



# MEMORIA

2020

## UNIDAD DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

(ERCA)

## 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 (pre-diálisis)

## 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 **Enfermedad Renal Crónica Avanzada** (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 25%, 25% y 50% de los pacientes aproximadamente. 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 actividad asistencial de la UNIDAD ERCA en 2020 fue la siguiente:

- Pacientes en UNIDAD ERCA prevalentes a 1-1-2020: 165 pacientes (49 pacientes más que en 1-1-2019, aumento del 29,7%)
- Pacientes en UNIDAD ERCA prevalentes a 31-12-2020: 150 pacientes (9 pacientes menos que en 31-12-2019, reducción del 6%)
- Pacientes prevalentes en el periodo 2020: 215
- Pacientes prevalentes en el periodo 2020 en tratamiento conservador (TC): 18 pacientes
- Prevalentes totales en periodo 2020 (ERCA + TC): 233 pacientes
- Pacientes nuevos en ERCA en 2020: 50 pacientes (25 menos que en 20219), de los cuales
  - 6 han fallecido
  - 7 han pasado HD
  - 3 han pasado a tratamiento conservador
  - ninguno se ha trasplantado ni ha entrado en DP, ni tampoco se ha devuelto ninguno a Nefrología Clínica
  - 34 pacientes siguen en la unidad ERCA a 31-12-2020 (ver figura 1)

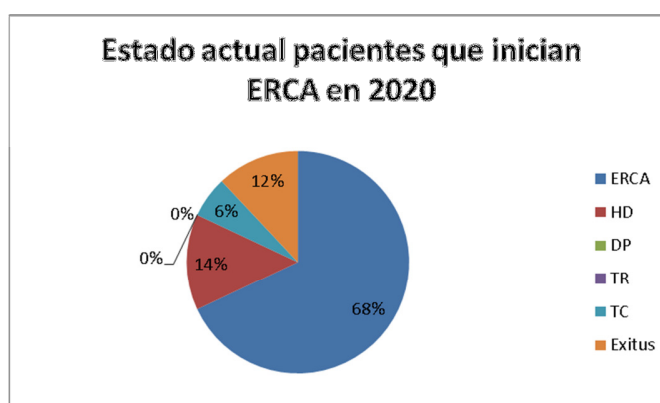


Figura 1. Estatus a 31-12-2020 de 50 pacientes incidentes en la unidad ERCA en 2020  
(DP= Diálisis Peritoneal; HD= Hemodiálisis; TC= Tratamiento Conservador; UNIDAD ERCA= Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada; NC= consulta de Nefrología Clínica)

- Se han realizado 738 consultas de nefrología ERCA en 2020 (frente a 765 consultas en 2019), un 3,5% menos que en mismo periodo 2020 con un promedio de 3,4 visitas por paciente y año, es decir, una visita cada 3,5 meses.
- Se han realizado 1838 visitas de enfermería ERCA-DP (frente a 2459 visitas en 2019, un 25% 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, aunque se incorporó la visita telemática, lo que supuso un cambio en la forma de trabajar de la unidad. En las agendas de ERCA se combinaban visitas presenciales con virtuales. Aunque habitualmente las visitas de enfermería se realizan habitualmente antes de la visita con el nefrólogo, en el caso de las visitas virtuales eso no se pudo cumplir en general, lo que podría explicar una mayor reducción de visitas de enfermería con respecto a las de los nefrólogos.

#### 4. ACTIVIDAD DOCENTE

##### Formación recibida relacionada con ERCA en 2020

-Juan Manuel Buades Fuster (Facultativo ERCA)

- Congreso Nacional de Diálisis Peritoneal Zamora febrero 2020
- Congreso Nacional de Nefrología Virtual en noviembre de 2020
- Congreso Americano de Nefrología Virtual Octubre 2020

-Marilisa Molina Guasch (Facultativo ERCA)

- 

-Aroa Fernandez (Enfermera ERCA)

- 

-Catalina Amengual Tomás (Enfermera ERCA)

- 

-Susana García Melendreras (Facultativo ERCA)

## **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 impartirá en 2021, anunciado en

[http://formacion.senefro.org/modules.php?name=elearning&d\\_op=showcourse&idcourse=36&idconvocatoria=118](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 XI Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis Domiciliaria con la ponencia “ Como se debe dosificar la DP de inicio?: Incremental” Juan Manuel Buades Fuster 1-2-2020

-Moderador en XI Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis Domiciliaria en la sesión: “ Recomendaciones KDIGO en Diálisis Domiciliaria” 1-2-2020

-Moderador en 50 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:**

- “Unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada en España: una encuesta nacional sobre los estándares de estructura, recursos, resultados y seguridad del paciente”

Autores: Mario Prieto-Velasco; María Dolores del Pino y Pino; **Juan Manuel Buades Fuster**; Lourdes Craver; Ramón Pons Prades; Juan Carlos Ruiz San Millán; Mercedes Salgueira Lazo; Patricia de Sequera Ortiz; Nicanor Vega Díaz. Publicado en la revista: “Nefrología Volume 40, Issue 6, November–December 2020, Pages 608-622”

#### **Proyectos de investigación en ERCA**

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

## **6. GESTIÓN DE CALIDAD.**

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) tiene una elevada mortalidad que se acentúa a medida que progresa la propia enfermedad, de tal manera que en el estadio 4-5 la mortalidad es hasta 20 veces mayor que en estadios precoces (estadio 2). Esto justifica la creación de la unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) para poner especial foco en el periodo de mayor mortalidad de una enfermedad ya de por sí con una elevada mortalidad y organizar el proceso de transición para obtener los mejores resultados posibles en salud para los pacientes.

En la unidad ERCA se deben cubrir los mismos objetivos que en cualquier otro estadio de la ERC, como el diagnóstico etiológico, el enlentecimiento de la progresión, el manejo del riesgo vascular y la comorbilidad. Asimismo, se deben implementar las estrategias encaminadas a disminuir la mortalidad asociada a las dos anteriores y a la propia enfermedad. Además, asociado a ello se debe asegurar la preparación de los pacientes para el inicio del Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) a tiempo y con suficiente antelación, promover los tratamientos domiciliarios, así como el autocuidado del paciente. Por supuesto, también abordar el trasplante de vivo pre diálisis y/o la inclusión en lista de espera de cadáver lo antes posible, si éste está indicado.

Es también esencial, favorecer la educación y activación del paciente, facilitar la toma de decisiones compartida para el TRS, e incluso la confección de una hoja de ruta del paciente en el tránsito a través de las distintas modalidades de tratamiento sustitutivo renal a lo largo de su vida, tal como se ve en la figura 29.

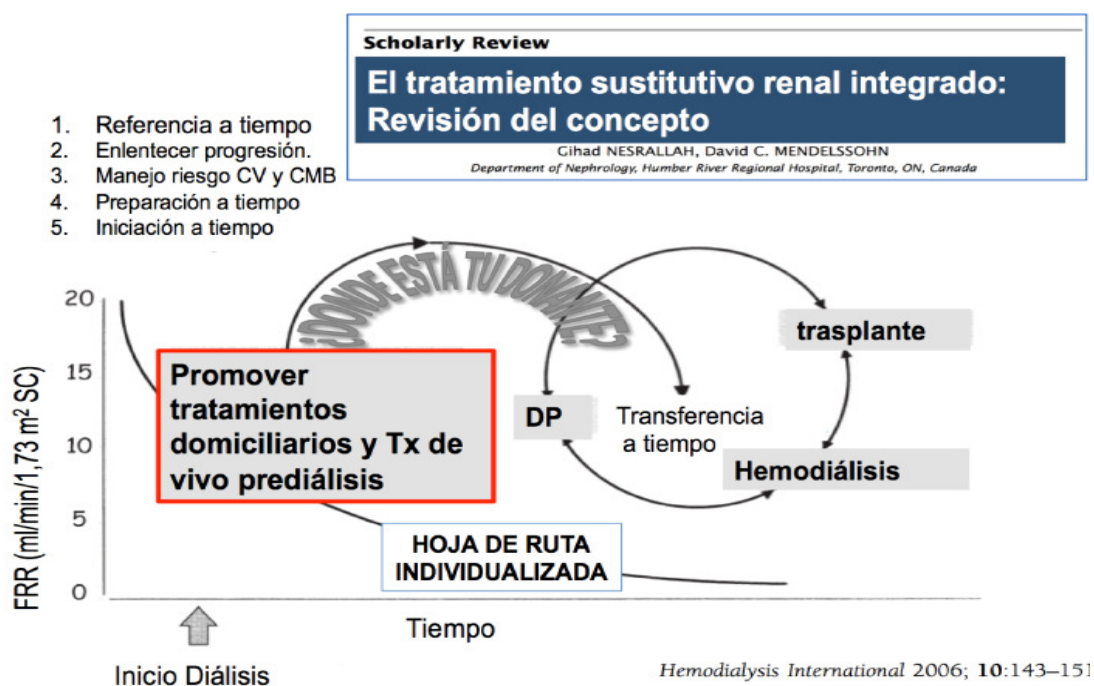


Figura 29. Concepto de tratamiento renal sustitutivo integrado.

En la literatura se utiliza el término “referencia tardía vs. temprana” para valorar en qué momento entra en contacto el paciente con el nefrólogo en la unidad ERCA. Existe una cierta confusión en el límite temporal para delimitar ambos conceptos. Se han utilizado límites como 1, 3, 4, 6 y 12 meses previos al inicio de tratamiento sustitutivo renal. En este momento se tiende más a aceptar 6 meses como el periodo necesario para que el nefrólogo tenga el tiempo requerido para realizar todas las actividades necesarias para la preparación del paciente hacia el inicio del TSR.



Y por otra parte, existe la terminología de inicio del tratamiento sustitutivo “planificado vs no planificado”; “urgente vs programado”; y “óptimo vs subóptimo” para valorar si la unidad ERCA ha hecho sus actividades adecuadamente, y pasa al paciente a la siguiente fase, el TSR, en las mejores condiciones (Smart NA, D. G. Cochrane Database Syst Rev.2014).

Entendemos como “inicio óptimo del TRS” cuando se cumplen todas y cada una de estas premisas (Prieto-Velasco M et al PLoS one 2015):

- Se inicia de manera ambulatoria.
- Si la opción de TRS es diálisis, se inicia través de un acceso permanente (catéter para DP o fístula para HD).
- Si fuera un trasplante de vivo cómo primera opción de tratamiento sustitutivo, al paciente no se le habrá creado acceso para diálisis, e iniciará directamente el TRS con un trasplante.
- El paciente inicia TRS en la modalidad de tratamiento que ha elegido el paciente en el proceso de ayuda a la toma de decisiones.

Está demostrado que los pacientes que pasan por la unidad ERCA con tiempo suficiente, frente a los que no pasan por ella o son remitidos tarde, tienen mayores posibilidades de iniciar el TRS de forma “óptima”, tienen mayor supervivencia tanto a los 3 meses como a los 5 años del inicio del TRS y menos hospitalizaciones. Sin embargo, en distintos estudios también se pone manifiesto que la calidad de la actividad desempeñada en la unidad ERCA también tiene efecto sobre supervivencia. El inicio subóptimo, a pesar de haber pasado por la unidad ERCA tiene los mismos efectos sobre el objetivo compuesto de mortalidad, transfusión y hospitalización que si el paciente hubiera sido remitido de manera tardía a la consulta ERCA (Nesrallah G et al, Hemodial Int 2006)

Por tanto, la atención de UNIDAD ERCA ha demostrado que disminuye la morbimortalidad únicamente si se ha dispuesto de tiempo suficiente y además cumple sus objetivos. De hecho, en la literatura se ha visto que en un porcentaje tan elevado como un 55% en algunos casos, a pesar de haber sido remitidos con tiempo a la UNIDAD ERCA, tienen un inicio subóptimo. Por lo tanto, es un proceso al que fácilmente se le puede aplicar una gestión de calidad. No obstante, no existen guías claras de cómo organizar todo esto, y especialmente el proceso de toma de decisión previo a la preparación del tratamiento sustitutivo. Existe una gran variabilidad en cómo se organiza cuando se organiza, incluso si miramos cómo funcionan cada una de las Unidades ERCA de los hospitales de Illes Balears.

En el Hospital Son Llàtzer, nos dimos cuenta de esa variabilidad y decidimos definir el proceso ERCA, ponernos unos objetivos y desarrollamos unos indicadores que se calculaban directamente de formularios específicos que creamos para la UNIDAD ERCA. En el año 2012, una vez finalizado la confección del proceso, se certificó la UNIDAD ERCA por la norma ISO 9001:2008. Posteriormente, se ha ido renovando cada año y en 2017 la hemos certificado para la nueva ISO 9001:2015 y finalmente la hemos revalidado en 12-2018 y en 12-20219. De hecho, fue la primera UNIDAD ERCA que fue certificada a nivel nacional. Pudimos presentar nuestros resultados en el congreso nacional de nefrología y tuvo gran visibilidad, ya que recibimos la

visita de varios servicios del país para ver cómo nos organizábamos y muchos otros nos solicitaron la documentación para poder certificarse.

Desde entonces se han realizado Auditorias anuales, algunas internas. En diciembre de 2019 se hizo una última auditoría interna en la que se evidenciaron dos “no conformidades”, que fueron subsanadas. La auditoría de 2020 se ha postpuesto a 6-2020 por la situación de pandemia Covid-19 que en enero de 2020 fue especialmente delicada en nuestra CC.AA.

Desde 2018 se han formalizado las reuniones del equipo ERCA y se realiza un ACTA de las mismas. En 2020 solo hay acta de 2 reuniones pues desde febrero a octubre se suspendieron reuniones y sesiones en el hospital por la situación de pandemia Covid-19

### **6.1 PROYECTO ACERCA:**

Los Modelos de gestión de calidad en Sanidad tienen su origen en EE.UU., concretamente con la publicación en 1954 del primer manual de acreditación por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), el cual se convirtió en referencia internacional. Estos Modelos establecen el proceso por el cual una entidad o actividad se somete a un procedimiento de verificación externo, con el fin de evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente. El resultado de la evaluación determinará si la entidad está capacitada o es competente para realizar una serie de actividades de acuerdo a una serie de estándares óptimos. Cabe destacar que se trata de un proceso dinámico (no siendo un reconocimiento puntual o aislado) que permite identificar de forma sistemática y periódica aquellos elementos susceptibles de ser mejorados.

La implementación de Modelos de gestión de calidad permite a las entidades:

- Evaluar la calidad y seguridad de la actividad que realiza la organización.
- Evaluar la capacidad de para conseguir una mejora continua de la calidad.
- Promover la mejora continua de la calidad del servicio e incentivar la búsqueda de la excelencia.
- Implicar a los profesionales en todas las fases del desarrollo de la calidad.
- Obtener el reconocimiento externo de la calidad y proporcionar información comparativa a los stakeholders internos y externos.
- Mejorar continuamente la confianza y la satisfacción de los “clientes” .

Dichos Modelos se fundamentan en la filosofía de “todo lo que hacemos se puede mejorar”, y se distinguen los siguientes tipos:

- **CERTIFICACIÓN:** Procedimiento por el cual una tercera parte asegura por escrito que un proceso, producto o servicio es conforme con unos requisitos especificados (norma).
- **ACREDITACIÓN:** Reconocimiento por una tercera parte autorizada de la competencia técnica de una entidad para la realización de una actividad, de acuerdo a estándares previamente establecidos.
- **MODELOS DE EXCELENCIA:** Procedimiento no normativo fundamentado que mediante la autoevaluación analiza detalladamente el funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del Modelo.

La implementación de Modelos de gestión de calidad en el ámbito sanitario son relativamente recientes y variados dado que la política de calidad se ha abordado con diferentes estrategias, encontrando los siguientes sistemas de acreditación / certificación e implantación de modelos de excelencia:

*Ilustrativo de Modelos de gestión de calidad implementados en el ámbito sanitario*



*Figura 30. Ilustrativo de Modelos de Gestión de Calidad implementados en el ámbito sanitario.*

En términos de sociedades científicas cabe destacar que en nuestro país existen numerosas experiencias de Modelos de gestión de calidad diseñados e implementados por las propias organizaciones, como por ejemplo el “Sistema de acreditación para el ejercicio y la enseñanza de hemodinámica y cardiología intervencionista dirigido a profesionales y unidades de formación – de la Sociedad Española de Cardiología”.

Por todo ello, desde la Sociedad Española de Nefrología, se ha creado un grupo de trabajo cuyo objetivo principal será impulsar el desarrollo y la implementación de iniciativas orientadas a evaluar y mejorar la calidad asistencial de los procesos desarrollados en las unidades ERCA.

Se trabajó para definir la manera adecuada de desempeñar el proceso asistencial desarrollado en las unidades ERCA, con sus entradas y salidas, así como sus flujos internos, estableciendo a su vez los indicadores de desempeño del proceso y extraer de la literatura los estándares adecuados de desempeño.

El grupo de trabajo está coordinado por Dr. Mario Prieto – Servicio de Nefrología del Complejo Asistencial Universitario de León y de 5 miembros, siendo uno de los nefrólogos de HUSLL uno de ellos (Dr. Buades).

En la experiencia de la unidad ERCA de HUSLL, un punto de inflexión fue cuando cambiamos de usar el sistema informático del hospital combinado con un programa departamental a medida a un programa departamental, a pesar de que obtuvimos muchos beneficios en HD, DP y LE de trasplante renal, perdimos lo trabajado en UNIDAD ERCA y tuvimos que calcular los indicadores de forma manual.

Hasta ahora ningún programa departamental está adaptado al proyecto ACERCA. Sin embargo, ahora tenemos una gran oportunidad con la implantación de NEFRORED, que será el programa departamental de nefrología en RED compartido por todos los servicios de nefrología de las Islas Baleares. Por eso, el grupo funcional de NEFRORED y la empresa adjudicataria, con el consejo de los responsables del grupo de trabajo de la Estrategia y las directrices del grupo de trabajo de la SEN, estamos formularios específicos de la UNIDAD ERCA que traten de forma estructurada y explotable una serie de apartados, como por ejemplo si el paciente ha sido valorado en cuando a contraindicaciones absolutas, relativas o dificultades añadidas de cada una de las opciones (Test de elegibilidad), si ha recibido ayuda para la toma de decisiones, si ha podido elegir la técnica de inicio de su TSR, si ha firmado un documento de elección de TRS y de técnica, y si el documento firmado ha pasado a la historia clínica del paciente. Con esta información será posible elaborar unos indicadores de proceso que se midan de forma automática. Además, se añadirán indicadores de resultado como porcentaje de pacientes que inician técnicas domiciliarias, trasplante como primera técnica, hemodiálisis con fistula etc.

## **6.2 COMUNICACIÓN DE INCIDENTES**

Hemos elaborado un documento de detección de riesgos de la UNIDAD ERCA (ver documentos ERCA).

Son Llàtzer HOSPITAL UNIVERSITARI		IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA 2018					AK-61-003A 21/04/2018 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 (3*1)	¿Qué se hará para evitarlo?	
Cambio en las condiciones iniciales en el perfil de elegibilidad médico y social	Entrada en una (Tratamiento rena sustitutivo) TRS no adecuada para una situación actual o entrada en TRS en una técnica que según perfil de elegibilidad podría 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 entregas en TRS y se comprobará si se han producido incongruencias. Acción preventiva de futuro: en programa NERFORHED se solicitará una regla que impida que un paciente elija una técnica que tiene contraindicada.	
Pérdida de seguimiento tras realización de una fístula arteriovenosa por parte de Cirugía Vasculor superior a 1 mes tras su realización para comprobar permeabilidad e iniciar medidas correctoras si procede	Entrada en Hemodilisis con FAVI no funcionando, 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 realizado: 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 Interlocutora del Grupo de Vasculor de la Estrategia para iniciar 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 intervinidos de FAVI de nuestro hospital se les recuente que deben acudir a retirar puntos a la unidad.	
Paciente potencialmente transplantable (Perfil de elegibilidad sin contraindicación para el trasplante) que inicia una TRS 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 transición, con consecuencias en la supervivencia del paciente	En la valoración inicial del inicio de la TRS	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 paciente de estudio (que significa que todavía no se ha iniciado el estudio), habrá que ponerle el evolucivo el motivo por el que no se ha iniciado el estudio (incumplimiento de la sociedad de donar o ser demasiado pronto para iniciarlo). El responsable de lista de espera del servicio, cada 4 meses de sería revisar si hay casos no clasificados.	
Derivación de un paciente al Tratamiento conservador sin haber pasado por un proceso guiado de ayuda a la toma de decisiones de TRS	Que no se le haya dado la oportunidad de elegir si iniciar 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 una proceso de ayuda a la toma de decisiones sobre TRS sin haber realizado los test de elegibilidad	Se podrá 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 fístula 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 solicitamos 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, al 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, inesperado o no deseado, 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.

### **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 a 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 estará 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, 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 ha creado la Comisión Técnica del Paciente Activo. Estaba previsto iniciar las primeras formaciones en 2020, pero se ha tenido que interrumpir por la Pandemia Covid-19 y todavía no tenemos fecha prevista para su inicio.

## **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 2020 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 está previsto desarrollar el procedimiento para el despliegue de dichas encuestas, iniciar las primeras encuestas y diseñar un método de evaluación.

## **6. 5 CONVENIO DE COLABORACIÓN CON ALCER**

ALCER Illes Balears es una asociación altruista declarada de "utilidad pública" por Consejo de Ministros de 09 de mayo de 1984 cuyo objetivo es facilitar el desarrollo de una vida normalizada para las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y sus familiares; orientándose para ello sobre derecho, recursos, servicios propios y externos.

Ambos mantienen un convenio de colaboración desde septiembre de 2012 (ver “convenio alcer 14-09-2012” en el sistema documental), cuyo objetivo es paliar en la medida de lo posible las carencias existentes en la atención integral al paciente con ERC y a sus familiares y allegados, mediante un equipo de profesionales formado por trabajadores sociales, psicólogos, dietistas-nutricionistas y voluntarios contratados por dicha asociación.

Actualmente muchos pacientes están recibiendo excelentes servicios de consejo dietético, tratamiento psicológico o apoyo por el trabajador social de ALCER. Aunque en nuestro hospital disponemos de psicólogo o psiquiatra de enlace, la labor de la psicóloga de ALCER complementa y permite mejorar la accesibilidad a terapia psicológica de todos los pacientes que lo requieren, que por su elevado número (sobre todo en pacientes con ERC todavía no en diálisis), no podrían ser cubiertos con los servicios propios del hospital. A día de hoy no tenemos la disponibilidad de un seguimiento dietético a los pacientes con ERC similar al ofrecido por ALCER. La labor del Trabajador Social especializado en las problemáticas propias de nuestros pacientes facilita muchas de las gestiones que deben realizar para adaptar su realidad social a su enfermedad.

Un hecho fundamental es que atienden a nuestros pacientes en el propio hospital, lo cual facilita mucho y evita molestias innecesarias a pacientes que deben acudir al hospital normalmente 3 veces por semana más de 4 horas.

En 2018 hemos solicitado de nuevo que se prolongue de forma indefinida este convenio de colaboración

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

### 7.1 INDICADORES DE LA CONSULTA ERCA HASTA 2018

Distinguíamos 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.

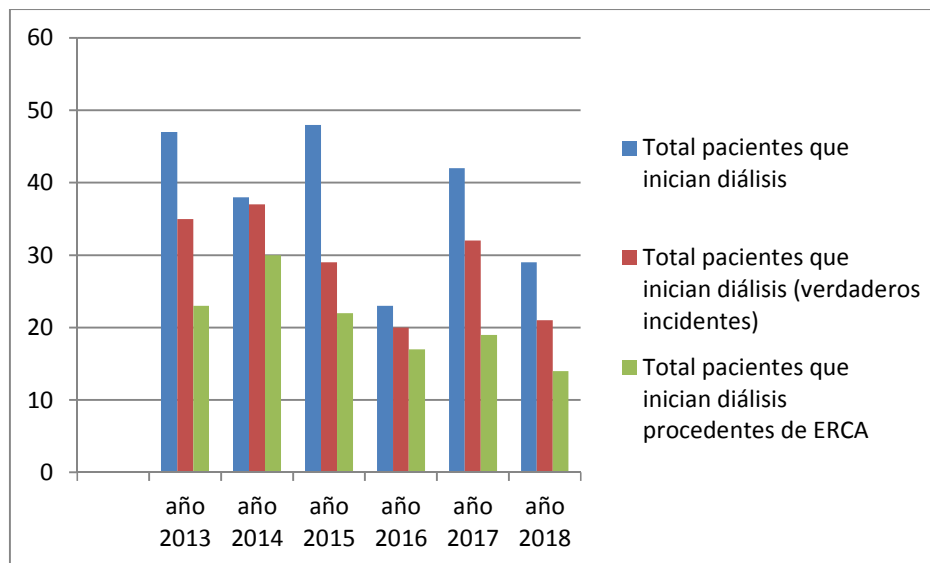
Evolución incidencia en diálisis	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
Total pacientes que inician diálisis	47	38	48	23	42	29
Total pacientes que inician diálisis (verdaderos incidentes)	35	37	29	20	32	21
Total pacientes que inician diálisis procedentes de ERCA	23	30	22	17	19	14

	Objetivo	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
<b>% Peritoneal incidentes globales</b>		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
<b>% Peritoneal verdaders incidentes</b>	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 verdaders incidents		35	37	29	20	32	22
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
<b>% Peritoneal incidentes procedent ERCA</b>	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
<b>% Peritoneal incidentes procedent ERCA &gt;12 meses</b>	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
<b>% FAV</b>		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
<b>% FAV de verdaders incidents</b>	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 verdaders incidents		32	28	20	15	24	17
		año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
<b>% FAV procedent ERCA</b>	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
<b>% FAV procedent ERCA &gt; 12 meses</b>	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

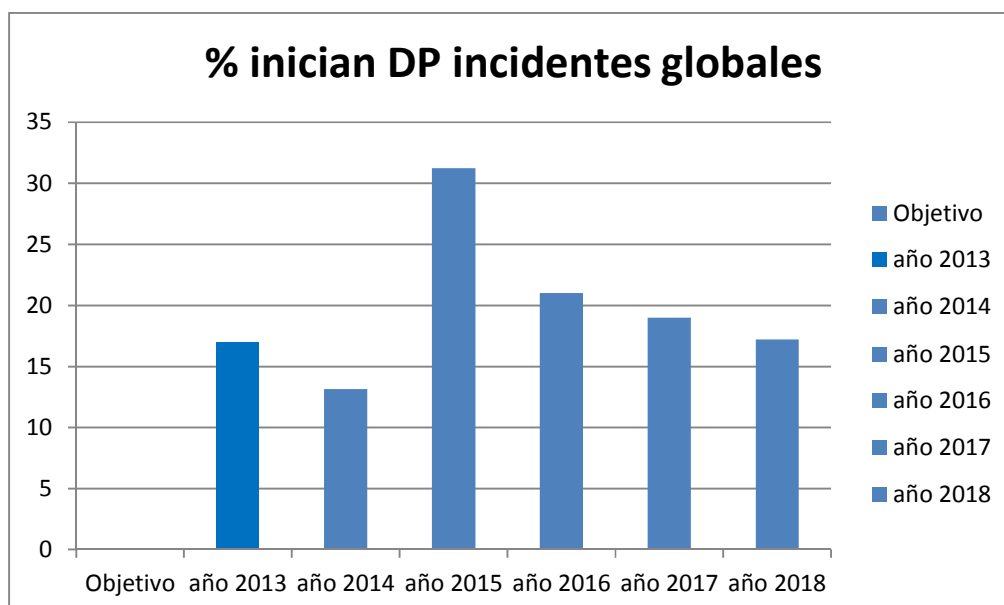
	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
<b>% Salidas ERCA sobre incidentes globales</b>	51	76,3	46,9	73,9	45,2	45,7
Salidas ERCA	24	29	23	17	19	16
Total salidas a diàlisi incidentes globales	47	38	49	23	42	35
	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
<b>% Salidas ERCA sobre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

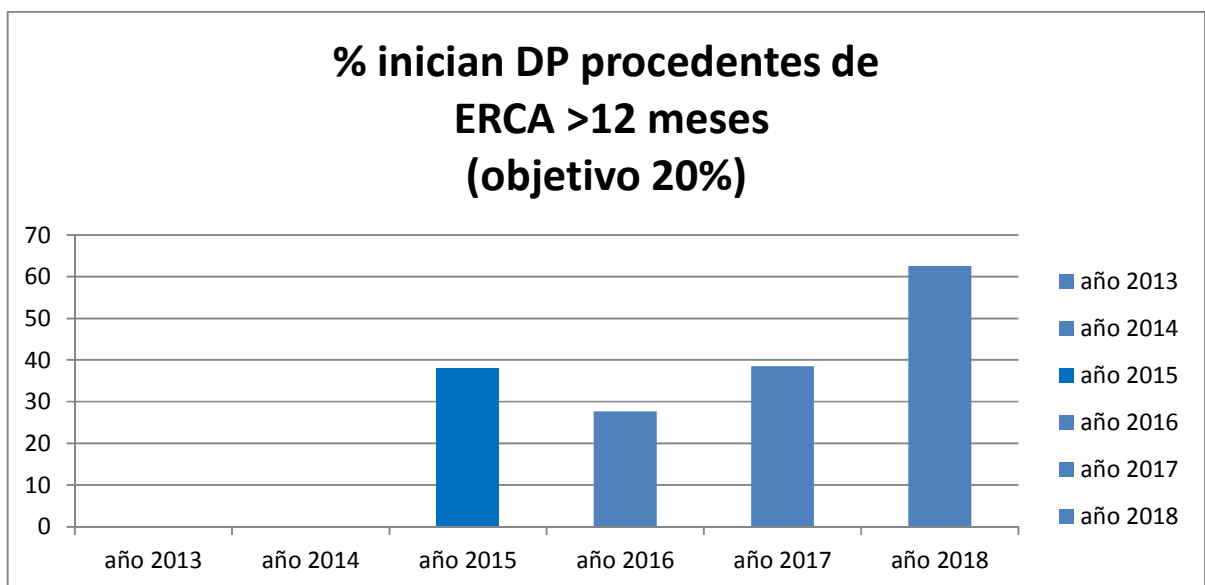
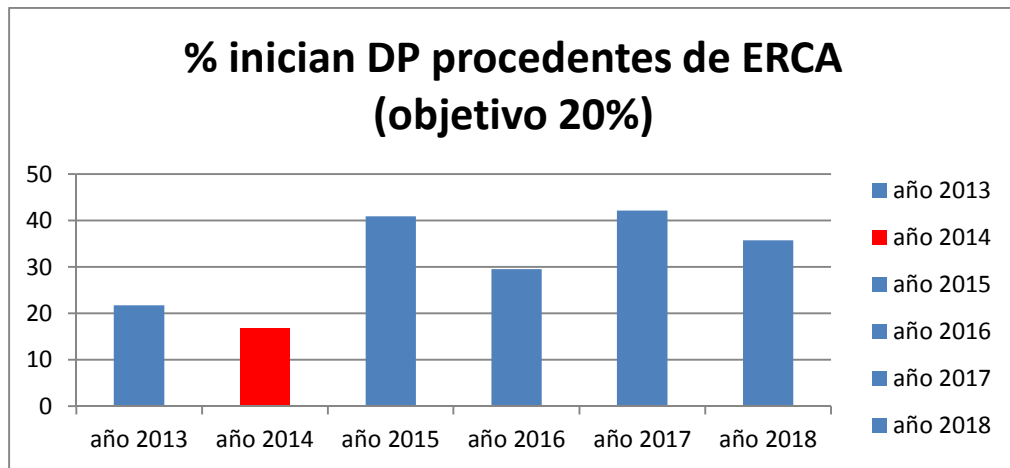
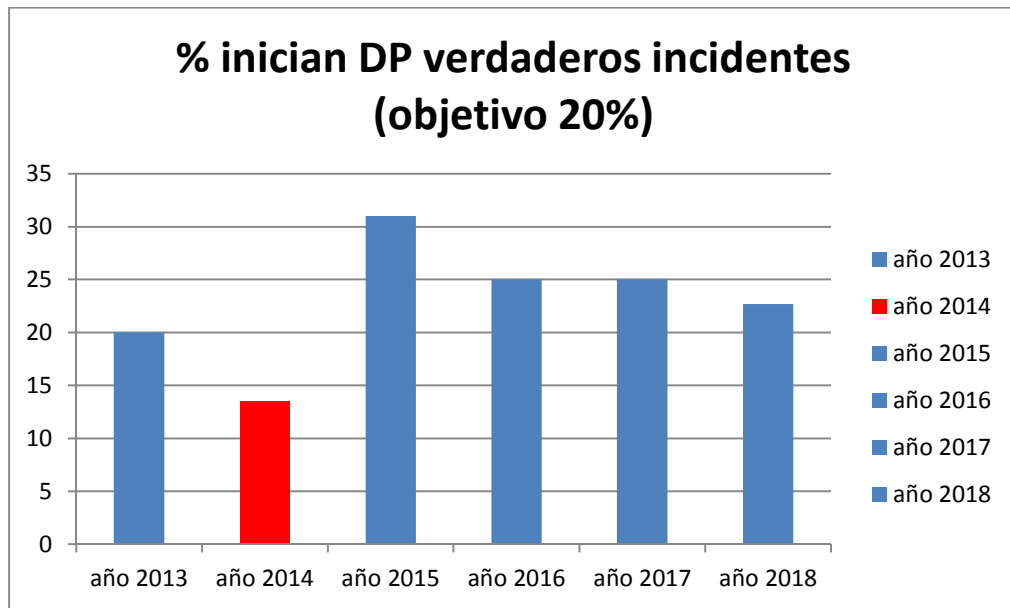
	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
<b>% Pacientes &gt; 12 meses en NEF clínica con &lt; 12 meses en ERCA</b>	61,54	61,54	ND	50	50	77
Pacients > 12 meses en NEF clínica	8	8	ND	3	3	7
Total pacients amb <12 mesos a ERCA	13	13	ND	6	6	9

**GRÁFICAS**

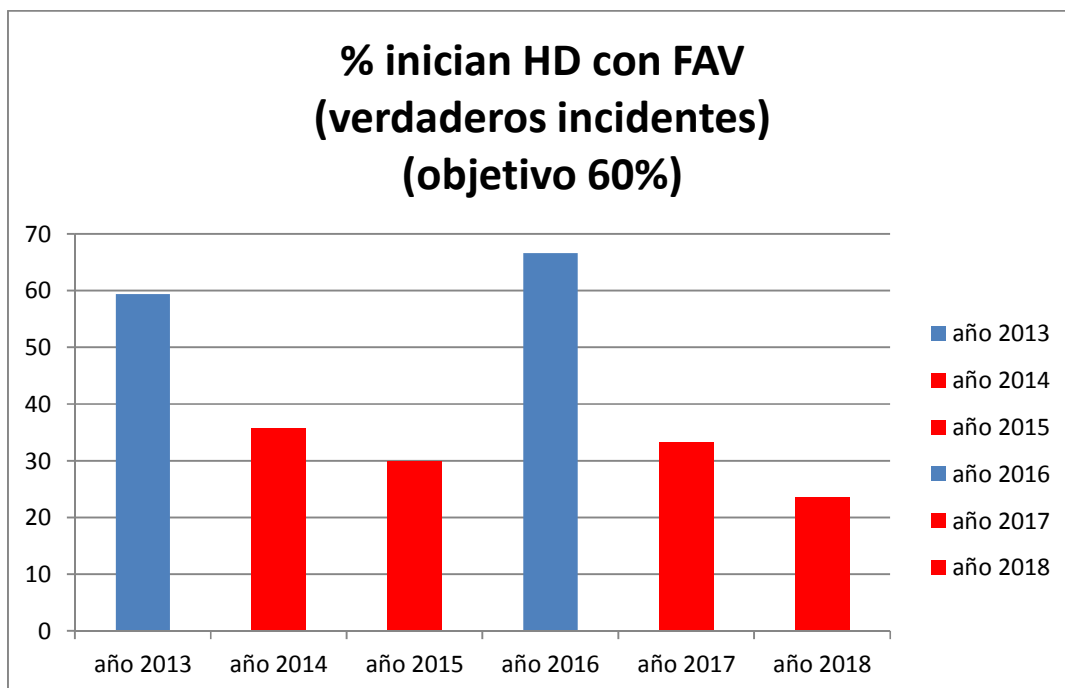
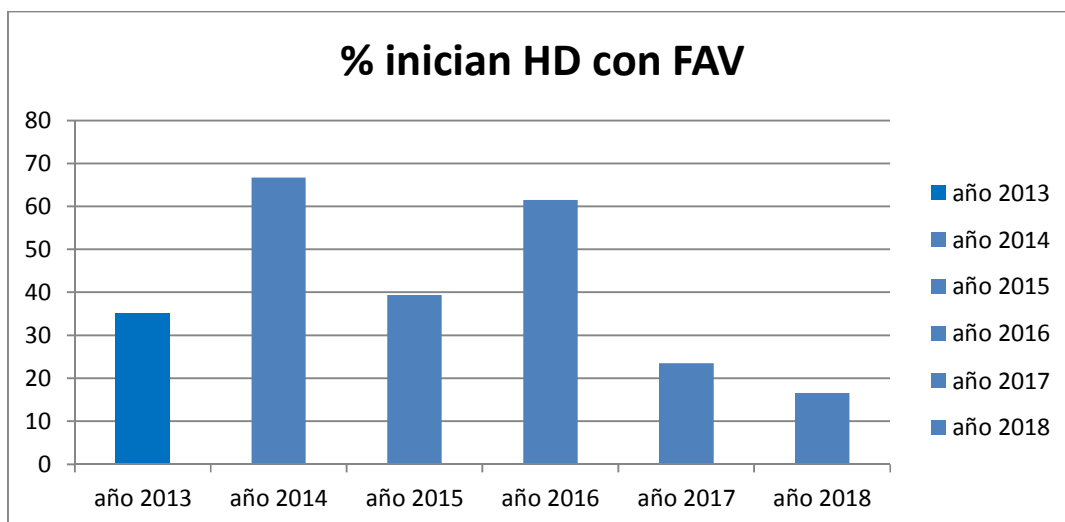


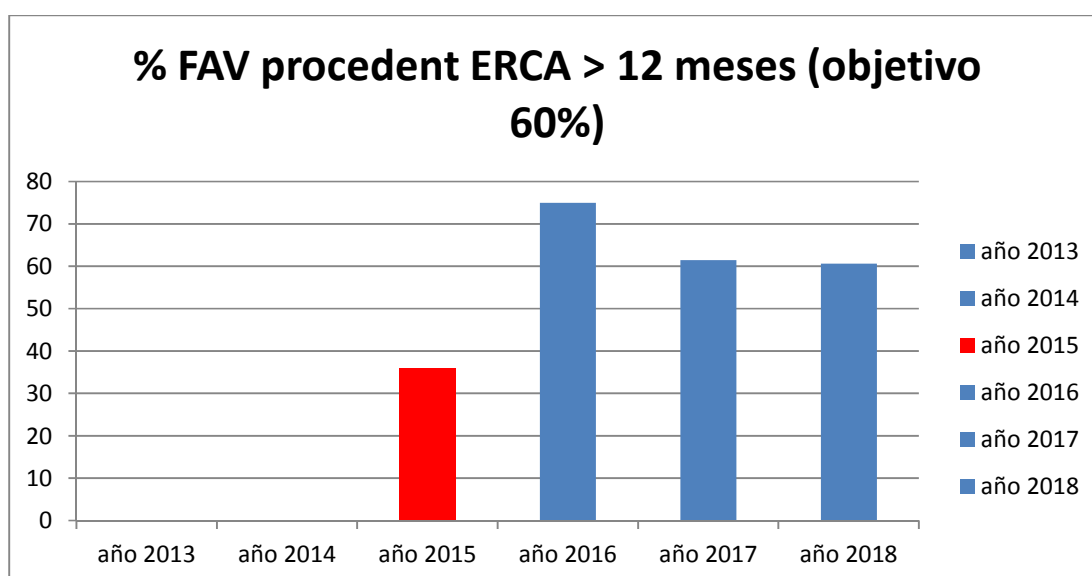
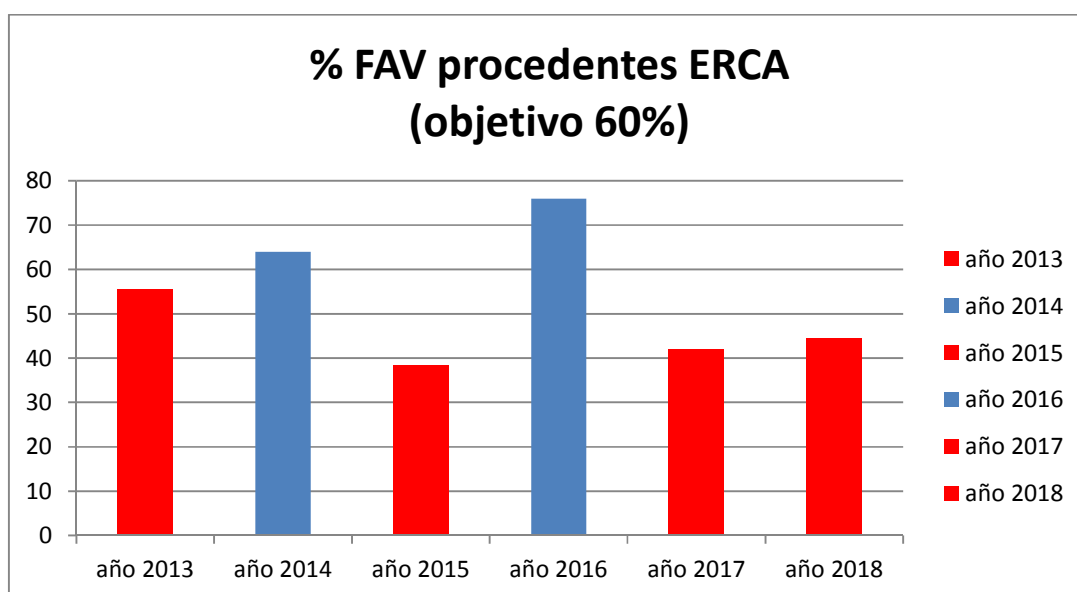
**Figura 1.** Evolución incidencia en diálisis desde 2013 hasta 2018, teniendo en cuenta el global de pacientes, los verdaderos incidentes y los que inician diálisis procedentes de ERCA



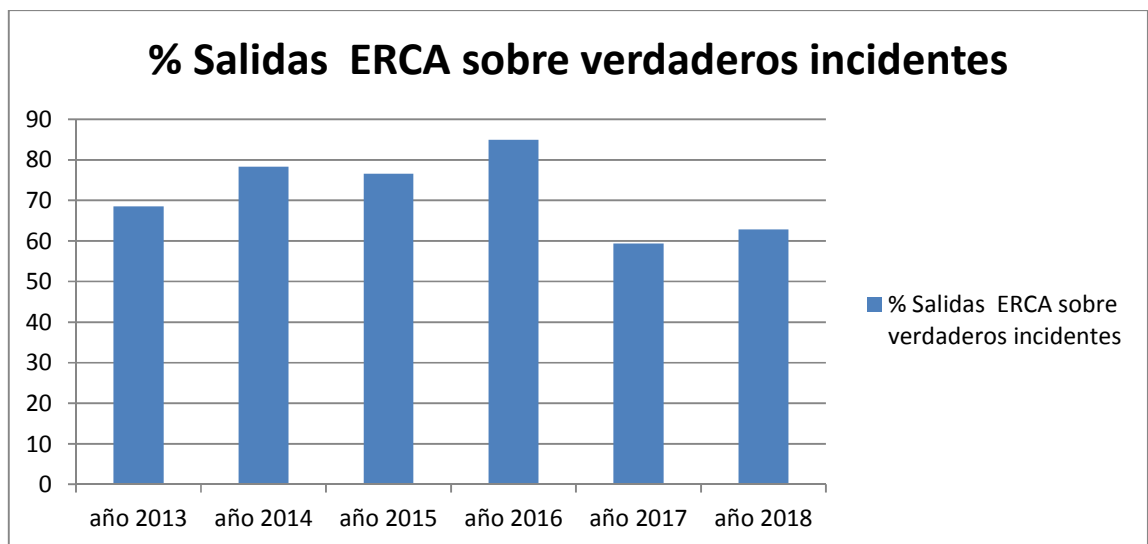
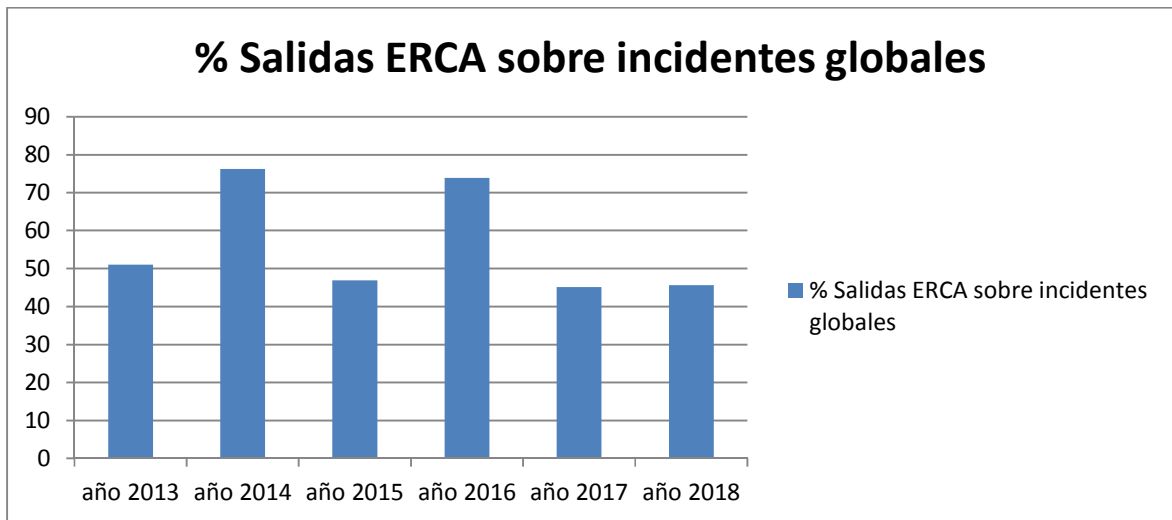


**Figura 2.** Porcentaje de pacientes que inician diálisis con diálisis peritoneal, global, en verdaderos incidentes, en incidentes procedentes de ERCA y en incidentes procedentes de ERCA que hayan estado más de 12 meses en la consulta. **En rojo si no se cumple el objetivo.** En los globales no se marca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



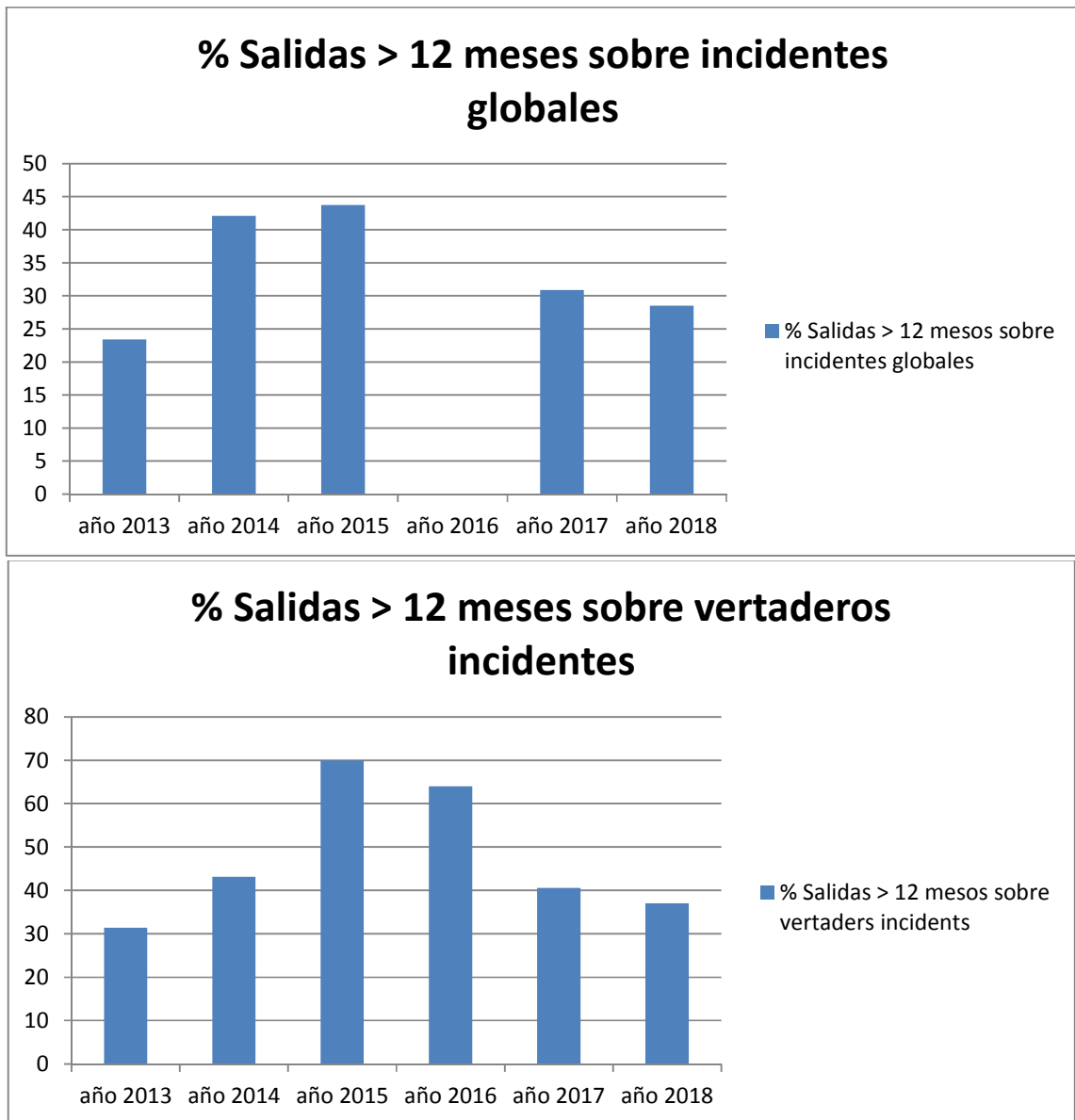


**Figura 3.** Porcentaje de pacientes que inician hemodiálisis con FAV, global, en verdaderos incidentes, en incidentes procedents de ERCA y en indicients procedentes de ERCA que hayan estado más de 12 meses en la consulta. **En rojo si no se cumple el objetivo.** En los globales no se marca objetivo.

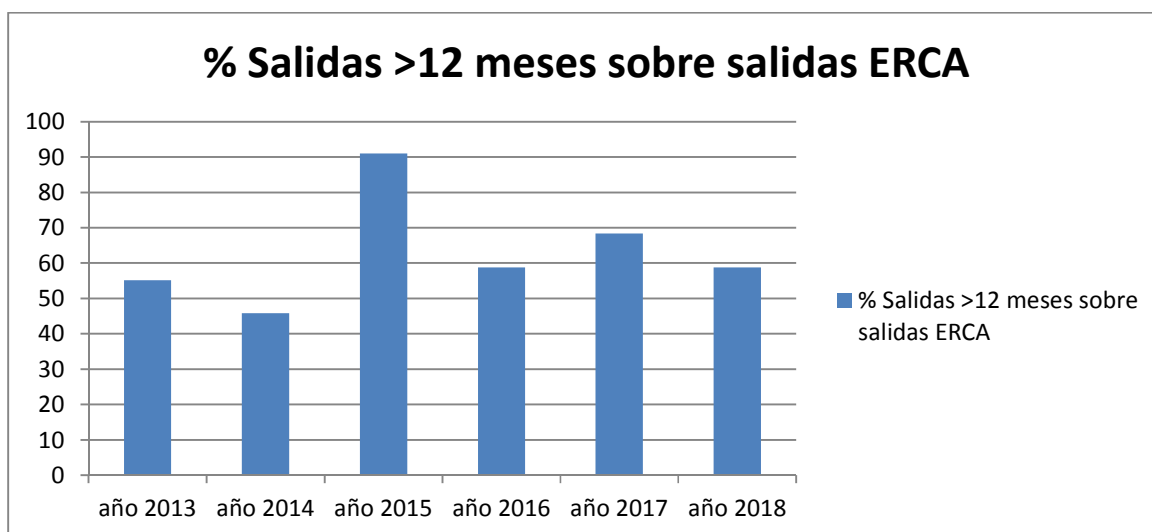


**Figura 4.** Porcentaje de pacientes que salen de ERCA e inician Tratamiento sustitutivo función renal (TSFR) sobre incidentes globales y sobre verdaderos incidentes en TSFR.

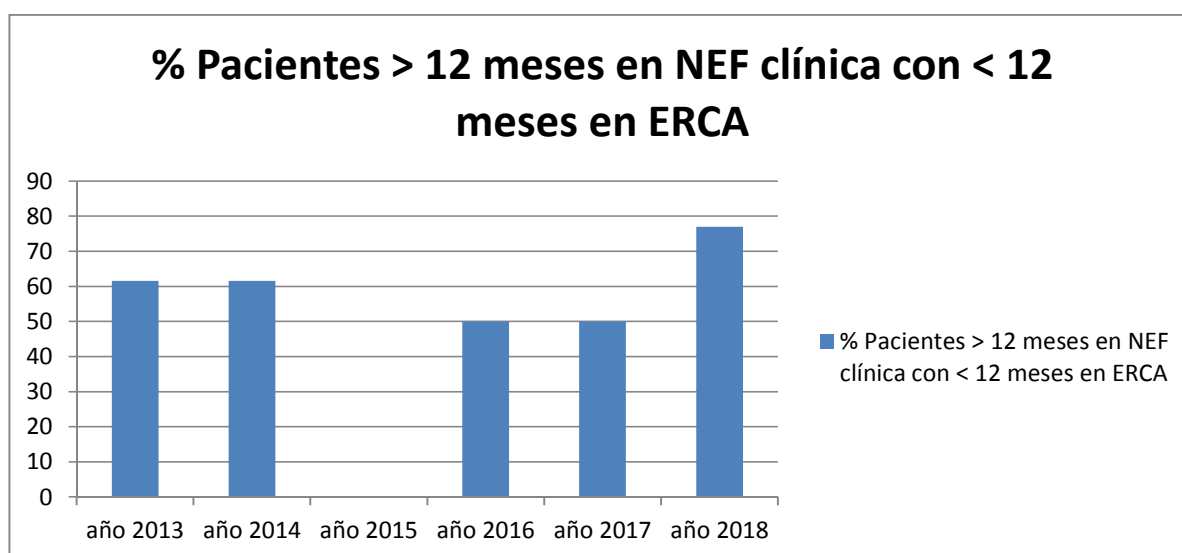




**Figura 5.** Porcentaje de pacientes que salen de ERCA tras haber estado al menos 12 meses e inician Tratamiento sustitutivo función renal (TSFR) sobre incidentes globales y sobre verdaderos incidentes en TSFR.



**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.

Estándar ACERCA	INDICADORES CONSULTA ERCA AÑO 2020	FORMULA	Disponible en 2020	OBJETIVO	2020	2019
	Prevalentes en el periodo	Número de pacientes atendidos en ERCA en 2020	si	número	240	
	Prevalentes a final del periodo	Número de pacientes en ERCA a 31-12-2020	si	número	151	
	Nefrologos ERCA x 200 pacientes	nefrologos ERCA x 200 /prevalentes en el periodo	si	>1	2,5	
	Enfermeras ERCA x 200 pacientes	DUE ERCA x 200 /prevalentes en el periodo	si	>1	1,66	
	Incidentes en ERCA en el periodo	número de pacientes nuevos en ERCA en 2020	si	número	49	
	Incidentes en TRS en el periodo	número de pacientes que inician TRS	si	número	30	
	Media Edad incidentes TRS	Edad media de los que inician TRS	si	media	62,6	
	Rango edad incidentes TRS	Rango de edad de los que inician TRS	si	rango	28-78	
	% Mujeres	% de mujeres que inician TRS	si	%	43	
	Incidentes en TRS en el periodo desde ERCA	número de pacientes que inician TRS procedentes ERCA	si	número	27	
	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	24	
O	El porcentaje de pacientes que sale de la Unidad ERCA con tiempo de seguimiento de al menos 6 meses con test de elegibilidad realizado (revisión 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
O	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 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
O	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%.	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	89
O	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 100% 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
O	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	37	50
O	El porcentaje de pacientes incidentes entre la suma de diálisis peritoneal, hemodiálisis 46 domiciliaria 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	46	63
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%	75	95
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%	89	100
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
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
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%	62	83
R	Asistencia a actividades de formación impartidas por los profesionales de ERCA (%)		si	≥ 80%	100%	100%
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	4	3

Figura 8. Cuadro de mandos ERCA de 2020 y comparación con 2019

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)

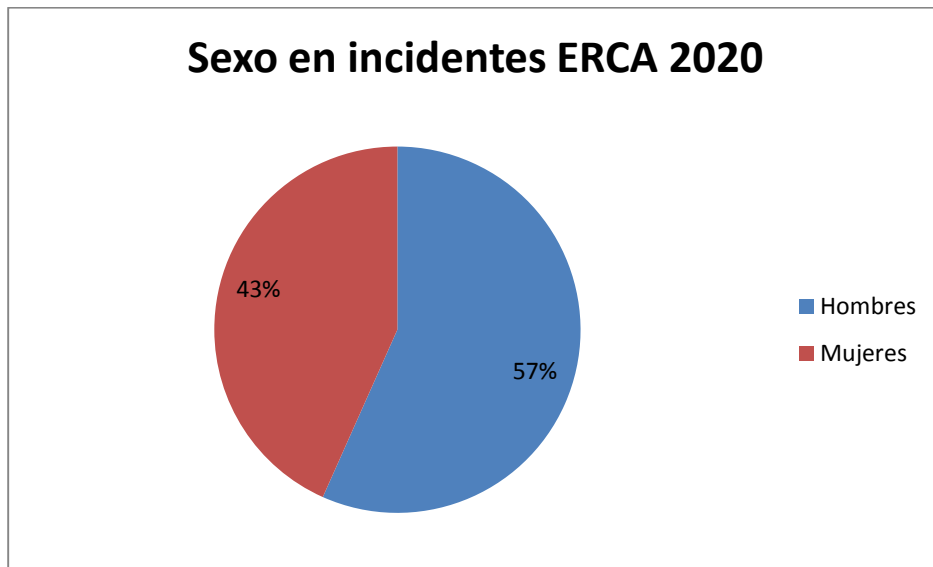
*TRS= tratamiento renal sustitutivo*  
*HDH= hemodiálisis Hospitalaria o en centro*  
*TR= trasplante renal*  
*DP = Diálisis Peritoneal*  
*HDD= Hemodiálisis Domiciliaria*

*O= obligatorio*  
*R= recomendable*

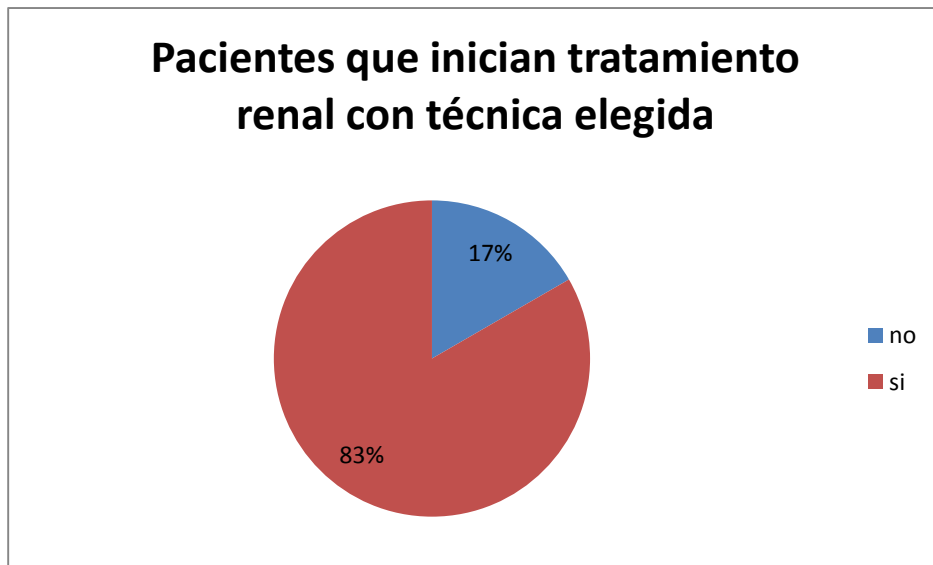
Podemos observar que en 2019 no se cumplió con un indicador obligatorio, por la falta de algún consentimiento informado que no llegó a pasar a la historia clínica del hospital. En 2020 se ha cumplido con todos los indicadores. En 2020 se han cumplido todos los indicadores obligatorios y además, en el los que ayudan a definir si la acreditación es básico, avanzado, óptimo o excelente nos permitirían estar en el grupo IV, excelente. Sin embargo, se incumplen 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. Con estos resultados probablemente habríamos obtenido la acreditación según modelo UNIDAD ERCA de la Sociedad Española de Nefrología.

### **OTROS RESULTADOS DE INTERES**

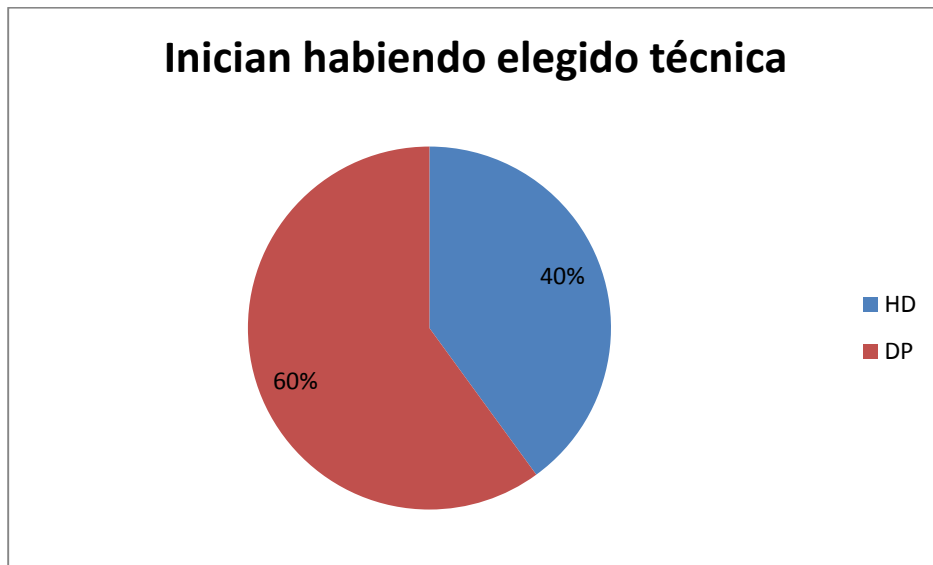
Además de los indicadores, vamos a exponer algunos resultados más de los 30 pacientes incidentes en tratamiento renal sustitutivo en 2020. Su edad media fue de 62,6 años (rango 28-78 años). Había permanecido en la unidad ERCA una de media de 14,7 meses, lo cual implica que probablemente se remiten a muchos pacientes con tiempo suficiente para realizar todas las tareas necesarias (mínimos 6 meses). El rango fue entre 2,5 y 39 meses.



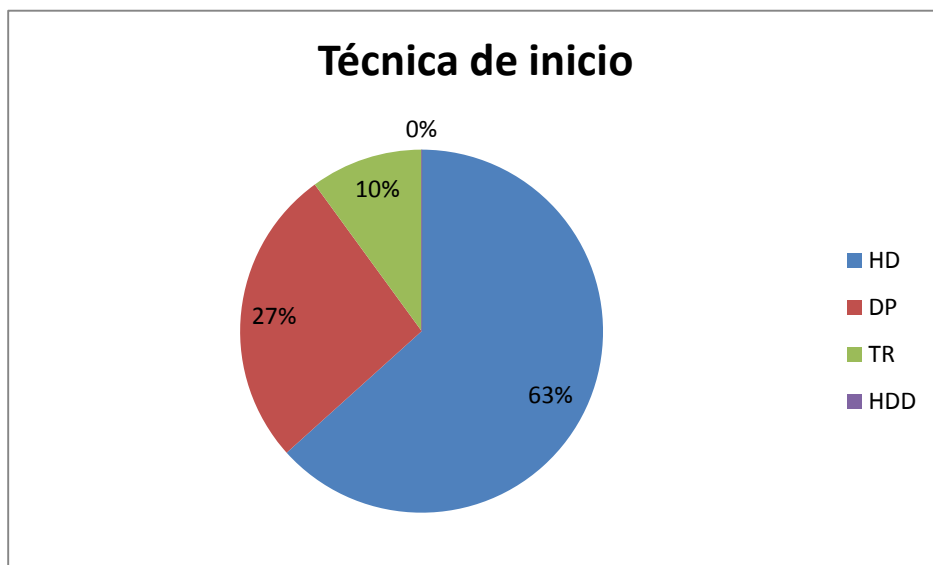
Hay una ligera mayor incidencia en hombre que en mujeres.



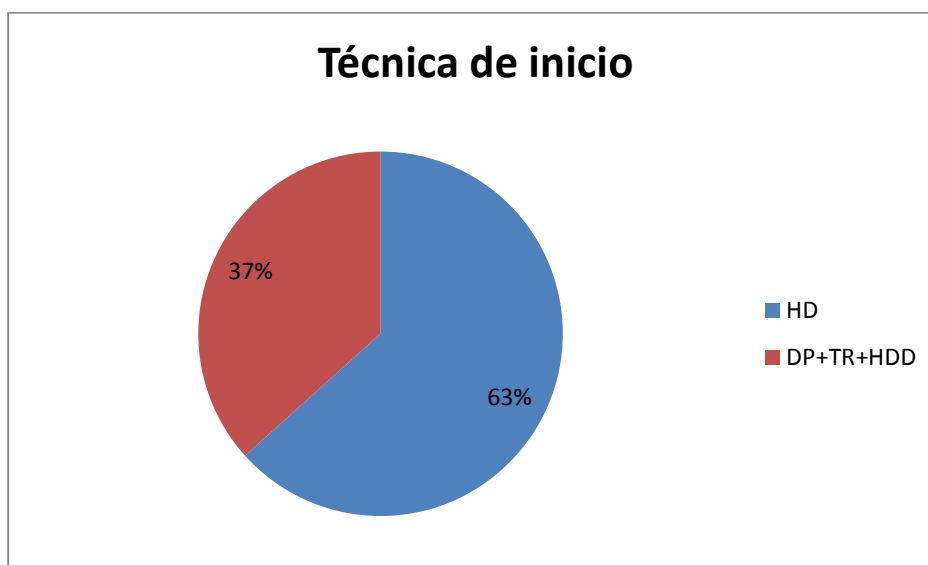
La gran mayoría de pacientes inician el tratamiento sustitutivo renal habiendo elegido la técnica de inicio.



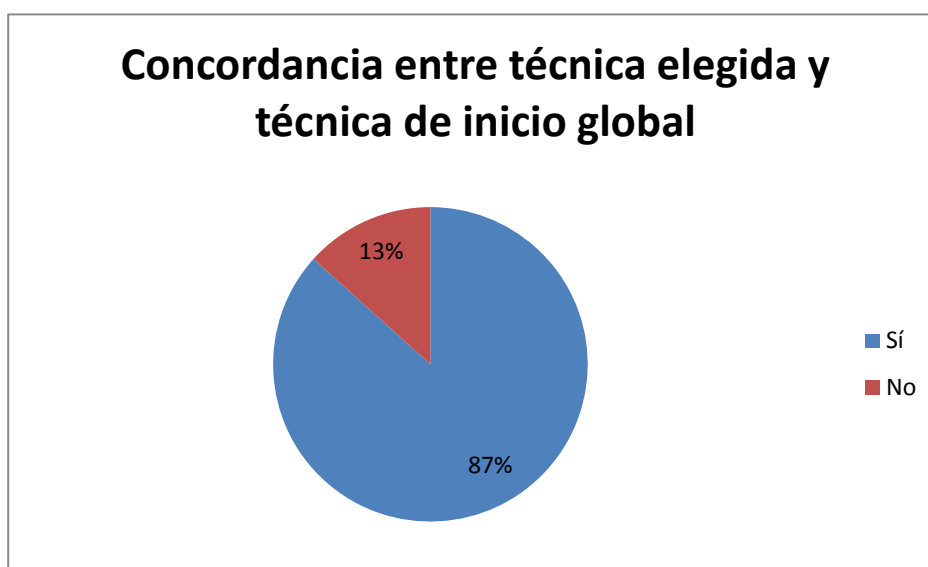
Llama la atención que la elección de diálisis peritoneal (DP) entre los pacientes incidentes fue mayor que la elección de hemodiálisis (HD), en este caso, todos en centro.



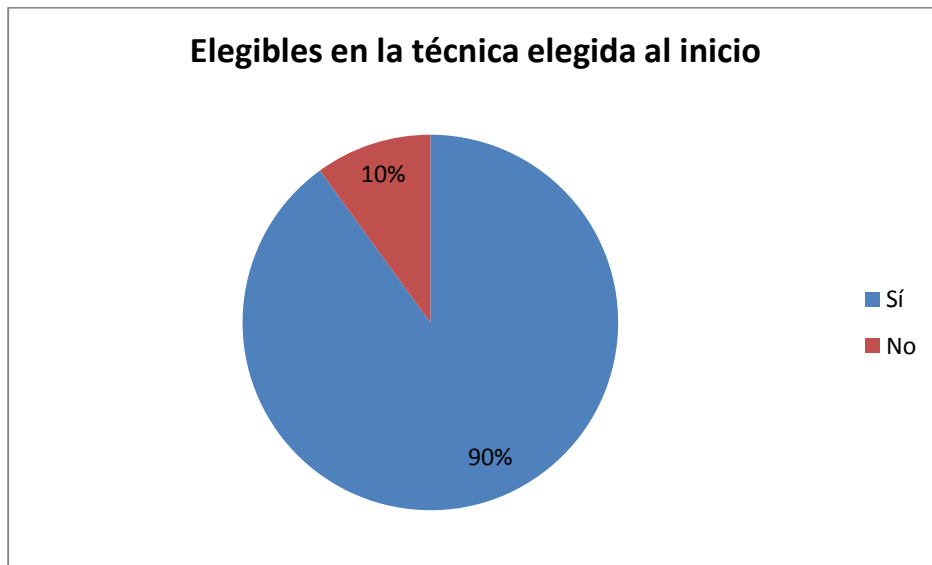
Sin embargo, hubo más pacientes que iniciaron hemodiálisis sobre los que iniciaron diálisis peritoneal, lo que indica que algunos pacientes que eligen diálisis peritoneal no consiguen que sea su técnica de inicio.



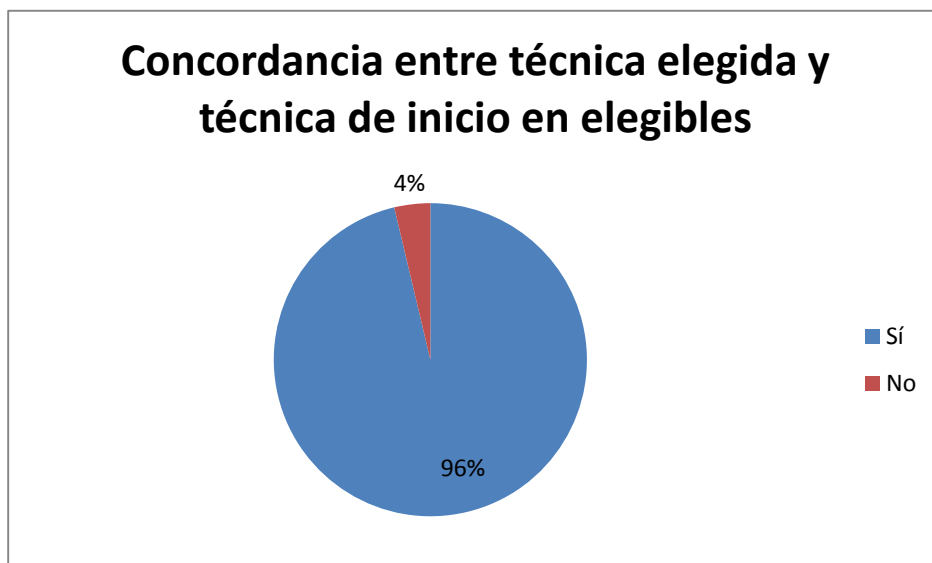
En global, un porcentaje considerable de pacientes de todas formas inician su tratamiento renal sustitutivo con una técnica domiciliaria o trasplante. El hecho que no haya todavía ningún paciente en hemodiálisis domiciliaria es porque estamos pendientes del concurso de HD domiciliaria en nuestra Comunidad Autónoma.



Como hemos comentado, algún paciente no llega a iniciar la técnica que ha elegido, aunque proporcionalmente podemos considerar que no es demasiado.

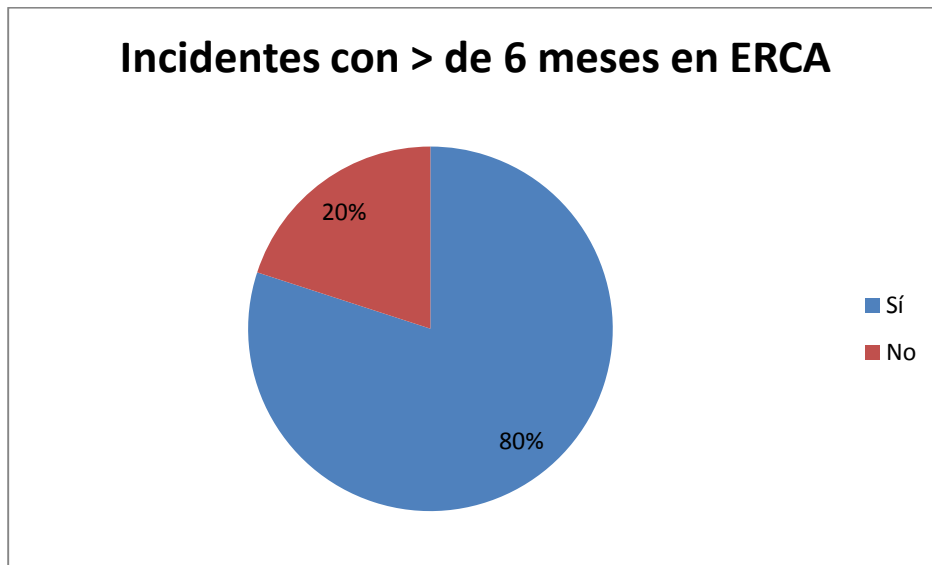


Vemos de todas formas que la mayoría de los pacientes seguían siendo elegibles para la técnica que habían elegido, aunque un 10% en el momento de iniciar TSR había algún motivo que no permitía iniciar la técnica elegida.

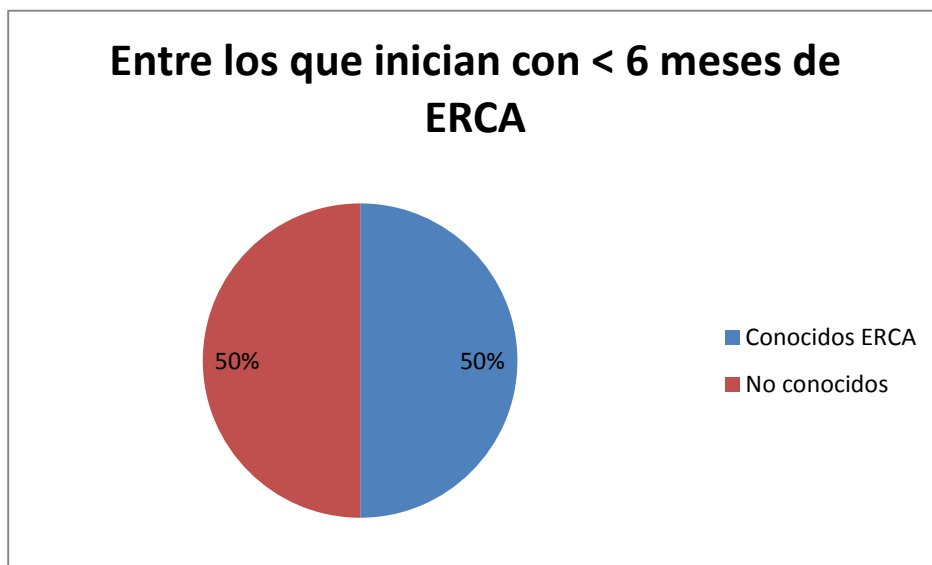


Por eso, si nos centramos en los que seguían siendo elegibles, vemos que la mayoría iniciaban la técnica elegida, por lo que se deduce que ha habido pocos factores externos que hayan influido.

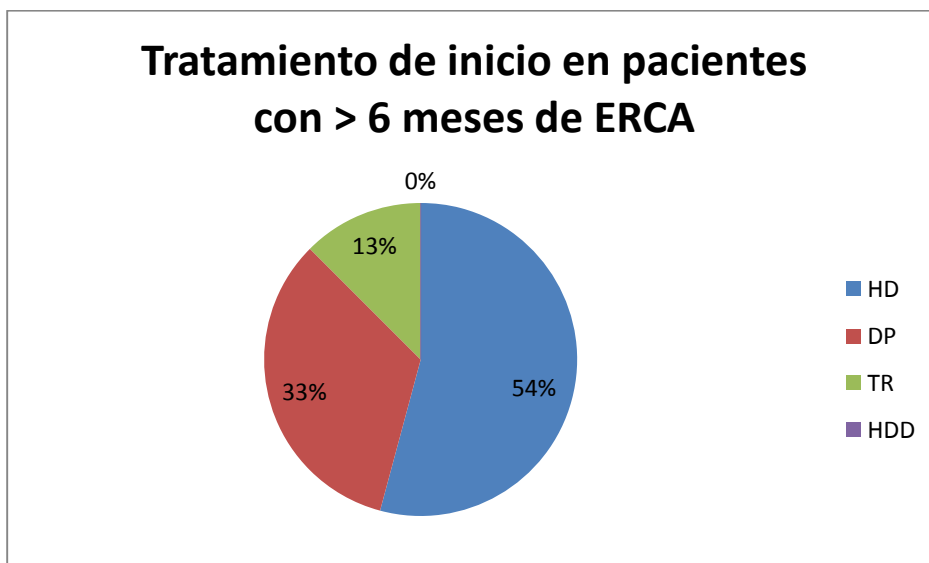




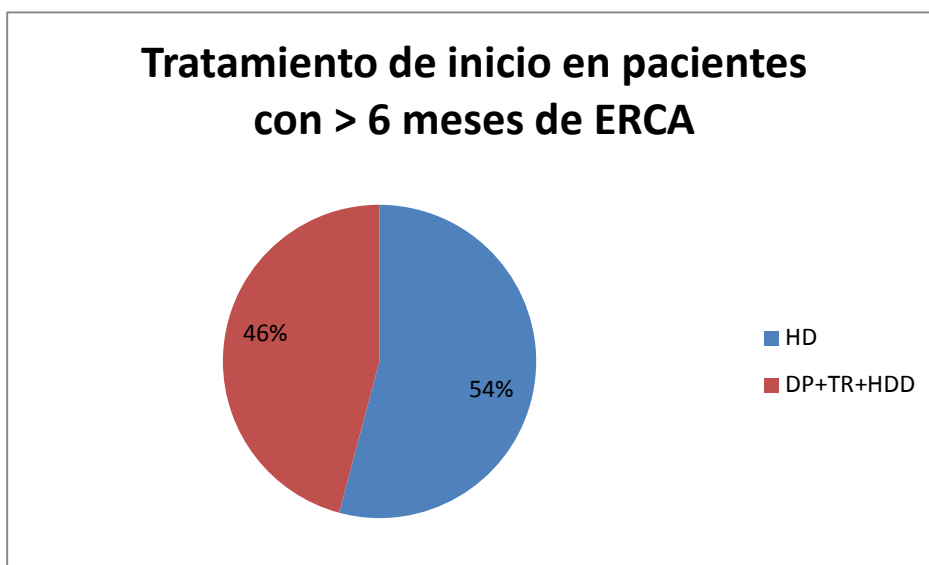
El 80% de los pacientes que salen de ERCA han estado al menos 6 meses en la unidad, que es el tiempo mínimo que actualmente se considera para cumplir con los indicadores propuestos.



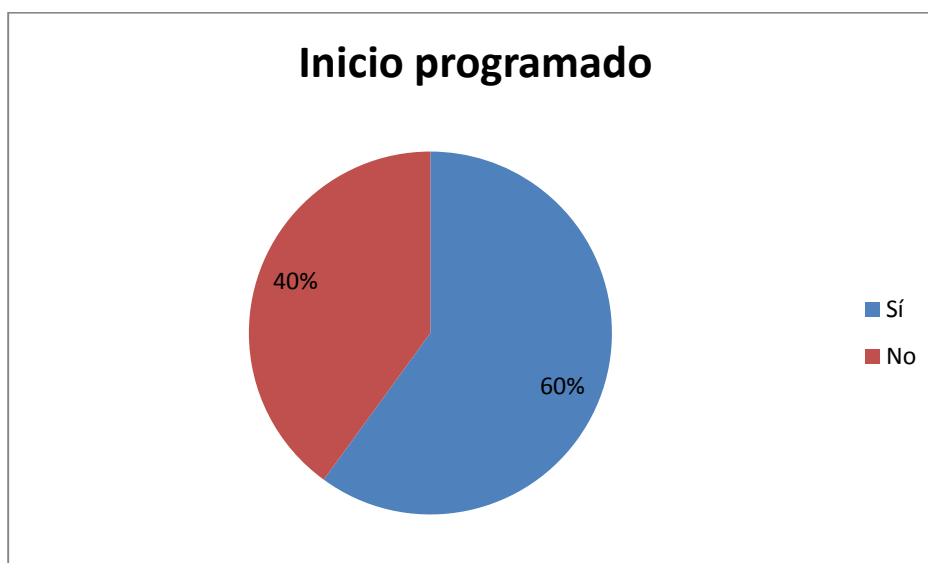
De los pacientes que inician TRS sin haber pasado 6 meses en ERCA, la mitad no habían pasado por ERCA y la otra mitad sí, pero menos de 6 meses.



Si valoramos sólo los pacientes que han pasado 6 meses en ERCA, los porcentajes de pacientes que inician TRS con una técnica distinta a HD en centro es claramente mejor. Destaca un porcentaje importante de pacientes cuya técnica de inicio es trasplante renal, así como un porcentaje apreciable de pacientes que empiezan DP. Como hemos comentado, no tenemos todavía disponible HD domiciliaria.



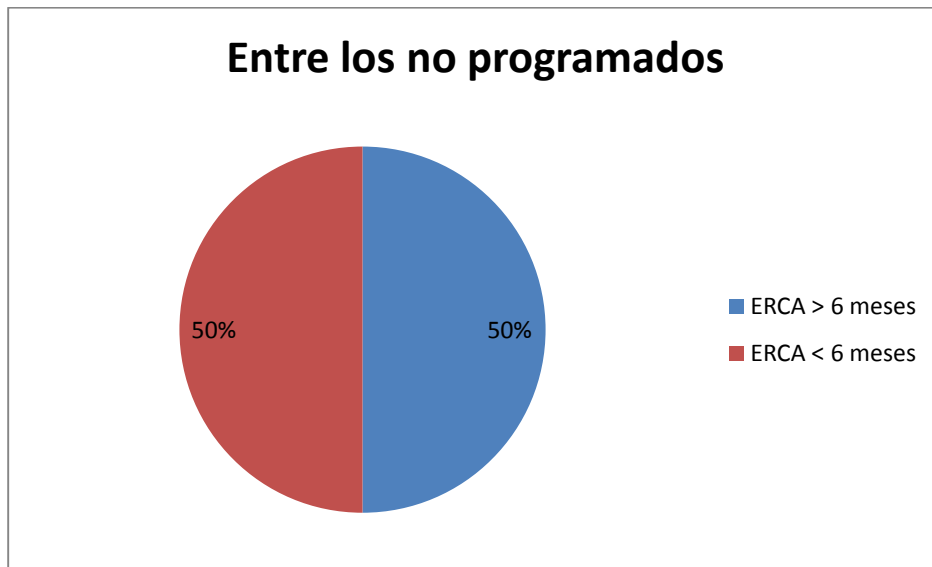
En conjunto, por tanto, casi la mitad de pacientes inician TRS con una técnica domiciliaria o trasplante.



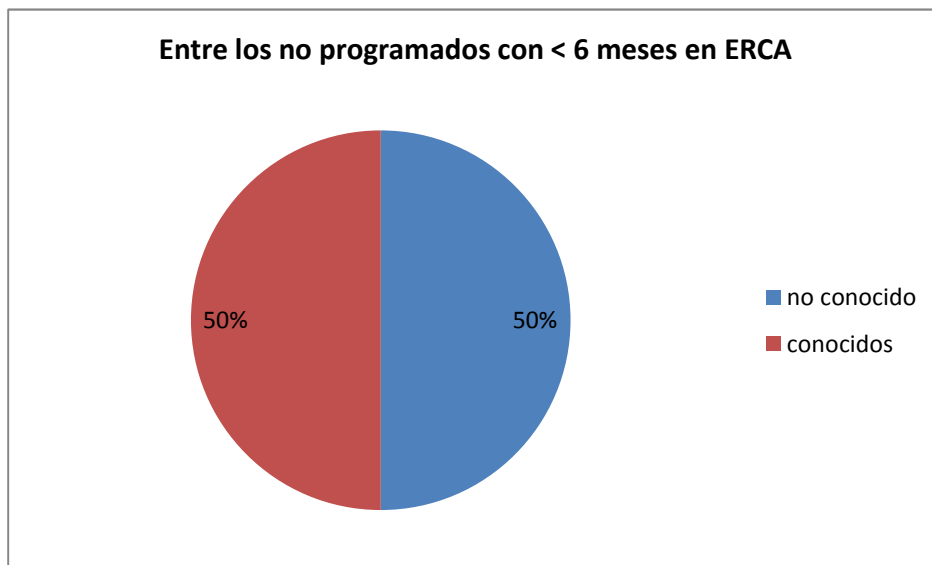
De los pacientes incidentes, el 60% lo hicieron de forma programada, es decir, con la técnica que habían elegido y firmado el consentimiento informado, con el acceso vascular o peritoneal definitivo y de forma ambulatoria. Es decir, todavía hay un porcentaje considerable de pacientes con inicio no programado.



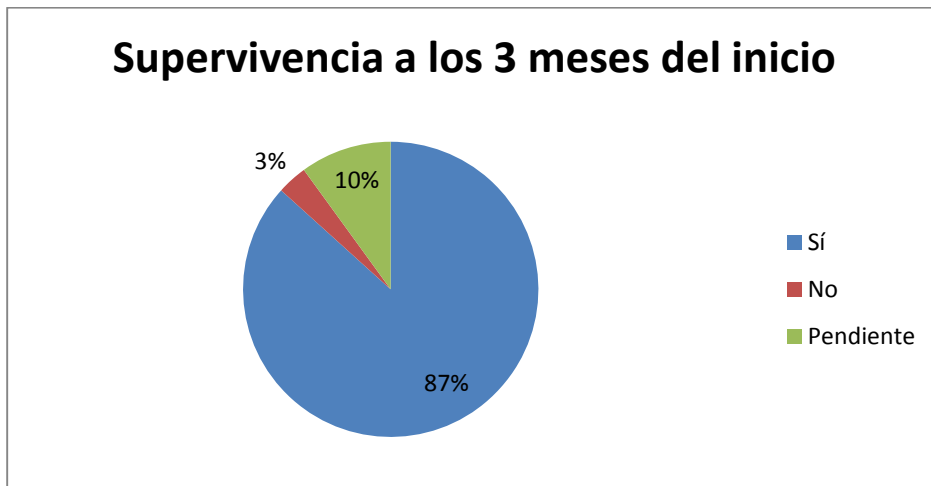
En cambio, si miramos aquellos que han estado más de 6 meses en ERCA, la mayoría inician TSR de forma programada.



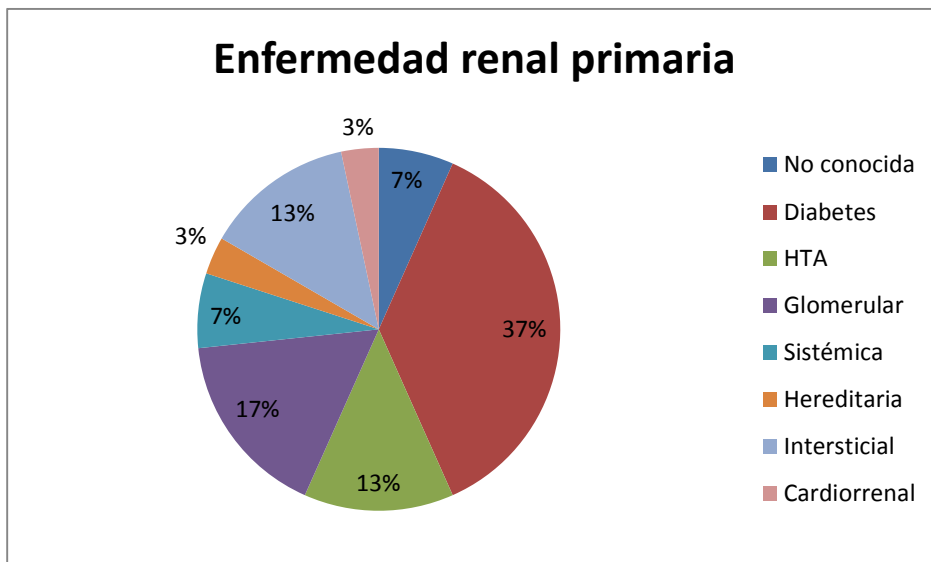
Entre los que inician TRS de forma no programada, la mitad habían estado en ERCA más de 6 meses, por lo que probablemente el inicio fuera precipitado por factores intercurrentes o no fue posible usar un acceso definitivo.



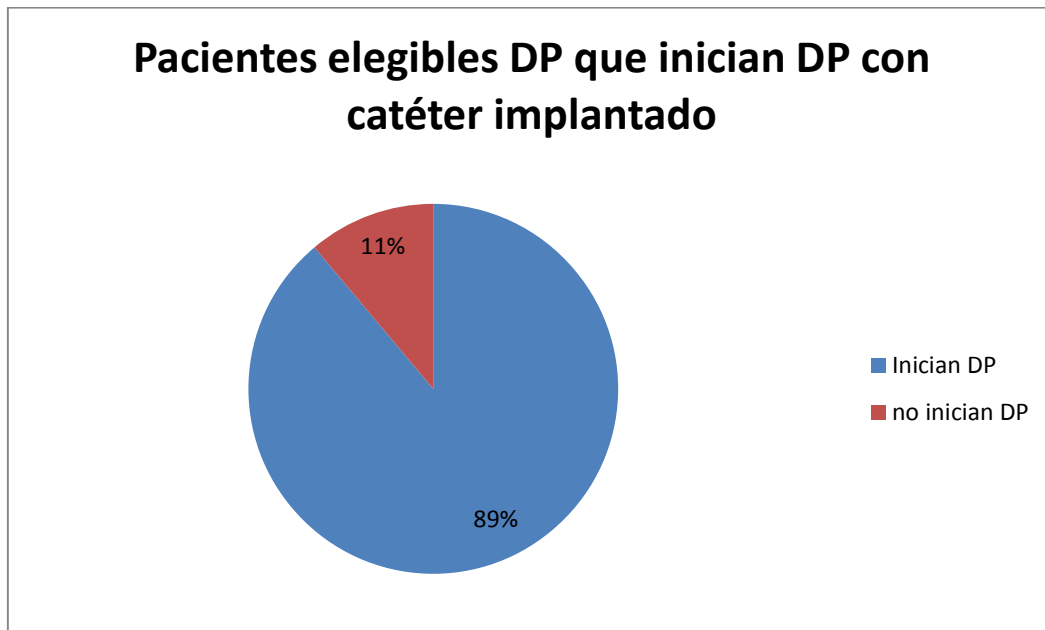
Entre los pacientes de inicio no programado que no habían pasado por ERCA al menos 6 meses, la mitad no habían pasado nunca por ERCA.



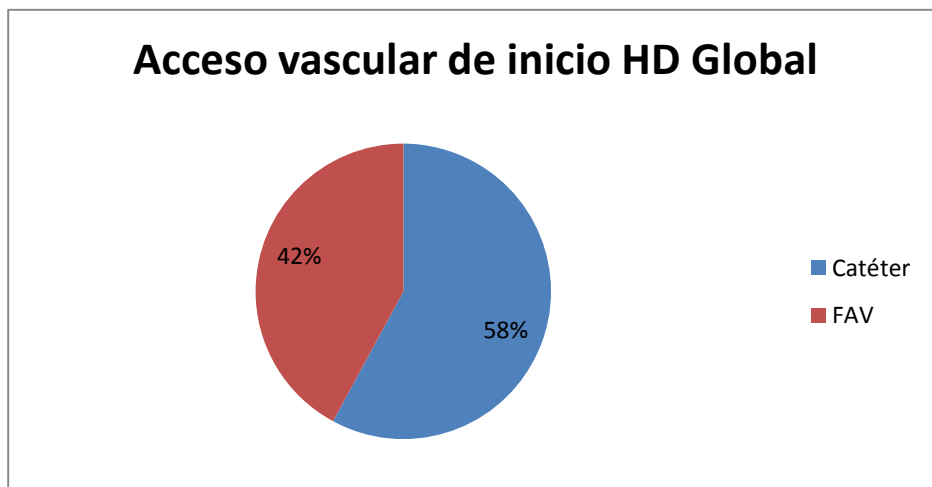
De los que iniciaron TRS, solo un 3% falleció antes de pasar 3 meses en TRS, lo que da una idea de que la indicación de inicio de TRS fue adecuada.



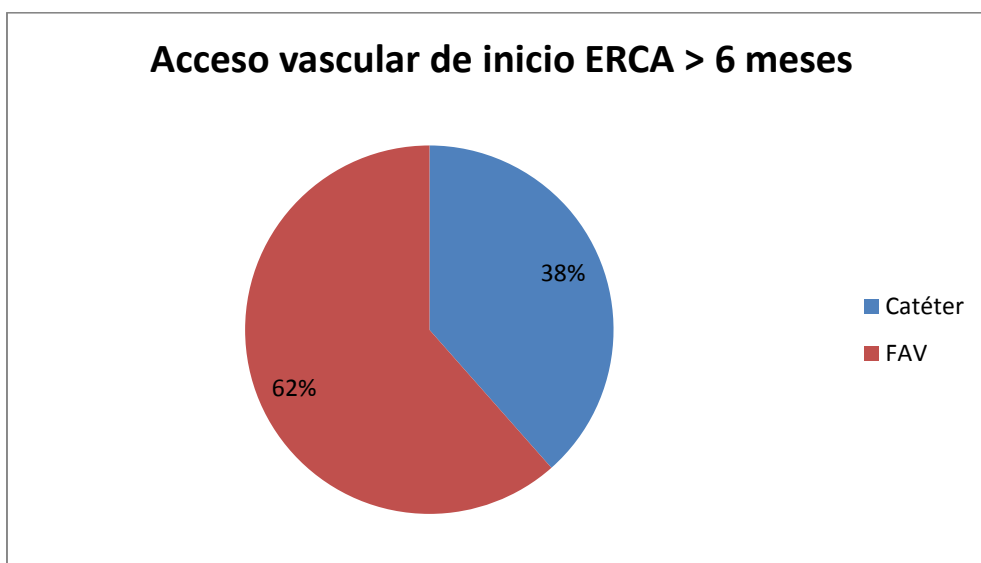
En cuanto a la enfermedad renal primaria, destaca un 37% de pacientes con Enfermedad renal crónica y diabetes. La mitad de los pacientes iniciaron TRS por diabetes o hipertensión arterial.



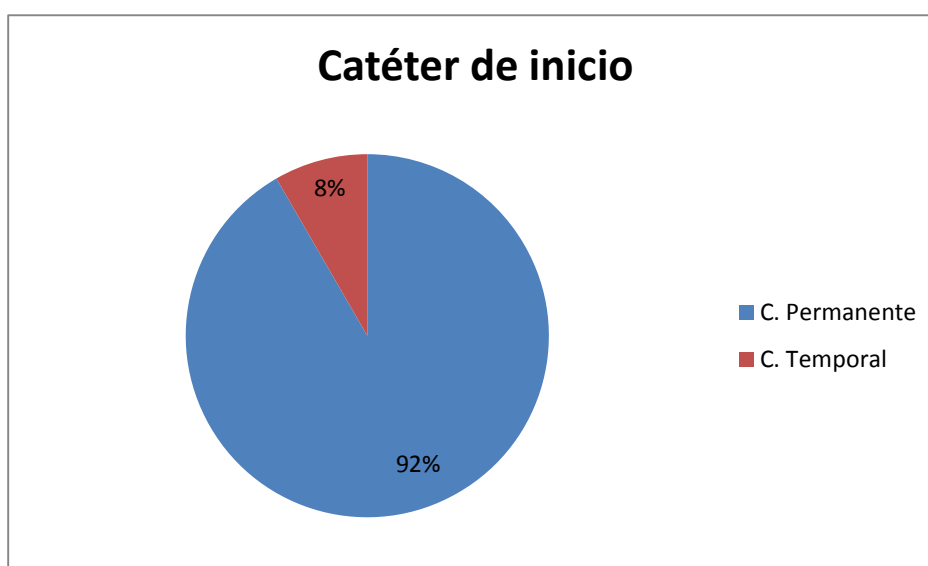
La gran mayoría de los pacientes que habiendo elegido DP seguían siendo elegibles para DP pudieron iniciar DP como técnica de inicio. El 11% representa un paciente al que no se pudo poner un catéter por problemas de falta de quirófano en el peor momento de Pandemia Covid-19



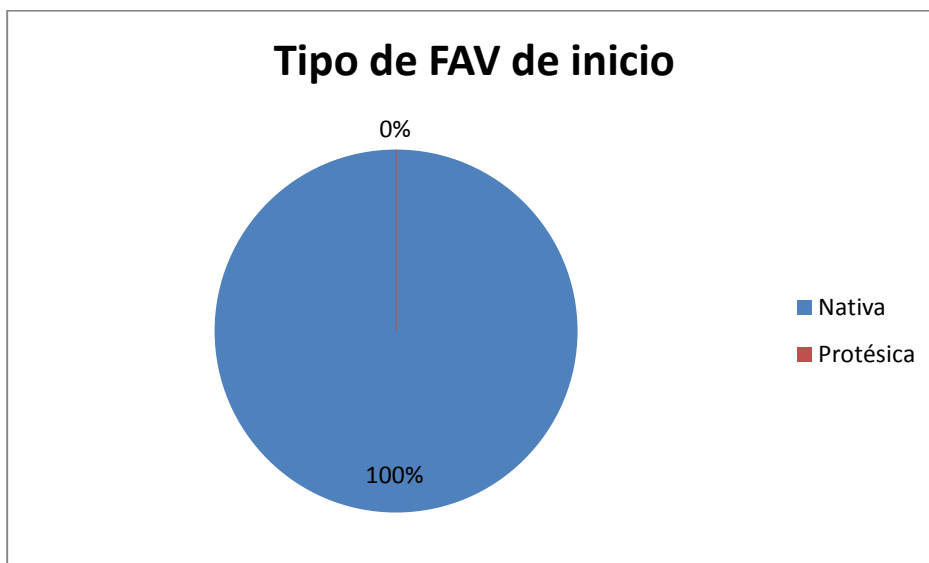
En cuando al porcentaje de pacientes que inician diálisis con fistula arteriovenosa nativa o protésica, en global podemos considerar que es insuficiente.



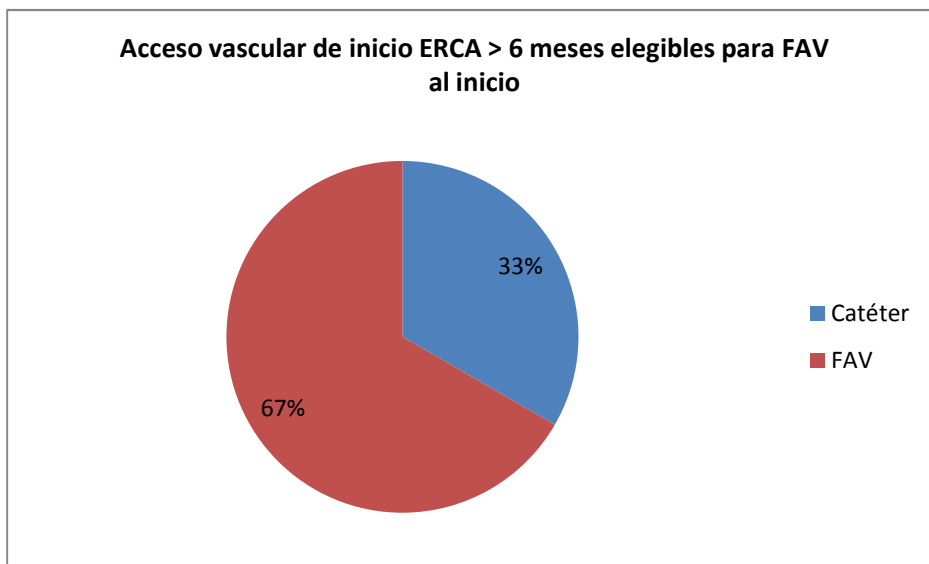
Sin embargo, si miramos los que han pasado más de 6 meses en ERCA, los resultados mejoran considerablemente, aunque sin llegar al mínimo exigido. Este año, en los peores días de la pandemia no fue posible realizar intervenciones no urgentes y esto pudo haber contribuido al resultado. Al menos una paciente no pudo disponer de una FAV por este motivo. En cualquier caso, si vemos resultados de años previos (ver más arriba) los resultados han mejorado sensiblemente.



La mayor parte de los pacientes que inician hemodiálisis con catéter lo hacen con catéter tunelizado.

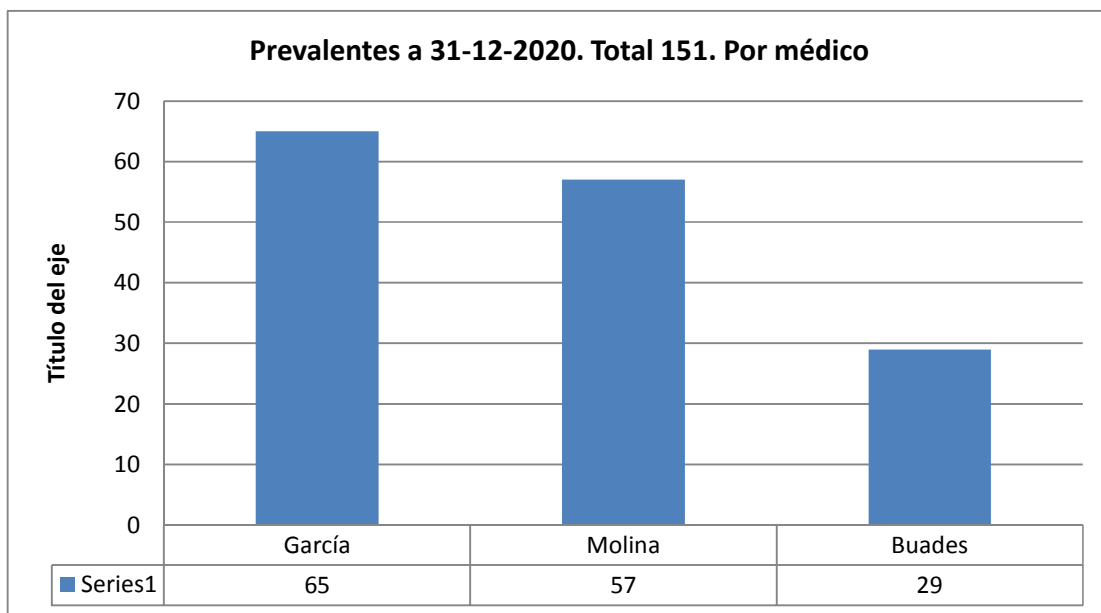
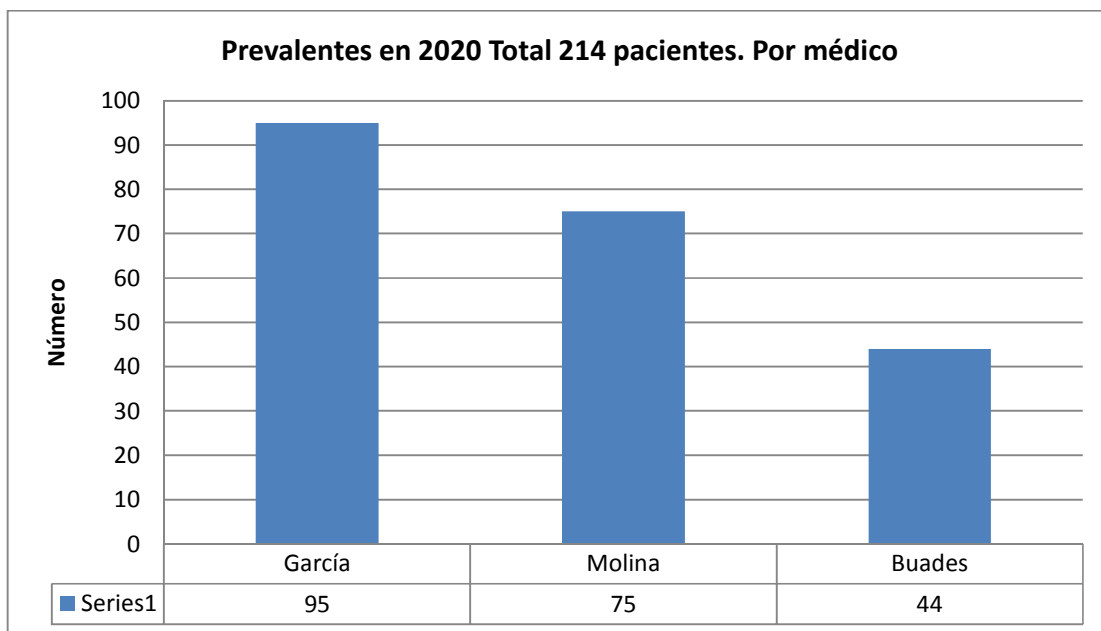


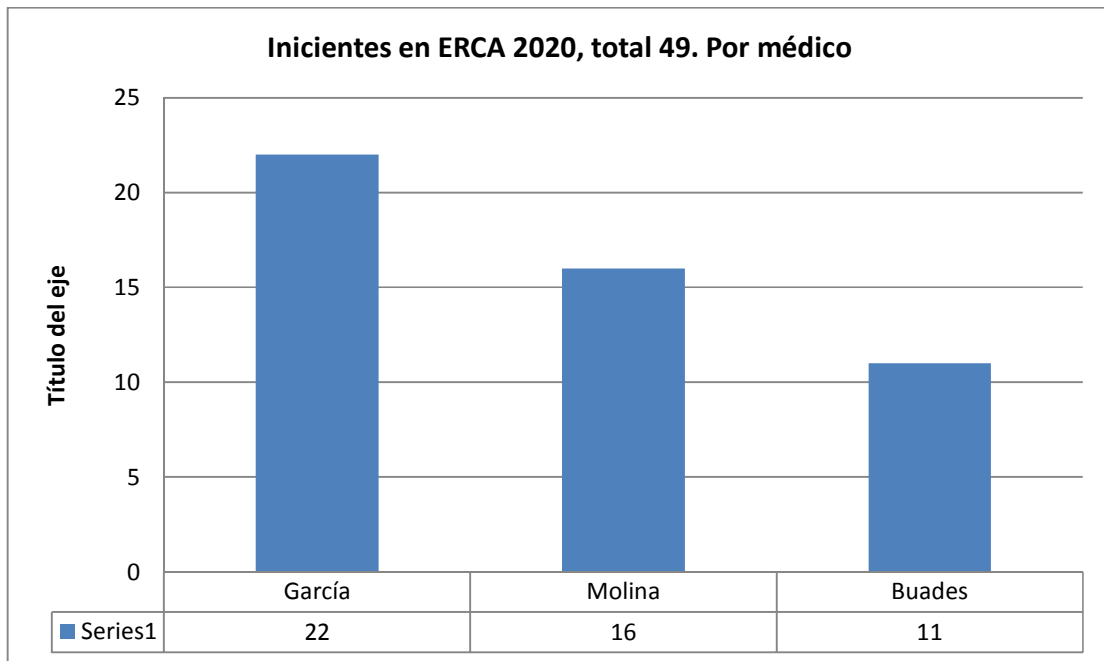
Ninguna de las FAV de inicio fue protésica.



Si miramos a los pacientes que no sólo hubieran pasado > 6 meses en ERCA, sino que también en el momento del inicio de hemodiálisis seguían siendo elegibles para una FAVi, los porcentajes mejoran un poco, alcanzando así ya el mínimo exigido.







Aunque hay 3 nefrólogos asignados a la unidad ERCA, los 3 ejercen dicha actividad de forma parcial y con distinto porcentaje de responsabilidad en el global de pacientes.

Palma de Mallorca, marzo de 2021

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](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.registrorenal.es/download/documentacion/InformeREER\\_2016\\_BURGOS.pdf](http://www.registrorenal.es/download/documentacion/InformeREER_2016_BURGOS.pdf)

Instituto Nacional de Estadística. [www.ine.es](http://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](http://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. Editorial Almuzara. 2017. ISBN 978-84-17229-25-2