



intercede

MODELOS DE ATENCIÓN EN ERC

Oportunidades y retos en el
abordaje del paciente con ERC
en Castilla y León

Contenido

Participantes	3
Contexto de IntERCede Nacional.....	4
Informe del foro “Oportunidades en la Enfermedad Renal Crónica en Castilla y León”	5
Taller 1: Cribado de la ERC	7
1. Amplio margen de mejora en la implementación sistemática del cribado de ERC, así como en la búsqueda activa de esta patología en pacientes de riesgo.	7
2. No se dispone de sistemas de alertas en la Historia Clínica Electrónica o en los informes de laboratorio con el fin de favorecer la realización de las pruebas de cribado y el diagnóstico precoz de la ERC.	9
3. Insuficiente medición del cociente albúmina/creatinina como prueba de cribado, junto con el FG.	9
4. Necesidad de mayor concienciación de Enfermería de AP en la identificación de factores de riesgo, cribado y educación sanitaria.	10
Taller 2: Diagnóstico de la ERC	11
1. Falta de diagnóstico precoz: un número significativo de pacientes son diagnosticados en estadios avanzados	11
2. Déficit en la codificación diagnóstica de la ERC y heterogeneidad en el proceso, detectándose una falta de formación en de la nomenclatura adecuada (KDIGO), especialmente en MFyC.	12
3. Necesidad de confirmación diagnóstica para evitar derivaciones inadecuadas a Nefrología.	13
4. Listas de espera existentes para las pruebas de imagen (ecografía renal) en algunas áreas sanitarias.....	14
5. El diagnóstico es un momento crítico para el paciente con ERC, identificándose, en ocasiones, margen de mejora en el proceso de comunicación y formación.....	14
Taller 3: Registro de la ERC	16
1. Necesidad de mayor coordinación entre los profesionales sanitarios para garantizar la continuidad asistencial	16
2. Definición y seguimiento claro de las fases de atención entre Atención Primaria y especialidades clínicas	17
Conclusiones y acciones propuestas por los participantes	18

Participantes

Baz, Pablo. Vicepresidente de SEMERGEN de Castilla y León.

Cortés, Raquel. Técnico Facultativo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Garrido, Alberto. Asociación de pacientes ALCER.

González, Luis Javier. Gerente de Atención Primaria en Salamanca.

Lizarazo, Alexandra. Nefróloga, Hospital Salamanca.

López, Samsara. Miembro del grupo de trabajo CV de SEMG.

Matía, Ángel Carlos. Junta directiva Socalemfyc.

Miramontes, José Pablo. Miembro Hospital Universitario Río Hortega.

Palomar, Victoria. Miembro de la UCA. Hospital Virgen de la Concha (Zamora).

Prieto, Mario. Jefe Nefrología Hospital de León.

Rubial, Félix. Gerente del Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Sanz, Teresa. Dirección General de Sistemas de Información y Calidad, Jefa de Servicio de Sistemas de Información.

Las referencias al género masculino contenidas en el presente documento se entenderán referidas también a su correspondiente femenino, y en sentido inverso.

Contexto de IntERCede Nacional

El **programa IntERCede nació en 2022 con el objetivo de transformar el abordaje del paciente con ERC en España**. IntERCede, promovido por Boehringer Ingelheim, ha contado desde sus inicios con un Comité Asesor y un Panel de Expertos, que han trabajado en identificar los retos presentes y futuros en la atención y gestión del paciente con ERC, y en **consensuar una serie de factores clave y recomendaciones que lleguen a todos los agentes decisores que puedan propiciar el cambio e impulsar mejoras en la atención al paciente con ERC**.

Tanto en la formación del Comité Asesor como en los grupos de trabajo han participado líderes y expertos implicados en la atención del paciente con ERC, clínicos de diferentes especialidades, enfermería, gestores sanitarios y asociación de pacientes.

Fruto del trabajo y del consenso, se generó en 2023 el **informe IntERCede¹**. Dicho informe **recoge los 4 grandes retos en la transformación del abordaje del paciente con ERC y 38 factores clave** para alcanzar dicha transformación y modelo óptimo de atención.

- Reto 1. Desarrollo de modelos de gestión de la ERC y aumento de la visibilidad de la enfermedad.
- Reto 2. Prevención, optimización del cribado, diagnóstico precoz y codificación de la ERC en todos los niveles asistenciales.
- Reto 3. Seguimiento integral, multidisciplinar y coordinado, asegurando la optimización terapéutica y la continuidad asistencial.
- Reto 4. Refuerzo de la formación en ERC a los profesionales sanitarios y pacientes.

Así mismo, dicho trabajo ha sido reconocido **y avalado por las principales sociedades científicas nacionales** involucradas en la gestión y atención de los pacientes con ERC **y por ALCER**. Dicho trabajo también ha dado lugar a su **publicación en la Revista de la Sociedad Española de Nefrología²**.

¹ Boehringer Ingelheim. "IntERCede. Modelos de atención en ERC" . Disponible en: <https://www.cronicidadhoy.es/INTERCEDE>. Accedido en marzo 2024

² Górriz JL, Alcázar R, Arribas P, et al. Consenso Delphi multidisciplinar sobre retos y factores clave para un modelo óptimo de atención en enfermedad renal crónica. Nefrología. 2024. doi: 10.1016/j.nefro.2024.01.006

Informe del foro “Oportunidades en la Enfermedad Renal Crónica en Castilla y León”

El pasado 28 de noviembre tuvo lugar en Valladolid el foro intERCede titulado “**Oportunidades y retos en la Enfermedad Renal Crónica en Castilla y León**”. Este foro se realizó con el fin de identificar qué oportunidades hay actualmente en Castilla y León en la mejora del cribado, diagnóstico y registro del paciente con ERC. Para su desarrollo, se contó con un grupo de profesionales sanitarios multidisciplinar y con un miembro de la asociación de pacientes ALCER.

La jornada fue inaugurada por el **Dr. Félix Rubial, Gerente del área sanitaria de Ourense y miembro del panel de expertos de intERCede**. Durante la presentación, el Dr. Rubial destacó la importancia crucial de la detección precoz de la ERC, enfatizando que esta práctica contribuye a ralentizar futuras intervenciones que afectan tanto al paciente como al sistema de salud. Para ello, también destacó la importancia de la formación en ERC para fomentar la concienciación sobre la enfermedad, tanto para los profesionales sanitarios como para la población en general.

La **Dra. Raquel Cortés, Técnico Facultativo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León**, realizó una introducción a la atención de las personas con ERC en Castilla y León, tomando como referencia el *Proceso Asistencial Integrado (PAI) para la prevención y la atención de las personas con ERC*³. Teniendo en cuenta el modelo conceptual de la enfermedad renal es posible implementar acciones en cualquier etapa para retrasar su progresión. En el mencionado PAI de ERC, se busca abordar de manera integral e interdisciplinar las necesidades del paciente, con el propósito de mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud de las personas. Esto implica definir actuaciones que permitan retrasar la progresión de la enfermedad, prevenir las posibles complicaciones, garantizar la accesibilidad y la continuidad en la atención, optimizar el uso de recursos, asegurar la satisfacción del paciente y fomentar su implicación en el autocuidado mediante una información y educación sanitaria adecuadas.

En el ámbito del cribado y del diagnóstico de la ERC, el PAI ha llevado a cabo un estudio riguroso para determinar los factores de riesgo de las personas y automatizar mediante las herramientas de ayuda de la historia clínica electrónica (HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA) de Atención Primaria las fases en las que se debe actuar con el propósito de diagnosticar y clasificar la ERC de manera temprana. Los laboratorios de Castilla y León actualmente emplean **reglas automáticas** que permiten el cálculo del filtrado glomerular estimado (FGe), así como la albuminuria, parámetros analíticos precisos para conocer el estadio de la ERC y así realizar las actividades concretas por el profesional sanitario y el nivel asistencial preciso.

El **registro del estadio de la enfermedad renal** en la Historia Clínica Electrónica, actualizado periódicamente y respaldado por las tablas de pronóstico de la ERC según el FG y la albuminuria de KDIGO 2012, **permite la atención integral y personalizada a las personas**.

De modo que el diagnóstico de la ERC, guiado por el registro de su estadiaje, proporciona al profesional sanitario directrices claras sobre cómo atender a las personas con enfermedad renal. Esto incluye el número de visitas recomendadas, el momento óptimo para realizarlas, así como el perfil profesional y nivel asistencial encargado de la atención. Con este propósito, el PAI desarrolló una tabla resumen (*Tabla 1*) para facilitar y

³ <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/enfermedad-renal-cronica>

ayudar a los profesionales sanitarios en la atención de las personas con ERC. Dicha tabla, está pendiente de actualizar en base a las nuevas guías.

Evaluar la progresión de la enfermedad renal y mantener una vigilancia coordinada desde ambos niveles asistenciales permite detectar precozmente las descompensaciones y planificar mejor el tratamiento sustitutivo de la función renal, si fuera preciso, mediante un adecuado proceso de toma de decisiones compartidas.

ESTADIO ERC	ACTITUD TRAS DIAGNÓSTICO INICIAL	VALORAR SI PROGRESIÓN		OBJETIVOS PARA EL SEGUIMIENTO POR NIVEL ASISTENCIAL	
		NO	SI*	ATENCIÓN PRIMARIA	NEFROLOGÍA
ESTADIO 1-2 FGe>60ml/min/1,73m ² y/o presencia de marcadores de daño renal	Repetir marcadores en 1 mes (FGe; CAC en orina; sedimento de orina). Realizar/confirmar etiología de ERC.	Control marcadores: 6 meses. Interconsulta Nefrología: normal (para realizar/confirmar etiología ERC).	Control marcadores: 6 meses. Interconsulta Nefrología: normal (para realizar/confirmar etiología ERC).	Identificar FR de ERC Detectar progresión de ERC: • Deterioro FGe. • Aumento excreción urinaria de albúmina o proteinuria. Controlar FRCV asociados.	Valorar enfermedades renales subsidiarias de tratamiento específico: • Glomerulonefritis primaria o secundaria. • Nefropatía isquémica. • Detectar progresión de ERC.
ESTADIO 3a FGe: 45-59 ml/min/1,73m ²		Control marcadores: 3-6 meses. Interconsulta Nefrología: NO, excepto para realizar/confirmar etiología ERC			
ESTADIO 3b FGe: 30-44 ml/min/1,73m ²		Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: NO, excepto para realizar/confirmar etiología ERC	Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: preferente.	Detectar progresión de ERC. Controlar FRCV asociados. Ajuste de fármacos según el FGe. Revisión de fármacos nefrotóxicos (p. ej. Antiinflamatorios no esteroideo). Educación terapéutica. Plan de cuidados. Vacunar frente a neumococo, gripe y VHB. Detectar complicaciones de la ERC: • Anemia. • Trastornos electrolíticos.	Valorar enfermedades renales subsidiarias de tratamiento específico Controlar FRCV asociados. Evaluar y tratar complicaciones de la ERC: • Alteraciones del metabolismo óseo-mineral (Ca, P, PTH, vitamina D). • Anemia. • Trastornos electrolíticos.
ESTADIO 4 FGe:15-29 ml/min/1,73m ²		Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: preferente.	Control marcadores: 2-4 meses. Interconsulta Nefrología: urgente.	Ajuste de fármacos según el FGe. Revisión de fármacos nefrotóxicos (p. ej. AINE). Educación terapéutica. Plan de cuidados. Detectar complicaciones de la ERC: • Anemia. • Trastornos electrolíticos.	Preparar para el TSFR si procede. Informar en profundidad y con claridad al paciente de las diferentes opciones de tratamiento sustitutivo renal: hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal anticipado con donante vivo, trasplante renal de donante fallecido. Organizar tratamiento paliativo si no procede TSFR. Evaluar y tratar complicaciones de la ERC: • Alteraciones del metabolismo óseo-mineral (Ca, P, PTH, vitamina D). • Anemia. • Trastornos electrolíticos. • Acidosis.
ESTADIO 5 FGe <15 ml/min/1,73m ²		Interconsulta Nefrología Urgente (se valorarán el resto de comorbilidades para decidir la indicación de Terapia Sustitutiva o Conservadora)		Tratamiento conservador. Tratamiento paliativo.	Evaluar y tratar complicaciones de la ERC: • Alteraciones del metabolismo óseo-mineral (Ca, P, PTH, vitamina D). • Anemia. • Trastornos electrolíticos. • Acidosis.

Tabla 1: Objetivos por nivel asistencial según estadio y progresión del paciente con ERC (Fuente: PAI ERC Castilla y León)

Una vez evaluada la situación en la que se encuentra la ERC en Castilla y León y presentado el PAI, **se realizaron tres talleres de trabajo de una hora de duración cada uno, en los que se debatió el cribado (Tabla 2), diagnóstico (Tabla 3) y registro (Tabla 4) de la ERC en Castilla y León.** Para la ejecución de estos talleres, se tomó como referencia las áreas de mejora propuestas en el Reto 2 del informe intERCede: *Prevención, optimización del cribado, diagnóstico precoz y registro de la ERC en todos los niveles asistenciales;* analizando cómo se implementan en el PAI. **El objetivo fue identificar posibles mejoras, proponer soluciones y establecer indicadores para optimizar la atención a los pacientes con ERC en la región.**

Taller 1: Cribado de la ERC

	Cribado	Acciones	Indicadores
1	Amplio margen de mejora en la implementación sistemática del cribado de ERC , así como en la búsqueda activa de esta patología en pacientes de riesgo	Se realiza cribado en personas mayores de 60 años con los siguientes FR: HTA, DM, Enfermedad CV, antecedentes familiares con ERC.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ % de personas mayores de 14 años con diagnóstico de DM2 a las que se ha realizado el FGe ✓ % de personas mayores de 14 años con diagnóstico de HTA a las que se ha realizado el FGe ✓ % de personas mayores de 14 años con obesidad a las que se ha realizado el FGe
2	No se dispone de sistemas de alertas en la HCE o en los informes de laboratorio con el fin de favorecer la realización de las pruebas de cribado y el diagnóstico precoz de la ERC.	No hay, la identificación se realiza al acudir a las consultas de atención primaria y atención hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ No se dispone
3	Insuficiente medición del cociente albúmina/creatinina como prueba de cribado, junto con el FG.	Se solicita la creatinina sérica y la correspondiente estimación del FG junto con la determinación del Cociente Albumina/Creatinina(CAC)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ % de personas > de 60 años con valoración de FGe ◦ No aparece indicador sobre medición del cociente albúmina/creatinina
4	Necesidad de mayor concienciación de Enfermería de AAPP en la identificación de factores de riesgo, cribado y educación sanitaria	El personal de enfermería realiza la valoración de las personas con FR que no presentan ERC y la valoración integral del paciente y del cuidador familiar.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ No se evalúa esta actividad del personal de enfermería de AP

Tabla 2: Cribado de la ERC

1. Amplio margen de mejora en la implementación sistemática del cribado de ERC, así como en la búsqueda activa de esta patología en pacientes de riesgo.

En el contexto rural de Castilla y León, los consultorios se enfrentan al desafío de realizar búsquedas activas de pacientes, en lugar de esperar pasivamente a que acudan a la consulta. Es por eso que se destaca la necesidad de alcanzar un modelo sanitario en el que se haga una **búsqueda activa y sistemática de pacientes** con ERC. Se estima que alrededor del 10% de los pacientes en diálisis, no había tenido contacto previo con el sistema sanitario. En cuanto al cribado de la ERC en la región, actualmente se tiene en cuenta la medición del FGe y, en algunos casos, también se mide la albuminuria en relación con la creatinina, pero no en todos los pacientes de riesgo

Acciones planteadas

- Se podría **implementar una alerta informática o sistematizar la medición de la albuminuria en los pacientes con factores de riesgo** ya que actualmente sólo se tiene en cuenta la medición del FGe en el cribado.
- Se ha resaltado la necesidad de **adoptar un modelo sanitario proactivo en la búsqueda de pacientes con ERC**. Se sugieren diferentes opciones en este ámbito:
 - o **Aprovechar la consulta oportunista** por otro motivo en Atención Primaria. **Búsqueda proactiva individualizada de pacientes con factores de riesgo de ERC (pacientes con diabetes tipo 2, obesidad, etc)**
 - o Lanzamiento de campañas **por parte de salud pública** (como las dirigidas al cáncer de colon).
- **Aquellas personas con factores de riesgo a las que se les ha detectado la ERC mediante consulta oportunista, incluirlas en el plan de cuidados específico** a través del módulo de cuidados de Atención Primaria.
- **Se identifica como una barrera significativa para el cribado en la región, la normalización de datos y el acceso a los mismos para el cálculo de indicadores**. En este sentido, se destaca la importancia de que los **profesionales de enfermería inicien el circuito de cribado del paciente**, facilitando posteriormente la derivación al médico de Atención Primaria u otro especialista de ámbito hospitalario.

Indicadores debatidos para el PAI

- Para poder captar pacientes con ERC, se lleva a cabo la **consulta oportunista**, es decir, se cita a la consulta a pacientes con factores de riesgo como lo son el tabaquismo, hipertensión, diabetes etc, y en muchos casos detectan que padecen de ERC, en este caso un indicador a emplear podría ser:

$$\% \text{ de efectividad de la consulta oportunista} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de diagnosticados de novo de ERC}}{\text{n}^\circ \text{ total de citas en consultas de AP}} \times 100$$

- Un posible indicador para valorar el **plan de cuidados específicos** sería el número de pacientes a los que se les realiza el programa de actividades de promoción y prevención de la salud (cartera de servicios de AP) que son registradas en la guía asistencial MEDORA.

$$\% \text{ de personas con ERC y plan de cuidados} = \frac{\text{n}^\circ \text{ personas con ERC y plan de cuidados}}{\text{n}^\circ \text{ personas con ERC}} \times 100$$

2. No se dispone de sistemas de alertas en la Historia Clínica Electrónica o en los informes de laboratorio con el fin de favorecer la realización de las pruebas de cribado y el diagnóstico precoz de la ERC.

Se ha destacado la necesidad de disponer de sistemas de alerta para la detección temprana de pacientes con factores de riesgo de ERC con el fin de poder realizar un cribado. En este sentido, se ha mencionado que en la Historia Clínica Electrónica se está desarrollando un sistema que integre la información de todos los laboratorios de los hospitales de Castilla y León con un sistema de alertas de valores analíticos de pruebas, lo cual sería un avance significativo para que los médicos dispongan de la información actualizada para poder valorar de manera correcta la indicación de un paciente para realizarle las pruebas de detección de la ERC.

Acciones planteadas

- Se ha mencionado la importancia de disponer de **sistemas de alertas dirigidas a pacientes con factores de riesgo para citarlos en consulta**. No obstante, se reconoce que esta medida puede generar presión asistencial adicional para los profesionales de Atención Primaria debido a la carga asistencial que podría surgir con la implantación de dichas alertas. Otra opción sería disponer de estas alarmas y, en vez de que generen una cita automática, que sea el médico de Atención Primaria quien priorice a los pacientes a citar a la consulta para realizar el cribado.
- Se ha destacado la importancia de **mejorar las guías asistenciales para simplificarlas y poder hacerlas más accesibles para los profesionales sanitarios** ya que supone un tiempo adicional en la consulta debido a los problemas técnicos que conlleva emplearlas.

Indicadores debatidos para el PAI

- Un indicador para analizar la eficacia de los sistemas de alarma podría ser el **número de alarmas que se producen en los pacientes con factores de riesgo**. De este conjunto, sería ilustrativo analizar cuántos de estos pacientes reciben un seguimiento efectivo mediante la realización de pruebas como el análisis del FGe y la determinación de la albuminuria, de esta manera, se puede comprobar si el sistema de salud está preparado para introducir este tipo de alarmas y asistir a aquellas personas en las que ha saltado la alarma. Otra opción sería disponer de estas alarmas y, en vez de que generen una cita automática, que sea el médico de Atención Primaria quien priorice a los pacientes a citar a la consulta para realizar el cribado.

3. Insuficiente medición del cociente albúmina/creatinina como prueba de cribado, junto con el FG.

Actualmente en la región el indicador del cociente albúmina/creatinina se encuentra incorporado en la Historia Clínica Electrónica y se sugiere considerarlo de manera explícita como un indicador relevante en el marco de la evaluación y seguimiento de la ERC.

Acciones planteadas

- Se ha destacado la importancia de **establecer indicadores adecuados y situarlos en las herramientas clínicas adecuadas**, como es el caso del cociente albumina/creatinina. La inclusión de dicho indicador en el entorno clínico proporcionaría una herramienta más completa y eficaz para el monitoreo de la salud renal.

Indicadores debatidos para el PAI

- Un indicador para conocer si se realiza el cribado de la ERC sería el **porcentaje de personas que tienen un factor de riesgo de ERC y se les realiza el FGe y la albuminuria**.

$$\% \text{ de personas con FR de ERC (pe. diabetes mellitus) a los que se les realiza cribado de ERC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ personas con DM y solicitud de analítica de cribado de ERC (FGe y albuminuria)}}{\text{n}^\circ \text{ personas con diabetes mellitus (DM)}} \times 100$$

4. Necesidad de mayor concienciación de Enfermería de AP en la identificación de factores de riesgo, cribado y educación sanitaria.

En los profesionales de enfermería, se ha identificado que en la región hay **carencia de formación específica en el campo de la nefrología**.

Acciones planteadas

- Se ha planteado proporcionar **formación específica a enfermería sobre nefrología, así como las características de la atención sanitaria propias de la Atención Primaria**, a los profesionales de enfermería debido a la carencia de perfiles específicos en el campo de la enfermería nefrológica.

Indicadores debatidos para el PAI

- Un indicador que podría integrarse para valorar este apartado sería el **número de cursos** de formación destinados a los profesionales de **enfermería** se han **realizado** sobre **nefrología en AP** (cribado y plan de cuidado de la ERC). En este sentido, se podrían contabilizar el número de pacientes con factores de riesgo con valoración en el módulo de cuidados y el número de pacientes con factores de riesgo con el plan de cuidados.

Taller 2: Diagnóstico de la ERC

	Diagnóstico	Acciones	Indicadores
1	Infradiagnóstico de la ERC, asociado a una falta de sensibilización y formación a nivel social y sanitario, a una falta de implementación del proceso de cribado y a que la ERC no está asociada a síntomas en estadios iniciales.	Para el diagnóstico de ERC se necesita una presencia min.3 meses de FGe inferior a 60 ml/min/ 1,73 m ² o lesión renal. Tras la confirmación diagnóstica se realizan actuaciones para conocer el estado de salud integral actual del paciente.	✓ % de personas con diagnóstico de ERC
2	Falta de diagnóstico precoz: un número significativo de pacientes son diagnosticados en estadios avanzados	Se señala como problema en la introducción, y en la ficha 1 se señala la poblaciones con factores de riesgo.	◦ No se evalúa
3	Déficit en la codificación diagnóstica de la ERC y heterogeneidad en el proceso, detectándose una falta de formación en de la nomenclatura adecuada (KDIGO), especialmente en MFyC.	En la ficha 4 se señala la necesidad de codificación de la ERC y es realizada por cualquier médico de cualquier ámbito asistencial.	✓ Existen indicadores de estadiaje para personas > 14 años: ✓ ERC 3b, 4 y 5 vacunados frente gripe y neumococo. ✓ ERC 4 y5 con valoración social, interconsulta nefrología y toma decisiones TSR.
4	Necesidad de confirmación diagnóstica para evitar derivaciones inadecuadas a Nefrología.	Está contemplada la confirmación diagnóstica, Hay unos criterios de interconsulta establecidos.	◦ No se evalúa
5	Listas de espera existentes para las pruebas de imagen (ecografía renal) en algunas áreas sanitarias.	No se menciona.	◦ No se evalúa
6	El diagnóstico es un momento crítico para el paciente con ERC, identificándose, en ocasiones, margen de mejora en el proceso de comunicación y formación.	Informar al paciente del diagnóstico de ERC mediante un lenguaje claro y adecuado y a continuación iniciar la valoración específica del paciente con ERC.	◦ No se evalúa

Tabla 3: Diagnóstico de la ERC

1. Falta de diagnóstico precoz: un número significativo de pacientes son diagnosticados en estadios avanzados

Se ha mostrado la importancia de la **integración de todos los programas de los Sistemas de Información** con el fin de tener toda la información relativa al paciente disponible y poder automatizar los procesos. Se ha observado la dificultad ocasional para acceder desde la Historia Clínica Electrónica de Atención Hospitalaria a la totalidad de los apartados de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, y viceversa. Esta falta de

integración entre ambas Historias Clínicas conlleva la existencia de pacientes diagnosticados con ERC que reciben diálisis, pero este proceso clínico no figura en su HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA de AP dado que no siempre se registra la ERC como diagnóstico.

No se suelen poner los estadios de las enfermedades (ERC, ICC, EPOC...), salvo estadios finales, y se pierde la oportunidad de intervenir y evitar la progresión de la enfermedad.

Acciones planteadas

- Se ha resaltado la importancia de **contar con una historia clínica única**, ya que actualmente coexisten la historia clínica de Atención Primaria y la historia clínica hospitalaria. En la región, se están llevando a cabo esfuerzos para lograr la unificación e integración de ambas historias clínicas.
- Se ha mostrado que es necesario tener **un set concreto de indicadores**, evaluando su **viabilidad en la implementación y estableciendo prioridades**.

Indicadores debatidos para el PAI

- Un indicador para poder valorar la integración de los programas podría ser comparar el **número de pacientes están registrados como paciente con ERC en JIMENA, pero no en MEDORA y viceversa**.
- Se han mencionado dos posibles indicadores que podrían implantarse en la región:

$$\% \text{ de pacientes con ERC avanzada} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de diagnosticados con ERC avanzada}}{\text{n}^\circ \text{ total de diagnosticados con ERC}} \times 100$$

$$\% \text{ de pacientes con diagnóstico de ERC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de personas con proceso clínico de ERC}}{\text{n}^\circ \text{ total de personas con FGe} < 60} \times 100$$

2. Déficit en la codificación diagnóstica de la ERC y heterogeneidad en el proceso, detectándose una falta de formación en de la nomenclatura adecuada (KDIGO), especialmente en MFyC.

Se ha mencionado que actualmente en la región no todos los profesionales sanitarios conocen el PAI de ERC, así como el consenso en la atención a los distintos estadios de la enfermedad, evidenciando la necesidad de establecer **protocolos unificados en cada área de salud**.

En relación con la codificación, se ha mencionado que **la asignación de códigos durante las altas hospitalarias no se realiza de manera precisa** debido a la falta de precisión de los diagnósticos, y tampoco se lleva a cabo la codificación de pacientes en los estadios iniciales de la ERC. Estos hechos sugieren un área de mejora en la documentación clínica (información clínica, diagnósticos de ERC recogidos en los informes clínicos) puesto que se podría perder la oportunidad de intervenir de manera adecuada en el paciente y así evitar la progresión de la enfermedad.

Acciones planteadas

- Se ha destacado la necesidad de garantizar una **homogeneidad en la atención a la ERC en todos los servicios**, dada la actual heterogeneidad existente.
- Se ha sugerido la creación de **indicadores específicos y factibles** relacionados con la historia clínica, acompañados de criterios de cumplimiento de objetivos. Esta iniciativa busca establecer parámetros medibles que contribuyan a evaluar y mejorar la calidad de la atención proporcionada a los pacientes con ERC.

Indicadores debatidos para el PAI

- Para evaluar si el paciente está siendo codificado correctamente, se podría establecer un indicador que mida el **número de guías asistenciales consultadas para evaluar si los médicos están registrando la información de manera adecuada**. También, se podría considerar un indicador para medir la calidad del registro, aunque esta opción puede no ser muy viable, ya que requeriría una herramienta de Inteligencia Artificial potente para analizar todos los filtrados realizados a los pacientes y compararlos con los valores de los pacientes diagnosticados.

$$\% \text{ de pacientes con estadiaje de la ERC} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ total de personas con estadiaje de la ERC}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de personas con ERC}} \times 100$$

3. Necesidad de confirmación diagnóstica para evitar derivaciones inadecuadas a Nefrología.

Actualmente en la región, los profesionales de medicina disponen de 1 hora al día para contestar a las interconsultas no presenciales que están clasificadas como urgentes y así se valora si el paciente requiere una consulta presencial con Nefrología o directamente se le da cita para la realización de pruebas. De esta manera se puede dar respuesta a la interconsulta del paciente con un margen de 48 – 72 horas.

Se ha destacado la existencia de áreas sanitarias donde se ha establecido un **documento de acuerdo entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria**. Un ejemplo de esto, es el documento de “Procedimiento de interconsultas desde Atención Primaria al Servicio de Nefrología” elaborado en Salamanca. Este documento consensua diversos criterios, como la inclusión y derivación de pacientes, promoviendo la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Este enfoque ha resultado exitoso al permitir que cada nivel asistencial comprenda claramente su papel en función del estadio en el que se encuentra el paciente.

Acciones planteadas

- Se propone realizar y aumentar la difusión de los **documentos de acuerdo para cada** área sanitaria, dado su impacto positivo en la coordinación y calidad de la atención proporcionada a los pacientes.

Indicadores debatidos para el PAI

- Un indicador para medir la efectividad de los documentos de consenso podría ser mediante auditorías contabilizar el **número de pacientes correctamente derivados entre Atención Primaria y Hospitalaria**, utilizando este documento, en comparación con las derivaciones que se realizan en áreas sanitarias que siguen el método tradicional.
- Un indicador para evaluar la efectividad de las interconsultas podría ser su **impacto en las listas de espera**, determinando si facilitan la organización de los recursos disponibles en comparación con las consultas presenciales.

4. Listas de espera existentes para las pruebas de imagen (ecografía renal) en algunas áreas sanitarias.

Actualmente todos los centros de salud de Atención Primaria tienen disponibilidad de tener **ecógrafos**. Sin embargo, se ha señalado que las ecografías llevadas a cabo en Atención Primaria no se les otorga el estatus de pruebas regladas. Esta condición limita la capacidad de indicar sus resultados como confirmación de diagnóstico.

Acciones planteadas

- La **estandarización y regulación de las ecografías en los centros de Atención Primaria** podrían proporcionar una mayor fiabilidad a los resultados obtenidos, fortaleciendo así su utilidad en el proceso diagnóstico.

Indicadores debatidos para el PAI

- Un indicador para medir la calidad de las ecografías realizadas, podría ser, **el porcentaje de ecografías realizadas en las que se han registrado el informe**.

$$\% \text{ de ecografías renales informadas} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de ecografías informadas en la HC}}{\text{n}^{\circ} \text{ de ecografías realizadas}}$$

5. El diagnóstico es un momento crítico para el paciente con ERC, identificándose, en ocasiones, margen de mejora en el proceso de comunicación y formación.

En el proceso de comunicación y formación en ERC se ha mencionado que quien mejor lo puede transmitir al paciente diagnóstico, es otro paciente que ya haya pasado por ese proceso previamente. Es por eso que se está empezando a incluir a las asociaciones de pacientes como ALCER mediante la figura del **paciente mentor**, introduciéndolos en los hospitales para que sean ellos quienes expliquen también a los nuevos pacientes con

ERC, cómo es el proceso de la enfermedad, cómo es vivir con diálisis, qué diferencias hay entre diálisis peritoneal y hemodiálisis, y cómo es someterse a un trasplante.

Acciones planteadas

- Se ha destacado la importancia de **visualizar de manera más clara el proceso de diálisis para los pacientes y de adelantar la formación sobre ERC** al momento en que el paciente se encuentra en estadio 3. Se ha resaltado la necesidad de contar con un proceso estructurado, que incluya tiempos, materiales y visitas planificadas.
- En el contexto de las **Unidades ERCA**, se ha identificado un margen de mejora en el proceso de explicar al paciente las diferentes opciones de tratamiento disponibles y en determinar cuál es la más adecuada para cada individuo. En este sentido, se ha destacado la importancia de incorporar apoyo psicológico en este proceso, complementando así la participación de profesionales médicos y de enfermería.

Indicadores debatidos para el PAI

- Se ha iniciado la **implementación de encuestas a los pacientes para facilitar su participación en la toma de decisiones** y para evaluar sus sensibilidades y percepciones en los procesos asistenciales. La utilización de indicadores de **PREMs** (Patient Reported Experience Measures) y **PROMs** (Patient Reported Outcomes Measures) se ha considerado esencial para evaluar y mejorar la calidad de la atención brindada.

Taller 3: Registro de la ERC

	Registro	Acciones	Indicadores
1	Necesidad de mayor coordinación entre los profesionales sanitarios para garantizar la continuidad asistencial (Reto 3)	Necesidad de mayor coordinación entre el equipo de AP y nefrología. Establecer desde AP una colaboración y coordinación con el nefrólogo para conservar el mayor tiempo posible la función renal (ficha 6). También entre enfermería de AP y AH.	◦ No se evalúa
2	Definición y seguimiento claro de las fases de atención entre Atención Primaria y especialidades clínicas (Reto 3)	<p>Hay 4 fases (ficha 6):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Detección de la progresión. 2) Control de la progresión. 3) Monitorización de visitas anuales según estadio de ERC y nivel asistencial. 4) Actividades durante el seguimiento del paciente con ERC <p>Responsables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico de AP, Nefrólogo. - Enfermera. - Trabajador social de AP-AH <p>Se menciona quien participa en cada fase (tabla resumen de elaboración propia)</p>	◦ No se evalúa

Tabla 4: Registro de la ERC

1. Necesidad de mayor coordinación entre los profesionales sanitarios para garantizar la continuidad asistencial

Acciones planteadas

- Se ha mencionado la importancia de que haya **una buena comunicación entre los profesionales de Atención Primaria y los de Atención Hospitalaria**. Se ha propuesto que se podrían instaurar canales de comunicación entre los profesionales de enfermería de las ERCA y los de Atención Primaria para que haya comunicación entre los dos niveles asistenciales, estableciendo así un vínculo colaborativo.
- Para la mejora de la coordinación, se ha propuesto que los **médicos de Atención Primaria realicen rotaciones por las consultas de Nefrología, y los nefrólogos realicen rotaciones en Atención Primaria**. De esta manera, ambos niveles asistenciales podrán conocer mediante experiencia propia qué se puede hacer para el paciente en el otro nivel asistencial.

2. Definición y seguimiento claro de las fases de atención entre Atención Primaria y especialidades clínicas

Acciones planteadas

- Se ha destacado la relevancia de contar con un **funcionamiento eficiente de la historia clínica para facilitar un seguimiento óptimo de los pacientes**. Un **sistema de registros clínicos bien estructurado (guía asistencial de Medora)** contribuye significativamente a mejorar la continuidad y coordinación de la atención.
- Enfatizando la prevención y la intervención temprana, se ha subrayado la importancia de **identificar de manera precisa los factores de riesgo de ERC en los estadios iniciales**. Esta identificación temprana permitiría implementar acciones preventivas y de intervención para evitar la progresión de la enfermedad hacia estadios más avanzados.

Indicadores debatidos para el PAI

- En el contexto de la **coordinación entre niveles asistenciales**, se ha propuesto que un indicador sea la **cuantificación del porcentaje de pacientes que, aunque están clasificados como pacientes con ERC en las bases de datos de laboratorios, no tienen registrado dicho diagnóstico en sus historias clínicas**, a pesar de que en Atención Primaria a la petición del laboratorio se incorpora el diagnóstico en la petición. Este análisis tiene como objetivo sensibilizar a los profesionales sanitarios de ambos niveles acerca de la importancia de una coordinación efectiva para garantizar un abordaje integral de los pacientes con ERC.

Conclusiones y acciones propuestas por los participantes

A modo de recapitulación de lo trabajado a lo largo de la jornada, con el propósito de concretar las ideas expuestas por cada uno de los participantes, se ha resumido la jornada en las siguientes conclusiones:

Acción	Objetivo	Barreras	Agentes a involucrar	Recursos necesarios	Impacto y viabilidad
1 Cambio del modelo sanitario actual centrado en la patología crónica.	Priorizar la detección de la ERC en aquellos pacientes con factores de riesgo.	-Actitud terapéutica de los médicos de AP. -Saturación de los profesionales con todas las alarmas y el posible aumento de la presión asistencial.	-Enfermería -Médicos de AP	-Alarmas para poder detectar el nivel de creatinina.	Muy necesaria pero no es muy viable.
2 Realización de rotaciones formativas	Sensibilizar, concienciar y formar en ERC a los profesionales sanitarios para fomentar el cribado.	-Falta de tiempo de los profesionales de Atención Primaria para poder realizar estancias formativas.	-Encargados de organizar el plan formativo tanto de medicina como de enfermería.	-Tutores para supervisar las estancias formativas. -Recursos para la enseñanza -Colaboración institucional	Viable y de gran ayuda para aumentar la concienciación de los nuevos profesionales sanitarios.
3 Actividades formativas en relación a la calidad del registro de la historia clínica y del estadiaje de la enfermedad	Realizar un correcto registro de la ERC.	-Disponibilidad de tiempo de los profesionales sanitarios -Concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de estas formaciones	-Directores de centros de salud y hospitales	-Tutores para supervisar las rotaciones formativas. -Recursos para la enseñanza. Colaboración institucional	Viable y alto impacto en la detección de la ERC
4 Comunicación entre los distintos niveles asistenciales	Conocer hasta dónde puede llegar cada nivel asistencial en la atención al paciente con ERC	-Disponibilidad de tiempo de los profesionales sanitarios. -Concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de estas formaciones.	-Especialistas de nefrología -Directores de centro de salud y hospitales	-Recursos digitales para facilitar la interconsulta -Visitas de los médicos de referencia a los centros de AP para poder conocerse presencialmente.	Muy viable y alto impacto
5 Protocolos específicos para cada área de salud o del hospital de referencia de cada centro de salud	Favorecer la continuidad asistencial.	-Cambio en la forma de trabajo de los profesionales sanitarios -Heterogeneidad en la forma de actuar en las distintas áreas sanitarias -Limitación de tiempo y recursos	-Directores de AP -Directores de hospitales -Servicios de Nefrología	-Apoyo institucional -Equipo multidisciplinar -Recursos Tecnológicos -Capacitación de los profesionales sanitarios en los nuevos protocolos	Muy viable y con buenos resultados una vez establecido

6	Escucha activa de las necesidades del paciente con ERC	Mejorar la calidad de la atención al paciente con ERC	-Limitación de recursos -Coordinación y logística de los recursos disponibles	-Asociaciones de pacientes -Médicos de AP -Servicios de Nefrología	-Coordinación interinstitucional	Acción muy viable y con gran repercusión en la calidad de la atención del paciente
7	Reuniones online entre los profesionales de AP y AH	Elaborar protocolos prácticos y simples para tener la información necesaria de manera visual	-Iniciativa de los profesionales sanitarios para elaborar estas fichas	-Profesionales sanitarios de AP -Profesionales sanitarios de AH	-Tiempo de trabajo para realizarlo -Comunicación en las áreas sanitarias en las que cuenten con estos protocolos	Acción muy viable y con alto impacto
8	Dotar de mayor importancia a los profesionales de enfermería	Delegar ciertas tareas que puede realizar el personal de enfermería y optimizar el tiempo de los profesionales de Medicina destinado al diagnóstico y el tratamiento del paciente	-Falta de formación específica -Percepción errónea de roles -Limitación de recursos en el personal disponible	-Especialistas de AP -Otros especialistas del ámbito hospitalario	-Apoyo institucional -Actualización de protocolos -Recursos adicionales: herramientas de cribado, material educativo, acceso a consultas con especialistas	Acción viable y con alto impacto
9	Realizar un cribado retrospectivo	Elaborar un plan de acción para poder abordar a todos los pacientes a los que se les diagnostique la ERC priorizándolo	-Recursos disponibles para atender de manera adecuada a todos los pacientes a los que haya que priorizar la atención.	-Dirección asistencial	-Herramientas de IA que permitan realizar la priorización de pacientes de manera automática	Acción viable y con alto impacto
10	Impulsar campañas de promoción de la salud renal a la población	Promover hábitos de vida saludables y concienciar de la importancia de la prevención de los factores de riesgo	-Falta de conciencia -Falta de los recursos necesarios	-Asociaciones de pacientes -Profesionales sanitarios -Organizaciones de salud pública -Medios de comunicación	-Desarrollo de materiales educativos -Colaboración intersectorial	Acción viable y con alto impacto

Tabla 5: Resumen de las acciones propuestas

A continuación, se muestran el impacto y viabilidad de las acciones propuestas:

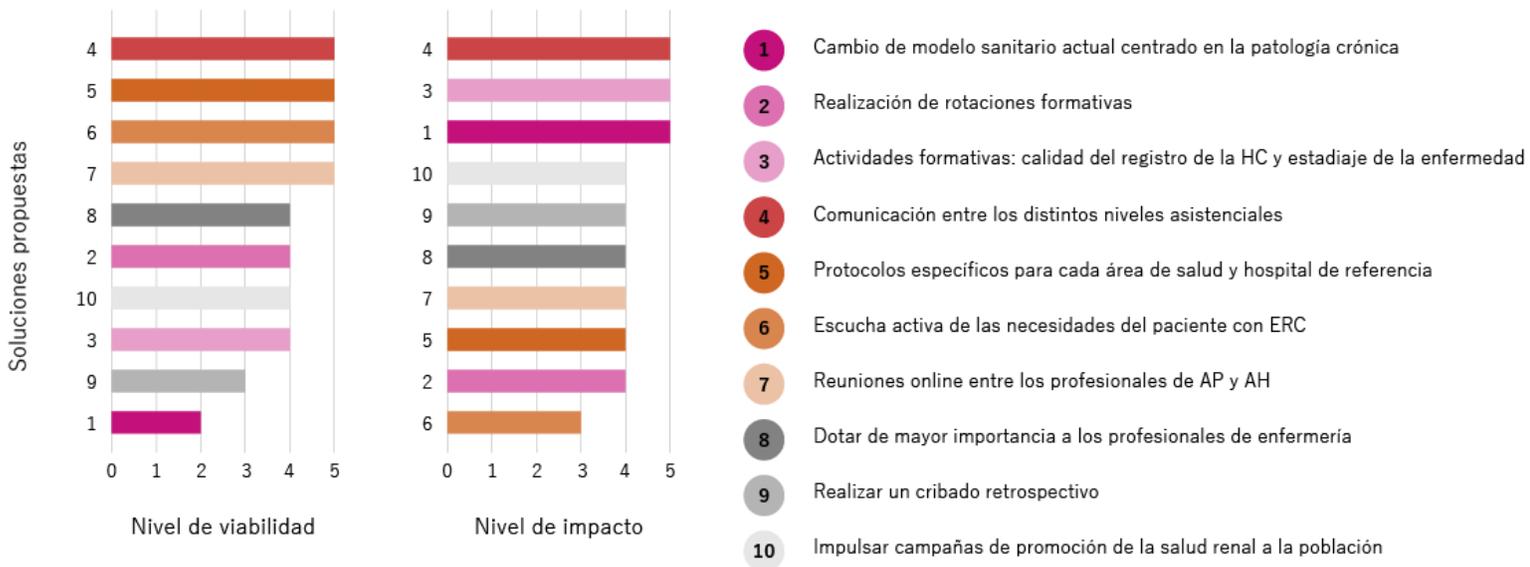


Tabla 6: Viabilidad e impacto de las acciones propuestas

- Cambio del modelo sanitario actual centrado en la patología aguda y ser proactivos en la atención de procesos clínicos crónicos y actividades preventivas.** Se ha propuesto mejorar la detección de la ERC en aquellos pacientes que presentan factores de riesgo. En este tipo de cribado, es fundamental el papel de la **enfermería** para poder realizar el seguimiento y el tratamiento de los pacientes con factores de riesgo e identificar precozmente aquellos que comienzan con ERC. Por otro lado, otro aspecto con el que mejoraría el cribado sería establecer **alarmas en los sistemas de información** para poder detectar aquellos parámetros alterados. Para lograr esta acción, es necesario involucrar a los profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria y a los responsables de los sistemas de información. Esta acción es **muy necesaria** para lograr una detección temprana de la ERC, pero, actualmente, **no es muy viable** ya que, aunque se establezcan alarmas para analizar el FGe y el cociente de albumina - creatinina, nos encontramos con la barrera de la saturación de los profesionales con todas las alarmas y el posible aumento de la presión asistencial.
- Revisión del programa formativo del MIR Y EIR** con el fin de **sensibilizar, concienciar y formación** a los nuevos profesionales sanitarios en la necesidad de realizar un buen cribado de la ERC. Se plantea iniciar esta formación durante el periodo de residencia de los profesionales sanitarios, y al realizar la especialidad de Medicina/Enfermería de familia y comunitaria, incluir rotaciones por el servicio de Nefrología. Los agentes a involucrar en esta acción serían los **encargados de organizar el plan formativo** de ambas especialidades para incluir estos planes formativos. Realizar esta acción es **viable** y sería de gran ayuda para aumentar la concienciación de los nuevos profesionales sanitarios.

3. **Actividades formativas en relación con la calidad del registro de la historia clínica y del estadiaje de la enfermedad** con el objetivo de realizar un correcto registro de la ERC. Los agentes a involucrar serían los profesionales sanitarios implicados en el registro de la ERC. Realizar esta acción es **viable**, la barrera que se puede encontrar es la disponibilidad de tiempo de los profesionales sanitarios pero el **impacto** que puede tener el realizar un correcto registro de la enfermedad es muy **alto** en la detección de la enfermedad.
4. **Potenciar la comunicación entre los distintos niveles asistenciales mediante los diferentes modelos de interconsulta (presencial y teleatención sanitaria)**. Realizando esta acción se permitirá mejorar la colaboración de los profesionales sanitarios en la atención del paciente mediante la elaboración de protocolos prácticos. Los agentes a involucrar para llevar a cabo esta acción son aquellos profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente. Realizar esta acción es **muy viable** y tendría un **alto impacto**, ya que permitiría que hubiera una comunicación más dinámica y fluido entre ambos niveles asistenciales, lo que repercute en mejorar los resultados en salud del paciente y asegurando la equidad y la accesibilidad.
5. Contar con **protocolos específicos en cada área de salud para favorecer la continuidad asistencial, sobre todo al alta hospitalaria, entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria**. Para lograr esta acción, sería necesario involucrar a los directores de Atención Primaria, **directores de Atención Hospitalaria y servicios de Nefrología** para crear conjuntamente el protocolo de actuación. Es un proceso largo pero que a su vez es **muy viable** y con buenos resultados una vez establecido.
6. **Escucha activa de las necesidades del paciente con ERC**. Esta escucha puede realizarse mediante cuestionarios e interlocuciones con los pacientes o representantes de pacientes para descubrir sus necesidades como lo puede ser, por ejemplo, brindar ayuda en el traslado al centro de diálisis mediante ambulancias. Para lograr esta acción habría que involucrar a las **asociaciones de pacientes y a los médicos de Atención Primaria** para buscar canales de comunicación efectivos para lograr una escucha activa de las necesidades del paciente. Esta acción es **muy viable** y tendría una **gran repercusión en la calidad de la atención al paciente**.
7. Realizar **reuniones online entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria** con el objetivo de elaborar **protocolos prácticos y simples** para tener la información necesaria de manera visual. Para llevar a cabo esta acción sería necesario involucrar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Realizar esta acción es **muy viable** y tendría **alto impacto**.
8. **Motivar y favorecer que los profesionales de enfermería** puedan realizar la valoración de pacientes de riesgo e incluirles en la detección y el cribado de la ERC. El objetivo de esta acción es delegar ciertas tareas que puede realizar el personal de enfermería y optimizar el tiempo de los profesionales de Medicina destinado al diagnóstico y el tratamiento del paciente. Para lograr esta acción, es necesario involucrar **a Atención Primaria y la dirección de enfermería**. Esta acción es **viable** y puede tener un **alto impacto** ya que permitiría liberar a los médicos de ciertas tareas que puede realizar el personal de enfermería.
9. Importancia de **realizar un cribado retrospectivo** con el fin de elaborar un plan de acción y poder atender a todos los pacientes a los que se les diagnostique de novo la ERC priorizándolos según su estadiaje. Para realizar esta acción sería necesario involucrar a la **Servicio de Sistemas de Información (DG Salud Digital)** para contar con herramientas de inteligencia artificial que permitan realizar la priorización de pacientes de manera automática. Esta acción es **viable** y tiene **alto impacto**.

10. Impulsar las **campañas de promoción de la salud renal a la población** con el objetivo de promover hábitos de vida saludables y concienciar a la población general de la importancia de la **prevención de los factores de riesgo** que pueden desencadenar ERC. Para realizar esta acción sería necesario involucrar a las asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios involucrados en la atención a personas con ERC, organizaciones de salud pública y a los medios de comunicación. Esta acción es **viable** y de **alto impacto**.

Descubre más sobre interCede



Una vez acceda a la web a través del QR, debe registrarse y hacer “click” en **Actividades/Foros Regionales/Descargar el informe del foro Castilla y León**

MA. 11003.032024

ISBN: 978-84-09-59907-3