

PROGRAMA DE SALUD RENAL DE URUGUAY

2004- 2014. 10 años de Experiencia

En el presente documento la Comisión Asesora en Salud Renal (CASR) recoge, no ya desde el punto de vista teórico, sino a la luz de 10 años de experiencia práctica, los aspectos considerados fundamentales para la concreción y desarrollo del PSR en Uruguay

ANTECEDENTES

El PSR cuenta entre sus antecedentes el Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG) que fue oficializado por el Ministerio de Salud Pública en febrero del año 2000 y otorgó competencia al Centro de Nefrología de la Facultad de Medicina para llevar adelante el programa. Posteriormente, en mayo del año 2000, estableció la obligatoriedad de la denuncia de todos los pacientes con diagnóstico Clínico de Glomerulopatía y de su Evolución Clínica. La Comisión Administradora del FNR en el mes de agosto de 2001, resolvió patrocinar el PPTG y participar en la recolección de datos.

A instancias del PPTG en abril de 2004 se desarrolló en la sala de sesiones del MSP, el Taller “Hacia un Modelo Sostenible y Sustentable de Salud Renal”. En esa oportunidad se firmó el Pronunciamiento de Montevideo, donde se expresó la necesidad de oficializar el Programa de Prevención de las Enfermedades Renales, la creación del registro de Insuficiencia Renal Crónica y la obligatoriedad de denuncia de todos los pacientes que presenten mas de 2 mg% de creatinina plasmática.

El Programa de Salud Renal de Uruguay (PSR) comenzó su actividad asistencial el 1 de octubre de 2004 antes de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. En estos 10 años, ha logrado un importante desarrollo y extensión. El equipo multidisciplinario asistencial coordinado por el nefrólogo ha ido modificando el mismo, por el cambio de sistema de salud y por las enseñanzas y experiencias adquiridas. Por este motivo, la Comisión Asesora en Salud Renal (CASR) ha escrito este nuevo documento.

CREACIÓN

El PSR fue concebido y diseñado por la Sociedad Uruguaya de Nefrología (SUN) y la Cátedra de Nefrología (CdeN) que aportaron las bases del conocimiento en Salud Renal. El Fondo Nacional de Recursos (FNR) lo hizo propio desde el inicio, aportando recursos e infraestructura para su sustentabilidad y desarrollo y convocó a la CASR como su organismo conductor. Comenzó como un Programa Piloto en el sector público (ASSE) de Montevideo. Las primeras policlínicas

comenzaron a nivel de ASSE en la zona oeste de Montevideo y actualmente el 40% de los pacientes son de ASSE. El MSP ha dado su apoyo institucional a todas las actividades y medidas promovidas desde el PSR. Sucesivamente se ha incorporado el sector privado tanto en Montevideo como en el Interior.

PROPOSITO

Mejorar las condiciones de salud de los pacientes con ERC

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un Programa de Mejora de la Calidad Asistencial de Pacientes con ERC etapas I a V para su integración en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Descentralizar los cuidados de salud renal para una fácil integración con el Primer Nivel de Atención
2. Enlentecer la progresión de la ERC de forma de disminuir la incidencia de Insuficiencia Renal Extrema (IRE)
3. Disminuir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la ERC
4. Implementar un sistema que facilite la continuidad asistencial y minimice la pérdida de seguimiento de estos pacientes
5. Implementar un registro de los pacientes portadores de ERC
6. Difundir pautas de promoción de salud y de diagnóstico temprano de la ERC

POBLACION OBJETIVO

Se incluye a toda la población de Uruguay que cumpla con el diagnóstico de ERC por persistencia más allá de 3 meses de daño renal manifestado por proteinuria mayor a 0,3 g/día (o índice albuminuria/creatininuria mayor de 30 mg/g en diabéticos) y/o filtrado glomerular menor de 60 ml/min.

ESTRATEGIA DE DESARROLLO Y SUSTENTABILIDAD.

A continuación se refieren los aspectos fundamentales de la estrategia utilizada.

- a) Es un programa ideado y conducido por nefrólogos desde su creación. Con tal fin se conformó la **CASR representativa de los diferentes ámbitos de la nefrología nacional**. La CASR fue convocada por el FNR y está integrada por representantes de la SUN, la Cátedra de Nefrología, el FNR, del sector público (ASSE) y del sector privado (FEMI), y además representantes del MSP y dos nefrólogos fundadores, ex - profesores de facultad y reconocimiento entre sus pares (Dres. Nelson Mazzuchi y Emma Schwedt). Esta CASR de 8 miembros nefrólogos se reúne semanalmente y le compete todo lo inherente a la conducción y desarrollo del PSR.
- b) Es un objetivo estratégico que **la comunidad nefrológica sienta el PSR como propio** y para ello es una preocupación permanente generar vías de participación: confección de Guías Clínicas, realización de Trabajos Científicos, Análisis de resultados, evaluación y devolución de Indicadores.
- c) Inicio del PSR: **Programa Piloto de Salud Renal**. El PSR se inició bajo la forma de un Programa Piloto a través de un Nefrólogo y una Licenciada en Trabajo Social cuyos honorarios fueron financiados por el FNR. El nefrólogo tuvo un cargo mixto: asistencial y de gestión y se integró desde el inicio a la CASR. El Programa Piloto aplica todas las líneas de desarrollo y de mejora surgidas en la CASR lo cual permite valorar su factibilidad. Además actúa como testigo a la hora de valorar resultados. El Programa Piloto se aplicó en el sector de asistencia pública, en el primer nivel de atención, contando como referencia un hospital de tercer nivel de atención para derivar pacientes con enfermedad avanzada (etapa IV-V) o para su estudio. Con estas características perdura hasta hoy. El sector público no contaba antes del 2004 con asistencia nefrológica descentralizada.
- d) **Grupos de Salud Renal**. Son las unidades asistenciales del PSR. Existe un grupo por región o por institución. Pueden actuar en el ámbito público o privado e incluso conjuntamente. Está integrado por uno o varios nefrólogos. Uno de ellos es el responsable ante el FNR. Los nefrólogos llevan adelante la tarea asistencial generalmente en forma descentralizada territorialmente. En estos equipos además participan otros miembros (que no son necesariamente exclusivos del PSR) como Licenciada en nutrición, licenciada en enfermería y auxiliar de enfermería y Licenciada en trabajo social. La institución debe garantizar fluidez en el acceso al nefrólogo y a la Licenciada en nutrición. La licenciada en enfermera cumple un rol especial realizando la consulta de enfermería y la educación y citación de pacientes. Un miembro del equipo o una administrativa se debe encargar del ingreso de datos online al registro de ERC.
- e) **Captación precoz de pacientes**. Los criterios de ingreso al PSR son: Filtrado Glomerular (FG) estimado por CKD-EPI < 60 ml/min o proteinuria > 0.3 g/d o albuminuria > 30 mg/d (esta última solo para pacientes diabéticos). Estas alteraciones deben ser

persistentes más de tres meses. Es fundamental la captación precoz (estadios I-II y III de ERC= $FG > 30$ ml/min). Diferentes vías se han diseñado para ello: a) Educación a médicos y especialistas para reconocimiento y derivación temprana al nefrólogo. b) Screening de ERC a través del Carné de Salud (chequeo médico obligatorio para trabajadores y deportistas en Uruguay). Mediante esta vía se logró estudiar una población más joven. Por iniciativa de la CASR, en el año 2009, se promovió y se obtuvo la realización de un Decreto Presidencial que declaró obligatorio la determinación de Creatinina sérica a personas con diabetes o hipertensión arterial en el Carné de Salud. c) También se estimula a los laboratorios de análisis clínico a informar el FG estimado junto a la determinación de Creatinina y a incluir dentro de sus prestaciones la determinación de albuminuria para detección precoz de nefropatía diabética.

- f) **Pacientes de bajo riesgo de progresión.** Los pacientes con $FG > 45$ ml/min sin proteinuria cuya etiología es nefroangioesclerosis, en una frecuencia muy baja progresan a la IRE. Lo mismo ocurre en los pacientes diabéticos con $FG > 60$ ml/min con albuminuria entre 30 y 300 mg/d. La estrategia para estos dos grupos de pacientes es la educación al paciente y a los médicos y equipos del primer nivel de atención para su reconocimiento y tratamiento precoz. Y seguimiento en un sistema de referencia y contra referencia entre el nefrólogo y el médico del PNA.
- g) **Pacientes de alto riesgo de progresión a IRE.** Este grupo de pacientes incluyen los que tienen $FG < 45$ ml/min o proteinuria > 0.3 g/d. Estos pacientes deben ser diagnosticados y tratados por nefrólogo. Se debe prestar especial atención al diagnóstico etiológico y a minimizar las pérdidas en el seguimiento.
- h) **Clínicas de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA).** Estas clínicas están conformadas por equipos multidisciplinarios y están especialmente dirigidas a pacientes con ERC avanzada (FG menor de 30 ml/min). Están integradas por nefrólogos, Licenciados en enfermería y nutrición (formados en cuidados nefrológicos), auxiliar de enfermería y disponibilidad de acceso a cirujano vascular y sicólogo. Los pacientes reciben información y educación sobre ERC sobre las modalidades de tratamiento de sustitución de la función renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante). Son seguidos con mayor frecuencia y el nefrólogo es su principal médico referente.
- i) **Registro de pacientes con ERC.** Se ha creado un Registro Nacional centralizado de pacientes con ERC en todas las etapas (I a V) desde el inicio del PSR. Se incluye en el mismo la situación nefrológica al inicio y en los controles posteriores (cada 6 meses o un año según requiera el nefrólogo): datos patronímicos, factores de riesgo renal, comorbilidad cardiovascular, actividad diaria, primera creatinina y proteinuria patológica, primera consulta nefrológica, presión arterial, peso, talla y cintura, paraclínica básica, medicación y la fecha de la próxima consulta nefrológica. Este

registro ha sido una **herramienta esencial** tanto desde el punto de vista epidemiológico como para la evaluación del programa en su conjunto y de cada grupo individualmente. A su vez el Registro de ERC recibe datos en forma automática del MSP (pacientes fallecidos y su causa de muerte) y del FNR (ingresos a tratamiento de sustitución de la función renal). Esto permite evaluar indicadores fuertes de resultados y minimizar pérdida de pacientes en seguimiento. (Ver Anexo. [Formulario de Inicio y Control](#))

- j) **Sistema Informático de Alarmas.** Este es un sistema informático centralizado también en el FNR, que se nutre del Registro de ERC, que advierte a los grupos de salud renal, mediante la emisión de un mail mensual, sobre el atraso de los pacientes en la consulta al nefrólogo. Este sistema de alarmas prioriza a los pacientes de mayor riesgo de progresión (proteinuria $>0.3\text{g/d}$ o con $\text{FG} < 30 \text{ ml/min}$). Además permite un manejo práctico de las citaciones. Estas se realizan en forma telefónica.

- k) **El Laboratorios de Análisis Clínico en el PSR.** Se exhorta a los laboratorios pertenecientes a las instituciones que poseen PSR a mejorar la técnica de determinación de creatinina, participando del [Programa de Estandarización de Creatinina](#). Este es un programa gratuito y ha logrado disminuir el informe de falsos positivos para $\text{FG} < 60 \text{ ml/min}$, ahorrando recursos y preocupaciones a los pacientes. Se ha realizado un [Consenso Nacional en Proteinuria](#) entre nefrólogos, médicos laboratoristas y químicos para uniformizar criterios a nivel nacional en lo referente a proteinuria y albuminuria: indicaciones, informes, unidades.

- l) **Educación a los médicos del Primer Nivel de Atención y Especialistas.** Se ha dado especial prioridad a la Educación. Se ha trabajado desde el inicio en forma estrecha con el Comité de Educación Médica Continua de la SUN. En un principio se hicieron tres talleres dirigidos a nefrólogos sobre el tema “Como Educar en Nefroprevención” a cargo del Magister en Educación Gabriel Kaplun. Posteriormente se han realizado 70 actividades educativas a nivel nacional en salud renal, por parte de integrantes de la CASR y nefrólogos de los Grupos de SR, dirigidas a los equipos de salud del PNA. Se han realizado 2 Guías Clínicas para el manejo de la ERC (2006 y 2013), las Licenciadas de Enfermería han realizado Guías de Enfermería en Salud Renal (2011). El FNR costea la impresión de estas Guías Clínicas para su amplia difusión ([ver Guías](#)). También se confeccionaron Guías de Nefroprevención en Pediatría. Se ha realizado un Consenso Nacional en Proteinuria.

- m) **Educación a la Población.** Desde el año 2006 se conmemora el segundo jueves de marzo el [Día Mundial del Riñón](#). Se han realizado un gran número de actividades a nivel nacional este día, con importante participación ciudadana y en medios de difusión. Es importante que la población conozca cuales son los factores de riesgo renal, como se diagnostica precozmente la enfermedad renal y las medidas de prevención primaria y secundaria.

- n) **Evaluación de Resultados. Indicadores de Salud Renal.** En forma anual la CHSR evalúa los resultados globales y por cada grupo de salud renal. Esto permite analizar y mejorar resultados. Se respeta la confidencialidad de cada grupo. Se les entrega sus resultados junto al promedio, el percentil 25 y el percentil 75 de todo el PSR, lo cual permite al grupo conocer con exactitud donde se ubican sus resultados. Los indicadores manejados son los siguientes: ANEXO 1:

<https://drive.google.com/file/d/0BxpRAJR463iiMWZEMkVUdTlpblk/edit?usp=sharing>

- o) **Apoyo Institucional al PSR.** Es imprescindible lograr apoyo institucional para lograr desarrollar el PSR. En relación al PSR de Uruguay el FNR ha apoyado firmemente el PSR desde su inicio. Cada institución de asistencia médica pública o privada firma un **Convenio Interinstitucional** con el FNR por un año, donde se establecen beneficios y obligaciones por realizar o poner en práctica el PSR. El Convenio Interinstitucional en el sector Privado es el siguiente: ANEXO2

<https://drive.google.com/file/d/0BxpRAJR463iiYmxZZ2hDRWFmaDQ/edit?usp=sharing>

El Convenio Interinstitucional con el sector Público (ASSE) es el siguiente: ANEXO3

<https://drive.google.com/file/d/0BxpRAJR463iiVU1HdzdsNHQwdlU/edit?usp=sharing>

En los convenios queda establecido el apoyo económico que otorga el FNR al PSR, bajo la forma de medicamentos, vacunas, etc, a las instituciones que llevan correctamente el PSR (cumplimiento de indicadores pre-establecidos).

- p) **Informe Anual.** Se realiza un informe anual sobre el desarrollo y logros del PSR y se dejan registradas todas las actividades realizadas y resultados obtenidos. Como ejemplo se muestra el informe del PSR del año 2013: ANEXO4

<https://drive.google.com/file/d/0BxpRAJR463iiNUZzdlpPbWlzcml8/edit?usp=sharing>

Por la **Comisión Asesora en Salud Renal.**

Dres. Nefrólogos

Orlando Canzani (ASSE)

Nancy De Souza (SUN)

Liliana Gadola (Cátedra Nefrología)

Verónica Lamadrid (FEMI)

Nelson Mazzuchi (Miembro Fundador)

Pablo Ríos (FNR)

Laura Solá (MSP)

Emma Schwedt (Miembro Fundador)