Aten Primaria. 2014;46(9):453–454

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

EDITORIAL semFYC

Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica: una oportunidad de coordinación

Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease: Coordination opportunity

La organización de nuestro sistema sanitario asiste a la necesidad de un reenfoque en la forma en que presta los cuidados buscando una mayor efectividad en los resultados, y optimizando el uso de recursos en un marco de ajuste presupuestario a nivel nacional que obliga a situar el lugar de asistencia del paciente en el ámbito que le corresponde, y a buscar un esfuerzo en la coordinación de actuaciones de los diferentes profesionales sanitarios que lo atienden.

De forma paralela las estrategias de cronicidad, implantadas o en desarrollo en diferentes comunidades autónomas, vienen a dar respuesta a este planteamiento, centradas en la atención al paciente crónico complejo con multimorbilidad. El estímulo de las actuaciones de coordinación que aseguren la continuidad de la atención y caminen hacia la atención integral del paciente supone la vertebración de estos programas. Estas actuaciones, desde algunas perspectivas, puede parecer que «inventan» formas nuevas de hacer las cosas, cuando en realidad de lo que se trata es de cambiar el enfoque del «cómo» hacer buscando la sinergia de acciones y resultados en salud y aprovechando la actividad que de forma habitual se realizan en los 2 niveles asistenciales: la atención primaria y la atención hospitalaria.

En este escenario, el diseño de protocolos de atención multidisciplinares en el abordaje de patologías crónicas supone avanzar en esta visión de la prestación de servicios. Si estos protocolos además son compartidos y pactados por todos aquellos que han de ponerlos en marcha, las probabilidades de éxito aumentan.

Se publica ahora el *Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica* promovido por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Española de Diabetes, Sociedad Española de Hipertensión, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, y Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Este consenso plasma el compromiso de atención para un grupo de pacientes, identifica las actuaciones a realizar para optimizar la atención y el seguimiento, y sitúa cada una de ellas en el ámbito en que deben realizarse. Este documento se basa en la evidencia disponible y establece por consenso las pautas de actuación, reforzando la estrategia de coordinación entre niveles y profesionales implicados.

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema emergente en todo el mundo, asociado a una mortalidad prematura (especialmente de origen cardiovascular) con importantes implicaciones sociales y económicas. La ERC es un término que aglutina un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión. En el año 2002, la publicación de las guías Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) por parte de la National Kidney Foundation sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC supuso un paso importante en el reconocimiento de su importancia, promoviéndose por primera vez una clasificación basada en estadios de severidad, definidos por el filtrado glomerular además del diagnóstico clínico. Todas las guías posteriores han confirmado la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico) como la presencia durante al menos 3 m de: filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m^2 o lesión renal (definida por la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del filtrado glomerular). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en

http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.001
0212-6567/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular, o a través de técnicas de imagen.

En España, según los resultados del estudio Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España (EPIRCE) diseñado para conocer la prevalencia de la ERC en nuestro país y promovido por la Sociedad Española de Nefrología con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo, se estimó que aproximadamente el 10% de la población adulta sufría de algún grado de ERC, siendo del 6,8% para los estadios 3-5, aunque existían diferencias importantes con la edad (un 3,3% entre 40-64 años y un 21,4% para mayores de 64 años). Se trata de una enfermedad generalmente de fácil reconocimiento (aunque el diagnóstico clínico de la causa o la alteración intrínseca patológica muchas veces no está claramente establecido) y para la que existen algunos tratamientos que pueden prevenir el desarrollo y enlentecer su progresión a estadios terminales. Asimismo es posible detectar y reducir las complicaciones sistémicas secundarias (anemia, hiperparatiroidismo secundario, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal aguda, infecciones, deterioro físico y cognitivo, etc.). Sin embargo, la situación en nuestro país está lejos de ser idónea. Las pruebas de detección de la ERC son sencillas y de bajo coste, pero todavía cerca del 25% de los centros de salud no reciben las cifras de filtrado glomerular en su analítica habitual, casi un 10% de los mismos no pueden solicitar la cuantificación de excreción urinaria de albúmina en una muestra de orina o, lo que es más grave, 8 de cada 10 centros (81,2%) tienen limitaciones para solicitar una ecografía abdominal para descartar una uropatía obstructiva. Y a pesar de todo, creemos que se ha incrementado notablemente el diagnóstico y la detección precoz, así como el grado de conocimiento y coordinación transversal interespecialidades y entre distintos niveles asistenciales. Pero es necesario hacer un esfuerzo importante desde la administración sanitaria para reorientar la atención a estos pacientes hacia la atención primaria, pasando de pacientes que eran valorados habitualmente en el ámbito hospitalario, a pacientes que sean atendidos de forma longitudinal por el primer nivel de asistencia con intervención de otros profesionales según la evolución o en situaciones de descompensación.

Consenso sobre la atención a la enfermedad renal crónica

El documento publicado desglosa en una serie de capítulos los factores de riesgo de la enfermedad, el cribado y diagnóstico, los predictores de progresión, el seguimiento del paciente y actitudes, la prevención de nefrotoxicidad, la detección de lesión orgánica cardiovascular y el tratamiento (manejo de la hiperglucemia, anemia, dislipidemia, hiperuricemia, antiagregación, alteraciones del metabolismo óseo mineral, y detección y tratamiento de la acidosis). También insta a los distintos sistemas de salud a la protocolización para el seguimiento común de los pacientes entre atención primaria y nefrología con unos objetivos a cumplir según el estadio de progresión de enfermedad (estadio ERC y presencia de albuminuria), y define los objetivos y funciones por especialidad en el seguimiento del paciente.

Finalmente, el objetivo a medio plazo de la publicación de este documento es la búsqueda de un modelo de atención integral para los pacientes con ERC que incluya la comprensión de su modelo conceptual, de sus criterios diagnósticos y clasificación en estadios, la identificación de los factores pronósticos, el establecimiento de directrices que mejoren el flujo, y la instauración de criterios claros de derivación con la participación en la atención de diferentes profesionales con pactos claros de responsabilidades.

Conseguir este objetivo supone tener como mimbres la excelente y operativa coordinación entre profesionales, y cumplir la definición de continuidad asistencial propuesta por Reid et al., que hablan del grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Porque al final el foco debe ser este, cómo atendemos a nuestros pacientes y cómo perciben ellos las actuaciones. Este aspecto, la percepción del paciente, deberá ser el siguiente reto a asumir en la medición de resultados en la implantación del documento.

Bibliografía recomendada

1. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39 2 Suppl 1:S1–266.
2. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. Lancet. 2012;379:165–80.
3. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int. 2013;3 Suppl:1–308.
4. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, Garcia F. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. Nefrologia. 2010;30:78–86.
5. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

Marta Sánchez-Celaya del Pozo[a] y Salvador Tranche Iparraguirre[b,*]

[a] *Medicina de Familia, Dirección de Continuidad Asistencial, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España*

[b] *Medico de Familia, Centro de Salud El Cristo, Oviedo, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), España*

[*] Autor para correspondencia.
Correo electrónico: stranchei@gmail.com
(S. Tranche Iparraguirre).