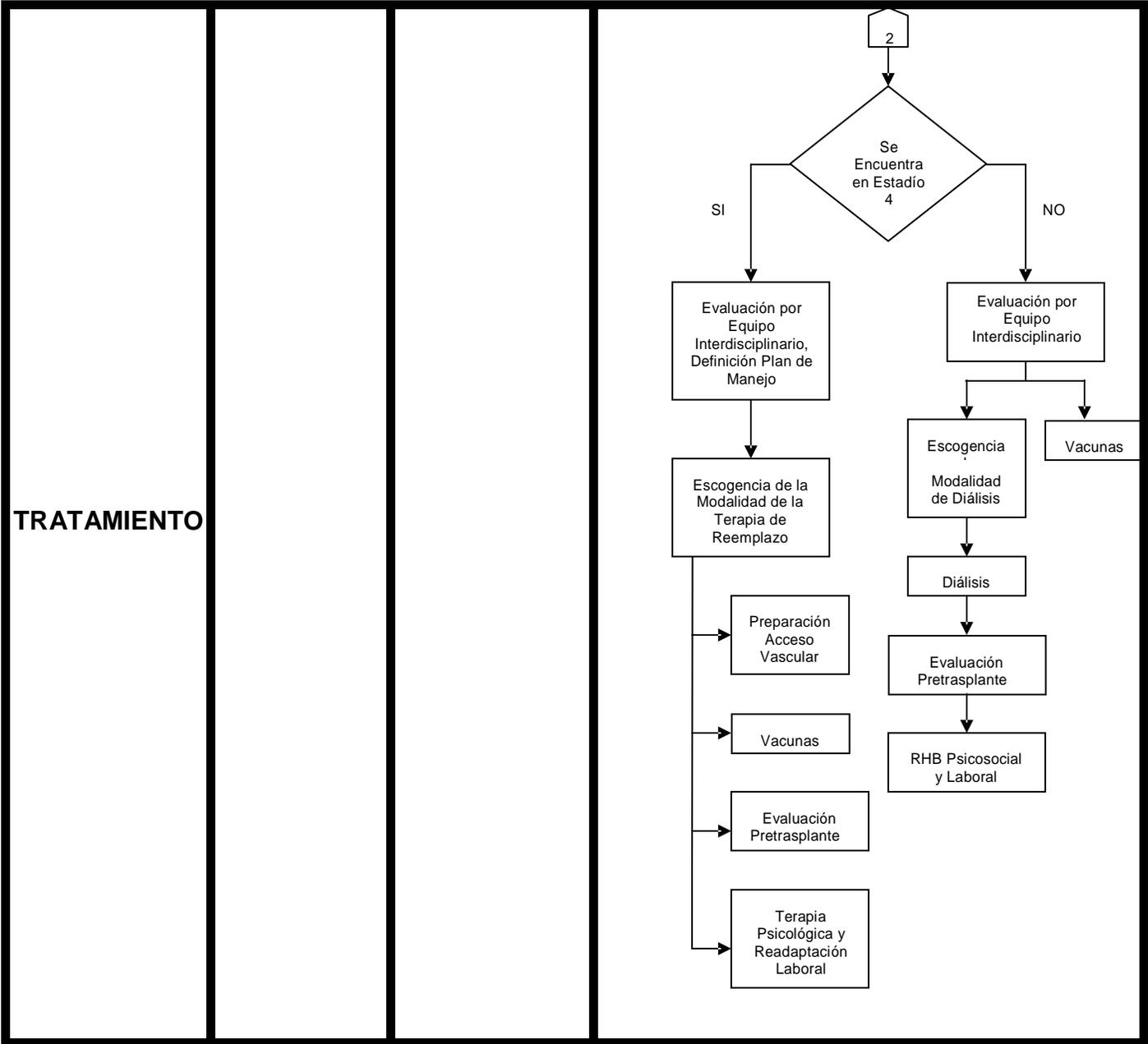
3.5.- MODELO DE SALUD RENAL. Componente Programa de Salud Renal Modelo de Atención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)



Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención



Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención



Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

4.- TRATAMIENTO DE LA ERC POR ESTADIOS.

A cada estadio le corresponden medidas específicas a ser llevadas a cabo por el médico de atención primaria y los especialistas (Medicina Interna, nefrólogo, cardiólogo, etc.)

Figura 4

Resumen del tratamiento de la ERC por estadios

Estadio	Descripción	Filtrado (ml/min/1.73m ²)	Acción
1	Daño renal con GFR normal o alto	≥90	Diagnóstico y tratamiento, tratamiento de las comórbidas, disminuir la progresión, reducción del riesgo cardiovascular
2	Daño renal con leve descenso de GFR	60 - 89	Estimar y disminuir la progresión.
3	Caída Moderada de GFR	30 - 59	Evaluar y tratar las complicaciones
4	Caída Severa de GFR	15 - 29	Preparar para tratamiento de reemplazo o trasplante
5	Falla Renal	<15 o diálisis	Terapia de reemplazo

4.1.- Para los **estadios 3 (60-30), 4 (VFG < 30 ml/min/1.73m² y 5 (GFR: <15 ml/min/1.73m²)**: dado lo avanzado del problema se derivará directamente al **nefrólogo**, aunque no se hayan cumplido los criterios de temporalidad (3 meses) o no se disponga todavía de la valoración de daño con proteinuria. Dichas evaluaciones se completarán luego de la referencia nefrológica. En los estadios 3 y E4 el médico nefrólogo funcionará como **contrarreferente**, transformándose en médico responsable (**referente**) en E5.

4.2.- Para los estadios previos (E1 y E2), se esperará el resultado de la proteinuria (albuminuria), medida en muestra aislada de primera orina de la mañana como relación proteína/creatinina o albúmina/creatinina:

4.2.1.- Si NO tiene daño renal (definida como albuminuria > de 30 mg/g de creatinuria), se **reevaluará al paciente anualmente** (paciente en riesgo para ERC con filtrado normal (E I), o disminuido (E II)).

4.2.2.- Si tiene daño renal: definido como albuminuria > de 30 mg/g pero < a 300 mg/g, (**microalbuminuria**), se debe confirmar la microalbuminuria en 2 semanas, si esta es nuevamente positiva (microalbuminuria persistente), se derivará al Nefrólogo para ser ingresado a la planilla de seguimiento y, deberá confirmarse el criterio de temporalidad de ERC, repitiendo clearance y proteinuria a los 3 meses,

Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

volviendo el paciente al médico de cabecera con hoja de contrarreferencia nefrológica. Si la orina de las 2 semanas no contiene proteínas, podría tratarse de un falso positivo o una proteinuria transitoria, por lo que el médico de cabecera reevaluará con clearance por fórmula y proteinuria (Rel. alb/ cr en muestra aislada) a los 3 meses:

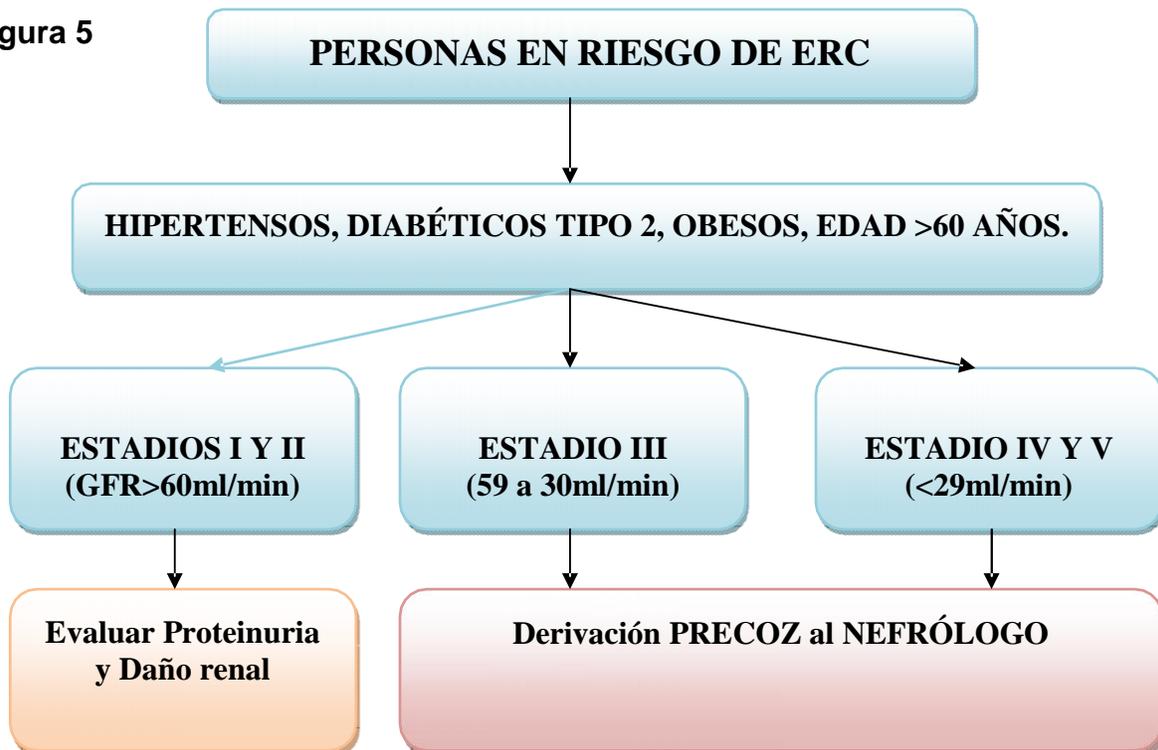
4.2.2.1.- Si éste fuera positivo se deriva a nefrólogo para inclusión y evaluación (referencia – contrarreferencia).

4.2.2.2.- Si no se confirma proteinuria, se considera al paciente sin ERC, pero aun en riesgo, debiendo corregirse los factores modificables y reevaluar clearance por fórmula y proteinuria (Rel. alb/cr en muestra aislada) anualmente.

4.2.3.- **Si tiene daño renal como macroalbuminuria (> 300mg /gr)**, se deriva al Nefrólogo para ser ingresado a la planilla de seguimiento y, deberá confirmarse el criterio de temporalidad de ERC, repitiendo clearance y proteinuria a los 3 meses, volviendo el paciente al médico de cabecera con hoja de contrarreferencia nefrológica.

Para las derivaciones al nefrólogo se utilizarán las fichas confeccionadas a tal fin (ver anexo 1), dicha ficha cuenta con los números telefónicos de la Asociación de Prestadores Privados de Hemodiálisis y Trasplante renal de Mendoza, la cual derivará al paciente al centro nefrológico acorde a su ubicación geográfica, quedando un registro en libro foliado en dicha asociación, lo que permite un sistema de auditoría por personal de la Fundación Vida Saludable, fortaleciendo el seguimiento de los pacientes.

Figura 5



Instructivo para Médicos de Primer Nivel de Atención

5.- ANEXO

SISTEMA INFORMATICO

5.1.- PLANILLA DE REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA

**Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales
Estrategia de Salud Cardiovascular, Cerebral Renal y Endócrino Metabólica (CaCeREM)
Planilla de Referencia – Contrarreferencia**

Fecha		Lugar de Atención:			
Apellido y Nombre:			N° Afiliado:		
Edad	Sexo:				
Antecedentes patológicos:		HTA	Diabetes tipo 1	Diabetes tipo 2	
Obesidad	Tabaquismo	Dislipidemia	ACV	IAM	Amputación
Examen Físico		TA:/.....mmHg	Circunferencia Abdominal (cm):		
Peso (Kg)	Talla (cm):	IMC (Kg/m ²):	Otro:		
Laboratorio último:		Hematocrito:	Glucemia:	HbA1c:	
Colesterol Total:		HDL:	LDL	Triglicéridos	
Derivado por:	Velocidad de Filtrado Glomerular / Clearance <60 ml/min/1.73m²				
	Valor Obtenido:	MDRD:	CICr24hs:		
	Cockcroft & Gault				
	Daño Renal: Proteinuria y/o Albuminuria				
	Método de Detección:				
Valor Hallado:					
Medicación:	Droga:		Dosis:		
	Droga:		Dosis:		
	Droga:		Dosis:		
	Droga:		Dosis:		
Comentario:					
Médico referente:				Tel:	
e-mail:					

Médico contra referente:		Centro de Nefrología:	
e-mail:	Teléfono:		
Recomendaciones			
Dieta:			
Ejercicio:			
Manejo HTA	Objetivo: _____/____ mmHg	Manejo Diabetes	Objetivo HbA1c:
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Manejo Dislipidemia	LDL:_____ TG:_____	Manejo Obesidad	Objetivo Peso:
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Manejo Anemia	Hb:_____	Estado ácido base	Objetivo pH:_____ HCO ₃ ⁻ :_____
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Drogas:	Dosis:	Drogas:	Dosis:
Comentarios:		Mtb fosfocálcico	Ca ⁺⁺ :____ PO ₃ ⁻ :____ PTH:____
		Drogas:	Dosis:
		Drogas:	Dosis:

Firma:.....