

## Repercusión del documento de consenso SEN-SEMFCY sobre enfermedad renal crónica en la organización de nuestros servicios de nefrología

*Nefrología* 2008; 28 (3) 350

**Sr. Director:** Afrontar una patología de la magnitud de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)<sup>1-3</sup> hace necesaria una adecuada coordinación entre Nefrología y Atención Primaria (AP)<sup>4</sup>. Un esfuerzo importante en este sentido es la reciente edición del «Documento de Consenso SEN-semFCY sobre la Enfermedad Renal Crónica»<sup>5</sup>.

En la elaboración de un protocolo de manejo de la ERC preocupa la posible saturación de las Consultas de Nefrología. En nuestra experiencia, la implantación de un protocolo común con AP supuso un incremento de primeras visitas por ERC del 40% en el primer año. Este dato nos obliga a considerar con prudencia los criterios a consensuar. Centrándonos en los valores del filtrado glomerular estimado por fórmula MDRD (eFG), este documento propone la remi-

sión de pacientes con eFG < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en menores de 70 años y eFG < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en mayores de 70 años. ¿Son estos los criterios más razonables para todos los servicios?

Para analizar su impacto en el Sector Sanitario de Alcañiz (Teruel), que atiende una población rural envejecida de 83.456 habitantes, utilizamos nuestra base de datos de 18.922 pacientes mayores de 18 años en los que se realizaron análisis por cualquier motivo en sus Centros de Salud a lo largo de 2.006. La prevalencia de ERC fue del 16,4%, y 208 pacientes cumplirían estos criterios de remisión. La utilización de los valores propuestos en nuestro protocolo (< 65 años: eFG < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; 65-80 años: eFG < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; > 80 años: eFG < 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) reduciría esta cifra a 113. Las características de ambos grupos quedan reflejadas en la tabla I.

El análisis de los resultados sugiere que en nuestro Sector Sanitario podríamos utilizar los criterios de remisión del Documento de Consenso en los menores de 70 años, aunque siempre recordando que la morbi-mortalidad está especialmente incrementada en varones menores de 60 años con eFG entre 45-60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, que deben considerarse de elevado riesgo cardiovascular<sup>2</sup>.

Sin embargo, no sería viable la aplicación de los mismos a pacientes más ancianos, en especial a mayores de 80 años. El excesivo volumen de pacientes y la limitada prevención de riesgo cardiovascular y renal que podríamos obtener nos lleva a replantear la cuestión<sup>6</sup>. En este caso, quedaría a criterio de AP el manejo adecuado de los pacientes y el enviar aquellos con deterioro progresivo de función renal (ya que el tratamiento sustitutivo con frecuencia es viable) o que precisen manejo de sus complicaciones (en especial la anemia).

Basándonos en estos datos, consideramos que en la detección precoz y seguimiento de la ERC es fundamental la formación y cooperación con AP y el ajuste de los criterios de remisión a las Consultas de Nefrología según la capacidad de cada servicio. Especialmente relevante es el adecuado manejo de la ERC por parte de AP en el caso de varones menores de 60 años con eFG entre 45-60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y en mayores de 75-80 años con eFG entre 20-30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**Tabla I. Características de los grupos de población que precisarían remisión a consultas externas de nefrología según los distintos criterios de filtrado glomerular estimado por fórmula MDRD**

	Previsión según documento SEN-semFCY	Previsión según protocolo Alcañiz
Población a estudio	18.922	18.922
Nº pacientes que cumplen criterios de remisión	208 (1,1%)	113 (0,6%)
Sexo (Varón/Mujer)	37,5%/62,5%	42,5%/57,5%
Edad media	72,9 ± 14	67,1 ± 14
A. Grupos de edad		
< 65 años	50 (24%)	50 (44,3%)
65-80 años	79 (38%)	47 (41,6%)
> 80 años	79 (38%)	16 (14,1%)
B. Grupos de edad		
< 70 años	89 (42,8%)	56 (49,6%)
> 70 años	119 (75,2%)	57 (50,4%)
Crp mg/dl	2,19 ± 0,98	2,39 ± 1,2
FG ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	30 ± 9,3	29,7 ± 11
Estadios K/DOQI		
- 3	80 (38,5%)	46 (40,7%)
- 4	116 (55,8%)	55 (48,7%)
- 5	12 (5,7%)	12 (10,6%)

- Otero A, Gayoso P, García F, De Francisco AL, on behalf of the EPIRCE study group: epidemiology of chronic renal disease in the Galician population: results of the pilot Spanish EPIRCE study. *Kidney Int* 2005; (Supl. 99): S16-S19.
- Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C-Y. Chronic kidney disease and the risk of death, cardiovascular events, and hospitalization. *New Engl J Med* 2004; 351: 1296-1305.
- O'Hare AM, Bertenthal D, Covinsky KE, Landefeld CS, Sen S, Mehta K, Steinman MA, Borzecki A, Walter LC. Mortality risk stratification in chronic kidney disease: One size for all ages? *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 846-854.
- Alcázar R, De Francisco AL. Acción estratégica de la SEN frente a la enfermedad renal. *Nefrología* 2006; 26: 1-4.
- Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM y cols. Documento de consenso SEN-semFCY sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; 28 (3): 273-281.
- Locatelli F, Pozzoni P. Chronic kidney disease in the elderly: is it really a premise for overwhelming renal failure? *Kid Int* 2006; 69: 2118-2120.

L. M. Lou Arnal, J. M.<sup>a</sup> Turón Alcaine, B. Campos Gutiérrez y B. Boned Juliani  
 Servicios de Nefrología. Dirección de Atención Primaria y Bioquímica del Hospital de Alcañiz. Unidad de Investigación del Sector Sanitario de Alcañiz. Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria REDIAPP.