

MEMORIA ANUAL DE LA UNIDAD DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA



2023

María Teresa López Picasso
Aida Frías González

Diciembre 2024

ÍNDICE

1. Organización de la Unidad.....	3
1.1. Recursos humanos.....	3
1.2. Recursos materiales.....	3
1.3. Horarios.....	3
2. Registro de actividad asistencial: resultados/indicadores	4
2.1. Actividad asistencial:	4
2.2. Características generales de la población atendida:	4
2.3. Modalidad de tratamiento elegida:	4
2.4. Acceso vascular:	5
2.5. Bajas de consulta:	5
2.6. Vacunación.....	6
2.7. Inicio de terapia renal sustitutiva.....	6
2.8. Actividad NEF-PAL:	7
3. Actividad docente.....	7
4. Actividad investigadora.....	7
5. Conclusiones.....	7
6. Puntos de mejora y plan de actuación 2024:	8

1. Organización de la Unidad

1.1. Recursos humanos.

La unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) del Hospital Universitario Rey Juan Carlos cuenta con los siguientes profesionales:

- **2 nefrólogos:** Aida Frías González y María López Picasso.
- **1 enfermera:** Aitana Hernández Pérez.
- **1 trabajador social:** Rafael Muñoz Ramírez.
- **1 nutricionista:** Cristina Cubas Sánchez-Beato.

Los facultativos médicos de la Unidad pertenecen al servicio de Nefrología del hospital Universitario Rey Juan Carlos de Quirón Salud. Los profesionales de enfermería, trabajo social y nutrición pertenecen a la Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo.

Además, existe seguimiento coordinado con especialistas de otras áreas: Ana Ramos Verde (**nefróloga trasplante renal FJD**), Cristina Vicente (**médico paliativista**), Laura Edith Guerrero Gutiérrez (**psicóloga paliativos**), María Díaz Medina (**enfermera paliativos**), Tomás Bolívar Gómez (**cirujano vascular**), Rocío Avellana Moreno (**cirujana general**).

1.2. Recursos materiales.

- 2 consultas físicas en la planta baja del hospital: consulta 6 (extensión 50284) consulta 6B (extensión 51177).
- 1 sillón para administrar medicación intravenosa.
- 1 aparato de bioimpedancia.
- 1 aparato de ecografía con sonda vascular y abdominal.
- 2 básculas.
- 2 tensiómetros.
- 1 *handgrip*.
- Material didáctico impreso y digital sobre la dieta renal y las terapias sustitutivas renales.

1.3. Horarios.

Las consultas médicas de ERCA se realizan dos días a la semana en horario de mañana (8:30/9:00-14.30). Las consultas de enfermería de ERCA se realizan 5 días a la semana en horario de mañana (9.00-14.00). La consulta de enfermería comparte infraestructura con la Unidad de Diálisis Peritoneal.

Se dispone de 11 horas semanales para atender las consultas médicas de ERCA.

Cada consulta médica (primera o revisión), tiene una duración de 30 minutos y las consultas de enfermería varían entre 20 minutos y 1h dependiendo de la prestación. La frecuencia de las consultas varía entre 3 y 4 meses, necesitando mayor frecuencia de consultas a menor filtrado glomerular estimado (eFG).

2. Registro de actividad asistencial: resultados/indicadores

2.1. Actividad asistencial:

En el año 2023 se han atendido **323** pacientes en la Unidad (incidentes **92**).

2.2. Características generales de la población atendida:

- Edad media: **75** años; > 80 años 157 (48%).
- Sexo: 181 varones (**56%**) y 142 mujeres (44%).
- eFG medio al inicio del seguimiento: **23** mL/min.
- Tiempo medio de seguimiento: **2.8** años.
- Situación basal.

Se ha medido dependencia (escala Barthel) actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody), estado funcional (ECOG), valoración sociofamiliar (Gijón), deterioro cognitivo (SPMSQ de Pfeiffer), estado nutricional (valoración subjetiva global) y fragilidad (escala clínica de fragilidad) a 108 pacientes.

En función de sus resultados se han derivado a:

- Trabajo social (con escala Gijón >10 puntos): **20** pacientes.
- Nutricionista (con valoración subjetiva global B o C): **15** pacientes.

2.3. Modalidad de tratamiento elegida:

- Conservador: **39 (32.7%)** pacientes.
Edad media **86** años.
- Hemodiálisis (HD): **61 (51.2%)** pacientes.
Edad media **71** años.
- Diálisis peritoneal (DP): **19 (16%)** pacientes.
Edad media **65** años.

Se ha cambiado de modalidad respecto a la decisión inicial (redirección) en 12 pacientes (3 de HD a conservador y 9 de DP a HD).

En 2022 la edad media de inicio de terapia renal sustitutiva (TRS) fue 66 años.

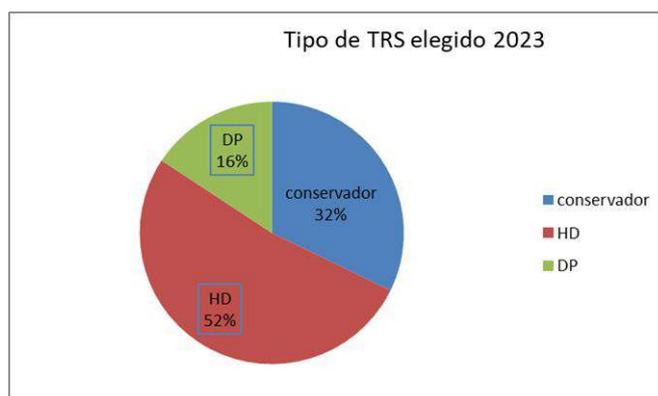


Figure 1. Tipos de TRS elegidos en 2023.

Consulta de toma de decisiones: Se ha realizado en 103 pacientes en el acumulado (de 119 pacientes que tienen la decisión tomada).

Test de elegibilidad: Se ha realizado en 92 pacientes (**89%** del total, **100%** de los que inician TRS)
ACERCA > 90%

2.4. Acceso vascular:

a) Fístula arteriovenosa (FAV):

De 61 pacientes que eligieron HD, **37** pacientes fueron derivados a cirugía vascular y se realizaron **33** FAV en el acumulado.

Los motivos de no realización en los 4 restantes fueron: 1 trasplante renal prediálisis, 1 negativa del paciente, 1 desestimado por cirugía para FAV y 1 inicio no programado.

En el año 2023 se han realizado **12** FAVs (**11** autólogas y **1** protésica).

10 han sido funcionantes (**2** han requerido superficialización), y **2** han presentado fallo primario. El tiempo medio desde la valoración en consulta hasta la cirugía ha sido de **35** días.

b) Catéter venoso central (CVC): 8 pacientes han iniciado mediante CVC en el año 2023.

El inicio de HD a través de FAV supone un 60% en general y un 64.2% en los pacientes con más de 6 meses de seguimiento (78,5% en 2022).

De los **14** pacientes que han iniciado HD con tiempo de seguimiento de mayor de 6 meses, el acceso vascular ha sido FAV en 9 pacientes (**64.2%**) y en 5 un CVC. Si excluimos 2 pacientes de seguimiento cardiorrenal con descompensación, sería el **75%**.

2.5. Bajas de consulta:

Un total de **56** pacientes han finalizado su seguimiento en consulta:

- **27** pacientes por inicio TRS.
- 20 pacientes HD: 12 FAV y 8 CVC.
- 6 DP
- 1 trasplante renal.

Las técnicas no hospitalarias (incluido el trasplante) suponen un **25,9%** de los pacientes que inician TRS.

- **6** pacientes por derivarse a consulta general (mejoría/estabilidad de función renal).
- **1** paciente por derivarse a la consulta de paciente crónico complejo (medicina interna).
- **3** pacientes por traslado a otro centro
- **2** pacientes para seguimiento por paliativos.
- **17** exitus (Mortalidad 5,26%).

2.6. Vacunación.

De los 14 pacientes que han iniciado HD con tiempo de seguimiento de >6 meses, 11 habían completado o iniciado el proceso de vacunación frente al virus de la hepatitis B. En 3 no aplica (100%).

2.7. Inicio de terapia renal sustitutiva.

El **96.3%** de los pacientes incidentes tienen el consentimiento informado firmado antes del inicio de la técnica, solo en un caso de una paciente cardiorrenal con inicio no programado, el consentimiento se firma en la primera semana de tratamiento ya ambulante, tiene no obstante el consentimiento de hemodiálisis aguda.

2.7.1. Incidentes HD:

De los 14 pacientes procedentes de la ERCA con más de 6 meses de seguimiento que han iniciado HD:

- **10** han iniciado de forma programada (71,4%).
- **4** han iniciado de forma no programada (28,6%).

Al **100%** de los pacientes se les ha realizado eco de control de maduración de la FAV antes del inicio del TRS.

2.7.2. Técnicas domiciliarias (DP y HD domiciliaria)

El **25,9%** de los pacientes que han iniciado TRS lo han hecho mediante DP, frente al 12.5% del año previo.

No tenemos posibilidad de ofertar HD domiciliaria. En 2023, 2 pacientes han manifestado esta preferencia.

2.7.3. Tx renal:

Ha habido **1** tx renal de donante cadáver desde ERCA en una paciente que provenía de diálisis con mejoría de la función renal.

De los 27 pacientes que han iniciado TRS en 2023, 9 eran "potenciales candidatos a tx renal". 2 de ellos pertenecían a otra área. Se han enviado a consultas de trasplante para valoración previa al 100% de los pacientes potenciales candidatos que eran de área.

2.8. Actividad NEF-PAL:

39 pacientes han sido dirigidos y manejados de forma conservadora.

- Edad media **86** años.
- A 14 pacientes (**35.8%**) se les ha ofrecido TRS vs conservador, en el 64% restante no se ha ofertado la doble opción, por deterioro cognitivo moderado-severo o funcional importante que contraindican por sí solos el TRS.

De estos 14 pacientes, 5 habían decidido previamente dializarse.

Solo 2 pacientes de los que han escogido tratamiento conservador han pasado por el protocolo de toma de decisiones conjuntas (TDC), de 3 pacientes en total en los que se ha realizado esta consulta.

- Tiempo medio de seguimiento a día de hoy es de **2.8** años.

eFG medio al inicio del seguimiento es de 22 ml/min.

1 paciente han sido dado de baja de consulta para seguimiento exclusivo por el servicio de Paliativos, el **2.5%** de los pacientes con manejo conservador (frente al 20% de 2022).

- 9 pacientes han fallecido en este periodo, el **23%**.
- Ninguno de los pacientes que siendo adecuadamente informado eligió tratamiento conservador, ha mostrado dudas al respecto en el curso de su seguimiento ni se ha redirigido hacia TRS posteriormente.

3. Actividad docente.

La Unidad recibe médicos rotantes de otras especialidades, especialmente de Medicina interna. Además de la formación universitaria de médicos de la universidad Rey Juan Carlos y de enfermería de la universidad Europea.

4. Actividad investigadora.

Durante el año 2023 la Unidad ha participado en el proyecto **SENGEN** con la inclusión de pacientes y colaborado en el diseño y puesta en marcha del **proyecto ERCAV**.

5. Conclusiones.

1. Se han incorporado la **valoración nutricional y social** especializada a partir de octubre de 2023, así como la consulta reglada de vacunación para un manejo integral del paciente renal.
2. Para la adecuada toma de decisiones sobre el manejo de la ERCA es importante el **seguimiento en consulta ERCA** tanto médico como de enfermería con el tiempo suficiente de establecer una adecuada relación entre el paciente y el personal sanitario, así como concienciar de la enfermedad y detectar los factores sociales, médicos y personales que ayuden a dirigir o acompañar al paciente en uno u otro camino al respecto.
3. En este año se han incorporado a la **valoración de enfermería** diferentes escalas (fragilidad, riesgo de desnutrición, IC...) con el fin de aportar información objetiva que permita hacer una mejor selección de los pacientes de cara a TRS vs conservador, sin embargo, no ha aumentado el número de TDC probablemente porque no existe una prestación común para citarlas y porque no ha habido demasiados casos con esta dificultad.

6. Puntos de mejora y plan de actuación 2024:

1. **Valoración reglada** mediante escalas de fragilidad, dependencia, riesgo social, desnutrición, dolor y deterioro cognitivo.
2. Acceso vascular e inicio programado de TRS (**proyecto ERCAV**):
 - Reuniones de seguimiento con cx. Vascular: optimizar los tiempos... sobre todo en el paciente que requiere un segundo tiempo quirúrgico.
 - Adelantarnos en mujeres, SCR, no cumplidor...
 - Mapeo en ERCA.
3. NEF-PAL: **Proyecto CARE 4H.**
4. Otros objetivos ACERCA:
 - Teleasistencia
 - Formación
 - Investigación
5. Otras cuestiones prácticas:
 - Comprobar área
 - Formulario ERCA, registro automático, cálculo de indicadores...