

## Potencialidades de la atención primaria a la salud en el cuidado de enfermedad renal crónica<sup>1</sup>

Elaine Amaral de Paula<sup>2</sup>  
Mônica Barros Costa<sup>3</sup>  
Fernando Antonio Basile Colugnati<sup>4</sup>  
Rita Maria Rodrigues Bastos<sup>5</sup>  
Chislene Pereira Vanelli<sup>6</sup>  
Christiane Chaves Augusto Leite<sup>7</sup>  
Márcio Santos Caminhas<sup>8</sup>  
Rogério Baumgratz de Paula<sup>3</sup>

Objetivo: evaluar la estructura, el proceso y los resultados del "Programa de Atención a Enfermos Renales Crónicos" en un municipio brasileño. Método: estudio epidemiológico, transversal, realizado en 14 unidades de atención primaria y en un centro de atención secundaria, en el período de 2010 a 2013. Se utilizó el referencial metodológico de Donabedian. Para evaluación de estructura y proceso; fueron entrevistados 14 médicos, 13 supervisores y 11 agentes comunitarios de salud de la atención primaria. Para evaluación del resultado, fueron utilizadas 1.534 fichas médicas en la atención primaria y 282 en la atención secundaria. Resultados: en la mayoría de las unidades faltaban consultorios para la atención médica y de enfermería, los equipos estaban incompletos y la mayoría de los profesionales no participó de capacitaciones sobre la atención a la enfermedad renal crónica. Los médicos de las unidades primarias, clasificados como capacitados, encaminaron usuarios para la atención secundaria en etapas más precoces de la enfermedad renal crónica (etapa 3B) cuando comparados a los médicos de las unidades no capacitadas (58% vs 36%) ( $p=0,049$ ). Las unidades de atención primaria, clasificadas como capacitadas, presentaron mejores tasas de estabilización de la filtración glomerular (51%) cuando comparadas a las unidades parcialmente capacitadas (36%) y no capacitadas (44%) ( $p=0,046$ ). Conclusión: los usuarios atendidos en las unidades de atención primaria, con puntuación más elevada en criterios de estructura y proceso, presentaron mejores resultados clínicos.

Descriptores: Evaluación de Proceso (Atención de Salud); Evaluación de Resultado (Atención de Salud); Prestación de Atención de Salud; Enfermedad Renal Crónica.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Evaluation of the attention to chronic kidney disease in the hiperdia minas center Juiz de Fora", presentada a la Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

<sup>2</sup> MSc, Enfermeira, Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Medico, Secretaria Municipal de Saúde, Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>6</sup> Estudiante de doctorado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>7</sup> MSc, Medica.

<sup>8</sup> Medico.

### Cómo citar este artículo

Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA, et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2801. [Access 

mes	día	año

]; Available in: 

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1234.2801>.

## Introducción

El sistema de salud brasileño experimenta una situación caracterizada por elevadas tasas de morbimortalidad por condiciones crónicas entre las cuales se destacan: la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica, la enfermedad renal crónica (ERC) y las enfermedades cardiovasculares<sup>(1)</sup>.

Concomitantemente, persiste en el país la carga representada por las enfermedades infecciosas y el fuerte crecimiento de las causas externas configurando una compleja situación epidemiológica definida como "tripla carga de enfermedades"<sup>(2)</sup>.

Los cambios observados en el perfil epidemiológico de la población ocurren de forma diferenciada cuando comparados a la organización de los sistemas de atención, percibiéndose una incoherencia entre las necesidades de la población y el modelo de salud vigente<sup>(2)</sup>. Así, el enfrentamiento de las condiciones crónicas volvió a ser un desafío para los administradores, profesionales de todas las áreas y usuarios del sistema de salud.

En especial, en el caso de la ERC, persisten problemas de considerable gravedad relacionados a la baja capacidad de solución de esta condición de salud en la atención primaria de la salud (APS)<sup>(3-4)</sup>. Algunos estudios revelan que la esta enfermedad presenta alta prevalencia y afecta, sobre todo, individuos ancianos, hipertensos y diabéticos, siendo, muchas veces, subdiagnosticada, no tratada o abordada tardíamente<sup>(5-6)</sup>.

Datos de la población mundial estiman que la prevalencia de la ERC varía entre 8% y 16%<sup>(6)</sup>. Hasta el momento, no existen informaciones definitivas de la epidemiología de la ERC en Brasil, sin embargo, datos provenientes de 24.248 individuos adultos de un laboratorio de análisis clínicas de Juiz de Fora, municipio de Minas Gerais, obtenidos cuando la ERC fue diagnosticada, a través de la tasa de filtración glomerular estimada (TFG) a partir de dos dosis de creatinina obtenidas en un intervalo mínimo de tres meses, evidenció que 2,3% de los evaluados presentaban ERC, etapas 3B, 4 y 5. La extrapolación de este porcentaje para la población adulta brasileña permite estimar que aproximadamente tres millones de brasileños presentan ERC en etapa avanzada<sup>(7)</sup>. La elevada prevalencia de este tipo de enfermedad asociada a la complejidad de su tratamiento resulta, en Brasil, en el consumo de cerca 10% del presupuesto anual del Ministerio de la Salud, además de generar perjuicios sociales como pérdida de productividad y de calidad de vida<sup>(8)</sup>.

Frente a la necesidad de elaborar nuevas propuestas que orienten las estrategias de prevención y control de las condiciones crónicas, el Ministerio de la Salud desarrolló políticas de reorganización de los servicios de salud con enfoque en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). En Minas Gerais, esa propuesta se consolidó con la creación del Programa HIPERDIA Minas, caracterizado por la oferta de atención compartida entre las Unidades de Atención Primaria a la Salud (UAPS) y los Centros Hiperdia<sup>(9)</sup>.

En ese modelo, la atención primaria de la salud (APS) actúa como puerta de entrada y debe acompañar todo el curso del usuario de la red, a través de herramientas específicas como: ficha clínica, adopción de líneas guía, sistema de referencia y contrareferencia, además de estrategias de comunicación efectiva entre los equipos de la atención primaria y los especialistas.

Comprendiendo la complejidad del cuidado para los usuarios con ERC y el papel de la atención primaria a la salud en la coordinación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, este estudio tuvo como objetivo evaluar la estructura, el proceso y el resultado del Programa de Atención a Enfermos Renales Crónicos en un municipio brasileño.

## Método

Se trata de un estudio epidemiológico transversal realizado en 14 unidades de atención primaria y en un centro de atención secundaria inscritos en el Programa Hiperdia Minas, en Juiz de Fora, municipio del Estado de Minas Gerais, en el período comprendido entre 2010 y 2013.

Se utilizó el referencial metodológico de Donabedian<sup>(10)</sup> para la construcción de los indicadores de estructura, proceso y resultado.

Las variables relacionadas a la estructura comprendieron la capacitación de los recursos humanos y la disponibilidad de recursos físicos y materiales en las unidades. Las variables de proceso se refirieron a las acciones de rastreo de los factores de riesgo para la ERC, a los criterios de diagnóstico de esta enfermedad y de encaminamiento para el Programa Hiperdia Minas. La dimensión de los resultados fue evaluada con base en indicadores clínicos, tales como: promedio de los dos últimos valores de la presión arterial, glucemia en ayuno y creatinina sérica, registrados en las fichas médicas de los usuarios, atendidos en los grupos de hipertensión arterial y diabetes mellitus en las unidades de atención primaria evaluadas.

Para el estudio fueron considerados los referenciales técnicos y normativos que constituyen el Programa Hiperdia Minas. De acuerdo con la Resolución

de la Secretaría Estatal de Salud nº 2.606/2010, deben ser encaminados para el ambulatorio de enfermedad renal crónica del Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora (CHDM/JF) los usuarios con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus que: a) presenten ERC en etapas 3B, 4 o 5; b) pérdida anual de la filtración glomerular estimada  $\geq 5$  mL/min/año (Tasa de Filtración Glomerular inicial - Tasa de Filtración Glomerular final/número de meses de observación  $\times 12$ ); c) proteinuria  $> 1,0$  g/día o proteinuria  $< 1,0$  g/día acompañada de hematuria; d) aumento abrupto de la creatinina sérica ( $\geq 30\%$ ); y e) disminución de 25% de la filtración glomerular estimada al iniciar alguna medicación que obstruya el eje renina-angiotensina-aldosterona. Tales referencias quedaron a disposición de las unidades de atención primaria de la salud desde la implantación del programa en el municipio.

Las unidades de atención primaria fueron seleccionadas a partir de criterios de regionalización y frecuencia de encaminamiento a la atención secundaria. Así, en cada una de las siete regiones administrativas de la ciudad (norte, sur, este, oeste, noreste, sureste y centro) fueron seleccionadas dos unidades, siendo una con mayor y la otra con menor número de encaminamientos para el Centro Hiperdia Minas, de Juiz de Fora. La selección de los profesionales entrevistados se hizo de forma aleatoria. Las unidades de atención primaria seleccionadas para el presente estudio correspondieron a 23% del total de las unidades del municipio, alcanzando una cobertura poblacional de aproximadamente 63 mil usuarios.

El instrumento utilizado<sup>(11)</sup> fue originalmente destinado a la evaluación normativa de la atención a la diabetes mellitus. Para el presente estudio este instrumento fue adaptado de forma a permitir la evaluación de la atención a la ERC, siendo seleccionados indicadores y acciones con base en la "Línea Guía de Atención a la Enfermedad Renal Crónica"<sup>(12)</sup>.

Para el análisis de la capacidad de las unidades de atención primaria fueron atribuidos puntos a cada criterio del cuestionario y estos fueron sumados dentro de los subcomponentes de estructura o proceso. De ese modo, fueron constituidos dos bloques con la suma de los subcomponentes de estructura y proceso para cada entrevista realizada. En su dimensión unitaria, la estructura recibió peso 4 y el proceso peso 6. Para el cálculo del puntaje que evalúa la capacidad de la unidad de atención primaria fueron sumadas las puntuaciones de los subcomponentes estructura y proceso de los tres sujetos entrevistados de modo a constituir una puntuación general de la unidad. Esta puntuación fue dividida en terciles de clasificación y, con base en el total de los puntos, cada unidad de atención primaria

fue clasificada como "capacitada", "parcialmente capacitada" o "no capacitada", considerando la capacidad de las unidades de atención primaria en las acciones de prevención y control de la ERC.

Para evaluación de los resultados fueron seleccionadas 1.534 fichas médicas en la atención primaria correspondientes a la micro área del médico entrevistado y que contenían informaciones clínicas de los usuarios atendidos en los grupos de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus a partir de 2010. Además, fueron seleccionados 282 fichas médicas de usuarios con ERC encaminados a partir de las UAPS seleccionadas para el estudio, para el Centro Hiperdia, en el período de implantación del Programa que correspondió al período de septiembre de 2010 a agosto de 2013.

De acuerdo con la evolución de la tasa de filtración glomerular, a lo largo del período de acompañamiento, los pacientes fueron clasificados en: 1) no progresaron (no hubo reducción de la tasa de filtración glomerular); 2) progresaron lentamente (presentó reducción de hasta 5 mL/min/año de la tasa de filtración glomerular); y 3) progresaron aceleradamente (presentó reducción  $\geq 5$  mL/min/año de la tasa de filtración glomerular). Se consideró la presión arterial como controlada cuando los valores de la presión arterial sistólica promedio fue  $\leq 140$  mmHg y/o la presión arterial diastólica promedio fue  $\leq 90$  mmHg, en el caso de individuos hipertensos o con presión arterial sistólica promedio  $\leq 130$  mmHg y/o presión arterial diastólica promedio  $\leq 80$  mmHg, en los usuarios con diabetes<sup>(13)</sup>.

Las variables seleccionadas fueron precodificadas y almacenadas en el programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 15.0. Los datos fueron interpretados por medio del análisis descriptivo, como promedios y prevalencias. La relación entre las variables fue evaluada con el test "Chi-cuadrado". Para todas las estadísticas fueron adoptados un nivel de significación de 5% e intervalo de confianza de 95%. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Juiz de Fora con el parecer nº 133.399. Los entrevistados firmaron el término de consentimiento libre e informado en el momento de aceptar participar de la investigación.

## Resultados

Entre las 14 UAPS seleccionadas, 11 actuaban en el modelo de Estrategia Salud de la Familia (ESF), dos eran unidades de salud tradicionales (UST) y una funcionaba en el modelo mixto de atención (Estrategia Salud de la Familia y Unidad de Salud Tradicional). Participaron de las entrevistas 14 médicos, 13 supervisores e 11 agentes comunitarios de la salud (ACS).

El promedio de tiempo de actuación profesional en la unidad de atención primaria fue de  $6,0 \pm 6,12$  años,  $8,3 \pm 6,31$  años y  $8,6 \pm 3,55$  años, para médicos, supervisores y agentes comunitarios, respectivamente. Se observó que 57% de los médicos, 39% de los supervisores y 23% de los agentes comunitarios de salud trabajaban hace menos de cinco años, en la unidad.

Con relación a la estructura física se verificó que nueve (61%) de las unidades evaluadas no poseían consultorio en número suficiente para la atención simultánea de médico y enfermero y diez (69%) de las unidades no poseían medicamentos básicos en cantidad suficiente para atender a la demanda.

De las 14 unidades de atención primaria evaluadas apenas cuatro (31%) presentaban un equipo completo. En relación a la capacitación de los equipos evaluados, se verificó que ocho médicos (54%) y 11 enfermeros (77%) tenían especialización en Salud de la Familia y siete (67%) agentes comunitarios de salud hicieron el curso introductorio en Salud de la Familia. Además de eso, apenas ocho (54%) médicos, seis (46%) enfermeros y un agente comunitario habían recibido capacitación específica para el acompañamiento de la ERC.

Entre las 14 unidades de atención primaria evaluadas se verificó que ninguna poseía líneas de guía dirigidas a la ERC. La entrevista con los médicos reveló que seis (43%) no conocían los criterios de encaminamiento para el Centro Hiperdia Minas y nueve (64%) utilizaban la dosis de creatinina sérica como el principal criterio de encaminamiento para la atención secundaria. Además de eso, apenas cinco (36%) de los entrevistados relataron incluir la excreción urinaria de proteína como criterio de evaluación. Estos porcentajes se mostraron todavía más reducidos cuando se consideró como criterio de encaminamiento la tasa de filtración glomerular y el rastreo de microalbuminuria (permite definir la gravedad de la enfermedad renal). Así, menos de un tercio de los médicos relataron utilizar la tasa de filtración glomerular y apenas un citó la microalbuminuria como criterio de evaluación.

Dos de los entrevistados relataron utilizar el valor de la tasa de filtración glomerular suministrada por el laboratorio de análisis clínicos.

En relación a la coordinación del flujo de usuarios en la red, la entrevista con los profesionales de las unidades de atención primaria reveló la ausencia de una comisión de regulación de encaminamiento para el especialista en el municipio.

Así, considerando los aspectos de estructura y proceso de las unidades de atención primaria, la clasificación de la capacidad para acciones de prevención de los factores de riesgo, detección precoz y control de la ERC en la atención primaria, el estudio reveló que cinco (36%) unidades estudiadas fueron clasificadas como capacitadas, cinco (36%) como parcialmente capacitadas y cuatro (28%) como no capacitadas.

Al analizar las 1.534 fichas médicas de los usuarios acompañados en los grupos de hipertensión arterial y diabetes mellitus en las unidades de atención primaria, fueron observadas fallas en el registro de exámenes de laboratorio básicos siendo que durante cuatro años de seguimiento, no existió registro de glucemia en ayuno en 18% (276) de las fichas médicas, en 163 (44%) fichas médicas de los diabéticos no había registro de hemoglobina glucosada; en relación al rastreo de la ERC en esta población, se verificó la ausencia de registro de creatinina sérica en 398 (26%) fichas médicas analizadas y en 261 (17%) de los mismos había apenas un registro.

Considerando la tasa de filtración glomerular, la ERC fue diagnosticada en 250 (16%) individuos. La Tabla 1 presenta la descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica y clínica de los usuarios renales crónicos atendidos en las unidades de atención primaria la salud del municipio de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2010 la 2013

Variables	Total (N=250)
Promedio de edad, años (desviación estándar)	67 (10,9)
Hombres, n(%)	204 (82)
Comorbilidades	
Hipertensión arterial, n(%)	175 (70)
Diabetes mellitus, n(%)	75 (30)
Estado de la enfermedad renal crónica	
Etapa 3 A	143 (57)
Etapa 3B	88 (35)
Etapa 4	15 (6)
Etapa 5	4 (2)

El análisis de los indicadores clínicos mostró que 61% de los usuarios, acompañados en las unidades de atención primaria capacitadas, presentaron presión arterial promedio controlada, considerándose apenas que 39% de los usuarios de las UAPS clasificadas como parcialmente capacitadas y no capacitadas estaban con la presión arterial promedio controlada ( $p=0,92$ ).

En relación la evolución de la tasa de filtración glomerular, se observó que 51% de los usuarios acompañados en las unidades de atención primaria capacitadas presentaron estabilización de la tasa

de filtración, en cuanto que 56% de los usuarios acompañados en las unidades de atención primaria no capacitadas tuvieron disminución lenta o acelerada de la tasa de filtración glomerular ( $p=0,046$ ) (Figura 1).

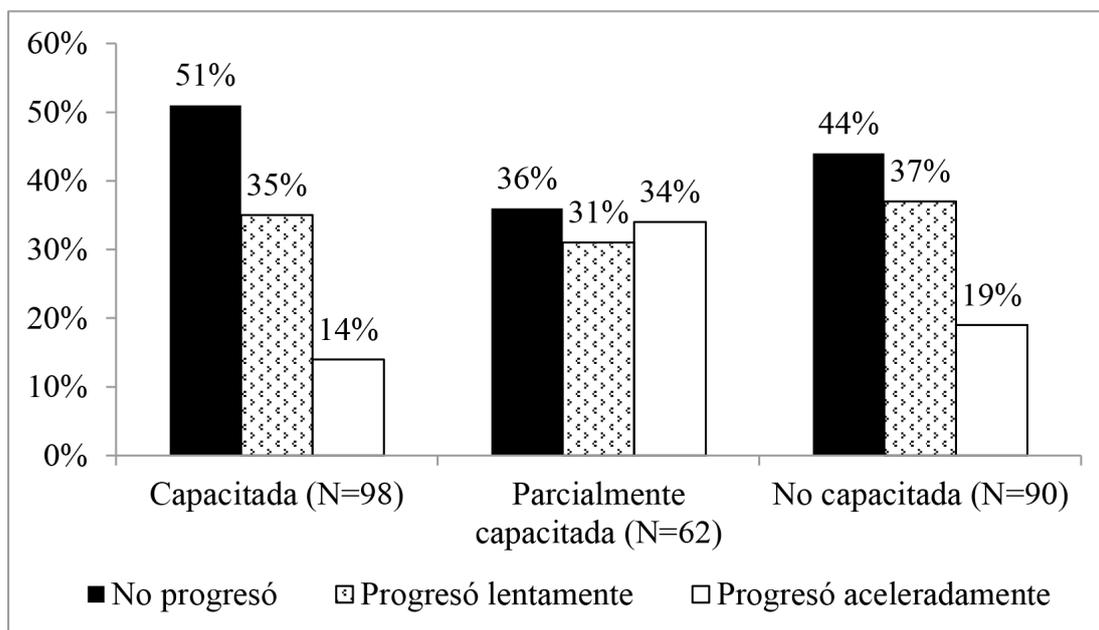


Figura 1 - Evolución de la tasa de filtración glomerular de los usuarios acompañados en la atención primaria por categoría de la unidad de atención primaria. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2013 (N=250)

El análisis de las condiciones de encaminamiento de los usuarios para el ambulatorio de enfermedad renal crónica del Centro Hiperdia Minas, de Juiz de Fora, reveló que las unidades de atención primaria

a la salud "no capacitadas" presentaron menor frecuencia de encaminamiento cuando comparadas a las "capacitadas" y a las "parcialmente capacitadas" ( $p<0.001$ )(Figura 2).

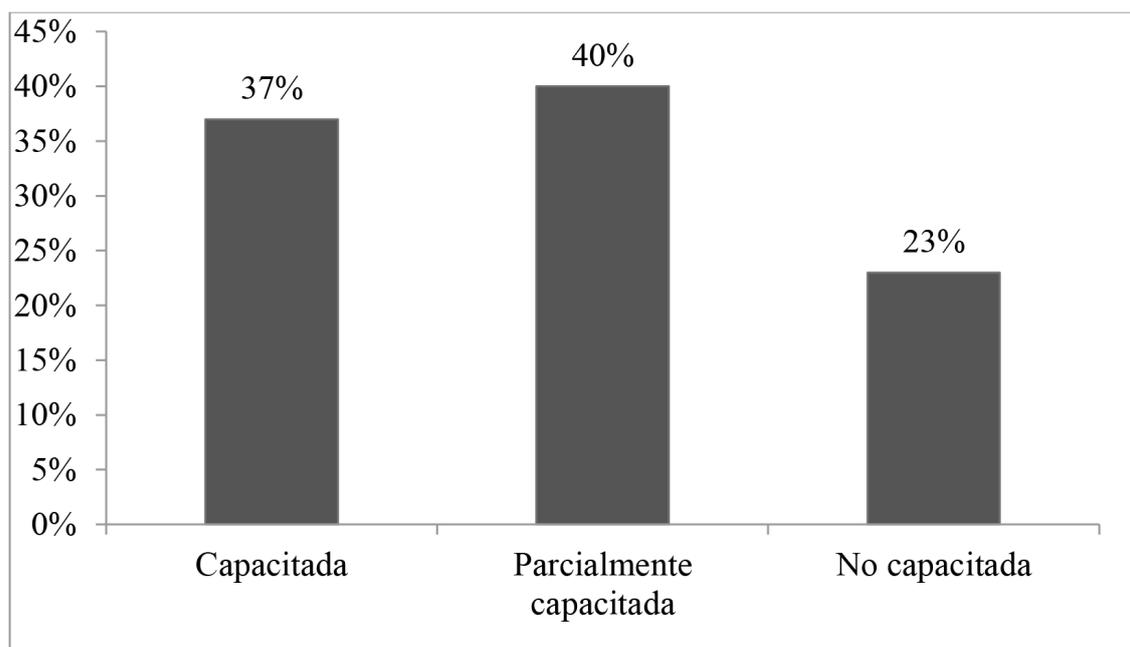


Figura 2 - Frecuencia de encaminamientos para el Centro Hiperdia Minas, de Juiz de Fora, por categoría de la unidad de atención primaria. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2013 (N=282)

Las unidades de atención primaria clasificadas como capacitadas presentaron mayor conocimiento de los criterios de encaminamiento para la atención secundaria (80%), cuando comparadas a las clasificadas como parcialmente capacitadas (40%) y a las no capacitadas (50%).

Al evaluar las etapas de la ERC por ocasión del encaminamiento, se observó que 61 (22%) usuarios presentaban ERC etapa 3A, 99 (35%) usuarios etapa 3B, 101 usuarios (36%) etapa 4 y 21 usuarios (7%),

etapa 5. Considerando la etapa 3B como un criterio para encaminamiento a la atención secundaria de la salud, los análisis de la etapa de encaminamiento, por categoría de la unidad de atención primaria, revelaron que 58% de los usuarios provenientes de las unidades clasificadas como capacitadas estaban en la etapa 3B de esta enfermedad. En contraposición, las unidades clasificadas como no capacitadas encaminaron la mayoría de los usuarios (65%) en las etapas 4 y 5 de la enfermedad renal crónica ( $p=0,049$ ) (Figura 3).

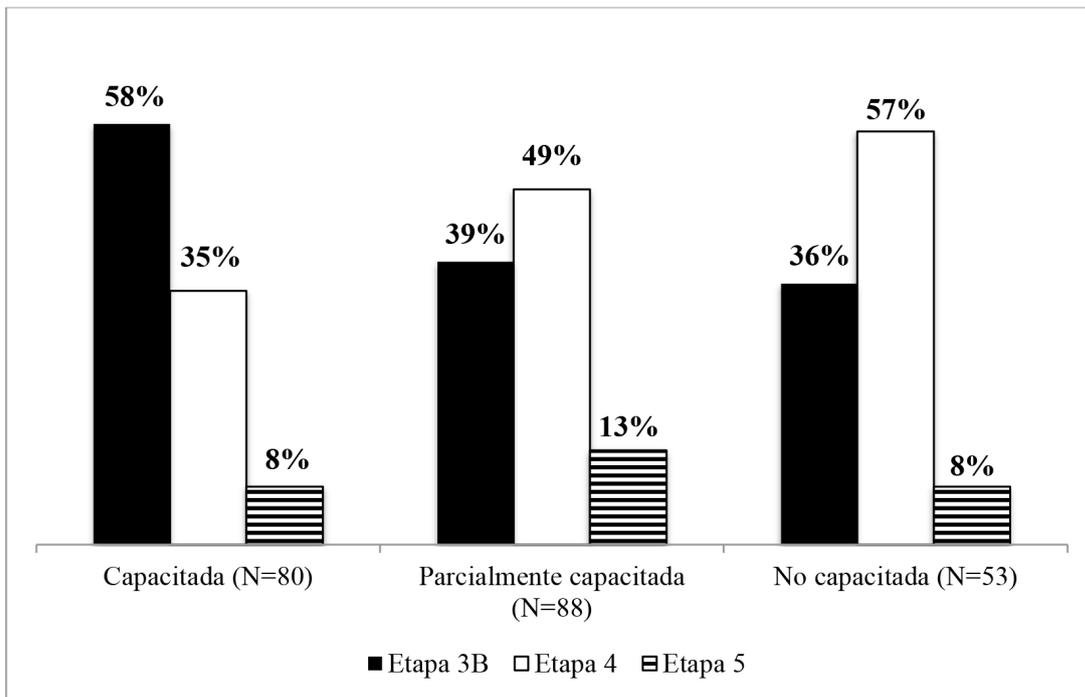


Figura 3 - Etapa de la enfermedad renal crónica en usuarios encaminados al Centro Hiperdia Minas, de Juiz de Fora, por categoría de la UAPS. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2010 a 2013 (N = 221)

## Discusión

Los resultados del presente estudio apuntaron fragilidades y potencialidades en la red de atención al enfermo renal crónico en la ciudad de Juiz de Fora – Minas Gerais. Si por un lado la evaluación de la capacidad de las unidades de atención primaria para el cuidado de la enfermedad renal crónica apuntó la falta de recursos y de sistematización de las acciones de prevención y control de la enfermedad renal, por otro, se observaron potencialidades, por ejemplo, mejores resultados en el cuidado a los usuarios con condiciones crónicas en las unidades de atención primaria que poseían elementos de estructura y proceso más definidos.

Las deficiencias en la estructura física y de recursos materiales en las unidades fueron caracterizadas, principalmente, por la falta de consultorios para una atención concomitante de médico y de enfermero y

cantidad insuficiente de medicamentos para dispensación lo que ocurrió en la mayoría de las unidades evaluadas.

En paralelo, se observó que la mayor parte de los profesionales no recibió capacitación específica para atender a usuarios con ERC. En ese sentido, el obstáculo más citado por los administradores de la atención primaria se refiere al bajo porcentaje de profesionales con perfil y capacidad técnica adecuados para el proceso de expansión de los equipos. Otros factores como la falta de reconocimiento social, dificultades en participar de educación permanente, condiciones precarias de trabajo y dificultades en la administración de los equipos contribuyen para una baja fijación de los profesionales y, consecuentemente, para la fragmentación de la red<sup>(14-15)</sup>.

Además de las deficiencias estructurales y de recursos humanos, también fueron observadas fragilidades relacionadas al proceso. De esa forma,

la ausencia de líneas guía para la ERC y la falta de conocimiento de los criterios de encaminamiento para atención secundaria, en las unidades evaluadas, posiblemente resultaron en la demora del diagnóstico y del encaminamiento. Conforme evidenciado en las entrevistas con los médicos de la atención primaria, la creatinina sérica fue el principal parámetro utilizado para la evaluación de la función renal en detrimento de la tasa de filtración glomerular. Además de eso, la mayoría de los médicos entrevistados no citó la microalbuminuria como criterio a ser considerado para el encaminamiento de los usuarios para la atención especializada. De modo semejante, el análisis de las fichas médicas de usuarios hipertensos y diabéticos, atendidos en la atención primaria, reveló que en apenas 57% existía registro de dos medidas de creatinina durante el período del estudio y, además, más grave, 43% presentaban apenas un registro de creatinina o inclusive no había referencia a este dato.

Esos resultados se volvieron todavía más preocupantes si consideramos que las directrices nacionales e internacionales recomiendan una dosificación anual de creatinina en hipertensos y diabéticos y la utilización de la tasa de filtración glomerular para rastreo de la ERC<sup>(12-13,16)</sup>.

Esa práctica, reflejo del desconocimiento de las directrices para el tratamiento de la ERC, no se limita al estado de Minas Gerais. Otros autores apuntan graves deficiencias en el manejo de la enfermedad renal en el ámbito de la atención primaria. Es el caso de un estudio realizado en el sur del país, que mostró que apenas 8% de los diabéticos y 5% de los hipertensos tuvieron la tasa de filtración glomerular evaluada por médicos de la atención primaria<sup>(17)</sup>. En el estado de Sao Paulo, el registro de microalbuminuria fue encontrado en apenas 1,4% de las fichas médicas<sup>(18)</sup>.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos mostró que 64% de los médicos de la atención primaria relataron no tener conocimiento de los criterios de referencia para la atención especializada y que 16% no supieron estimar la tasa de filtración glomerular. En ese mismo estudio, 53% de los nefrólogos entrevistados consideraron que los médicos de la atención primaria encaminaron tardíamente sus usuarios para evaluación<sup>(3)</sup>.

El encaminamiento tardío de usuarios con ERC implica en: aumento del riesgo de mortalidad, peor estado metabólico en la diálisis, complicaciones relacionadas al uso de acceso vascular temporario, mayor tiempo de internación hospitalaria, reducción del acceso al trasplante renal preferencial y, consecuentemente, aumento de los costos de los servicios de salud<sup>(5,19)</sup>.

En un estudio retrospectivo realizado en un centro de diálisis, se observó que 22% de los pacientes fueron

encaminados en el etapa 5 de la ERC (TFG < 15mL/min/1.73 m<sup>2</sup>) lo que resultó en menor porcentaje de pacientes con acceso vascular permanente para inicio de la diálisis<sup>(20)</sup>. Esta práctica también fue constatada en Inglaterra en donde cerca de un cuarto de los pacientes fueron encaminados para el especialista apenas un mes antes de la necesidad del inicio de la terapia renal substitutiva. En esta población, el encaminamiento tardío se asoció a: menor prevalencia de intervenciones preventivas, peor estado clínico en el inicio de la terapia renal substitutiva, mayor tiempo de internación y menor sobrevida<sup>(21)</sup>.

Paralelamente, el encaminamiento precoz de los usuarios con ERC para el nivel de atención secundaria, se asocia a un mejor pronóstico. En una investigación reciente, en la cual fueron evaluados 3.273 enfermos renales crónicos en las etapas 3 a 5, se observó mayor riesgo de muerte anterior al inicio de la diálisis entre los usuarios encaminados al nefrólogo en las etapas más avanzadas de la enfermedad<sup>(22)</sup>. Además del encaminamiento precoz al especialista, el tratamiento multidisciplinar de la enfermedad renal puede presentar resultados todavía más satisfactorios. Un estudio reciente evidenció que la disminución anual media en la tasa de filtración glomerular fue dos veces superior entre los usuarios acompañados apenas por un nefrólogo cuando comparado al tratamiento realizado por equipo multidisciplinar<sup>(23)</sup>. Resultados semejantes fueron obtenidos en el Centro Hiperdia Minas, de Juiz de Fora, entre 934 usuarios atendidos en un período de dos años. En esa muestra, se observó que la velocidad de pérdida de la tasa de filtración glomerular anual fue reducida o estabilizada en 2/3 de los usuarios sugiriendo la eficacia del equipo multidisciplinar en el acompañamiento de la ERC<sup>(24)</sup>.

Los resultados favorables relacionados a la evolución de la función renal de los usuarios acompañados en las unidades de atención primaria clasificadas como capacitadas, aliados al mayor conocimiento de los criterios de encaminamiento precoz a la atención secundaria de la salud, apuntan para la necesidad de mejorar la estructura y sistematizar los procesos de trabajo en aquellas unidades clasificadas como no capacitadas o como parcialmente capacitadas, con el objetivo de articular las acciones dirigidas a los usuarios con ERC entre los diferentes niveles de atención a la salud.

El escenario seleccionado de solamente un único municipio, puede ser apuntado como una limitación del presente estudio, entretanto, los hallazgos suministran auxilios para la concientización de los administradores sobre la inversión en la capacitación de los profesionales y en herramientas de administración de la clínica, aliado

al cuidado compartido entre la atención primaria y el equipo multidisciplinar de atención secundaria a la salud, factores estos que pueden impactar positivamente en los resultados de la atención a los usuarios con ERC<sup>(25)</sup>.

Se piensa que la atención al usuario con ERC, en la mayoría de los municipios brasileños, puede ser todavía más precaria, considerando la no existencia de un programa estructurado de atención compartida para esa condición de salud.

## Conclusión

En el presente estudio se observó que las unidades de atención primaria a la salud con puntuación más elevada en relación a la estructura y proceso, presentaron mejores resultados clínicos en la atención a la ERC, caracterizados por encaminamientos más precoces a la atención secundaria de la salud y menor disminución de la tasa de filtración glomerular.

Estos hallazgos sugieren la mejor eficacia de la red de atención a los usuarios con ERC cuando la atención primaria a la salud desarrolla procesos adecuados de administración clínica, caracterizados por acciones de prevención, control y tratamiento de la ERC.

## Agradecimientos

A la *Fundação Instituto Mineiro de Estudos - Pesquisa em Nefrologia* (IMEPEN) y a la Secretaría Estatal de Salud de Minas Gerais por el acogimiento y valorización de la investigación.

## Referencias

1. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010;376(9755):1861-8. doi:10.1016/S0140-6736(10)61853-3
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.
3. Allen AS, Forman PF, Oray EJ, Bates DW, Denker BM, Sequist TD. Primary Care Management of Chronic Kidney Disease. *J Gen Intern Med*. 2011;26(4):386-92. doi: 10.1007/s11606.010.1523.6.
4. Tam TH, Hemmelgarn BR, DJ Campbell, Thomas CM, Frutel K, Quinn RR, et al. Primary care physicians' perceived barriers, facilitators and strategies to Enhance conservative care for older adults with chronic kidney disease: qualitative descriptive study. *Nephrol Dial Transplant*. 2015;17(1):408. doi: 10.1093/ndt/gfv408

5. Baer G, Lameire N, Van BW. Late referral of patients with end-stage renal disease: an in-depth review and suggestions for further actions. *NDT Plus*. 2010;3:17-27. doi: doi: 10.1093/ndtplus/sfp050
6. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki k, Li k, Naicker S, Plather B, et al. Chronic Kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013;382(9888):260-72. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X.
7. Bastos RMR, Bastos MG, Ribeiro LC, Bastos RV, Teixeira MTB. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5. *Assoc Med Bras*. 2009; 55(1):40-4. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140043>
8. Sancho LG, Dain S. Análise de custo efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil? *Cad Saude Pública*. 2008;24(6):1279-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600009>
9. Secretaria do Estado De Minas Gerais (SES). Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. Resolução No 2606, de 7 de dezembro de 2010. 2010 [Acesso 9 dez 2014]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes>.
10. Donabedian A. Striving for Quality in Health Care. An Inquiry into Policy and Practice. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1991. ISBN: ISBN-10: 0910701695
11. Pereira PMH. Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família [Internet]. Recife. Dissertação [Saúde Pública]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2007. [Acesso 6 nov 2014]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007pereira.pmh.pdf>.
12. Secretaria do Estado de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto: Conteúdo técnico da Linha. Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. 3ª edição. Belo Horizonte; 2013. [Acesso 16 dez 2014]. Disponível em: [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br)
13. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBH). Avaliação Clínica e Laboratorial e Estratificação de Risco. *J Bras Nefrol*. 2010;32(Suppl I)(1):14-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>
14. André AM, Ciampone TMH, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saude Pública*. 2013;47(1):158-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100020>
15. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):123-30. doi:10.1590/S0104-11692011000100017.

16. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3:1-150. Available at: <http://www.kidney-international.org/>
17. Pena RFA, Silva-Junior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libário AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Cien Saude Colet.* 2012;17(11):3135-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>
18. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto contexto enferm.* 2011;20(3):512-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300012>
19. Brenda WG, Hal M, Elizabeth H, Anca T, Natalie S, Tempie S, et al. Nephrology care prior to end-stage renal disease and outcomes among new ESRD patients in the USA. *Clin Kidney J.* 2015;8(6):772-780. doi: 10.1093/ckj/sfv103
20. Navaneethan SD, Nigwekar S, Sengodan M, Anand E, Kadam S, Jeevanantham V, et al. Referral to nephrologists for chronic kidney disease care: Is non-diabetic kidney disease ignored? *Nephron Clin Pract.* 2007;106(1):113-8. doi: 10.1159/000102998
21. Roderick P, Jones C, Drey N, Blakeley S, Webster P, Goddard J, et al. Late referral for end-stage renal disease: a region-wide survey in the south west of England. *Nephrol Dial Transplant.* 2002;17(7):1252-9. doi: 10.1093/ndt/17.7.1252
22. Sud M, Tangri N, Levin A, Pintilie M, Levey AS, Naimark DM. CKD Stage at nephrology referral and factors influencing the risk of ESRD and death. *Am J Kidney Dis.* 2014;63(6):928-36. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.12.008.
23. Bayliss EA, Bhardwaja B, Ross C, Beck A, Lanese DM. Multidisciplinary Team Care May Slow the Rate of Decline in Renal Function. *Clin JAmSocNephrol.* 2011;6:704-10. doi: 10.2215/CJN.06610810.
24. Paula EA, Vanelli CP, Caminhas MS, Soares BC, Bassoli FA, Costa DMN, et al. Renal function trajectory in chronic kidney disease patients: results of a real-life study. *Nephrol Dial Transplant.* 2014; 29 (SupplIII):102. doi:10.1093/ndt/gfu145.
25. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary Health Care: best practices in the health services network. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21:131-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>

Recibido: 10.9.2015

Aceptado: 12.4.2016

## Correspondencia:

Elaine Amaral de Paula  
 Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina  
 Rua Carangola, nº 630  
 Bairro: Democrata  
 CEP: 36035-220, Juiz de Fora, MG, Brasil  
 E-mail: elaineamp@hotmail.com

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.