Título del documento	**EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**
Tipo de documento	**Informe de seguimiento**
Fecha	**Septiembre 2022**
Autoría	**Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Índice

Justificación

Objetivos

Metodología

Acciones desplegadas

1 Constitución del grupo coordinador regional

2 Proceso de priorización de los objetivos del Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

3 Autovaloración de la situación de cada servicio/AGC de nefrología respecto a los trece objetivos

4 Acciones, intervenciones, estudios desplegados en cada eje

4.1 Evolución de la población afectada

4.2 Estructuras, dispositivos asistenciales dotación de personal adecuada

4.3 Protocolos, procedimientos, guías, materiales

4.4 Formación

4.5 Convenios y colaboración con Alcer/escuela de pacientes

Anexo 1: Primera fase del proceso de evaluación de los objetivos ERC y propuestas de mejora

Anexo 2 Enfermos renales crónicos en tratamiento sustitutivo en Asturias

Anexo 3 Diferentes escenarios en tratamiento sustitutivo en Asturias

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta las dificultades de tipo estructural y organizativo que se venían presentando en la atención a la enfermedad renal crónica en nuestra comunidad, ya abordadas en ocasiones anteriores, en abril de 2021 la Dirección Gerencia del SESPA encargó a la oficina de evaluación de tecnologías sanitarias (OETSPA) una evaluación de la situación.

Son múltiples los trabajos que han aportado sólidos argumentos del impacto de la atención del enfermo crónico para el sistema sanitario y han propuesto medidas concretas para el abordaje de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Es así que para la elaboración de este proyecto se ha revisado la siguiente bibliografía:

- Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS, Ministerio de Sanidad 2015
- Tratamiento sustitutivo renal y toma de decisiones compartidas. Informe de Evaluación Tecnologías Sanitarias, AQUAS 2017
- Trasplante renal de donante en vivo incompatible. Estado de situación y estudio económico. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitaria, AETSA 2014
- Guía de Práctica Clínica sobre la Detección y el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2016. Guías de Práctica Clínica en el SNS
- Proyecto: Estrategia para el Abordaje del Tratamiento Sustitutivo Renal en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2015
- Informe Registro de Enfermos Renales Crónicos de Asturias RERCA 2019
- Proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España". Recomendación No hacer Sociedad Española de Nefrología, 2013
- Informe de evaluación "Telemonitorización y gestión informatizada de pacientes en diálisis domiciliaria y actividades de rehabilitación" pendiente de publicarse por OSTEBA

Con esta información, y principalmente basándose en el Documento Marco de la ERC, se consideró oportuno proponer una evaluación que recogiese el grado de implantación de las recomendaciones contenidas en las líneas estratégicas establecidas en los documentos antes citados. Esta evaluación permitiría identificar, priorizar, planificar e implementar procesos de mejora a partir de las necesidades encontradas.

OBJETIVOS

Evaluar la situación en ese momento, desde la perspectiva del cumplimiento del documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS.

Implementar las acciones necesarias para mejorar y avanzar en la calidad de la atención a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

METODOLOGÍA

Se creó un grupo coordinador integrado por: las jefaturas de los servicios de nefrología, enfermería responsable de diálisis peritoneal y hemodiálisis, representantes de pacientes y la dirección del Sespa.

La dirección del Sespa y la Oetspa propusieron tomar como documento de partida el Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Concentrando el trabajo en las siguientes líneas estratégicas:

- Línea 2: atención al paciente con ERC
- Línea 3: empoderamiento del paciente
- Línea 4: formación de profesionales

Se priorizaron los objetivos específicos de cada línea estratégica. Este proceso lo realizaron además de los miembros del grupo coordinador, profesionales de los servicios de nefrología, (medicina y enfermería) y miembros de los equipos directivos. Se utilizó una tabla que permitía puntuar entre 1-5 cada uno de los objetivos según estos cuatro criterios:

- Importancia clínica (impacto en la salud)
- Impacto en la calidad de vida
- Impacto organizativo/presupuestario
- Posibilidad de implementación

Una vez completada la priorización, se entregó al grupo coordinador un cuestionario con los objetivos que obtuvieron mayor puntuación para que evaluaran la situación de cada uno de sus servicios, mediante preguntas específicas. A su vez, se solicitó que se propusieran las acciones de mejora que se consideran oportunas en cada caso. El mismo cuestionario lo cumplimentaron los representantes de pacientes.

Cada una de las acciones se discutieron en el seno del grupo coordinador y se consensuó su abordaje.

ACCIONES DESPLEGADAS

1 Constitución del grupo coordinador regional

El grupo coordinador se constituyó el 30 de septiembre de 2021, con la siguiente composición: la Directora de Atención y Evaluación Sanitaria, las seis Jefaturas de servicio/AGC nefrología, el enfermero responsable de diálisis peritoneal, una enfermera con experiencia en consulta ERCA y supervisora de hemodiálisis, dos representantes de pacientes de la asociación ALCER y dos personas de la OETSPA.

En el seno de este grupo se acuerdan todas las acciones a realizar.

2 Proceso de priorización de los objetivos del Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS.

Se envió a los miembros del grupo coordinador, profesionales de los servicios de nefrología de medicina y enfermería designados por las jefaturas de servicio y a los miembros de los equipos directivos, una tabla con los 27 objetivos específicos correspondientes a las tres líneas estratégicas. Se estableció una columna para cada criterio de valoración, de forma que cada participante pudiera cumplimentar con la puntuación que considerara oportuna.

Conjuntamente con la tabla se envió el siguiente texto de correo electrónico:

El objetivo de este cuestionario es establecer un orden para el abordaje los objetivos en nuestra comunidad, teniendo en cuenta 4 criterios de priorización.

Su participación es muy importante, ya que constituye la base del trabajo para la evaluación y mejora de la atención a las personas afectadas por la ERC.

La cumplimentación del cuestionario lleva unos 20 minutos. Para poder avanzar en el mismo, cada pregunta es de obligado cumplimiento.

Las respuestas se puntúan entre 1 y 5, donde 1 representa los menos importante, posible y menor impacto y 5 representa lo más importante, posible o mayor impacto.

Se enviaron 66 cuestionarios y respondieron 60 personas. La puntuación se situó entre 4,58 y 3,84. Se acordó trabajar en dos fases, la primera hasta el objetivo específico número 13, con una puntuación de 4,29.

2.2.1	Dar soporte al paciente con ERC avanzada en todos los hospitales con consulta de Nefrología y, en función de sus posibilidades, establecer una consulta ERCA para preparar al paciente de forma programada para recibir la opción terapéutica más apropiada a sus necesidades, ya sea Tratamiento Conservador o Tratamiento Renal Sustitutivo.	4,58
2.3.1	Establecer programas específicos de coordinación y continuidad asistencial entre Atención Primaria y Hospital que mejoren la calidad de la atención, compartiendo la información entre los diferentes ámbitos y servicios asistenciales que garanticen el cumplimiento de los criterios de interconsulta o derivación, seguimiento y control de la ERC en AP y detecten periódicamente puntos de mejora e ineficiencias.	4,52
2.2.7	Garantizar que todos los pacientes de las unidades de hemodiálisis sean tratados con agua ultrapura.	4,46
3.3	Establecer líneas de cooperación y coordinación con los servicios de atención social, dietético-nutricional, psicológica y de orientación e integración laboral que ofrecen las asociaciones de pacientes.	4,42
2.2.2	Mejorar la información y la atención sobre el Tratamiento Sustitutivo Renal.	4,41
2.3.4	Acordar y aplicar un modelo de concertación de la Hemodiálisis que contemple las nuevas técnicas de depuración extracorpórea.	4,39
2.2.6	Conseguir aumentar el porcentaje de pacientes que acceden a Hemodiálisis con fístula Arteriovenosa viable y operativa.	4,37
2.2.4	Fomentar el trasplante renal de donante vivo y los trasplantes renales anticipados. Aumentar la información y la educación para elevar el porcentaje de Trasplante Renal con donante vivo.	4,34
3.4	Empoderar al paciente para que sea participe de la gestión de su enfermedad.	4,33
4.4	Formar en habilidades de comunicación a los profesionales implicados en la ERC.	4,33
2.2.3	Implantar de forma progresiva las técnicas domiciliarias, tanto diálisis peritoneal como hemodiálisis domiciliaria. Aumentar de forma significativa el porcentaje de diálisis peritoneal frente a hemodiálisis.	4,31
4.2	Garantizar la rotación de los profesionales en formación de Medicina y Enfermería Familiar Comunitaria por Nefrología.	4,31
2.4.1	Implantar el uso de tecnologías de la información para la gestión clínica y multidisciplinar del paciente con ERC a lo largo de su atención, con disponibilidad de información accesible en todos los niveles asistenciales.	4,29
2.3.3	Contribuir a reducir la variabilidad de la práctica clínica usando las Guías de Práctica Clínica y procesos asistenciales validados y comunes en toda la comunidad.	4,25
2.4.5	Integrar las aplicaciones informáticas de la historia digital del paciente con los informes del laboratorio para que incluya siempre junto a la creatina en sangre el Filtrado Glomerular estimado, explicando las condiciones de su aplicabilidad.	4,23
2.1.1	Promover el uso racional de medicamentos potencialmente nefrotóxicos. Uso apropiados de dosis de fármacos y control de consumo de AINE, fármacos que actúan en el eje renina-angiotensina, diuréticos ahorradores de potasio, antibióticos, algunos hipoglucemiantes y contrastes yodados.	4,21
2.3.5	Aplicar medidas específicas que garanticen una adecuada coordinación de la atención socio-sanitaria.	4,21
2.4.3	Establecer sistemas de registro o información en la enfermedad que garanticen la continuidad asistencial.	4,2
4.3	Establecer programas postgrado específicos de formación continuada para que los profesionales especialistas en Nefrología y de AP.	4,19
2.4.4	Adecuar las historias clínicas de forma que se pueda incluir la codificación y la clasificación pronóstica de las enfermedades renales.	4,19
2.2.5	Promover que “el donante activo” asuma la responsabilidad del cuidado de su salud mediante el proceso estructurado de ayuda a la toma de decisiones compartidas, para mejorar su capacidad de elección, satisfacción y calidad de vida.	4,17
2.4.2	Potenciar el Registro de Enfermos Renales fomentando su visibilidad con el aumento de la divulgación de la información más relevante, dotando a los registros del personal técnico y administrativo para mejorar su calidad y rendimiento, y garantizando el retorno de la información del registro al profesional que introduce los datos para que se pueda valorar y comparar su actividad asistencial con otros centros.	4,13
4.1	Establecer programas de formación pregrado sobre la ERC en las Facultades de Medicina y de Enfermería y todos los profesionales implicados en la prevención y atención de la ERC.	4,11
3.1	Mantener y mejorar los acuerdos y líneas de cooperación entre el Servicio de Salud y las asociaciones de pacientes.	4,06
2.1.2	Facilitar la solicitud de ecografía en Atención Primaria para la interconsulta o derivación a Nefrología del estudio de la ERC.	3,95
3.2	Promover mecanismos y canales de participación de las asociaciones de pacientes con Enfermedad Renal Crónica que permitan la implicación de los pacientes en su autocuidado y en la gestión de la enfermedad, a partir de la Red de Escuelas de Salud Para Ciudadanos del SNS.	3,88
2.3.2	Establecer mecanismos eficaces que promuevan la Gestión Clínica.	3,84

3 Autovaloración de la situación de cada servicio/AGC de nefrología respecto a los trece objetivos

La Oetspa preparó preguntas específicas para evaluar la situación de los trece objetivos correspondientes a la primera fase. El cuestionario completo se encuentra en el Anexo 1: Fase 1 proceso de evaluación ERC

En cada uno de los objetivos también se preguntaron qué acciones de mejora se podrían emprender para alcanzar el cumplimiento del objetivo.

Una vez recogidas las respuestas se realizó una síntesis cualitativa, a partir de la cual se establecieron cinco ejes de trabajo:

- Evolución de la población afectada
- Dispositivos asistenciales y estructuras
- Procedimientos, protocolos, guías y materiales
- Formación para profesionales
- Convenios y colaboración con ALCER /Escuela de pacientes

4. Acciones, intervenciones, estudios desplegados en cada eje

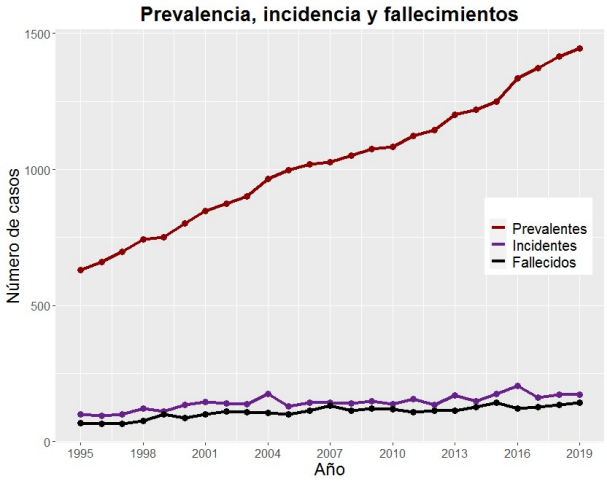
4.1 Evolución de la población afectada

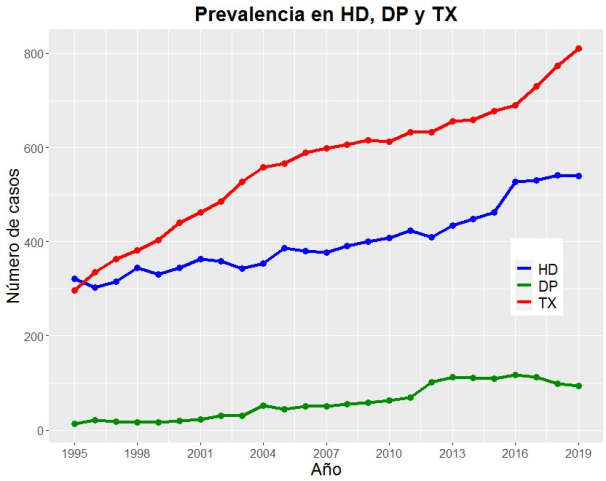
La prevalencia de la ERC, con los datos disponibles en Asturias a través del registro RERCA (1995-2019) está en ascenso. La razón es clara, la incidencia de enfermos renales en tratamientos renales sustitutivos (TRS) es mayor que los fallecimientos.

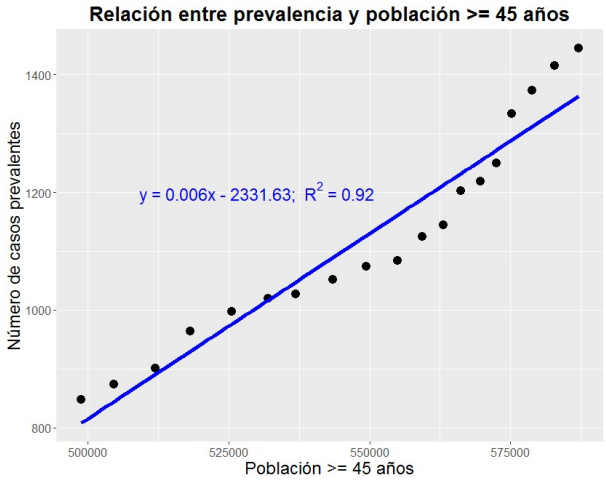
Teniendo en cuenta esta situación y lo recogido en la evaluación se consideró necesario hacer una estimación de la evolución de los pacientes en TRS en los años futuros, concretamente en los próximos 15 años. Se utilizó como variable explicativa la población estimada por SADEI para los próximos años.

En el anexo 2 se presentan las gráfica de prevalencia, incidencia y fallecimientos de pacientes en TRS elaboradas con los datos disponibles en Asturias desde el año 1995 al año 2019. Y también la incidencia y prevalencia de los distintos TRS. Se establece una relación lineal entre la prevalencia de TRS y la población ≥45 años a partir de la recta de regresión (con una R^2 de 0,92)

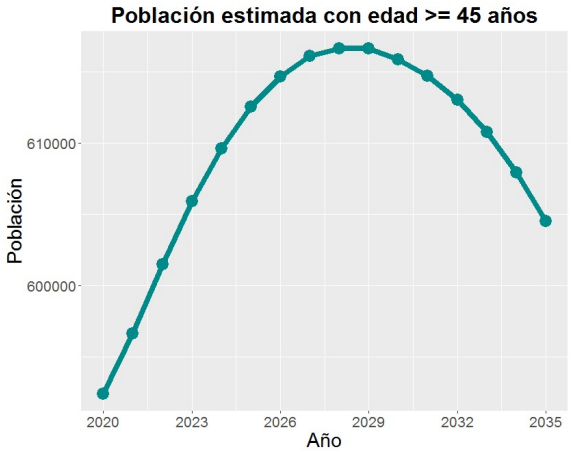
La prevalencia mantiene una relación lineal y permite hacer una estimación en población ≥ de 45 años, sin embargo la incidencia en población ≥ de 45 años es muy fluctuante (mantiene un comportamiento errático) por lo que no fue posible establecer una relación lineal. Se requeriría establecer un modelo predictivo más complejo, incorporando otras variables explicativas como por ejemplo la presencia de otras enfermedades.

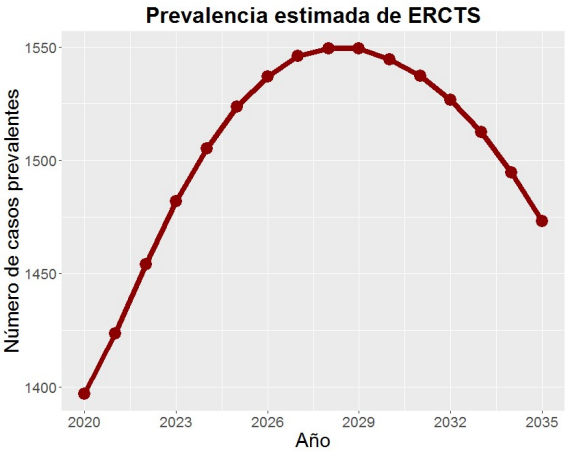






La estimación de la prevalencia de TRS en Asturias para los años 2020-2035 en la población con edad ≥45 años es ascendente hasta el año 2029, en ese año la estimación de la población asturiana del INE tiene un punto de inflexión y comienza a caer, por lo que la prevalencia estimada de pacientes en TRS también lo hará.

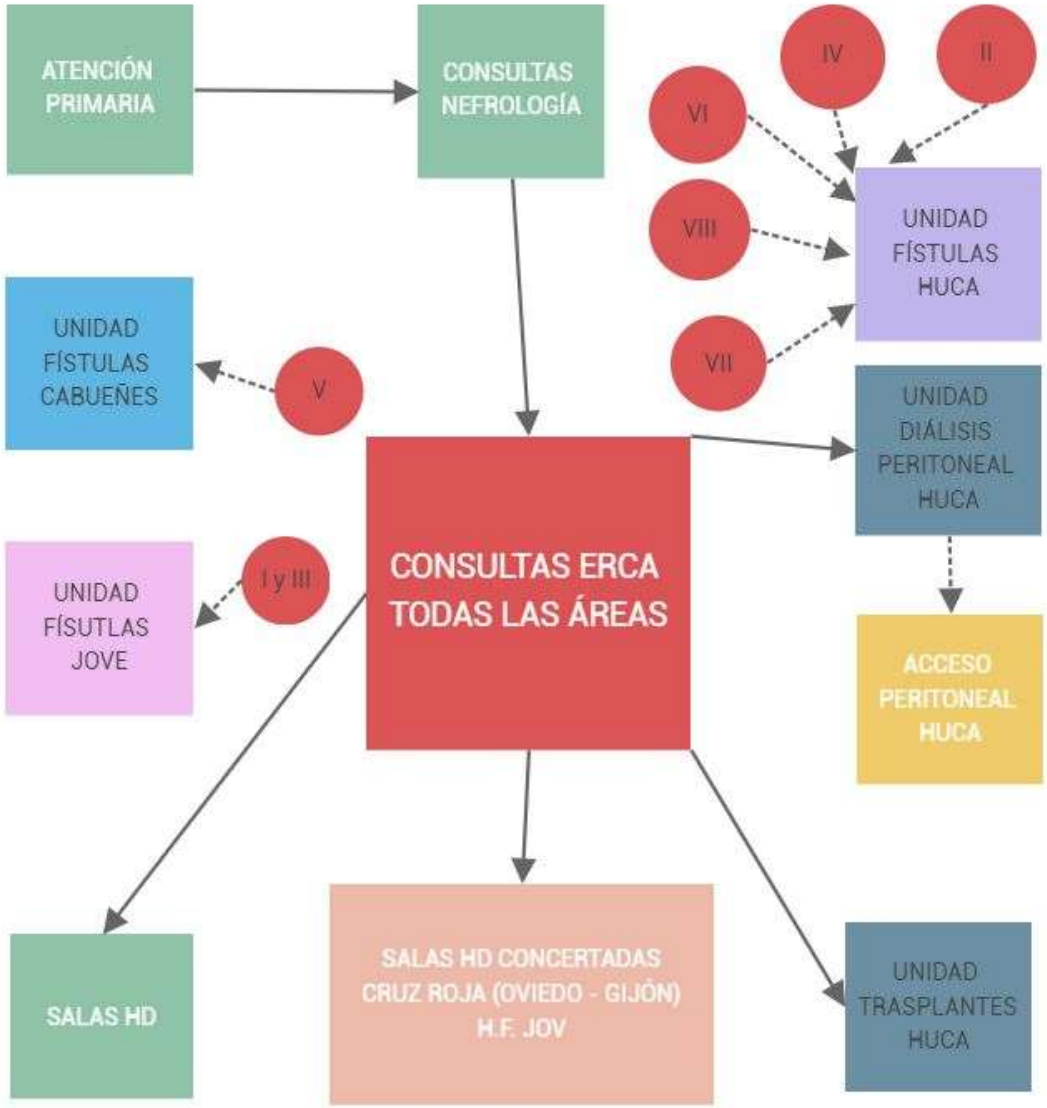




Estas estimaciones son útiles para encaminar las acciones a realizar y orientarlas a cubrir las necesidades presentes y futuras.

4.2 Estructuras, dispositivos asistenciales dotación de personal adecuada

En el siguiente cuadro se representan los diferentes dispositivos con los que se cuenta en Asturias en el proceso asistencial de la ERC avanzada, los TSR y sus circuitos. Según lo recogido por el grupo coordinador hay varios puntos de mejora:



CONSULTA ERCA

Todas las áreas sanitarias deben contar con una consulta ERCA con la dotación adecuada tanto de infraestructura como de personal acorde con las necesidades de cada área.

Para poder alcanzar unos estándares de calidad altos y homogéneos es imprescindible trabajar en la formación, los manuales y materiales de utilización en la consulta y los circuitos de funcionamiento.

Se recogió, mediante un cuestionario especialmente diseñado, la situación de la consulta ERCA en cada área sanitaria.

SALAS DE HEMODIÁLISIS

Teniendo en cuenta el número de puestos de HD en los diferentes hospitales y sus turnos, los pacientes que se pueden atender ascienden aproximadamente a 561, por lo que la situación en estos momentos puede calificarse de difícil.

Haciendo hipótesis con diferentes escenarios de trabajo (anexo 3) y teniendo en cuenta lo recogido en relación con las estimaciones para los años 2020-2035, se presentan dos escenarios posibles:
Escenario 1: considerando que la tendencia sigue igual que hasta ahora, para los años 2028 y 2029, se llegaría a un prevalencia en HD de 569 pacientes.
Escenario 2: aumentar la diálisis peritoneal (DP) en 9 pacientes incidentes al año en el conjunto de toda Asturias. Según la propuesta del Documento Marco y otra documentación revisada, lo deseable sería aumentar un 25-30% cada año el uso de DP en pacientes incidentes. Teniendo en cuenta la media de incidencia del quinquenio 2015-2019 (34.8 pacientes), habría que aumentar la DP en aproximadamente 9 pacientes incidentes al año. Esto supondría una disminución en la incidencia de la HD en el mismo número.

UNIDADES DE DIÁLISIS PERITONEAL
El escenario 2, lleva a considerar la necesidad de aumentar las unidades de DP, en estos momentos solo funciona la unidad de Oviedo, pero parece necesario abrir la unidad de Gijón. Esto supondría también una inversión en personal, espacios y organización de las unidades de acceso peritoneal.

UNIDADES DE ACCESO VASCULAR
Se estima apropiado mejorar algunas áreas del circuito y controles de calidad en el seguimiento y resucitación de las fístulas arterio-venosas (FAvS)

4.3 Protocolos, procedimientos, guías, materiales

Para la consulta ERCA se están elaborando documentos de funcionamiento de la consulta, circuitos de derivación, etc y una *caja de herramientas* con materiales para trabajar en la consulta la información sobre los tratamientos, la ayuda a la toma de decisiones, la nutrición, etc, además de los materiales para entregar a los pacientes. Todos estos elementos serán homogéneos en todo el territorio, con las pertinentes adecuaciones según el tamaño y complejidad del área sanitaria.
Se acordarán protocolos y circuitos para las FAVS y catéteres peritoneales.

Se buscará la forma de poder hacer el seguimiento de pacientes en espera de trasplantes por el área que lo envía.

4.4 Formación

La formación se considera una parte fundamental del proyecto y se está realizando en varias etapas.

a) Formación transversal: tanto en habilidades de comunicación como de ayuda en la toma de decisiones para todo el personal de medicina y enfermería de los servicios/AGC de nefrología
b) Formación de enfermería especializada para consulta ERCA: incluye toda la formación necesaria para la labor asistencial en la consulta ERCA y los temas específicos que faciliten la acreditación de dichas consultas con ACERCA.
c) Formación para nefrólogos/as: formación para accesos peritoneales y también de otros cursos de formación que viesen necesarios.

El primer curso, *Habilidades de comunicación y toma de decisiones compartidas para nefrología* estuvo a cargo de la Dra. en psicología Helena García Llana del Hospital de La paz. El curso fue teórico práctico, la parte teórica fue de teleformación y la práctica se realizó mediante dos webinars y un taller presencial.
Se inscribieron 54 personas, todas designadas por las áreas y servicios de nefrología. El curso fue exigente en cuanto a la participación y ejercicios que se debían completar durante el mismo, lo que reforzaba su carácter práctico.
El segundo curso, *Calidad asistencial y educación a pacientes en la unidad ERCA* estuvo a cargo de Ana Aguilera, supervisora de nefrología del hospital de León (con ERCA acreditada con ACERCA), experta en consulta ERCA. Asistieron 34 enfermeras que trabajaban en las consultas ERCA o en alguno de las otras unidades de nefrología.
El tercer curso *Calidad asistencial y educación a pacientes en la unidad ERCA: modelo de acreditación* estuvo a cargo de Ana Aguilera. Asistieron las mismas 34 enfermeras.

A 30 de junio de 2022 se concluyó con la formación correspondiente a los puntos a y b.

4.5 Convenios y colaboración con alcer/escuela de pacientes

Se recogió la necesidad de una adecuada información nutricional, además del apoyo social y psicológico (demandas de abordaje grupal). Estos apoyos sociales y psicológicos podrían abordarse a través de *pactos de colaboración* entre Alcer y el SESPA.

Anexo 1: Fase 1 proceso de evaluación ERC

NOMBRE Y APELLIDOS: Haga clic aquí para escribir texto.
PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS ERC Y PROPUESTAS DE MEJORA

La evaluación la realizarán los miembros del grupo de coordinación, salvo la OETSPA. Excepto los representantes de los pacientes y la Dirección, el resto evaluará cada uno de estos objetivos de su área sanitaria.
Los objetivos se presentan por el orden de priorización. Las letras mayúsculas antes de cada pregunta relacionada corresponden a las recomendaciones del *Documento Marco.*

Objetivo 2.2.1 *Dar soporte al paciente con ERC avanzada en todos los hospitales con consulta de Nefrología y, en función de sus posibilidades, establecer una consulta ERCA para preparar al paciente de forma programada para recibir la opción terapéutica más apropiada a sus necesidades, sea Tratamiento Conservador o Tratamiento Renal Sustitutivo.*

¿Dispone su área de consulta ERCA?

○ SI ○ NO

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:
A: ¿Tiene la consulta ERCA con la estructura y personal suficiente?
Haga clic aquí para escribir texto.
B: ¿El acceso de un paciente nuevo a la ERCA se realiza en un tiempo adecuado?
Según Decreto de Garantías Asturias la demora para primera consulta es de 60 días.
Haga clic aquí para escribir texto.
C: ¿En la consulta se le ofrece todo tipo de información en relación con los tratamientos sustitutivos e incluso los conservadores?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 2.3.1 *Establecer programas específicos de coordinación y continuidad asistencial entre Atención Primaria y Hospital que mejoren la calidad de la atención, compartiendo la información entre los diferentes ámbitos y servicios asistenciales que garanticen el cumplimiento de los criterios de interconsulta o derivación, seguimiento y control de la ERC en AP y detecten periódicamente puntos de mejora e ineficiencias.*

¿La información contenida en el HC, accesible a ambos ámbitos hospital y AP, es suficiente para la asistencia?
Haga clic aquí para escribir texto.
¿Se cumplen los criterios de interconsulta y derivación establecidos en el Documento Marco? ¿Con qué frecuencia se difunden los mismos para AP?
Haga clic aquí para escribir texto.

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:

A: ¿Se dispone de un correo para consultas o dudas entre profesionales de AP y Hospital?

Haga clic aquí para escribir texto.

B: ¿Se comparten documentos sobre la nefrotoxicidad de los medicamentos con los profesionales de AP?

Haga clic aquí para escribir texto.

C: ¿Hay un protocolo de seguimiento en AP de medicina para estos enfermos? ¿Hay un protocolo de seguimiento en AP de enfermería para estos enfermos?

Haga clic aquí para escribir texto.

D: ¿Hay establecido un circuito para la derivación a cuidados paliativos?

Haga clic aquí para escribir texto.

F: ¿Está integrada la información del laboratorio según los estándares acordados en el Documento Marco?

Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:

Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 2.2.7 *Garantizar que todos los pacientes de las unidades de hemodiálisis sean tratados con agua ultrapura*.

¿Todos los pacientes de su área son tratados con agua ultrapura?

Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:

Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 3.3 *Establecer líneas de cooperación y coordinación con los servicios de atención social, dietético-nutricional, psicológica y de orientación e integración laboral que ofrecen las asociaciones de pacientes.*

¿Hay establecidas líneas de cooperación y coordinación con asociaciones de pacientes para el apoyo psicológico, social, dietético y laboral?

Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:

Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 2.2.2 *Mejorar la información y la atención sobre el TSR.*

¿Dispone de información estructurada y escrita para comentar con el paciente y que se la pueda llevar al domicilio?

Haga clic aquí para escribir texto.

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:

K (Coincide con recomendaciones B y C de línea 3): ¿Conocen el documento *Tratamiento sustitutivo Renal y Toma de Decisiones compartidas* de la Agencia catalana de evaluación de tecnologías sanitarias? ¿Lo utilizan en sus consultas?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 2.3.4 *Acordar y aplicar un modelo de concertación de la Hemodiálisis que contemple las nuevas técnicas de depuración extracorpórea.*

¿En la HD concertada se utilizan las nuevas técnicas de depuración extracorpórea?
Haga clic aquí para escribir texto.

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:
H: ¿Los hospitales concertados están supervisados por el Servicio de Nefrología correspondiente?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 2.2.6 *Conseguir aumentar el porcentaje de pacientes que acceden a Hemodiálisis con fístula Arteriovenosa viable y operativa.*

Información RERCA 2019

> El tipo de acceso vascular que utilizan los pacientes que inician hemodiálisis es un elemento clave, ya que el uso de catéteres se relaciona con mayor morbimortalidad siendo de elección el acceso mediante fístula arterio-venosa realizada en el antebrazo. Sin embargo, ésta necesita alrededor de seis meses tras la intervención para madurar y servir de acceso vascular. De ahí que planificar con antelación el tiempo de inicio de hemodiálisis es esencial para evitar el uso de catéteres y monitorizar el porcentaje de pacientes que empiezan hemodiálisis a través de una fístula funcionante se considere un indicador de calidad en la atención a estos pacientes.
> En Asturias, de los 131 pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en un centro sanitario durante el año 2019, 47 (36%) tenían realizada una fístula arteriovenosa, 60 (46%) iniciaron el tratamiento con un catéter permanente y 24 casos (18%) mediante un catéter temporal (Tabla 6).

Tabla 6. Tipo de acceso vascular *en pacientes incidentes que inician tratamiento con hemodiálisis según área sanitaria de residencia. Número absoluto (N), porcentaje relativo (%). Asturias 2019.*

Num %	Fistula	Catéter Temporal	Catéter Permanente	Total HD
I	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1
II	3 75.0	0 0.0	1 25.0	4
III	7 46.7	1 6.7	7 46.7	15
IV	15 28.3	5 9.4	33 62.3	53
V	7 30.4	10 43.5	6 26.1	23
VI	1 9.1	5 45.5	5 45.5	11
VII	8 57.1	1 7.1	5 35.7	14
VIII	6 60.0	1 10.0	3 30.0	10
ASTURIAS	47 35.9	24 18.3	60 45.8	131 100.0

Fuente: Inforsan.RERCA.

¿Qué porcentaje de pacientes podrían entrar a la HD con la fístula funcionante?
Haga clic aquí para escribir texto.

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:
G (Coincide con H): ¿Hay un protocolo y circuito asistencial para el acceso vascular funcionante? ¿Son conocedores los responsables y profesionales de cirugía vascular de las repercusiones en la calidad asistencial y morbimortalidad que el acceso vascular funcionante tiene?
Haga clic aquí para escribir texto.
I: ¿Está recogida en la HC el acceso vascular funcionante?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 2.2.4 *Fomentar el trasplante renal de donante vivo y los trasplantes renales anticipados. Aumentar la información y la educación para elevar el porcentaje de Trasplante Renal con donante vivo.*

¿Qué se está haciendo para fomentar el Trasplante de donante vivo?
Haga clic aquí para escribir texto.

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:
A (de la línea 3): ¿Se hacen trabajos conjuntos con las asociaciones de pacientes en pro de la información del trasplante de donante vivo?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 3.4 *Empoderar al paciente para que sea participe de la gestión de su enfermedad.*

¿Se disponen de materiales didácticos para ayudar a los pacientes en el manejo de su enfermedad (autocuidado, hábitos saludables, nutrición, vida relacional, etc)?
Haga clic aquí para escribir texto.

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:
A, C y D: ¿Se promueven foros entre profesionales y pacientes para un mejor conocimiento de la enfermedad y para el autocuidado?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 4.4 *Formar en habilidades de comunicación a los profesionales implicados en la ERC.*

¿Han realizado cursos de habilidades de comunicación los profesionales de su servicio?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 2.2.3 *Implantar de forma progresiva las técnicas domiciliarias, tanto diálisis peritoneal como hemodiálisis domiciliaria. Aumentar de forma significativa el porcentaje de diálisis peritoneal frente a hemodiálisis.*

Información RERCA 2019

Un 78% de los varones y un 71% de las mujeres en insuficiencia renal crónica avanzada que iniciaron tratamiento sustitutivo en Asturias a lo largo de 2019 lo hicieron con hemodiálisis en un centro sanitario.

Un 20% de los varones y un 27% de las mujeres, iniciaron diálisis peritoneal (38 pacientes), de los cuales un 10% tenían 75 o más años.

La media del último quinquenio (+1.4%)

Tabla 4. *Tratamiento inicial de la insuficiencia renal crónica según edad. Número absoluto (N), porcentaje relativo (%) y tasa por millón según edad. Asturias 2019, 2018 y periodo 2014-2018.*

Edad->	00-14		15-44		45-64		65-74		75+		Total						
Trat	N 2019	% 2019	N 2019	% 2019	N 2019	% 2019	N 2019	% 2019	N 2019	% 2019	N 2019	% 2019	Tasa 2019	N 2018	% 2018	Tasa 2018	% Periodo
HD	.	.	5	38.5	30	65.2	42	77.8	54	90.0	131	75.7	128.4	137	79.7	133.8	76.6
DP	.	.	7	53.8	13	28.3	12	22.2	6	10.0	38	22.0	37.3	30	17.4	29.3	20.6
TX	.	.	1	7.7	3	6.5	.	.	.	.	4	2.3	3.9	5	2.9	4.9	2.8
TOTAL	.	.	13	100.0	46	100.0	54	100.0	60	100.0	173	100.0	169.6	172	100.0	167.9	100.0

*Entre 0 y 14 años no se ha notificado ningún caso nuevo en 2019, ni durante 2018.
Fuente: Inforsan.RERCA.

Preguntas relacionadas, desarrolle sus respuestas:

E: Objetivo aumentar un 25/30% en pacientes incidentes. ¿Está su área cumpliendo con este objetivo?
Haga clic aquí para escribir texto.
H: ¿Hay un protocolo y circuito asistencial para la creación de un acceso permanente (catéter peritoneal)?
Haga clic aquí para escribir texto.
¿Cuántos profesionales de su servicio están formados para hacerlo?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

Objetivo 4.2 *Garantizar la rotación de los profesionales en formación de Medicina y Enfermería Familiar Comunitaria por Nefrología.*

¿Rotan por Nefrología los profesionales MIR y EIR en su servicio?
Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

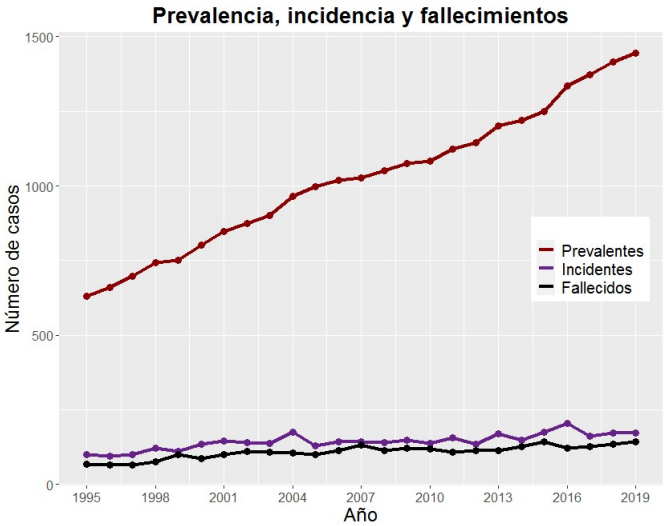
Objetivo 2.4.1 *Implantar el uso de tecnologías de la información para la gestión clínica y multidisciplinar del paciente con ERC a lo largo de su atención, con disponibilidad de información accesible en todos los niveles asistenciales.*

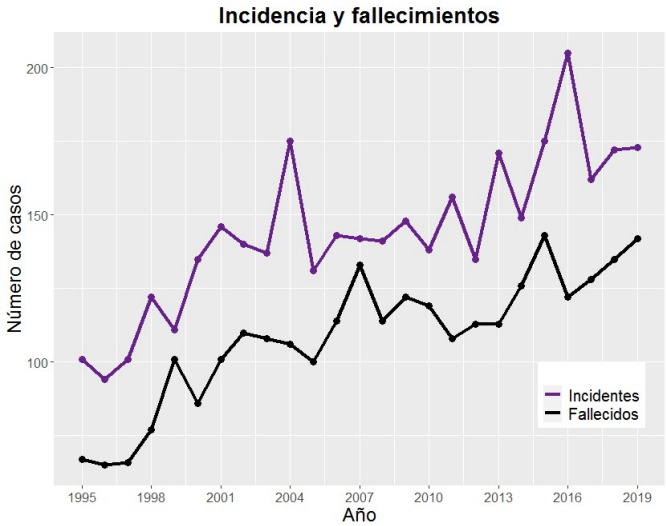
¿Qué acceso a la información del paciente, vía digital, necesita que actualmente no dispone?
Haga clic aquí para escribir texto.
¿Considera que hay herramientas para la comunicación bidirecciónal que permiten la telemonitorización de los tratamientos y la programación de la cicladora a distancia, como por ejemplo la Plataforma de Conectividad SHARESOURCE?
Haga clic aquí para escribir texto.

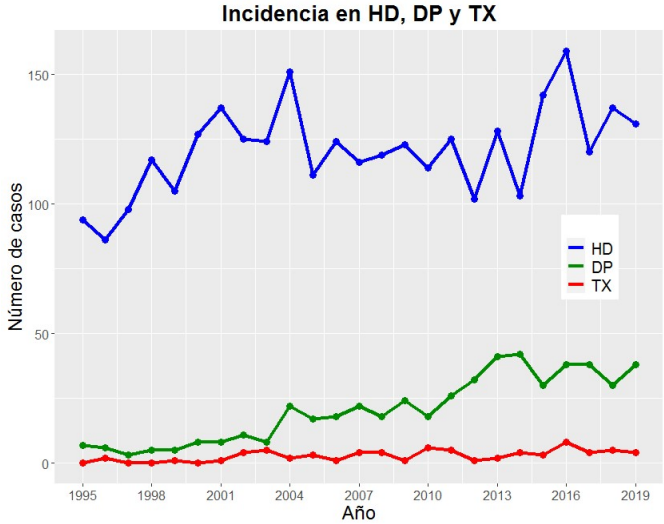
Acciones de mejora para este objetivo:
Haga clic aquí para escribir texto.

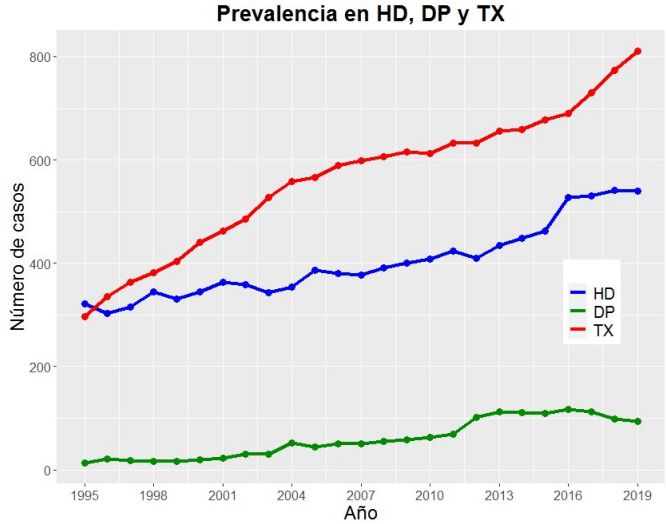
Anexo 2: ENFERMOS RENALES CRÓNICOS EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN ASTURIAS

1. Datos disponibles en Asturias desde el año 1995 al año

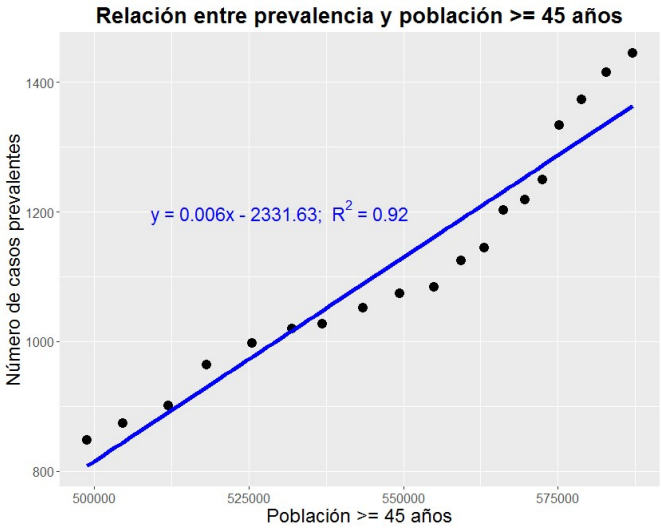




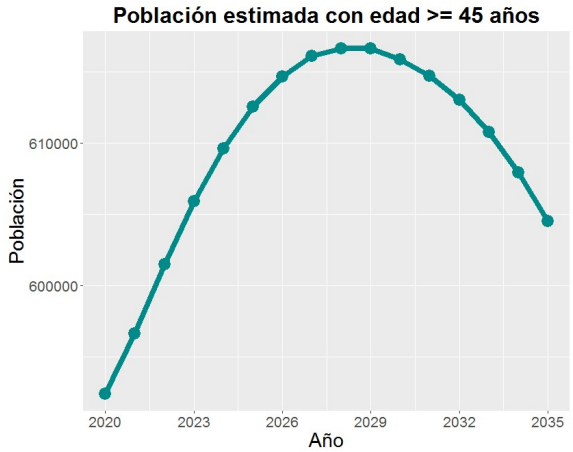


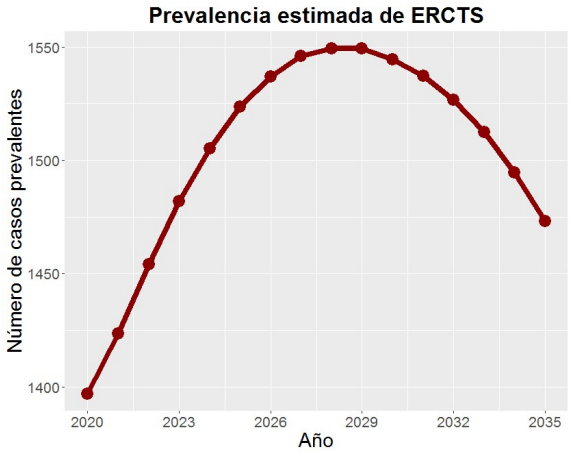


2. Relación lineal entre la prevalencia y la población >= 45 años



3. Población estimada en Asturias con edad >= 45 años para los años 2020-2035 (fuente SADEI) y prevalencia estimada de ERCTS a partir de la recta de regresión





4. Estimación de la prevalencia para los años 2020-2035

Año	Población >=45 años	Prevalencia	Prevalencia en HD	Prevalencia en DP	Prevalencia en TX
2020	592439	1397	518 (37%)	120 (9%)	759 (54%)
2021	596651	1423	527 (37%)	124 (9%)	772 (54%)
2022	601517	1454	537 (37%)	130 (9%)	787 (54%)
2023	605931	1482	546 (37%)	134 (9%)	801 (54%)
2024	609639	1505	554 (37%)	138 (9%)	812 (54%)
2025	612546	1523	560 (37%)	141 (9%)	821 (54%)
2026	614665	1537	565 (37%)	144 (9%)	828 (54%)
2027	616118	1546	568 (37%)	145 (9%)	832 (54%)
2028	616627	1549	569 (37%)	146 (9%)	834 (54%)
2029	616636	1549	569 (37%)	146 (9%)	834 (54%)
2030	615883	1544	568 (37%)	145 (9%)	832 (54%)
2031	614726	1537	565 (37%)	144 (9%)	828 (54%)
2032	613058	1527	562 (37%)	142 (9%)	823 (54%)
2033	610800	1512	557 (37%)	140 (9%)	816 (54%)
2034	607943	1494	551 (37%)	136 (9%)	807 (54%)
2035	604556	1473	543 (37%)	133 (9%)	797 (54%)

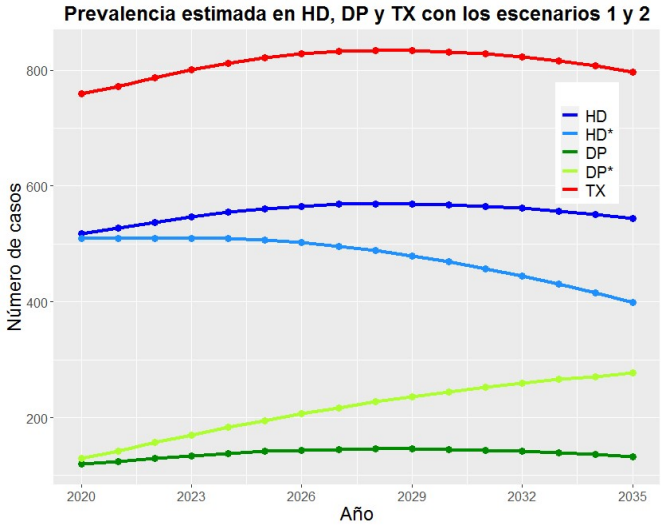
Anexo 3: DIFERENTES ESCENARIOS EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN ASTURIAS

Escenario 1: considerar las estimaciones obtenidas para la prevalencia con la recta de regresión, es decir, considerar que la tendencia sigue igual que hasta ahora.

Año	Población >=45 años	Prevalencia	Prevalencia en HD	Prevalencia en DP	Prevalencia en TX
2020	592439	1397	518 (37%)	120 (9%)	759 (54%)
2021	596651	1423	527 (37%)	124 (9%)	772 (54%)
2022	601517	1454	537 (37%)	130 (9%)	787 (54%)
2023	605931	1482	546 (37%)	134 (9%)	801 (54%)
2024	609639	1505	554 (37%)	138 (9%)	812 (54%)
2025	612546	1523	560 (37%)	141 (9%)	821 (54%)
2026	614665	1537	565 (37%)	144 (9%)	828 (54%)
2027	616118	1546	568 (37%)	145 (9%)	832 (54%)
2028	616627	1549	569 (37%)	146 (9%)	834 (54%)
2029	616636	1549	569 (37%)	146 (9%)	834 (54%)
2030	615883	1544	568 (37%)	145 (9%)	832 (54%)
2031	614726	1537	565 (37%)	144 (9%)	828 (54%)
2032	613058	1527	562 (37%)	142 (9%)	823 (54%)
2033	610800	1512	557 (37%)	140 (9%)	816 (54%)
2034	607943	1494	551 (37%)	136 (9%)	807 (54%)
2035	604556	1473	543 (37%)	133 (9%)	797 (54%)

Escenario 2: aumentar la DP en 9 pacientes al año.

Según la propuesta del Documento Marco y otra documentación revisada, lo deseable sería aumentar un 25-30% cada año el uso de DP en pacientes incidentes. Teniendo en cuenta la media de incidencia del quinquenio 2015-2019 (34.8 pacientes), habría que aumentar la DP en aproximadamente 9 pacientes incidentes al año, que disminuirían en HD.

Año	Población >=45 años	Prevalencia	Prevalencia en HD*	Prevalencia en DP*	Prevalencia en TX
2020	592439	1397	509 (36%)	129 (9%)	759 (54%)
2021	596651	1423	509 (36%)	142 (10%)	772 (54%)
2022	601517	1454	510 (35%)	157 (11%)	787 (54%)
2023	605931	1482	510 (34%)	170 (11%)	801 (54%)
2024	609639	1505	509 (34%)	183 (12%)	812 (54%)
2025	612546	1523	506 (33%)	195 (13%)	821 (54%)
2026	614665	1537	502 (33%)	207 (13%)	828 (54%)
2027	616118	1546	496 (32%)	217 (14%)	832 (54%)
2028	616627	1549	488 (32%)	227 (15%)	834 (54%)
2029	616636	1549	479 (31%)	236 (15%)	834 (54%)
2030	615883	1544	469 (30%)	244 (16%)	832 (54%)
2031	614726	1537	457 (30%)	252 (16%)	828 (54%)
2032	613058	1527	445 (29%)	259 (17%)	823 (54%)
2033	610800	1512	431 (29%)	266 (18%)	816 (54%)
2034	607943	1494	416 (28%)	271 (18%)	807 (54%)
2035	604556	1473	399 (27%)	277 (19%)	797 (54%)

Comparación de los dos escenarios