



intercede

MODELOS DE ATENCIÓN EN ERC

Oportunidades y retos en el
abordaje del paciente con ERC
en la Comunidad de Madrid

Contenido

Participantes.....	3
Contexto de IntERCede Nacional.....	4
Informe del foro: “Oportunidades y retos en el abordaje al paciente con ERC en la Comunidad de Madrid”	5
Compartiendo experiencias en la gestión de la ERC.....	7
Mesa redonda: Cribado de la ERC.....	10

Participantes

Alcázar, Roberto. Facultativo especialista en Nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Álvarez, Ángeles Beatriz. Enfermera especialista familiar y comunitaria. Centro de Salud Alcalá de Guadaira, Madrid.

Arribas, Patricia. Supervisora Unidad de Diálisis. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Conejos, M^a Dolores. Médico de familia. Técnico de calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid.

Cortés, Raquel. Técnico facultativo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Egocheaga, Isabel. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Isla de Oza. Madrid.

García, Pilar. Equipo de Apoyo Técnico en la Dirección General Asistencial del SERMAS.

Goicoechea, Marian. Jefa de Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Holgado, Marisol. Directora Asistencial médico de la Dirección Asistencial Noroeste.

Martín-Crespo, Iluminada. Presidenta de ALCER Madrid.

Ortiz, Alberto. Jefe de Servicio de Nefrología e Hipertensión del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Ruiz, Sergio. Director Técnico de Sistemas de Información. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Tablado, Miguel Ángel María. Médico de Familia. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

Villares, José Enrique. Director Técnico de Procesos Asistenciales de Atención Primaria.

Las referencias al género masculino contenidas en el presente documento se entenderán referidas también a su correspondiente femenino, y en sentido inverso.

Fecha: Febrero 2024

Contexto de IntERCede Nacional

El **programa IntERCede nació en 2022 con el objetivo de transformar el abordaje del paciente con ERC en España**. IntERCede, promovido por Boehringer Ingelheim, ha contado desde sus inicios con un Comité Asesor y un Panel de Expertos, que han trabajado en identificar los retos presentes y futuros en la atención y gestión del paciente con ERC, y en **consensuar una serie de factores clave y recomendaciones que lleguen a todos los agentes decisores que puedan propiciar el cambio e impulsar mejoras en la atención al paciente con ERC**.

Tanto en la formación del Comité Asesor como en los grupos de trabajo han participado líderes y expertos implicados en la atención del paciente con ERC, clínicos de diferentes especialidades, enfermería, gestores sanitarios y asociación de pacientes.

Fruto del trabajo y del consenso, se generó en 2023 el **informe IntERCede¹**. Dicho informe **recoge los 4 grandes retos en la transformación del abordaje del paciente con ERC y 38 factores clave** para alcanzar dicha transformación y modelo óptimo de atención.

- Reto 1. Desarrollo de modelos de gestión de la ERC y aumento de la visibilidad de la enfermedad.
- Reto 2. Prevención, optimización del cribado, diagnóstico precoz y codificación de la ERC en todos los niveles asistenciales.
- Reto 3. Seguimiento integral, multidisciplinar y coordinado, asegurando la optimización terapéutica y la continuidad asistencial.
- Reto 4. Refuerzo de la formación en ERC a los profesionales sanitarios y pacientes.

Así mismo, dicho trabajo ha sido reconocido **y avalado por las principales sociedades científicas nacionales** involucradas en la gestión y atención de los pacientes con ERC **y por ALCER**. Dicho trabajo también ha dado lugar a su **publicación en la Revista de la Sociedad Española de Nefrología²**.

¹ Boehringer Ingelheim. "IntERCede. Modelos de atención en ERC" . Disponible en: <https://www.cronicidadhoy.es/INTERCEDE>. Accedido en marzo 2024

² Górriz JL, Alcázar R, Arribas P, et al. Consenso Delphi multidisciplinar sobre retos y factores clave para un modelo óptimo de atención en enfermedad renal crónica. Nefrología. 2024. doi: 10.1016/j.nefro.2024.01.006

Informe del foro: “Oportunidades y retos en el abordaje al paciente con ERC en la Comunidad de Madrid”

El **programa IntERCede** surge con la necesidad de describir y comprender el modelo asistencial y de abordaje a los pacientes con **Enfermedad Renal Crónica** (ERC), identificar las mejoras en su atención y determinar los factores clave para desarrollar modelos óptimos de atención. El informe IntERCede está **avalado** por las principales **sociedades científicas** y ha contado con un amplio grupo de expertos profesionales sanitarios y de gestión de ámbito nacional que ha permitido elaborar un informe donde se recogen los principales retos de este abordaje.

El pasado 20 de febrero tuvo lugar en la Comunidad de Madrid el foro intERCede titulado “Oportunidades y retos en el abordaje al paciente con ERC en la Comunidad de Madrid”. Este foro se realizó con el fin de obtener **acciones y objetivos** en los que trabajar en el futuro para **mejorar la calidad asistencial de los pacientes con ERC de la Comunidad de Madrid**. Para su desarrollo, se contó con representantes de la Dirección Asistencial y de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), así como médicos de Atención Primaria, nefrólogos y enfermeras de Atención Hospitalaria y Atención Primaria de la región. Así mismo, se contó con una representante de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

La apertura de la jornada la llevó a cabo el Dr. José Enrique Villares, Director Técnico de Procesos Asistenciales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Durante la misma, se destacó la necesidad de abordar la ERC como un **problema de salud pública**, dada su alta prevalencia y su carácter asintomático que dificulta su detección temprana. También resaltó la importancia de implementar **estrategias de cribado y sensibilización**, tanto entre profesionales de la salud como en la población en general, subrayando la relevancia del papel de Atención Primaria en este ámbito. En este aspecto, señaló que desde la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid se están haciendo esfuerzos para mejorar la detección de esta enfermedad, por lo que se está actualizando el documento de **“Recomendaciones sobre la detección, seguimiento y criterios de derivación de la ERC en el ámbito de la Comunidad de Madrid”** publicado en el año 2014. **Del mismo modo, adelantó que próximamente se plantea introducir la ERC en la cartera de servicios de Atención Primaria**. El Dr. Villares también hizo hincapié en la importancia de la **continuidad asistencial** entre los distintos niveles asistenciales, identificando éste como un gran desafío a superar en la mejora de la calidad de la atención de los pacientes con ERC. Además, destacó la necesidad de una **aproximación multidisciplinaria e integrada**, involucrando a las diferentes especialidades médicas, así como a las asociaciones de pacientes en el proceso de diseño de procesos asistenciales efectivos, para garantizar un abordaje completo y centrado en el bienestar del paciente.

A continuación, tuvo lugar la **presentación del informe intERCede** a cargo del Dr. Roberto Alcázar, Facultativo especialista en Nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor. Este informe surge de la mano del desarrollo de nuevas herramientas que permiten prevenir de manera temprana la ERC y, de esta manera, **mejorar el tratamiento de los pacientes afectados**. La ERC es una enfermedad silenciosa que no presenta síntomas en sus etapas iniciales, lo que dificulta su detección y control. Esto conlleva a un gran desconocimiento social sobre la enfermedad y a la falta de concienciación acerca de la importancia de los hábitos de prevención.

Para abordar estos desafíos surge intERCede, un informe realizado por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que intervienen en el **recorrido asistencial del paciente con ERC**, para establecer una serie de **recomendaciones** a lo largo de todo el recorrido. Entre las características que se abordan en

intERCede para una atención óptima de la ERC, se destacan: el **cribado** y el **diagnóstico temprano**, el **registro** adecuado de la enfermedad, la **integración** y **coordinación entre los niveles asistenciales**, y el desarrollo de **sistemas de información eficientes**. Por otra parte, en intERCede también se analizan las **necesidades** que muestran los **pacientes** a lo largo de todo el recorrido asistencial. Además, se enfatiza la importancia de incluir la medición de la albuminuria en el perfil renal, ya que su detección temprana es fundamental para el diagnóstico y puede retrasar significativamente la progresión de la enfermedad, así como aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Con el objetivo de abordar de manera integral las oportunidades y los retos en el abordaje al paciente con ERC en la Comunidad de Madrid, se organizaron tres mesas para tratar estos aspectos. En primer lugar, se llevó a cabo una mesa de experiencias compartidas, la cual se centró en conocer otros modelos de gestión de la ERC implementados en otras regiones. Posteriormente, se realizaron dos mesas redondas, la primera enfocada en el cribado de la ERC, seguida por otra centrada en el diagnóstico y tratamiento de la ERC.

Compartiendo experiencias en la gestión de la ERC

Se realizó una mesa de experiencias compartidas centrada en el reto 1 del informe intERCede, “**Desarrollo de modelos de gestión de la ERC y aumento de la visibilidad de la enfermedad**”, con el objetivo de abordar aspectos relacionados con la macrogestión de la ERC. Para ello, se invitó a la Dra. Raquel Cortés, coordinadora técnica del **Proceso Asistencial Integrado (PAI)** para la ERC en Castilla y León³, uno de los primeros a nivel nacional, para compartir aprendizajes, experiencias y retos en su implementación. Asimismo, se contó con la presencia de Pilar García, miembro del equipo de Apoyo Técnico en la Dirección General Asistencial del SERMAS, la cual cuenta con una amplia experiencia y conocimiento sobre cómo ha sido el desarrollo y diseño de otros PAIs en el SERMAS en los últimos años. La participación conjunta de ambas profesionales permitió comprender los obstáculos superados en la implantación del PAI para la ERC y facilitó la identificación de posibles acciones futuras a emprender en este ámbito.

A continuación, se muestran los temas abordados durante la mesa de experiencias:

1) Inicio del PAI para la ERC en Castilla y León: comienzos, retos y dificultades

En Castilla y León, la idea de realizar un PAI para la ERC surgió como iniciativa de los responsables de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, ya que se contaban con las **herramientas necesarias** para realizarlo, además del apoyo del Documento marco del **Ministerio**, de Documentos de Consenso realizados por **Sociedades Científicas** y de un manuscrito de la Asociación de Pacientes **ALCER** en el que se detallaban sus necesidades. Uno de los principales desafíos que se encontró fue la **falta de modelos previos** en la región, lo que implicó la necesidad de crear un PAI desde cero.

Un factor clave que contribuyó al éxito del desarrollo del PAI, fue la **creación de un grupo interdisciplinar de trabajo**, que incluía médicos de familia y comunitaria, nefrólogos, personal de enfermería, gestores, trabajadores sociales (para la continuidad y valoración social que implica el paciente), farmacéuticos, auxiliares y el coordinador de trasplantes de Castilla y León.

2) Factibilidad de implantar un PAI para la ERC en la Comunidad de Madrid

La amplia **experiencia** de los equipos directivos del SERMAS en el diseño de distintos PAIs en los últimos años hace factible la realización e implantación de un PAI para la ERC en la Comunidad de Madrid, ya que se dispone de la **estructura necesaria** para ello, hay compromiso por parte de los profesionales sanitarios que están involucrados en la asistencia a esta enfermedad y aporta beneficios a los pacientes.

En cuanto a las ventajas de implantar un PAI para la ERC, su puesta en marcha, **evita la fragmentación de la asistencia sanitaria, define la ruta del paciente y las intervenciones** que de forma organizada y coordinada realizan los profesionales responsables de la atención en los diferentes ámbitos asistenciales, siguiendo la evidencia científica e integrando las expectativas de los pacientes, sus cuidadores y sus necesidades.

Se coincide con el aprendizaje y la experiencia comentada por parte de Castilla y León de la importancia de formar un **equipo de trabajo multidisciplinar**, con el fin de realizar un PAI lo más riguroso y completo posible, asegurando la continuidad asistencial del paciente por parte de los distintos niveles asistenciales

³ <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/enfermedad-renal-cronica>

a lo largo de todo el recorrido asistencial. Además, se puso en valor la necesidad de **conocer qué aspectos de otros PAI de la región aportan valor** para incorporarlos, y de esta manera, no partir desde cero.

Por otra parte, se mencionó a lo largo del foro que, a pesar de contar con amplia experiencia en el diseño de los PAI en la región, se estaban encontrando **dificultades** para su implementación.

3) Dificultades encontradas en el desarrollo del PAI y recomendaciones para la elaboración

Una dificultad encontrada al desarrollar el PAI en Castilla y León fue la dispersión geográfica de la población y las largas distancias entre los miembros del equipo. Para abordar este desafío en la actualidad, se puede optar por realizar reuniones online, aunque dificulta el conocimiento entre los integrantes. Para contrarrestar esto se aconseja programar jornadas en las que se **unifican las tareas** para optimizar los desplazamientos. Además, se destacó como punto crítico la **creación del mapa de procesos**, resaltando la importancia de la presencialidad para facilitar el intercambio de ideas y alinear a todos los miembros en la definición de las prioridades y objetivos del proceso, así como los límites de entrada y de salida.

Las recomendaciones realizadas fueron las siguientes:

- Realizar una primera **reunión presencial** de lanzamiento del proyecto para permitir que los miembros del equipo se conozcan entre sí.
- Realizar una **jornada de gestión** para conocer buenas prácticas de hospitales y centros de salud de la región, así como llevar a cabo una sesión para conocer qué es un proceso y distinguirlo de un protocolo o una guía.
- Celebrar reuniones con **tareas específicas** donde los diversos profesionales debatan y aporten además de sus opiniones la evidencia científica actual para explorar a fondo los problemas y posibles soluciones y así concretar las actividades concretas que aporten valor en la atención de las personas con ERC.

Se remarcó la importancia de comprender que la elaboración de procesos asistenciales no siempre tiene como objetivo principal solicitar más recursos, sino que principalmente permite **evaluar** cómo **mejorar la calidad** de la atención al paciente según la **evidencia científica** y así **utilizar eficientemente los recursos** disponibles. De esta manera es posible **reestructurar y optimizar el recorrido asistencial que mejore los resultados en salud de las personas**.

4) Problemas y soluciones que se pueden anticipar en la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid se ha logrado una **efectiva coordinación asistencial**, gracias a la participación activa en el diseño de rutas y procesos de distintos profesionales sanitarios, lo que facilita la colaboración entre áreas. Este tipo de reuniones presenciales permiten establecer objetivos comunes y promueven la colaboración entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con el fin de brindar la mejor atención profesional, abordando los problemas a lo largo del recorrido del paciente entre distintos niveles asistenciales.

En cuanto a problemas detectados, se comentó la **falta de tiempo, de motivación y de formación de los profesionales sanitarios**. A pesar del buen funcionamiento de la e-Consulta, se mencionó la dificultad de

poder establecer buenos canales de comunicación para compartir la información relativa a un paciente entre los distintos niveles asistenciales. Otro desafío identificado ha sido el extenso número de hospitales y puntos asistenciales en la Comunidad de Madrid, lo cual complica la homogeneización en la atención debido a las particularidades presentes en cada área sanitaria.

Para resolver los problemas expuestos, se plantea la necesidad de comprender la realidad de cada ámbito asistencial y la adaptación a la situación de cada una en función de sus recursos, profesionales disponibles, servicios, tamaño, etc. Por otra parte, se mostró la importancia de **generar cultura de trabajo coordinado y de trabajo en equipo**. No sólo en la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria sino también entre los profesionales sanitarios del mismo centro de salud.

5) Cómo influyen los sistemas de información en el PAI

En Castilla y León, tras la implementación del PAI, se **actualizó la cartera de servicios** para incluir la atención a pacientes con ERC. Además, se cuenta con una **guía asistencial** en la historia clínica, lo que facilita al personal de medicina y de enfermería la atención al paciente. Esta guía, junto con una actitud proactiva del profesional sanitario a realizar un control de los factores de riesgo, permite realizar un adecuado seguimiento tanto en pacientes enfermos como sanos, permitiendo así tratar y prevenir simultáneamente posibles complicaciones.

Incluir este servicio en la cartera de servicios facilita la posibilidad de utilizar los datos de la guía asistencial la evaluación del proceso asistencial, así como elaborar documentación para investigaciones, foros y congresos. Para ello, es fundamental una **adecuada medición de la albuminuria y del filtrado glomerular** para conocer el estado del paciente y determinar las acciones necesarias. La **heterogeneidad** en los procedimientos de los hospitales de la región, requirió un esfuerzo para estandarizar los registros de filtrado, permitiendo identificar posibles fallos en el diagnóstico precoz, derivaciones a nefrología o en el tratamiento final.

Durante la jornada, los participantes plantearon preguntas acerca del reporte directo de resultados de análisis utilizando el **mapa de calor de riesgo de KDIGO**, así como sobre la **evaluación de resultados** después de la implementación del PAI. Se señaló que, aunque es factible reportar los datos directamente en KDIGO, esta tarea demanda recursos significativos. Actualmente se dan dos casos: desde los laboratorios se reportan los datos de FG y albuminuria junto con la categoría de riesgo KDIGO, lo cual es sencillo y automatizable, y por otro lado los facultativos introducen en la historia clínica de manera manual la categoría KDIGO del paciente. . En cuanto a la evaluación de resultados, se destacó la importancia de haber priorizado en el proceso asistencial **indicadores** factibles, como es el control de la presión arterial en pacientes con ERC, y así poder conocer la implantación real del PAI.

Mesa redonda: Cribado de la ERC

Los estudios llevados a cabo tanto en el campo de la nefrología como en Atención Primaria indican que aproximadamente el 15% de la población española padece ERC. La ausencia de síntomas específicos asociados a esta condición conduce a que el diagnóstico se realice frecuentemente en el estadio 3 de la enfermedad, especialmente en pacientes con factores de riesgo como la diabetes mellitus.

Gracias a las **nuevas herramientas tecnológicas de ayuda al diagnóstico**, existe un amplio margen de mejora en la prevención de la ERC y en la realización del cribado en los pacientes de riesgo, lo que retrasa el diagnóstico de la enfermedad y mejora el pronóstico de los pacientes. Este aspecto es considerado de gran importancia, puesto que la identificación y abordaje temprano de los pacientes con ERC permitiría reducir la morbimortalidad y sus complicaciones relacionadas, así como la carga y coste asociados a la enfermedad. Por otro lado, existen también **soluciones terapéuticas que permiten retrasar el inicio de la enfermedad**.

Es por eso que, debido a la importancia de realizar un buen cribado de la ERC, se realizó una mesa redonda en torno al reto 2 del informe intERCede: **“Prevención, optimización del cribado, diagnóstico precoz y registro de la ERC en todos los niveles asistenciales”**, para analizar cómo se realiza el cribado de la ERC en la Comunidad de Madrid y conocer las barreras existentes y qué posibles áreas de mejora hay en este ámbito.

1) Situación de los sistemas de información de la Comunidad de Madrid.

A partir de la publicación del documento de “Recomendaciones sobre la detección, seguimiento y criterios de derivación de la ERC en el ámbito de la Comunidad de Madrid” en el año 2014, se ha trabajado en la **integración** de las recomendaciones plasmadas en dicho documento en la **historia clínica** con el objetivo de facilitar su acceso a los profesionales de la salud. Al registrar términos como “fracaso renal”, “insuficiencia renal”, “ERC”, se activa automáticamente un episodio en el sistema de registro médico. Este episodio, junto con la estratificación del paciente, permite el **desarrollo de planes personales adaptados a las necesidades individuales y situación de cada paciente**. La estratificación inicial de riesgo, basada en datos de la historia clínica, guía la intervención del médico o enfermera de Atención Primaria. El plan personal se presenta visualmente mediante un sistema de colores, indicando acciones pendientes, completadas o finalizadas. Aunque el protocolo sigue las pautas establecidas en la guía de manejo de la ERC, se reconoce un margen de mejora, como la inclusión de cálculos automáticos y resultados de ecografías.

En relación al **filtrado glomerular**, se ha identificado la posibilidad de simplificar su solicitud mediante la **inclusión automática en perfiles de análisis disponibles para todos los centros de salud y hospitales**. Actualmente, el filtrado glomerular se solicita rutinariamente en todos los perfiles de bioquímica básica, existiendo heterogeneidad en los métodos de cálculo utilizados por diferentes laboratorios, por lo que se plantea la necesidad de llegar a un consenso para estandarizar estos métodos entre los laboratorios. Asimismo, se destaca la importancia de la **inclusión explícita del cociente de albumina-creatinina en orina en los perfiles de análisis**, lo cual permitiría diagnosticar correctamente la ERC, incluso en sus etapas más tempranas. La implementación de un perfil renal que incluya las determinaciones de FG y del cociente albumina-creatinina en orina indican una ERC grave del mapa de calor de KDIGO, el paciente está automáticamente en un riesgo cardiovascular altísimo y no es necesario hacer más cálculos para establecer el riesgo cardiovascular.

Se ha destacado que, aunque actualmente existen alertas en diferentes secciones de la historia clínica, se está trabajando en el desarrollo de **un sistema de alarmas más completo** que abarque diversas enfermedades. Por otra parte, también se ha subrayado la importancia de que tanto personal médico como de enfermería continúen revisando las analíticas de los pacientes para asegurar un seguimiento adecuado.

2) Iniciativas y barreras en la búsqueda activa de la ERC en la Comunidad de Madrid.

En la detección de pacientes con ERC, se ha mencionado que existen dos problemas: el **paciente silencioso** que no se detecta y el **paciente que se detecta, pero no se registra**. En este último caso, no se trata de un descuido por parte del médico, sino de una falta de concienciación, lo que puede llevar a que el paciente reciba más medicamentos nefrotóxicos. Ante esta situación se plantean dos soluciones: realizar un **cribado sistemático o un cribado oportunista**.

Se ha señalado la existencia de ensayos clínicos que muestran que el diagnóstico y tratamiento temprano puede aumentar significativamente el tiempo hasta la necesidad de diálisis, en algunos casos hasta 27 años. Este enfoque de diagnóstico temprano se centra en la **detección de la albuminuria como un marcador crucial de la ERC**.

Se han realizado estudios en distintos hospitales en los que se muestra que el registro de la albuminuria es notablemente menor al de otros parámetros como el filtrado glomerular, el colesterol y la tensión arterial entre otros. Esta **brecha en el diagnóstico de la albuminuria** representa un desafío significativo en la **búsqueda activa de la ERC**. Durante el foro, a modo ilustrativo se comparó la realización de un cribado oportunista de la ERC y el programa "Prevecolon". En esta comparación, se resaltó la disparidad en términos de costo-efectividad entre ambos cribados. Se señaló que un resultado positivo en el cribado de cáncer de colon conlleva una colonoscopia y, en caso necesario, una cirugía, mientras que un resultado positivo en albuminuria implica simplemente la administración de un fármaco que puede retrasar la necesidad de diálisis hasta 27 años, lo que hace que el tratamiento sea altamente **costo-efectivo**.

Otra solución propuesta en el foro fue realizar el **cribado de manera oportunística**, es decir, en los pacientes que frecuentan el sistema sanitario. Se ha mencionado que hay hospitales fuera de la Comunidad de Madrid en los que en el momento en el que un médico de Atención Primaria solicita una analítica, el sistema le indica si ese paciente debería tener solicitada una albuminuria y si no la tiene la solicita. El algoritmo que se aplica en este caso es el de las Guías de Consenso de 2024.

En la actualidad, algunos hospitales en la Comunidad de Madrid han implementado un sistema que permite realizar una **evaluación semi-cuantitativa de la albuminuria y la creatinuria** utilizando tiras reactivas de orina. En caso de que el resultado sea positivo para albuminuria, se recomienda realizar una determinación cuantitativa más precisa. Esta opción representa una **alternativa rentable** debido a su bajo coste para la detección inicial de la albuminuria, lo que permite una identificación temprana de posibles casos de ERC y facilita la intervención clínica. Otro tipo de iniciativas en este **cribado oportunista** es la existencia de puntos en los centros de salud en los que hay aparatos que permiten medir la hemoglobina glucosilada y con los que podría medirse también la albuminuria.

4 Documento de información y consenso para la detección y manejo de la Enfermedad Renal Crónica. (2022). Nefrología, 42, Páginas 223-362.

3) Importancia de la medición del filtrado glomerular y del cociente albumina-creatinina en orina.

La medición del filtrado glomerular y del cociente albumina-creatinina en orina se destaca como una práctica de **importancia significativa en la atención de aquellos pacientes con factores de riesgo** de ERC como la diabetes, la hipertensión arterial o enfermedades previas como las cardiovasculares. Actualmente, estas mediciones no están incluidas en la cartera de servicios para pacientes con antecedentes de enfermedad vascular previa, lo que resalta la necesidad de establecer un cribado sistemático para este grupo y para aquellos mayores de 60 años sin análisis previo de filtrado glomerular.

Se ha mostrado la importancia de elaborar un **perfil renal** que abarque todas las mediciones relevantes para realizar un seguimiento adecuado del paciente para poder determinar el estadio de la enfermedad para guiar las decisiones clínicas, la selección de medicamentos, la implementación de medidas de nefroprotección y el control de los factores de riesgo. Por lo tanto, se requiere una **integración más completa de estas mediciones en los sistemas de salud** para mejorar la atención y el manejo de la ERC.

Se mencionó que, actualmente, hay un proceso asistencial de prevención vascular en curso en Madrid y uno de los perfiles que se incluye es la ERC. Por lo que se insiste en la necesidad del cribado para prevenir también posibles eventos cardiovasculares asociados a esta patología.

4) Papel de los profesionales de enfermería en la ERC.

El papel de los profesionales de enfermería en el manejo de la ERC es fundamental, tanto en la **prevención** como en la **educación** de la población. Se destaca la importancia del uso de técnicas de marketing para concienciar a la población sobre la relevancia de la prevención y el cuidado de la función renal mediante controles regulares y cambios en el estilo de vida para prevenir y gestionar la enfermedad. Se plantea la posibilidad de aprovechar las tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial, para optimizar la gestión de la ERC y mejorar la eficiencia en la atención. Por otra parte, se resalta la importancia del papel de las enfermeras familiares y comunitarias en los centros de salud como **agentes clave para la educación terapéutica estructurada y en el seguimiento** de los pacientes con ERC.

En relación a su papel en el **cribado**, se mencionó la importancia de tener una **actitud proactiva** en la búsqueda de la enfermedad no centrándose solamente en los pacientes con factores de riesgo, sino aprovechar pruebas complementarias para poder realizar este cribado. Además, se destacó la importancia del trabajo interdisciplinar médico-enfermería para mejorar y agilizar el cribado.

5) Necesidades de los pacientes.

Los pacientes con ERC consideran que, para garantizar un manejo temprano y efectivo de la enfermedad, es necesario realizar el **diagnóstico desde Atención Primaria**, al mismo tiempo que se le brinda al paciente la información y apoyo necesarios en cada etapa de la enfermedad.

En este sentido, las asociaciones de pacientes, como ALCER, desempeñan un papel crucial al brindar información y **realizar talleres en centros de salud para dar formación a pacientes como a profesionales de la salud** sobre la ERC y su prevención. Aunque inicialmente ha habido reticencia por parte de algunos

sectores de Atención Primaria para colaborar con asociaciones de pacientes específicas, es importante destacar la importancia de esta colaboración en la prevención y el manejo de la enfermedad renal.

Desde Atención Primaria se considera que es importante mantener una buena relación con los pacientes formados para poder ayudar conjuntamente a todos los pacientes en sus etapas de enfermedad.

A continuación, se muestra una tabla con un resumen de las acciones propuestas:

Área analizada	Situación actual en la Comunidad de Madrid	Acciones propuestas
1 Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> - Se han integrado las recomendaciones del documento de consenso en la historia clínica. - El registro de términos como "fracaso renal", "insuficiencia renal" o "ERC" activa automáticamente un episodio en el sistema de registro médico, permitiendo desarrollar planes personalizados adaptados a las necesidades individuales del paciente. - El filtrado glomerular se solicita en los perfiles de bioquímica básica pero existe heterogeneidad en el método. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actualizar las recomendaciones de la historia clínica con la nueva actualización del documento. - Simplificar la solicitud del filtrado glomerular mediante la inclusión automática en los perfiles de análisis disponibles. - Implementación de un perfil renal para facilitar la solicitud del cociente albumina-creatinina. - Desarrollar un sistema de alarmas más completo en la historia clínica que abarque diversas enfermedades.
2 Búsqueda activa de la ERC	<ul style="list-style-type: none"> - Existen pacientes con ERC que no se detectan y pacientes identificados pero no registrados. - No se mide la albuminuria lo que implica una baja detección de la ERC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de un cribado sistemático o oportunista para mejorar la detección temprana de la ERC. - Centrarse en la detección de la albuminuria como marcador crucial de la ERC. - Crear puntos en los centros de salud equipados con aparatos para medir la albuminuria
3 Medición del filtrado glomerular y del cociente albumina-creatinina	<ul style="list-style-type: none"> - Estas mediciones no están incluidas en la cartera de servicios para pacientes con antecedentes de enfermedad vascular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un cribado sistemático para pacientes con factores de riesgo de ERC y para aquellos mayores de 60 años sin análisis previos de filtrado glomerular. - Desarrollar un perfil renal completo que permita determinar el estadio de la enfermedad y guiar las decisiones clínicas. - Integrar estas mediciones en los sistemas de salud para mejorar la atención y el manejo de la ERC.
4 Papel de los profesionales de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Papel fundamental en la prevención y en la educación de la población. - Agentes clave en la educación terapéutica estructurada y en el seguimiento de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud proactiva en el cribado de la ERC, ampliando la búsqueda. - Fomentar el trabajo interdisciplinario entre médicos y enfermeras para mejorar y agilizar el proceso de cribado. - Implementar estrategias de marketing efectivas para concienciar a la población sobre la prevención y el cuidado renal. - Explorar las tecnologías emergentes para optimizar la gestión de la ERC y mejorar la calidad de la atención.
5 Necesidades de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Realizan talleres en centros de salud para dar formación tanto a pacientes como a profesionales sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el diagnóstico desde Atención Primaria.

Ilustración 1: Mesa Cribado de la ERC

Mesa redonda: Diagnóstico y tratamiento de la ERC

Actualmente, existen varias soluciones para identificar a aquellos pacientes que padecen ERC, en los estadios tempranos de la enfermedad, a los que se les puede brindar una **solución previa** antes de que esta enfermedad tenga un **gran impacto en su calidad de vida** y en el sistema de salud. Esto plantea una serie de retos que hasta ahora no habían existido como lo son el **control de factores de riesgo**, y la **derivación** y **atención** al paciente **desde distintos niveles asistenciales** entre otros.

Para comprender cómo se realiza el diagnóstico y tratamiento de la ERC en la Comunidad de Madrid y conocer las barreras existentes y las posibles áreas de mejora hay en este ámbito, se realizó una mesa redonda centrada en torno al reto 3 del informe intERCede: **“Seguimiento integral, multidisciplinar y coordinado, asegurando la optimización terapéutica y la continuidad asistencial”**.

1) Actualización del “Recomendaciones sobre la detección, seguimiento y criterios de derivación de la ERC en el ámbito de la Comunidad de Madrid”.

La actualización del documento se ha realizado de la mano de un grupo multidisciplinar, incluyendo por primera vez la participación del personal de enfermería. El documento está **dirigido tanto a los profesionales de Atención Primaria como a los de Atención Hospitalaria** e incluye recomendaciones para el cribado, diagnóstico y seguimiento de la ERC, así como sugerencias de tratamiento para frenar su progresión y medidas no farmacológicas.

Entre las novedades de esta actualización, se destacan los **criterios para la realización de la e-Consulta en ambas direcciones**, tanto desde Atención Primaria hacia Atención Hospitalaria como viceversa, así como recomendaciones nutricionales. Además, se han actualizado **algoritmos de manejo clínico** y se ha añadido un nuevo capítulo sobre **fármacos y ajustes de dosis**. En este contexto, es fundamental no solo difundir el documento, sino también explorar puntos de innovación en su divulgación para garantizar una implementación efectiva en la práctica clínica.

2) Herramientas en la Historia Clínica para un adecuado diagnóstico de la ERC.

Para mejorar el diagnóstico de la ERC, se propone la implementación de una historia clínica electrónica guiada, que permita llevar a cabo sistemáticamente todos los pasos necesarios de manera efectiva. Se sugiere un **enfoque visual** que permita a los profesionales de la salud verificar fácilmente si se han realizado las pruebas necesarias en cada paciente, en lugar de depender únicamente de alarmas.

Este enfoque, se plantea integrarlo en el nuevo servicio de cartera de atención sanitaria basado en **criterios de buena atención** adicionales definidos en el documento de recomendaciones. Estos criterios se utilizarían para identificar grupos de riesgo que requieran cribados específicos, los cuales podrían ser monitorizados a través de un plan personal adaptado al sistema de cartera. Del mismo modo, se sugiere que los **criterios de intervención** sean los mismos que se realizan en las recomendaciones **KDIGO 2024⁵**, permitiendo

5 KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. Kidney Int 2024;105(4S),S117–S314

ajustes según las necesidades individuales de cada paciente y facilitando el seguimiento y orientación de los profesionales en las acciones necesarias para el manejo efectivo de la ERC.

Por otra parte, se muestra la importancia de emplear bien los **cuadros de mando** como **herramienta de gestión clínica** ya que permite visualizar de manera completa y detallada los indicadores de proceso y resultados relevantes para controlar el manejo de la enfermedad. En este sentido, se mencionó que se pueden integrar **indicadores de proceso** que evalúen el cumplimiento de medidas preventivas y de seguimiento, como la realización de ecografías o pruebas específicas, así como **indicadores de resultados** intermedios que midan el éxito en el control de variables biológicas clave. Esta herramienta permite evaluar el estado de salud de los pacientes y el grado de control de su enfermedad, desplegando la información hasta el nivel del paciente y facilitando la identificación rápida y precisa de aquellos que requieran atención especial.

3) Telemonitorización de pacientes con ERC.

Se ha destacado la importancia de implementar un **sistema de monitorización para pacientes con ERC**, que permita un seguimiento continuo de las constantes vitales y el estado general del paciente. Este enfoque facilitaría la identificación de cambios relevantes en su salud y ayudaría a discernir si estos cambios son atribuibles a la enfermedad o a factores externos. Se ha mencionado que este tipo de criterios se plantean incluir en la nueva **cartera de servicios** que se está proponiendo y, por otro lado, se mencionó la posible creación de cuestionarios con actividades concretas para poder medir la calidad de vida de los pacientes a corto plazo y así poder conocer si hay cambios con las nuevas medidas o no.

4) Barreras en el abordaje y seguimiento de pacientes con ERC entre niveles asistenciales.

La **comunicación bidireccional efectiva** entre los profesionales de Atención Primaria y los servicios de Nefrología representan una barrera significativa en el abordaje y seguimiento compartido de los pacientes con ERC.

Desde el punto de vista de los profesionales de enfermería, se destacó la necesidad de potenciar la comunicación por parte del personal de enfermería de Atención Primaria con las consultas especializadas en ERC avanzada en los hospitales (**Unidades ERCA**).

Esta falta de información dificulta la derivación oportuna de los pacientes y la coordinación adecuada de su atención entre los diferentes niveles asistenciales. Por otro lado, también se mostró la dificultad para **acceder a la historia clínica electrónica y para contactar con los centros de salud desde los servicios de nefrología**. Además, se ha propuesto como vía de mejora el poder **realizar e-consultas entre las enfermeras de Atención Primaria y Atención Hospitalaria** para poder resolver de manera ágil las dudas o problemas de salud del paciente, aumentando la capacidad resolutoria de los profesionales durante el proceso asistencial y evitando desplazamientos innecesarios por parte del paciente. En este aspecto se ha mencionado que en algunos hospitales se está en proceso de desarrollar herramientas para facilitar esta comunicación, pero genera una gran cantidad de trabajo por lo que aún está en desarrollo. Se destaca el

caso del Hospital Universitario de La Princesa, donde las e-consultas de enfermería ya están implementadas e incluso se pueden realizar consultas a la unidad ERCA.

Se ha mencionado la existencia de **comisiones de continuidad de cuidados**, las cuales se reúnen cuatrimestralmente y cuentan con la participación de las direcciones de enfermería de ambos niveles, responsables de centro, supervisoras, personal de urgencias y paliativos. Estas reuniones tienen como objetivo principal mejorar la continuidad de cuidados para mejorar la calidad de vida de los pacientes, y posibilitan el poder compartir las actividades realizadas tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria. Esto permite facilitar la coordinación entre ambos niveles asistenciales, promoviendo una comunicación efectiva y el establecimiento de canales adecuados para el intercambio de información sobre la atención brindada a los pacientes.

5) Herramientas digitales para el seguimiento del paciente con ERC y calidad asistencial.

Desde la perspectiva de Atención Primaria se plantea que la **e-Consulta** no se ajusta adecuadamente a las necesidades de los profesionales de este ámbito. La **ausencia de alarmas o sistemas de seguimiento apropiados** dificulta que los médicos de Atención Primaria puedan conocer el estado de sus consultas, cuándo y por quién han sido atendidas, lo que limita su capacidad para gestionar de manera efectiva la atención de los pacientes. Además, la **falta de interacción personal** en las respuestas genera una sensación de desconexión con el médico que las responde. Los médicos de Atención Primaria expresan la necesidad de establecer una **relación más personalizada y bidireccional** en el intercambio de consultas, lo que contribuiría a mejorar la calidad y eficacia de la atención. Por tanto, la solución no consiste en eliminar la e-Consulta, sino en promover un mayor conocimiento entre los profesionales para que esta consulta pueda ser más cercana y personalizada.

Por otro lado, se reconoce que **la e-Consulta ofrece beneficios como optimizar el trabajo y evitar desplazamientos innecesarios al paciente**. Para abordar las demandas de Atención Primaria, hay nefrólogos que están llevando a cabo sesiones semanales de una hora, a través de videoconsulta, para responder a las consultas y dudas de los médicos de Atención Primaria. Esta iniciativa tiene como objetivo fomentar el conocimiento mutuo entre ambos niveles asistenciales y mejorar el **seguimiento compartido del paciente**.

Desde Atención Primaria se propone que el sistema de consultas sea **bidireccional**, permitiendo realizar dudas, comentarios y sugerencias sobre un paciente en ambos sentidos. De esta manera, se puede priorizar al paciente con ERC que se beneficia de un nefrólogo y, que, al mismo tiempo desde nefrología, se pueda ayudar a los profesionales de Atención Primaria a realizar el seguimiento en la consulta sin necesidad de aumentar las derivaciones.

6) Expectativas del paciente al ser diagnosticado de ERC.

Al diagnosticar la ERC el paciente siempre espera que se le haya detectado de manera temprana para tener más oportunidades y expectativas de calidad y de años de vida. En relación a la información que necesita el paciente, se mencionó que la **e-Consulta** de calidad, puede ser una gran **herramienta de ayuda** a que el

paciente pueda recibir toda la información que necesita en este ámbito para entender qué es lo que le sucede. Por otra parte, también se destaca la necesidad de que los médicos sean cercanos a los pacientes para poder resolver todas las dudas y para poder transmitir tranquilidad y seguridad. De la misma manera, se destaca el papel de las asociaciones de pacientes como ALCER en las que también se ayuda a **comprender la enfermedad** ya que se encuentran con personas en una situación similar.

A continuación, se muestra una tabla con un resumen de las acciones propuestas:

Área analizada	Situación actual en la Comunidad de Madrid	Acciones propuestas
1 Herramientas en la Historia Clínica para un adecuado diagnóstico de la ERC	<ul style="list-style-type: none"> - No existe un sistema visual integrado que permita a los profesionales de la salud verificar fácilmente si se han completado todos los pasos necesarios para el diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de una historia clínica electrónica guiada que permita realizar sistemáticamente todos los pasos necesarios para el diagnóstico de la ERC. - Integración de un enfoque visual en la historia clínica que facilite la verificación de las pruebas realizadas en cada paciente. - Incorporación de criterios adicionales de buena atención en el sistema de cartera de atención médica - Integrar indicadores de proceso en los cuadros de mando.
2 Telemonitorización de pacientes con ERC	<ul style="list-style-type: none"> - La telemonitorización es parte de los buenos criterios de servicio de la nueva cartera de servicios que se está realizando. 	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de cuestionarios con resultados concretos para poder medir la calidad de vida de los pacientes a corto plazo.
3 Abordaje y seguimiento compartido de pacientes con ERC	<ul style="list-style-type: none"> - La comunicación bidireccional entre niveles asistenciales es actualmente una barrera en el abordaje y seguimiento compartido. - Dificultad del personal de enfermería nefrológica para acceder a la historia clínica electrónica y contactar con enfermería del centro de salud. - Comisiones de continuidad de cuidados para mejorar el trabajo del personal de enfermería de ambos niveles asistenciales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el conocimiento de enfermería de Atención Primaria acerca de la ubicación de las Unidades ERCA. - Establecer un canal de comunicación entre el personal de enfermería de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
4 Herramientas digitales para el seguimiento del paciente con ERC y calidad asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - La e-Consulta en Atención Primaria no se adapta completamente a las necesidades de los profesionales. - La falta de alarmas o sistemas de seguimiento dificulta que los médicos de Atención Primaria puedan gestionar eficazmente las consultas de los pacientes. - La ausencia de interacción personal en las respuestas genera una sensación de desconexión con los médicos que responden las consultas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover un mayor conocimiento entre los profesionales para que la e-Consulta sea más cercana y personalizada. - Establecer un sistema de consultas bidireccional que permita realizar dudas, comentarios y sugerencias sobre un paciente en ambos sentidos, priorizando el seguimiento del paciente con ERC y facilitando la colaboración entre niveles asistenciales.
5 Necesidades de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Desde ALCER se ayuda a los pacientes a comprender la enfermedad al realizar talleres con personas en situaciones similares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico temprano para tener más calidad de vida. - Promover herramientas de ayuda al paciente como la e-Consulta para poder recibir la información necesaria. - Aumentar la cercanía médico-paciente.

Ilustración 2: Mesa Diagnóstico y Tratamiento de la ERC

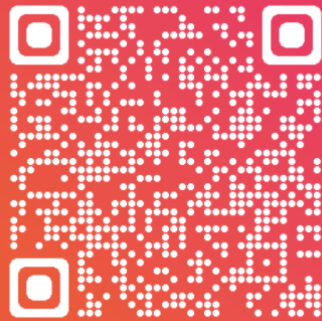
Conclusiones de la jornada

Como conclusiones de la jornada, se han mencionado los siguientes aspectos:

- 1) El **diagnóstico precoz de la ERC** mediante la generalización de la determinación de la albuminuria, para complementar de la ya generalizada determinación del FG es fundamental y debe ser prioritario. Para lograrlo, resulta fundamental que los profesionales de la salud estén sensibilizados y que se fomente la conciencia social en torno a esta enfermedad. En este sentido, se identifican dos oportunidades clave en la detección temprana: la **inclusión del servicio de ERC en la cartera de servicios de salud**, y la revisión y actualización de dicha cartera.
- 2) Es esencial implementar **estrategias de control** para gestionar los factores que pueden impulsar el avance de enfermedades vasculares y crónicas, como la ERC, así como el **seguimiento** después del diagnóstico. En este sentido, es necesario **fomentar la colaboración interdisciplinar** entre los profesionales de la salud. Las reuniones en las que los profesionales pueden conocerse y en las que los hospitalarios realizan visitas a los centros de salud pueden cambiar significativamente la forma en que se aborda el tratamiento de los pacientes.
- 3) En el enfoque de **trabajo en equipo**, es importante involucrar a las **asociaciones de pacientes**. Un proyecto innovador en este sentido es el "**Paciente 360**", donde los propios pacientes pueden ayudar a otros a comprender mejor la enfermedad, especialmente una vez que ya la tienen y están aprendiendo a convivir con ella.
- 4) Es fundamental estructurar un PAI que sirva como guía para definir las responsabilidades individuales, los tiempos y los métodos de ejecución en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, más que ser un objetivo prioritario en sí mismo, **el PAI debe ser la herramienta para organizar las acciones de cada profesional**. Un desafío clave que al que se enfrentan es mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud. Esto incluye la **implementación de una historia clínica única**, que permita a todos los profesionales involucrados en el cuidado de un paciente acceder y compartir información relevante sobre su atención médica.
- 5) Implementar un **plan específico de formación dirigido a los pacientes** para brindarles conocimientos y habilidades que les permitan comprender mejor su enfermedad y participar activamente en su atención médica. Se debe **promover la colaboración y el trabajo conjunto entre las asociaciones de pacientes y las direcciones asistenciales** para garantizar un enfoque integral en el cuidado de la salud. Potenciar el papel del **paciente experto**, puede ser beneficioso tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, ya que su experiencia puede proporcionar información valiosa y mejorar la calidad de la atención médica.
- 6) El **cuadro de mando** es una herramienta esencial que debe ser valorada por los profesionales de la salud, ya que les permite tener una visión clara de la gestión clínica y el cuidado de sus pacientes. Su propósito principal es servir tanto a la gestión clínica como al profesional, proporcionando información relevante sobre la atención médica que se está brindando.

- 7) La **relación interprofesional** dentro del centro de salud y el hospital es actualmente un desafío. Todos los profesionales sanitarios son responsables de fomentar una atención de calidad para los pacientes. Sin embargo, en la práctica, a menudo se encuentran obstáculos para lograr esta colaboración efectiva. Por lo tanto, es un reto a abordar y se deben plantear estrategias para mejorar la relación interdisciplinar.

Descubra más sobre interCede



Una vez acceda a la web a través del QR, debe registrarse y hacer “click” en **Actividades/Foros Regionales/Descargar el informe del foro Comunidad de Madrid**

MA. 11005.032024

ISBN: 978-84-09-59909-7