

LINEAMIENTOS DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE QUE EGRESA DEL
PROGRAMA DE DIALISIS DE LA UNIDAD RENAL CEDIT LTDA SOCORRO
SANTANDER, POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL

LILIANA MARLEIBY ACELAS PATIÑO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2017

LINEAMIENTOS DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE QUE EGRESA DEL
PROGRAMA DE DIALISIS DE LA UNIDAD RENAL CREDIT SOCORRO
SANTANDER POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL

LILIANA MARLEIBY ACELAS PATIÑO

Monografía de Grado presentada como
Requisito para obtener el título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud

Director:

ÁLVARO JAVIER IDROVO VELANDIA
Magister en Salud Pública

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA

2017

*A mi bella familia,
Con amor hoy y siempre*

AGRADECIMIENTOS

A la universidad y su cuerpo docente, por traer a nuestra provincia comunera, esta oportunidad de crecimiento a los profesionales de la región.

Al Doctor Álvaro Javier Idrovo Velandia quien fue mi orientador y asesor en el desarrollo de mi monografía.

A la Dra Sandra Romero, quien fue designada como mi evaluadora por el comité de Posgrados de la Escuela de Medicina.

A mi familia Esposo e hija por su apoyo, ofreciendo parte su tiempo en pro del crecimiento profesional de esta esposa y madre.

A la IPS CEDIT LTDA por acompañarme en el desarrollo de las actividades al interior de mi trabajo que hoy permiten el culminar esta etapa.

CONTENIDO

INTRODUCCION	16
1. DEFINICION DEL PROBLEMA	17
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	17
1.1.1 Enfermedad Renal Crónica y Terapias de Reemplazo Renal en Colombia	17
1.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS CEDIT	24
1.2.1 Generalidades	25
1.2.2 Diagnostico Organizacional de la Empresa	27
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	29
2.1 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE QUE EGRESA DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS, POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCION RENAL	29
2.2 SALUD Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	30
2.3 ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COLOMBIA	31
2.4 GESTION DE LA CALIDAD CEDIT LTDA	33
2.4.1 Diagnostico Epidemiológico en la Unidad Renal CEDIT LTDA, Socorro	36
3. JUSTIFICACION	39
4. OBJETIVOS	42
4.1 OBJETIVO GENERAL	42
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5. METODOLOGÍA	43
6. MARCO REFERENCIAL	46
6.1 MARCO CONCEPTUAL	46
6.1.1 Conceptos de Enfermedad Renal Crónica.	46
6.1.2 Conceptos de Terapia de Reemplazo Renal.	50
6.2 MARCO LEGAL	51
7. ANTECEDENTES PARA EL PLANTEAMIENTO DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EGRESADO DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS CEDIT LTDA, POR RECUPERACION DE LA FUNCIÓN RENAL	56
7.1 PROGRAMAS DE NEFROPROTECCIÓN	56

7.1.1 Modelo de prevención y control de la ERC del Ministerio de Salud, Colombia. 56	
7.1.2 E.S.E Hospital General de Medellín (HGM)	57
7.1.3 EPS SURA. Guías de abordaje y seguimiento. Paciente con sospecha y diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.	57
7.1.4 Programa de Protección Renal ENDOSALUD DE OCCIDENTE – IPS.	57
7.2 CARACTERISTICAS A IMPLEMENTAR EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO CEDIT	58
8. LINEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y TECNICOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EGRESADO DE DIALISIS POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL	60
8.1 ANTECEDENTES	60
8.2 INTRODUCCIÓN	61
8.3 CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS	62
8.4 MARCO NORMATIVO	63
8.5 OBJETIVO	63
8.6 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE	63
8.7 PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO	68
8.8 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO	83
8.8.1 Búsqueda del Paciente	83
8.8.2 Atención del Paciente	83
8.8.3 Organización para la operación	84
8.9 REGISTROS DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO	88
8.10 PROPUESTA DE INDICADORES PARA EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO 91	
8.11 PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	92
9. CONCLUSIONES	93
10 RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS	95
BIBLIOGRAFIA	100
ANEXOS	105

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de Terapia de Reemplazo Renal en diferentes países	18
Tabla 2. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos por CEDIT LTDA, Socorro	36
Tabla 3. Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes egresados del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal, durante el período 2015, 2016.	61

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Procesos Misionales 2015, aplicables en CEDIT LTDA - Sede Socorro	35
Cuadro 2. Indicadores de gestión 2015 que afectan el servicio de Unidad Renal, aplicables en CEDIT LTDA - Sede Socorro	35
Cuadro 3. Taller Equipo Interdisciplinar CEDIT LTDA - Sede Socorro	45
Cuadro 4. Ecuación CKD-EPI 2009, por sexo y nivel de creatinina sérica	48
Cuadro 5. Categorías Tasa de Filtración Glomerular en Enfermedad Renal Crónica (KDIGO 2012)	48
Cuadro 6. Categorías de albuminuria en Enfermedad Renal Crónica (KDIGO 2012)	49
Cuadro 7. Normatividad de Colombia que involucra atención del paciente con ERC	63
Cuadro 8. Categorías de TFG y albuminuria en Enfermedad Renal Crónica según las GPC ERC, 2016	85
Cuadro 9. Frecuencia de seguimiento y monitoreo del paciente con egresado de diálisis (por RFR) CEDIT, según categorías de la TFG y la albuminuria (GPC ERC, 2016)	87
Cuadro 10. Formato de Búsqueda de Pacientes Egresados del Programa de Diálisis por Recuperación de la Función Renal.	88
Cuadro 11. Formato de Seguimiento del Paciente que Egresó del Programa de Diálisis por Recuperación de la Función Renal.	89
Cuadro 12. Indicadores de gestión del seguimiento de pacientes egresados de diálisis, CEDIT LTDA - Sede Socorro, por recuperación de la función renal.	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de la edad de las personas que iniciaron TRR durante el año 2015. Colombia. 2015.	19
Figura 2. Distribución porcentual del tipo de TRR reportada en las personas que la iniciaron en Colombia durante el año 2015.	20
Figura 3. Distribución porcentual de la causa de muerte de las personas reportadas como fallecidas según la terapia de reemplazo renal que recibían Colombia, 2015.	21
Figura 4. Tendencia de casos de TRR en Colombia, período 2008-2015.	22
Figura 5. Distribución porcentual de los casos de TRR según el tipo de terapia y el estadio de la ERC en Colombia, 2015.	23
Figura 6. Factor de riesgo conocido y presunta etiología de la ERC en los pacientes con TRR en Colombia, 2015.	23
Figura 7. Organigrama CEDIT LTDA, 2015	27
Figura 8. Mapa de procesos CEDIT LTDA, 2015	34
Figura 9. Histórico de pacientes atendidos durante el último año (julio/2015 – Junio/2016), CEDIT LTDA Sede Socorro.	37
Figura 10. Indicadores de diálisis en adultos según Institución Renal. Colombia, 2015	40
Figura 11. Proceso de atención en salud basada en evidencia	43
Figura 12. Pronóstico de la enfermedad renal crónica, por Categorías de TFG y de Albuminuria (KDIGO 2012)	50
Figura 13. Flujograma de atención del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.	65
Figura 14. Flujograma de búsqueda del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.	66

Figura 15. Flujograma de búsqueda telefónica del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.	67
Figura 16. Flujograma de búsqueda domiciliaria del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.	68
Figura 17. Grupo interdisciplinario de atención integral para el seguimiento al paciente egresado de diálisis (por RFR) del CEDIT LTDA, Socorro.	69
Figura 18. Remisión a servicio de especialista de los pacientes en seguimiento de ERC (KDIGO 2012)	70
Figura 19. Frecuencia de seguimiento y monitoreo (número de veces al año) del paciente con enfermedad renal crónica, según categorías de la TFG y la albuminuria (KDIGO 2012)	86

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL	105
--	-----

RESUMEN

TITULO: LINEAMIENTOS DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE QUE EGRESA DEL PROGRAMA DE DIALISIS DE LA UNIDAD RENAL CEDIT LTDA SOCORRO SANTANDER, POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL*

AUTOR: ACELAS PATIÑO, Lilibiana Marleiby**

PALABRAS CLAVE: Atención Integral, paciente renal, programa CEDIT

DESCRIPCIÓN:

La enfermedad renal es una causa de pérdida de calidad de vida de quienes la padecen y un alto costo para el sistema de seguridad social. En Colombia, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, se promulgan Guías de la Práctica Clínica (GPC) para el tratamiento de diversas enfermedades, entre ellas, la enfermedad renal crónica. CEDIT LTDA, como oferente de servicios de salud, cuenta con lineamientos de atención del paciente con terapias de reemplazo renal (TRR), para atender de la mejor forma los usuarios que reciben los servicios en la sede Socorro, pero no cuenta con un programa de seguimiento para los pacientes que egresan por recuperación de la función renal (RFR) y no requieren de tratamiento renal TRR. Mediante una revisión de planes de seguimiento de egresos de terapias de reemplazo y revisión de las guías de la práctica clínica para la enfermedad renal en Colombia, se establecen los lineamientos factibles de adoptar para el seguimiento de los pacientes que egresan por la recuperación de la función renal (RFR). Bajo las recomendaciones de las Guías de la práctica clínica (GPC) de Colombia que establecen la directriz de un especialista en nefrología y el trabajo interdisciplinario de diversos profesionales de la salud, se toma en cuenta la periodicidad e intervenciones y se establece la forma de clasificación y el proceso para seguimiento del paciente egresado de diálisis por Recuperación de la Función Renal (RFR). La aplicación de los lineamientos mediante procesos estandarizados promueve el mejoramiento de la calidad en la atención de CEDIT LTDA, en procura de velar por la salud de las personas.

* Monografía

** Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Director: Dr. Álvaro Javier Idrovo Velandia

SUMMARY

TITLE: LINEAMIENTOS DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE QUE EGRESA DEL PROGRAMA DE DIALISIS DE LA UNIDAD RENAL CEDIT SOCORRO, POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL*

AUTHOR: ACELAS PATIÑO, Liliana Marleiby**

KEYWORDS: Atención Integral, paciente renal, programa CEDIT

DESCRIPTION:

Renal disease is a cause of loss of quality of life for those who suffer from it and a high cost for the social security system. In Colombia, under the leadership of the Ministry of Health, Guidelines for Clinical Practice (CPG) are promulgated for the treatment of various diseases, including chronic kidney disease. CEDIT LTDA, as a provider of health services, has patient care guidelines with renal replacement therapy (RRT), to best service the users who receive the services at Socorro headquarters, but does not have a program of follow-up program of patients who graduate through recovery of renal function and do not require RRT.

Through a review of plans for follow-up of replacement therapy therapies and review of clinical practice guidelines for renal disease in Colombia, feasible guidelines established for follow-up of patients who graduate through recovery of renal function. Under the recommendations of the CPG of Colombia establishing the guidelines of a specialist in nephrology and the interdisciplinary work of various health professionals, the periodicity and interventions are taken into account and the form of classification and the process for patient follow-up is established Graduated from dialysis.

The application of guidelines through standardized processes promotes the improvement of quality in the care of CEDIT LTDA, in order to ensure the health of people.

* Dissertation

** Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Director: Dr. Álvaro Javier Idrovo Velandia

INTRODUCCION

Las personas que en algún momento reciben tratamiento de terapia de reemplazo renal de diálisis, en algunos casos especiales, pueden prescindir de este tratamiento, no obstante en pro del cuidado de su salud, deben continuar con seguimiento como pacientes con enfermedad renal crónica.

CEDIT LTDA sede Socorro, unidad renal que presta el servicio de diálisis, en su misión de velar por el cuidado de la salud de las personas, requiere contar con pautas o lineamientos de atención del paciente egresado de hemodiálisis, con recuperación de la función renal y que por tanto no requiere de tratamiento de terapia de reemplazo renal, para ofrecer una mejor atención a los usuarios de sus servicios.

El presente trabajo contiene una revisión de procesos de seguimiento de pacientes egresados de programas de diálisis y de las Guías de la Práctica Clínica (GPC) para la Enfermedad Renal Crónica (ERC), establecidas en el Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

Así, este documento muestra las pautas a tener en cuenta para la búsqueda y seguimiento del paciente egresado del programa de hemodiálisis del CEDIT, por recuperación de la función renal, bajo las recomendaciones de las GPC para ERC, 2016 con limitación de intervención sólo de los profesionales con que cuenta la institución.

1. DEFINICION DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1.1 Enfermedad Renal Crónica y Terapias de Reemplazo Renal en Colombia

Los datos reportados en Colombia, sobre la evolución de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y las terapias de reemplazo renal (TRR), son divulgados por el Ministerio de Salud, a través del informe de la cuenta de alto costo (CAC), con detalle de las estadísticas nacionales por estadio de enfermedad e incidencia de la TRR, por lo cual estos datos son importantes como posibles beneficiarios del presente producto.

La ERC representa el daño, por más de 3 meses, de una función y/o estructura anormal del riñón con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe), o una $TFGe < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ de superficie corporal, con o sin daño renal. El riesgo de desarrollar ERC aumenta con la edad y la ERC puede progresar hasta la enfermedad renal terminal en un pequeño pero significativo porcentaje de personas (1,2).

Desde 2004, la clasificación de la ERC, la divide en 5 etapas o estadios, según la combinación de la TFGe y los marcadores de daño renal. Las etapas 3-5, se definen como $TFGe < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ con o sin daño renal, en al menos 2 ocasiones separadas por un período de al menos 90 días. El estadio 5, el más grave, tiene una $TFGe < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$ y resulta en insuficiencia renal terminal, que conlleva desde una TRR hasta la muerte (1,2).

La TRR pueden ser de 3 tipos diferentes: tratamiento médico no dialítico, diálisis: Hemodiálisis (HD) o Diálisis Peritoneal (DP) y trasplante (2). El impacto financiero de la ERC es elevado, especialmente por los altos costos de la TRR y las

complicaciones cardiovasculares de los pacientes. En Inglaterra, en el 2012, se estima que el costo implícito anual de la HD fue de £ 26.835 (aproximadamente COP\$ 78 millones) y el de la DP de £ 20.078 (aproximadamente COP\$ 58 millones), sin incluir infecciones u otras complicaciones (3).

Tabla 1 Prevalencia de Terapia de Reemplazo Renal en diferentes países

País	Año	ppm*
Croacia	2009	923
Reino Unido	2010	888
Países europeos ^π	2010	741
Cuba	2011	243
Rumania	2012	10.168**
Ucrania	2012	131,2
<i>Colombia</i>	<i>2015</i>	<i>715</i>

Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

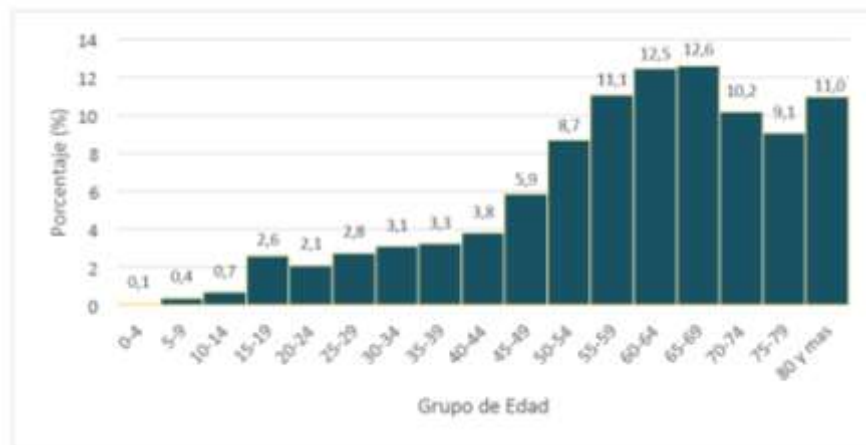
* personas por millón - ^π registros de diferentes países - ** pacientes en HD y DP
 Para el año 2015, en Colombia se identificaron 34.469 personas con TRR (prevalencia de 71,5 x 100.000 habitantes), menor en comparación con otros países como lo muestra en la (2).

Por distribución geográfica, los departamentos con mayores prevalencias crudas en 2015 fueron Valle del Cauca (108,4), Quindío (104,0), Bogotá D.C (87,1), Antioquia (84,8), Huila (81,1), y Sucre (74,0); en tanto que en Santander, la prevalencia cruda de TRR fue de 75,3 por 100.000 habitantes y de 70,4 ajustada por edad (2).

En cuanto a incidencia (nuevos casos reportados entre julio de 2014 y junio de 2015), el informe muestra que el mayor porcentaje se encuentra en edades

comprendidas entre los 55 y 69 años, luego se produce un descenso en los casos entre 70 y 79 años y llama la atención el aumento en el porcentaje de casos que inician TRR en los mayores de 80 años, como se muestra en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** (2).

Figura 1 Distribución porcentual de la edad de las personas que iniciaron TRR durante el año 2015. Colombia. 2015.



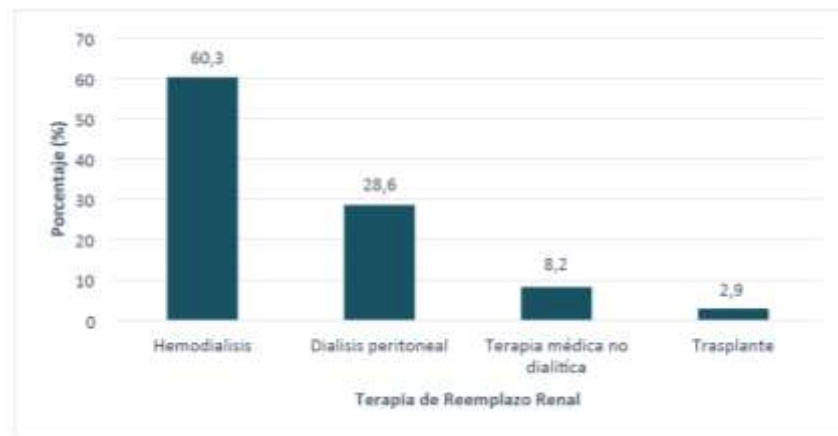
Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

En Colombia, 5.384 pacientes iniciaron TRR en el periodo descrito (60% hemodiálisis y 28,6% diálisis peritoneal), como se observa en la. En cuanto a la edad, el 28% fueron pacientes mayores de 70 años: 1084 iniciaron hemodiálisis y 425 iniciaron diálisis peritoneal (2).

Ahora bien, para disminuir la incidencia de la TRR, se cuenta en el país con estrategias de captación temprana, inclusión a programas de nefroprotección y búsqueda activa de pacientes que tienen enfermedad renal instaurada y en caso de falla renal poder ingresar a terapia de remplazo bajo las medidas de seguimiento y control de un programa de pre diálisis (2).

En cuanto a mortalidad (50.732 personas), el reporte describe que en los casos reportados con causa de muerte conocida, el 70% en que reportaron como causa la ERC, tenían diagnóstico confirmado de ella. En proyecciones, de cada 100.000 personas, murieron 35 que tenían ERC (2).

Figura 2 Distribución porcentual del tipo de TRR reportada en las personas que la iniciaron en Colombia durante el año 2015.



Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Finalmente, el 7,2% de los fallecidos estaba en TRR (3.626 casos). En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, se presenta la causa de muerte en relación con la TRR que tenían las personas antes de morir (2).

Figura 3 Distribución porcentual de la causa de muerte de las personas reportadas como fallecidas según la terapia de reemplazo renal que recibían Colombia, 2015.



Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

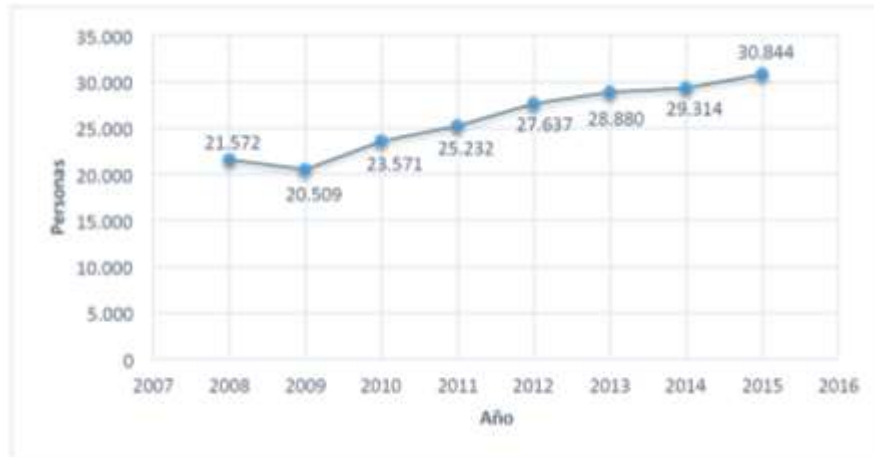
A junio de 2015 se identificaban 30.844 colombianos con TRR, tendencia en ascenso desde 2009 (), con una población relativamente joven recibiendo TRR (promedio de edad de 55,7 años, el 50% menor de 58 años), predominio del sexo masculino. La mayor concentración de casos está entre los 45-64 años y de cada 200 personas con TRR, 4 fueron hombres mayores de 80 años (2).

La mayor cantidad (24.029 personas) con TRR se encuentra en estadio 5 (77,9%), alrededor del 22% tiene alguna TRR, pero TFG>15 ml/min/1.73m²; se piensa que esto se puede relacionar con pacientes que han recibido trasplante y en otros casos, personas que han ingresado a TRR por razones que se desconocen (2).

La TRR más frecuente es la HD, seguido por la DP, con un número importante de pacientes reportados con trasplante. La distribución porcentual de los casos en TRR según el tipo de terapia y el estadio de la ERC, muestra que en los pacientes en diálisis cerca del 95% se encuentra en estadio 5, el 3,8% de los pacientes en HD se encuentra en estadio 4 y algunos casos en estadios 1, 2 o 3. Similar ocurre en los pacientes en DP, aproximadamente 5 de cada 100 en TRR está clasificado

como ERC 4, como lo muestra la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** (2).

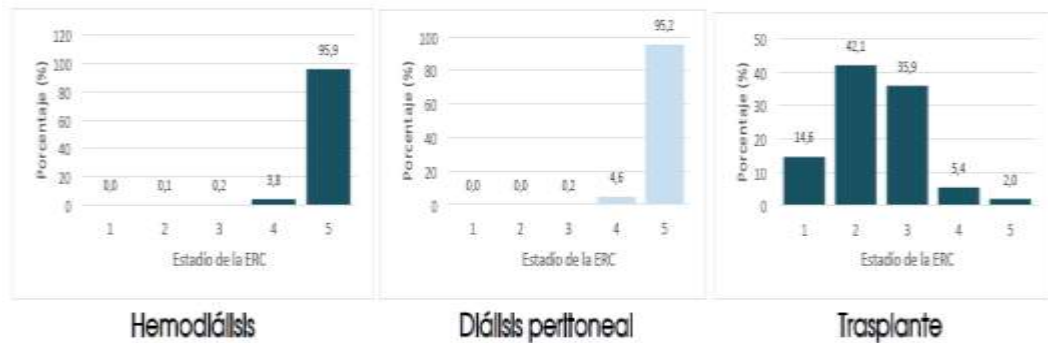
Figura 4 Tendencia de casos de TRR en Colombia, período 2008-2015.



Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

En algunos casos, comorbilidades específicas de los pacientes hacen que requieran la TRR para vivir, pero en algunos otros, la falta de estudios acuciosos, la premura en el ingreso a diálisis, entre otros intereses, hacen que se ingresen personas a diálisis en estadíos más tempranos (2).

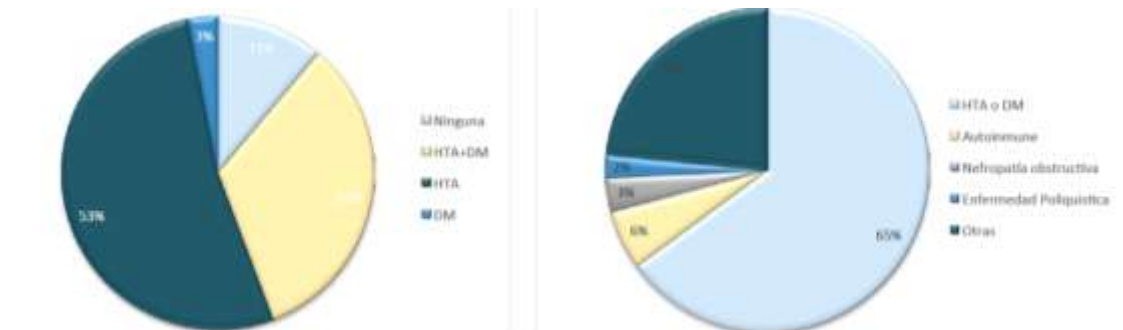
Figura 5 Distribución porcentual de los casos de TRR según el tipo de terapia y el estadio de la ERC en Colombia, 2015.



Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

El factor de riesgo predominante de los pacientes que se encuentran en TRR es la hipertensión arterial - HTA (53%), le sigue la presencia de HTA y diabetes mellitus (DM) de forma concomitante. Además, al 65% de los casos con TRR, se le atribuyó para el desarrollo de ERC, la presencia de HTA o DM (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Figura 6 Factor de riesgo conocido y presunta etiología de la ERC en los pacientes con TRR en Colombia, 2015.



Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

El Ministerio de Salud de Colombia, a través del informe de la CAC, reporta que entre el 1 de junio 2014 y el 31 de julio de 2015, el 39% de las personas con TRR, la iniciaron de manera no programada, (a través de una urgencia dialítica) y en el 31% de los casos se desconoce el modo de inicio de la primera TRR. Llama la atención que las estadísticas no detallan datos específicos sobre recuperación de la función renal (2).

Esta situación lleva a Minsalud, 2015 a concluir que *“Lo anterior, reafirma la necesidad de programas de seguimiento y protección renal que realicen intervenciones de protección específica en la población en riesgo”* (2).

1.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS CEDIT

La Unidad Renal, Centro de Especialistas, Diagnóstico y Tratamiento, CEDIT Ltda., en su misión de brindar servicios de salud de alta complejidad humana, aplicando tecnología de punta, cuenta con sede en la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, Santander, con procesos para el tratamiento y seguimiento de los pacientes durante su tratamiento de terapia de reemplazo renal.

La institución atiende en promedio 100 pacientes mensuales en hemodiálisis, con egresos entre el 1-4%, quienes luego de ser dados de alta de sus terapias o sea pacientes que egresan del programa de diálisis por la recuperación de la función renal; no se les realiza ninguna clase de seguimiento en pro de asegurar el cuidado que requieren.

A continuación se presentan generalidades correspondientes a la institución, que han sido tomadas desde su contenido web y su Sistema de Gestión de la Calidad.

1.2.1 Generalidades

RAZÓN SOCIAL CEDIT LTDA

UBICACIÓN GEOGRAFICA

La oficina principal de CEDIT LTDA está ubicada en la ciudad de Bogotá, en donde se encuentra la Gerencia General, el Área de Compras, Contabilidad, Recurso humano y Tesorería. Cuenta con una IPS denominada Centro de Especialistas Diagnóstico y Tratamiento Sede Kennedy; que es la sede principal en cuanto a servicios de apoyo diagnóstico y Unidad Renal, ofrece Laboratorio Clínico, Ultrasonido, Radiografía e Imágenes Diagnosticas, Unidad Renal, Consulta Externa y Servicio Farmacéutico.

Cuenta además con Sedes de Unidad Renal de Buenaventura, Cali y Socorro (ubicada en la ESE Hospital Manuel Beltrán).

OBJETO SOCIAL

CEDIT LTDA, oferta servicios de Radiología e Imágenes Diagnosticas, Unidad Renal, Laboratorio Clínico, Ultrasonido, Consulta Externa, Psicología, Nutrición, Consulta de Nefrología y Medicina Interna, y Servicio Farmacéutico. La satisfacción de los usuarios al igual que la calidad y seguridad en todos los servicios que se ofrecen en la organización son la prioridad.

RESEÑA HISTORICA

Fue creado el 28 de Enero de 2003, con el ánimo de ofrecer servicios de salud con calidad a la población en general, buscando satisfacer las necesidades en el diagnóstico y atención oportuna, con base en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y demás Instituciones de acuerdo con la normatividad vigente, logrando posicionarse en el Sector de Kennedy (Bogotá).

El 1 de Agosto del 2004 se dio apertura a la Unidad Renal sede Cali y Laboratorio Clínico, la cual permitió la atención de pacientes con patología renal, posteriormente en el año 2005 se da apertura a la Unidad del Socorro, en 2006 en Buenaventura.

MISION

Entidad prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad que brinda atención en terapia de remplazo renal, terapia de hemodiálisis, y diálisis peritoneal, consulta externa, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, con un talento humano calificado y comprometido, mediante la utilización de tecnología de punta buscando la calidad y satisfacción de nuestros usuarios y la rentabilidad de la empresa.

VISION

CEDIT LTDA se consolidará como una entidad reconocida en Colombia por ser proveedora de servicios y productos, apoyo diagnóstico y líder en la atención de enfermedad renal, manteniendo un excelente nivel de calidad y satisfacción de los usuarios.

SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCIÓN

CEDIT LTDA, como institución en la cual se realizan actividades integrales de primer, segundo y tercer nivel, dirigidas a la atención de pacientes con problemas renales y servicios de apoyo diagnóstico, presta sus servicios a las diferentes EPS y clientes particulares con contratos vigentes en modalidad de facturación, garantizando la atención de los Usuarios con patología renal, mencionados a continuación.

Dentro de los servicios ofrecidos en la Sede de Socorro, se encuentran: servicio farmacéutico, consulta de nefrología, consulta de medicina general, consulta de psicología, consulta de nutrición y dietética y trabajo social.

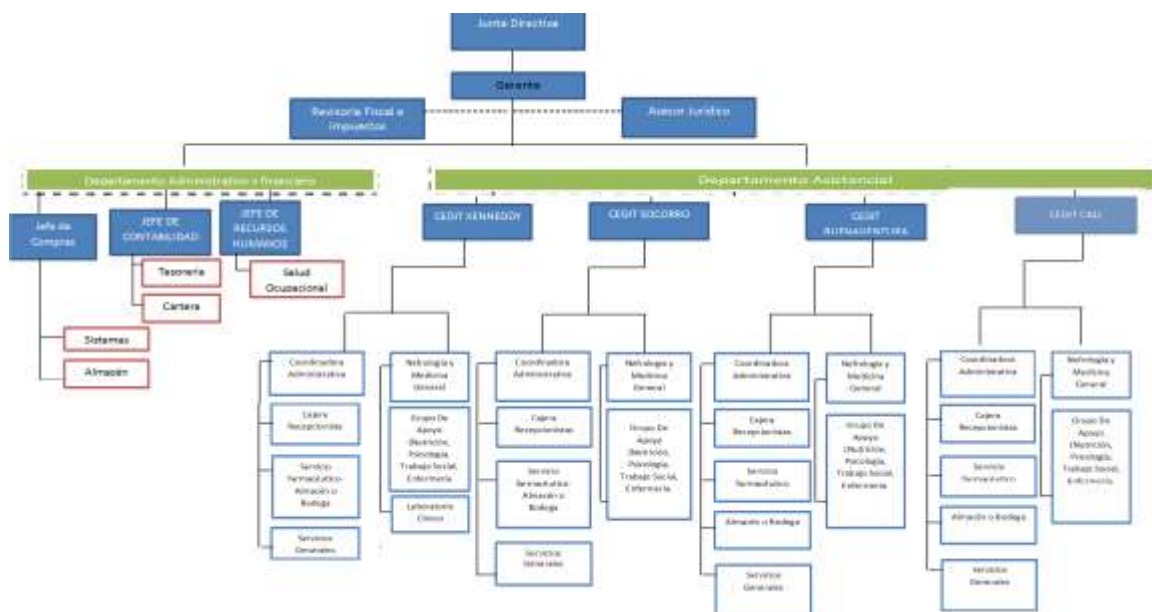
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

CEDIT LTDA se ha desarrollado dentro de un concepto de estructura lineal, en la cual solo existen tres niveles jerárquicos: Gerencia, Coordinación y Operativo, este último conformado por el personal asistencial y de apoyo a la organización (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

1.2.2 Diagnostico Organizacional de la Empresa

Mediante el análisis DOFA, que permite encontrar las causas internas y externas que afecten a la institución, se identifican las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas.

Figura 7 Organigrama CEDIT LTDA, 2015



Fuente: Sistema de Gestión de la Calidad. Manual de Calidad CEDIT LTDA.

DEBILIDADES

- La Institución no cuenta con un Sistema de Información en línea con todos los servicios.
- Los análisis de seguimiento a los indicadores de calidad, para la toma de decisiones, se encuentran en proceso.

OPORTUNIDADES

- La Calidad de atención de los pacientes en los diferentes servicios.
- Contar un Sistema de Gestión de Calidad con el fin de estandarizar procesos en todos los servicios para la mejora del servicio.
- Convenios o contratación con entidades para la prestación de servicios de imagenología, ultrasonido, laboratorio y unidad renal.

FORTALEZAS

- Personal asistencial idóneo, competente, y comprometido en el mejoramiento de la calidad de sus usuarios.
- Prestación de servicios integrales.
- Ubicación geográfica de fácil acceso para los usuarios.
- Los equipos y materiales con los que cuenta la institución para brindar atención al usuario, son de alta tecnología y calidad.
- Las tarifas cómodas en los servicios ofertados.
- Flexibilidad en los horarios de atención.
- La oportunidad en la entrega de medicamentos no POSS a pacientes de la Unidad Renal.

AMENAZAS

- Terminación de los convenios.
- Terminación de los contratos existentes con las EPS.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE QUE EGRESA DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS, POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCION RENAL

Las razones sugeridas por las cuales un paciente se programa para TRR de diálisis son:

1. Por deterioro de la función renal, como TRR en pacientes con ERC en estadio 5
2. Por complicaciones de falla renal aguda
3. Por otras complicaciones que requieran urgencia dialítica

Las razones de egreso de programas de diálisis, de los pacientes anteriormente detallados, pueden ser:

- A. Los pacientes en cualquiera de los tres grupos, pueden egresar por fallecimiento.
- B. Los pacientes del punto 1 solo egresan del programa en el momento de ser realizado un trasplante renal.
- C. Los pacientes de los puntos 2 y 3 pueden hacerlo por recuperación de la función renal, luego de algún período en diálisis y pueden quedar categorizados dentro de cualesquiera de los estadios de la ERC (1, 2, 3A, 3B ó 4).

La ERC es una amenaza futura para la salud pública en el mundo. De una parte, porque los costos del reemplazo de la función renal son excesivamente altos (por ejemplo en Estados Unidos, en 2008, los costos por HD fueron 77.506USD y de 57.639USD por DP y de 26.668USD por trasplante por persona por año). De otra parte, por el incremento en la prevalencia de la insuficiencia renal, las primeras

etapas de la ERC, los elevados costos de los tratamientos, el envejecimiento de la población y la epidemia de obesidad(4).

2.2 SALUD Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

La primera definición de salud ampliamente reconocida desde 1948, fue emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y expuso la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de completo bienestar físico, mental y social (11).

Un concepto posterior en 1986, durante la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en Ottawa, percibe la salud como la fuente de riqueza de la vida diaria, por tanto, la promoción de la salud no depende solo del sector sanitario, se plantea que existan estrategias y programas de *promoción de la salud* adaptados a las necesidades locales y oportunidades particulares de cada país y región, de acuerdo a su sistema social, cultural y económico (12).

Para el año 2010 se propone un nuevo enfoque dónde se integra el individuo en su compromiso de bienestar propio con su capacidad de afrontar, conservar y restablecer su integridad y equilibrio.

Más recientemente hacia 2015, se da un nuevo paso hacia un concepto de salud con un enfoque que demanda la cooperación entre los individuos, las familias, la comunidad, los profesionales de la salud, la academia, las empresas, el gobierno, y muchos otros; en la búsqueda de una mejor salud individual y poblacional. Así la salud sería un sistema adaptativo entre el individuo, la sociedad y el medio ambiente.

Para el desarrollo de la salud, en la actualidad se tienen en cuenta los conceptos de Medicina Basada en la Evidencia

- **Medicina Basada en la Evidencia.** Es el uso corriente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones clínicas en individuos enfermos; integrar en la clínica individual la mejor evidencia disponible a partir de la exploración sistemática de la literatura.
- **Guía de la Práctica Clínica.** Documento con recomendaciones para optimizar el cuidado del paciente, basado en una metodología sólida de revisión sistemática de la evidencia y evaluación de los beneficios y daños de las diferentes opciones en la atención a la salud, para ayudar a los profesionales a ofrecer el mejor cuidado al paciente. Su objetivo es recomendar que se debe y que no se debe hacer para prevenir, diagnosticar o tratar una determinada condición clínica. Se propone mejorar la efectividad del cuidado clínico y la calidad de la atención en salud (procesos).

2.3 ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COLOMBIA

El desarrollo de la salud basada en la evidencia, tiene como fundamento un modelo teórico sólido, un contenido definido y repetible y lograr una eficacia conocida y relevante; el segundo componente resulta esencial para que un programa exista realmente. Contenidos no protocolizados, es probable que no se apliquen de forma sistemática ni se puedan monitorizar para su efectiva ejecución. Una eficacia conocida y relevante es clave para demostrar la utilidad de las acciones y que éstas puedan extenderse. Sin lo anterior, la promoción de la salud puede convertirse en un conjunto de enunciados presuntuosos, dado que desde el punto de vista administrativo y económico, los programas que no ofrezcan una eficacia clara y acreditada desaparecen. (9).

En Colombia, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) del Ministerio de Salud, durante el año 2016, ha desarrollado la Guía de la Práctica

Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (GPC ERC, 2016), mediante la traducción adoptada al español de las Guías KDIGO 2012 y autorización para su uso a nivel nacional.

Las guías internacionales del consorcio KDIGO 2012 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) sobre la enfermedad renal crónica (ERC) y sobre el manejo de la presión arterial (PA) en pacientes con ERC son la actualización de las guías KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) de 2002 y 2004. El objetivo de estos documentos es ofrecer una guía actualizada para el diagnóstico, la evaluación, el manejo y el tratamiento del paciente con ERC. Las recomendaciones sobre manejo y tratamiento en las guías, están basadas en la revisión sistemática de los estudios relevantes. El sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) se utilizó para evaluar la calidad de la evidencia y emitir el grado de recomendación. También se discuten las áreas de incertidumbre de los distintos aspectos tratados en la guías.

En Colombia el cuidado del paciente en TRR está claramente definido por procesos que siguen las diferentes instituciones que ofrecen el servicio, mas no se encuentran procesos de seguimiento establecidos para las personas que han requerido una TRR pero que luego de un período no deben continuar con ella y que por tanto deben continuar en un programa que siga los parámetros de abordaje y tratamiento de la ERC, o como lo plantea la CAC, a largo plazo en un programa de nefroprotección.

Cómo se mencionó al inicio del capítulo, los pacientes que recuperan la función renal, pueden quedar categorizados en uno de los estadios de la ERC y por tanto para su manejo se deduce que se puede usar la MBE mediante la aplicación de las GPC ERC.

2.4 GESTION DE LA CALIDAD CEDIT LTDA

CEDIT LTDA, contempla dentro del Manual de Calidad de su Sistema de Gestión de la Calidad, los valores y procesos, que se detallan a continuación.

Planificación del Sistema De Gestión De Calidad

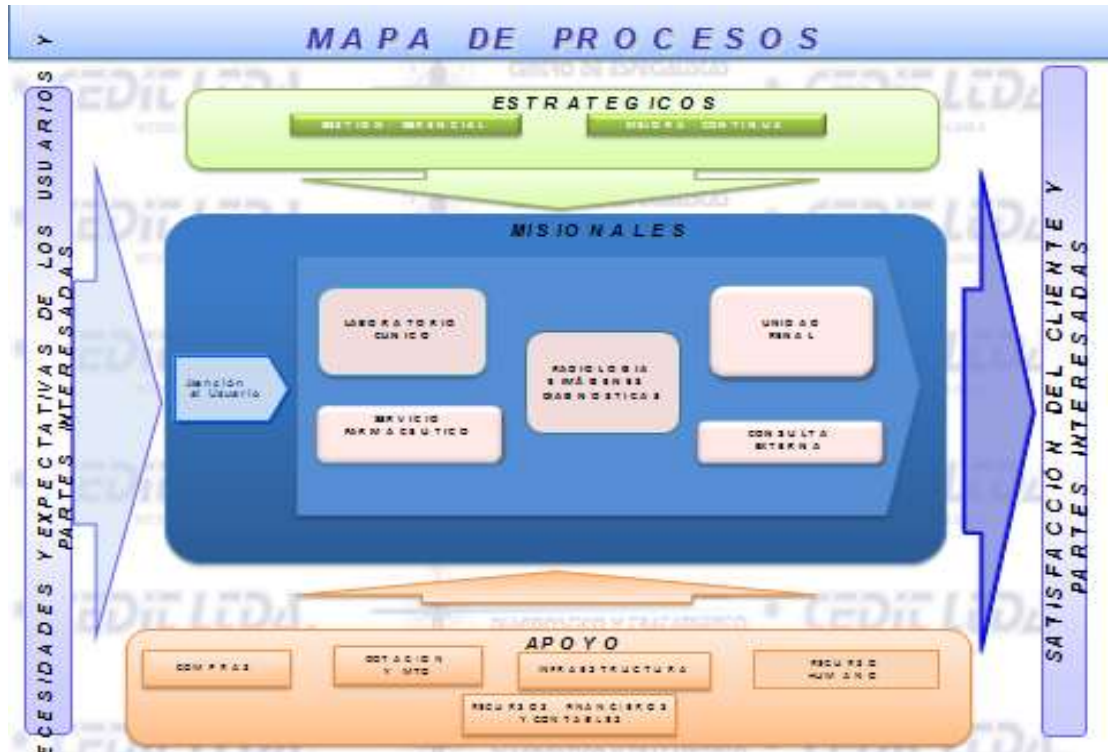
VALORES INSTITUCIONALES

- **ETICA:** Se asume con rectitud y compromiso la atención con calidad en todos los servicios.
- **RESPONSABILIDAD:** Se reconocen las consecuencias de los actos y se asume que se prestan los servicios a seres humanos con el fin de garantizar la conservación de la salud de los usuarios.
- **COMPROMISO:** Se es consciente del papel ante la entidad para lograr un alto nivel de satisfacción en los clientes internos y externos.

MAPA DE PROCESOS

Luego de identificar y definir los procesos, se realizó el mapa de procesos de CEDIT LTDA con el fin de reflejar secuencia e interacción de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad que se muestra a continuación.

Figura 8 Mapa de procesos CEDIT LTDA, 2015



Fuente: Sistema de Gestión de la Calidad. Manual de Calidad CEDIT LTDA.

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Proporcionan directrices a todos los demás procesos del Sistema de Gestión de Calidad. Algunas actividades son: la planificación, implementación, evaluación, análisis y toma de decisiones para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad y de la Entidad. Se identifican **Gestión gerencial** para definir y actualizar la gestión gerencial de la institución y la **Mejora Continua** para documentar e implementar el sistema de gestión de calidad de la institución.

PROCESOS MISIONALES

Son los relacionados directamente con el cliente. Se encargan de la planificación y prestación del servicio. Estos procesos hacen realidad la misión organizacional. A través de ellos es posible satisfacer las necesidades de los usuarios y los clientes institucionales ().

INDICADORES DE GESTIÓN PARA LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Los indicadores de gestión fueron realizados para cada proceso de la entidad y expresados cuantitativamente con el fin de realizar los planes de acción según los resultados obtenidos. Los indicadores principales se mencionan en el siguiente cuadro de la siguiente página hacen referencia al servicio de unidad renal, aplicables a la Sede Socorro. ().

Cuadro 1. Procesos Misionales 2015, aplicables en CEDIT LTDA - Sede Socorro

PROCESO	OBJETIVO
Atención al Usuario	Garantizar la atención oportuna y correcta de los usuarios a todos los servicios.
Unidad Renal	Garantizar la atención en la unidad renal de manera oportuna, pertinente y efectiva.
Servicio Farmacéutico	Garantizar la entrega oportuna de medicamentos a puntos de dispensación y demás clientes con estándares de calidad.
Consulta Externa	Garantizar la atención de consulta de medicina general de manera oportuna, pertinente y efectiva.

Fuente: Adaptado de Sistema de Gestión de la Calidad. Manual de Calidad CEDIT LTDA.

Cuadro 2. Indicadores de gestión 2015 que afectan el servicio de Unidad Renal, aplicables en CEDIT LTDA - Sede Socorro

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA
Tasa de satisfacción	Mejora continua	$(\text{Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos} / \text{Número total de pacientes encuestados}) * 100$	Mensual
Índice de satisfacción del usuario	Mejora continua	$(\text{Sumatoria de Porcentaje de cada respuesta} * \text{número de preguntas obtenidas} / \text{Total de encuestas realizadas} - \text{encuestas sin respuesta}) * 100$	Mensual
Porcentaje de quejas gestionadas	Mejora continua	$(\text{Número de quejas gestionadas} / \text{Número total de quejas detectadas}) * 100$	Trimestral
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General.	Consulta Externa	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Mensual
Proporción de vigilancia de Eventos adversos	Todos los Servicios	$(\text{Número Total de eventos adversos detectados y gestionados} / \text{Número total de eventos adversos detectados}) * 100$	Mensual

CONTINUACION CUADRO 1.

Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada	Unidad Renal	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita. Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución.	Mensual
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	Unidad Renal	Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula. Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período.	Mensual

Fuente: Adaptación de Sistema de Gestión de la Calidad. Manual de Calidad CEDIT LTDA.

2.4.1 Diagnostico Epidemiológico en la Unidad Renal CEDIT LTDA, Socorro

La población de usuarios del CEDIT, Socorro está constituida por 80 pacientes que reciben TRR, 71% hombres, promedio de edad de 56 años, 41 meses con TRR y mediana de 3 años, otras características se detallan a continuación.

Tabla 2 Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos por CEDIT LTDA, Socorro

Característica	Frecuencia	%
Hombres	57	71,3
Procedencia Rural	54	67,5
Régimen Subsidiado	58	72,5

Fuente: Datos CEDIT LTDA.

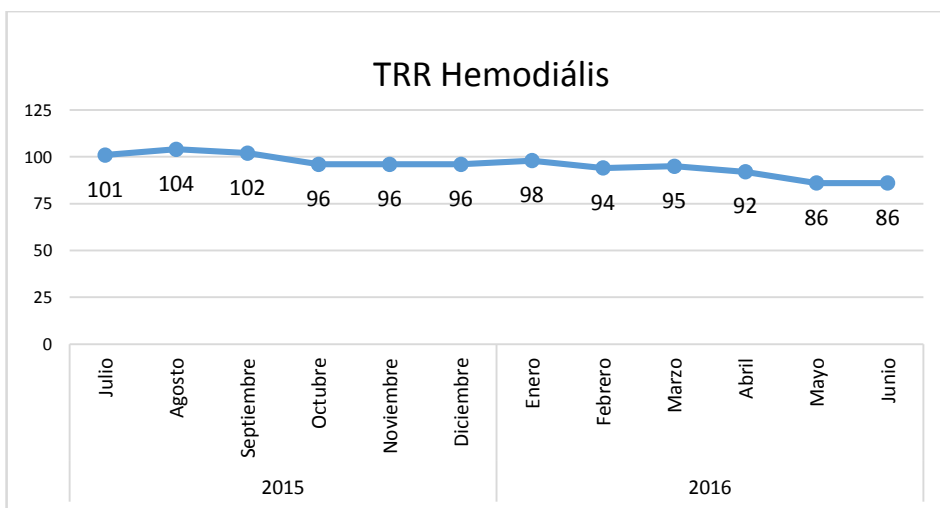
En cuanto a la TRR que requieren los pacientes que son atendidos, en la actualidad el total de la población recibe hemodiálisis como terapia. La siguiente figura muestra el histórico de atención mensual de pacientes en la Sede Socorro, durante el período julio de 2015 a junio de 2016.

Como indicadores resultado de la atención en salud, para el primer semestre de 2016, en promedio, el 88% de pacientes presentaron control de su HTA, el 100% presentó vigilancia de eventos adversos (n=3), y una tasa de satisfacción del 97,2%, alcanzo satisfacción total de la población en 2 períodos mensuales consecutivos.

En cuanto a egreso de pacientes del CEDIT, sede Socorro, para los dos últimos años (2015, 2016) han recuperado su función renal, y por tanto no requieren más TRR, un total de 10 pacientes en los dos períodos. Estos pacientes no contaron con seguimiento alguno por parte de la institución.

CEDIT se propone seguir las pautas de la GPC ERC, 2016, para sus pacientes hasta el momento de ser ingresados al programa de nefroprotección de su entidad de salud.

Figura 9 Histórico de pacientes atendidos durante el último año (julio/2015 – Junio/2016), CEDIT LTDA Sede Socorro.



Fuente: Datos CEDIT LTDA.

Como indicadores resultado de la atención en salud, para el primer semestre de 2016, en promedio, el 88% de pacientes presentaron control de su HTA, el 100% presentó vigilancia de eventos adversos (n=3), y una tasa de satisfacción del 97,2%, alcanzo satisfacción total de la población en 2 períodos mensuales consecutivos.

CEDIT se propone seguir las pautas de la GPC ERC, 2016, para sus pacientes hasta el momento de ser ingresados al programa de nefroprotección de su entidad de salud.

Los datos del país respecto a la ERC y TRR, la exaltación del Estado en cuanto a la necesidad de programas de seguimiento en la población a riesgo y la estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), que en su componente de auditoría propone el mejoramiento de la calidad de los procesos de atención en salud, según normas técnico científicas previamente definidas, inducen a CEDIT LTDA al mejoramiento continuo para llegar a ser centro de referencia.

Por todo lo anterior, la necesidad de contar con políticas para asegurar la salud con calidad humana de los usuarios, llevan a plantear el problema que se quiere solucionar a través de este trabajo:

¿Cuáles son los lineamientos para implementar la política de “seguimiento al paciente egresado del programa de diálisis en la Unidad Renal CEDIT LTDA, sede Socorro, Santander, cuando ha recuperado su función renal”?

3. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta que alrededor del 83% de la población mundial vive en los países en desarrollo, los efectos clínicos y socioeconómicos de la ERC pueden ser mayores para la salud pública (5). Colombia, no ajena a la tendencia mundial de la ERC, a partir del año 2010, implementa los reportes a la Cuenta de Alto Costo (CAC) y genera las estadísticas de la ERC en el país. A partir de la Resolución 2463 del 2014, para 2015 se ha podido contar con un informe más completo, en el cual se incluye los aspectos demográficos, clínicos y de gestión del riesgo de la ERC, aunque no se cuenta aún con datos económicos al respecto. Es de resaltar que como lo consigna el informe no se cuenta con políticas establecidas de seguimiento y protección de la población a riesgo en TRR. (6).

El CEDIT, en su visión de convertirse en líder en la atención de enfermedad renal a corto plazo mantiene estándares de calidad. Ahora bien, a fin de llegar a ser centro de referencia a nivel nacional, cuenta con esquemas de seguimiento de sus pacientes activos aunque no cuenta con pautas para aquellos que han sido dados de alta (7). Se destaca que bajo una política institucional de mejoramiento continuo se promueven procesos que tiendan a elevar la calidad de su atención, por lo cual el desarrollo del presente trabajo cuenta con el apoyo de la dirección de la institución.

El CEDIT, según el reporte de la CAC-2015, presenta indicadores de diálisis en adultos, donde muestra 25% de pacientes prevalentes con HD con catéter, con niveles de albúmina en riesgo medio para $HD \geq 4,0$ y $DP \geq 3,5$. En tanto que la dosis (k/tv), la hemoglobina y el fósforo se encuentran controlados, como lo muestra la (2). Por tanto, estos parámetros son muy importantes para el seguimiento también de los pacientes que egresan por recuperación de la función renal (RFR).

En la actualidad, el CEDIT sede Socorro, como proceso de alta de sus pacientes realiza el egreso de acuerdo a diferentes motivo: evento muerte, trasplante, recomendación médica, y no cuenta con un programa de seguimiento al paciente en alta para TRR con RFR (quien continúa con ERC de base), que comprometa el cumplimiento de los indicadores para evaluar los resultados clínicos de pacientes en programas de nefroprotección, incluyendo estadio 5 de ERC sin terapia dialítica (8). Respecto a la atención de pacientes una vez han sido prescritos para no recibir TRR, se plantea la necesidad, que la percepción de paciente sano, muchas veces mueve a que el paciente no continúe de forma constante, con el seguimiento de su ERC.

Figura 10. Indicadores de diálisis en adultos según Institución Renal. Colombia, 2015

IPS	% Pacientes prevalentes en HD con catéter	Dosis k/v		Hemoglobina (g/dl)		Albumina (g/dl)		Fosforo (mg/dl)	
		HD=1,2	DP>=1,7	HD=10	DP>=10	HD=4,0	DP>=3,5	HD<6,0	DP<6,0
Estándar	> 20	< 60	< 60	< 60	< 60	< 20	< 20	< 60	< 60
	10 - 20	60 - 80	60 - 80	60 - 80	60 - 80	20 - 40	20 - 40	60 - 80	60 - 80
	< 10	> 80	> 80	> 80	> 80	> 40	> 40	> 80	> 80
CAN 2005	37,5	100,0	83,9	83,9	92,9	71,4	73,2	80,9	80,4
CEDIT LTDA	25,0	82,1	83,9	83,5	92,9	35,2	18,8	80,9	80,4
CENTRO DE DIALISIS SANTA MARGARITA	74,4	100,0	74,4	74,4	77,4	100,0	100,0	100,0	100,0
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	32,3	90,4	97,7	92,4	90,7	40,9	62,8	85,4	58,1
CENTRO SALUD DE LA GUAJIRA	83,3	25,0	8,3	8,3	100,0	58,3	41,7	89,0	82,3
CLINICA COLOMBIANA DEL RIÑON S.A	12,5	100,0	100,0	81,3	100,0	56,3	100,0	56,3	100,0
CLINICA LOS FARALLONES			0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
CLINICA MEDILASER S.A.	42,3	55,2	49,0	74,1	68,6	59,7	76,5	75,1	88,2
CLINICA REINA SOFIA	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA	45,5	36,4	0,0	63,6	45,5	0,0	90,9	90,9	100,0
COLOMBIANA DE TRASPLANTES	0,0	100,0	0,0	60,0	100,0	40,0	0,0	100,0	100,0
COEEMSSANAR IPS	24,3	82,1	79,4	86,0	79,4	80,4	85,3	77,6	70,6
DAVITA	34,6	86,0	90,4	79,3	78,5	47,6	64,3	89,0	82,3
DIALY-SER	34,1	94,5	78,4	82,7	85,9	62,2	67,8	85,7	81,3
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA	66,7	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
FMC	22,8	94,6	83,4	81,5	82,3	55,5	64,4	90,1	84,3
FUNDACION ANDINA	27,0	76,5	80,0	79,0	90,0	37,5	60,0	84,5	90,0
FUNDACION CLINICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR	23,5	100,0	0,0	64,7	58,8	0,0	76,5	76,5	100,0
FUNDACION RENAL	45,5	64,7	62,7	73,8	64,4	52,3	61,0	86,0	71,2
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	37,5	87,5	61,5	76,6	76,9	67,2	84,6	76,6	69,2
GLOBALEX COLOMBIA			53,8	92,3	92,3	61,5	92,3	92,3	92,3
HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	41,2	86,3	0,0	66,7	43,1	76,5	76,5	76,5	100,0
HOSPITAL DE KENNEDY	66,7	79,6	40,0	63,9	80,0	54,4	60,0	88,4	60,0
HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.	74,7	62,6	50,0	71,4	50,0	25,3	50,0	84,6	50,0
HOSPITAL PABLO TOBON URIBE			0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	10,3	74,1	100,0	48,3	42,1	50,0	57,9	96,6	88,5
INSTITUTO DEL RIÑON DE CORDOBA S.A.	16,2	89,7	81,8	80,9	72,7	4,4	18,2	95,6	90,9
INSTITUTO DEL RIÑON DE SUCRE	25,2	93,7	75,9	86,6	86,2	16,5	37,9	99,2	82,8
INSTITUTO MEDICO DE ESPECIALISTAS FUNDADORES	13,1	96,3	78,6	93,5	78,6	59,8	71,4	82,2	85,7
INSTITUTO NEFROLOGICO DEL CHOCHO	83,3	100,0	100,0	50,0	0,0	66,7	100,0	100,0	100,0
IPS - UNI PAMPLONA	30,1	89,2	88,6	68,8	77,3	53,8	70,5	88,2	77,3
IPS CLINICA DE LA COSTA LTDA	0,0	50,0	0,0	50,0	100,0	0,0	50,0	50,0	100,0
MEDIALCO UNIDAD RENAL	22,4	87,8	77,6	77,6	67,3	98,0	98,0	98,0	98,0
NEFRODIAL LTDA	35,0	72,5	14,3	70,0	85,7	12,5	28,6	77,5	100,0
NEFROMED	26,9	78,8	56,0	81,7	80,0	36,5	52,0	87,5	84,0
NEFROSERVICIOS LTDA	25,0	93,8	50,0	50,0	50,0	81,3	50,0	96,3	100,0
NEFROUROS	11,1	85,4	72,4	84,7	65,5	54,2	72,4	89,9	79,3
NEFROVIDA S.A.S. FLORENCIA	53,8	76,9	0,0	73,1	7,7	92,3	92,3	92,3	92,3
PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES LTDA	41,5	93,8	81,5	81,5	58,5	70,8	70,8	70,8	70,8
RTS	19,3	92,1	88,5	85,3	85,7	56,6	67,5	85,5	79,5
SALUD RENAL S.A	68,5	80,9	50,0	73,0	100,0	60,7	100,0	66,3	50,0
SES SALUD LTDA	43,9	60,5	33,3	68,4	66,7	19,3	0,0	80,7	66,7
UNIDAD RENAL ALIANZA MEDICA INTEGRAR SAS - AMI	45,7	96,0	100,0	86,1	100,0	66,2	0,0	81,5	0,0
UNIDAD RENAL DEL MAGDALENA	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	33,3
UNIDAD RENAL SANITAS	25,4	93,9	75,0	88,6	89,1	65,8	65,6	85,1	81,3
USSER S.A.S.	18,0	78,7	61,5	89,9	69,2	14,6	30,8	88,8	100,0
Total general	26,5	89,6	85,0	81,6	83,6	53,0	65,1	87,2	81,3

Fuente: Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

La idea de proponer los lineamientos para el seguimiento de los pacientes dados de alta del programa de TRR por RFR, busca definir un proceso de manejo integral de atención en salud, por parte de CEDIT Socorro, soportado en el equipo interdisciplinario con que se cuenta, a través de intervenciones individuales y grupales, para la prevención y control de complicaciones propias de la enfermedad de base y prevenir costos directos e indirectos de la ERC.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer los lineamientos para un programa de seguimiento de los pacientes que egresan del programa de diálisis de la Unidad Renal CEDIT LTDA, en el municipio de Socorro, Santander, por recuperación de la función renal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar modelos y/o componentes del seguimiento de pacientes con enfermedad renal crónica que garantizan mejor calidad de vida.

Plantear el programa de manejo integral de atención en salud del paciente egresado del programa de diálisis de la Unidad Renal CEDIT LTDA, en el municipio de Socorro Santander, por recuperación de la función renal, con base en las guías del Ministerio de Salud de Colombia.

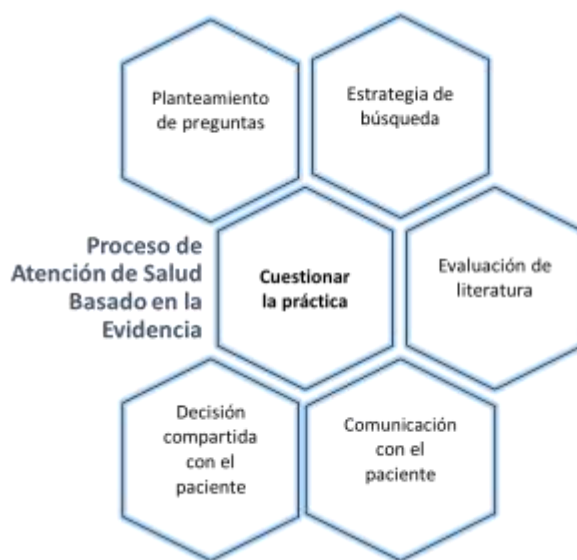
Establecer las pautas para la implementación de los lineamientos para el seguimiento al paciente que egresa del programa de diálisis de la Unidad Renal CEDIT LTDA, en el municipio de Socorro, Santander, por recuperación de la función renal.

5. METODOLOGÍA

Para el planteamiento del programa de seguimiento al paciente egresado de diálisis por RFR, razón de la presente monografía, se realizó un proceso de revisión de la literatura científica y revisión documental de políticas públicas nacionales, regionales y locales con relación al abordaje de la ERC, de tal forma que la propuesta se fundamente en la práctica de la salud basada en evidencia.

El programa de seguimiento se propone cuestionar la forma como debe realizar la práctica el grupo interdisciplinario que atiende al paciente egresado de diálisis por RFR, de tal manera que con uso de estrategias de búsqueda, evaluación de literatura y comunicación con el paciente se alcancen los mejores resultados.

Figura 11. Proceso de atención en salud basada en evidencia



Fuente: Adaptada de García, C y Dávalos, ML. Atención a la Salud Basada en Evidencia (ASBE), Gaceta CENETEC, 2009 Vol. 12 (10).

La metodología planteada para el presente trabajo incluye:

1. Revisión Documental.

- Recolección de información desde fuentes primarias, mediante búsqueda de artículos científicos que tengan como tema el seguimiento de pacientes egresados de programas de terapia de reemplazo renal. Se usan como palabras clave para la búsqueda: seguimiento, egreso y terapias de reemplazo renal.

- Recolección de información desde fuentes secundarias. Se exploran las políticas públicas nacionales, regionales y locales, bajo las cuales se debe regir el cuidado de la salud.

2. Identificación de programas de nefroprotección. Se realiza búsqueda web para la identificación de programas de protección a pacientes con enfermedad renal y se realiza el análisis del contenido temático de la información recolectada

3. Identificación de las acciones básicas a realizar a los pacientes. Se revisa la existencia de guía de la práctica clínica con tema central de enfermedad renal crónica que sea producidas por el Ministerio de Salud en Colombia

4. Taller con el equipo interdisciplinar. Con el objetivo de obtener apoyo para la planteamiento del programa de seguimiento, se expone el trabajo proyectado y se realizan dos talleres con el equipo encargado de atender el paciente en el programa de diálisis.

Cuadro 3. Taller Equipo Interdisciplinar CEDIT LTDA - Sede Socorro

#	Actividad	Responsable	Resultado
1	Presentación del trabajo de monografía en curso	Coordinadora CEDIT LTDA	Reconocimiento del trabajo de monografía por parte del personal del programa
2	Entrega GPC ERC, 2016	Coordinadora CEDIT LTDA	Reconocimiento nueva normatividad del MinSalud
3	Mesa de Trabajo No. 1	Nefróloga CEDIT LTDA	Reconocimiento de las actividades por cada profesional, según GPC ERC, 2016
4	Mesa de Trabajo No. 2	Nefróloga CEDIT LTDA y Coordinadora CEDIT LTDA	Planteamiento de las actividades por cada profesional para el seguimiento del paciente

5. Elaboración de lineamientos. Para la elaboración del programa de seguimiento se plantean las acciones para búsqueda y atención clínica del paciente de acuerdo a GPC colombiana.
- Planteamiento del proceso y flujograma de atención integral del paciente
 - Resumen del lineamiento
 - Sujeto, tiempo y acciones a realizar

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO CONCEPTUAL

6.1.1 Conceptos de Enfermedad Renal Crónica. En algún momento recibió el nombre de insuficiencia renal crónica, y como se mencionó en un capítulo anterior, se caracteriza por una TFGe $<60 \text{ mL/mln}/1,73 \text{ m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por más de 3 meses. El diagnóstico de ERC establecido mediante evidencias de daño renal (período mínimo de 3 meses), puede ser definido por alteraciones persistentes o marcadores de daño renal, tales como (13,14):

- Alteraciones urinarias (albuminuria, micro-hematuria)
- Anormalidades estructurales detectadas a través de imágenes
- Enfermedad renal genética (riñones poliquísticos)
- Anormalidades detectadas mediante histología
- Anormalidades del sedimento urinario
- Historia de trasplante de riñón

Desde hace más de una década ya era considerada enfermedad catastrófica, emergente, con altos costos, alta mortalidad y recursos limitados, considerada la segunda enfermedad que provoca el mayor número de años de vida perdidos y con una tasa en ese momento, en los países en desarrollo, de 150 pacientes por millón de habitantes, la cual presentaba un incremento superior del 9% anual (15).

En la actualidad, para clasificar la ERC, se recomienda realizarlo con base en la causa, la categoría de la estimación de la tasa de filtración glomerular y la categoría de la albuminuria.

- **Tasa de Filtración Glomerular (TFG).** Medida del volumen de líquido procesado por el sistema renal en un tiempo determinado o la filtración sanguínea realizada por el glomérulo (una parte del riñón), con el objetivo de eliminar los desechos de la sangre. La pared del glomérulo deja pasar únicamente las más pequeñas moléculas (inferiores a 8 nanómetros de diámetro) y sólo las que tienen carga positiva. Las grandes moléculas y las que tienen carga negativa se quedan en la circulación sanguínea. Las moléculas filtradas por el glomérulo después son eliminadas del organismo a través de la orina.

Se recomienda utilizar la TFG a partir del resultado de la creatinina sérica y una ecuación para el cálculo de la tasa de filtración y no sólo la concentración de creatinina sérica. En adultos se puede utilizar la ecuación de creatinina CKD-EPI 2009.

CKD-EPI 2009

Ecuación para creatinina:

$$141 \times \min(\text{SCr}/k, 1)^\alpha \times \max(\text{SCr}/k, 1)^{-1,209} \times 0.993^{\text{Edad}} [\times 1,018 \text{ si es mujer}]$$

$$[\times 1,159 \text{ si es de raza negra}]$$

Donde:

SCr = creatinina sérica (en mg/dl)

k = 0,7 para mujeres y 0,9 para hombres

α = -0,329 para mujeres y -0,411 para hombres

mín = mínimo de SCr/k o 1

máx = máximo de SCr/k o 1

El detalla la fórmula para cada uno de las posibles combinaciones entre el género y los niveles de creatinina sérica.

Cuadro 4. Ecuación CKD-EPI 2009, por sexo y nivel de creatinina sérica

Sexo	Creatinina sérica (SCr)	Ecuación para estimar tasa de filtración glomerular
Mujer	≤0,7 mg/dl (≤62 μmol/l)	$144 \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,329} \times 0,993^{\text{Edad}}$ [x1,159 si es de raza negra]
	>0,7 mg/dl (>62 μmol/l)	$144 \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,209} \times 0,993^{\text{Edad}}$ [x1,159 si es de raza negra]
Hombre	≤0,9 mg/dl (≤80 μmol/l)	$141 \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,411} \times 0,993^{\text{Edad}}$ [x1,159 si es de raza negra]
	>0,9 mg/dl (>80 μmol/l)	$141 \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,209} \times 0,993^{\text{Edad}}$ [x1,159 si es de raza negra]

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

A continuación se describen las categorías para la TFG de acuerdo a los resultados derivados de la ecuación:

Cuadro 5. Categorías Tasa de Filtración Glomerular en Enfermedad Renal Crónica (KDIGO 2012)

Categoría TFG	TFR (mL(min/1,73m ²))	Términos
G1	≥ 90	Normal o alta
G2	60 - 89	Disminución leve
G3a	45 - 49	Disminución leve a moderada
G3b	30 - 44	Disminución moderada a severa
G4	15 - 29	Disminución severa
G5	< 15	Falla renal

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

- **Albuminuria.** Presencia de albúmina en la orina. La albuminuria refleja un problema renal que provoca el paso de estas proteínas a la orina, cuando normalmente deberían permanecer en la sangre y estadifica la ERC así:

Cuadro 6. Categorías de albuminuria en Enfermedad Renal Crónica (KDIGO 2012)

Categoría	AER	ACR equivalente aproximado		Términos
	(mg/24horas)	(mg/mmol)	(mg/g)	
G1	< 30	< 30	< 30	Normal a incremento moderado
G2	30 - 300	3 - 30	30 - 300	Incremento moderado
G3a	>300	>30	>300	Incremento severo

AER, tasa de excreción de albúmina; ACR, relación albúmina creatinina; ERC, enfermedad renal crónica.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

En el caso en estudio de la enfermedad renal crónica, se agrupan en categorías de riesgo las categorías de la tasa de filtración glomerular y de albuminuria con riesgo relativo similar en términos de desenlaces de la enfermedad renal crónica, de manera que se estadifica la ERC en categorías como se muestra en la.

Figura 12 Pronóstico de la enfermedad renal crónica, por Categorías de TFG y de Albuminuria (KDIGO 2012)

Pronóstico de la enfermedad renal crónica, por Categorías de TFG y de Albuminuria: KDIGO 2012				Categorías de albuminuria persistente		
				Descripción y rango		
				A1	A2	A3
				Normal a incremento leve	Incremento moderado	Incremento severo
				< 30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorías TFG (ml/min/1,73 m ²) Descripción y rango	G1	Normal o alto	≥90			
	G2	Disminución leve	60-89			
	G3a	Disminución de leve a moderada	45-59			
	G3b	Disminución de moderada a severa	30-44			
	G4	Disminución severa	15-29			
	G5	Falla renal	<15			

Verde: riesgo bajo (si no hay otros marcadores de enfermedad renal, no hay enfermedad renal crónica); Amarillo: riesgo mayor moderado; Naranja: riesgo alto; Rojo: riesgo muy alto. TFG: tasa de filtración glomerular.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

6.1.2 Conceptos de Terapia de Reemplazo Renal. Término usado para abarcar los tratamientos de soporte vital para la lesión renal aguda o ERC en fase terminal. Incluye: hemodiálisis, hemofiltración, diálisis peritoneal y el trasplante renal. (14)

- **Diálisis Peritoneal.** Técnica que permite sustituir a los riñones cuando ya no pueden realizar su trabajo en caso de una insuficiencia renal muy avanzada, sirve para filtrar la sangre de los desechos normalmente excretados por los riñones antes de reinyectarla de nuevo en la circulación y de controlar el volumen de los líquidos corporales, consiste en utilizar el peritoneo como un filtro y la puede realizar en el hogar el propio paciente. Se puede interrumpir cuando se le realiza un trasplante de riñón al paciente.

- **Diálisis Peritoneal.** Técnica que permite sustituir a los riñones cuando ya no pueden realizar su trabajo en caso de una insuficiencia renal muy avanzada, sirve para filtrar la sangre de los desechos normalmente excretados por los riñones antes de reinyectarla de nuevo en la circulación y de controlar el volumen de los líquidos corporales, consiste en utilizar el peritoneo como un filtro y la puede realizar en el hogar el propio paciente. Se puede interrumpir cuando se le realiza un trasplante de riñón al paciente.
- **Hemodiálisis.** Proceso de eliminación de toxinas y exceso de fluidos de la sangre y los tejidos haciendo circular de forma continua la sangre a través de un filtro. El filtro, conocido como dializador o riñón artificial, se utiliza con una máquina que hace las funciones del riñón. La cantidad de sangre que circula en un momento a través del dializador es menos de la que cabría en una taza. Se realiza normalmente en centros de diálisis donde enfermeras llevan a cabo el tratamiento de diálisis o se realiza en casa con la ayuda de un acompañante.
- **Trasplante Renal.** Es la terapia de elección para el tratamiento de la ERC estadio 5. Mejora la calidad de vida al prescindir de la dependencia de la diálisis y de las dietas rigurosas, aumenta la supervivencia de los pacientes y es el tratamiento más económico cuando se compara con la diálisis. Es un procedimiento rutinario y su aplicabilidad viene limitada por la disponibilidad de riñones en relación con la demanda creciente de pacientes que lo necesitan.

6.2 MARCO LEGAL

En Colombia, el estado ante su compromiso de salvaguardar la salud de la población, como principio fundamental de la constitución política del país, establece un conjunto de metas, a través de políticas para la prestación de servicios de salud. Dentro de la normatividad aplicable en el caso concreto de la

ERC se cuenta marcos legislativos desde el derecho a la salud, hasta guías de la práctica clínica.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA 1991

En su artículo 49, hace referencia a la atención de salud a cargo del Estado y se garantiza a todos el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud y ejercer su vigilancia y control. La organización es de forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad, así mismo destaca que cada persona debe procurar el cuidado integral de la salud y la de la comunidad (17).

LEY 100 DE 1993

Regula la creación del sistema de seguridad social integral (SSSI) para garantizar los derechos de las personas y comunidades a tener calidad de vida acorde con la dignidad humana. Decreta el desarrollo progresivo de la seguridad social, y garantiza los habitantes del país cobertura, como prestación de un servicio público obligatorio, esencialmente en salud. El SSSI se entiende como el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que garantice a los afiliados al sistema la debida organización y prestación del servicio público de salud, mediante un plan obligatorio, con atención de urgencias en todo el país, con libre escogencia de la entidad promotora de salud y la participación de los afiliados en todas las instancias de asociación o veeduría al SGSSS (18).

DECRETO 1011 DE 2006

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el objetivo suministrar servicios de salud accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, mediante el balance entre beneficios, riesgos y costos, que permita lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Integrado por cuatro componentes: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en

Salud, este último importante para la planeación y preparación, elementos del proceso de organización y autoevaluación de los lineamientos del presente trabajo, que contribuye en los procesos de mejoramiento de la entidad (19)

DECRETO 2699 DE 2007

Crea la Cuenta de Alto Costo (CAC), bajo la cual se administrarán financieramente los recursos económicos destinados a la atención de enfermedades ruidosas y catastróficas, procurando con ello su detección temprana y atención. Se establece la periodicidad, forma y contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en cuanto a tasas de prevalencia, incidencia, costo de la atención y población obligada a compensar por estas enfermedades. En años recientes, a través de la CAC se han acordado los indicadores mínimos en el SGSSS que son las medidas que deberán aplicarse en las unidades renales para el seguimiento de sus pacientes y poder comparar entre estas los resultados clínicos que obtienen a partir de la información que reportan a las aseguradoras (20).

LEY 1438 DE 2011

Esta ley propende por el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud, con servicios de mejor calidad, incluyente y equitativo. Se unifica el Plan de Beneficios, la universalidad y la garantía de prestación de beneficios en cual parte del país.

Describe los principios del SGSSS entre los que se cuentan la igualdad, obligatoriedad, calidad, eficiencia y la prevención a tener en cuenta para la aplicabilidad y objetivo del presente trabajo y determina que al Ministerio de Salud le corresponde la rectoría en el proceso de la construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (21).

RESOLUCION 1841 DE 2013

Este decreto promulga la adopción, implementación, ejecución, monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, que debe ser de cumplimiento obligatorio para el SGSSS y del Sistema de Protección Social El PDSP se sustenta y se articula en normas y políticas nacionales e internacionales y se construye con base en la mejor evidencia científica existente en la literatura nacional e internacional respecto a las intervenciones y estrategias que logran beneficios, y simultáneamente con el aporte obtenido de una amplia participación ciudadana y comunitaria nacional, sectorial e intersectorial (22).

RESOLUCION 2463 DE 2014

Establece el reporte, estructura y fecha de información a la CAC para la recopilación y consolidación de información de la ERC y sus precursores como HTA y diabetes mellitus, por medio magnético y que debe enviarse a más tardar veinte (20) días calendario antes de las fechas estipuladas (30 de agosto del año de reporte), con reporte del período entre 1 de julio del año anterior y 30 de junio del año de reporte (23).

RESOLUCION 0429 DE 2016

Establece el marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud, para transformar el modelo de atención establecido en la Ley 100 de 1993. Se presenta el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que determina las prioridades de atención a largo plazo, propone un sistema de salud centrado en las personas, con estrategias desde la atención primaria con enfoque familiar y comunitario, el cuidado de la salud, la gestión integral del riesgo y un enfoque diferencial. promueven los equipos multidisciplinarios de salud (EMS) para liderar el cuidado, a nivel personal y familiar, garantizando la continuidad, cuidado y seguimiento a los procesos y rutas integrales de atención hasta la modalidad de

atención especializada, de acuerdo al riesgo. Promueve el autocuidado desde diferentes acciones (higiene, nutrición, estilo de vida, estrés, uso tecnología, etc.).

En la gestión del riesgo se incluye reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad, desde un componente colectivo, con intervenciones basadas en la evidencia, y un componente individual bajo responsabilidad del asegurador con análisis de factores biológicos, determinantes sociales, estilo de vida; e incluye acciones orientadas al manejo integral de la enfermedad y al manejo de la prevención terciaria para enfermedad crónica (24).

7. ANTECEDENTES PARA EL PLANTEAMIENTO DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EGRESADO DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS CEDIT LTDA, POR RECUPERACION DE LA FUNCIÓN RENAL

7.1 PROGRAMAS DE NEFROPROTECCIÓN

7.1.1 Modelo de prevención y control de la ERC del Ministerio de Salud, Colombia. El modelo planteado desde el Ministerio de Salud, dentro del componente para frenar la progresión de la ERC, propone la atención separada en dos grupos: estadio 1 y 2 y atención integral para la ERC estadios 3 a 5. Bajo los principios de garantía de derechos, desarrollo del proceso de manejo en sociedad con el paciente y educación y empoderamiento, con participación activa del paciente e incluye seguimiento activo del usuario, búsqueda activa por incumplimiento del paciente.

Su objetivo es el retardar la progresión de ERC, comorbilidades, manejo de complicaciones, principalmente.

En resumen, los programas de nefroprotección conciben:

- Manejo interdisciplinar: Nefrología, medicina general, nutrición, enfermería, trabajo social y psicología
- Seguimiento específico por estadio

Se realizó una búsqueda en internet de programas de nefroprotección que siguen instituciones de salud en Colombia, utilizando palabras clave de búsqueda “protección renal”, “nefroprotección”, “enfermedad renal” y “Colombia”. A continuación se describen las pautas que siguen aquellos expuestos públicamente en la web.

7.1.2 E.S.E Hospital General de Medellín (HGM). El Programa de Protección Renal del HGM tiene como objetivo la intervención temprana en la ERC y se orienta a prevenir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones, diálisis y falla renal terminal. Mediante un manejo estricto e integral con un grupo interdisciplinario y con un seguimiento permanente de nefrología, medicina general, nutrición, enfermería, trabajo social y psicología; además de laboratorio clínico especializado, imágenes diagnósticas y servicio farmacéutico. Se basa en las guías internacionales KDIGO para impactar en la potencial reversibilidad y el pronóstico de la enfermedad.

7.1.3 EPS SURA. Guías de abordaje y seguimiento. Paciente con sospecha y diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica. Dentro de las Guías de Atención Integral de la EPS Sura, se encuentra la de ERC. La ficha orienta la gestión y el manejo de los pacientes con riesgo vascular y algunas de sus comorbilidades y complicaciones, pero, todo paciente debe tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares. La ficha se basa en consultas bibliográficas confiables provee información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición (agosto 2012). Muestra la captación desde el programa de riesgo cardiovascular y consulta externa y muestra los resultados de laboratorio bajo los cuales es necesario la búsqueda, seguimiento y evaluación de la ERC. Muestra los seguimientos por mes de acuerdo al estadio 1 a 4 del paciente, en cuanto a exámenes, atención médica, nutrición y medicamentos. Incluye en su programa la atención de nutricionista.

7.1.4 Programa de Protección Renal ENDOSALUD DE OCCIDENTE – IPS. El programa de PROTECCIÓN RENAL, incluye el desarrollo de un modelo de atención, guías de manejo clínico, para alcanzar un impacto positivo en la salud de los pacientes con ERC, con un contenido costo-efectivo y lograr eficiencia en el

manejo de los recursos, bajo las particularidades del SGSSS.

Con el objetivo de retrasar el deterioro de la función renal y mejorar la calidad de vida, el programa con un tratamiento integral que incluye ejercicio, nutrición, educación y medicamentos, cuenta con profesionales como Nefrólogo Líder del Programa, Médico Gestor, Enfermero Líder, Psicólogo, Nutricionista y Trabajadora Social. Además se cuenta con el apoyo de profesionales educadores en salud, encargados de garantizar la adherencia y compromiso de los pacientes hacia el programa, a través de charlas educativas, talleres, grupos de apoyo, visitas domiciliarias, entre otras.

El programa brinda oportunidad de acceder a los servicios de salud a residentes de veredas y corregimientos a través de una Unidad Móvil Terrestre de Salud que cuenta con consultorios con elementos y recursos para la atención en salud de primera necesidad y la más alta tecnología. Finalmente, el Programa, rompe las barreras del espacio y tiempo con consulta médica con especialista a través de telemedicina.

7.2 CARACTERÍSTICAS A IMPLEMENTAR EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO CEDIT

La propuesta del programa tiene como punto de referencia el uso de la promoción de la salud basada en la evidencia, como estrategia la atención integral y la educación como herramienta primordial (24), por tal razón su fundamento es la GPC ERC, 2016.

Como puntos fundamentales se tienen:

- Búsqueda activa del paciente

- Manejo interdisciplinar
- Educación, adherencia y empoderamiento del paciente
- Periodicidad de seguimiento, según estadio del paciente

Además de la intervención del equipo interdisciplinar debe tener como estrategia fomentar el autocuidado con el fin de generar cambios positivos en la calidad de vida del paciente.

Los lineamientos a continuación pretenden la estandarización del seguimiento de los pacientes que han sido dados de alta del programa de diálisis, por medio de la integralidad y el autocuidado; dado que se recomienda considerar en riesgo creciente de enfermedad cardiovascular a todas las personas con ERC (14).

La integralidad de este programa se debe entender como el trabajo interdisciplinar de los profesionales en salud y que propende la evaluación y tratamiento del individuo como un sistema.

8. LINEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y TECNICOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EGRESADO DE DIALISIS POR RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL

8.1 ANTECEDENTES

Las razones de egreso de programas de diálisis, pueden ser:

- A. Por fallecimiento del paciente
- B. Por trasplante renal.
- C. Por recuperación de la función renal, quedando categorizados dentro de cualesquiera de los estadios de la Enfermedad Renal Crónica (1, 2, 3A, 3B ó 4).

Los pacientes identificados en el grupo C son aquellos susceptibles u objeto de realizar un seguimiento luego de haber egresado de un programa de TRR de diálisis.

POBLACIÓN OBJETO CEDIT

A 2016, La población que ha recibido TRR de diálisis en CEDIT LTDA, sede Socorro y que ha egresado del programa, durante el período 2015-2016, han sido en total 11 pacientes. Tan solo uno de ellos ha egresado por haber recibido trasplante renal y los demás han sido por recuperación de la función renal.

En cuanto a los pacientes egresados por recuperación de la función renal, la mayoría procedía del área rural, con vinculación al sistema de salud subsidiado y la mayor parte de género femenino. En cuanto a la edad, la población presentó un

promedio de 69 años, con rango entre 45-79 años, aunque tan solo uno de ellos era menor de 60 años

Por lo tanto, para CEDIT LTDA, la población objeto hacia la cual están dirigido los lineamientos planteados, según el histórico ha sido de diez pacientes, a continuación se describe dicha población.

Tabla 3 Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes egresados del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal, durante el período 2015, 2016.

Característica	Frecuencia	%
Hombres	4	40
Procedencia Rural	5	50
Régimen Subsidiado	9	90
Edad		
Mayor de 60 años	9	90
Estadío		
Tres	5	50
Cuatro	5	50

8.2 INTRODUCCIÓN

Los lineamientos para el seguimiento del paciente, como consecuencia del egreso del programa de diálisis por recuperación de la función renal CEDIT LTDA, se proponen como un documento que integra y describe el conjunto de acciones planificadas y organizadas para el desarrollo del proceso de atención que, en el marco de la asistencia interdisciplinario prestada a los pacientes de la institución, garantice y promueva un estado de salud, prevenga el progreso de su ERC o amenaza de su vida, y propenda por el bienestar de quien ha sido dado de alta de esta terapia de reemplazo renal.

Para la aplicación del presente lineamiento se debe tener en cuenta que los mismos se derivan de la atención que debe recibir un paciente con ERC estadio 1 a 4, según la GPC ERC, 2016 para Colombia y se toma como premisa que el paciente en un período de 6 meses pos-egreso de TRR de diálisis, estará incluido en el programa de nefroprotección de la EPS en la cual se encuentre recibiendo servicios de salud.

Por tanto, este capítulo consta de cuatro partes, la primera y segunda relacionan los referentes y generalidades, la tercera y cuarta la organización del seguimiento de los pacientes.

El programa de seguimiento de los pacientes egresados de diálisis por recuperación de la función renal, se fundamenta en la GPC ERC, 2016, en período de lanzamiento y promoción para su uso desde el Ministerio de Salud de Colombia.

8.3 CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS

El egreso de un paciente de la TRR de diálisis, con lleva, entre otros, a evitar el inicio o progreso de la ERC, que le pueda conducir a recaer de nuevo en la necesidad de la TRR. El progreso de ERC y las consecuencias en calidad de vida y costos para el sistema de salud, ha generado la necesidad de contar con un control adecuado, por esta razón el Ministerio de Salud propone el uso de Guías de la Práctica Clínica para propender por el cuidado adecuado de la salud, basado en la evidencia.

CEDIT LTDA, adopta los conceptos y recomendaciones establecidas en las GPC ERC, 2016 para proponer los lineamientos que pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con ERC egresados de diálisis por recuperación de la

función renal. Se hace observación que en cualquier caso todo paciente tendrá un manejo particular de acuerdo a sus condiciones individuales.

Se sugiere al personal de salud, complementar en los casos que considere necesario, con la referencia bibliográfica general de la GPC ERC, 2016 y la bibliografía particular incluida en la misma.

8.4 MARCO NORMATIVO

El cuadro a continuación presenta la información de las principales normas que involucra aspectos referentes a la atención de pacientes con ERC

Cuadro 7. Normatividad de Colombia que involucra atención del paciente con ERC

No.	Nombre	Fecha de Expedición	Tema que regula
1	RESOLUCION 1841 DE 2013	28 de mayo de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
2	RESOLUCION 2463 DE 2014	19 de junio de 2014	Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008 Establece el reporte, estructura y fecha de información a la CAC para la recopilación y consolidación de información de la ERC y sus precursores

8.5 OBJETIVO

Establecer los tiempos de atención y manejo de los profesionales para la atención del paciente egresado del programa de diálisis CEDIT LTDA, por recuperación de la función renal, para contribuir en el mejoramiento en la prestación de servicios

8.6 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

A continuación se presenta el diagrama general del proceso que se debe realizar para el seguimiento del paciente egresado del programa de diálisis por recuperación de la función renal y que será desarrollado en los lineamientos.

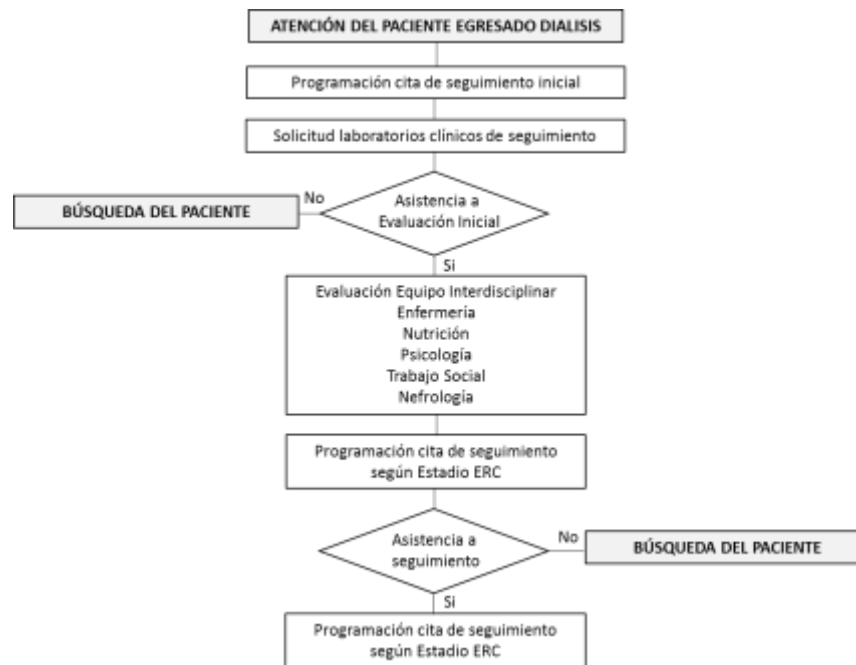
Se propone iniciar con la programación de una primera cita para seguimiento, la cual será prescrita por el especialista en nefrología y asignada por la persona encargada. Esta cita deberá estar acompañada por la correspondiente toma de laboratorios clínicos para seguimiento.

Si el paciente no asiste a la cita, se procede a la búsqueda del mismo, siguiendo el protocolo establecido para ello. Al asistir el paciente a la primera cita de seguimiento se realizará la evaluación por parte de los profesionales de enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y nefrología.

A concluir el primer seguimiento, se procede a programar nueva cita de acuerdo al estadio de ERC del paciente, como se describe a continuación:

- A. Estadio 1 y 2: Médico general con nuevos resultados de laboratorio tres meses después.
- B. Estadio 3 y 4: Laboratorios de seguimiento mensuales y médico general dos meses después.

Figura 13 Flujograma de atención del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.

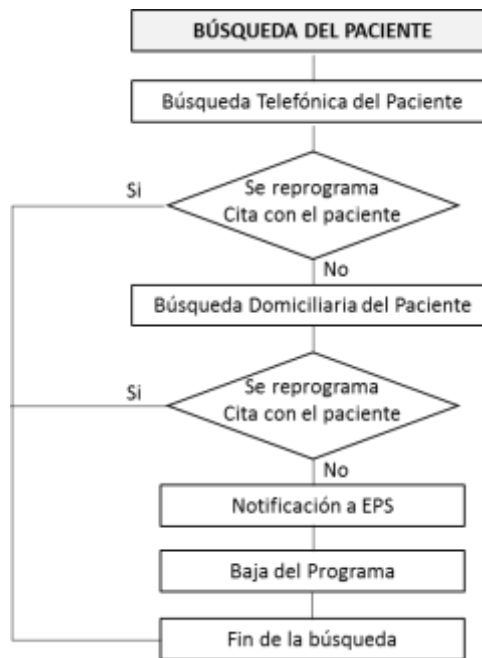


El proceso de búsqueda del paciente, inicia con una llamada telefónica a los números de contacto del paciente, del cuidador o familiar, incluidos en la historia clínica. Si esta llamada no tiene como resultado la programación de cita para el seguimiento, se procede a una búsqueda domiciliaria del paciente, cuidado o familiar, en la cual se espera poder programar cita de seguimiento. Si al final de dicha visita no se pudiese concretar una fecha para control del paciente, se procede a notificar a la EPS sobre el proceso realizado y se da de alta del programa de seguimiento por parte de CEDIT LTDA, Socorro.

En este proceso de búsqueda del paciente, es importante la intervención del profesional de Trabajo Social, quien se encargará de establecer la causa de no asistencia y las condiciones del paciente para trasladarse hasta la unidad renal. Posteriormente, este profesional expondrá el caso ante el grupo de profesionales que prestan atención en CEDIT LTDA, Socorro, quienes determinarán la

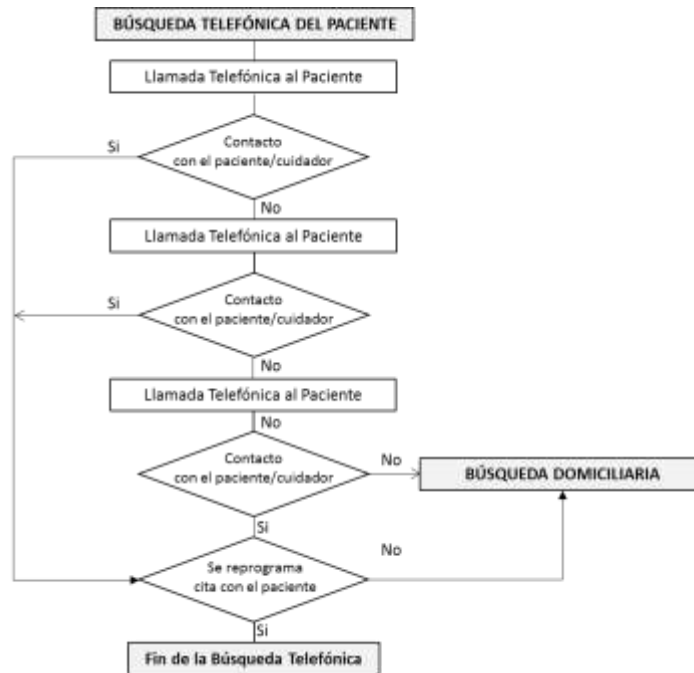
necesidad de desplazamiento del profesional pertinente (enfermería, nutrición ó médico general) de acuerdo a la condición prioritaria de atención que requiera.

Figura 14 Flujograma de búsqueda del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.



Como primer recurso para la búsqueda se cuenta con las líneas telefónicas de contacto del paciente, cuidador o familiar, por tanto para realizar la llamada correspondiente. Si se obtiene contacto con alguno de ellos, se procede a programar la cita de seguimiento, si no fuese posible se intentará hasta por tres veces para obtener respuesta, si al final no se obtiene respuesta positiva para programación de cita se procede a una búsqueda domiciliaria por parte de Trabajo Social.

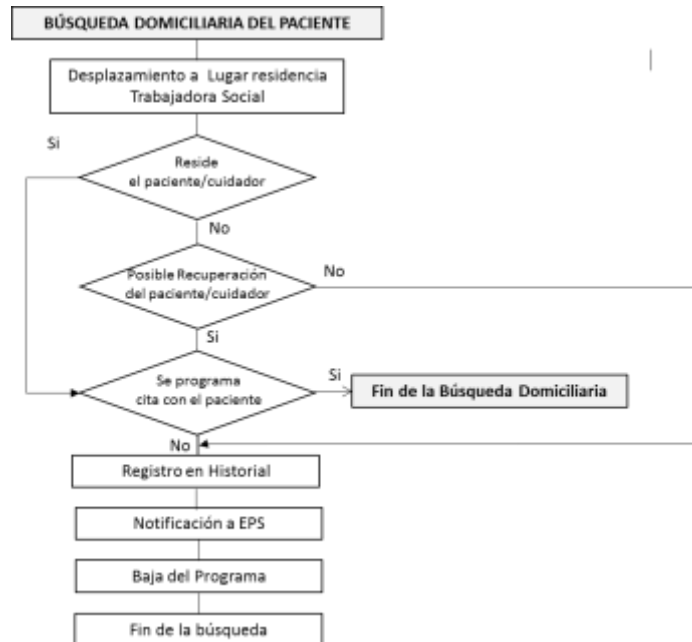
Figura 15 Flujograma de búsqueda telefónica del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.



La búsqueda domiciliaria se realizará en el domicilio registrado en la historia clínica del paciente y/o base de datos del programa y estará a cargo del profesional de Trabajo Social.

Si el paciente no reside en el lugar que indica, el profesional indagará en los alrededores de la dirección registrada para tratar de recuperar datos para contacto del paciente. Si no es posible obtener datos adicionales que lleven a encontrar el paciente, se realiza registro de la búsqueda, con notificación a la EPS correspondiente y se dará de alta al paciente en el programa de seguimiento por recuperación de la función renal.

Figura 16 Flujograma de búsqueda domiciliaria del paciente egresado del programa de diálisis, CEDIT LTDA Sede Socorro, por recuperación de la función renal.



8.7 PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO

Son considerados como *puntos de buena práctica clínica* que todo paciente con ERC en estadios avanzados debe ser evaluado en primer lugar para trasplante renal y luego si para diálisis.

Retomando el trabajo en equipo, se plantean las siguientes etapas para minimizar las dificultades e introducir cambios:

- Contacto del paciente en seguimiento con el equipo de salud de nefrología
- Educación del paciente por diversos medios
- Atención permanente a una comunicación adecuada
- Relevamiento y supervisión domiciliarias
- Reuniones grupales periódicas para revisar la evolución de los pacientes

Se destaca que cada una de las sugerencias y puntos tratados en este capítulo se derivan de la Guía de la Práctica Clínica, para la enfermedad renal crónica,

adoptada por el Ministerio de Salud de Colombia, en período de lanzamiento actualmente.

Figura 17. Grupo interdisciplinario de atención integral para el seguimiento al paciente egresado de diálisis (por RFR) del CEDIT LTDA, Socorro.



Los lineamientos respecto a la clasificación del paciente y la participación de cada uno de los profesionales que intervienen en la atención y seguimiento se describen en a continuación, todos ellos basados en las recomendaciones y sugerencias establecidas en las GPC para ERC de Minsalud, 2016

Figura 18 Remisión a servicio de especialista de los pacientes en seguimiento de ERC (KDIGO 2012)

				Categorías de albuminuria persistente		
				Descripción y rango		
				A1	A2	A3
				Normal a incremento leve	Incremento moderado	Incremento severo
				< 30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
				Categorías TFG (ml/min/1,73 m ²) Descripción y rango	G1	Normal o alto
G2	Disminución leve	60-89			Monitorizar	Referir*
G3a	Disminución de leve a moderada	45-59	Monitorizar		Monitorizar	Referir
G3b	Disminución de moderada a severa	30-44	Monitorizar		Monitorizar	Referir
G4	Disminución severa	15-29	Referir*		Referir*	Referir

Toma de decisiones para la remisión según tasa de filtración glomerular (TFG) y albuminuria. *Los médicos que hacen la remisión pueden desear discutirla con su servicio de nefrología dependiendo de los arreglos locales concernientes a la monitorización o a la remisión.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

De acuerdo a lo anterior, se estable la categorización del riesgo de los pacientes egresados de CEDIT LTDA, por recuperación de la función renal.

LINEAMIENTO	CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DE LA ERC
COMPONENTE	Clasificar el estadio en el que se encuentran los pacientes
ANTECEDENTES DE APLICACIÓN	Una vez el paciente ha egresado de diálisis por recuperación de la función renal, se inicia el proceso de seguimiento que tendrá como punto de partida la categorización del riesgo de la ERC en la que se encuentra, basado lo descrito en el quinto capítulo: Cuadro 2, Cuadro 3 y Figura 1 y la enfermedad precursora o de base, a saber HTA y/o diabetes. Se busca identificar los factores asociados a la progresión de la ERC: causa de la ERC, el nivel de la TFG, el nivel de albuminuria, edad, sexo, raza/etnia, HTA, hiperglucemia, dislipidemia, tabaquismo, obesidad, historia de enfermedad cardiovascular, exposición continuada a agentes nefrotóxicos, y otros.

CONTINUACION

COMPONENTES DE APLICACIÓN																																
1	Las mediciones a realizar al paciente incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Albuminuria • Tasa de filtración glomerular • Presión arterial • Glucemia • Hemoglobina Glucosilada • Perfil lipídico 																															
2	Evaluación clínica																															
HERRAMIENTA DE APOYO	Tabla de categorización de estadio del paciente Categorías de TFG y albuminuria en Enfermedad Renal Crónica según las GPC ERC, 2016																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría TFG</th> <th colspan="2">TFR (mL/(min/1,73m²))</th> <th>Términos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>G1</td> <td colspan="2">≥ 90</td> <td>Normal o alta</td> </tr> <tr> <td>G2</td> <td colspan="2">60 - 89</td> <td>Disminución leve</td> </tr> <tr> <td>G3a</td> <td colspan="2">45 – 49</td> <td>Disminución leve a moderada</td> </tr> <tr> <td>G3b</td> <td colspan="2">30 – 44</td> <td>Disminución moderada a severa</td> </tr> <tr> <td>G4</td> <td colspan="2">15 – 29</td> <td>Disminución severa</td> </tr> <tr> <td>G5</td> <td colspan="2">< 15</td> <td>Falla renal</td> </tr> </tbody> </table>				Categoría TFG	TFR (mL/(min/1,73m ²))		Términos	G1	≥ 90		Normal o alta	G2	60 - 89		Disminución leve	G3a	45 – 49		Disminución leve a moderada	G3b	30 – 44		Disminución moderada a severa	G4	15 – 29		Disminución severa	G5	< 15		Falla renal
	Categoría TFG	TFR (mL/(min/1,73m ²))		Términos																												
	G1	≥ 90		Normal o alta																												
	G2	60 - 89		Disminución leve																												
	G3a	45 – 49		Disminución leve a moderada																												
	G3b	30 – 44		Disminución moderada a severa																												
	G4	15 – 29		Disminución severa																												
	G5	< 15		Falla renal																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Categoría TFG</th> <th>AER</th> <th colspan="2">ACR equivalente aproximado</th> <th rowspan="2">Términos</th> </tr> <tr> <th>(mg/24horas)</th> <th>(mg/mmol)</th> <th>(mg/g)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>G1</td> <td>< 30</td> <td>< 30</td> <td>< 30</td> <td>Normal a incremento moderado</td> </tr> <tr> <td>G2</td> <td>30 - 300</td> <td>3 - 30</td> <td>30 - 300</td> <td>Incremento moderado</td> </tr> <tr> <td>G3a</td> <td>>300</td> <td>>30</td> <td>>300</td> <td>Incremento severo</td> </tr> </tbody> </table>				Categoría TFG	AER	ACR equivalente aproximado		Términos	(mg/24horas)	(mg/mmol)	(mg/g)	G1	< 30	< 30	< 30	Normal a incremento moderado	G2	30 - 300	3 - 30	30 - 300	Incremento moderado	G3a	>300	>30	>300	Incremento severo					
Categoría TFG	AER	ACR equivalente aproximado		Términos																												
	(mg/24horas)	(mg/mmol)	(mg/g)																													
G1	< 30	< 30	< 30	Normal a incremento moderado																												
G2	30 - 300	3 - 30	30 - 300	Incremento moderado																												
G3a	>300	>30	>300	Incremento severo																												
AER, tasa de excreción de albúmina; ACR, relación albúmina creatinina; ERC, enfermedad renal crónica.																																
Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia																																
<table> <thead> <tr> <th>Grupo 1</th> <th>Grupo 2</th> <th>Grupo 3</th> <th>Grupo 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A2 y G1</td> <td>A3 y G1</td> <td>A3 Y G3a</td> <td>A3 Y G4</td> </tr> <tr> <td>A2 Y G2</td> <td>A3 Y G2</td> <td>A2 Y G3b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A1 y G3a</td> <td>A2 Y G3a</td> <td>A3 Y G3b</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>A1 Y G3b</td> <td>A2 Y G4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>A1 Y G4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	A2 y G1	A3 y G1	A3 Y G3a	A3 Y G4	A2 Y G2	A3 Y G2	A2 Y G3b		A1 y G3a	A2 Y G3a	A3 Y G3b			A1 Y G3b	A2 Y G4				A1 Y G4						
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4																													
A2 y G1	A3 y G1	A3 Y G3a	A3 Y G4																													
A2 Y G2	A3 Y G2	A2 Y G3b																														
A1 y G3a	A2 Y G3a	A3 Y G3b																														
	A1 Y G3b	A2 Y G4																														
		A1 Y G4																														

A continuación se describen las funciones de los profesionales que integran el grupo interdisciplinario de atención al paciente egresado de diálisis por recuperación de la función renal.

LINEAMIENTO	SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA
COMPONENTE	Basado en el histórico de mediciones de la presión arterial, individualizar las metas y los agentes relacionados con la presión arterial (PA) según la edad, enfermedad cardiovascular (ECV) coexistente y otras comorbilidades, riesgo de progresión de la ERC, presencia o ausencia de retinopatía (en pacientes con enfermedad renal crónica y con diabetes), y tolerancia al tratamiento tal como sea descrito en las guías correspondientes del CEDIT LTDA.
ANTECEDENTE DE APLICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Inducir al paciente al control diario de la PA y registro en una tabla de seguimiento que incluya fecha, hora y valor de la medición PA • Evaluar el consumo de los medicamentos antihipertensivos • Informar los efectos que se esperan de la medicación • Tomar presión arterial y anotar en la relación del paciente • Interpretar el significado de los cambios en el examen de fondo de ojo • Incentivar al paciente a cumplir con el programa de actividad física que le haya sido recomendado • Informar hallazgos anormales en los niveles sanguíneos de fósforo y calcio.
COMPONENTES DE APLICACIÓN	
1	<ul style="list-style-type: none"> • Se pedirá control de tensiones arteriales, listado de medicamentos y minuta de nutricionista a usuario. • Se evaluará la variabilidad de las cifras tensionales durante el tiempo de egreso del programa. • Se evaluará mediante conocimiento adquirido el nombre y horario de toma de los medicamentos prescritos por especialista. • Se realizará examen físico cefalocaudal, en el cual se tendrán en cuenta el almacenamiento de líquido en tercer espacio. • Pedir reportes de laboratorios de control. • Indagar acerca de vacíos o dudas acerca de nuevas experiencias en su estado de salud. • Propender por la adherencia al tratamiento y mantenimiento del usuario en el programa de Predialisis. • En caso de encontrar anomalías en todas las cosas solicitadas a paciente y familiar, se remitirá de manera inmediata a médico de la unidad, para reajuste de tratamiento y firma de acta de compromiso acerca del no cumplimiento de su tratamiento. • Insistir en el empoderamiento de familiar del usuario para con el tratamiento como vía de mantenimiento de la salud de su familiar. • Propender por la actividad física saludable y al aire libre. • Se utilizará Rubrica para la evaluación de adherencia del usuario a su tratamiento y será llevada en la historia clínica para evidencia de seguimiento de el mismo. • Según el resultado del diligenciamiento de la rúbrica, se optará por las remisiones prioritarias a medicina general o nefrología. 12 A 18 Paciente en Riesgo de Reingreso a diálisis 18 A 22 Usuario sin Adherencia al Tratamiento 23 A 30 Usuario en Cabalidad de Tratamiento

	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NUNCA 2</th> <th>EN OCASIONES 3</th> <th>CON REGULARIDAD 4</th> <th>SIEMPRE 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lleva Control de Cifras Tensionales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conoce el Nombre de sus Medicamentos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sabe el Horario de sus Medicamentos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sigue las Indicaciones de Minuta Alimenticia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tiene Acompañamiento Activo De Familiar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realiza Actividad Física</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NUNCA 2	EN OCASIONES 3	CON REGULARIDAD 4	SIEMPRE 5	Lleva Control de Cifras Tensionales					Conoce el Nombre de sus Medicamentos					Sabe el Horario de sus Medicamentos					Sigue las Indicaciones de Minuta Alimenticia					Tiene Acompañamiento Activo De Familiar					Realiza Actividad Física				
	NUNCA 2	EN OCASIONES 3	CON REGULARIDAD 4	SIEMPRE 5																																
Lleva Control de Cifras Tensionales																																				
Conoce el Nombre de sus Medicamentos																																				
Sabe el Horario de sus Medicamentos																																				
Sigue las Indicaciones de Minuta Alimenticia																																				
Tiene Acompañamiento Activo De Familiar																																				
Realiza Actividad Física																																				
2	<p>Manejo HTA - Proceso para la atención de pacientes no controlados luego de tres meses de atención:</p> <p>Si la enfermera detecta que el paciente no está controlado luego de tres meses debe seguir los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración en reunión de caso problema • Según el resultado se cita al paciente y la familia para tratar de establecer si toma los medicamentos de manera adecuada. • Si persiste el no control de las cifras tensionales se programa visita domiciliaria para determinar si el paciente tiene cantidad excesiva de medicamentos (en búsqueda de evidencia que no los toma). <p>Si se detecta lo anterior se realizará reunión con la familia, se informa de la situación, se da tres meses de espera y si persiste se indicará uso de medicamentos bajo supervisión de un familiar.</p>																																			
3	<p>Se recomienda estimular a las personas en seguimiento de su ERC realizar actividad física compatible con la salud y la tolerancia cardiovascular (con una meta de por lo menos 30 minutos cinco veces a la semana), alcanzar un peso saludable (índice de masa corporal entre 20 y 25) y dejar de fumar.</p>																																			
HERRAMIENTA DE APOYO	Tabla de categorización de estadio del paciente																																			

LINEAMIENTO	SEGUIMIENTO DE NUTRICION
COMPONENTE	La GPC ERC, 2016, recomienda que las personas con ERC reciban asesoría e información de expertos con respecto a la dieta, en el contexto de un programa educativo, ajustado a la gravedad de la ERC y a la necesidad de intervenir en la ingesta de sal, fosfato, potasio y proteínas cuando sea indicado.
ANTECEDENTE DE APLICACIÓN	<p>La dieta para el paciente con ERC, para mantener un estado nutricional óptimo, debe ser en todo momento personalizada y debe iniciarse cuando la función renal global se reduce por debajo del 25–30% del total. Los enfermos renales por lo tanto deben ser controlados por una nutricionista que pudieran individualizar la dieta.</p> <p>Se estima que el enfermo renal debe ingerir una cantidad de 35-4 Kcal/Kgr peso/día; teniendo en cuenta que las dietas son pobres en proteínas, la proporción de glúcidos y de grasa será más alta respecto a la dieta equilibrada.</p> <p>La misma guía sugiere, mediante educación apropiada, disminuir la ingesta de proteínas a 0,8 g/kg/día en adultos con diabetes o sin diabetes y con un TFG < 30 ml/min/ 1,73 m² (Categorías TFG: G4 a G5). Además sugiere evitar una alta ingesta de proteínas (> 1,3 g/kg/día) en adultos con ERC en riesgo de progresión. En personas con enfermedad renal crónica y diabetes, el control glucémico debe ser parte de una estrategia multifactorial de intervención que aborde el control de la tensión arterial y el riesgo cardiovascular, promocionando el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores del receptor de la angiotensina, estatinas y terapia antiplaquetaria cuando sea clínicamente indicado.</p> <p>Se recomienda disminuir la ingesta de sal a menos de 90 mmol de sodio por día (correspondiente a 5 g de cloruro de sodio) en adultos, a menos que esté contraindicado</p>
COMPONENTES DE APLICACIÓN	
1	<p>Intervención de nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las prescripciones dietéticas deben contemplar variedad en el menú para que ésta contribuya a estimular el apetito que en muchos casos está disminuida (entre otra por solutos urémicos, anemia o factores psicológicos). • Con la restricción proteica se intenta disminuir la urea a 32 mm/lts (90mgr/dl) de nitrógeno ureico aunque hay que procurar que no pase de 21,4 mmol/lts. • La energía de la dieta deberá adaptarse a las necesidades del paciente talla, edad, y ejercicios El mínimo recomendado es de aproximadamente 35 Kcal/día Cuando la retención nitrogenada es importante, se recomienda un aporte proteico de 0,6 –0,8 gr/Kgr de peso/día en función de las cifras de urea en sangre, cuando el paciente no tolera estas cantidades de proteínas, es necesario someterlo a sistema de depuración (hemodiálisis, diálisis peritoneal) • Minimizar los efectos tóxicos del aumento de la urea y de todas las anomalías metabólicas de la enfermedad. • La creatinina no tiene su origen en las proteínas alimentarias sino en el catabolismo muscular, es importante conseguir un aporte energético adecuado, así que se debe evitar una dieta hipocalórica. • El agua que debe consumir el enfermo renal no debe exceder 500 a 1000 ml diarios de acuerdo a pérdidas como (<u>respiración, transpiración</u>)
2	En la Unidad Renal CEDIT LTDA, Socorro; el esquema nutricional es conducido de manera individual y de acuerdo al programa integral manejado por el grupo de apoyo institucional. Se manejan formatos específicos de consignación de fecha de

	control y esquema entregado de tratamiento.
3	<p>Para una alimentación balanceada recomienda consumir diariamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3-4 raciones de lácteos (leche y derivados, excepto, mantequilla y nata) son alimentos ricos en calcio. • 1- 2 raciones de farináceas, se incluyen los cereales y sus derivados (las pastas, el pan etc.) • Las legumbres (garbanzos, lentejas, judías) y los tubérculos (patatas) • Dos raciones de verduras crudas o cocidos debido a su contenido en fibra, vitaminas y minerales. • 2-3 raciones de frutas; que aseguren las necesidades diarias de las vitaminas C, provitamina A y algunas vitaminas hidrosolubles. • Grasas (40 – 60 gr) se recomienda utilizar aceites vegetales como por ejemplo de olivo, <u>maíz</u>.
HERRAMIENTA DE APOYO	Tabla de categorización de estadio del paciente

LINEAMIENTO	SEGUIMIENTO DE PSICOLOGIA
COMPONENTE	Toda enfermedad crónica representa una fuente continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica, así como la sensación irreversible de tener que convivir en forma permanente con la idea de la muerte. Si bien el seguimiento y control de la ERC, permite a los pacientes mantenerse con vida y en muchos casos rehabilitarse adecuadamente, la morbilidad persiste en alto grado, determinando muchas veces un importante deterioro en su calidad de vida.
ANTECEDENTE DE APLICACIÓN	Entre las principales fuentes de malestar psicológico se encuentra la dependencia frente al tratamiento y a la propia enfermedad, ya que si bien el paciente puede encontrarse asintomático por períodos prolongados, la amenaza de recaídas y de un agravamiento progresivo es inevitable.
COMPONENTES DE APLICACIÓN	
1	La evaluación sistemática de todos los pacientes se debe realizar a través de entrevistas clínicas semiestructuradas. De detectarse un trastorno psíquico, se instrumenta el tratamiento más adecuado, el cual puede consistir en un seguimiento periódico con un enfoque psicoterapéutico, acompañado en algunos casos de indicaciones farmacológicas.
2	<p>Rehabilitación</p> <p>Un usuario rehabilitado es la aceptación completa de todo el tratamiento con todas sus implicaciones. Se debe propender porque el paciente aprenda a vivir con su con su problema renal, a aceptar que su situación no es reversible.</p> <p>La velocidad con que la rehabilitación emocional se consigue depende de los siguientes factores psicológicos y la buena orientación del tratamiento de cada uno de ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La personalidad, madurez social, inteligencia y la sensibilidad de cada usuario. • Antecedentes de la enfermedad. • La facilidad con que el usuario vuelve a su empleo o consigue otro o, en caso de una madre, la responsabilidad que tenga con sus hijos. • La unión del usuario con su familia y las relaciones de éste con otras personas. • Las actividades del equipo médico y de enfermeras para con el usuario.
HERRAMIENTA DE APOYO	Tabla de categorización de estadio del paciente

LINEAMIENTO	SEGUIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL
COMPONENTE	El compromiso de trabajo social en el seguimiento del paciente con ERC, se consolida principalmente, en la búsqueda en el domicilio del paciente, para evaluar la oportunidad de atención ya sea en la institución o la residencia del mismo.
ANTECEDENTE DE APLICACIÓN	<p>El abordaje de seguimiento de trabajo social debe comprender un plan de tratamiento de cualquier urgencia social; resolución del problema social inmediato en primer lugar, y si el caso así lo requiera, la orientación, coordinación con otros servicios.</p> <p>Con respecto a los niveles de atención, se valoran todos los pacientes y se programa tratamientos específicos con cada uno de ellos, de acuerdo al diagnóstico de las necesidades del mismo. Cuando aparece una enfermedad crónica como la ERC, los roles se van a ver afectados, lo que provocará a su vez otras disfunciones sociales; familiares; económicas; laborales; que tendrán una incidencia distinta según la edad, el sexo, la ocupación lugar del paciente en el medio familiar, el nivel cultural, los recursos disponibles.</p>
COMPONENTES DE APLICACIÓN	
1	<p>El Servicio Social se enfrenta a personas en diferentes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que no perciben la naturaleza de sus dificultades • Que las perciben pero no saben qué hacer; • Tienen idea de qué hacer pero no tienen medios para hacerlo • No saben encontrar los recursos • No están en condiciones de actuar solos, ni tomar decisiones, ni tienen quién lo haga por ellos.
2	<p>Es importante la valoración de la vivienda y del desempeño del paciente, con respecto al procedimiento en su medio habitacional, integrado al programa conjunto de educación continua con enfermería.</p> <p>La labor como profesional es transmitir un diagnóstico situacional. El desafío es elaborar un programa educativo, donde el paciente y/o su familia alcance el compromiso necesario. Ello permitirá crear condiciones adecuadas que garanticen la mayor confiabilidad en el procedimiento.</p> <p>La intervención de trabajo social persigue objetivos de bienestar y rehabilitación del paciente, conformidad familiar, reducción de complicaciones y menor costo económico para el paciente y el sistema sanitario, entre otras.</p>
3	<p>En base a ello se programa el trabajo con la utilización de varias técnicas.</p> <p>A nivel del paciente se continúa con el registro básico utilizado en la ficha estandarizada de datos que incluye diversas variables que se han recopilado anteriormente a través de entrevista institucional semi-estructurada, individualizada y privada. Con los datos primarios de la variable vivienda se decidirá una valoración domiciliaria programada.</p> <p>En la entrevista domiciliaria, con la técnica de observación directa, se comprueba el registro básico a través de la ficha de datos que permite certificar los datos aportados por el paciente en la entrevista institucional, con respecto a las condiciones, comodidades y percepción del paciente sobre la vivienda.</p>
HERRAMIENTA DE APOYO	<p>Tabla de categorización de estadio del paciente</p> <p>Valoración por Trabajo Social (Anexo A)</p>

LINEAMIENTO	SEGUIMIENTO MEDICO GENERAL – ESPECIALISTA NEFROLOGIA
<p>COMPONENTE</p>	<p>Evaluación de anemia Para identificar la anemia en los pacientes con ERC, medir la concentración de hemoglobina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando esté clínicamente indicado en personas con una tasa de TFG \geq 60ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G1 a G2); • Por lo menos anualmente en personas con una TFG entre 30 y 59 ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3a a g3b); • Por lo menos dos veces al año en personas con una TFG < 30 ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G4 a G5). <p>Evaluación de calcio, fostato, hormona paratiroidea y fosfatasa alcalina Se recomienda medir los niveles séricos de calcio, fostato, prueba de hormona paratiroidea y actividad de fosfatasa alcalina <u>por lo menos una vez</u> en adultos con una TFG < 45 ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3b a G5) con el fin de determinar los valores en línea de base e informar las ecuaciones predictivas en caso de utilizarlas.</p> <p>Evaluación de densidad mineral ósea No se sugiere realizar pruebas de densidad mineral ósea de manera rutinaria en aquellos pacientes con TFG < 45 ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3b a G5), ya que la información puede ser confusa o inútil.</p>
<p>ANTECEDENTE DE APLICACIÓN</p>	<p>Manejo de niveles de fostato sérico y hormona paratiroidea</p> <ul style="list-style-type: none"> • En personas con una TFG < 45 ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3b a G5), se sugiere mantener las concentraciones de fostato sérico en el rango normal de acuerdo con los valores locales de referencia de laboratorio. • • No se conoce el nivel óptimo de hormona paratiroidea en personas con una TFG < 45 ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3b a G5). Se sugiere que las personas con niveles intactos de hormona paratiroidea por encima del límite superior de la prueba se evalúen en primer lugar para hiperfosfatemia, hipocalcemia y deficiencia de vitamina D. <p>Suplementación de vitamina D y bifosfonatos en personas con enfermedad renal crónica No se sugiere prescribir de manera rutinaria suplementos de vitamina D o análogos de vitamina D, en ausencia de deficiencia sospechada o documentada, para suprimir concentraciones elevadas de hormona paratiroidea en personas con ERC que no están en diálisis. No se sugiere prescribir tratamiento con bifosfonatos en personas con una TFG < 30 ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G4 a G5) sin una fundamentación clínica sólida.</p> <p>Acidosis Se sugiere administrar tratamiento con suplementos orales de bicarbonato a personas con ERC y concentraciones de bicarbonato sérico inferiores a 22 mmol/l, con el fin de mantener el bicarbonato sérico dentro del rango normal, a menos que esté contraindicado.</p> <p>Manejo de la enfermedad cardiovascular (ECV)</p>

- No se recomienda modificar el nivel de atención para la cardiopatía isquémica ofrecido a las personas con ERC debido a su enfermedad renal.
- Se sugiere ofrecer tratamiento con agentes antiplaquetarios a los adultos con ERC, en riesgo de eventos arterioescleróticos, a menos que haya un riesgo mayor de hemorragia que debe confrontarse con los posibles beneficios cardiovasculares.

Manejo de la falla cardíaca

Se sugiere ofrecer la misma atención para la falla cardíaca (FC) a las personas con ERC como la que se ofrece a las personas sin enfermedad renal crónica.

En personas con ERC y FC, cualquier escalamiento en la terapia y/o deterioro clínico debe llevar a la monitorización de la TFGe y de la concentración del potasio sérico.

Advertencias cuando se interpretan los exámenes para ECV en personas con ERC

BNP/N-terminal-proBNP (NT-proBNP)

En personas con una TFG < 60ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3a a G5), se recomienda interpretar las concentraciones séricas de péptidos natriuréticos BNP/NT-proBNP con cautela y en relación con la TFG con respecto al diagnóstico de la FC y la evaluación de la situación del volumen.

Troponinas

En personas con una TFG < 60ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3a a G5), se recomienda interpretar las concentraciones séricas de troponina con cautela con respecto al diagnóstico de síndrome coronario agudo.

Pruebas no invasivas

- Se recomienda investigar la presencia de enfermedad cardíaca subyacente y otros trastornos en personas con ERC con dolor torácico, de la misma manera que se hace en personas sin ERC (e iniciar de forma similar el tratamiento subsecuente).
- Se sugiere que los médicos estén familiarizados con las limitaciones de las pruebas cardíacas no invasivas (por ejemplo, electrocardiograma de ejercicio, imágenes nucleares, ecocardiografía, etc.) en adultos con ERC e interpreten los resultados de manera correspondiente.

Enfermedad renal crónica y enfermedad arterial periférica

Se recomienda examinar con regularidad a los adultos con enfermedad renal crónica en busca de signos de enfermedad arterial periférica y considerarlos en las terapias usuales.

Se sugiere que se ofrezca una evaluación por podología regular a los adultos con enfermedad renal crónica y diabetes

Manejo de la medicación y seguridad del paciente en la enfermedad renal crónica

Se recomienda tener en cuenta la TFG cuando se dosifiquen los medicamentos. Cuando se requiere precisión para la dosificación (debido a un rango terapéutico estrecho o tóxico) y / o las estimaciones pueden ser no confiables (por ejemplo, debido a la baja masa muscular), se recomiendan métodos basados en la cistatina C o la medición directa de la tasa de filtración glomerular.

	<p>Se recomienda la discontinuación temporal de medicamentos potencialmente nefrotóxicos o excretados por los riñones en personas con una TFG < 60ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3a a G5) que tienen enfermedad intercurrente grave que aumenta el riesgo de lesión renal aguda. Estos agentes incluyen, pero no están limitados a bloqueadores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (incluyendo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, inhibidores de aldosterona, inhibidores directos de la renina), diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, metformina, litio y digoxina.</p> <p>Se recomienda que los adultos con enfermedad renal crónica busquen consulta médica antes de utilizar medicinas que no requieren prescripción o suplementos proteicos nutricionales.</p> <p>No se recomienda utilizar remedios herbales en personas con enfermedad renal crónica.</p> <p>Se recomienda continuar la metformina en personas con una TFG ≥45ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G1 a G3a); su uso debe revisarse en aquellos con una TFG entre 30 a 44 ml/min/1,73 m² (Categoría TFG: G3b); y debe discontinuarse en personas con una TFG < 30ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G4 a G5).</p> <p>Se recomienda monitorizar con regularidad la tasa de filtración glomerular, electrolitos y niveles de medicamentos en todas las personas que toman agentes potencialmente nefrotóxicos, tales como el litio e inhibidores de la calcineurina.</p> <p>Pruebas no invasivas</p> <p>Se recomienda investigar la presencia de enfermedad cardíaca subyacente y otros trastornos en personas con ERC con dolor torácico, de la misma manera que se hace en personas sin ERC (e iniciar de forma similar el tratamiento subsecuente).</p> <p>Se sugiere que los médicos estén familiarizados con las limitaciones de las pruebas cardíacas no invasivas (por ejemplo, electrocardiograma de ejercicio, imágenes nucleares, ecocardiografía, etc.) en adultos con ERC e interpreten los resultados de manera correspondiente.</p> <p>Enfermedad renal crónica y enfermedad arterial periférica</p> <p>Se recomienda examinar con regularidad a los adultos con enfermedad renal crónica en busca de signos de enfermedad arterial periférica y considerarlos en las terapias usuales.</p> <p>Se sugiere que se ofrezca una evaluación por podología regular a los adultos con enfermedad renal crónica y diabetes. Manejo de la medicación y seguridad del paciente en la enfermedad renal crónica</p> <p>Se recomienda tener en cuenta la TFG cuando se dosifiquen los medicamentos. Cuando se requiere precisión para la dosificación (debido a un rango terapéutico estrecho o tóxico) y / o las estimaciones pueden ser no confiables (por ejemplo, debido a la baja masa muscular), se recomiendan métodos basados en la cistatina C o la medición directa de la TFG. <i>Esta recomendación está dirigida a pacientes con aumento crónico de creatinina (fisicoculturistas) o reducción crónica de creatinina (condición de desgaste muscular, amputación y desnutrición).</i></p> <p>Se recomienda la discontinuación temporal de medicamentos potencialmente</p>
--	---

	<p>nefrotóxicas o excretados por los riñones en personas con una TFG < 60ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3a a G5) que tienen enfermedad intercurrente grave que aumenta el riesgo de lesión renal aguda. Estos agentes incluyen, pero no están limitados a bloqueadores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (incluyendo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, inhibidores de aldosterona, inhibidores directos de la renina), diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, metformina, litio y digoxina.</p> <p>Se recomienda que los adultos con ERC busquen consulta médica antes de utilizar medicinas que no requieren prescripción o suplementos proteicos nutricionales.</p> <p>No se recomienda utilizar remedios herbales en personas con ERC.</p> <p>Se recomienda continuar la metformina en personas con una TFG ≥ 45ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G1 a G3a); su uso debe revisarse en aquellos con una TFG entre 30 a 44 ml/min/1,73 m² (Categoría TFG: G3b); y debe discontinuarse en personas con una TFG < 30ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G4 a G5).</p> <p>Se recomienda monitorizar con regularidad la TFG, electrolitos y niveles de medicamentos en todas las personas que toman agentes potencialmente nefrotóxicos, tales como el litio e inhibidores de la calcineurina.</p>
--	---

COMPONENTES DE APLICACIÓN

1	<p>Estudios con imágenes <i>Es un buen punto de buena práctica clínica, sopesar el riesgo de un deterioro agudo de la función renal debido al uso de medios de contraste frente al valor diagnóstico y a las implicaciones terapéuticas de la investigación.</i> La ecografía renal se constituye en el examen más importante, no invasivo y sin efectos adversos, para excluir la presencia de nefropatía obstructiva. La urografía excretora no se recomienda si hay insuficiencia renal aguda.</p> <p>Radiocontraste Se recomienda que todas las personas con un TFG < 60ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3a a G5) involucradas en investigación opcional que incluye la administración intravascular de medios de radiocontraste yodados deben manejarse de conformidad con la guía <i>KDIGO Clinical Practice Guideline for LRA</i>, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de agentes osmolares altos (Recomendación fuerte, evidencia moderada) • Uso de la dosis mínima posible de radiocontraste (Sin gradar) • Retiro de agentes potencialmente nefrotóxicos antes y después del procedimiento (Recomendación fuerte, evidencia baja) • Hidratación adecuada con solución salina, antes, durante y después del procedimiento (Recomendación fuerte, evidencia alta) • Medición de la tasa de filtración glomerular 48-96 horas después del procedimiento (Recomendación fuerte, evidencia baja) • Medios de contraste basados en gadolinio <p>No se recomienda utilizar medios de contraste que contengan gadolinio en personas con una tasa de filtración glomerular inferior a 15ml/min/1,73 m²</p>
---	---

	<p>(Categoría TFG: G5) a menos que no haya una prueba alternativa apropiada.</p> <p>Se sugiere ofrecer una preparación de quelatos macrocíclicos a las personas con una tasa de filtración glomerular inferior a 30ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G4 a G5) que requieren medios de contraste que contienen gadolinio.</p> <p>Preparación intestinal No se recomienda utilizar preparaciones intestinales orales que contengan fosfato en personas con una TFG < 60ml/min/1,73 m² (Categorías TFG: G3a a G5) o en aquellos que se sabe están en riesgo de nefropatía por fosfato.</p>
2	<p>Enfermedad renal crónica y riesgos de infecciones, lesión renal aguda, hospitalizaciones y mortalidad Enfermedad renal crónica y riesgo de infecciones Se recomienda ofrecer vacunación anual para la influenza a todos los adultos con ERC, a menos que esté contraindicado.</p> <p>Se recomienda ofrecer una vacuna neumocócica polivalente a todos los adultos con una TFG < 30ml/min/1,73 m² (categorías TFG: G4) y a aquellos en alto riesgo de infección neumocócica (por ejemplo, síndrome nefrótico, diabetes, o aquellos que reciben inmunosupresión), a menos que esté contraindicado.</p> <p>Se recomienda ofrecer revacunación en un período de cinco años a todos los adultos con ERC que han recibido vacunación neumocócica.</p> <p>Se recomienda inmunizar contra hepatitis B a todos los adultos que están en alto riesgo de progresión de ERC y que tienen una TFG < 30ml/min/1,73 m² (categorías TFG: G4) y confirmar la respuesta mediante una prueba serológica apropiada.</p> <p><i>Es un punto de buena práctica clínica, la consideración sobre la vacuna viva debe incluir una apreciación de la situación inmune del paciente y debe estar en consonancia con las recomendaciones de los entes oficiales o gubernamentales</i></p> <p>Enfermedad renal crónica y riesgo de lesión renal aguda Se recomienda considerar en alto riesgo de lesión renal aguda a todas las personas con enfermedad renal crónica. Es un <i>punto de buena práctica clínica</i>, en personas con ERC, seguir las recomendaciones detalladas en la guía <i>KDIGO LRA Guideline</i> para el manejo de quienes están en riesgo de lesión renal aguda durante enfermedad intercurrente, o cuando están en una investigación o procedimiento que probablemente incrementan el riesgo de lesión renal aguda.</p> <p>Enfermedad renal crónica y riesgo de hospitalización y mortalidad El programa para el seguimiento de la ERC debe desarrollarse con el fin de optimizar el manejo en comunidad de las personas con ERC y reducir el riesgo de admisión hospitalaria. Las intervenciones para reducir la hospitalización y la mortalidad para personas con ERC deben prestar especial atención al manejo de las comorbilidades asociadas y en particular a la enfermedad cardiovascular.</p>
3	<p>Remisión a especialistas y modelos de atención Se recomienda la remisión a servicios especializados de atención renal para personas con enfermedad renal crónica en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión renal aguda o caída abrupta sostenida en la tasa de filtración glomerular

	<ul style="list-style-type: none"> • TFG < 30ml/min/1,73 m² (categorías TFG: G4) • Hallazgo consistente de albuminuria significativa (razón albúmina-creatinina ≥ 300 mg/g [≥ 30 mg/mmol], o tasa de excreción de albúmina ≥ 300 mg/24 horas, equivalente aproximadamente a una razón proteína-creatinina ≥ 500 mg/g [≥ 50 mg/mmol], o una tasa de excreción de proteínas ≥ 500 mg/24 horas) • Progresión de la ERC (de acuerdo los parámetros para la definición) • Cilindros eritrocitarios, conteo de hematíes superior a 20 por campo de alto poder, sostenido y no explicado por una causa evidente • ERC e HTA que no responde al tratamiento con cuatro o más agentes antihipertensivos • Anomalías persistentes de potasio sérico • Nefrolitiasis recurrente o extensa • Enfermedad renal hereditaria <p>Se recomienda la remisión oportuna para la planeación de TRR en personas con ERC progresiva en quienes el riesgo de falla renal en un período de un año es del 10 al 20 % o mayor, tal como está determinado por la herramientas validadas de predicción del riesgo (El propósito es evitar una remisión tardía, definida como la remisión a servicios especializados menos de un año antes del inicio de la TRR)</p>
HERRAMIENTA DE APOYO	Tabla de categorización de estadio del paciente

8.8 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

8.8.1 Búsqueda del Paciente Como responsabilidad de la institución se cuenta tratar de asegurar el seguimiento, lo que integra realizar como primer punto la búsqueda para asegurar la programación de los pasos del seguimiento.

Cómo se describió anteriormente, primero se realiza la búsqueda del paciente por medio telefónico en el cual se le invita a una cita para el seguimiento de su enfermedad, si no llegase a ser posible el contacto telefónico se procede a una búsqueda domiciliaria, en caso que el paciente no cumpla con las citas programadas o no tome el programa de seguimiento se reportará a la EPS correspondiente, quien es la encargada de ofrecer el programa de nefroprotección al usuario de la misma.

8.8.2 Atención del Paciente. Es muy importante asegurar que el paciente reciba

la atención requerida para el seguimiento de su ERC, por lo tanto si el paciente no asiste a la institución, se debe proceder, en los casos necesarios, a llevar el seguimiento a su lugar de domicilio.

Atención en la Institución. Orientada a dar respuesta a la demanda inducida por el paciente, quien directamente solicita la evaluación para seguimiento de su ERC.

Visita Domiciliaria. Conducente al seguimiento del paciente en el sitio de residencia por dificultad para el desplazamiento del mismo y luego de haber sido evaluado el caso particular ante el grupo interdisciplinario de la institución. La visita solo se realizará cuando el paciente resida en zona urbana del municipio de Socorro. Para pacientes residentes en área rural del Socorro u otro municipio no se contempla desplazamiento de ningún profesional. Este tipo de atención permitirá además la caracterización, por acceso directo, de la vivienda y ambiente familiar del paciente (historia familiar).

Las acciones de atención se deben programar directamente desde el CEDIT, con el fin de mantener la captación de usuarios y el mejoramiento de los indicadores a cumplir ante el SGSSS.

8.8.3 Organización para la operación

Participación del grupo interdisciplinario. Establece la organización para el seguimiento del paciente teniendo en cuenta el diagnóstico y prioridad para cada una de las áreas que lo evalúan. Existirá una articulación interdisciplinaria para intervenir al paciente, con acciones individuales o colectivas de los diferentes profesionales.

Respuesta a situaciones. Se debe garantizar solución a estados de salud desde la atención preventiva, hasta curativa, que permita dirigir, monitorear y hacer

seguimiento a las actividades, al igual que la evaluación del cumplimiento de metas.

Los pacientes se categorizan de acuerdo al referente de TFG y categoría de albuminuria, según las GPC ERC, 2016

Cuadro 8. Categorías de TFG y albuminuria en Enfermedad Renal Crónica según las GPC ERC, 2016

Categoría TFG	TFR (mL(min/1,73m²))		Términos	
G1	≥ 90		Normal o alta	
G2	60 – 89		Disminución leve	
G3a	45 – 49		Disminución leve a moderada	
G3b	30 – 44		Disminución moderada a severa	
G4	15 – 29		Disminución severa	
G5	< 15		Falla renal	
Categoría TFG	AER	ACR equivalente aproximado		Términos
	(mg/24horas)	(mg/mmol)	(mg/g)	
G1	< 30	< 30	< 30	Normal a incremento moderado
G2	30 – 300	3 - 30	30 - 300	Incremento moderado
G3a	>300	>30	>300	Incremento severo

AER, tasa de excreción de albúmina; ACR, relación albúmina creatinina; ERC, enfermedad renal crónica.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Grupo 1

A2 y G1 A2 Y G2 A1 y G3a

Grupo 2

A3 y G1 A3 Y G2 A2 Y G3a A1 Y G3b

Grupo 3

A3 Y G3a

A2 Y G3b

A3 Y G3b

A2 Y G4

A1 Y G4

Grupo 4

A3 Y G4

La frecuencia de seguimiento para los pacientes egresados de diálisis, *por recuperación de la función renal*, deberá realizarse de acuerdo a la categoría según la descripción anterior y basada en la frecuencia propuesta en las GPC ERC, 2016. Se observa que a mayor grupo de estadio, el paciente necesitará una atención más frecuente, en algunas ocasiones, no solo por parte de nefrología, sino de los demás integrantes del equipo interdisciplinario.

Figura 19 Frecuencia de seguimiento y monitoreo (número de veces al año) del paciente con enfermedad renal crónica, según categorías de la TFG y la albuminuria (KDIGO 2012)

Guía para la frecuencia de monitorización (número de veces por año) por tasa de filtración glomerular (TFG) y categoría de Albuminuria				Categorías de albuminuria persistente		
				Descripción y rango		
				A1	A2	A3
				Normal a incremento	Incremento moderado	Incremento severo
				< 30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmo	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorías TFG (ml/min/1.73m ²)	G1	Normal o alto	≥90	1 si es ERC	1	2
	G2	Disminución leve	60-89	1 si es ERC	1	2
	G3a	Disminución de leve a moderada	45-59	1	2	3
	G3b	Disminución de moderada a severa	30-44	2	3	3
	G4	Disminución severa	15-29	3	3	4+

Cuadro sobre tasa de filtración glomerular (TFG) y albuminuria para reflejar el riesgo de progresión por intensidad del color (verde, amarillo, naranja, rojo, rojo profundo). Los números en las celdas son una guía con respecto a la frecuencia de la monitorización (número de veces al año).

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

El detalla las diferentes intervenciones que tendrá que realizar al paciente egresado de diálisis (por RFR) de CEDIT LTDA de acuerdo a los grupos de categorización de la TFG y la albuminuria, establecidos previamente.

Cuadro 9. Frecuencia de seguimiento y monitoreo del paciente con egresado de diálisis (por RFR) CEDIT, según categorías de la TFG y la albuminuria (GPC ERC, 2016)

GRUPO	Evaluación Inicial	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
1	Nefrología	X					
	Enfermería	X					
	Nutrición	X					
	Psicología	X					
	Médico General	X				X	
	Laboratorios Clínicos	X				X	
	Trabajo Social	Por demanda					
2	Nefrología	X					X
	Enfermería	X					X
	Nutrición	X					X
	Psicología	X					X
	Médico General	X				X	X
	Laboratorios Clínicos	X				X	X
	Trabajo Social	Por demanda					Por demanda
3	Nefrología	X				X	
	Enfermería	X				X	
	Nutrición	X				X	
	Psicología	X				X	
	Trabajo Social	Por demanda				Por demanda	
	Médico General	X			X	X	
	Laboratorios Clínicos	X	X	X	X	X	X
Trabajo Social	Por demanda				Por demanda		
4	Nefrología	X		X			X
	Enfermería	X		X			X
	Nutrición	X		X			X
	Psicología	X		X			X
	Trabajo Social	Por demanda		Por demanda			Por demanda
	Médico General	X		X			X
	Laboratorios Clínicos	X	X	X	X		X
Trabajo Social	Por demanda		Por demanda			Por demanda	

Fuente: Autor del Documento con base en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción). 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

8.9 REGISTROS DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

Para el registro del seguimiento realizado a los pacientes se diligenciarán los siguientes formatos, adicionalmente al registro electrónico dentro de la historia clínica que se realiza a cada uno de ellos durante la cita a CEDIT LTDA.

Cuadro 10.Formato de Búsqueda de Pacientes Egresados del Programa de Diálisis por Recuperación de la Función Renal.

 FORMATO LA BÚSQUEDA DE LOS PACIENTES EGRESADOS DEL PROGRAMA DE DIALISIS, POR RECUPERACIÓN DE SU FUNCIÓN RENAL										
OBJETIVO		Registrar la búsqueda del paciente egresado del programa de diálisis, por recuperación de la función renal, para realizar el seguimiento								
	Fecha y hora	Número Historia Clínica	Busqueda Telefónica	Busqueda Domiciliaria	Número Telefónico/ Dirección	Contacto Paciente y/o Cuidador	Programa cita	Fecha Cita	Asiste a cita	Responsable Búsqueda
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
Total Pacientes Buscados										
Total Llamadas Realizadas										
Total Búsquedas Domiciliarias Realizadas										
Total Asistentes a Cita										

Dado que el período de tiempo de reconocimiento no es extenso, la intervención del equipo interdisciplinar, se registra de manera electrónica, al igual que en el cuadro resumen que se ha diseñado, según se muestra a continuación.

Cuadro 11. Formato de Seguimiento del Paciente que Egresa del Programa de Diálisis por Recuperación de la Función Renal.

 FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EGRESADOS DEL PROGRAMA DE DIALISIS, POR RECUPERACIÓN DE SU FUNCIÓN RENAL											
OBJETIVO		Registrar la atención en salud brindada durante el seguimiento del paciente egresado del programa de diálisis por recuperación de la función renal									
NOMBRE DEL PACIENTE											
DIRECCION DEL PACIENTE											
TELEFONO 1 CONTACTO											
TELEFONO 2 CONTACTO											
RESPONSABLES		Jefe de Enfermería y Medico Especialista Unidad Renal – Equipo Asistencial del Servicio									
PERIODICIDAD		Mensual <input type="checkbox"/>		Bimensual <input type="checkbox"/>			Trimestral <input type="checkbox"/>		Semestral <input type="checkbox"/>		
	Fecha	Albuminuria	Creatinina	TFG	ACR	Glucemia	HbA1c	HDL	LDL	Triglicéridos	ESTADIO DEL PACIENTE
1											
2											
3											
4											
5											
6											
TFG: Tasa de Filtración Glomerular - ACR: Relación Albuminuria / Creatinina - HbA1c: Hemoglobina Glicosilada											
INTERVENCIÓN EQUIPO INTERDISCIPLINAR				Nutrición, Psicología, Trabajo Social							
	FECHA	ESTADO NUTRICIONAL									
1											
2											
3											
4											
	FECHA	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA									
1											
2											
3											
4											
	FECHA	EVALUACIÓN TRABAJO SOCIAL									
1											
2											
3											
4											



FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA EDUCACION IMPARTIDA
A LOS PACIENTES EGRESADOS DEL PROGRAMA DE DIALISIS,
POR RECUPERACIÓN DE SU FUNCIÓN RENAL

OBJETIVO	Registrar la educación en salud brindada durante el seguimiento del paciente egresado del programa de diálisis, por recuperación de la función renal		
NOMBRE DEL PACIENTE			
DIRECCION DEL PACIENTE			
TELEFONO 1 CONTACTO			
TELEFONO 2 CONTACTO			
RESPONSABLES	Jefe de Enfermería y Medico Especialista Unidad Renal – Equipo Asistencial del Servicio		
	FECHA	PROFESIONAL	DESCRIPCION ESTRATEGIA EDUCATIVA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Diligenciamiento

Los diferentes profesionales que intervienen en el seguimiento del paciente egresado del programa de diálisis CEDIT LTDA deben diligenciar las estrategias de educación que realicen con el paciente, su cuidador o familia.

Por cada una de las intervenciones en salud realizadas se deberá diligenciar un ítem

8.10 PROPUESTA DE INDICADORES PARA EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO

Con el fin de contar datos que permitan la verificación de la gestión realizada por CEDIT LTDA, Socorro, en cuanto al seguimiento de los pacientes egresados de TRR de diálisis, por recuperación de la función renal, se plantean los siguientes indicadores.

Cuadro 1. Indicadores de gestión del seguimiento de pacientes egresados de diálisis, CEDIT LTDA - Sede Socorro, por recuperación de la función renal.

INDICADOR	FÓRMULA	FRECUENCIA
Porcentaje de pacientes egresados de diálisis por RFR con seguimiento	$\frac{\text{Número de pacientes egresados por RFR con seguimiento}}{\text{Número de pacientes egresados por RFR}} * 100$	Semestra I
Porcentaje de pacientes egresados de diálisis por RFR con seguimiento	$\frac{\text{Número de pacientes egresados por RFR con seguimiento}}{\text{Número de pacientes egresados por RFR}} * 100$	Semestra I
Porcentaje de pacientes egresados por RFR con búsqueda	$\frac{\text{Número de pacientes egresados por RFR con búsqueda telefónica}}{\text{Número de pacientes egresados por RFR}} * 100$	Semestra I
Porcentaje de pacientes egresados por RFR con búsqueda domiciliaria	$\frac{\text{Número de pacientes egresados por RFR con búsqueda domiciliaria}}{\text{Número de pacientes egresados por RFR}} * 100$	Semestra I
Porcentaje de pacientes egresados por RFR Asistentes a seguimiento	$\frac{\text{Número de pacientes egresados por RFR con contacto telefónico}}{\text{Número de pacientes egresados por RFR}} * 100$	Semestra I

Los datos necesarios para cada uno de los indicadores planteados serán tomados del formato de búsqueda de pacientes egresados del programa de diálisis de CEDIT LTDA, por recuperación de la función renal incluido en el apartado anterior.

La periodicidad de los indicadores se plantea mensual semestral dado que el período de seguimiento que se plantea corresponde a un semestre y a que una primera evaluación de todo el programa solo podrá realizarse transcurridos por lo menos seis meses.

8.11 PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

Para la implementación del programa de seguimiento del paciente egresado de diálisis (pro RFR) del CEDIT LTDA, sede Socorro, se deberán seguir los siguientes pasos:

1. Evaluación técnico-científica del programa, en general, el cual estará a cargo del equipo interdisciplinar de la institución.
2. Estandarización de los términos del programa y establecimiento del proceso de evaluación técnica del documento.
3. Evaluación de cada una de las guías de los diferentes profesionales que intervienen en el seguimiento del paciente, según directrices de la guía.
4. Aprobación de los profesionales administrativos del departamento de calidad para la incorporación de las guías en la documentación de calidad de la institución.

9. CONCLUSIONES

Los lineamientos de seguimiento de los pacientes egresados del programa de diálisis del CEDIT LTDA, sede Socorro, por recuperación de la función renal, han sido planteados mediante el uso de la salud basada en la evidencia como la mejor forma de abordaje de enfermedades, para optimizar el cuidado del paciente.

La revisión los estándares que se llevan a cabo actualmente en CEDIT, sede Socorro, la evaluación de diferentes opciones de atención en salud y las recomendaciones de la literatura y han permitido la construcción del programa de seguimiento al paciente con enfermedad renal crónica, desde la interdisciplinariedad de los profesionales que forman parte del equipo de trabajo de la institución.

La estandarización del seguimiento de los pacientes egresados del programa de diálisis del CEDIT LTDA, sede Socorro, por recuperación de la función renal, bajo las recomendaciones del Ministerio de Salud de Colombia propende por la integralidad y el autocuidado de las personas, para evitar la progresión de la enfermedad renal crónica.

10. RECOMENDACIONES

El presente documento que contiene los lineamientos de seguimiento al paciente egresado del programa de diálisis del CEDIT LTDA, sede Socorro, por recuperación de la función renal, deberá ser aplicado en su contexto técnico-científico por los profesionales de salud y áreas complementarias de la institución, dado que ha sido construido bajo los parámetros de las guías actuales dentro y fuera de la institución.

Luego de una evaluación técnico-científica de los lineamientos propuestos, se debe realizar un piloto que permita recopilar datos y evaluar de forma operativa la puesta en marcha del seguimiento de los pacientes egresados del programa de diálisis, por recuperación de la función renal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHRONIC KIDNEY DISEASE. Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. National Institute Health and Care Excellence NICE, Clinical Guideline 182. Julio, 2014.
2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. 2015.
3. KERR M, BRAY B, Medcalf J, O'Donoghue DJ, Matthews B. Estimating the financial cost of chronic kidney disease to the NHS in England. *Nephrol. Dial. Transplant.* (2012) 0: 1–8. doi: 10.1093/ndt/gfs269
4. LEVEY A, Coresh J. Chronic Kidney Disease. *Lancet* 2012; 379: 165-80. doi:10.1016/S0140-6736(11)60178-5
5. Cuadro de Datos de la Población Mundial, 2014. Publicación anual del Population Reference Bureau. Washington, 2014. ISSN 0085-8315. [En línea]. [Consulta: 15 octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.prb.org/SpanishContent/2015/2014-world-population-datasheet-sp.aspx>.
6. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2463 del 2014 (19, junio, 2014). Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008. Bogotá D.C.: 13 p.
7. Unidad Renal, Centro de Especialistas, Diagnóstico y Tratamiento, CEDIT. [sitio web]. Bogotá. [Consulta: 10 octubre 2016]. Disponible en: <http://ceditltda.com>

8. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes incluidos en programas de nefroprotección para estadios 1 - 4 y 5 sin diálisis de la enfermedad renal crónica en Colombia. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Bogotá, 2013: 62 p.

9. VILLALBÍ, Joan. Promoción de la Salud Basada en la Evidencia. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 489-490

10. GARCÍA, C y DÁVALOS, ML. Atención a la Salud Basada en Evidencia (ASBE), Gaceta CENETEC, 2009 Vol. 12. Recuperado en 19/octubre/2016. Disponible en: http://www.cenetec.gob.mx/interior/gaceta12/atencion_salud_evidencia.html

11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Official Records of the World Health Organization, N° 2. New York. Julio, 1946. p. 100

12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. (WHO/HPR/HEP/95.1). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá. Noviembre, 1986. [Consulta: 6 octubre 2016]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_otawa.pdf

13. FLORES, JC et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile [online]. 2009, vol.137(1) pp.137-177 [Consulta: 11 octubre 2016]. doi: 10.4067/S0034-98872009000100026. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026&lng=es&nrm=iso

14. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica Enfermedad renal crónica (adopción). Bogotá. Mayo 2016. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx>

15. TREVIÑO, Alejandro. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. Cir Ciruj 2004; 72: 3-4

16. CABRERA, Soriano. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología. Volumen 24. Suplemento N° 6 • 2004. p 27-34.

17. COLOMBIA. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA (1991). Bogotá. [Consulta: 10/octubre/2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125#FichaDocumento>

18. COLOMBIA. LEY 100 DE 1993 (23, Diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 41148.

19. COLOMBIA. DECRETO 1011 DE 2006 (3, Abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 46230.

20. COLOMBIA. DECRETO 2699 DE 2007 (13, Julio, 2007). Por medio de la cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 46688.

21. COLOMBIA. LEY 1438 DE 2011 (19, Enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 47957.
22. COLOMBIA. RESOLUCION 1841 DE 2013 (28, Mayo, 2013). Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En: Diario Oficial No. 48811 de junio 4 de 2013.
23. COLOMBIA. RESOLUCION 2463 DE 2014 (19, Junio, 2014). Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008. En: Diario Oficial No. 49188 20 de junio de 2014.
24. COLOMBIA. RESOLUCION 0429 DE 2016 (17, Febrero, 2016). Por medio de la cual se adopta el Política de Atención Integral en Salud. En: Diario Oficial No. 49794 de febrero 22 de 2016.
25. IDROVO, Alvaro Javier; ALVAREZ-CASADO, Enrique. Asumiendo el concepto de salud. Revista Salud UIS, 2014. Vol 46, n. 3. ISSN 2145-8464. [Consulta: 21 noviembre 2016]. Disponible en:
<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4494/4753>.
26. BIRCHER, Johannes y SHYAMA Kuruvilla. Defining Health by Addressing Individual, Social, and Environmental Determinants: New Opportunities for Health Care and Public Health. J Public Health Policy. 2014 Aug; 35(3): 363–386. doi: 10.1057/jphp.2014.19. PMC. Web. Fecha de acceso 21 Nov. 2016.
27. Programa de Protección Renal. Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. 2016. [sitio web]. Medellín. [Consulta: 22 noviembre 2016].

Disponible en <http://www.hgm.gov.co/index.php/servicios-principal/programa-de-proteccion-renal>.

28. Guías de abordaje y seguimiento - Paciente con sospecha y diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, Mayores de 15 años. EPS SURA. [sitio web]. Bogotá. [Consulta: 22 noviembre 2016]. Disponible en https://www.epssura.com/guias/programa_proteccion_renal.pdf.

29. Programa de Protección Renal. Endo Salud de Occidente IPS. . [sitio web]. Cali. [Consulta: 22 noviembre 2016]. Disponible en <http://endosaluddeoccidente.com/programa-de-proteccion-renal/>

30. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Componente de un Modelo de Salud Renal. Bogotá, 2005: 58 p. Disponible en: http://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/conc/mod_pyc_ecl_r_3442_06.pdf

BIBLIOGRAFIA

BIRCHER, Johannes y SHYAMA Kuruvilla. Defining Health by Addressing Individual, Social, and Environmental Determinants: New Opportunities for Health Care and Public Health. *J Public Health Policy*. 2014 Aug; 35(3): 363–386. doi: 10.1057/jphp.2014.19. PMC. Web. Fecha de acceso 21 Nov. 2016.

CABRERA, Soriano. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*. Volumen 24. Suplemento N° 6 • 2004. p 27-34.

CHRONIC KIDNEY DISEASE. Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. National Institute Health and Care Excellence NICE, Clinical Guideline 182. Julio, 2014.

COLOMBIA. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA (1991). Bogotá. [Consulta: 10/octubre/2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125#FichaDocumento>

COLOMBIA. DECRETO 1011 DE 2006 (3, Abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 46230.

COLOMBIA. DECRETO 2699 DE 2007 (13, Julio, 2007). Por medio de la cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 46688.

COLOMBIA. LEY 100 DE 1993 (23, Diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 41148.

COLOMBIA. LEY 1438 DE 2011 (19, Enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 47957.

COLOMBIA. RESOLUCION 0429 DE 2016 (17, Febrero, 2016). Por medio de la cual se adopta el Política de Atención Integral en Salud. En: Diario Oficial No. 49794 de febrero 22 de 2016.

COLOMBIA. RESOLUCION 1841 DE 2013 (28, Mayo, 2013). Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En: Diario Oficial No. 48811 de junio 4 de 2013.

COLOMBIA. RESOLUCION 2463 DE 2014 (19, Junio, 2014). Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008. En: Diario Oficial No. 49188 20 de junio de 2014.

Cuadro de Datos de la Población Mundial, 2014. Publicación anual del Population Reference Bureau. Washington, 2014. ISSN 0085-8315. [En línea]. [Consulta: 15 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2015/2014-world-population-datasheet-sp.aspx>.

FLORES, JC et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile [online]. 2009, vol.137(1) pp.137-177 [Consulta: 11 octubre 2016]. doi: 10.4067/S0034-98872009000100026. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026&lng=es&nrm=iso

GARCÍA, C y DÁVALOS, ML. Atención a la Salud Basada en Evidencia (ASBE), Gaceta CENETEC, 2009 Vol. 12. Recuperado en 19/octubre/2016. Disponible en: http://www.cenetec.gob.mx/interior/gaceta12/atencion_salud_evidencia.html

Guías de abordaje y seguimiento - Paciente con sospecha y diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, Mayores de 15 años. EPS SURA. [sitio web]. Bogotá. [Consulta: 22 noviembre 2016]. Disponible en https://www.epssura.com/guias/programa_proteccion_renal.pdf.

IDROVO, Alvaro Javier; ALVAREZ-CASADO, Enrique. Asumiendo el concepto de salud. Revista Salud UIS, 2014. Vol 46, n. 3. ISSN 2145-8464. [Consulta: 21 noviembre 2016]. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4494/4753>.

KERR M, BRAY B, Medcalf J, O'Donoghue DJ, Matthews B. Estimating the financial cost of chronic kidney disease to the NHS in England. Nephrol. Dial. Transplant. (2012) 0: 1–8. doi: 10.1093/ndt/gfs269

LEVEY A, Coresh J. Chronic Kidney Disease. Lancet 2012; 379: 165-80. doi:10.1016/S0140-6736(11)60178-5

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Componente de un Modelo de Salud Renal. Bogotá, 2005: 58 p. Disponible en: http://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/conc/mod_pyc_ecr_r_3442_06.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. 2015.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica Enfermedad renal crónica (adopción). Bogotá. Mayo 2016. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes incluidos en programas de nefroprotección para estadios 1 - 4 y 5 sin diálisis de la enfermedad renal crónica en Colombia. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Bogotá, 2013: 62 p.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2463 del 2014 (19, junio, 2014). Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008. Bogotá D.C.: 13 p.

Programa de Protección Renal. Endo Salud de Occidente IPS. . [sitio web]. Cali. [Consulta: 22 noviembre 2016]. Disponible en <http://endosaluddeoccidente.com/programa-de-proteccion-renal/>

Programa de Protección Renal. Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. 2016. [sitio web]. Medellín. [Consulta: 22 noviembre 2016]. Disponible en <http://www.hgm.gov.co/index.php/servicios-principal/programa-de-proteccion-renal>.

TREVIÑO, Alejandro. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. Cir Ciruj 2004; 72: 3-4

Unidad Renal, Centro de Especialistas, Diagnóstico y Tratamiento, CEDIT. [sitio web]. Bogotá. [Consulta: 10 octubre 2016]. Disponible en: <http://ceditltda.com>

VILLALBÍ, Joan. Promoción de la Salud Basada en la Evidencia. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 489-490

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. (WHO/HPR/HEP/95.1). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá. Noviembre, 1986. [Consulta: 6 octubre 2016]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Official Records of the World Health Organization, N° 2. New York. Julio, 1946. p. 100

ANEXOS

ANEXO A. VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL

Actualización de información personal

Nombres y Apellidos: _____
Cédula de Ciudadanía: _____ Lugar de Expedición: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Estado Civil: _____ Ocupación: _____
Nivel Educativo: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____
Sede Unidad Renal: _____

Composición social y familiar del paciente:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	EDUCACIÓN	OCUPACIÓN

Situación económica del paciente:

Establecer ingresos y egresos mensuales del paciente y su núcleo familiar, se registra quién o quienes aportan y cuánto aportan. Adicionalmente se diligencia tipos de gastos (Recibos de servicios públicos, arriendo, alimentación, transporte y demás gastos).

Relaciones familiares:

Dinámica familiar: (Relaciones familiares)
Roles familiares:

Redes Sociales de Apoyo (Establecer Red de Apoyo del paciente)

Familiar:
Social:
Comunitario:

Seguimiento a los controles por las diferentes especialidades:

Se le indica al paciente y a familiar que debe traer copia de las diferentes valoraciones por los distintos especialistas a los cuales asiste y sus respectivos controles, además de indagar acerca del trámite de las distintas órdenes dadas en los controles, y brindar asesoría con respecto a dichas diligencias.

ASISTENCIA A VALORACIONES POR OTRAS ESPECIALIDADES	
Nombre del paciente:	CC:
Especialidad a la cual asiste a cita médica:	
Fecha de asistencia a cita médica:	
Indicaciones dadas en la valoración, exámenes solicitados:	

Control en la toma de medicamentos:

Se le indica al paciente y/o al familiar que debe mencionar los medicamentos que ingiere con su respectiva posología, y así corroborar éstos con la fórmula médica.

LISTADO DE MEDICAMENTOS Y SU POSOLOGÍA:	
Nombre medicamento:	Posología:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Recomendaciones por parte de Trabajo Social:

Teniendo en cuenta lo que se observe y se indague en la valoración se le dará al paciente y a familiar indicaciones, recomendaciones, sugerencias acerca de las situaciones evidenciadas las cuales puedan estar generando algún tipo de riesgo para el paciente y su estado de salud. Además de realizar procesos de psicoeducación acerca del compromiso con los cuidados propios de la salud.