

## Pregunta 1. En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, ¿se debe realizar una atención multidisciplinaria o una atención estándar?

### Introducción

Debido a la complejidad de la enfermedad y al impacto a nivel psicosocial, el paciente con enfermedad renal crónica requiere de un abordaje multidisciplinario para llevar a cabo intervenciones relacionadas con el tratamiento de la enfermedad de fondo, educación, mejora de la calidad de vida, manejo de comorbilidades, entre otros ámbitos de importancia (19). En ese contexto, el llamado manejo estándar, que se sustenta en el abordaje especializado y centrado en el especialista en nefrología, ha venido siendo reemplazado por el manejo multidisciplinario sustentado en un núcleo de especialistas que brindarán un soporte continuo y estandarizado al paciente con ERC según estadios (20). En tal sentido, se formuló realizar una búsqueda de evidencia que valore la comparación entre ambos modelos de manejo.

### Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
1	Pacientes con diagnóstico de ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis	Manejo multidisciplinario / Manejo estándar ( <i>usual care, usual model</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Inicio de diálisis</li> <li>• Colocación de catéter</li> <li>• Deterioro de tasa de filtración glomerular</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Hospitalizaciones</li> </ul>

### Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**).

Se encontró una RS publicada como artículo científico: Shi 2018 (21). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Shi (2018)	11/16	Febrero 2021	12 EO 4 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Cateterización venosa temporal incidental</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• Deterioro en tasa de filtración glomerular</li> </ul>

## Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por todas las causas:
  - Para este desenlace se contó con una RS: Shi 2018 (21).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Shi 2018 (21), por tener calidad aceptable, haber realizado una búsqueda más recientemente, y haber incluido el mayor número de estudios.
  - Para mortalidad, la RS de Shi 2018 (21) realizó un MA de 12 estudios observacionales y 4 ECA (n=9302). Con las siguientes características:
    - La población fueron pacientes con ERC en estadios 1-5 sin diálisis
      - Se incluye un análisis para la población de pacientes con ERC en estadios 4 y 5 que incluye 4 estudios observacionales (n=8193)
    - La intervención fue el manejo multidisciplinario con los siguientes componentes: nefrología, enfermería, nutrición, farmacia y trabajo social.
      - Se incluye un análisis que consideró estudios que solo valoraron 2 componentes del equipo multidisciplinario: nefrología y enfermería con 2 ECA y un EO (n=1422)
      - Se incluye un análisis que incluye solo estudios que valoraron todos los componentes del equipo multidisciplinario con 12 eo y 1 ECA (n=7880)
    - El comparador fue el manejo estándar (*usual care* o *usual model*).
    - El desenlace de mortalidad fue definido como el número de eventos de mortalidad en relación a la población total en cada grupo (intervención vs control), la medida de efecto valorada fue el OR.
  - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Shi 2018 (21) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2017).
- Cateterización venosa temporal incidental:
  - Para este desenlace se contó con una RS: Shi 2018 (21).
  - Para cateterización temporal incidental, la RS de Shi 2018 (21) realizó un MA de 12 estudios observacionales. Con las siguientes características:
    - La población fueron pacientes con ERC en estadios 1-5 sin diálisis
    - La intervención fue el manejo multidisciplinario
    - El comparador fue el manejo estándar (*usual care* o *usual model*).
    - El desenlace de mortalidad fue definido como el número de eventos de cateterización incidental en relación a la población total en cada grupo (intervención vs control)
  - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Shi 2018 (21) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2017).
- Hospitalización:
  - Para este desenlace se contó con una RS: Shi 2018 (21).
  - Para hospitalización, la RS de Shi 2018 realizó un MA de 3 estudios observacionales. Con las siguientes características:
    - La población fueron pacientes con ERC en estadios 4-5 sin diálisis
    - La intervención fue el manejo multidisciplinario

- El comparador fue el manejo estándar (*usual care o usual model*).
- El desenlace de hospitalización fue definido como el número de eventos de hospitalización en relación a la población total en cada grupo (intervención vs control)
  - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Shi 2018 (21) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2017).
- Deterioro de la tasa de filtración glomerular:
  - Para este desenlace se contó con una RS: Shi 2018 (21).
  - Para mortalidad, la RS de Shi 2018 (21) realizó un MA de 5 EO. Con las siguientes características:
    - La población fueron pacientes con ERC en estadios 1-5 sin diálisis
    - La intervención fue el manejo multidisciplinario
    - El comparador fue el manejo estándar (*usual care o usual model*).
    - El desenlace de mortalidad fue definido sobre la base de la diferencia estandarizada de medias para cada grupo (intervención vs control)
  - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Shi 2018 (21) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2017).
- Eventos adversos:
  - No se encontraron estudios que valoren este desenlace.

**Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):**

<b>Población: Pacientes con ERC estadios 3b, 4 y 5</b> <b>Intervención: Manejo multidisciplinario</b> <b>Comparador: Manejo estándar</b> <b>Autores: David García-Gomero</b> <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por todas las causas:</b> RS de Shi 2018</li> <li>• <b>Cateterización temporal incidental:</b> RS de Shi 2018</li> <li>• <b>Hospitalización:</b> RS de Shi 2018</li> <li>• <b>Deterioro de la tasa de la tasa de filtración glomerular:</b> RS de Shi 2018</li> </ul>							
<b>Beneficios:</b>							
<b>Desenlaces (outcomes)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Manejo multidisciplinario</b>	<b>Manejo estándar</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	<b>Importancia</b>
Mortalidad por todas las causas	12 EO 4 ECA	385/3804 (10.1%)	617/5498 (11.2%)	OR 0.67 (0.51 a 0.88)	34 menos por 1000 (de 52 menos a 12 menos)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	CRÍTICO
Mortalidad por todas las causas MDC (1 y 2)	2 ECA 1 EO	80/673 (11.9%)	93/749 (12.4%)	OR 1.04 (0.59 a 1.84)	4 más por 1000 (de 47 menos a 83 más)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	CRÍTICO
Mortalidad por todas las causas MDC (1-5)	12 EO 1 ECA	305/3131 (9.7%)	524/4749 (11.0%)	OR 0.61 (0.44 a 0.83)	40 menos por 1000 (de 59 menos a 17 menos)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	CRÍTICO
Mortalidad por todas las causas ERC estadios 4 y 5	4 EO	24/488 (4.9%)	103/621 (16.6%)	OR 0.29 (0.14 a 0.61)	111 menos por 1000 (de 139 menos a 58 menos)	⊕⊕○○ BAJA a,c	CRÍTICO
Cateterización venosa temporal incidental	12 EO	103/2627 (3.9%)	638/2517 (25.3%)	OR 0.39 (0.28 a 0.53)	137 menos por 1000 (de 167 menos a 101 menos)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	CRÍTICO
Hospitalización	3 EO	81/148 (54.7%)	163/228 (71.5%)	OR 0.44 (0.28 a 0.70)	190 menos por 1000 (de 302 menos a 78 menos)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	IMPORTANTE
Deterioro de la tasa de filtración glomerular	5 EO	N=2139	N=3735	-	SMD 0.23 SD menor (0.34 menor a 0.11 menor)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	CRÍTICO

**IC:** Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo, **DM:** Diferencia de medias, **MDC:** Manejo multidisciplinario, 1: nefrología, 2: enfermería, 3: nutrición, 4: farmacia, 5: trabajo social.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- a. Alto riesgo de sesgo en ECAs incluidos (generación de la secuencia de aleatorización) y/o estudios observacionales (sesgo de selección)
- b. Evidencia indirecta al incluir pacientes de estadios 1-3a
- c. Heterogeneidad con I<sup>2</sup> mayor a 65%

**Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD):**

Presentación:

<b>PICO 1: En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 sin diálisis, ¿se debe realizar una atención multidisciplinaria o una atención estándar?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5
<b>Intervenciones para comparar:</b>	Manejo multidisciplinario / manejo estándar
<b>Desenlaces principales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Colocación de catéter venoso temporal incidental</li> <li>• Deterioro de tasa de filtración glomerular</li> <li>• Hospitalizaciones</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica – poblacional
<b>Conflictos de intereses:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b>																																		
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																																		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																																
○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (outcomes)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad por todas las causas</td> <td>12 EO 4 ECA</td> <td>OR 0.67 (0.51 a 0.88)</td> <td>34 menos por 1000 (de 52 menos a 12 menos)</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad por todas las causas MDC (1 y 2)</td> <td>2 ECA 1 EO</td> <td>OR 1.04 (0.59 a 1.84)</td> <td>4 más por 1000 (de 47 menos a 83 más)</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad por todas las causas MDC (1-5)</td> <td>12 EO 1 ECA</td> <td>OR 0.61 (0.44 a 0.83)</td> <td>40 menos por 1000 (de 59 menos a 17 menos)</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad por todas las causas ERC estadios 4 y 5</td> <td>4 EO</td> <td>OR 0.29 (0.14 a 0.61)</td> <td>111 menos por 1000 (de 139 menos a 58 menos)</td> </tr> <tr> <td>Cateterización venosa temporal incidental</td> <td>12 EO</td> <td>OR 0.39 (0.28 a 0.53)</td> <td>137 menos por 1000 (de 167 menos a 101 menos)</td> </tr> <tr> <td>Hospitalización</td> <td>3 EO</td> <td>OR 0.44 (0.28 a 0.70)</td> <td>190 menos por 1000 (de 302 menos a 78 menos)</td> </tr> <tr> <td>Deterioro de la tasa de filtración glomerular</td> <td>5 EO</td> <td>-</td> <td>SMD 0.23 SD menor (0.34 menor a 0.11 menor)</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Mortalidad por todas las causas	12 EO 4 ECA	OR 0.67 (0.51 a 0.88)	34 menos por 1000 (de 52 menos a 12 menos)	Mortalidad por todas las causas MDC (1 y 2)	2 ECA 1 EO	OR 1.04 (0.59 a 1.84)	4 más por 1000 (de 47 menos a 83 más)	Mortalidad por todas las causas MDC (1-5)	12 EO 1 ECA	OR 0.61 (0.44 a 0.83)	40 menos por 1000 (de 59 menos a 17 menos)	Mortalidad por todas las causas ERC estadios 4 y 5	4 EO	OR 0.29 (0.14 a 0.61)	111 menos por 1000 (de 139 menos a 58 menos)	Cateterización venosa temporal incidental	12 EO	OR 0.39 (0.28 a 0.53)	137 menos por 1000 (de 167 menos a 101 menos)	Hospitalización	3 EO	OR 0.44 (0.28 a 0.70)	190 menos por 1000 (de 302 menos a 78 menos)	Deterioro de la tasa de filtración glomerular	5 EO	-	SMD 0.23 SD menor (0.34 menor a 0.11 menor)	El GEG considera que los beneficios serían grandes por efecto sobre desenlaces críticos como mortalidad por todas las causas, cateterización temporal incidental y deterioro de la tasa de filtración glomerular.
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)																															
Mortalidad por todas las causas	12 EO 4 ECA	OR 0.67 (0.51 a 0.88)	34 menos por 1000 (de 52 menos a 12 menos)																															
Mortalidad por todas las causas MDC (1 y 2)	2 ECA 1 EO	OR 1.04 (0.59 a 1.84)	4 más por 1000 (de 47 menos a 83 más)																															
Mortalidad por todas las causas MDC (1-5)	12 EO 1 ECA	OR 0.61 (0.44 a 0.83)	40 menos por 1000 (de 59 menos a 17 menos)																															
Mortalidad por todas las causas ERC estadios 4 y 5	4 EO	OR 0.29 (0.14 a 0.61)	111 menos por 1000 (de 139 menos a 58 menos)																															
Cateterización venosa temporal incidental	12 EO	OR 0.39 (0.28 a 0.53)	137 menos por 1000 (de 167 menos a 101 menos)																															
Hospitalización	3 EO	OR 0.44 (0.28 a 0.70)	190 menos por 1000 (de 302 menos a 78 menos)																															
Deterioro de la tasa de filtración glomerular	5 EO	-	SMD 0.23 SD menor (0.34 menor a 0.11 menor)																															
<b>Daños:</b>																																		
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																																		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																																

<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	No se reporta sobre evidencia de daños en la atención multidisciplinaria	El GEG considera que los daños serían triviales en la atención multidisciplinaria	
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
<input checked="" type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No se evaluaron estudios	<b>Desenlaces (outcomes)</b>	Certeza de evidencia	<b>Tipo de desenlace</b>
	Mortalidad por todas las causas	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
	Mortalidad por todas las causas MDC (1 y 2)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
	Mortalidad por todas las causas MDC (1-5)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
	Mortalidad por todas las causas ERC estadios 4 y 5	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,c</sup>	CRÍTICO
	Cateterización venosa temporal incidental	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
	Hospitalización	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	IMPORTANTE
	Deterioro de la tasa de filtración glomerular	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	CRÍTICO
Desenlaces importantes para los pacientes: ¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí			El GEG considera que podrían incluirse calidad de vida, estado nutricional y eventos cardiovasculares como desenlaces importantes para esta intervención.
Balance de los efectos: ¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input checked="" type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce			El GEG considera que, en todos los casos, el balance de efectos favorecería a la intervención
Uso de recursos:			

¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Costos elevados <input type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Costos y ahorros insignificantes <input checked="" type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	No existe evidencia respecto a los costos del manejo multidisciplinario	El GEG considera que si bien, es probable que la intervención cueste más, este generará ahorros moderados debido a que disminuirá el uso de TRR: -Costos involucrados con la colocación de catéteres (directos e indirectos) -Ahorro involucrado en la preparación previa del paciente es superior al costo de un paciente que llega por emergencia.
<b>Inequidad:</b> ¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Incrementa la inequidad <input type="radio"/> Probablemente incremente la inequidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input checked="" type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG considera que la equidad se vería aumentada por disponer del equipo de profesionales necesario. Sin embargo, la implementación y capacitación del equipo multidisciplinario es imprescindible
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que la mayoría de los profesionales de salud sí estaría de acuerdo con la intervención.  <b>Pacientes:</b> El GEG consideró que, probablemente los pacientes aceptarían la intervención.
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG considera que el seguimiento farmacoterapéutico deberá ser monitorizado por nefrólogo, ya que no se cuenta con farmacólogos clínicos o químicos farmacéuticos que realicen esta labor en el sistema de salud.

### Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce

	JUICIOS						
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL: SI LA PREGUNTA ES SOBRE USAR O NO UNA INTERVENCIÓN</b>	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

### Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b> El GEG consideró que los beneficios serían grandes y los daños serían triviales. Por este motivo se optó por emitir una recomendación <b>a favor</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> El GEG consideró que, a pesar de tener una certeza de evidencia muy baja, la implementación de la intervención generaría ahorros moderados al sistema de salud, además de ser aceptada por médicos y pacientes, su implementación factible e incrementa la equidad. Por tal motivo, se decidió emitir una recomendación <b>fuerte</b>.</p>	<p>En adultos con ERC en estadios 3b, 4 y 5 pre diálisis, recomendamos brindar un manejo multidisciplinario conformado por profesionales en nefrología, enfermería, nutrición, psicología y trabajo social.</p> <p><b>Recomendación fuerte a favor</b>  <b>Certeza de la evidencia: Muy baja</b>  <b>(⊕⊕⊕⊕)</b></p>

### Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
---------------	-----



<p>El Manual de procedimientos del equipo interdisciplinario para la atención integral del paciente con ERC (ERC) según estadios de EsSalud (22), establece la periodicidad de las atenciones de cada especialidad que conforma el equipo multidisciplinario. En tal sentido, se considerará dicho manual como referencia para establecer la calendarización de las atenciones llevadas a cabo por el médico nefrólogo y todos los miembros del equipo.</p>	<p>El equipo multidisciplinario será liderado por el nefrólogo. La periodicidad de las consultas de nefrología, enfermería, nutrición, trabajo social y psicología se establecerá según el estadio, para lo cual considerar el siguiente esquema:</p>			
		ERC estadio 3b	ERC estadio 4	ERC estadio 5 (sin diálisis)
	Nefrología	4 consultas al año, la primera consulta a la referencia del paciente y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 3 meses.	6 consultas al año, la primera consulta a la referencia del paciente y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 2 meses.	12 consultas al año, la primera consulta a la referencia del paciente y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada mes.
	Enfermería	4 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 3 meses.	6 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 2 meses.	12 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada mes.
	Nutrición	3 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 4 meses.	4 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 3 meses.	6 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 2 meses.
	Psicología	1 consulta al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 12 meses.	2 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 6 meses.	3 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 4 meses.
	Trabajo social	1 consulta al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 30 días de la consulta inicial, luego cada 12 meses.	1 consulta al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 12 meses.	2 consultas al año, la primera consulta luego de la derivación de la consulta médica y la consulta de seguimiento a los 15 días de la consulta inicial, luego cada 6 meses.
<p>Se considera que el seguimiento farmacoterapéutico es fundamental en el manejo integral de los pacientes con ERC, en el contexto de que la mayor parte de pacientes son polimedcados. Algunos sistemas de salud consideran, en ese escenario, a la</p>	<p>El seguimiento farmacoterapéutico, el cual se refiere a la valoración global de los problemas de salud del paciente y el tratamiento que recibe, será parte de la consulta nefrológica. Este seguimiento busca prevenir, identificar y resolver los resultados negativos asociados a la medicación en los pacientes con ERC, o en su contraparte, la optimización de las dosis para la búsqueda de mejores resultados.</p>			

<p>integración de un químico farmacéutico para dicho procedimiento (23); sin embargo, en nuestro contexto no se incorpora dicha función ni se halla contemplada la asignación de dicha función a dichos profesionales en ninguna IPRES, en tal sentido, el GEG considera que dicho procedimiento deberá llevarse a cabo por el médico nefrólogo.</p>	
<p>El GEG consideró importante puntualizar las funciones de cada miembro del equipo multidisciplinario: enfermería, nutrición, psicología y trabajo social. Para tal fin, se utilizó como referencia la revisión de Xu (24).</p>	<p>La atención de enfermería se centrará en la planificación de los cuidados del paciente (programación y calendarización de visitas al equipo multidisciplinario), así como en colaborar en la promoción del autocuidado, educación del paciente, verificar la adherencia al tratamiento y valorar el soporte familiar.</p> <p>Nutrición se encargará de la valoración del estado nutricional e individualización de la dieta según las necesidades del paciente, en el cual se consideren factores socioculturales, preferencias de alimentación del paciente, hábitos alimentarios, intolerancias alimentarias, habilidades culinarias, comorbilidades, y costo de las opciones dietéticas para los pacientes y sus familias. Además se coordinará calendarizará el monitoreo del estado nutricional.</p> <p>Psicología se encargará de la valoración clínica y el abordaje inicial de manifestaciones psicopatológicas como ansiedad, depresión, ira y frustración, así como definir la necesidad de referencia para un manejo más especializado por psiquiatría.</p> <p>La valoración por trabajo social se centrará en evaluar las determinantes sociales de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento de la ERC.</p>