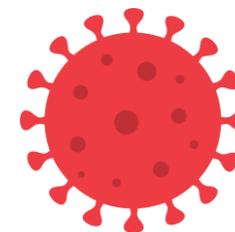


PROYECTO

ATeide

Diseño y mejora del proceso asistencial del paciente con Anemia asociada a la Enfermedad Renal Crónica tras la situación de pandemia



Avalado por:



Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición de la S.E.N.

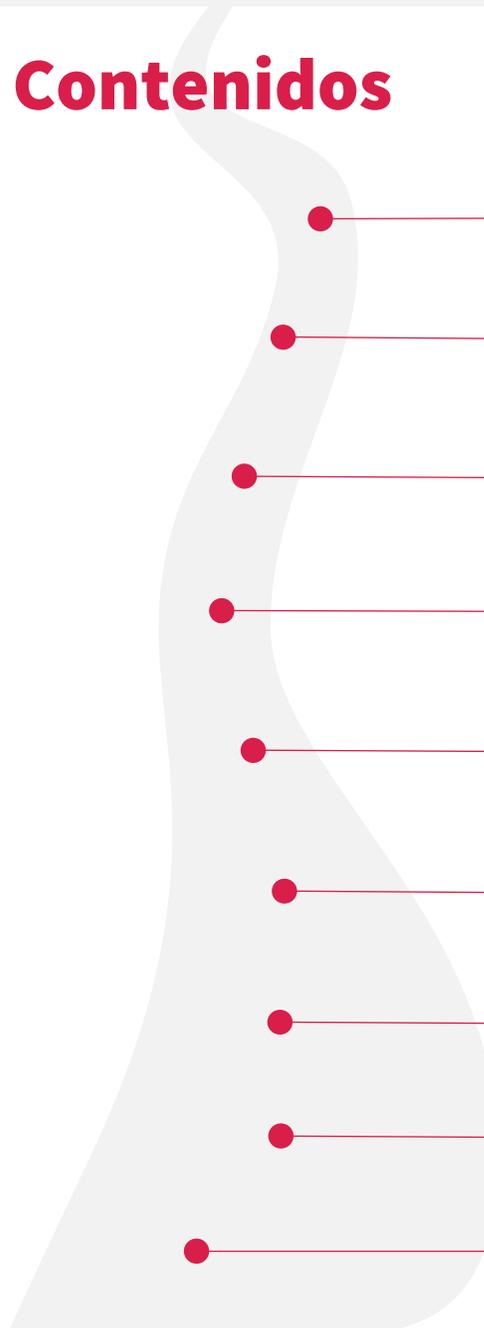
Aval de Calidad y Garantía

Principales abreviaturas

AA. PP	Asociaciones de Pacientes
AEE	Agentes Estimuladores de la Eritropoyetina
AP	Atención Primaria
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ERCA	Enfermedad Renal Crónica Avanzada
Fe	Hierro
FH	Farmacia Hospitalaria
Hb	Hemoglobina
HCC	Historia Clínica Compartida
IV	Intravenoso
ND	No diálisis
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TRS	Terapia Renal Sustitutiva



Contenidos

- 
- **OBJETIVOS** *(pág. 5)*
 - **METODOLOGÍA** *(pág. 6)*
 - **PARTICIPANTES** *(pág. 7)*
 - **SITUACIÓN ACTUAL Y OPORTUNIDADES DE MEJORA** *(pág. 10)*
 - **RECORRIDO DEL PACIENTE EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO** *(pág. 20)*
 - **LÍNEAS DE ACTUACIÓN** *(pág. 23)*
 - **INDICADORES** *(pág. 33)*
 - **CONCLUSIONES DE LOS ASPECTOS CLAVE** *(pág. 36)*
 - **VISIÓN DE LOS PERFILES PROFESIONALES IMPLICADOS** *(pág. 39)*

Objetivos



DEFINICIÓN Y MEJORA DEL RECORRIDO DEL PACIENTE CON ANEMIA ASOCIADA A LA ERC TRAS LA SITUACIÓN DE PANDEMIA, INCORPORANDO ASPECTOS DE GESTIÓN, CLÍNICOS, HUMANÍSTICOS Y ECONÓMICOS QUE IMPACTAN EN DICHO RECORRIDO.

Objetivos específicos

1

Elaboración, validación y rediseño del **recorrido** del paciente desde una perspectiva integral.

2

Identificación de la situación actual, necesidades y oportunidades de **mejora** en relación a aspectos de gestión, clínicos, humanísticos y económicos.

3

Identificación y priorización de **líneas de actuación y acciones** concretas para la implantación del proceso asistencial óptimo del paciente.

4

Identificación de **aspectos clave** para la implantación del recorrido asistencial óptimo del paciente.

5

Elaboración de una **propuesta de indicadores** que permita valorar la implantación del proceso asistencial óptimo del paciente.

Metodología



1 IMPLICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

 **Composición e involucración del Comité Asesor y Panel de Expertos.**

Comité Asesor: participación en todas las actividades metodológicas del proyecto y en la validación del documento.

Panel de expertos: participación en las entrevistas.



Participantes



Los integrantes del Comité Asesor y del Panel de expertos configuran un grupo de trabajo **multidisciplinar**, con **experiencia de trabajo** en el marco de la ERC o la anemia renal.

COMITÉ ASESOR	
Ana Isabel Aguilera	Enfermera del servicio de Nefrología del C.A.U. de León. Comité Científico de SEDEN.
Beatriz Bayés	Directora del Instituto Clínico de Nefrología y Urología del Hospital Clínic de Barcelona.
Miguel Ángel Calleja	Jefe de servicio de FH en el Hospital Virgen Macarena. Ex Presidente de la SEFH.
Juan Carlos Julián	Director general de la federación nacional de asociaciones ALCER e Investigador en el área de metodología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.
Julio Mayol	Director médico en el Hospital Clínico San Carlos.
Beatriz País	Subdirectora de calidad, humanización y atención al paciente en el Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.
José María Portolés	Jefe del servicio de Nefrología del Hospital Puerta de Hierro. Coordinador nacional del grupo de trabajo de anemia de la S.E.N.
Patricia de Sequera	Jefa del servicio de Nefrología del Hospital Infanta Leonor (Madrid) Presidenta de la S.E.N.
Salvador Tranche	Médico de Familia en centro de salud del SESPA (Asturias). Presidente de la SEMFyC.
Luis Verde	Director Gerente del Complejo Universitario de A Coruña (Galicia).

PANEL DE EXPERTOS	
Ángel Abad	Gerente adjunto de procesos asistenciales de hospitales del SERMAS (Madrid).
Manuel Bayona	Gerente del área V de salud del SESPA (Asturias). Presidente de SEDAP.
Rodrigo Gutiérrez	Asesor en dirección general de calidad y humanización de la asistencia sanitaria de Castilla La Mancha (Castilla-La Mancha).
Jordi Nicolás Picó	Farmacéutico Hospitalario del Hospital Universitari Mutua Terrasa (Barcelona). Vicepresidente de la SEFH.
Ana Peña	Enfermera del servicio de Nefrología del Hospital Universitario Doctor Negrín de Las Palmas.
José García Polo	Médico de Familia y Comunitaria del centro de Salud de Cáceres. Presidente de SEMERGEN.
Mario Prieto	Jefe del servicio de Nefrología del C.A.U. de León. Coordinador nacional del proyecto ACERCA.

Abreviaturas: ACERCA: Acreditación de Calidad de las Unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada; ALCER: Asociaciones para la Lucha Contra la Enfermedad Renal; C.A.U: Complejo Asistencial Universitario; FH: Farmacia Hospitalaria; SEDAP: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria; SEDEN: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; SEMFyC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; S.E.N.: Sociedad Española de Nefrología; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias;



Metodología

1 IMPLICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

 **Composición e involucración del Comité Asesor y Panel de Expertos.**

Comité Asesor: participación en todas las actividades metodológicas del proyecto y en la validación del documento.

Panel de expertos: participación en las entrevistas.

3 DOCUMENTO FINAL

 **Elaboración y validación del documento final por parte del Comité Asesor.**



2 DESARROLLO Y CONSENSO

Fase 2a

-  **Revisión bibliográfica.**
-  **Realización de entrevistas con el Comité Asesor y Panel de Expertos.**
-  **Elaboración del recorrido actual y óptimo desde una visión integral.**
-  Identificación de **necesidades y oportunidades de mejora.**
-  **Taller de trabajo de validación.**

Fase 2b

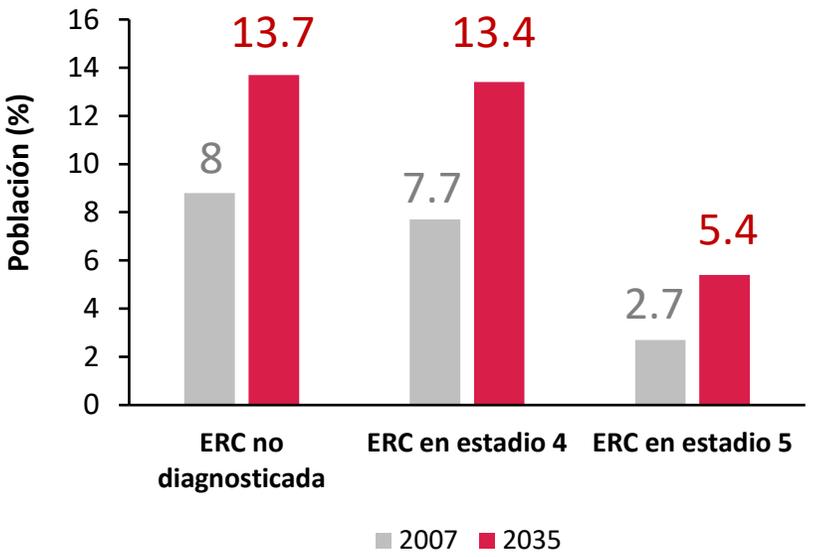
-  **Identificación y priorización de las líneas de actuación y acciones.**
-  **Definición de indicadores.**
-  **Taller de trabajo de validación.**

Introducción y contexto de la ERC y la anemia asociada a la ERC (I)

La **enfermedad renal crónica (ERC)** es una condición que afecta a la estructura y función renal¹, siendo un **problema de salud global**, especialmente en los estadios 4-5, que cursan con un descenso grave de la función renal².

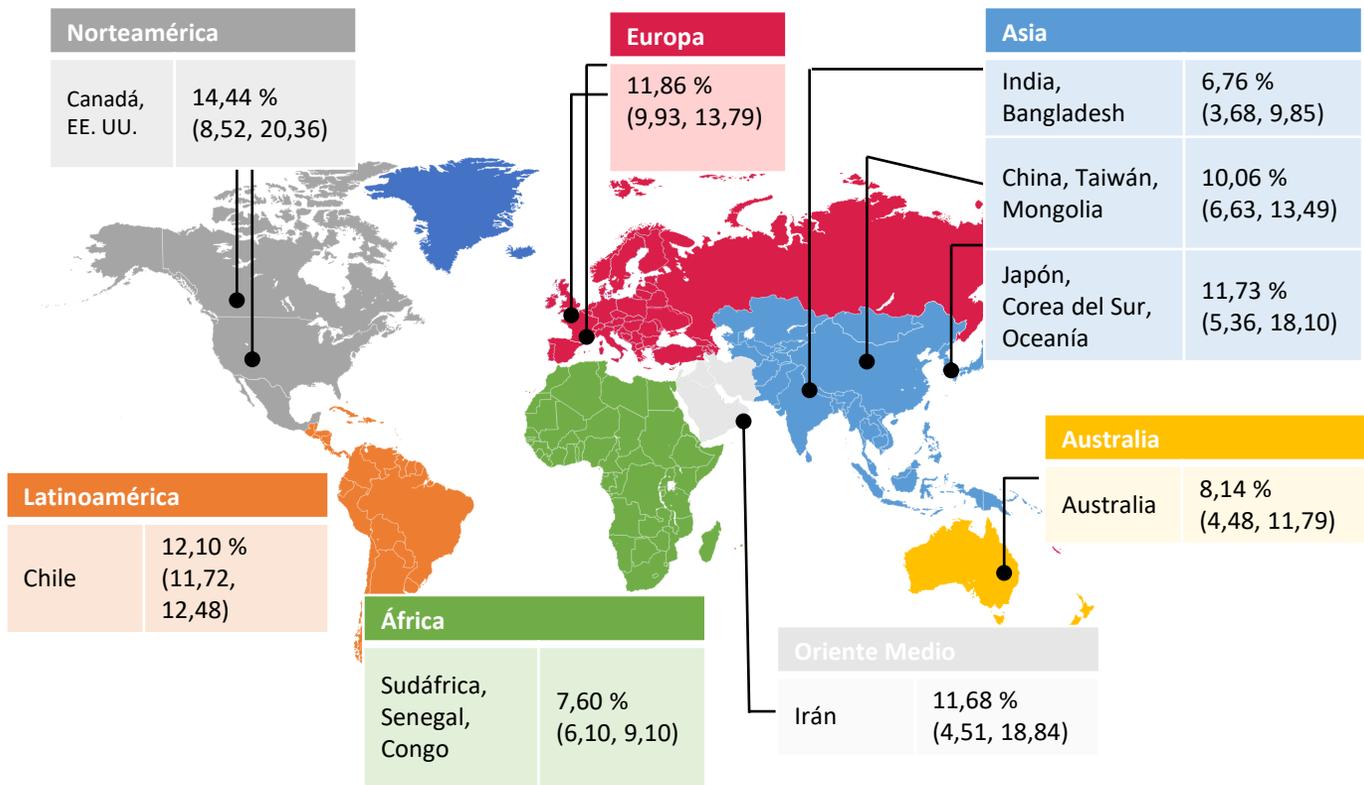
Prevalencia prevista de la ERC

no diagnosticada y de la ERC en estadios 4 y 5



Fuente: Wong LY, et al. Int J Nephrol 2018³

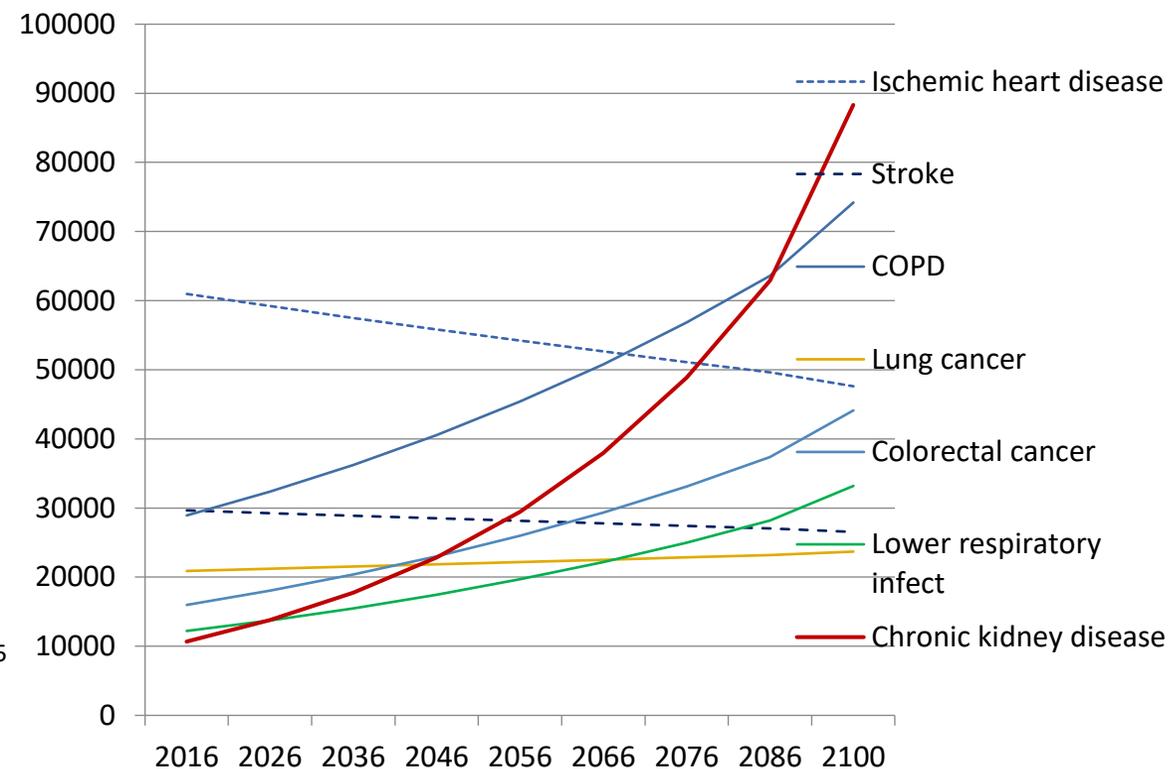
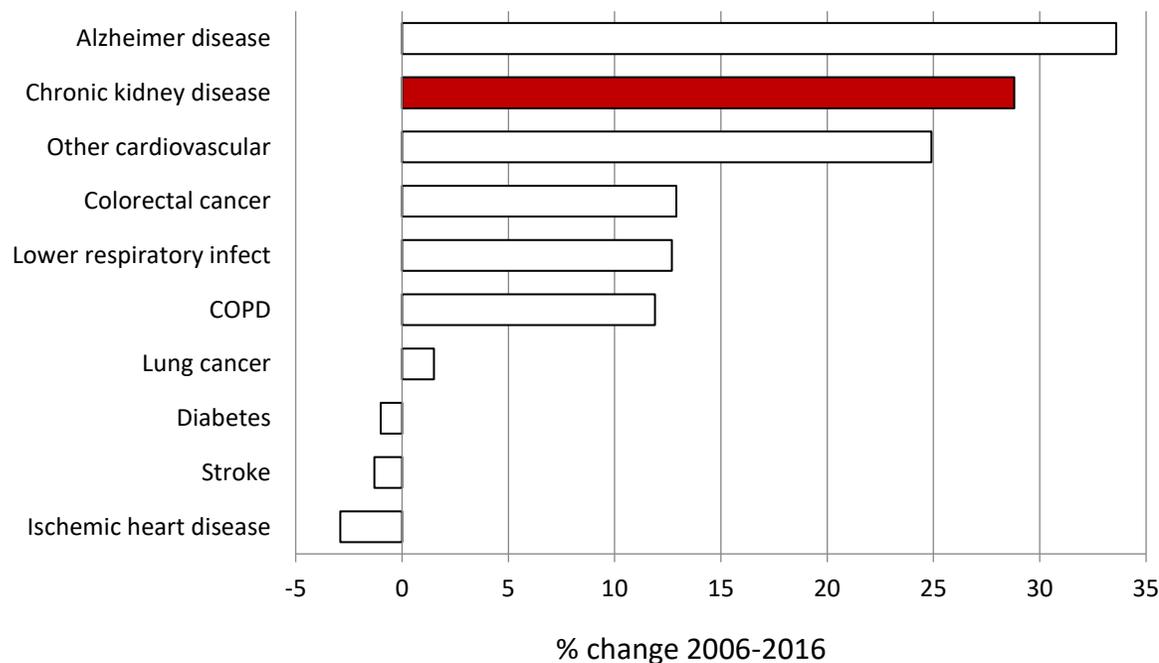
Metaanálisis que estima la prevalencia mundial de la ERC (estadios 3-5)



Fuente: Hill NR, et al. PLoS One 2016⁴

Introducción y contexto de la ERC y la anemia asociada a la ERC (II)

Entre las diez principales causas de muerte, la **ERC** fue la de **mayor crecimiento entre 2006 y 2016**, después de la enfermedad de Alzheimer según el informe GBD 2016. Al ritmo actual de crecimiento, la ERC será **la 2ª causa de †** en España en 2100.



Introducción y contexto de la ERC y la anemia asociada a la ERC (III)

La anemia asociada a la ERC es una complicación frecuente de la ERC¹²⁻¹⁶, con implicaciones significativas en la calidad de vida del paciente¹⁰⁻¹² y aumento en la morbimortalidad⁵, que requiere de una optimización de su proceso asistencial y de un acercamiento de la atención sanitaria al paciente.



La anemia asociada a la ERC está relacionada, principalmente, con la inadecuada producción de eritropoyetina por el riñón¹, debido a una condición que afecta a la estructura y función renal (ERC), sumado a otros factores^{5,6}.



Se manifiesta con⁷:

- Debilidad.
- Fatiga.
- Palpitaciones.
- Dificultad para respirar.
- Letargia
- Alteraciones del sueño.

Además, puede estar asociada a síntomas depresivos⁸ y de ansiedad⁹.



- La anemia asociada a la ERC está presente en 1 de cada 5 pacientes con ERC¹³.
- Su gravedad y prevalencia aumentan a medida que el deterioro de la función renal progresa¹³: la prevalencia de la anemia en pacientes con ERC en estadio 3 es del 30% al 40%^{10,14-16}, mientras que en pacientes con ERC en estadio 5 puede alcanzar el 90%¹²⁻¹⁴.

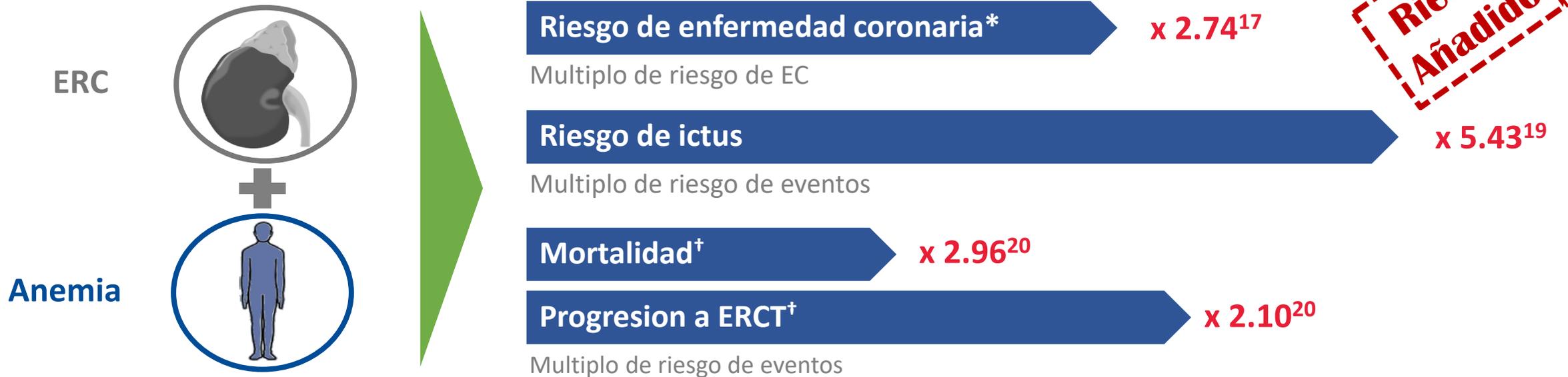


- La anemia asociada a la ERC aumenta el riesgo de morbimortalidad y la progresión de la enfermedad renal⁵.
- Además, disminuye la calidad de vida del paciente, pues interfiere con la vida cotidiana, la actividad física, el cuidado personal¹⁰ y la vida laboral^{11,12}.

Anemia en la ERC: Un amplificador de riesgo de eventos adversos



La **anemia** en la enfermedad renal crónica se asocia con un **mayor riesgo** de enfermedad coronaria^{17,18}, mayor riesgo de accidente cerebrovascular¹⁹, mortalidad y progresión a ERCT²⁰⁻²²

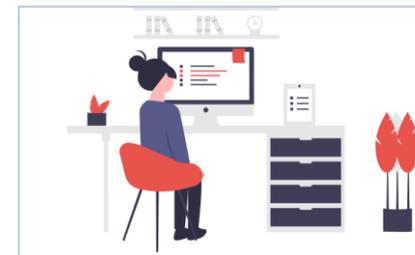


- Duplica eventos coronarios (por 1000 personas-año) de acuerdo con los niveles de Cr sérica y Hb (anémicos 18.45, no anémicos 5.48) (Hb <12 g / dL para ♀, <13 g / dL para ♂, Cr sérica ≥ 1.2 mg / dL para ♀, ≥1.5 mg / dL para ♂) (8.674.7 personas-año de seguimiento); datos derivados de la cohorte del estudio ARIC (USA, N = 13,329)¹⁷. † Razón de riesgo (IC 95%) para la mortalidad por todas las causas (2,06 (1,35-3,13)) y para la ERCT (2,96 (1,70-5,14)), pacientes con Hb promediada en el tiempo de <11,0 g / l. (N = 174) frente a Hb > 130 g / l (N = 262); datos derivados de registros médicos de pacientes de una clínica de nefrología (1990-2004)²⁰.
- EC, enfermedad coronaria del corazón; ERCT, enfermedad renal crónica terminal

Situación actual y oportunidades de mejora



Aspectos de gestión



Aspectos clínicos



Aspectos humanísticos y de calidad de vida



Aspectos económicos



Situación actual y oportunidades de mejora



Aspectos de gestión

Situación actual

- Según los expertos, el proceso asistencial del paciente con anemia asociada a ERC debe estar **integrado en el proceso asistencial de la ERC, orientado a resultados en salud y calidad de vida y ser adaptable** a las distintas realidades sanitarias.
- Los **cuellos de botella** identificados pueden tener repercusión en el **infradiagnóstico** (falta de visibilidad y conocimiento a nivel sanitario y social), el **infratratamiento** (posible retraso en el inicio del tratamiento) y en el **seguimiento compartido** (falta de coordinación y continuidad asistencial)

Necesidades y oportunidades de mejora

Potenciar la **visibilidad y formación** de la anemia asociada a ERC entre los profesionales sanitarios.

Establecer **canales de comunicación y coordinación** entre AP y Nefrología.

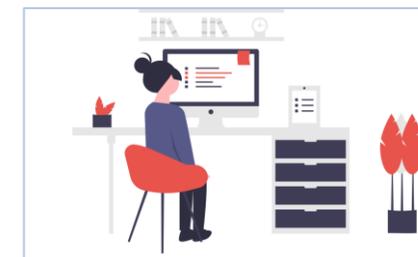
Potenciar el **uso de las TICs y la atención domiciliaria**, así como los **sistemas de información**.

Potenciar el **apoyo social**.

Establecer **protocolos comunes** para la mejora de la coordinación en la derivación.

Promover el **trabajo multidisciplinar**.

Establecer **indicadores de resultados en salud**.



Situación actual y oportunidades de mejora



Aspectos clínicos

Situación actual

- El **diagnóstico** de la anemia asociada a ERC se considera un diagnóstico de **exclusión**^{6,23}. Se incluye, entre otras, el estudio hematológico completo, valoración del nivel de ferritina, índice de saturación de la transferrina, niveles de vitamina B12 y de ácido fólico⁶.
- El **tratamiento es individualizado**, según el estadio y la situación del paciente. Se divide en la administración de hierro (vía oral o intravenosa) y de AEE (vía intravenosa o subcutánea)⁶.

Necesidades y oportunidades de mejora

Garantizar el **acceso y realizar el estudio hematológico completo y perfil férrico** en paciente con sospecha.

Educar a los pacientes y **mejorar la información** proporcionada.

Fomentar la instauración de un **tratamiento adecuado, individualizado y adaptado** en todos los estadios.

Tener en cuenta en un futuro las **alternativas terapéuticas vía oral**.

Realizar una **adecuada monitorización de la hemoglobina** en todos los estadios de la anemia asociada a ERC.

Valorar implantar una **consulta no presencial AP – Nefrología** y promover el **seguimiento compartido**.

Fomentar el desarrollo e implementación de **protocolos consensuados** (diagnóstico, tratamiento, derivación).



Situación actual y oportunidades de mejora



Aspectos humanísticos y de calidad de vida

Situación actual

- Se han desarrollado **iniciativas a nivel nacional y autonómico** para **impulsar la humanización en la asistencia sanitaria**, algunas de ellas en el marco de la ERC.
- La **telemedicina** puede reducir los desplazamientos al hospital y el absentismo laboral y mejorar la conciliación de las actividades cotidianas; así como ofrecer flexibilidad en la dispensación de la medicación²⁴⁻²⁶.
- Un **mal control de la anemia** está asociado con una **disminución en la calidad de vida** en los pacientes con ERC²⁷.

Necesidades y oportunidades de mejora

Ofrecer **información a los pacientes** sobre los síntomas y repercusión de la anemia en su calidad de vida.

Fomentar la **toma de decisiones compartida**.

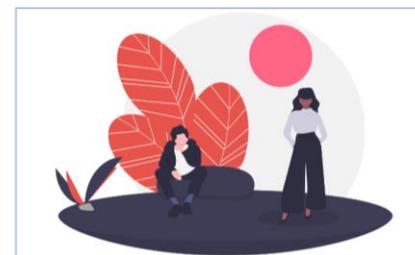
Fomentar la **atención sanitaria a distancia**.

Definir e implementar **indicadores de calidad de vida consensuados**.

Individualizar los tratamientos y su vía de administración a la situación del paciente.

Realizar formación y **educación a los pacientes sobre las alternativas terapéuticas** y su manejo.

Acondicionar espacios para la atención de los pacientes.



Situación actual y oportunidades de mejora



Aspectos económicos

Situación actual

- La ERC supone un **elevado coste socioeconómico** para el Sistema Nacional de Salud²⁸. La anemia asociada a la ERC **no tratada adecuadamente** conlleva **mayores costes y recursos hospitalarios**²⁷.
- La ERC se asocia a un \uparrow tasa de desempleo y absentismo laboral, entre otros factores responsables figura un tratamiento inadecuado de la anemia y la modalidad de TRS.
- Los pacientes con mayor daño renal, edad avanzada y comorbilidades son aquellos con **mayor impacto económico**.

Necesidades y oportunidades de mejora

Potenciar **programas de prevención de la ERC** y sus factores de riesgo.

Fomentar la indicación de **terapias coste-efectivas**.

Promover la **entrega de medicamentos** a distancia.

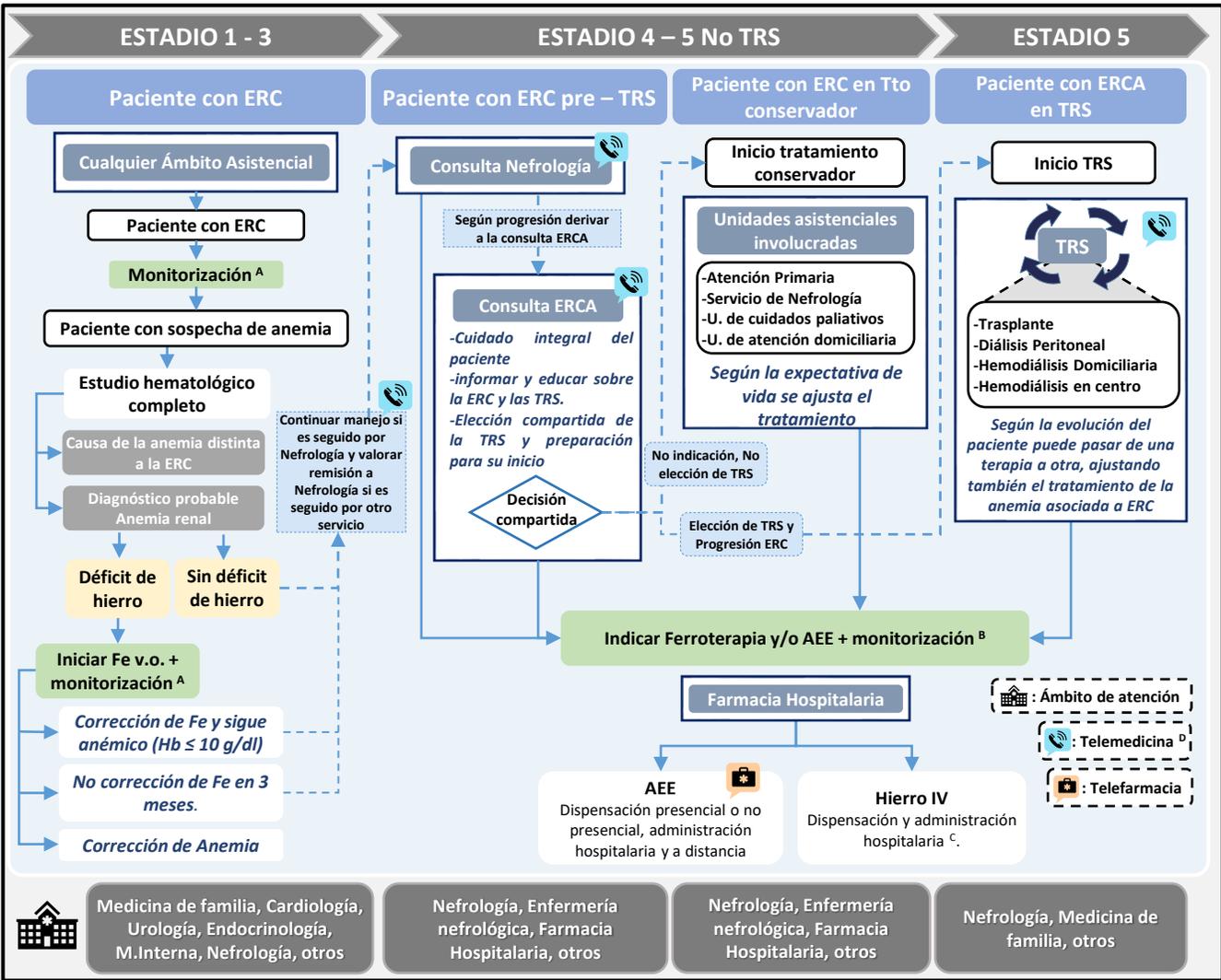
Reforzar la **educación y formación** del paciente.

Fomentar el **uso de las técnicas de diálisis domiciliarias**.

Fomentar la **atención no presencial**, a través del uso de la **telemedicina**.



Recorrido del paciente en el proceso asistencial óptimo



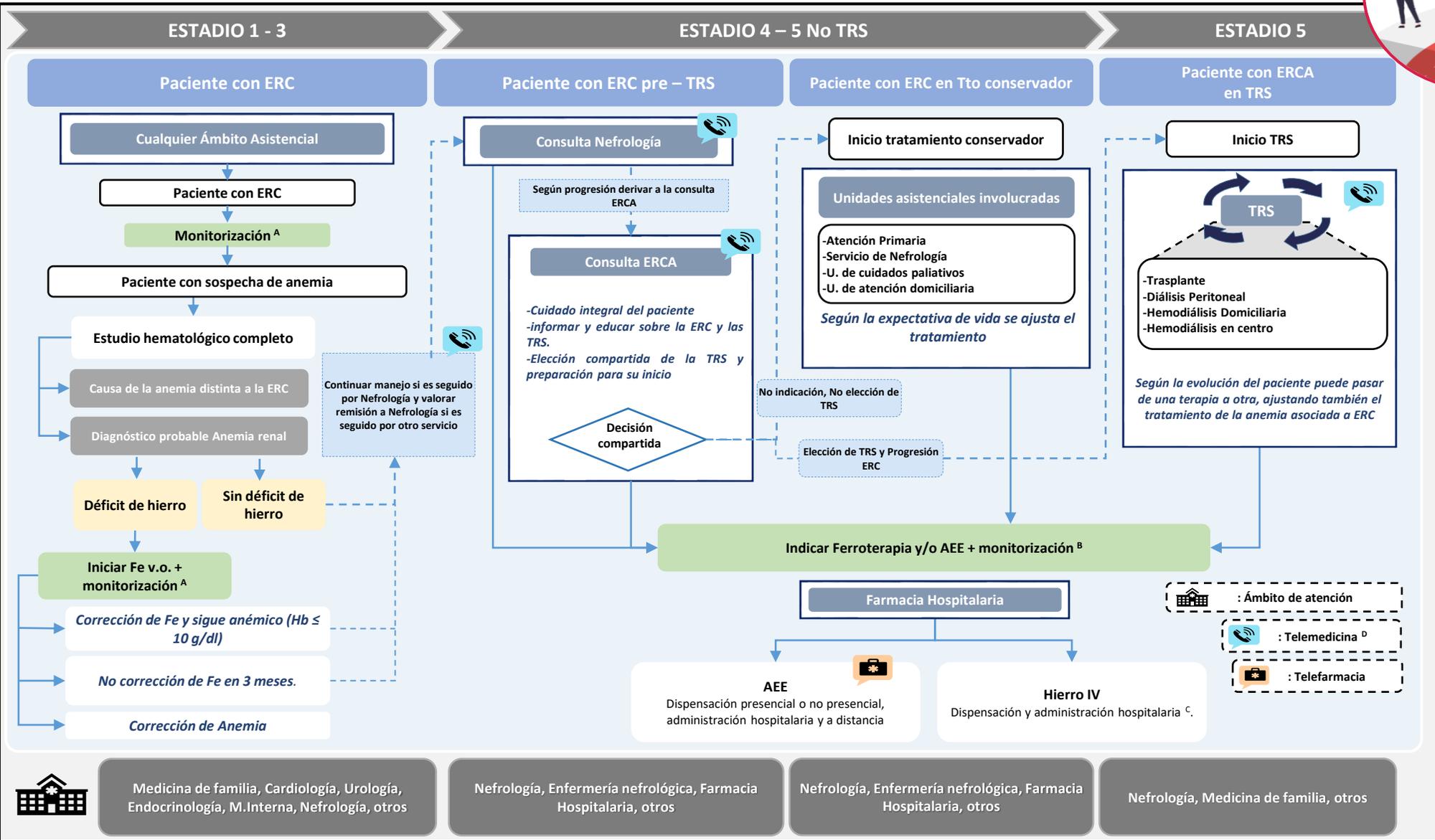
Teniendo en cuenta los aspectos clínicos, de gestión, humanísticos y de calidad de vida y económicos analizados, se definió el **proceso asistencial óptimo del paciente con anemia asociada a la ERC.**

^A: Monitorización según la situación clínica del paciente. ^B: Monitorización y tratamiento en función de las características y necesidades del paciente. ^C: La administración hospitalaria se suele realizar en el hospital de día u hospital de día nefrológico. Si bien, podría plantearse la administración domiciliaria en unidades de hospitalización domiciliaria que cuenten con los recursos asistenciales necesarios para abordar una reacción anafiláctica grave²⁵. ^D: Considerar el uso de las tecnologías de la información y comunicación para la atención sanitaria y farmacéutica a distancia, de acuerdo a la situación y características del paciente.

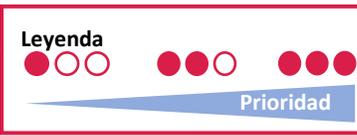
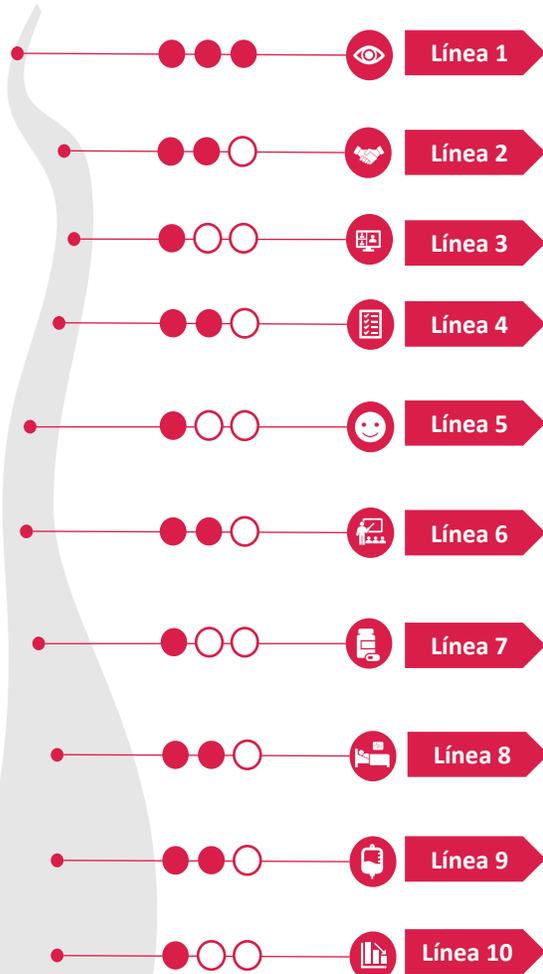
Abreviaturas: ERC: Enfermedad Renal Crónica; Fe: Hierro; Hb: Hemoglobina; ND: No Diálisis; TRS: Terapia Renal Sustitutiva; IV: Intravenoso.

Fuente: Elaboración propia a partir de Cases A., et al (2018)⁶, KDIGO (2012)²⁹, Casanovas C., et al (2020)³⁰ y las consideraciones de los expertos

Recorrido del paciente en el proceso asistencial óptimo



10 Líneas de actuación



Todas las líneas de actuación fueron categorizadas en rangos de **impacto y factibilidad alta/medio alta**, si bien, las líneas 1 y 6 fueron las más prioritarias.

18 indicadores

Estructura

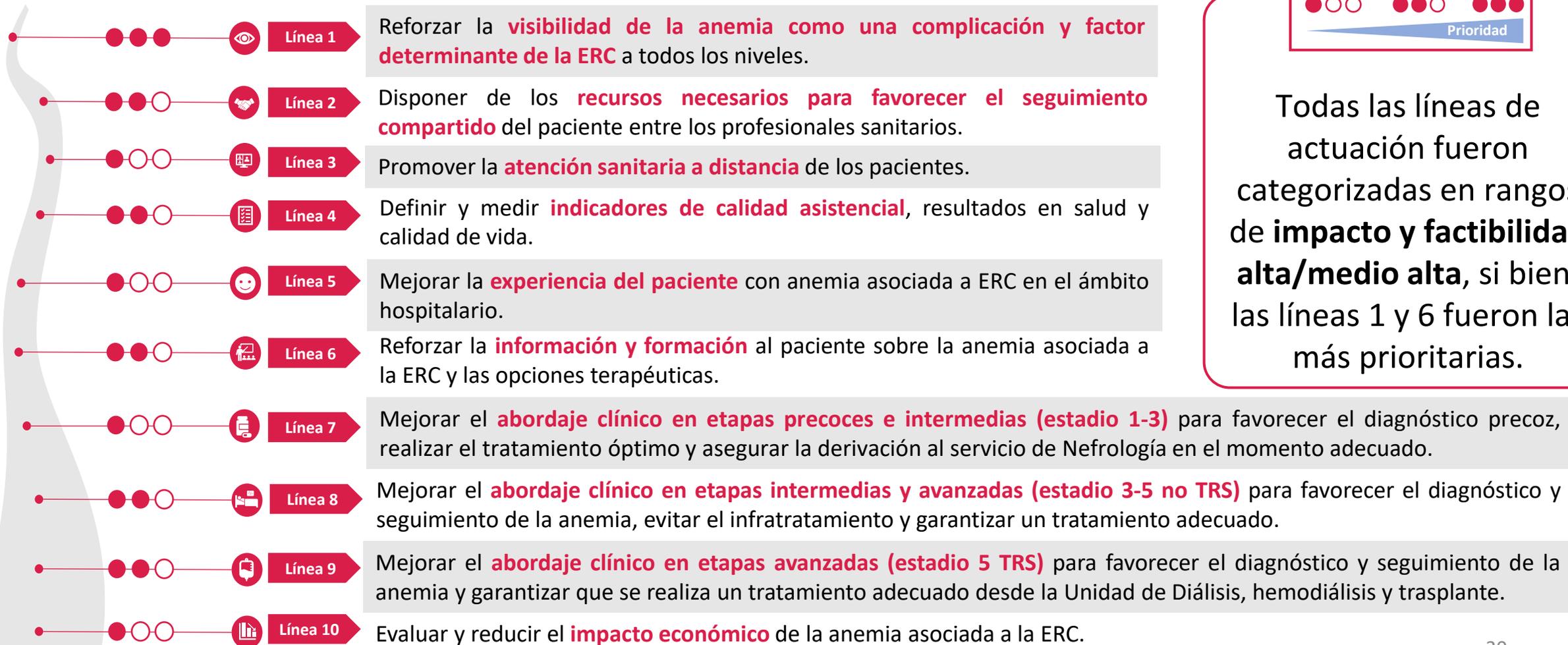
Proceso

Resultado

- ➔ dirigidos a evaluar la implementación del proceso asistencial óptimo, a partir de las líneas de actuación y acciones definidas.

Líneas de actuación

A partir del diseño del recorrido óptimo del paciente con anemia asociada a ERC se identificaron y priorizaron **10 líneas de actuación** para la mejora del proceso asistencial, junto con **acciones concretas** para su ejecución.




Línea 1

Reforzar la visibilidad de la anemia

en los pacientes con ERC, los profesionales sanitarios y la sociedad en general como una complicación y factor determinante de la ERC con repercusión en la morbilidad y en la calidad de la vida.

ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Realización de **actividades de concienciación y sensibilización dirigidas a pacientes con anemia asociada a ERC.**

- Gestión, Humanización
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH, AA. PP



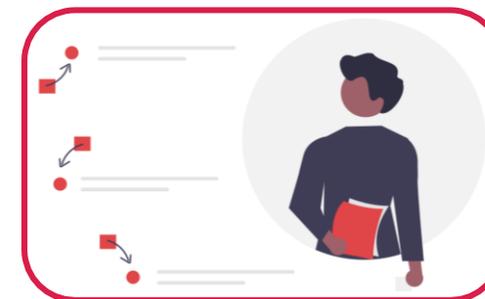
Realización de **programas de prevención a nivel regional** sobre la anemia asociada a ERC³¹.

- Gestión
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH



Realización de **programas de formación a los profesionales sanitarios.**

- Gestión, Clínico
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH



Estas iniciativas deben ser **multicanal**, para aumentar su difusión y alcance.


Línea 2

Disponer de los recursos necesarios, tecnológicos y humanos



para favorecer el seguimiento compartido del paciente con anemia asociada a ERC entre los profesionales sanitarios.

ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Configuración de **equipos de trabajo multidisciplinares**, que colaboren de manera **conjunta** con **planes de trabajo consensuados**.

- Gestión, Clínico
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería Nefrológica, Enfermería AP, FH, Otros Servicios, Trabajo Social



Definir **planes de acción, protocolos y/o procedimientos** para el paciente con anemia asociada a ERC.

- Gestión, Clínico
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería Nefrológica, FH, Otros Servicios, Trabajo Social



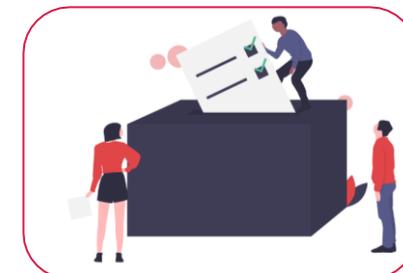
Implementar **sistemas de información**, como la **Historia Clínica Electrónica o Receta Electrónica** que permitan la **coordinación asistencial** y el **acceso multifocal** a la información clínica y terapéutica del paciente.

- Gestión, Clínico
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH, Farmacia Comunitaria



Establecer **herramientas de e-consulta** entre los profesionales sanitarios implicados.

- Gestión, Clínico
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería Nefrológica, FH, Otros Servicios



Estos recursos deben proporcionarse **desde la Administración sanitaria, a nivel regional.**


Línea 3

Promover la atención sanitaria a distancia de los pacientes con anemia asociada a la ERC

a través del uso de las TIC y la indicación de alternativas terapéuticas de manejo domiciliario, con el objetivo de alejar al paciente del hospital, más aun teniendo en cuenta el contexto de la COVID-19 y ofrecer una atención integrada.

ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Disponer de **herramientas de telemedicina** para facilitar la comunicación con los pacientes.

🎯 Gestión, Clínico, Humanización, Económico

👤 Gerencia, AP, Nefrología



Disponer de **herramientas de telefarmacia** para facilitar el seguimiento farmacoterapéutico y la dispensación de medicamentos a distancia.

🎯 Gestión, Clínico, Humanización, Económico

👤 Gerencia, FH, Farmacia AP



Impulsar un **protocolo** para la **inclusión de pacientes en un programa de telemedicina y/o telefarmacia**.

🎯 Gestión, Clínico, Humanización, Económico

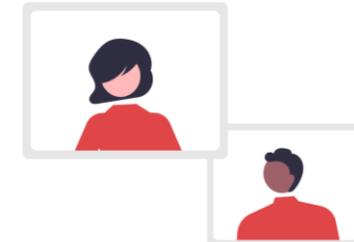
👤 Gerencia, FH, Farmacia AP



Promover la indicación de **alternativas terapéuticas** para la anemia asociada a la ERC, que permitan el **manejo domiciliario (terapias orales/autoadministrables)**

🎯 Gestión, Clínico, Humanización, Económico

👤 Nefrología, FH



Las herramientas indicadas deben utilizarse de manera **individualizada²⁴**.

Se debe mantener un **equilibrio entre la atención telemática y presencial**.


Línea 4

Definir y medir indicadores de calidad asistencial, resultados en salud y calidad de vida

que permitan identificar e implementar acciones de mejora en la atención del paciente con anemia asociada a ERC.

ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Definir y realizar un **seguimiento de indicadores de calidad asistencial y resultados en salud, adaptados** a los objetivos y situación de cada organización sanitaria.

- Gestión, Clínico, Económico
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH



Realizar **cuestionarios validados de calidad de vida**^{32,33}.

- Gestión, Clínico, Humanización
- Nefrología, AP, Enfermería, FH



Elaborar y realizar una **encuesta de satisfacción**.

- Gestión, Clínico, Humanización
- Nefrología, AP, FH



Implementación de **herramientas tecnológicas o digitales** que permitan la **evaluación en tiempo real**.

- Gestión, Clínico, Humanización, Económico
- Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH


Línea 5

Mejorar la experiencia del paciente con anemia asociada a ERC

en el ámbito hospitalario o centros sanitarios.

ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Acondicionar espacios (Hospital de Día, consulta ERCA, sala de hemodiálisis)

- Humanización
- Gerencia, Nefrología, Enfermería



Coordinar las visitas presenciales para **reducir los desplazamientos** del paciente y facilitar la **conciliación de su vida diaria**.

- Humanización
- Gerencia, Nefrología, Enfermería, FH



Realización de **actividades para mejorar la experiencia del paciente** (talleres de trabajo, programas de paciente experto, otros^{34,35})

- Humanización
- Gerencia, Nefrología, AP, Enfermería, FH


Línea 6

Reforzar la información y formación al paciente



sobre la anemia asociada a la ERC y las opciones terapéuticas disponibles para optimizar el manejo de la enfermedad y fomentar la toma de decisiones compartidas.

ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Los profesionales sanitarios deben ofrecer a los pacientes **materiales de información y educación** sobre qué es la anemia, los síntomas de la anemia y las consecuencias de un mal manejo^{6,23}.

- Clínico, Humanización
- AP, Nefrología, Enfermería



Realizar **formación sobre el manejo de la medicación** a pacientes y cuidadores.

- Clínico, Humanización
- AP, Nefrología, Enfermería, FH



Disponer de **herramientas para evaluar el conocimiento adquirido** por el paciente.

- Clínico, Humanización
- AP, Nefrología, Enfermería, FH



Fomentar la **individualización del tratamiento**, mediante la **toma de decisiones compartidas** con el paciente, ofreciendo **información sobre las alternativas terapéuticas**.

- Clínico, Humanización
- AP, Nefrología, Enfermería, FH



Facilitar a los pacientes información sobre las **Asociaciones de Pacientes** y las **Sociedades Científicas**, como agentes de referencia para la difusión de materiales de información veraces y fiables³⁵.

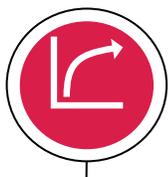
- Clínico, Humanización
- AP, Nefrología, Enfermería, FH, AA. PP

Líneas
7, 8 y 9

Optimizar el abordaje clínico de la anemia asociada a la ERC

en las distintas etapas del proceso asistencial (Estadio 1-3, estadio 4-5 no TRS y estadio 5 TRS), y acorde a las guías clínicas, para favorecer el diagnóstico temprano, realizar un tratamiento óptimo y asegurar el seguimiento compartido y las transiciones asistenciales en el momento adecuado.

ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Realizar una **adecuada monitorización de la hemoglobina**, con mayor o menor frecuencia de acuerdo a la situación clínica del paciente^{6,35,36}.



Clínico

(AP), Nefrología, Enfermería, FH



Realizar un **estudio hematológico completo** en **pacientes con sospecha de anemia asociada a ERC**^{6,23}.



Clínico

(AP), Nefrología, Enfermería, FH



Tras la **confirmación diagnóstica**, todos los pacientes deben recibir el **tratamiento correspondiente** (AEE y/o hierro)^{5,16,35,36}, considerando la situación clínica y preferencias del paciente. En un futuro, se podrán tener en cuenta las **alternativas orales**³⁷.



Clínico

(AP), Nefrología, Otros Servicios



Establecer, actualizar y difundir **protocolos/criterios consensuados**. Se priorizan los siguientes:

- Protocolo que incluya la **anemia como criterio determinante para la derivación desde AP y otros Servicios a Nefrología**¹⁰.
- Criterios de derivación desde la **consulta externa de nefrología a la Unidad ERCA**^{38,39}.
- Protocolo para el **tratamiento de la anemia** en pacientes que se encuentren en **tratamiento conservador o TRS**.
 Clínico
 AP, Nefrología, Enfermería, Trabajo Social, Otros Servicios (en función del protocolo)

Para optimizar la evaluación, se recomienda mejorar el desarrollo de **plataformas informáticas integradas** en los sistemas de información sanitarios, que alerten ante valores alterados.

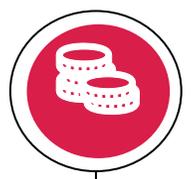



Línea 10

Evaluar y reducir el impacto económico de la anemia asociada a la ERC



ACCIONES A REALIZAR E IMPLANTAR EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO



Impulsar los estudios de costes directos⁹ e indirectos, aunque se reconocen limitaciones para la realización de los estudios de costes indirectos.

- 🎯 Gestión, Económico
- 👤 Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH



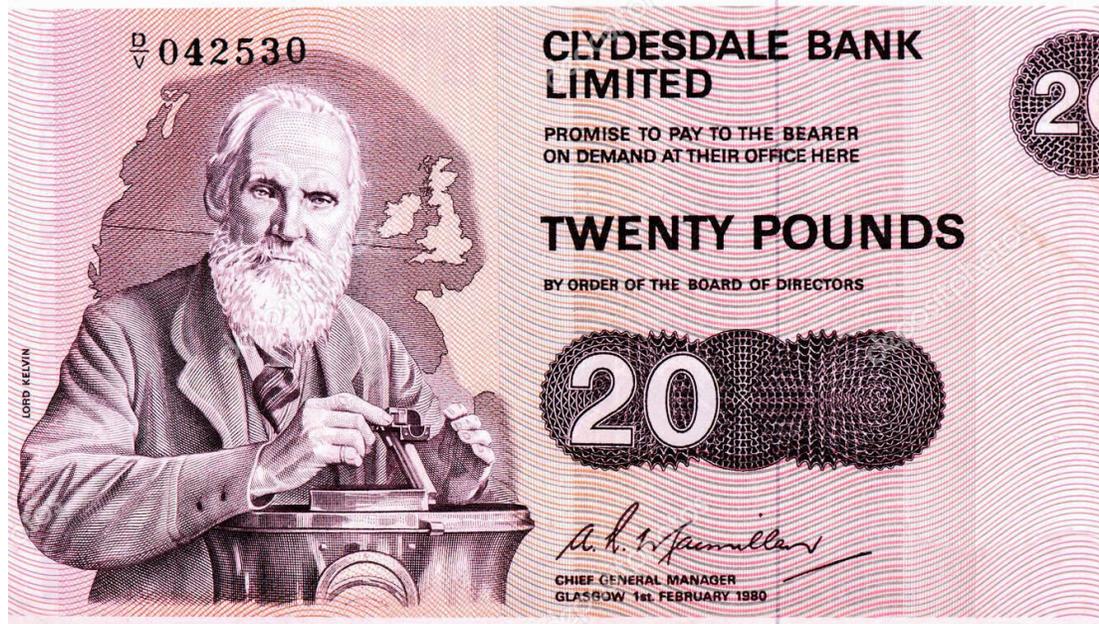
Promover la indicación de **intervenciones sanitarias que puedan reducir el impacto económico** en el marco del paciente con anemia asociada a la ERC^{27, 28, 40,41}:

- Prevención.
- Técnicas domiciliarias.
- Trasplante.
- Educación y formación.
- Terapias orales.
- Terapias autoadministrables.
- Telemedicina.
- Telefarmacia.

- 🎯 Gestión, Económico
- 👤 Gerencia, AP, Nefrología, Enfermería, FH

“Lo que no se define no se puede medir.
Lo que no se mide, no se puede mejorar.
Lo que no se mejora se degrada siempre”.

William Thomson Kelvin (Lord Kelvin)
Físico y matemático escocés
(1824-1927)



Indicadores propuestos (I)

**Para cada indicador se ha elaborado una ficha descriptiva que incluye aspectos para facilitar su medición (fórmula, profesional responsable de evaluación, periodicidad, fuentes de información, estándar).*

Se han establecido **19 indicadores (estructura, proceso y resultado)** dirigidos a evaluar la implementación del proceso asistencial óptimo, a partir de las líneas de actuación y acciones definidas.

1

Cuadro de mandos con indicadores de calidad asistencial y resultados en salud para evaluar el proceso asistencial

2

Herramientas de **e-consulta, Historia Clínica Electrónica y Receta Electrónica.**

3

Protocolo para seleccionar e incluir pacientes candidatos a un **programa de telemedicina y/o telefarmacia.**

4

Protocolo consensuado que incluya la anemia asociada a la ERC como **criterio determinante para la derivación a Nefrología.**

5

Protocolo consensuado de derivación desde la **consulta externa de Nefrología a la Unidad ERCA.**

6

Protocolo consensuado de tratamiento en pacientes que se encuentren en **tratamiento conservador.**

7

Protocolo consensuado para la derivación a las **Unidades de Diálisis, Hemodiálisis y trasplante.**

8

Protocolo para **informar al paciente** sobre las alternativas terapéuticas disponibles.

9

Registro de los **materiales de información y formación** dirigidos a pacientes.

10

Realización de **estudios de costes** de manera periódica, directos e indirectos.

Indicadores propuestos (II)

**Para cada indicador se ha elaborado una ficha descriptiva que incluye aspectos para facilitar su medición (fórmula, profesional responsable de evaluación, periodicidad, fuentes de información, estándar).*

11

Nº de actividades de formación para profesionales sanitarios anuales realizadas sobre el manejo de la anemia asociada a la ERC.

12

Nº de actividades realizadas anualmente para **mejorar la experiencia del paciente** a lo largo de su enfermedad y vida diaria.

13

% de pacientes derivados al servicio de Nefrología con sospecha o diagnóstico de anemia asociada a ERC con estudio hematológico completo y perfil férrico realizado.

14

% de pacientes seguidos en la consulta externa de Nefrología en los que se detecta anemia asociada a ERC y están recibiendo tratamiento para la misma (Hierro oral-IV, AEE).

15

% de pacientes seguidos en la Unidad ERCA en los que se les detecta anemia asociada a ERC y están recibiendo tratamiento para la misma (Hierro oral-IV, AEE).

16

% de pacientes que inician AEE con perfil férrico adecuado o con tratamiento para corregirlo.

17

% de pacientes en TRS en los que se detecta anemia asociada a ERC y están recibiendo tratamiento para la misma (Hierro oral-IV, AEE).

18

% de pacientes con anemia asociada a ERC a los que se les realiza cuestionarios validados de evaluación de calidad de vida de forma periódica.

Conclusiones

Se destacan los **siguientes mensajes clave** del proyecto:

Es esencial desarrollar **actividades de sensibilización y programas de difusión** de la anemia asociada a la ERC, para **umentar la visibilidad y concienciación** de esta patología.

Los profesionales sanitarios deben **ofrecer a los pacientes materiales de información y educación** sobre qué es la anemia, los síntomas de la anemia y las consecuencias de un mal manejo^{1,5}.

Se debe potenciar el **tratamiento individualizado** del paciente con anemia asociada a ERC, en función de su **situación individual y consideraciones, teniendo en cuenta las alternativas orales** para el tratamiento de esta enfermedad, en línea con las preferencias de los pacientes por esta vía de administración, según encuestas cualitativas realizadas a pacientes con ERC⁴¹.

Se considera esencial fomentar el **seguimiento compartido y coordinado** del paciente, facilitando, desde la administración regional, los **recursos necesarios** para ello (e-consulta, Historia Clínica Electrónica, Receta Electrónica).

Se deben **definir y medir indicadores de calidad asistencial, resultados en salud y calidad de vida**, con el objetivo de mejorar la atención del paciente.

Se considera clave promover la **atención sanitaria a distancia** de los pacientes con anemia asociada a ERC y la utilización de **terapias orales/autoadministrables**, para fomentar el manejo domiciliario individualizado y el acercamiento de la atención sanitaria al paciente.

Se espera que las líneas y acciones identificadas puedan **implantarse y adaptarse a distintas áreas sanitarias** de los sistemas regionales de salud.

Bibliografía

1. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la sociedad española de nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2014;34(3):302-316. doi:10.3265/Nefrología.pre2014.Feb.12464
2. Arroyo RA, Martínez LO, Otero A. Enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología*. 2008;28(3):1-139. Disponible en. <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699508032379>
3. Wong LY, Liew AST, Weng WT, Lim CK, Vathsala A, Toh MPH. Projecting the Burden of Chronic Kidney Disease in a Developed Country and Its Implications on Public Health. *Int J Nephrol*. 2018 Jul 4;2018:5196285. doi: 10.1155/2018/5196285. PMID: 30112209; PMCID: PMC6077589.
4. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FD. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Jul 6;11(7):e0158765. doi: 10.1371/journal.pone.0158765. PMID: 27383068; PMCID: PMC4934905.
5. Manuel J, Gómez L, Estébanez SA. Anemia en el enfermo renal. *Nefrol Al Día*. Publicado online 2018.
6. Cases A, Egocheaga MI, Tranche S, Pallarés V, Ojeda R, Górriz JL, et al. Anemia en la enfermedad renal crónica: protocolo de estudio, manejo y derivación a Nefrología. *Nefrología*. 2018;38(1):8-12. doi:10.1016/j.nefro.2017.09.004
7. Anemia and Chronic Kidney Disease | National Kidney Foundation. Disponible en. https://www.kidney.org/atoz/content/what_anemia_ckd
8. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int*. 2013;84(1):179-191. doi:10.1038/ki.2013.77
9. Huang CW, Wee PH, Low LL, Koong YLA, Htay H, Fan Q, et al. Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;69:27-40. doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003
10. Eriksson D, Goldsmith D, Teitsson S, Jackson J, Van Nooten F. Cross-sectional survey in CKD patients across Europe describing the association between quality of life and anaemia. *BMC Nephrol*. 2016;17(1):1-10. doi:10.1186/s12882-016-0312-9
11. Muehrer RJ, Schatell D, Witten B, Gangnon R, Becker BN, Hofmann RM. Factors affecting employment at initiation of dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6(3):489-496. doi:10.2215/CJN.02550310
12. Beyond CKD: Unveiling the hidden truth of anaemia. Publicado online 2020 en Astellas Pharma. Disponible en: https://www.astellas.com/eu/system/files/2020-09/EST-C%20Corporate%20Website_Media%20Centre_Survey%20Report_Interactive.pdf
13. Dmitrieva O, de Lusignan S, Macdougall IC, Gallagher H, Tomson C, Harris K, et al. Association of anaemia in primary care patients with chronic kidney disease: cross sectional study of quality improvement in chronic kidney disease (QCKD) trial data. *BMC Nephrol*. 2013;14(1):24. doi:10.1186/1471-2369-14-24
14. Cases-Amenós A, Martínez-Castelao A, Fort-Ros J, Bonal-Bastons J, Ruiz MP, Vallés-Prats M, et al. Prevalencia de anemia y su manejo clínico en la enfermedad renal crónica estadios 3-5 no en diálisis en cataluña: Estudio MICENAS I. *Nefrología*. 2014;34(2):189-198. doi:10.3265/Nefrología.pre2013.Dec.12261
15. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Portolés JM, De Alvaro F, Cases A, Luño J, et al. Baseline characteristics of patients with chronic kidney disease stage 3 and stage 4 in Spain: the MERENA observational cohort study. *BMC Nephrol*. 2011;12(1):53. doi:10.1186/1471-2369-12-53
16. Wong MMY, Tu C, Li Y, Perlman RL, Pecoits-Filho R, Lopes AA, et al. Anemia and iron deficiency among chronic kidney disease Stages 3–5ND patients in the Chronic Kidney Disease Outcomes and Practice Patterns Study: often unmeasured, variably treated. *Clin Kidney J*. 2020;13(4):613-624. doi:10.1093/ckj/sfz091
17. Jurcovitz CT, Abramson JL, Vaccarino V, Weintraub WS, Weintraub WS, McClellan WM. Association of high serum creatinine and anemia increases the risk of coronary events: results from the prospective community-based atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *J Am Soc Nephrol*. 2003;14:2919–2925
18. Horwich TB, Fonarow GC, Hamilton MA, MacLellan WR, Borenstein J. Anemia is associated with worse symptoms, greater impairment in functional capacity and a significant increase in mortality in patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2002 Jun 5;39(11):1780-6.
19. Abramson JL, Jurcovitz CT, Vaccarino V, Weintraub WS, McClellan W. Chronic kidney disease, anemia, and incident stroke in a middle-aged, community-based population: the ARIC Study. *Kidney Int*. 2003 Aug;64(2):610-5
20. Kovcsdy CP, Trivedi BK, Kalantar-Zadeh K, et al. Association of anemia with outcomes in men with moderate and severe chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2006;69:560–564
21. Johnson E, Ross EA. Anemia: The Point of Convergence or Divergence for Kidney Disease and Heart Failure? *Am J Kidney Dis* 2007;50:559–565
22. Johnson ES, et al. Predicting renal replacement therapy and mortality in CKD. *Am J Kidney Dis*. 2007;50(4):559–65
23. Álvarez Vicente JC, Álvarez Vega E, Díez Vázquez M, Fernández Lago C, Peteiro Martínez J. Protocolo analítico estudio básico anemias. Atención primaria, AP-201.; 2003. Accedido mayo 24, 2021. Disponible en. <https://www.sergas.es/cas/documentacionTecnica/docs/Farmacia/XAPCoruna/DifusionProtocolos/DP01-XAN04.pdf>
24. Proyecto MAPEX: Marco Estratégico en Telefarmacia.; 2020. Disponible en. https://www.sefh.es/mapex/images/Telefarmacia_SEFH.pdf
25. Soler MJ, Macía Heras M, Ortiz A, del Pino y Pino MD, Salgueira Lazo M. Impacto de la pandemia COVID-19 en los servicios de Nefrología españoles. *Nefrología*. 2020;40(6):579-584. doi:10.1016/j.nefro.2020.08.002
26. Gallar P, Gutiérrez M, Ortega O, Rodríguez I, Olliet A, Herrero JC, et al. Utilidad de la telemedicina en el seguimiento de los pacientes en diálisis peritoneal. *Nefrología*. 2006;26(3):365-371.
27. Pergola PE, Pecoits-Filho R, Winkelmayer WC, Spinowitz B, Rochette S, Thompson-Leduc P, et al. Economic Burden and Health-Related Quality of Life Associated with Current Treatments for Anaemia in Patients with CKD not on Dialysis: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics - Open*. 2019;3(4):463-478. doi:10.1007/s41669-019-0132-5
28. Alsina Tarrida A, Sánchez-Escuredo A, Campistol Plana J, Oppenheimer Salinas F, Fernández Vega E. Análisis económico de la enfermedad renal crónica terminal: trasplante renal de donante vivo frente a hemodiálisis. Vol 12.; 2014. Disponible en. http://www.fundacionsigno.com/archivos/07_MOD_3_ACCESIT2.pdf
29. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*. 2012;2(4). Disponible en. <http://www.kidney-international.org>
30. Casanovas Guitart C, Hernández Carcereny C, Villegas Bruguera E, Aloy Punzano J, Ricart Conesa A, Guarga Rojas À. Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya. Alternativa a l'hospitalització convencional Servei Català de la Salut.; 2020.
31. Labrador Gómez PJ, Fernández Sánchez N, Gómez-Martino Arroyo JR, Labrador Gómez PJ, Lozano Mena L, Martín Alonso JP, et al. Proceso asistencial integrado de la Enfermedad Renal Crónica. (Fundesalud, ed.). Servicio Extremeño de Salud; 2019. Disponible en. https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Procesos Asistenciales Integrados/Enfermedades de alta prevalencia/Enfermedad renal crónica/PAI ERC v03.pdf
32. ICHOM | Chronic Kidney Disease Standard Set | Measuring Outcomes. Disponible en. <https://www.ichom.org/portfolio/chronic-kidney-disease/>
33. Vázquez MI. Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis. *Nefrol Al Día*. Publicado online 2020. Disponible en. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-aspectos-psicosociales-del-paciente-dialisis-276>
34. García-Llana H, Serrano R, Oliveras G, Pino y Pino MD, Auxiliadora Bajo Rubio M, Barril Cuadrado G, et al. ¿Cómo diseñar, aplicar y evaluar un programa de Mentoring en enfermedad renal crónica? evaluación narrativa del impacto en 6 centros asistenciales. *Nefrología*. 2019;39(6):603-611. doi:10.1016/j.nefro.2019.04.002
35. Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón. Accedido junio 9, 2021. Disponible en. <https://alcer.org/>
36. Mikhail A, Brown C, Williams JA, Mathrani V, Shrivastava R, Evans J, et al. Renal association clinical practice guideline on Anaemia of Chronic Kidney Disease. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):345. doi:10.1186/s12882-017-0688-1
37. López-Gómez JM, Abad S, Vega A. Nuevas expectativas en el tratamiento de la anemia en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2016;36(3):232-236. doi:10.1016/j.nefro.2016.03.006
38. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad Sanitaria, Gerencia Regional de Salud, Dirección General de Asistencia. Proceso asistencial integrado para la prevención y la atención a las personas con Enfermedad Renal Crónica.; 2018. Disponible en. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/enfermedad-renal-cronica.ficheros/1367294-PAI Enfermead Renal Crónica.pdf>
39. Lorenzo-Sellares V, Pedrosa MI, Santana-Expósito B, García-González Z, Barroso-Montesinos M. Análisis de costes y perfil sociocultural del enfermo renal. Impacto de la modalidad de tratamiento. *Nefrología*. 2014;34(4):458-468. doi:10.3265/Nefrología.pre2014.Apr.12501
40. Lorenzo V, Perestelo I, Barroso M, Torres A, Nazco J. Evaluación económica de la hemodiálisis. Análisis de los componentes del coste basado en datos individuales. *Nefrología*. 2010;30(4):403-412. doi:10.3265/Nefrología.pre2010.Jun.10264
41. Alexandre AF, Morgia A, Marsh K, Thomas C. P0865A Qualitative study of patients' preference for the treatment of anaemia associated with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. 2020;35(3). doi:10.1093/ndt/gfaa142.P0865

PROYECTO

ATEiDE

Diseño y mejora del proceso asistencial del paciente con Anemia asociada a la Enfermedad Renal Crónica tras la situación de pandemia



Lo importante es mejorar



Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición de la S.E.N.

Aval de Calidad y Garantía