

MEMORIA DE LA
UNIDAD DE
ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA AVANZADA

(ERCA)

SERVICIO DE NEFROLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER

Año 2021

INDICE

- 1. Organización de la unidad.**
- 2. Recursos disponibles.**
- 3. Actividad asistencial.**
- 4. Actividad docente.**
- 5. Actividad investigadora.**
- 6. Análisis de los indicadores de actividad. Cuadro de mando.**
- 7. Gestión de calidad.**

1. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

El Servicio de Nefrología del Hospital Son Llàtzer es un servicio bien establecido, con muchos años de funcionamiento (desde el año 2002) y con una importante tradición.

Actualmente el servicio de nefrología cuenta con 6 nefrólogos, 16 enfermeras, 8 auxiliares de enfermería y 1 administrativa...

Cartera de servicios de Nefrología en HUSLL:

1. Hemodiálisis (HD)

1.1A Hemodiálisis de pacientes crónicos no infecto-contagiosos. Procedimiento estándar / en línea

1.1B Hemodiálisis de pacientes crónicos no infecto-contagiosos. Personalizada (Unidad de Agudos) estándar / en línea

1.2A Hemodiálisis de pacientes crónicos infecto-contagiosos. Procedimiento estándar sin aislamiento individualizado / en línea

1.2B Hemodiálisis de pacientes crónicos infecto-contagiosos. Personalizada en aislamiento individualizado, estándar / en línea

1.3A Hemodiálisis en pacientes agudos con acceso vascular estable (Agudos)

1.3B Hemodiálisis en pacientes agudos con acceso vascular temporal (Agudos)

1.4A Técnicas de control de calidad de aguas o de adecuación de diálisis

2. Diálisis peritoneal (DP)

2.1 Diálisis peritoneal ambulatoria continua con bolsas (CAPD)

2.2 Diálisis peritoneal ambulatoria con cicladora.

2.3 Diálisis peritoneal automatizada hospitalaria (IPD)

2.4 Diálisis peritoneal de agudos hospitalaria con bolsas

2.5 Técnicas movilización de catéter

2.6 Cálculo de adecuación de diálisis

3. Biopsia renal

3.A Biopsia percutánea de riñón propio

4. Monitorización ambulatoria de presión arterial (Holter de TA)

5. Trasplante renal (TR), que se remite a centro trasplantador, Hospital Universitario Son Espases)

5.1 Trasplante renal de vivo

5.2 Trasplante renal de cadáver

6. Hospitalización

6.1 Hospitalización en planta

6.2 Interconsultas hospitalarias

7. Consultas

- 7.1 Consulta externa de Nefrología General (ordinarias y preferentes)
- 7.2 Consulta externa de Enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)
- 7.3 Consulta externa de Hemodiálisis de Centros Concertados

8. Gabinetes:

Diálisis peritoneal (NEF DP41)

MAPA

Pruebas funcionales de tubulopatías

9. Otras técnicas de agudos

- 9.1 Control de paciente post biopsia renal
- 9.2 Administración de medicación especial
- 9.3 Control de paciente post procedimiento diagnóstico de riesgo
- 9.4 Inserción de acceso temporal para hemodiálisis yugular
- 9.5 Inserción de acceso temporal para hemodiálisis subclavia
- 9.6 Inserción de acceso temporal para hemodiálisis femoral
- 9.7 Recambio de catéter temporal para hemodiálisis yugular
- 9.8 Recambio de catéter temporal para hemodiálisis subclavia
- 9.9 Recambio de catéter temporal para hemodiálisis femoral
- 9.10 Retirada de catéter temporal para hemodiálisis
- 9.11 Retirada de catéter tunelizado de hemodiálisis
- 9.12 Otras técnicas de agudos

10. Cirugía (en colaboración con cirugía general)

- 10.1 Inserción en quirófano de catéter de diálisis peritoneal
- 10.2 Extrusión de manguito
- 10.3 Retirada en quirófano de catéter de diálisis peritoneal

11. Urgencias

Guardia de presencia física de 8,00 a 20,00 y localizada de 20,00 a 8,00h de lunes a sábado.
Domingos localizada 24 h.

La consulta multidisciplinar de la **Unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (Unidad ERCA)** es una consulta de nefrología especializada en pacientes con enfermedad renal crónica estadio 4 y 5 antes del inicio de tratamiento sustitutivo. Es una consulta multidisciplinar, en la que participan de forma directa nefrólogos, enfermeros y técnicos auxiliares de enfermería y de forma indirecta psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, cirujanos generales, cirujanos vasculares, urólogos...

2. RECURSOS DISPONIBLES de la UNIDAD ERCA

La unidad cuenta con 3 nefrólogos a tiempo parcial, con una repartición de 27%, 32% y 39% de los pacientes aproximadamente (datos 12-2021). Cada paciente está asignado a un nefrólogo y a su enfermera.

Contamos con 2 enfermeras a tiempo parcial, ya que ambas cubren también la consulta de diálisis peritoneal y un Técnico Auxiliar de Enfermería a tiempo parcial.

Contamos con espacio de consulta específico para la consulta ERCA que los facultativos comparten con Diálisis Peritoneal.

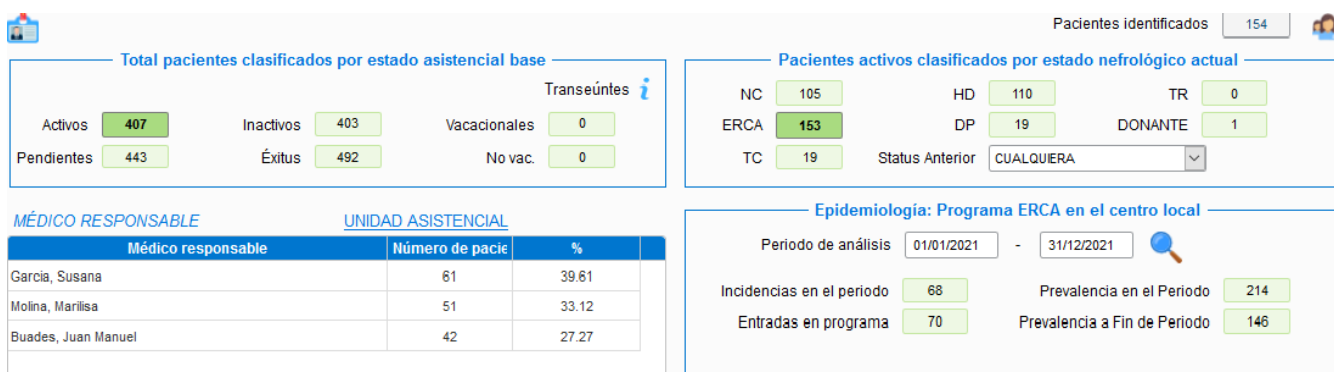
Contamos con un espacio de consulta específico para la enfermera de ERCA, donde se lleva a cabo el proceso de ayuda a la toma de decisiones, entre otras tareas.

3. ACTIVIDAD ASINTENCIAL

La unidad ERCA utiliza como programa fundamental el programa informático que ganó el concurso del proyecto NEFRORED, que es un programa departamental especializado en NEFROLOGÍA y que compartimos como un anillo nefrológico todos los Servicios de Nefrología de Baleares. El programa se llama NEFROLINK eSUIT, de Fresenius Medical Care.

La estructura fundamental del programa se organiza en procesos asistenciales de nefrología y se diferencian los siguientes ESTATUS: Nefrología Clínica, **Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)**, Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Trasplante Renal, Tratamiento conservador (TC) y Exitus. Además, está la opción Fuera de Programa y de Donante Vivo.

En todo momento podemos controlar el cuadro de mandos de los pacientes nefrológicos, como se puede apreciar en la figura.



La actividad asistencial de la UNIDAD ERCA, que atiende a pacientes incluidos en el proceso asistencial ERCA y TC y las agenda de consulta ERCA de los nefrólogos (que incluye a pacientes en ERCA y TC) y la agenda de enfermería Nefrológica, en 2021 fue la siguiente:

- Pacientes en proceso asistencial ERCA prevalentes a 1-1-2021: 146 pacientes (19 pacientes menos que en 1-1-2020)
- Pacientes en proceso asistencial ERCA prevalentes a 31-12-2021: 149 pacientes (1 pacientes menos que en 31-12-2020)
- Pacientes en proceso asistencial ERCA prevalentes globales en el periodo 2021: 214 (uno menos que en 2020)
- Pacientes en proceso asistencial TC prevalentes a 1-1-2021: 20 pacientes (los mismos pacientes que en 1-1-2020)
- Pacientes en TC prevalentes a 31-12-2021: 19 pacientes (1 paciente menos que en 31-12-2020)
- Pacientes prevalentes en TC el periodo 2021: 30 pacientes (4 paciente más que en 2020)
- Pacientes nuevos en ERCA en 2021: 68 pacientes (18 más que en 2020), de los cuales
 - 4 han fallecido
 - 3 han pasado a HD
 - 2 han pasado a DP
 - 1 ha pasado a tratamiento conservador
 - ninguno se ha trasplantado,
 - 1 se ha devuelto a Nefrología Clínica
 - 56 pacientes siguen en la unidad ERCA a 31-12-2020 (ver figura 1 a y b)
- Pacientes nuevos en TC en 2020: 10 pacientes (1 más) que en 2020), de los cuales
 - 4 han fallecido
 - 6 siguen en TC

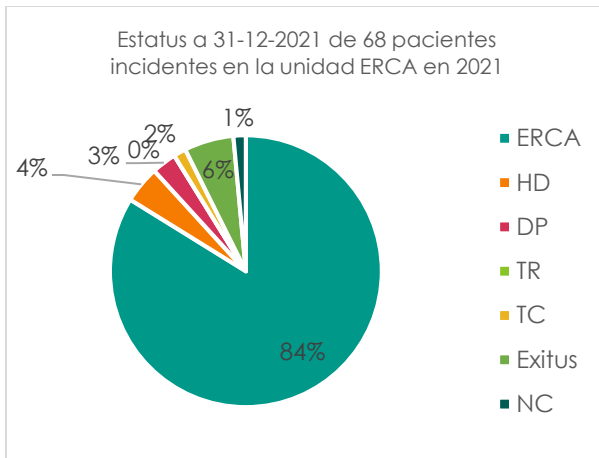


Figura 1a

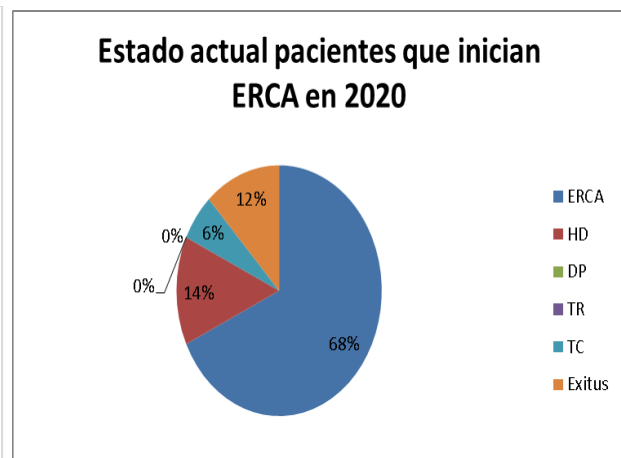


Figura 1b

Figura 1a. Estatus a 31-12-2021 de 68 pacientes incidentes en la unidad ERCA en 2021.

Figura 1b. Estatus a 31-12-2020 de 68 pacientes incidentes en la unidad ERCA en 2021

(ERCA= Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada; HD= Hemodiálisis; DP= Diálisis Peritoneal; TR= Trasplante Renal; TC= Tratamiento Conservador; NC= consulta de Nefrología Clínica)

Estos resultados indican que los pacientes que han entrado en la consulta ERCA han durado más tiempo en la consulta en 2021 que en 2020, quizá por haber sido derivados en tiempo más adecuado.

- Se han realizado 790 consultas de nefrología ERCA en 2021 (frente a 738 consultas en 2020), un 7% más que en mismo periodo 2020 con un promedio de 3,6 visitas por paciente y año, es decir, una visita cada 3,3 meses.
- Se han realizado 1841 visitas de enfermería ERCA-DP (un 7% menos)

En el año 2020, dado la situación derivada de la Pandemia Covid-19, hubo unos meses al principio de la misma que se suspendió la actividad asistencial no urgente, aunque se intentó mantener la consulta ERCA y TC en la medida de lo posible, y se incorporó la visita telemática, lo que supuso un cambio en la forma de trabajar de la unidad. En 2021 el comportamiento de las consultas de la UNIDAD ERCA se comportó de una manera más natural. En las agendas de ERCA en 2020 se combinaban visitas presenciales con virtuales. En 2021 la gran mayoría de visitas han sido presenciales salvo casos concretos a petición del paciente o por otros motivos.

4. ACTIVIDAD DOCENTE

Formación recibida relacionada con ERCA en 2021

-Juan Manuel Buades Fuster (Facultativo ERCA)

- Congreso Sociedad Balear de Hipertensión y Riesgo Vascular (SOHIB) mayo 2021
- Congreso 51 Nacional de Nefrología Virtual en octubre de 2021
- Cardiores Meeting mayo 2021

-Marilisa Molina Guasch (Facultativo ERCA)

- nada

-Aroa Fernandez (Enfermera ERCA)

- nada

-Catalina Amengual Tomás (Enfermera ERCA)

- nada

-Susana García Melendreras (Facultativo ERCA)

- nada

Docencia impartida relacionada con ERCA en 2020

Juan Manuel Buades Fuster participo en el diseño del CURSO DE FORMACION ON LINE EN ERCA PARA MEDICOS, concretamente en el Módulo 2: Funcionamiento de la Unidad ERCA, los puntos 2. Derechos y seguridad del paciente y 3. Sistema de Evaluación. Este curso se impartió 2021, anunciado en

http://formacion.senefro.org/modules.php?name=elearning&d_op=showcourse&idcourse=36&idconvocatoria=118

5. ACTIVIDAD INVESTIGADORA

PONENCIAS Y ARTÍCULOS DEL SERVICIO DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON ERCA:

Presentaciones en congresos relacionados con ERCA:

-Ponente en 51 Congreso Nacional Virtual de la SEN octubre 2021 en la sesión “FORO TÉCNICO DE LA INDUSTRIA: FRESENIUS MEDICAL CARE. LA SALUD RENAL INTEGRAL, NUESTRA PRIORIDAD” con la ponencia: “Unidades ERCA. Subimos el nivel”

-Moderador en 51 Congreso de la Sociedad Española de Nefrología “Virtual” de la sesión: “Curso de Inteligencia Artificial y Big Data” 7-11-2020

Artículos publicados relacionados con ERCA:

- “Buades, J. M., Craver, L., Del Pino, M. D., Prieto-Velasco, M., Ruiz, J. C., Salgueira, M., de Sequera, P., & Vega, N. (2021). Management of Kidney Failure in Patients with Diabetes Mellitus: What Are the Best Options? Journal of Clinical Medicine, 10(13), 2943. <https://doi.org/10.3390/jcm10132943>

Proyectos de investigación en ERCA

La Dra. Susana García Melendreras, como coordinadora del grupo de Nutrición de la Estrategia de la Enfermedad Renal Crónica de las Islas Baleares diseñó un estudio de prevalencia de parámetros de Desnutrición en pacientes ERCA de las Islas Baleares

6. GESTIÓN DE CALIDAD.

La auditoría de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 de 2020 se pospuso a 6-2020 por la situación de pandemia Covid-19. Se nos recertificó de nuevo sin ninguna no conformidad, tal como se recoge en el SIG FASE II Certificación / ISO 9001:2015 - ISO 14001:2015 Fecha Inicio de la Auditoría: 07/06/2021 - Fecha Fin de la Auditoría: 11/06/2021 – Informe completado en: 11/06/2021

Desde 2018 se han formalizado las reuniones del equipo ERCA y se realiza un ACTA de las mismas. En 2021 se pudieron hacer 4 reuniones con ACTA, en 3-2021, 5-2021, 6-2021 y 11-2021, tal como se puede ver en las carpetas de documentación pertinentes.

6.2 COMUNICACIÓN DE INCIDENTES

EN 2018 elaboramos un documento de detección de riesgos de la UNIDAD ERCA (ver documentos ERCA), que sigue vigente.

Son Llàtzer HOSPITAL UNIVERSITARI		IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA 2018				AX-61-001A 27/04/2017 Rev a
Detallar el riesgo identificado	¿Qué sucede si se produce?	¿cómo nos daremos cuenta de qué ha sucedido?	Qué Probabilidad hay de que suceda? (1 baja, 2 media y 3 alta)	Impacto (1 bajo, 2 medio y 3 alto)	TOTAL (P*I)	¿Qué se hará para evitarlo?
Cambio en las condiciones iniciales en el perfil de elegibilidad médico y social	Entrada en una (Tratamiento renal sustitutivo) TRS no adecuada para una situación actual o entrada en TRS en una técnica que según perfil de elegibilidad pudiera estar contraindicada	En las revisiones de consulta ERCA y/o después de un evento médico o social importante	1	1	1	De forma prospectiva: en las consultas hay que comprobar la coherencia entre los perfiles de elegibilidad y la técnica elegida principalmente tras un nuevo evento significativo. De forma retrospectiva, anualmente, se revisarán todas las entradas en TRS y se comprobará si se han producido incongruencias. Acción preventiva de futuro: en programa NEFRORED se solicitará una regla que impida que un paciente elija una técnica que tiene contraindicada.
Pérdida de seguimiento tras realización de una fistula arterio-venosa por parte de Cirugía Vascul ar superior a 1 mes tras su realización para comprobar permeabilidad e iniciar medidas correctoras si procede	entrada en Hemodiálisis con FAVI no funcional, con las consecuencias en pronóstico y complicaciones del paciente y no cumplir con indicadores que lo miden.	en las visitas de seguimiento de ERCA	3	3	9	Hemos realizado una reunión del equipo (ver ACTA 11-2018): Revisión FAVI tras realización: se decide retirada de puntos en la semana posterior a la realización en la unidad de ERCA, no en centro de salud. Se le explicará en la visita de enfermería previa a la realización para que se acuerden. Se detallarán signos de alarma para acudir a Urgencias. Cuando se detecte un caso se comunicarán a la Dra Molina que es la interconsultora del Grupo de Vascular de la Estrategia para insistir en que una vez hecha la FAVI por cirugía vascular le indiquen que acuda a retirar puntos a la unidad de ERCA. Nuestra secretaria ha avisado a secretaria de Cirugía vascular para que los pacientes intervenidos de FAVI de nuestro hospital se les recuerde que deben acudir a retirar puntos a la unidad.
Paciente potencialmente transplantable (Perfil de elegibilidad sin contraindicación para el trasplante) que inicia una TSR y que no se haya planteado iniciar el estudio de trasplante.	Retraso de la posibilidad de inclusión en lista de espera de trasplante y su posterior trasplante, con consecuencias en la supervivencia del paciente	En la valoración inicial del inicio de la TSR	1	2	2	En cada visita ERCA se debe comprobar el estado en lista de espera del paciente. En nefrolink constará si no está contemplado, si está pendientes de estudio, si está en estudio o si está incluido, excluido temporalmente o definitivamente. En todo caso debe estar clasificado. En el caso de poner pendiente de estudio (que significa que todavía no se ha iniciado el estudio), habrá que poner en el evolutivo el motivo por el que no se ha iniciado el estudio (incluyendo la posibilidad de poner por ser demasiado pronto para iniciarlo). El responsable de lista de espera del servicio, cada 4 meses debería revisar si hay casos no clasificados.
Derivación de un paciente al Tratamiento conservador sin haber pasado por un proceso reglado de ayuda a la toma de decisiones de TSR	Que no se le haya dado la oportunidad de elegir si iniciarlo o no de acuerdo a su comorbilidad, fragilidad, dependencia, pronóstico y valores.	En la primera valoración de la consulta de Tratamiento conservador y/o en un ingreso.	1	1	1	Este problema se va a solucionar dado que a partir de ahora el tratamiento conservador será llevado por el mismo personal de ERCA
Iniciar un proceso de ayuda a la toma de decisiones sobre TRS sin haber realizado los test de elegibilidad	Se podría explicar a un paciente las bondades de una técnica y que la elija y posteriormente nos demos cuenta que estaba contraindicada.	Al iniciar los trámites para la técnica elegida, como pedir Fistula AV, catéter de diálisis peritoneal o iniciar pruebas de trasplante renal	3	1	3	Antes de iniciar un proceso de ayuda a la toma de decisiones, la enfermera responsable del mismo debe comprobar si se han realizado los test de elegibilidad. Hay un indicador mensual que mide si algún paciente ha iniciado TRS sin haber recibido los tests de elegibilidad. Acción preventiva: en Nefrored solicitaremos una regla que impida señalar que se ha iniciado el proceso de ayuda a la toma de decisiones sin haber cumplimentado los test de elegibilidad.
Error en la remisión del grupo sanguíneo a la lista de espera de trasplante renal	Que un paciente sea llamado para una alarma de trasplante de un injerto ABO incompatible, alto riesgo de rechazo hiperagudo si no se detecta antes o pérdida de tiempo en la alarma de trasplante para el paciente y el centro trasplantador si se descubre antes al realizar in situ el grupo sanguíneo	Se darán cuenta en una alarma de trasplante en centro trasplantador	1	3	3	En el centro trasplantador nos exigen un PDF que se derive de nuestra historia clínica electrónica en el que conste el nombre del paciente y el resultado del grupo ABO. Se ha solicitado una integración entre Banco de Sangre y Nefrored para que el resultado pase directamente desde Banco de sangre al apartado de Nefrored donde consta el grupo sanguíneo y del que dependerá la alarma de trasplante.

En la intranet del Hospital o en el propio HIS del hospital disponemos desde 8-2018 de una herramienta para comunicación de incidentes relacionados con pacientes, tanto medicamentosos como no medicamentosos.



REGISTRO DE INCIDENTES

REGISTRO DE CAIDAS



INCIDENTES RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS



Registre cualquier accidente, problema o suceso, inesperados o no deseados, que se haya producido por error o no, en relación a un medicamento, y que podrían causar o hayan causado daño al paciente

OTROS INCIDENTES



Registre accidentes, problemas o sucesos NO relacionados con los medicamentos y que podrían causar o hayan causado daño al paciente

Fomentaremos entre el personal de la UNIDAD ERCA la vigilancia de incidentes o errores y la comunicación de los mismos, sin intención punitiva, únicamente para la mejora continua y la intervención preventiva.

En el año 2021 no se produjo ningún incidente de seguridad en la Unidad ERCA y por lo tanto no se notificó ninguno.

6.3 PACIENTES ACTIVO O PACIENTE MENTOR

En relación con las enfermedades crónicas, los programas de educación para el autocuidado, entre los que figura el programa de *Pacient Actiu de les Illes Balears*, facilitan un mayor empoderamiento de las personas en relación con su enfermedad, además de crear un espacio en el cual el paciente puede identificar mejor sus recursos personales para afrontar su enfermedad. La persona es más consciente de su problema de salud y se siente más comprometida con la mejora de su salud y de la asistencia que recibe y presenta un mayor cumplimiento terapéutico.

El Programa *Pacient Actiu de les Iles Balears* es una iniciativa de la Conselleria de Salut, englobada en la Estrategia Social de Promoción de Salud y en el Plan de Atención a las personas con enfermedades crónicas de las Islas Baleares 2016-2021 y está alineado con las Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad y de Promoción de la Salud del Sistema Nacional de Salud. El Programa nace con la intención de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud crónicos y personas cuidadoras mediante mecanismos de apoyo, acompañamiento y formación entre iguales que les permitan adquirir mayor autonomía y efectividad en sus cuidados.

Los estudios que evalúan el impacto de los programas de Paciente Activo muestran beneficios, mejorando la calidad de vida, la autoeficacia, el control de la enfermedad, la autopercepción de salud, el aumento de la actividad física y de las relaciones sociales. También se han observado mejoras en la relación del paciente con los profesionales sanitarios. Así mismo mejora el seguimiento y la adherencia terapéutica y facilitan la educación sanitaria sobre la enfermedad.

Algunas Asociaciones de Pacientes han contemplado estos beneficios y están incorporando estos programas en la oferta de actividades de la asociación. Concretamente, la Federación Nacional de Asociaciones para la lucha contra las enfermedades del Riñón dispone de una nueva iniciativa, la puesta en marcha del programa Paciente Mentor, un servicio donde los pacientes renales experimentados formarán a aquellos que están a punto de recibir tratamiento de hemodiálisis o trasplante.

Los pacientes más experimentados que se encuentren en cualquiera de las opciones de tratamiento renal sustitutivo con una larga trayectoria y formados en habilidades comunicativas y en gestión emocional serán los encargados de dar voz a través de sus vivencias y experiencias con la enfermedad renal crónica al programa de paciente Mentor.

La formación que a continuación se propone quiere ser una guía para que los pacientes activos formadores en enfermedad renal crónica puedan hacer formación entre iguales.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La enfermedad renal no se produce de un día para otro, se genera lentamente, por lo que la mayoría de las personas en los primeros estadios de la enfermedad ni siquiera se sienten enfermos ni presentan síntomas. Es posible que no sepan que algo anda mal. Por este motivo se dice que la enfermedad renal es una enfermedad “silenciosa”. Tras la comunicación del diagnóstico, la persona suele pasar por diferentes fases como son la incertidumbre, confusión y preocupación, la necesidad de aprender aspectos de la enfermedad y aprender a manejarla. Todo este proceso es diferente para cada persona y es normal que aparezcan dudas, temores y preocupaciones. Aprender a identificar las emociones que desencadena el proceso es fundamental para afrontar de forma efectiva la enfermedad. La enfermedad renal crónica puede cambiar la vida de las personas que la padecen de repente, algunos tratamientos como la diálisis o el trasplante renal pueden tener un gran impacto en su forma de vida y la de sus familiares.

Dependiendo de los factores socioculturales, del entorno, de la experiencia y de los recursos personales, la persona con enfermedad renal crónica puede sufrir diferentes reacciones emocionales al diagnóstico y a las distintas fases de la enfermedad. Comprender qué le está pasando puede ayudar a la persona con enfermedad renal crónica y a su familia a organizar el futuro de la mejor forma posible, a adaptarse a la nueva situación y a tomar sus propias decisiones respecto a la enfermedad para facilitar un afrontamiento efectivo de la misma.

Recuperar lo antes posible las rutinas intentando adaptar los tipos de tratamiento a su modo de vida es importante para volver a tener una sensación de normalidad. La calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica puede resultar favorecida con la educación grupal entre iguales, como espacio socializador en el que expresar, compartir y organizar vivencias y experiencias.

OBJETIVOS

Los objetivos que se proponen para la formación entre iguales son los siguientes:

-Objetivo General: Promover el autocuidado y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica mediante una educación entre iguales

-Objetivos Específicos

- Adquirir conocimientos para un afrontamiento más efectivo del proceso de enfermedad.
- Adquirir habilidades y actitudes para un mejor manejo de determinadas situaciones relacionadas con la enfermedad.
- Intercambiar vivencias y experiencias relacionadas con la enfermedad renal crónica que ayuden a los iguales a tener un afrontamiento más positivo de la enfermedad.

Se ha elaborado una guía que va dirigida a los pacientes activos formadores que participan como conductores/as en grupos de pacientes con enfermedad renal crónica.

La metodología está basada en la formación entre iguales. Los/las formadores/as son personas con enfermedad renal crónica, que han sido formadas en metodología de educación para la salud en

grupos y son capaces de liderar sesiones, facilitar la comunicación y el intercambio de experiencias y vivencias, motivar a los/las pacientes en resolución de problemas, toma de decisiones y la autogestión de su problema de salud. En este tipo de relación que se establecerá, el/la paciente activo/a formador/a también ha adquirido conocimientos y habilidades para gestionar las emociones de manera eficaz, y para mantener la empatía y la asertividad a lo largo de las sesiones.

5.1 Intervención propuesta

Formación grupal entre iguales.

5.2 Métodos

- a) Grupo diana: Personas diagnosticadas de enfermedad renal crónica.

- b) Captación: En la propia consulta ERCA. Además, a través de ALCER, ADIBA, unidades de diálisis, centros de salud, hospitales, plataformas ciudadanas, ayuntamientos y otras entidades relacionadas con personas que tengan enfermedad renal crónica.

- c) Desarrollo de la intervención:
 - 12 horas de formación distribuidas a lo largo de 6 sesiones grupales de 2 horas de duración con periodicidad semanal.
 - Las sesiones se llevarán a cabo en: el centro de salud de referencia de las personas que forman el grupo diana, en ALCER, en alguna sala o espacio cedido por un ayuntamiento, asociación o en un centro hospitalario.
 - Se recomienda que cada grupo esté integrado por 12-15 personas.

- d) Recursos humanos y materiales
 - 2 pacientes activos formadores en enfermedad renal crónica (que irán intercambiando la función de educador y observador).
 - 1 profesional de la salud facilitador y observador.
 - Los materiales requeridos para el desarrollo de las dinámicas propuestas en cada una de las sesiones.

El 5-12-2018 se creó la Comisión Técnica del Paciente Activo. Estaba previsto iniciar las primeras formaciones en 2020, pero se tuvo que interrumpir por la Pandemia Covid-19. Está ya prevista la primera edición en mayo de 2022.

6.4 OPINIÓN DEL USUARIO/CLIENTE

En la evaluación de la calidad asistencial otro de los aspectos fundamentales es la opinión del usuario. Este tipo de opinión generalmente va dirigido a la calidad aparente. Existe una conciencia

creciente de la importancia de la satisfacción del usuario como determinante de la asistencia de buena calidad. Nos referimos al usuario en lugar del paciente. El paciente suele precisar ayuda médica inmediata y se encuentra en un estado de inferioridad, con escasa capacidad para analizar el tipo de servicio que está recibiendo. Por el contrario es el cliente o usuario, con una visión más independiente, debe calibrar y juzgar el tipo de asistencia que se le dispensará. Pero no solo ha de valorar la asistencia sino que incluso debe de participar en la planificación y el funcionamiento de esta asistencia sanitaria.

Merece también mención especial la correcta información al paciente como factor de calidad en el sistema de salud. En este sentido la Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears se reconocen y garantizan los derechos y obligaciones en materia sanitaria de los pacientes. Así mismo, se desarrolla todo el capítulo sobre la información asistencial y se analiza el Documento Formulario sobre Consentimiento Informado.

La Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas ha supuesto otro avance importante en la calidad y atención al paciente.

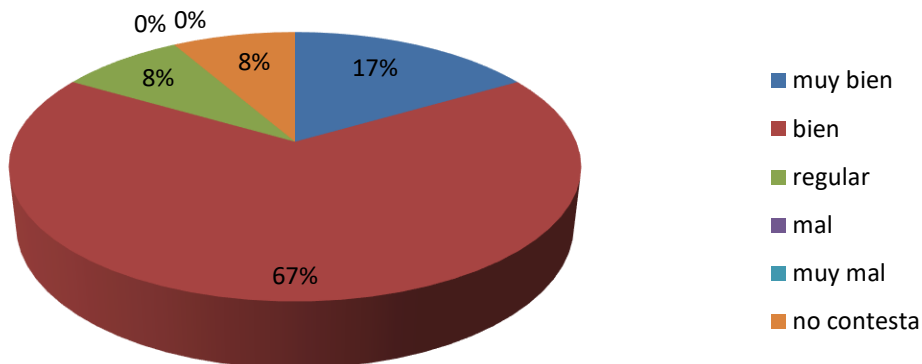
Es importante que el Servicio de Nefrología y en concreto la unidad ERCA tenga contacto con el Servicio de Atención al Paciente, donde se remitirán todas las sugerencias y reclamaciones. La satisfacción de nuestros pacientes debe ser controlada a través de indicadores entre los que destacaremos el porcentaje de reclamaciones presentadas, el tiempo de respuesta y la respuesta a estas reclamaciones, aspecto contemplado como uno de los indicadores en los contratos de gestión.

En el cuadro de mandos del hospital nos salen indicadores globales de nefrología, no específicos de la UNIDAD ERCA. En cualquier caso, el jefe de servicio de nefrología recibe todas las notificaciones de atención al usuario y no ha habido en 2021 ninguna referente a la UNIDAD ERCA.

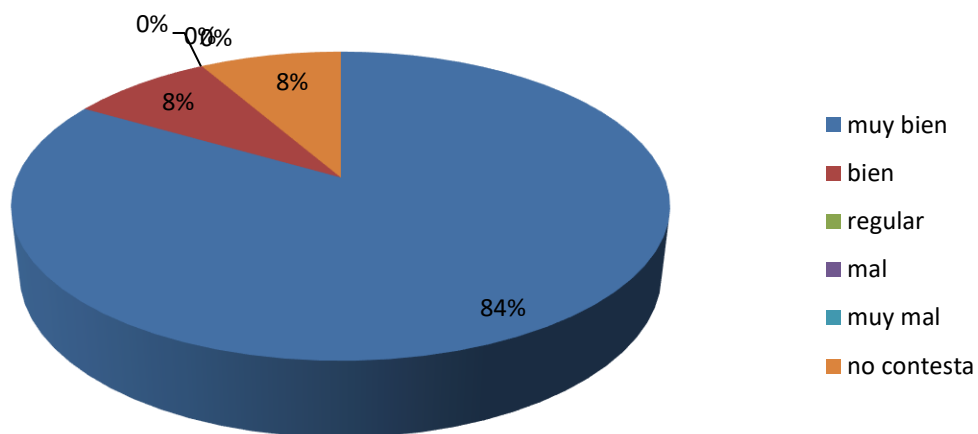
Por otro lado, a lo largo del año 2020 hemos elaborado en el equipo ERCA una encuesta de la experiencia del paciente en la consulta ERCA, que podríamos considerar un PREM (Patient Reporte Experience Measures). Pasamos dicha encuesta a la Asociación de personas con enfermedades renales (ALCER) para que contribuyeran en la elaboración de la encuesta. En 2021 se desarrolló el procedimiento para el despliegue de dichas encuestas, y en junio de 2021 se realizaron las primeras encuestas y se diseñó un método de evaluación.

En 1-2022 hemos hecho el primer análisis de los resultados.

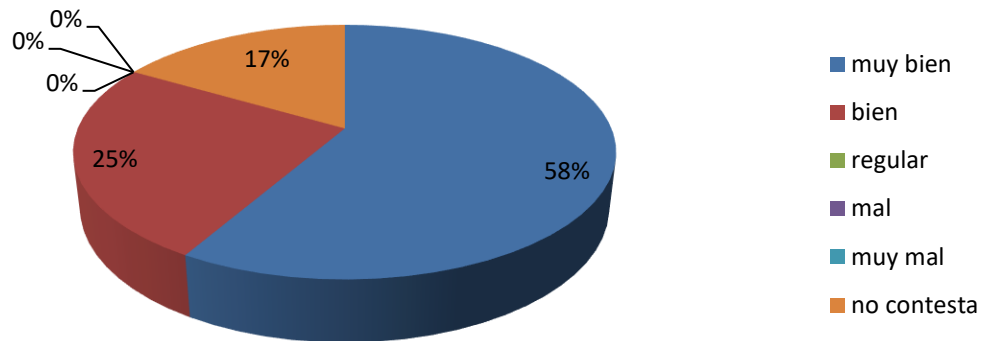
1.¿Cómo valoraría el tiempo entre que tenía la hora para la cita y la hora real a la que le han atendido?



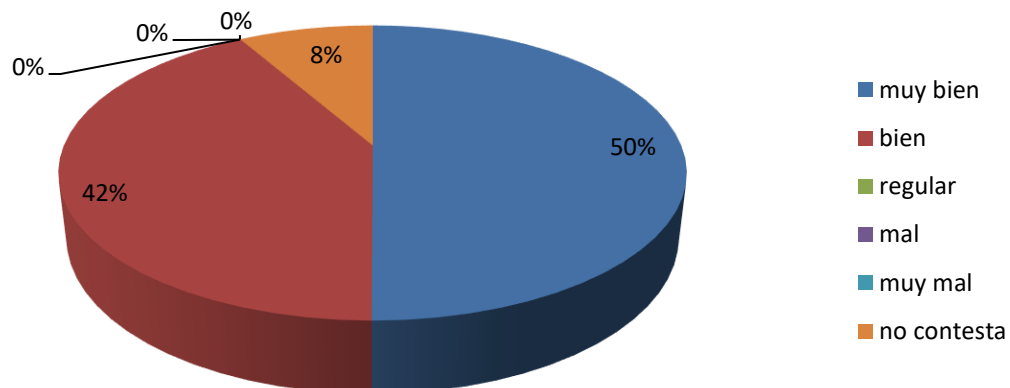
2.¿Cómo valoraría el tiempo que se le ha dedicado en la consulta?



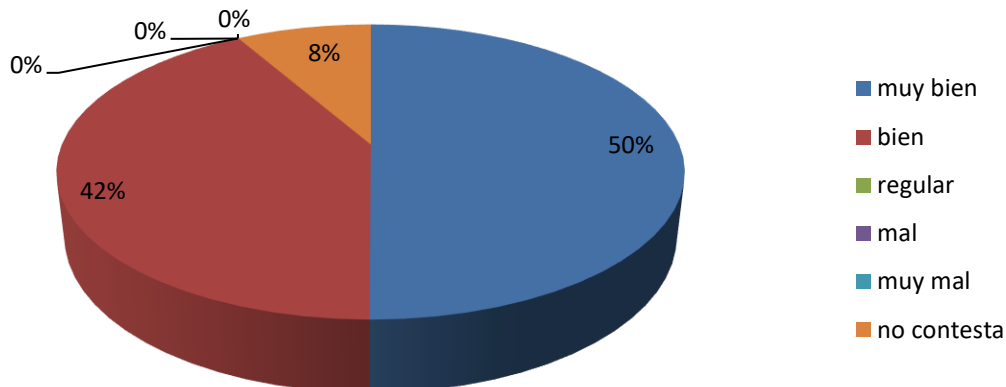
3. ¿Cómo valoraría la información recibida sobre la opción de tratamiento con hemodiálisis en un centro hospitalario o centro de diálisis extrahospitalario?



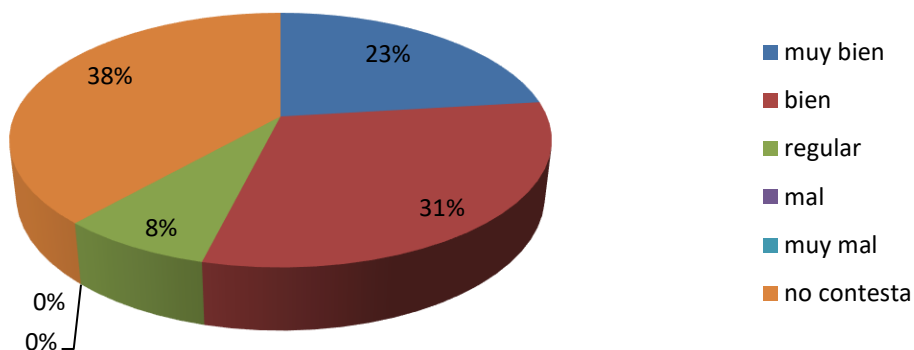
4. ¿Cómo valoraría la información recibida sobre la opción de tratamiento domiciliario con diálisis peritoneal?



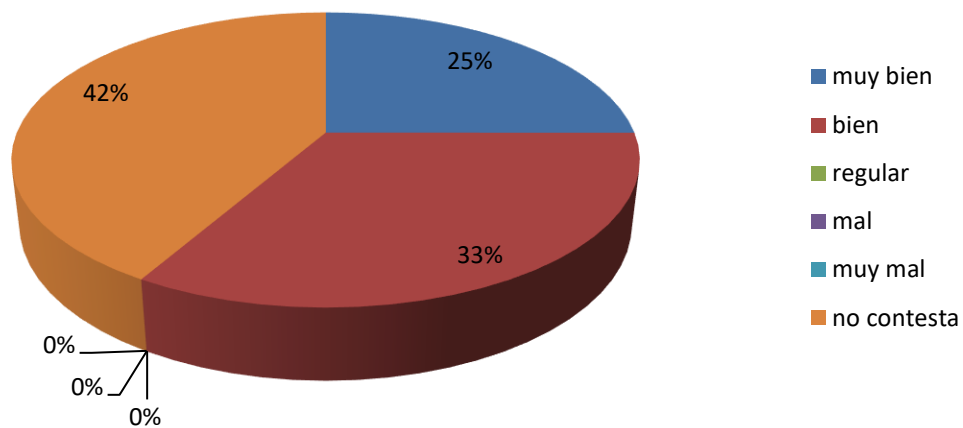
5. ¿Cómo valoraría la información recibida sobre la opción de tratamiento con hemodiálisis en su propio domicilio?



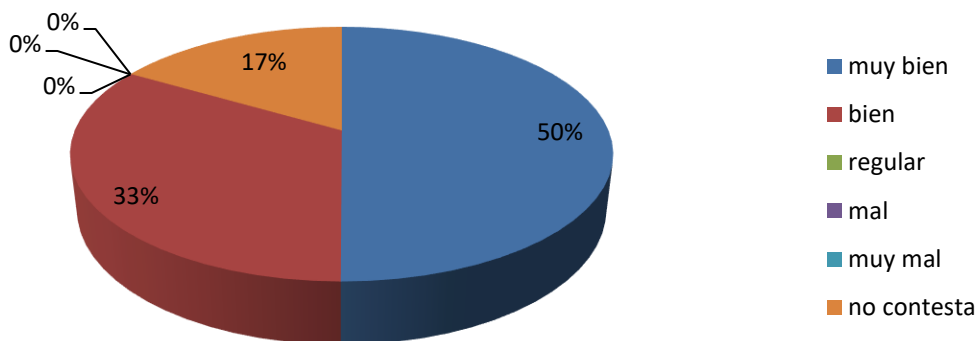
6. ¿Cómo valoraría la información recibida sobre la lista de espera y la opción de tratamiento con trasplante de donante fallecido?



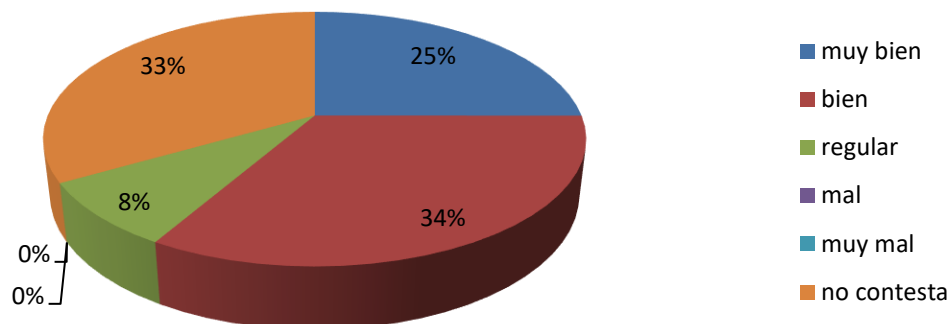
7. ¿Cómo valoraría la información recibida sobre la opción de tratamiento con trasplante de donante vivo?



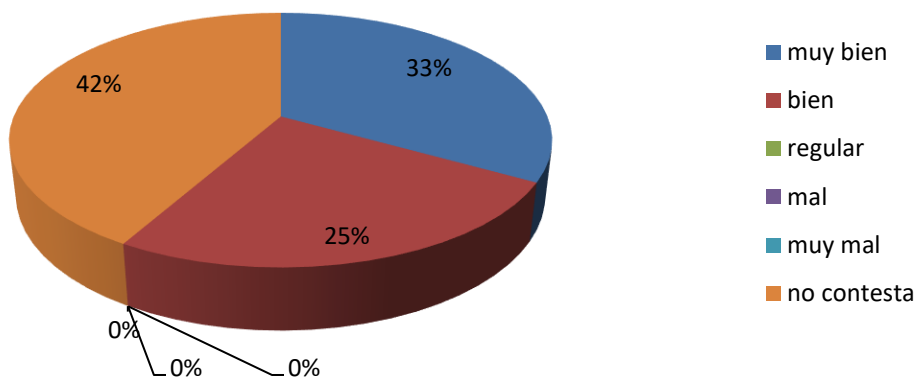
8. ¿Cómo valoraría la información recibida sobre la posibilidad de elegir un tratamiento conservador en lugar de elegir un tratamiento sustitutivo renal?



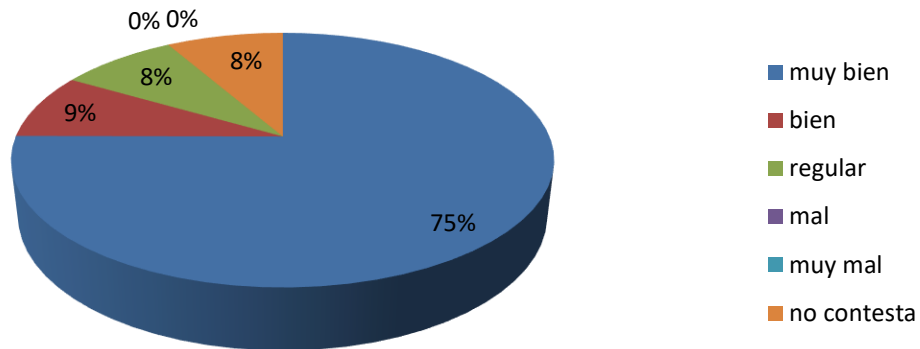
9. ¿Cómo valoraría la información recibida sobre las consecuencias y seguimiento que se le va a realizar si elige un tratamiento conservador?



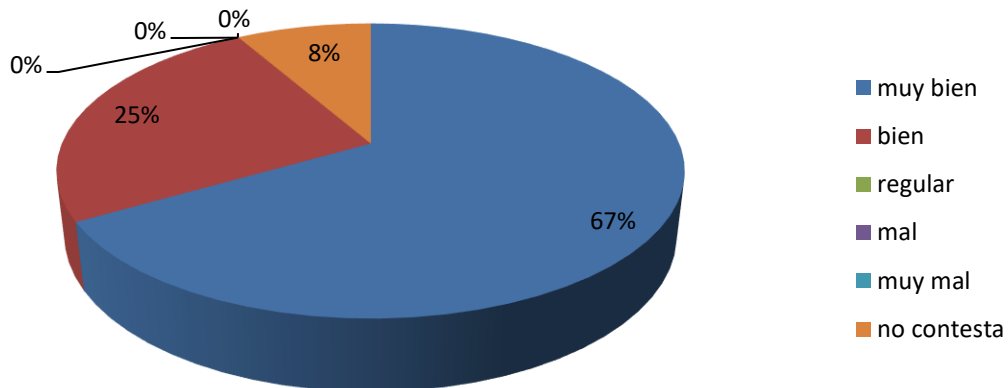
10. Si en su caso no puede optar por alguno de los tipos de tratamiento sustitutivo renal ¿Cómo cree que le han explicado los motivos ?



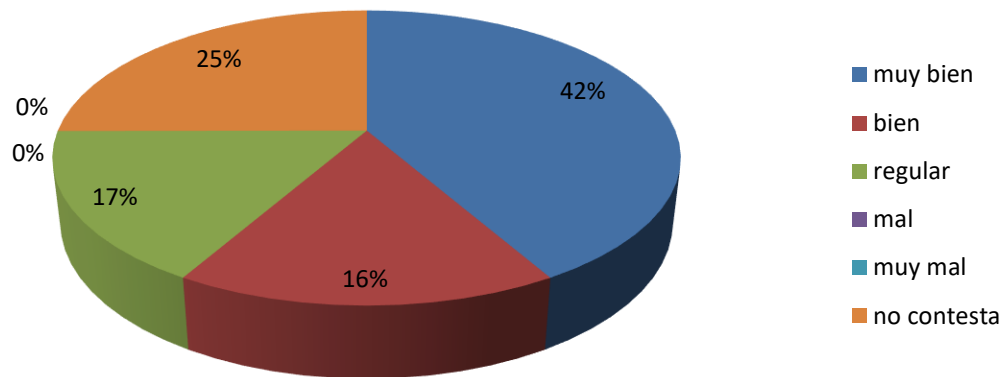
11. Respecto al proceso de información, valore los siguientes aspectos: el tiempo dedicado a informarle sobre las distintas técnicas.



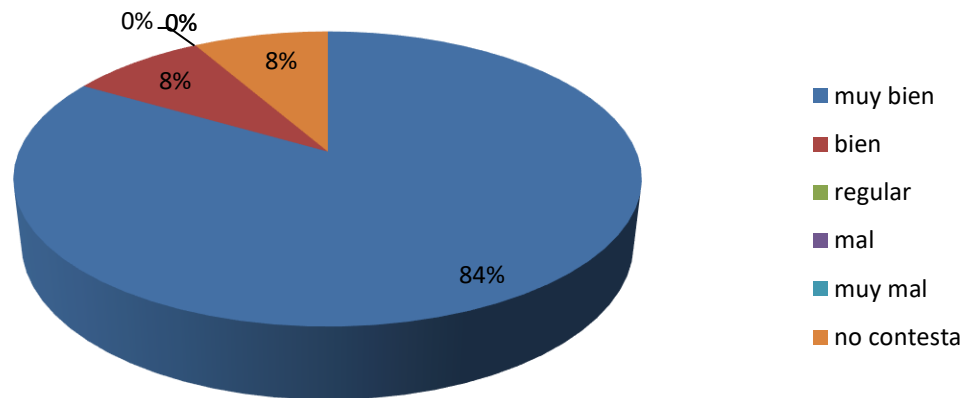
12. Respecto al proceso de información, valore los siguientes aspectos: la claridad de la información.



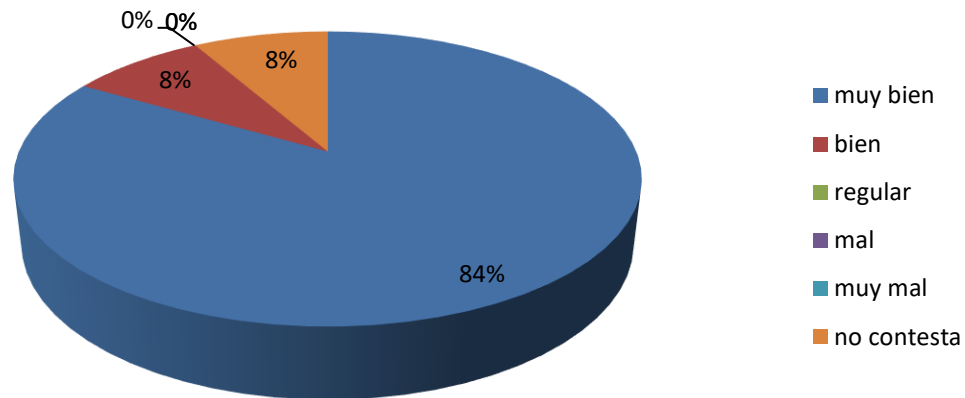
13. Respecto al proceso de información, valore los siguientes aspectos: el material didáctico (videos, folletos...)



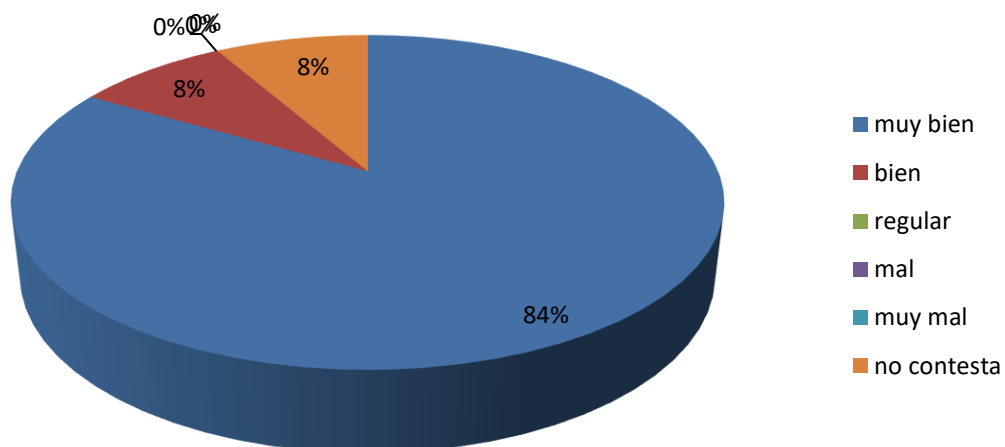
14. Respecto al personal sanitario, valore los siguientes aspectos: el respeto a su intimidad.



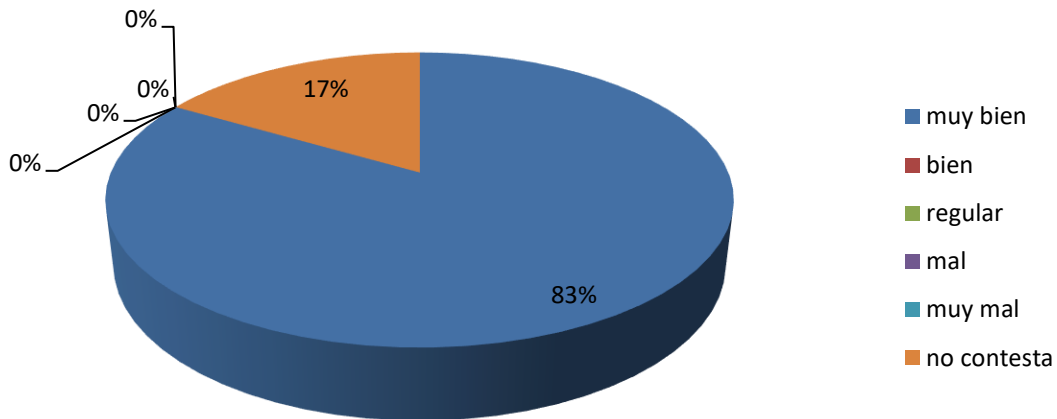
15. Respecto al personal sanitario, valore los siguientes aspectos: la confianza que le han transmitido.



16. Respecto al personal sanitario, valore los siguientes aspectos: la amabilidad (cortesía).

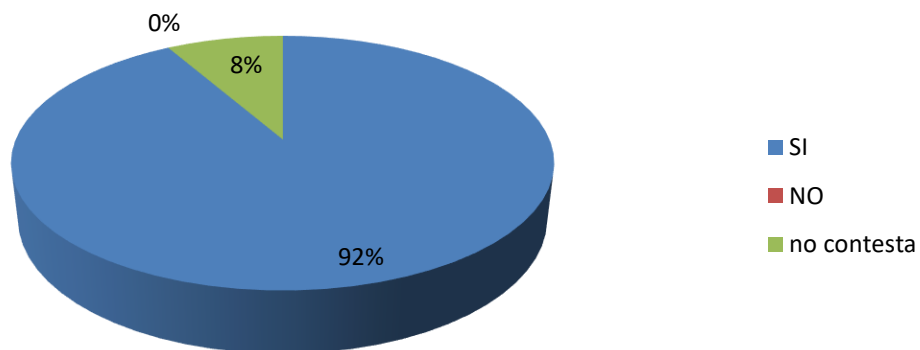


17. Respecto al personal sanitario, valore los siguientes aspectos: predisposición para solventar dudas.

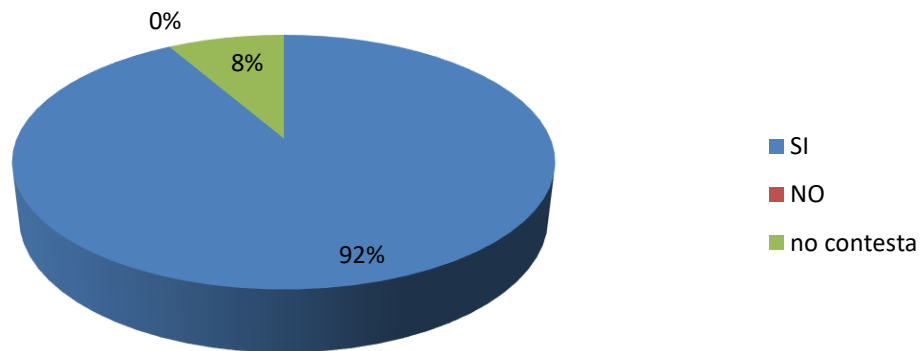


18. Responda SI o NO a las siguientes preguntas

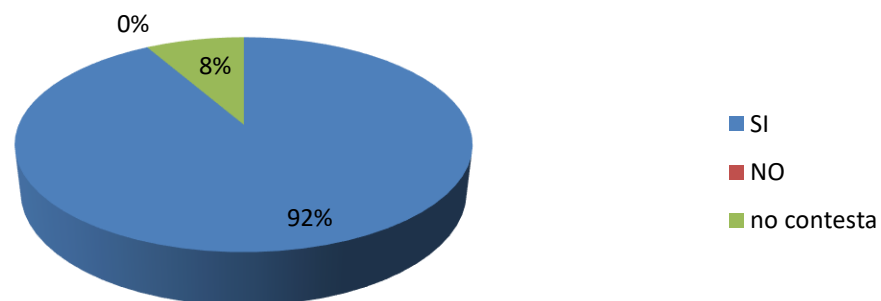
¿Cree que se ha tenido en cuenta las cosas que a usted más le importan?



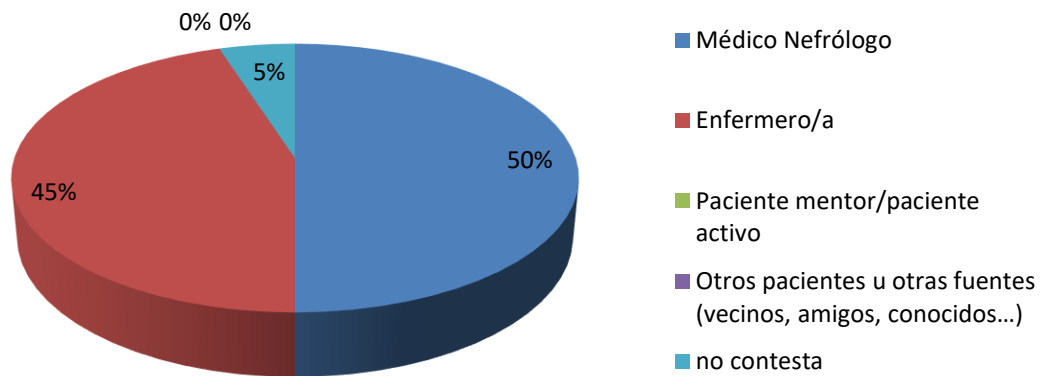
19. Responda SI o NO a las siguientes preguntas
¿Cree que se le ha tratado de forma personalizada?



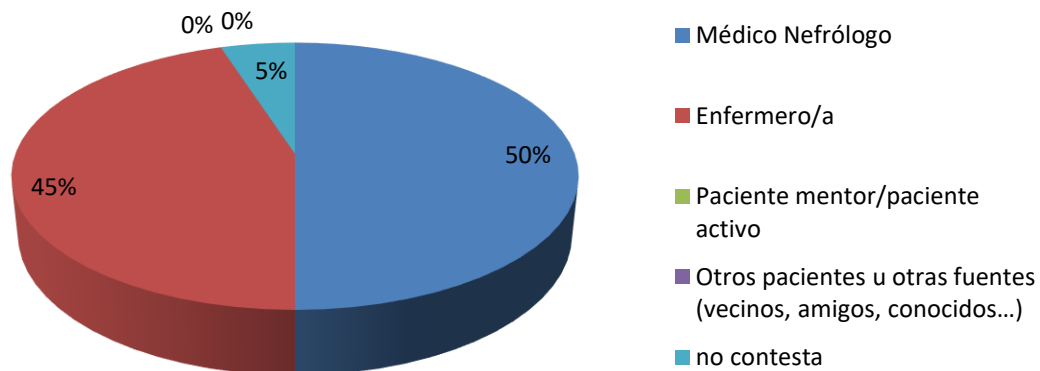
20. Responda SI o NO a las siguientes preguntas
¿Cree que la información recibida le ha permitido tomar una decisión adecuada a sus necesidades y valores?



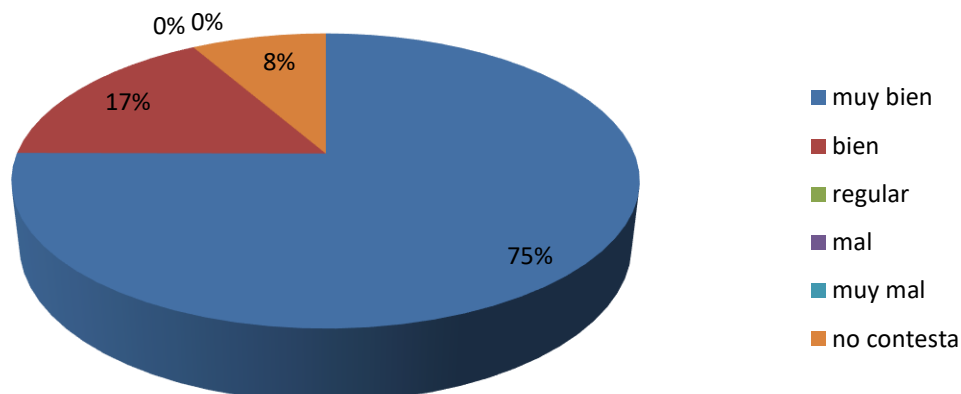
21. ¿Quién considera que le ha ofrecido la información más útil sobre su enfermedad?



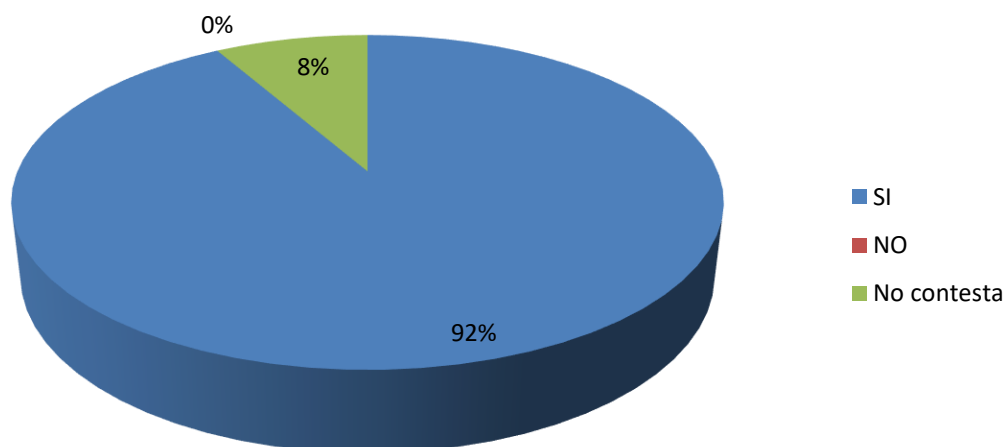
22. ¿Quién considera que le ha ofrecido la información más útil sobre los posibles tratamientos?



23. ¿Cómo calificaría su nivel de satisfacción con la Consulta de Enfermedad Renal Crónica?



24. ¿Recomendaría esta consulta a un familiar si la necesitase?



Tal como se puede ver en el ACTA del 24-1-2022, se discutieron los resultados:

-Disponemos de 12 encuestas de calidad. No disponemos del dato de firmas del periodo para saber el % de respuesta, pero tenemos esta información recogida, que revisaremos. Se comenta que ha habido casos que no se han entregado por diversos motivos. A partir de ahora registraremos el motivo.

-Los resultados en general han sido satisfactorios. Sin embargo, creemos que tenemos que mejorar en la información del trasplante tanto donante cadáver como vivo. Es posible que si el paciente no era elegible para trasplante no se la haya explicado tanto. Consensuamos que, a partir de ahora, aunque algún paciente no sea elegible para algún tratamiento renal, se le ofrecerá ampliar la

información sobre el mismo si lo consideran necesario. También deberíamos mejorar en la explicación del motivo por el que no es elegible para una técnica. Para eso sería adecuado que tanto lo informe el nefrólogo como la enfermera al realizar el test de elegibilidad.

-En cuanto al tiempo de espera, ha salido mejor de lo que pensábamos. Aun así, la mayoría opinan que lo valoran bien, solo 16,6% muy bien y creo que debería mejorar. Creemos que con la reestructuración de las agendas con una hora por paciente y un nefrólogo por día mejorarán mucho este tema.

7. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE ACTIVIDAD. CUADRO DE MANDO.

7.1 INDICADORES DE LA CONSULTA ERCA HASTA 2018

Distinguimos pacientes que inician una técnica de diálisis en un año que son de nuestra área (incluyendo pacientes que han iniciado tratamiento renal sustitutivo en otro hospital y nos los han derivado o que cambian de técnica), de los pacientes verdaderos incidentes (pacientes que inician una técnica de sustitución renal en nuestro hospital) y de los incidentes en tratamiento renal sustitutivo que procedían de las consultas ERCA. Además, de los procedentes de ERCA, mirábamos también un subgrupo de pacientes que habían estado más de 12 meses en la consulta ERCA antes de iniciar tratamiento renal sustitutivo.

Evolución incidencia en diálisis	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
Total pacientes que inician diálisis	47	38	48	23	42	29
Total pacientes que inician diálisis (verdaderos incidentes)	35	37	29	20	32	21
Total pacientes que inician diálisis procedentes de ERCA	23	30	22	17	19	14

	Objetivo	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Peritoneal incidentes globales		17,02	13,16	31,25	21	19	17,2
Pac. amb tècnica=Peritoneal		8	5	15	5	8	5
Total pac. en diàlisi		47	38	48	23	42	29
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Peritoneal vertaders incidentes	20%	20	13,51	31,03	25	25	22,7
Pac. amb tècnica=Peritonea		7	5	9	5	8	5
Total pac. en diàlisi de vertaders incidents		35	37	29	20	32	22
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Peritoneal incidentes procedent ERCA	20%	21,74	16,67	40,9	29,5	42,1	35,7
Pac. amb tècnica=Peritoneal		5	5	9	5	8	5
Total pac. en diàlisi procedents ERCA		23	30	22	17	19	14
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Peritoneal incidentes procedent ERCA >12 meses	20%			38	27,7	38,5	62,5
Pac. amb tècnica=Peritoneal				7	3	5	5
Total pac. en diàlisi procedents ERCA >12 meses				18	11	13	8
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% FAV		35	66,67	39,39	61,5	23,5	16,6
Pac. en Hemodiàlisi i accés vasc.=FAV antòloga i protèsica		14	22	13	11	8	4
Total pacients en hemodiàlisi		40	33	33	18	34	24
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% FAV de vertaders incidents	60%	59,38	35,71	30	66,6	33,3	23,5
Pac. en Hemodiàlisi i accés vasc.=FAV antòloga i protèsica		19	10	6	10	8	4
Total pac. en hemodiàlisi de vertaders incidents		32	28	20	15	24	17
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% FAV procedent ERCA	60%	55,56	64	38,46	76	42,1	44,5
Pac. en Hemodiàlisi i accés vasc.=FAV antòloga i protèsica		10	16	5	10	8	4
Total pac. en hemodiàlisi procedents		18	25	13	13	19	9
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% FAV procedent ERCA > 12 meses	60%			36	75	61,5	60,6
Pac. en Hemodiàlisi i accés vasc.=FAV antòloga i protèsica				4	6	8	4
Total pac. en hemodiàlisi procedents ERCA > 12 meses				11	8	13	6

		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Salidas ERCA sobre incidentes globales		51	76,3	46,9	73,9	45,2	45,7
Salidas ERCA		24	29	23	17	19	16
Total salidas a dialisis incidentes globales		47	38	49	23	42	35
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Salidas ERCA sobre verdaderos incidentes		68,57	78,3	76,6	85	59,4	62,9
Salidas ERCA		24	29	23	17	19	17
Total salidas a dialisis (verdaderos incidentes)		35	37	30	20	32	27
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Salidas >12 meses sobre salidas ERCA		55,17	45,83	91	58,8	68,4	58,8
Salidas ERCA >12 meses		11	16	21	11	13	10
Total salidas ERCA		24	29	23	17	19	17
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Salidas > 12 meses sobre verdaderos incidentes		31,4	43,2	70	64	40,6	37
Salidas ERCA > 12 meses		11	16	21	11	13	10
Total sortides a dialisis (verdaderos incidentes)		35	37	30	20	32	27
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Salidas > 12 meses sobre incidentes globales		23,4	42,1	43,75		30,9	28,5
Sortides ERCA > 12 meses		11	16	21	11	13	10
Total sortides a dialisis (incidentes globales)		47	38	48	23	42	35

		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
% Pacientes > 12 meses en NEF clínica con < 12 meses en ERCA		61,54	61,54	ND	50	50	77
Pacients > 12 meses en NEF clínica		8	8	ND	3	3	7
Total pacients amb <12 mesos a ERCA		13	13	ND	6	6	9

GRÁFICAS

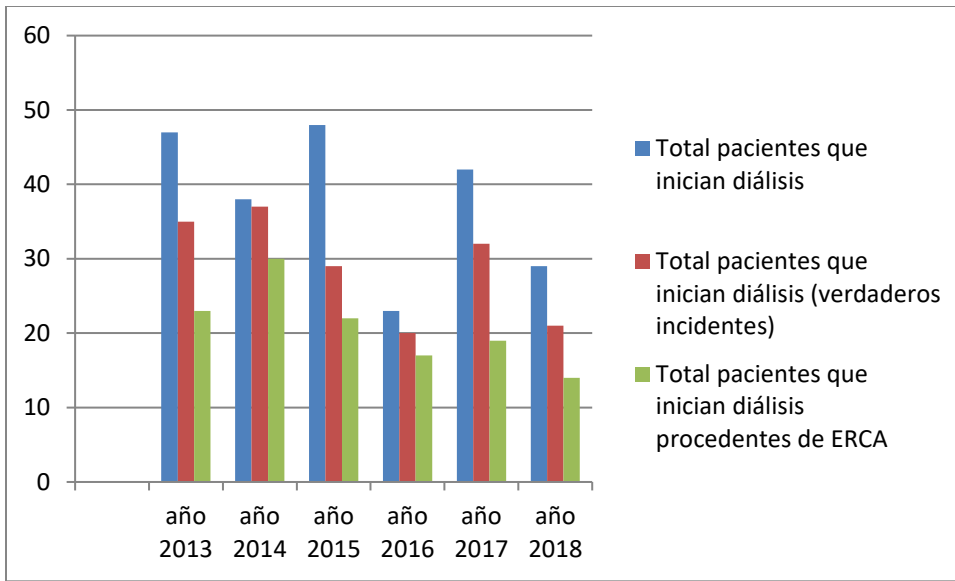
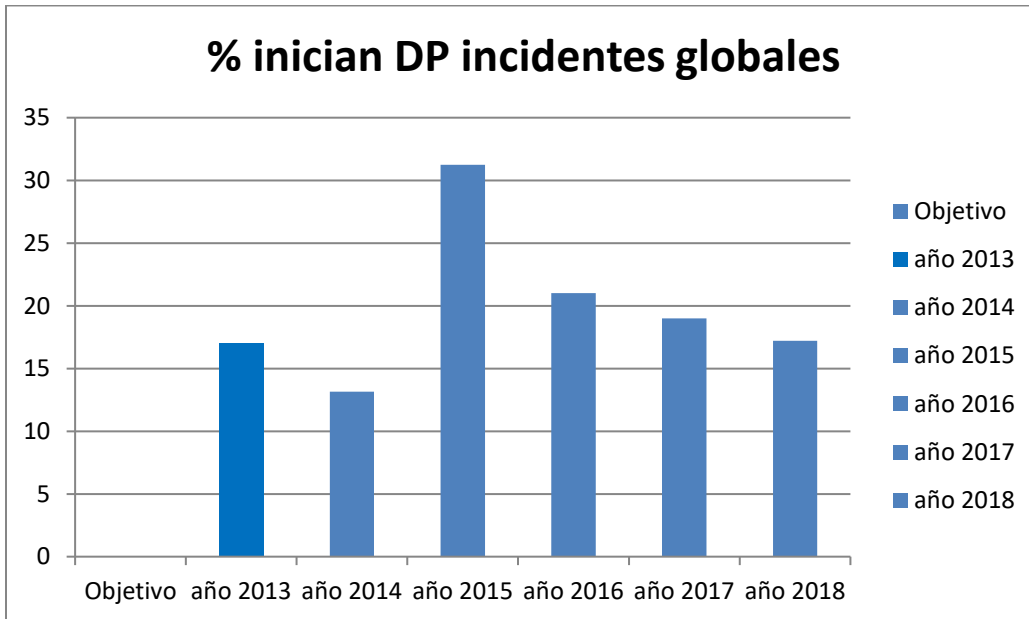


Figura 1. Evolución incidencia en diálisis desde 2013 hasta 2018, teniendo en cuenta el global de pacientes, los verdaderos incidentes y los que inician diálisis procedentes de ERCA



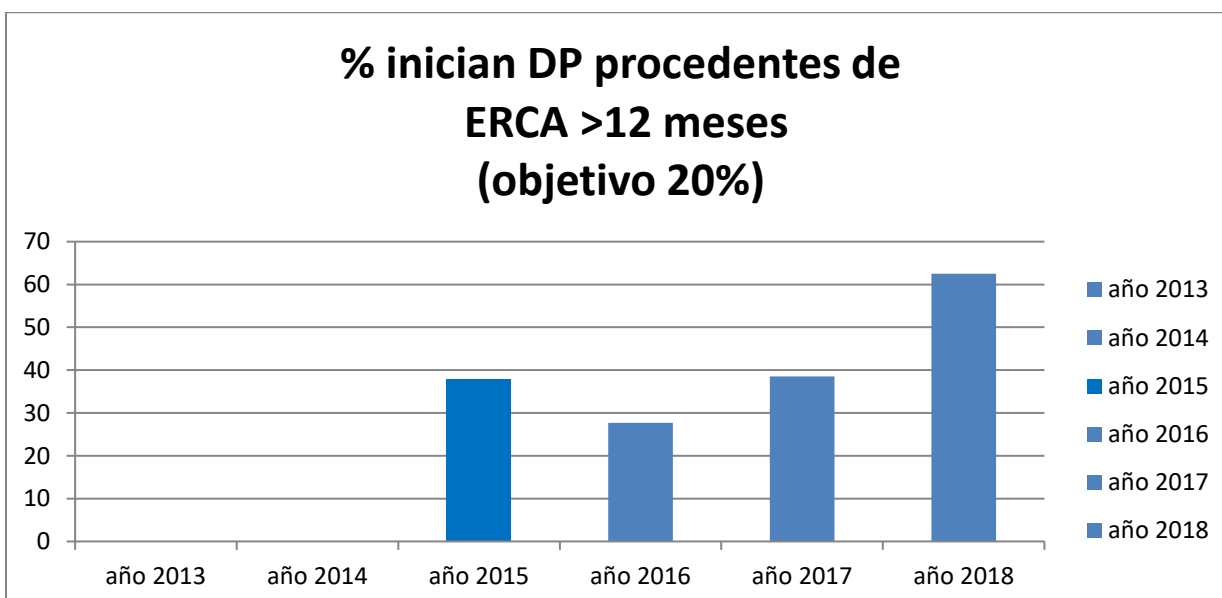
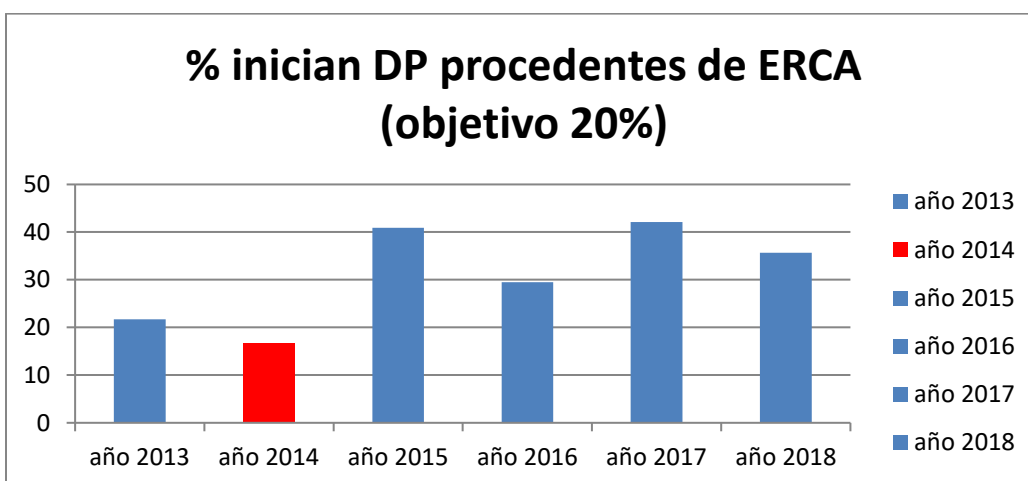
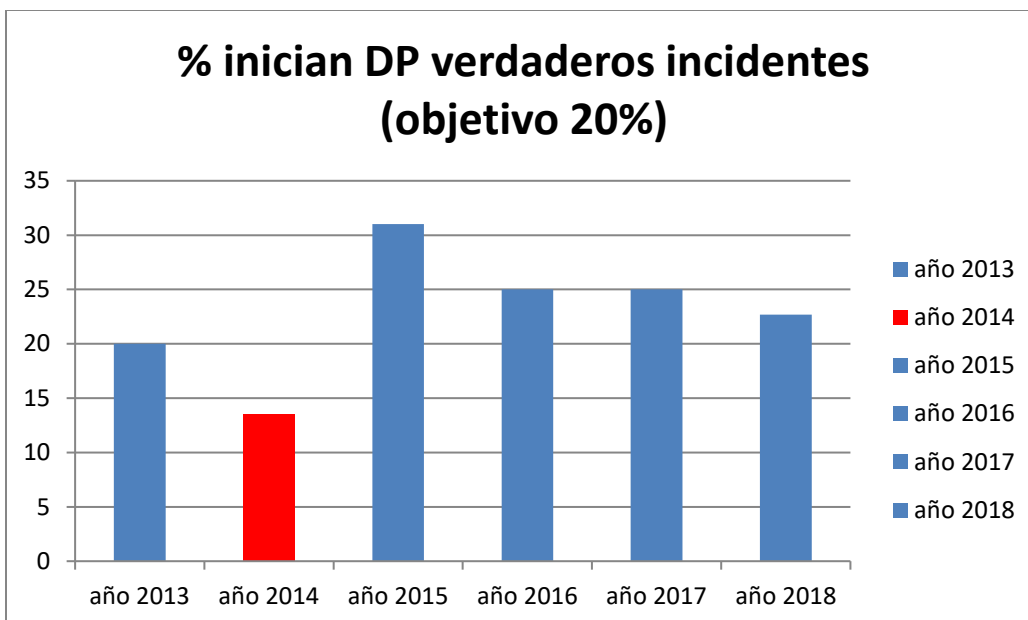
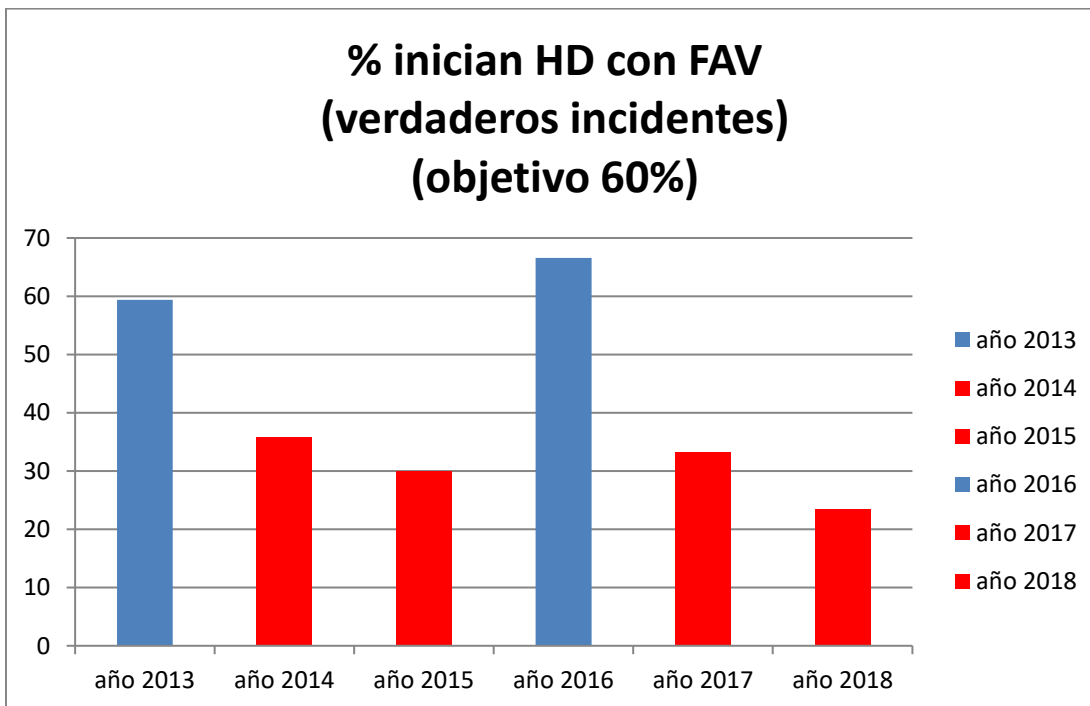
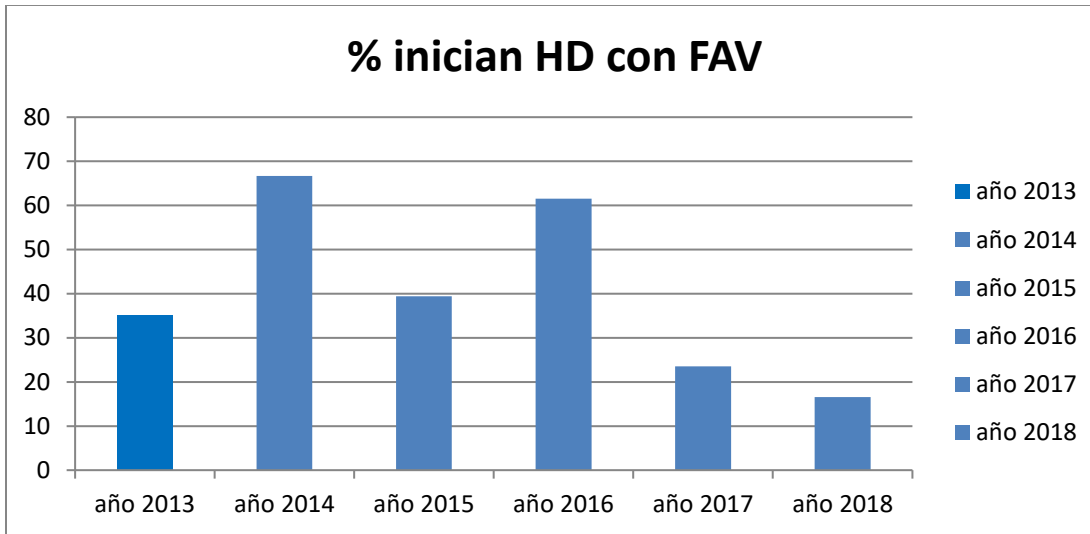


Figura 2. Porcentaje de pacientes que inician diálisis con diálisis peritoneal, global, en verdaderos incidentes, en incidentes procedentes de ERCA y en incidentes procedentes de ERCA que hayan estado más de 12 meses en la consulta. **En rojo si no se cumple el objetivo.** En los globales no se marca objetivo.



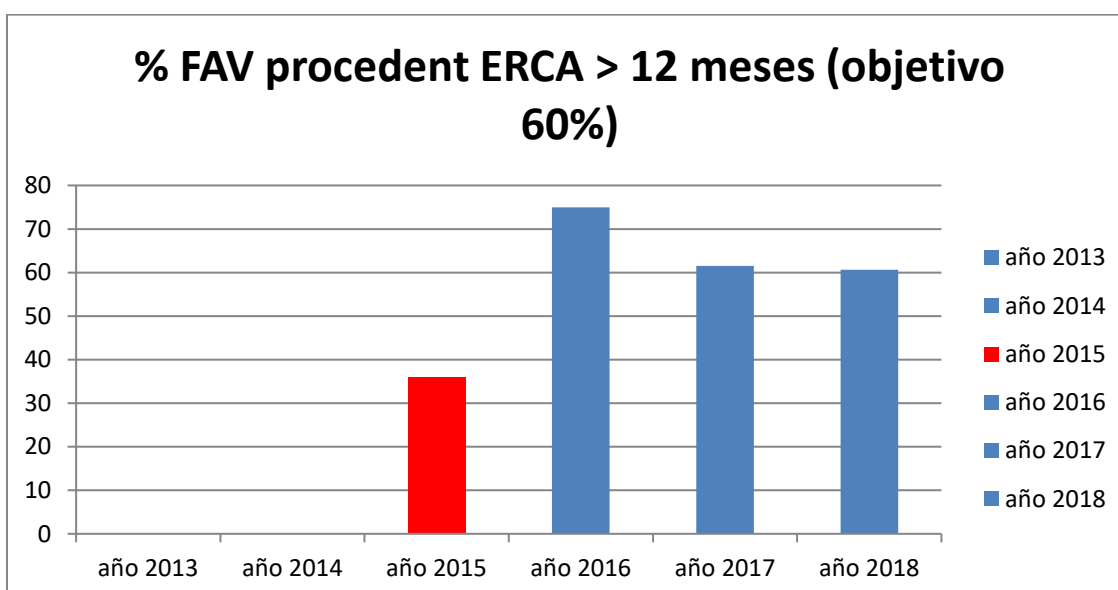
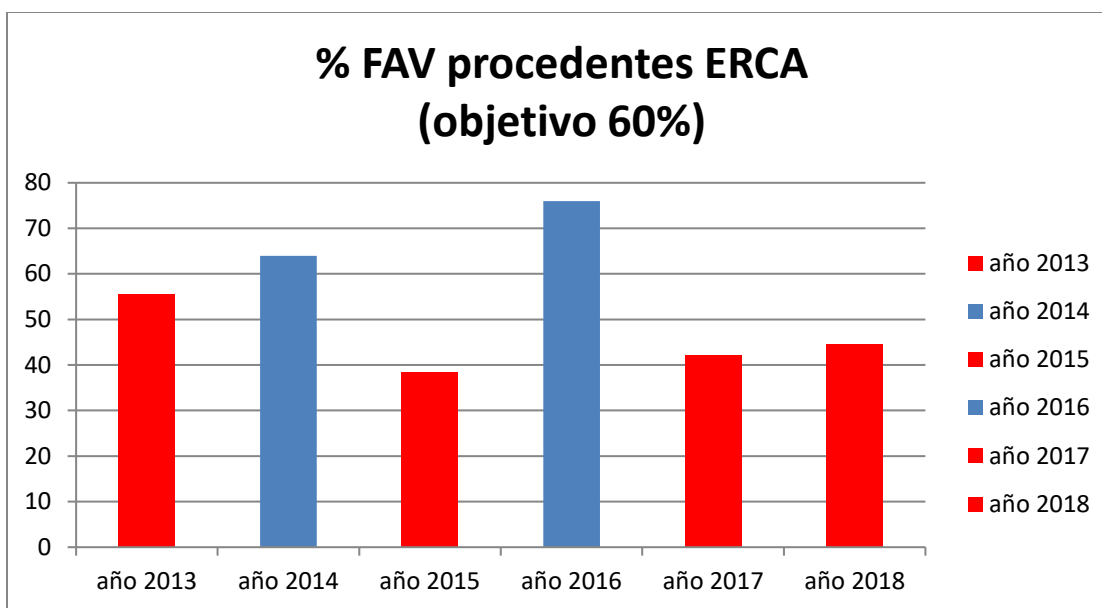


Figura 3. Porcentaje de pacientes que inician hemodiálisis con FAV, global, en verdaderos incidentes, en incidentes procedents de ERCA y en indicients procedentes de ERCA que hayan estado más de 12 meses en la consulta. **En rojo si no se cumple el objetivo.** En los globales no se marca objetivo.

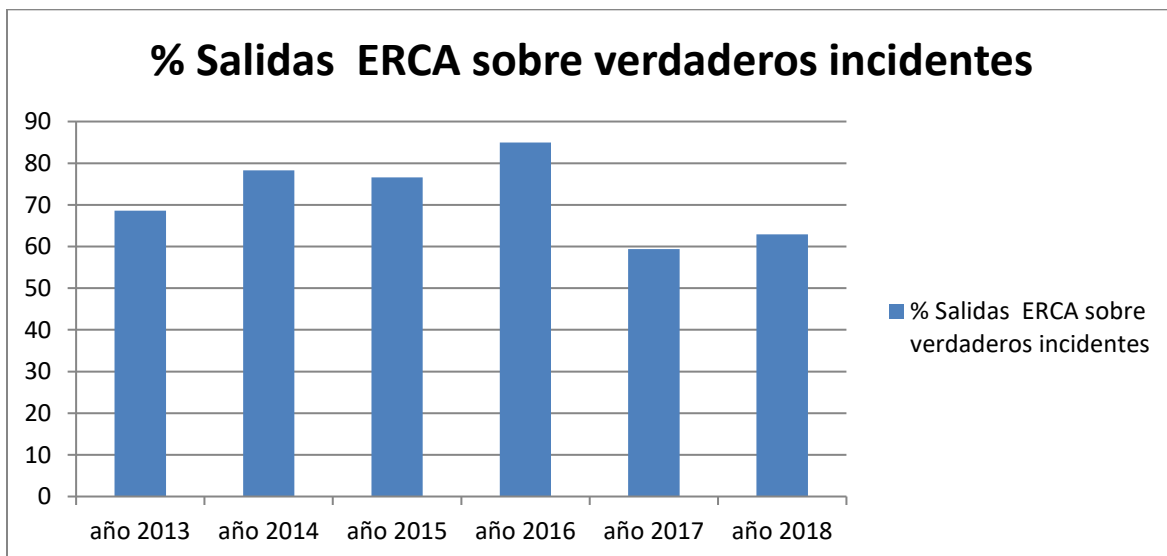
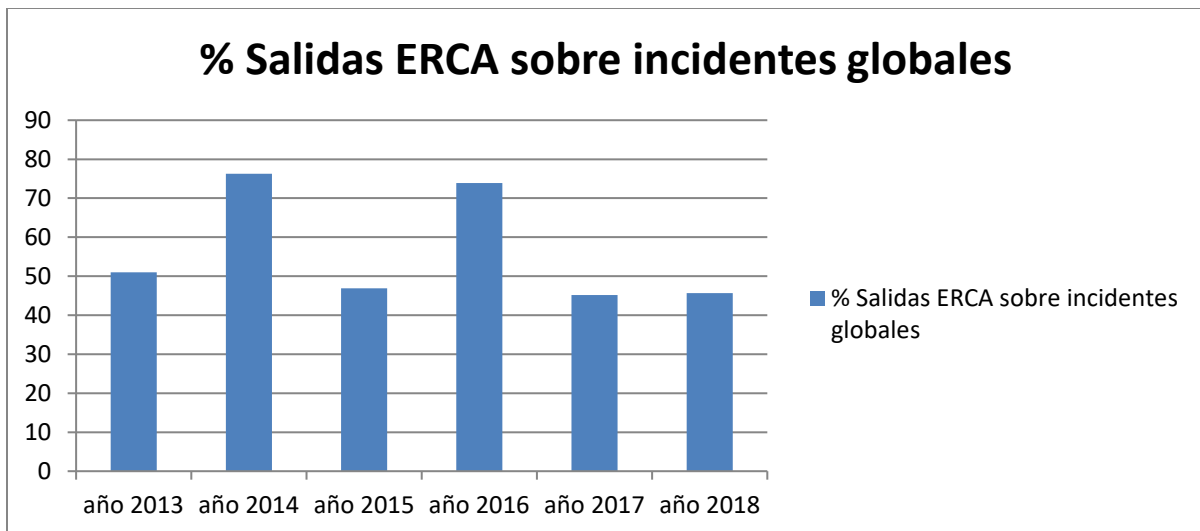


Figura 4. Porcentaje de pacientes que salen de ERCA e inician Tratamiento sustitutivo función renal (TSFR) sobre incidentes globales y sobre verdaderos incidentes en TSFR.

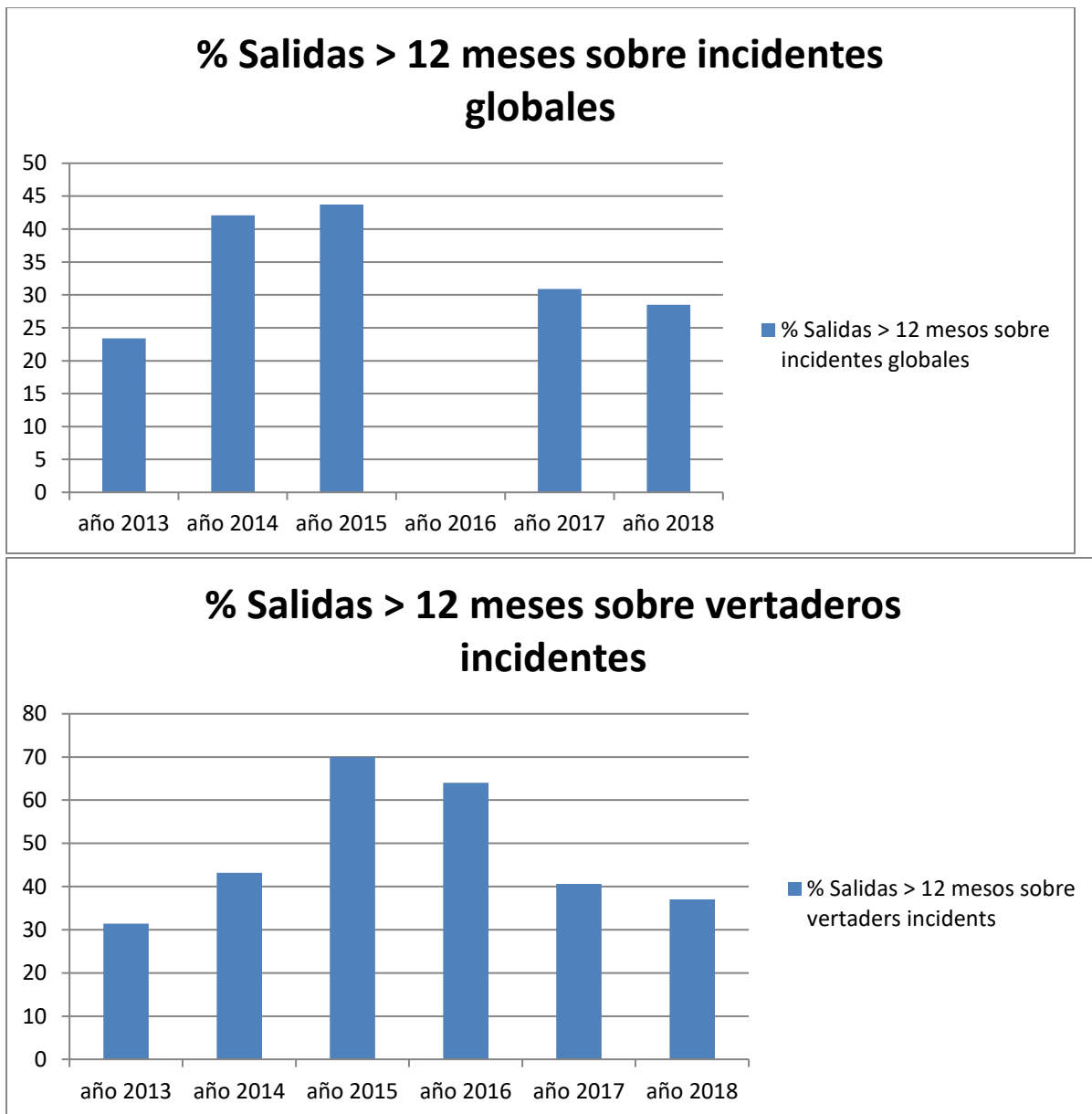


Figura 5. Porcentaje de pacientes que salen de ERCA tras haber estado al menos 12 meses e inician Tratamiento sustitutivo función renal (TSFR) sobre incidentes globales y sobre verdaderos incidentes en TSFR.

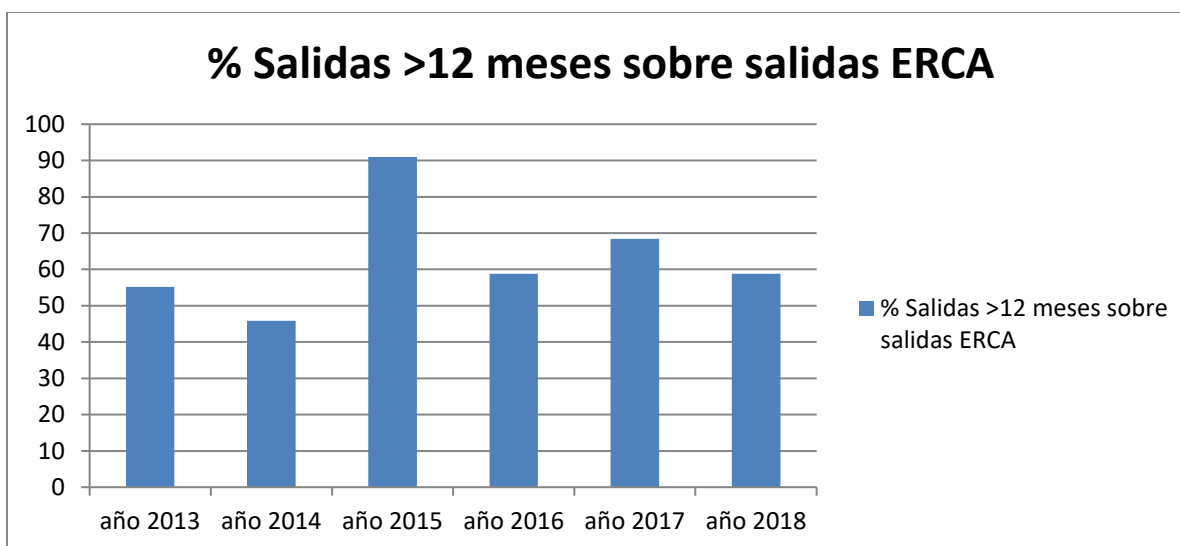


Figura 6. Porcentaje de pacientes que salen de ERCA (inicianTSFR) tras haber estado al menos 12 meses respecto los totales que salen de ERCA.

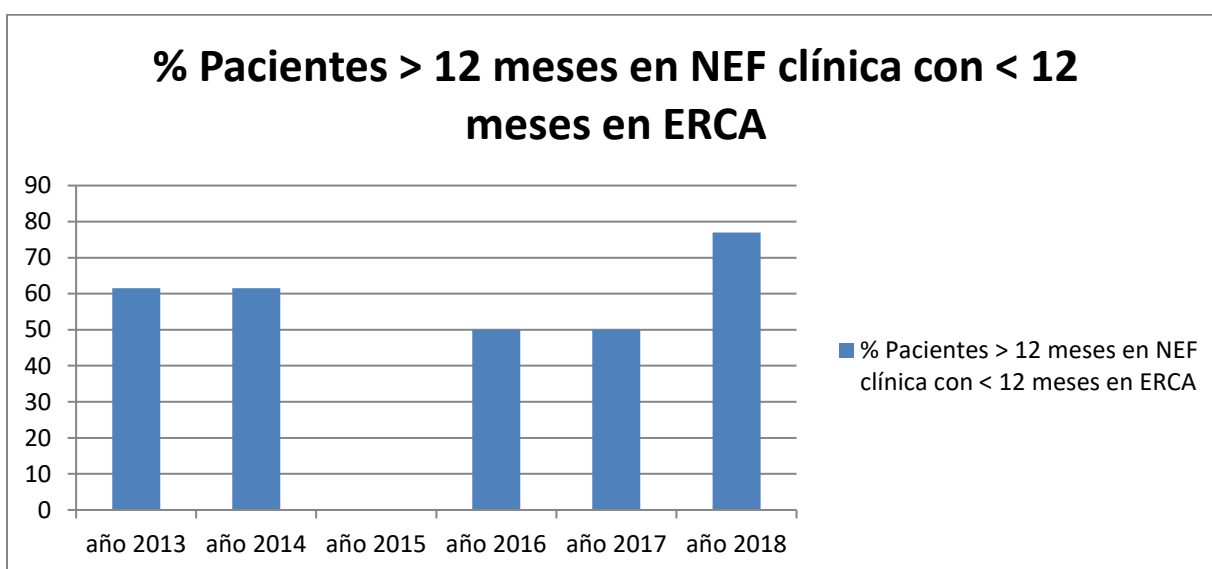


Figura 7. Porcentaje de pacientes que habiendo estado en la consulta de nefrología clínica más de 12 meses, salen de ERCA (inicianTSFR) tras haber estado menos de 12 meses.

7.2 INDICADORES UNIDAD ERCA DESDE 2019

Desde 2019, hemos adaptado los indicadores a los que son necesarios para conseguir la acreditación UNIDAD ERCA de la Sociedad Española de Nefrología. Uno de los cambios más importantes es que se pasa a considerar el tiempo mínimo para conseguir los objetivos de 12 a 6 meses, lo que impedirá una comparación exacta entre ambos periodos.

A continuación mostramos los resultados de 2020 comparados con los de 2019. Hay una serie de indicadores que a día de hoy no podemos calcular, pero que dejamos preparados para cuando se

solicite la acreditación UNIDAD ERCA, ya que se podrán hacer por muestreo (datos no mostrados). El futuro módulo de ERCA de nuestro programa informático NEFROLINK, en el que miembros de la unidad participamos como equipo funcional para el establecimiento de requisitos y que adaptaremos al modelo UNIDAD ERCA, que luego comentaremos, pretendemos que todos estos indicadores, incluidos lo que no hemos podido medir en 2019 y 2020, se calculen automáticamente a partir de 2022.

1	Estándar ACERCA	INDICADORES CONSULTA ERCA AÑO 2021	FÓRMULA	Disponible en 2020	OBJETIVO	2021	2020	2019
3		Prevalentes en el período	Número de pacientes atendidos en ERCA en ese año	si	número	214	240	224
4		Prevalentes a final del período	Número de pacientes en ERCA a 31-12 de ese año	si	número	146	151	162
5		Nefrólogos ERCA x 200 pacientes	nefrólogos ERCA x 200 /prevalentes en el periodo	si	>1	2,5	2,5	2,5
6		Enfermeras ERCA x 200 pacientes	DUE ERCA x 200 /prevalentes en el periodo	si	>1	1,66	1,66	1,66
7		Incidentes en ERCA en el período	número de pacientes nuevos en ERCA en año	si	número	68	49	84
8		Incidentes en TRS en el período	número de pacientes que inician TRS	si	número	33	30	27
9		Media Edad incidentes TRS	Edad media de los que inician TRS	si	media	67,9	62,6	67,7
10		Rango edad incidentes TRS	Rango de edad de los que inician TRS	si	rango	36,88	28,78	33,84
11		% Mujeres	% de mujeres que inician TRS	si	%	33	43	
12		Incidentes en TRS en el periodo desde ERCA	número de pacientes que inician TRS procedentes ERCA	si	número	28	27	26
13		Incidentes en TRS en el periodo desde ERCA > 6 meses	número de pacientes que inician TRS procedentes ERCA habiendo estado al menos 6 meses en dicha consulta	si	número	23	24	19
14	0	El porcentaje de pacientes que sale de la Unidad ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses con test de elegibilidad realizado (previsión de contraindicaciones)	Total de pacientes que salen de la Unidad ERCA con tiempo de seguimiento de la menos 6 meses y con tests de elegibilidad realizado/Total de pacientes que salen de la Unidad ERCA con tiempo de seguimiento de la menos 6 meses	si	≥ 90%	100	100	100
15	0	El porcentaje de pacientes que inician TSFR procedentes de la Unidad ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses con el proceso de información, deliberación y elección realizado antes del inicio del tratamiento es ≥ 90%.	Total de pacientes procedentes de la Unidad de ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses que inician el TSFR con el proceso de información, deliberación y elección realizado / Total de pacientes procedentes de la Unidad de ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses	si	≥ 90%	100	100	100
16	0	Porcentaje de pacientes procedentes de la Unidad ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses inician el TSFR con el documento de elección de TSFR firmado e incluido en la historia clínica del paciente es ≥ 90%. El porcentaje de pacientes que han iniciado el TSFR de forma no programada y que han recibido el proceso de información, deliberación y elección de 100técnica antes de cumplir el primer mes de inicio de tratamiento es ≥ 90%. Fórmula de apoyo:	Total de pacientes procedentes de la Unidad de ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses que inician el TSFR con el documento de elección de técnica firmado e incluido en la historia clínica del paciente / Total de pacientes procedentes de la Unidad de ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses	si	≥ 90%	100	100	88
17	0	El porcentaje de pacientes que han iniciado el TSFR de forma no programada y que han recibido el proceso de información, deliberación y elección de 100técnica antes de cumplir el primer mes de inicio de tratamiento es ≥ 90%. Fórmula de apoyo:	Total de pacientes que habiendo iniciado el TSFR de la manera no programada han realizado el proceso de información, educación y deliberación durante el primer mes de inicio de tratamiento / Total de pacientes que han iniciado el TSFR de manera no programada.	si	≥ 90%	100	100	100
22	0	El porcentaje de pacientes incidentes entre la suma de diálisis peritoneal, hemodiálisis domiciliaria y trasplante prediálisis es:	Total de pacientes incidentes en DP+ HDD+ TR pre/ Total de pacientes que inician TSFR (HDH, HDD, DP y TR pre	si	≥ 25% del global (nivel I y II); > 28% del global (Nivel III) y > 30% en nivel IV	34	37	50
23	0	El porcentaje de pacientes incidentes entre la suma de diálisis peritoneal, hemodiálisis 46domiciliaria y trasplante prediálisis procedentes de ERCA con más de 6 meses de seguimiento	Total de pacientes incidentes en DP+ HDD+ TR pre ERCA 6 meses/ Total de pacientes que inician TSFR (HDH, HDD, DP y TR pre ERCA 6 meses	si	≥ 35% del global (nivel I y II); > 38% del global (Nivel III) y > 40% en nivel IV	41	46	63
28	R	Pacientes procedentes de ERCA con más de 6 meses de seguimiento que inician TSFR de forma programada (excluidos los éxitos) (%)	Total de pacientes procedentes de la Unidad de ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses que inician el TSFR de forma programada / Total de pacientes procedentes de la Unidad ERCA con más de 6 meses se seguimiento que inician TSFR	si	≥ 75%	67	75	95
29	R	Pacientes que hayan elegido (y sigan siendo elegibles) para DP, que tienen el catéter implantado cuando llegue el momento de inicio de tratamiento (%)	Total de pacientes que han elegido DP, inician diálisis y que han tenido el catéter implantado en el momento del inicio de TSFR/Total de pacientes que han elegido DP, son elegibles para DP e inician diálisis (HD + DP)	si	≥ 90%	100	89	100
31	R	Pacientes del total de elegibles que tras recibir el proceso educacional eligen terapia domiciliaria (%)	Total de pacientes que eligen técnica domiciliaria (DP + HDD) / Total de pacientes elegibles para terapia domiciliaria tras finalizar proceso elección técnica	si	≥ 40%		60	49
32	R	Pacientes que inician TSFR que habían elegido en un principio (%)	total pacientes HD/total pacientes que han elegido HD + Total pacientes DP/total pacientes que han elegido DP dividido entre 2 y multiplicado por 100	si	≥ 70%		87	100
33	R	Pacientes que comienzan hemodiálisis con FAV madura procedentes de la consulta ERCA y seguidos durante al menos 6 meses (%)	Pacientes que inician HD con FAV AV madura (nativa o prótesis) habiendo estado al menos 6 meses en ERCA/ Total de pacientes que inician HD habiendo estado al menos 6 meses en ERCA	si	≥ 75%	63	62	83
39	R	Asistencia a actividades de formación impartidas por los profesionales de ERCA (%)		si	≥ 80%		100%	100%
40	R	El equipo de la Unidad ERCA realiza anualmente al menos: Una publicación en revistas científicas indexadas y/o un proyecto de investigación individual o en colaboración con otras instituciones y/o una presentación (ponencia, comunicación oral, póster) en un congreso científico Nacional / Internacional.	Cuenta cada publicación en revista indexada, cada proyecto de investigación o presentación en congreso nacional o internacional	si	al menos 1	1	4	3
41								
42								
43								
44			TRS= tratamietnto renal sustitutivo		No hay objetivo			
45			HDH= hemodiálisis Hospitalaria o en centro		Objetivo cumplido en obligatorios			
46			TR= trasplante renal		Objetivo no cumplido en obligatorios			
47		O= obligatorio	DP = Dálisis Peritoneal		Objetivo cumplido en recomendables			
48		R= recomendable	HDD= Hemodiálisis Domiciliaria		Objetivo no cumplido en recomendables			
49					No medido			
50								

Figura 8. Cuadro de mandos ERCA de 2019, 2020 y 2021

No hay objetivo (gris)
Objetivo cumplido en obligatorios (verde intenso)
Objetivo no cumplido en obligatorios (rojo)
Objetivo cumplido en recomendables (verde pálido)

Objetivo no cumplido en recomendables (naranja)

TRS= tratamietnto renal sustitutivo

HDH= hemodiálisis Hospitalaria o en centro

TR= trasplante renal

DP = Dálisis Peritoneal

HDD= Hemodiálisis Domiciliaria

O= obligatorio

R= recomendable

Podemos observar que en 2019 no se cumplió con un indicador obligatorio, por la falta de algún consentimiento informado que no llego a pasar a la historia clínica del hospital. En 2020 se cumplieron todos los indicadores. En 2020 se cumplieron todos los indicadores obligatorios y además, en el los que ayudan a definir si la acreditación es básico, avanzado, optimo o excelente nos permitirían estar en al grupo IV, excelente. Sin embargo, se incumplieron 2 de los recomendables. El porcentaje de pacientes que habiendo elegido diálisis peritoneal y siguiendo elegibles a la hora del inicio de diálisis peritoneal fue 89% en lugar de 90% (solo falta un 1%) y además, fue porque a un paciente no se le pudo llegar a poner el catéter DP porque se anularon quirófanos por la pandemia Covid-19, por lo que no es causa imputable a la unidad ERCA. Tampoco se alcanza el porcentaje de pacientes que habiendo estado 6 meses o más en la unidad ERCA, iniciaron hemodiálisis con Fistula (62% en lugar de 75%). También hemos de recordar que durante el inicio del confinamiento por la pandemia Covid-19 se suspendieron quirófanos y por lo tanto hubo retraso en la realización de fistulas de diálisis. Como puede verse, en general los resultados de 2019 son mejores que en 2020, pero teniendo en cuenta la pandemia Covid-19, consideramos que siguen siendo unos resultados bastante adecuados.

En 2021, de todos los indicadores que hemos podido medir, cumplimos todos os obligatorios. Hay 2 que se habían medido años anteriores que este año no ha sido posible pues durante unos meses se dejó de apuntar en lista aparte la elección de la técnica. De los recomendables, hemos dejado de cumplir el porcentaje de inicio programado y de nuevo volvemos a no cumplir con el inicio de hemdiálisis con FAV. En gran parte, ese resultado sería imputable a la enorme lista de espera que ha mantenido estos años cirugía vascular, y hasta 3-2022 no se ha tomado ninguna acción. Ahora han iniciado peonadas en un centro concertado para realizar FAV, por lo que esperemos que en 2022 se note la diferencia.

Palma de Mallorca, marzo de 2022

Autor:

Juan Manuel Buades Fuster

Jefe de Servicio de Nefrología

11. BIBLIOGRAFIA

Alberti Homar F, Miguelez Chamorro A, Moragues Sebert G, Serratusell Sabater E. Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado. Subdirección de Atención a la Cronicidad. Servei de Salut de les Illes Balears. 2017

Alcázar R, Egocheaga1, MI, Orte, L, Lobos JM, González Parra E, Álvarez Guisasola F, Górriz JL, Navarro JF y Martín de Francisco AL. Documento de consenso SEN-SEMFYC sobre la enfermedad renal crónica Nefrología 2008; 28 (3) 273-282.

Arenas MD, Gil MT, Egea JJ, Sirvent AE, Jiménez A. Aseguramiento de la calidad y certificación de una Unidad de Hemodiálisis según normas ISO-9001-2000. Nefrología Vol. XXIII: 37-46, 2003

Arrieta J. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. Nefrología 2010;1(Supl Ext 1):37-47

Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Kidney Dis. 2003 ; 41(1):1-12.

Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Último acceso 24-5-2016.

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Doc_enfermedad_renal.pdf

Grupo de Acción Estratégica de la S.E.N., A. Martínez Castela, A.L. Martín de Francisco, J.L. Górriz, R. Alcázar, L. Orte. Estrategias en salud renal: un proyecto de la Sociedad Española de Nefrología. Nefrología 2009; 29:185-192

Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. Sociedad Española de Calidad Asistencial. ISBN13 978-84-695-0940-7

Informe de Registros Autonómicos de Enfermos Renales. Informe año 2016.- Acceso el 2-6-2016. Disponible en:

http://www.registrenal.es/download/documentacion/InformeREER_2016_BURGOS.pdf

Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es

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.* 2013; Suppl. 3, 1-150.

Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J et al. Documento de consenso 2014 para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014;34(2):243-62

National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39:S1-S266

Martín de Francisco AL. Sostenibilidad y equidad del tratamiento sustitutivo de la función renal en España. *Nefrología* 2011;31:241-246

Nesrallah G, M. D. (2006). Modality options for renal replacement therapy: the integrated care concept revisited. *Hemodial Int.*, 143-51

Otero A et al. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrología* 2010; 30(1):78-86

Palanca Sánchez I. (Dir.), Conde Olasagasti J. (Coord. Cient.), Elola Somoza J. (Dir.), Bernal Sobrino JL. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL. (Comit. Redac.), Grupo de expertos. Unidad de depuración extrarrenal: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Prieto-Velasco M, Q. P., & Tools., S. G. (2015). The Concordance between Patients' Renal Replacement Therapy Choice and Definitive Modality: Is It a Utopia? *PLoS One.*, e0138811.

Scott W, Tonelli M, Chui B, Manns B. Economic evaluation of dialysis therapies. *Nature Reviews Nephrology* 2014; 10:644-652

Smart NA, D. G. (2014). Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev.*, CD007333.

Sociedad Española de Nefrología. www.senefro.org

World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. WHO Global report. Geneva: WHO; 2002.

<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>

Smart NA, D. G. (2014). Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. Cochrane Database Syst Rev., CD007333.

Tamames R, Gómez V, Sanchez-Lambas J, Dávila L, Hidalgo-Vega A, del Llano Señaris JE. La Gobernanza de la Salud Pública. Excelencia o ideología. Editoriala Almuzara. 2017. ISBN 978-84-17229-25-2