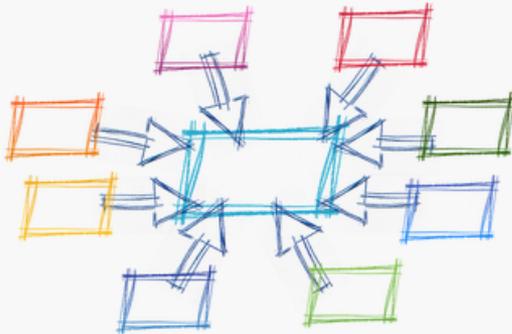


# IV JORNADA DE LA ESTRATEGIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LAS ISLAS BALEARES

Hospital Son Llàtzer, viernes 14 de diciembre de 2018



Estas jornadas se incluyen dentro del programa divulgativo y formativo de la Estrategia de la Enfermedad Renal Crónica de las Islas Baleares.

El contenido de la presente actividad permite el acercamiento de los profesionales del primer nivel asistencial a una patología muy prevalente en las consultas de primaria y compleja en su seguimiento.

Con estas jornadas se pretende dar continuidad a las actividades de actualización y formación conjunta que, de forma conjunta desde Primaria y Nefrología, acercan a los profesionales de atención primaria en situaciones específicas a la misma enfermedad que se abordan habitualmente en las consultas hospitalarias. El conocimiento de estos aspectos ayudará a que los médicos de familia y las enfermeras puedan contribuir como

agentes informadores y asesores apoyando a los compañeros nefrólogos durante el seguimiento integral del paciente con enfermedad renal.

El curso va dirigido a médicos y enfermeras de atención primaria y médicos y enfermeras de los servicios de nefrología de los hospitales, así como a todos los profesionales que puedan estar interesados en la materia.

## ORGANITZA



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I PLANIFICACIÓ  
B AVALUACIÓ I FARMÀCIA

**ESTRATÈGIES**  
DE SALUT ILLES BALEARS



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I HOSPITAL  
B UNIVERSITARI  
/ SON LLÀTZER

*Son Llàtzer*

HOSPITAL

UNIVERSITARI

9:40-10:00h. **Estat actual i noves accions proposades en la Estratègia de la MRC de les Illes Balears.**

*Juan Manuel Buades Fuster.* Cap de Servei de Nefrologia de l'hospital Universitari de Son Llàtzer. Coordinador de l'Estratègia de Malaltia Renal Crònica de les Illes Balears



GOIB



Inicio > Conselleria de Salut > Servicio de Planificación Sanitaria > EL SERVICIO > Portada

PORTAL SALUD

Inicio Portal Salud

EL SERVICIO

Portada

Quiénes somos

Dónde estamos

ESTRATEGIAS CAIB

Cardiopatía isquémica ▼

Cuidados paliativos ▼

Diabetes ▼

ICTUS ▼

Enfermedades neurodegenerativas ▼

Enfermedades raras ▼

Enfermedad renal crónica ▼

EPOC ▼

## Estrategias de Salud



Estas estrategias vienen impulsadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el marco de su Plan de Calidad con el objetivo de garantizar una serie de actuaciones a nivel de todo el Estado que permitan asegurar la equidad en el acceso a las prestaciones y la calidad de los servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud.

### INFORMACIÓN DESTACADA



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I PLANIFICACIÓ,  
B AVALUACIÓ I FARMÀCIA

**IV JORNADAS DE LA ESTRATEGIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LAS ISLAS BALEARES**

Hospital Son Llàtzer, viernes 14 de diciembre de 2018



Información, programa e inscripción aquí

 Jornada EPOC y Cronicidad en un entorno estratégico  
Publicación de las ponencias de la jornada EPOC

 III Jornada de la Estrategia de Diabetes y de la Estrategia de Ictus de las Islas Baleares  
 Ponencias presentadas en la jornada !

 III Jornada de la Estrategia de Enfermedad Renal Crónica de las Illes Balears  
 Ponencias presentadas en la jornada !

<https://www.caib.es/sites/planificaciosanitaria/es/portada-34065/?campa=yes>



[Inicio](#) > [Conselleria de Salut](#) > [Servicio de Planificación Sanitaria](#) > [Enfermedad renal crónica](#) > [Enfermedad renal crónica](#)

#### PORTAL SALUD

[Inicio Portal Salud](#)

#### EL SERVICIO

[Portada](#)

[Quiénes somos](#)

[Dónde estamos](#)

#### ESTRATEGIAS CAIB

[Cardiopatía isquémica ▼](#)

[Cuidados paliativos ▼](#)

[Diabetes ▼](#)

[ICTUS ▼](#)

[Enfermedades neurodegenerativas ▼](#)

## Enfermedad renal crónica

Esta Estrategia tiene el objetivo de abordar una atención integral, coordinada y multidisciplinar de la enfermedad, actualizar los conocimientos, aplicar las nuevas formas de atención más eficientes y evaluar los resultados asistenciales, para incrementar la calidad de vida de las personas que la sufren y de su entorno. Más aún, si tenemos en cuenta que se trata de una patología asociada al envejecimiento y, dado el aumento de la esperanza de vida, está creciendo de forma progresiva el número de personas afectadas, que ya llega al 22% de las que tienen más de 64 años y al 40 % de las mayores de 80 años.

La enfermedad renal crónica está infradiagnosticada y se puede prevenir con hábitos de vida saludables, con el control de la hipertensión arterial, la glucosa y evitando el exceso de peso y el consumo de tabaco. La Estrategia acentúa la necesidad de detectarla a tiempo y, por ello, incide de forma especial en la coordinación entre los diferentes agentes asistenciales y en el que los profesionales refuercen y orienten su trabajo a descubrirla dentro del ámbito de la Atención Primaria, y a identificar la población que esté en riesgo de desarrollarla. Una vez detectada, se puede ralentizar la progresión, lo que repercute de forma positiva tanto en la calidad de vida de las personas como en las complicaciones cardiovasculares asociadas.

Uno de los aspectos más significativos de esta estrategia es la importancia que se da a promover que los pacientes y sus familiares sean bien informados, ya que la comunicación y el acceso a la información pueden facilitar la participación y la toma de decisiones en la atención de la enfermedad, a partir del conocimiento de los cuidados y de las diferentes alternativas, especialmente en cuanto al tratamiento renal sustitutivo.

 [Estrategia de la Enfermedad Renal Crónica 2011 2015](#)

 [Casos de Enfermedad Renal Crónica - Atención Primaria](#)

 [ERC - Plan de formación en Atención Primaria 2017](#)

 [Estrategia de la enfermedad renal crónica en pediatría](#)

Marzo 2011

# ESTRATEGIA

DE LA ENFERMEDAD  
RENAL CRÓNICA  
DE LAS ISLAS BALEARES  
2011-2015

ESTRATEGIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LAS ISLAS BALEARES 2011-2015



Govern de les Illes Balears  
Conselleria de Salut i Consum  
Servei de Salut de les Illes Balears



Govern  
de les Illes Balears



## RENAL CRÒNICA

### Coordinador/a:

**Buades Fuster, Juan Manuel.** Coordinador de l'estratègia Malaltia Renal Crònica. Cap de Servei de Nefrologia de l'hospital Son Llàtzer

### Membres:

**Agudo García, Miguel** Coordinador de Trasplantaments de les IB. Hospital Son Llàtzer.

**Amo Fernández, José Antonio** Metge de família del CS Verge del Toro- Menorca

**Angullo Martínez, Escarlata.** Metgessa de família del CS Escola Graduada de Palma.

**Bauzá Capella, M. Antònia** Infermera supervisora diàlisi HUSE

**Cabello Pelegrín, Sheila** Nefròloga del HUSE

**Castaño Riera, Eusebio J.** *Secretari del comitè.* Cap de Servei de Planificació Sanitària de la Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia.

**Castillo Roig, M Mar** infermera HUSE

**Dominguez Reina, Luis Fernando** Coordinador del Servei de nefrologia de l'Hospital Mateu Orfila

**Duró Robles, Rosa Elena** Subdirectora d'Atenció Primària i Urgències Extrahospitalàries.

**Gallego Zurro, Daniel** Pacient informat

**Gómez Marqués, Gonzalo** Coordinador servei de nefrologia HUSE

**González García, José** Metge d'Atenció Primària del Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera

**González Rodríguez, Jorge** Nefròleg de H. Son Llàtzer

**Leiva Santos, Juan Pablo** Responsable equip hospitalari de cures pal·liatives Hospital de Manacor

**Lumbreras Fernández, Javier** Pediatre Unitat Nefrologia Infantil HUSE

**Llagostera Pagès, Mercè** Coordinadora de Pal·liatiu. Metgessa de l'ESAD Mallorca

**March Amengual, Margalida M.** Infermera coordinadora HCIN

**Miguélez Chamorro, Angélica.** Subdirectora d'Atenció a la Crònica, Coordinació Socisanitari, Salut Mental i Malalties poc freqüents

**Molina Guasch, Marilisa.** Nefròloga HSL

**Morlà Miralles, Catalina** Infermera H Manacor

**Munar Vila, Maria Antònia.** Nefròloga del HUSE

**Planas Pons, Antonio Francisco** Nefròleg Cap de servei de l'HCIN

**Puig Hooper, Cassandra Emma** Coordinadora de Nefrologia Hospital Can Misses

**Rey Valeriano, Juan.** Nefròleg de HUSE

**Rodado Alfonso, Maria del Carmen** Infermera H. Son Llàtzer

**Sureda Parera, Joan** Infermer Supervisor hemodiàlisi de l'Hospital Can Misses.

**Tura Rosales, David** Metge de l'Hospital de Manacor

### President del Comitè:

**Pròsper Gutiérrez, Benito.** President del comitè. Director General de Planificació, Avaluació i Farmàcia.

# Madrid, 25 de septiembre 2014

Primera reunión presencial en el **Ministerio de Sanidad** del

## **Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia Nacional de Cronicidad.**

Asistió un representante de cada Comunidad Autónoma, de varias sociedades científicas (SEN, SEDEN, SEMFyC...) y asociaciones de pacientes (ALCER).

Se debatió el contenido de un documento marco que se había elaborado en base a las aportaciones de varias CCAA a una encuesta que se realizó telemáticamente a todos los implicados y a discusiones previas.

Dado que la estrategia de la ERC en Illes Balears había sido pionera, está claramente referenciada en el documento.

# Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS

**FEBRERO 2015**

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y COHESIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN  
MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD  
CONSEJERÍAS DE SANIDAD DE LAS CCAA

## Grupo de Trabajo

### Coordinación y redacción:

Francisco Vargas Marcos. Subdirección General de Calidad y Cohesión. DGSPCI.MSSSI

**Andalucía:** César Remón Rodríguez

**Aragón:** José Ignacio Sánchez Miret

**Asturias (Principado de):** Carmen Díaz Corte

**Baleares (Islas):** Juan Manuel Buades Fuster

**Canarias (Islas):** Nicanor Vega Díaz

**Cantabria:** Gema Fernández Fresnedo

**Castilla-La Mancha:** María Peña Díaz Jara / Carmen Asunción Gómez Roldán

**Castilla y León:** Raquel Cortés Sancho / Teresa Sanz Bachiller / Mario Prieto Velasco (revisor científico).

**Cataluña:** Albert Ledesma Castellort / Joan Manuel Díez Gómez

**Comunidad Valenciana:** Begoña Montolio Doñate / Ramón Pons Prades

**Extremadura:** Juan Ramón Gómez Martino

**Galicia:** Encarnación Bouzas Caamaño / Jacinto Sánchez Ibáñez

**La Rioja:** Enma Huarte Loza

**Madrid (Comunidad de):** Roberto Alcázar Arroyo

**Murcia (Región de):** Teresa Martínez Ros

**Navarra (Comunidad Foral):** Jesús Arteaga Coloma

**País Vasco:** Javier Arrieta Lezama

**INGESA (Ceuta y Melilla):** Francisco de Asís Jové Domínguez-Gil

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación:** José Javier Castrodeza Sanz

**Subdirección General de Calidad y**

**Cohesión:** Paloma Casado Duráñez / M<sup>a</sup> Angeles López Orive / Sonia Peláez Moya / Jesús Casal Gómez / Celia Juárez Rojo

**Subdirección General de Ordenación**

**Profesional:** Juan Antonio López Blanco

**Subdirección General de Información**

**Sanitaria e Innovación:** Mercedes Alfaro Latorre / M<sup>a</sup> Santos Ichaso Hernández-Rubio / Pedro Arias Bohigas

**Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión:** Maravillas Izquierdo Martínez

**Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología:** Elena Andradas Aragonés

**Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios:** Belén Crespo Sánchez-Eznarriaga

**Organización Nacional de Trasplantes:** Gregorio Garrido Cantarero

**Asociaciones de Pacientes (ALCER):** Jesús Angel Molinuevo Tobalina / Juan Carlos Julián Mauro

## Sociedades Científicas

**Sociedad Española de Nefrología:**

Alberto Martínez-Castelao / M<sup>a</sup> Dolores del Pino y Pino

**Sociedad Española de Enfermería**

**Nefrológica:** M<sup>a</sup> Jesús Rollán de la Sota / Rosario García Palacios

**Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria:** Josep Basora Gallisa / Salvador Tranche Iparraquirre

**Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención**

**Primaria:** Cristina Obaya Prieto / Lucía Serrano Molina / Javier Carrasco Rodríguez.

**Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia:** Julio Hernández Moreno / Javier Gamarra Ortiz

**Sociedad Española de Médicos de**

**Atención Primaria:** Lourdes Martínez-Berganza Asensio



# Índice

<b>1. Introducción. Objetivos del grupo de trabajo sobre la Enfermedad Renal Crónica (ERC)</b> .....	4
<b>2. Metodología</b> .....	7
<b>3. Situación actual de la ERC. Magnitud y gravedad. Justificación</b> .....	8
<b>4. Definición ERC. Epidemiología. Factores de riesgo</b> .....	10
<b>5. Líneas principales del proceso asistencial integrado de la ERC, prevención y detección precoz</b> .....	13
<b>5.1. Detección precoz de la ERC</b> .....	14
<b>5.2. Diagnóstico, tratamiento, criterios de interconsulta, derivación y seguimiento del paciente con ERC</b> .....	17
<b>5.3. Control de la progresión y de las complicaciones de la ERC</b> .....	24
<b>5.4. Pautas de intervención</b> .....	25
<b>6. Práctica de enfermería especializada en ERC</b> .....	26
<b>7. La ERC en Atención Primaria</b> .....	28
<b>8. La ERC avanzada en tratamiento médico conservador (TMC)</b> .....	31
<b>9. Líneas estratégicas de intervención. Recomendaciones</b> .....	33
<b>10. Sistema de evaluación, seguimiento y actualización de la efectividad del proceso de implantación en las CCAA. Acuerdo sobre indicadores</b> .....	42
<b>11. Anexos</b> .....	43
<b>12. Referencias</b> .....	51

ESTE DOCUMENTO DEBERÍA  
SERVIR DE BASE PARA  
ELABORAR LA NUEVA  
ESTRATEGIA DE LA  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA  
en BALEARES **2016-2020**

Además, se indicó que se crearía un **SISTEMA DE EVALUACIÓN. SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN EN LAS CCAA. ACUERDO SOBRE INDICADORES.**

El GTERC considera fundamental dotarse de un sistema eficaz de seguimiento y evaluación de la aplicación de las líneas estratégicas.

Con este objetivo se propone la creación de un grupo reducido de integrantes que elabore una propuesta de indicadores que sean objetivos, válidos, sensibles, de fácil obtención y elaboración y que permitan una rápida valoración del grado de cumplimiento de las líneas estratégicas.

Este grupo está formado por representantes del MSSSI (SG de Calidad y Cohesión, SG de Información Sanitaria e Innovación), SEMERGEN y las CCAA de País Vasco, **Baleares**, Asturias, Valencia, Aragón.

En diciembre de 2018 se ha elaborado una lista de indicadores, que están en proceso de discusión.

# Actualización Estrategia Enfermedad Renal Crónica de las Illes Balears

Metodología estandarizada para  
todas las Estrategias en Salud

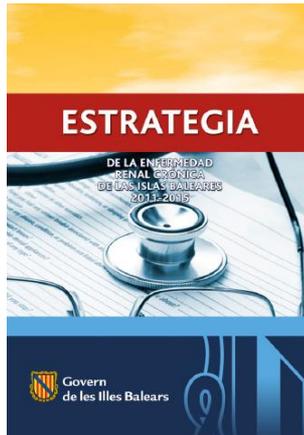
Áreas Estratégicas

Líneas Estratégicas

Objetivos Estratégicos

**PRIORIZAR ACCIONES**

Documento Marco sobre  
Enfermedad Renal Crónica  
(ERC) dentro de la  
Estrategia de Abordaje a  
la Cronicidad en el SNS



*“La idea principal a desarrollar es que los expertos identifiquen, en su entorno de trabajo, aquellas acciones prioritarias para lograr alcanzar los objetivos planteados por los documentos estratégicos que ya disponemos, utilizando las fichas estandarizadas”*

8 miembros del Comité Técnico + 4 revisores

23 fichas

**20**

**ACCIONES CONCRETAS A PRIORIZAR**

*Daniel*      *Pilar*  
Javier                      Margalida  
M<sup>a</sup> Mar                      Escarlata      M<sup>a</sup> Jesús  
   Marilisa  
Yolanda                      Jorge  
   Juan Manuel

**En 4 LÍNEAS ESTRATÉGICAS y 8 OBJETIVOS  
ESTRATÉGICOS**

Línea 1. Promoción, prevención y detección precoz

Línea 2. Atención al paciente con ERC

Línea 3. Empoderamiento del paciente

Línea 4. Formación de profesionales

L1

O1

A1

Realizar campañas informativas en colegios y universidades para la toma de conciencia del funcionamiento y prevención de la enfermedad renal crónica (ERC), con implementación de videos y reuniones formativas en los colegios para la sensibilización y concienciación de la ERC.

A2

Implantar protocolos de actuación para el colectivo de la 3ª edad (en residencias, centros de mayores, centros de salud, etc.), que incluyan aspectos: formativos, nutricionales, pruebas diagnósticas, que preserven la función renal y reduzcan la incidencia de la ERC.

L2

O2

A1

Implementar la figura de enfermera referente para el paciente con ERC

A2

Coordinar las distintas interconsultas que precise un paciente con ERC pluripatológico aprovechando su estancia en el hospital para recibir la TRS

A3

Crear una red online con los puestos de TSR (ocupados y disponibles) en todas las unidades de diálisis para su consulta en tiempo real conectando todos los hospitales del SNS o centros de diálisis concertados

A4

Realizar e implementar un protocolo asistencial en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (CAIB) para la derivación de pacientes que precisen acceso vascular complicado

A5

Disponer del protocolo unificado de conexión-desconexión para los catéteres venosos centrales (CVC) de hemodiálisis (HD) en todos los centros de HD pertenecientes al ámbito del ib-salut

A6

Conseguir una atención personalizada y humana, con empatía, para tener la seguridad que el paciente ha comprendido la información disponiendo de tiempo suficiente para el paciente ante el impacto emocional que supone la ERC, del TSR y sus consecuencias

L2

O3

A1

Proponer al gobierno para que modifique la ley: el criterio de trasplante renal con discapacidad igual o superior al 33% se conserve después del trasplante y permiso retribuido para el donante de órgano vivo

A2

Elaborar un protocolo consensuado entre profesionales de atención hospitalaria y atención primaria para garantizar las condiciones y medidas que se deben cumplir al transferir un paciente con enfermedad renal desde el ámbito de la pediatría a la medicina del adulto (tanto a nivel hospitalario como de atención primaria)

A3

Realizar sesiones formativas a los centros de Atención Primaria de cada sector acerca de temas que afectan a los pacientes diagnosticados de ERC avanzada. (Manejo del acceso vascular y acceso peritoneal, urgencias y mantenimiento)

A4

Integrar la figura del médico especialista en cuidados paliativos en el marco de la consulta de tratamiento conservador

A5

Integrar la figura del psicólogo clínico en el marco de la consulta de tratamiento conservador

L3

O1

A1

Fomentar la donación de órganos a través de campañas informativas dirigidas a la población general y específicamente con intervenciones en colegios, universidades y hospitales. Estas campañas dispondrán de financiación específica y estarán dirigidas desde la coordinación de trasplantes autonómica en colaboración con las asociaciones de pacientes

A2

Conseguir una atención integral psicológica, nutricional, de ejercicio físico y de la sexualidad del paciente renal para reducir el impacto emocional, dietético y sexual en los pacientes y sus familias y dotar de recursos al paciente para el manejo emocional, dietético y de la sexualidad de la ERC

A3

Realizar reuniones, talleres en los hospitales, consultas ERCA y unidades de diálisis con pacientes activos para sensibilizar en salud, fomentar el autocuidado y el automanejo en el paciente con ERC; es decir, pasar del contexto vital y el contexto clínico del paciente a un contexto de automanejo en salud

A4

Instaurar una Consulta específica de Coaching especializado en Salud realizando procesos individualizados de Coaching de Salud

L4

O1

A1

Realizar formación específica en cuidados paliativos para el equipo permanente de la consulta de tratamiento conservador (nefrólogo y enfermera)

A2

Realizar reuniones y talleres en los hospitales para la toma de conciencia por parte de los profesionales sanitarios del ámbito de la Nefrología y Atención Primaria en Educación para la Salud y conseguir como meta fomentar el autocuidado y el automanejo en el paciente con ERC

L4

O2

A1

Formar de manera periódica al personal sanitario que trabaja en las unidades de HD acerca del manejo ecográfico del acceso vascular para HD

ESTAS FICHAS ESTÁN RECIEN ENTREGADAS, POR LO QUE A PARTIR DE AHORA HABRÁ QUE COMPROBAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO ACTUAL DEL OBJETIVO Y ELABORAR UN PLAN PARA IMPLEMENTAR LAS ACCIONES.

QUEDA PENDIENTE CONVOCAR UNA NUEVA REUNIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA PRESENTAR LOS RESULTADOS DE LA ELABORACIÓN DE LAS FICHAS

# GRUPOS DE TRABAJO

- ***Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)***
- **Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.**
- **Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)**
- **Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología**
- **Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica**
- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**
- **Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia**
- **Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales y *sistemas de información* (indicadores)**
- **Grupo de Trabajo de Nutrición en ERC (NUEVO)**
- **Colaboración especial de ALCER**

- **Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)**

- Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.

- Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)

- Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología

- Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica

- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**

- Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia

- Grupo de Trabajo de Centros Concertados de Hemodiálisis

- Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales *y sistemas de información* (indicadores)

## Estrategia Balear de la ERC 2016-2020. Programa formativo para A.P

4 sectores:

- S. Tramuntana (H.Inca): 6 Centros de Salud

Responsable: Dr. Martí Cladera

- S. Llevant (H. Manacor): 9 Centros de Salud

Responsable: Dra. Elena Llodrà

- S. Ponent (H. Son Espases): 16 Centros de Salud

Responsables: Dr. Javier Rezola y Dr. Guillem Caldentey

- S. Son Migjorn (H Son Llätzer): 14 Centros de Salud

Responsables: Dr. Tomás Rodríguez y Dra. Escarlata Angullo

Sector Ponent (16 CS)	Sector Migjorn (14 CS)	Sector Tramuntana (6 CS)	Sector Llevant (9 CS)
CS Andratx-Ponent	CS Binissalem-Es Raiguer	CS Alcudia-Es Safrà	CS Artà-Nuredduna
CS Arquitecte Bennàssar	CS Coll d'en Rabassa	CS Inca – Es Blanquer	CS Campos- Xaloc
CS Calvià-Santa Ponça	CS Emili Darder	CS Muro - Marines	CS Capdepera
CS Camp Redó	CS Escola Graduada	CS Pollença	CS Felanitx
CS Casa del Mar	CS Lluçmajor - Migjorn	CS Sa Pobla	CS Manacor – Sa Torre
CS Escorxador	CS Muntanya	CS Sineu – Es Pià	CS Porto Cristo
CS Esporles-Tramuntana	CS Platja Palma –Ca'n Pastilla		CS Santanyí
CS Palma Nova	CS Pont d'Inca-Martí Serra		CS Son Servera
CS Pere Garau	CS Rafal Nou		CS Vilafranca
CS Sant Agustí-Cas Català	CS Santa Maria		
CS Santa Catalina	CS Sóller – Serra Nord		
CS Son Cladera	CS Son Ferriol		
CS Son Pisà	CS Son Gotleu		
CS Son Rutlan - Aragó	CS Trencadors- S' Arenal		
CS Son Serra- La Vileta			
CS Valldargent			

Formato:

Se realizarán talleres presenciales de 2 horas en los Centros de salud dirigidos únicamente a profesionales médicos.

Los coordinadores de los CS modificarán agendas para que todos los médicos de atención primaria de su centro puedan asistir al taller (Grupo A: 9:00 a 11:00h / Grupo B: 12:00 a 14:00h).

Registro de firmas para control de asistencia. Se solicitará acreditación de la actividad formativa

## PLANIFICACIÓN

Sector Ponent (16 CS)	Sector Migjorn (14 CS)	Sector Tramuntana (6 CS)	Sector Llevant (9 CS)
CS Andratx-Ponent	CS Sóller – Serra Nord	CS Alcudia-Es Safrà	CS Artà-Nuredduna
CS Son Rutlan - Aragón	CS Rafal Nou	CS Inca – Es Blanquer	CS Campos- Xaloc
CS Calvià-Santa Ponça (C)	CS Emili Darder (A)	CS Muro - Marines	CS Capdepera
CS Sant Agustí-Cas Català	CS Escola Graduada	CS Pollença	CS Felanitx
CS Casa del Mar	CS Son Gotleu	CS Sa Pobla	CS Manacor – Sa Torre
CS Son Serra- La Vileta	CS Muntanya	CS Sineu – Es Pià	CS Porto Cristo
CS Esportes-Tramuntana	CS Pont d’Inca-Martí Serra (A)		CS Santanyi
CS Palma Nova	CS Coll d’en Rabassa (T.R)		CS Son Servera
CS Pere Garau	CS Platja Palma –Ca’n Pastilla		CS Vilafranca
CS Camp Redó (Rezola)	CS Santa Maria		
CS Santa Catalina	CS Lluçmajor - Migjorn		
CS Son Cladera	CS Son Ferriol		
CS Son Pisà (Rezola)	CS Binissalem-Es Raiguer		
CS Arquitecte Bennàssar	CS Trencadors- S’Arenal		
CS Escorxador			
CS Valldargent			

\*CS “cabecera”, J.Rezola, G. Caldentey, T.Rodríguez, E.Angullo, M.Cladera, E. Llodrà

## CALENDARIO SESIONES

ENERO 2017				
23 Martí Cladera CS Alcudia-Es Safrà	24 Martí Cladera CS Muro - Marines	25 Martí Cladera CS Pollença	26 Martí Cladera CS Sa Pobla	27 Martí Cladera CS INCA
30 Martí Cladera CS Sineu – Es Pià	31 Martí Cladera CS Felanitx ¿?			

FEBRERO 2017				
		1 Elena Llodrà CS Capdepera	2 Elena Llodrà CS Artà-Nuredduna	3 Elena Llodrà CS CAMPOS-XALOC
6 Elena Llodrà CS Porto Cristo	7 Elena Llodrà CS Santanyi	8 Elena Llodrà CS Son Servera	9 Elena Llodrà CS Vilafranca	10 Elena Llodrà CS MANACOR
13 G. Caldentey CS Andratx-Ponent	14 G. Caldentey CS Son Rutlan - Aragón	15 G. Caldentey CS Sant Agustí-Cas Català	16 G. Caldentey CS Casa del Mar	17 G. Caldentey CS CALVIÀ-Sta PONÇA
20 G. Caldentey CS Esportes-Tramuntana	21 G. Caldentey CS Son Serra- La Vileta	22 G. Caldentey CS Palma Nova	23 J. Rezola CS Pere Garau	24 J. Rezola CS SON PISA
27 J.Rezola CS Santa Catalina	28 J.Rezola CS Son Cladera			

MARZO 2017				
		1 J. Rezola CS Arquitecte Bennàssar	2 J. Rezola CS Escorxador	3 J. Rezola CS CAMP REDÓ
6 J.Rezola CS Valldargent	7 T.Rodríguez CS Son Ferriol	8 T.Rodríguez CS Platja Palma –Ca’n Pastilla	9 T.Rodríguez CS Santa Maria	10 T.Rodríguez CS COLL d’en RABASSA
13 T. Rodríguez CS Lluçmajor - Migjorn	14 T. Rodríguez CS Binissalem-Es Raiguer	15 T. Rodríguez CS Trencadors-S’Arenal	16 E. Angullo CS Escola Graduada	17 E.Angullo CS EMILI DARDER
20 E. Angullo CS Sóller – Serra Nord	21 E. Angullo CS Son Gotleu	22 E. Angullo CS Rafal Nou	23 E.Angullo CS Muntanya	24 E.Angullo CS ES PONT d’INCA

POSTERIORMENTE ESTA FORMACIÓN SE LLEVÓ A CABO EN MENORCA E IBIZA



## PORTAL SALUD

[Inicio Portal Salud](#)

## EL SERVICIO

[Portada](#)[Quiénes somos](#)[Dónde estamos](#)

## ESTRATEGIAS CAIB

[Cardiopatía isquémica ▼](#)[Cuidados paliativos ▼](#)[Diabetes ▼](#)[ICTUS ▼](#)[Enfermedades neurodegenerativas ▼](#)

## Enfermedad renal crónica

Esta Estrategia tiene el objetivo de abordar una atención integral, coordinada y multidisciplinar de la enfermedad, actualizar los conocimientos, aplicar las nuevas formas de atención más eficientes y evaluar los resultados asistenciales, para incrementar la calidad de vida de las personas que la sufren y de su entorno. Más aún, si tenemos en cuenta que se trata de una patología asociada al envejecimiento y, dado el aumento de la esperanza de vida, está creciendo de forma progresiva el número de personas afectadas, que ya llega al 22% de las que tienen más de 64 años y al 40 % de las mayores de 80 años.

La enfermedad renal crónica está infradiagnosticada y se puede prevenir con hábitos de vida saludables, con el control de la hipertensión arterial, la glucosa y evitando el exceso de peso y el consumo de tabaco. La Estrategia acentúa la necesidad de detectarla a tiempo y, por ello, incide de forma especial en la coordinación entre los diferentes agentes asistenciales y en el que los profesionales refuercen y orienten su trabajo a descubrirla dentro del ámbito de la Atención Primaria, y a identificar la población que esté en riesgo de desarrollarla. Una vez detectada, se puede ralentizar la progresión, lo que repercute de forma positiva tanto en la calidad de vida de las personas como en las complicaciones cardiovasculares asociadas.

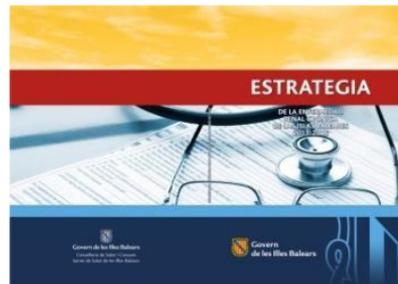
Uno de los aspectos más significativos de esta estrategia es la importancia que se da a promover que los pacientes y sus familiares sean bien informados, ya que la comunicación y el acceso a la información pueden facilitar la participación y la toma de decisiones en la atención de la enfermedad, a partir del conocimiento de los cuidados y de las diferentes alternativas, especialmente en cuanto al tratamiento renal sustitutivo.

 [Estrategia de la Enfermedad Renal Crónica 2011 2015](#) [Casos de Enfermedad Renal Crónica - Atención Primaria](#) [ERC - Plan de formación en Atención Primaria 2017](#) [Estrategia de la enfermedad renal crónica en pediatría](#)

MANEJO DE LA ERC DESDE ATENCION PRIMARIA

# ESTRATEGIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LAS ISLAS BALEARES 2016-2020

## PLAN DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 2017



 CONSELLERIA  
O  
SALUT  
I  
B

 ESTRATÈGIES  
DE SALUT ILLES BALEARS

ESTRATEGIA BALEAR DE LA ERC 2016-2020



## PORTAL SALUD

[Inicio Portal Salud](#)

## EL SERVICIO

[Portada](#)[Quiénes somos](#)[Dónde estamos](#)

## ESTRATEGIAS CAIB

[Cardiopatía isquémica ▼](#)[Cuidados paliativos ▼](#)[Diabetes ▼](#)[ICTUS ▼](#)[Enfermedades neurodegenerativas ▼](#)

## Enfermedad renal crónica

Esta Estrategia tiene el objetivo de abordar una atención integral, coordinada y multidisciplinar de la enfermedad, actualizar los conocimientos, aplicar las nuevas formas de atención más eficientes y evaluar los resultados asistenciales, para incrementar la calidad de vida de las personas que la sufren y de su entorno. Más aún, si tenemos en cuenta que se trata de una patología asociada al envejecimiento y, dado el aumento de la esperanza de vida, está creciendo de forma progresiva el número de personas afectadas, que ya llega al 22% de las que tienen más de 64 años y al 40 % de las mayores de 80 años.

La enfermedad renal crónica está infradiagnosticada y se puede prevenir con hábitos de vida saludables, con el control de la hipertensión arterial, la glucosa y evitando el exceso de peso y el consumo de tabaco. La Estrategia acentúa la necesidad de detectarla a tiempo y, por ello, incide de forma especial en la coordinación entre los diferentes agentes asistenciales y en el que los profesionales refuercen y orienten su trabajo a descubrirla dentro del ámbito de la Atención Primaria, y a identificar la población que esté en riesgo de desarrollarla. Una vez detectada, se puede ralentizar la progresión, lo que repercute de forma positiva tanto en la calidad de vida de las personas como en las complicaciones cardiovasculares asociadas.

Uno de los aspectos más significativos de esta estrategia es la importancia que se da a promover que los pacientes y sus familiares sean bien informados, ya que la comunicación y el acceso a la información pueden facilitar la participación y la toma de decisiones en la atención de la enfermedad, a partir del conocimiento de los cuidados y de las diferentes alternativas, especialmente en cuanto al tratamiento renal sustitutivo.

 [Estrategia de la Enfermedad Renal Crónica 2011 2015](#)

 [Casos de Enfermedad Renal Crónica - Atención Primaria](#)

 [ERC - Plan de formación en Atención Primaria 2017](#)

 [Estrategia de la enfermedad renal crónica en pediatría](#)

## CASO 1



**PACIENTE CON  
POLIQUISTOSIS RENAL  
DEL ADULTO**

**con FGe de 96ml/m  
y CAC de 12mg/g**

Se ha actualizado el Tríptico de la ERC 2016-2020 y se ha distribuido a todos los profesionales de Atención Primaria



Govern  
de les Illes Balears

# Criterios de derivación y manejo de la ERC en AP

## Estrategia de la ERC de las Islas Baleares 2016-2020

### DEFINICIÓN y CLASIFICACIÓN DE LA ERC

La ERC se define como la disminución de la función renal expresada por el filtrado glomerular (FG)  $<60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  o como la presencia de daño renal de manera persistente (albuminuria, alteraciones en el sedimento de orina o en las pruebas de imagen renal) al menos durante tres meses.

Según el FG, la ERC se clasifica en:

- **ERC G1:** FG  $>90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  pero con daño renal\* asociado
- **ERC G2:** FG entre 60 y  $89 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  pero con daño renal\* asociado
- **ERC G3:** FG entre 30 y  $59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , con/sin daño renal\* asociado
  - **G3a:** FG entre 45 y  $59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$
  - **G3b:** FG entre 30 y  $44 \text{ ml/min/1,73 m}^2$
- **ERC G4:** FG entre 15 y  $29 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , con/sin daño renal\* asociado.
- **ERC G5:** FG  $<15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  o en diálisis o trasplantado renal

Según el grado de albuminuria, la ERC se clasifica en:

- **A1:** Cociente albúmina-creatinina (CAC)  $<30 \text{ mg/g}$  ( $<3 \text{ mg/mmol}$ )
- **A2:** CAC  $30-300 \text{ mg/g}$  ( $3-30 \text{ mg/mmol}$ )
- **A3:** CAC  $>300 \text{ mg/g}$  ( $>30 \text{ mg/mmol}$ )

\* Daño renal: albuminuria, alteración del sedimento, anomalía en pruebas de imagen o en biopsia renal

### PRONÓSTICO DE LA ERC SEGÚN FG Y ALBUMINURIA

Pronóstico de la ERC según categorías de FG y albuminuria (KDIGO 2012)				Categorías de albuminuria persistente		
Bajo riesgo				A1	A2	A3
Riesgo moderado				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento severo
Alto riesgo				$<30 \text{ mg/g}$	$30-300 \text{ mg/g}$	$>300 \text{ mg/g}$
Muy alto riesgo				$<3 \text{ mg/mmol}$	$3-30 \text{ mg/mmol}$	$>30 \text{ mg/mmol}$
Categorías de FG ( $\text{ml/min/1,73m}^2$ )	G1	Normal o alto	$>90$			
	G2	Disminución leve	60-89			
	G3a	Disminución leve-moderada	45-59			
	G3b	Disminución moderada-severa	30-44			
	G4	Disminución severa	15-29			
G5	Fallo renal		$<15$			

### PROGRESIÓN DE LA ERC

Progresión renal:

- Descenso del FG  $\geq 25\%$  sobre el valor basal [se aconseja realizar 2 medidas de FG en un periodo no inferior a 2 meses, descartando causas exógenas (IRA, IECA, ARA II, AINES)].
- Descenso del FG  $>5 \text{ ml/min/1,73 m}^2/\text{año}$  o  $>10 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  en 5 años.
- Progresión a una categoría superior o más grave de albuminuria ( $<30$ ,  $30-300$ ,  $>300 \text{ mg/g}$ ) o más del 50% de incremento en el CAC.

Ante la presencia de progresión renal, considerar la derivación a Nefrología

### CRITERIOS DE DERIVACION DE LA ERC

En cualquier estado de la ERC, los pacientes  $>80$  años que no presenten una progresión renal y no sean tributarios de un tratamiento renal sustitutivo pueden necesitar un control menos exhaustivo o, incluso, seguir controles únicamente en AP. En pacientes ancianos con ERC 5 y expectativa de vida corta ( $<6$  meses), mala situación funcional (dependencia de las actividades de la vida diaria, demencia,...), comorbilidad asociada grave o que no acepten diálisis podrán ser subsidiarios de tratamiento paliativo bien en atención primaria o compartido con nefrología.

# Y TAMBIÉN EN TRÍPTICO DE AJUSTE DE FÁRMACOS A ERC



Govern  
de les Illes Balears

## Ajuste de fármacos en la ERC

**ESTRATÈGIES**  
DE SALUT ILLES BALEARS

2016-2020

<b>ANTIHIPERTENSIVOS</b>	
<b>IECA / ARA II</b>	Se recomienda monitorizar FR y electrolitos
<b>ALISKIRENO</b>	FG > 30 ml/min.: no requiere ajuste de dosis. FG < 30ml/min.: no recomendado.
<b>ANTAGONISTAS DEL CALCIO</b>	No requieren ajuste de dosis. * BARNIDIPINO, LERCANIDIPINO, MANIDIPINO: contraindicados si IR grave (según FT)
<b>BETABLOQUEANTES</b>	<b>No requieren ajuste de dosis:</b> CARVEDILOL, METOPROPOL, PROPRANOLOL y LABETALOL <b>No requieren ajuste de dosis (en IR leve/moderada):</b> ATENOLOL, BISOPROLOL, NADOLOL, CELIPROLOL, NEVIBOLOL y SOTALOL. <b>En IR grave:</b> ATENOLOL (50mg/d. ó 100mg/48h.) BISOPROLOL (no sobrepasar 10mg/d.) NEVIBOLOL (no se recomienda)
<b>ALFABLOQUEANTES</b>	No requieren ajuste de dosis.
<b>TIAZIDAS</b>	Evitar si FG < 30ml/min. (pérdida de eficacia, salvo en combinaciones). Dosis convencionales si FG > 30ml/min.
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>	No requieren ajuste de dosis.

# Recomendaciones dietéticas ERC en AP

## INFORMACIÓN AL PACIENTE- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

### ¿Por qué es importante seguir estos consejos dietético-nutricionales?

Porque le ayudarán a disminuir el riesgo de sufrir un daño renal mayor. Además, le ayudarán a reducir su peso corporal, si tiene sobrepeso u obesidad, y a controlar sus valores de tensión arterial, colesterol, triglicéridos y glucosa en sangre.

### Recomendaciones dietéticas generales

- Siga una dieta tipo mediterránea rica en verduras, frutas, legumbres, frutos secos, cereales integrales, lácteos (leche, yogur y queso) bajos en grasa, carnes magras, pescados y huevos, y use aceite de oliva como grasa principal, mejor si es virgen extra.
- Ajuste la cantidad de alimentos ricos en proteínas como la carne, pescado, huevos, leche, yogur y queso, a las recomendadas en la tabla y que puntualmente le puedan dar en el centro de salud.
- En caso de exceso de peso pida consejo en su centro salud para alcanzar poco a poco un peso saludable.
- Evite alimentos ricos en sal, grasa saturada y/o azúcares: bollería, embutidos, salsas, precocinados, galletas, mantequilla, manteca, comida rápida o refrescos.
- Evite los zumos en general, agua con gas y las bebidas con alcohol.
- Intente planificar sus comidas y mantener horarios regulares.
- Si toma sal baja en sodio y rica en potasio, consulte con su equipo de atención primaria, por si estuviera contraindicada.

### Recomendaciones dietéticas específicas

- Si necesita controlar la ingesta de **POTASIO** y/o **FÓSFORO** en su centro de salud le dará las recomendaciones dietéticas necesarias, que deberá aplicar además de las incluidas en esta hoja informativa.

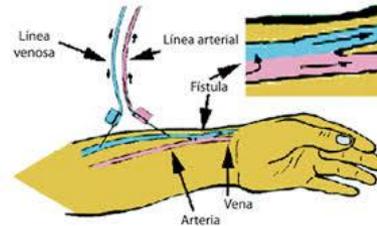
ajo y vino para cocinar y marinar, y a aromatizar el aceite de oliva con laurel, tomillo, ajo, pimienta, ...

### Grupos de alimentos clave - recomendaciones generales.

	Tamaño raciones (caseras)	Recomendación día / semana	Elección preferente	Limitar el consumo	Muy ocasional
<b>Cereales y derivados y tubérculos</b>	1 plato en cocido 1 rebanada pan moreno 1 patata mediana	3 a 4 veces/día	Arroz, pasta y sémolas mejor integrales, <b>quinua</b> , mijo. Pan moreno, blanco o integral sin sal. Patatas.	Cereales de desayuno con azúcar. Pan blanco con sal.	Pan de molde o envasado. Masa de pizza, hojaldre, precocinados.
<b>Lácteos o alternativas vegetales</b>	1 vaso de leche 2 yogures 80g queso fresco	2 raciones/día	Desnatados o <b>semi</b> desnatados. Leche, yogur y quesos frescos sin sal. Bebidas vegetales enriquecidas en calcio	Leche y yogur, <b>enteros</b> y quesos frescos con sal.	Yogures con nata o azucarados, quesos curados o <b>semi</b> , batido, bebidas vegetales con azúcar añadido
<b>Verduras</b>	1 plato lleno (cantidad 150 a 200 g)	al menos 2 veces /día	Frescas, congeladas o conservas sin sal o bajas en sal.	Verduras en conservas con sal.	Encurtidos
<b>Frutas</b>	1 pieza mediana (cantidad: 150 a 200g)	al menos 3 veces/día	Todas las frescas y desecadas sin sal.	En zumos.	En almibar y néctares.
<b>Legumbres</b>	1 plato cocido (60g en seco) a 120 g)	3 a 4 veces/semana	Frescas, secas y cocidas: garbanzos, lentejas, alubias, guisantes, habas...	En conserva sin enjuagar.	Precocinadas con embutidos y ricas en sal.
<b>Frutos secos y semillas</b>	1 puñadito (30g)	1 ración/día de 3 a 7 veces/semana	Almendras, nueces, avellanas y semillas de girasol, calabaza, mejor en crudo.		Con sal, fritos, con azúcar o miel
<b>Carnes</b>	1 filete mediano (Estadio I –II: 100 -125 g) (Estadio III-IV:	3-4 veces/semana	Conejo. Pollo, pavo y otras aves sin piel. Carne de cerdo maera (lomo	Cerdo, vacuno y cordero muy magros eliminando toda	Carnes grasas de todo tipo, picadas comerciales, embutidos frescos.

- *Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)*
- Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.
- **Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)**
- Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología
- Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica
- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**
- Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia
- Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales y *sistemas de información* (indicadores)
- Grupo de Trabajo de Nutrición en ERC (NUEVO)
- Colaboración especial de ALCER

El disponer de una fístula arteriovenosa (FAV) nativa (y si no es posible protésica) en lugar de usar un catéter permanente tiene claras consecuencias en las complicaciones del paciente, su supervivencia y necesidad de hospitalización.



Desde junio de 2017, se están realizando **sesiones multidisciplinarias mensuales** mediante teleconferencia entre un nefrólogo de cada uno de los hospitales del Ib-Salut, un nefrólogo de HUSE, un cirujano vascular especialmente implicado en el acceso vascular de hemodiálisis y un radiólogo intervencionista. Se plantean casos complejos y se planifican soluciones.

Sin embargo, ese cambio organizativo **no está siendo suficiente** para garantizar la incidencia y prevalencia con FAV, dado que entre la sesión clínica, la toma de decisión y la consecución de la misma pueden llegar a pasar entre 4-6 meses, tanto por la lista de espera de anestesia como por la lista de espera quirúrgica.

**Por ello, creo que debería considerarse todo lo relacionado con el acceso vascular de hemodiálisis como preferente.**

Sabemos que es difícil competir con aneurismas o estenosis críticas de miembros, sin embargo, el impacto en el sufrimiento del paciente, su supervivencia y el coste económico de las complicaciones asociadas nos tendrían que hacer replantearnos el grado de prioridad que queremos otorgar .

Podría valorarse la conveniencia de establecer un **INDICADOR** en el contrato de gestión de **CIRUGÍA VASCULAR**.

- *Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)*
- Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.
- Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)
- **Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología**
- Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica
- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**
- Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia
- Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales y *sistemas de información* (indicadores)
- Grupo de Trabajo de Nutrición en ERC (NUEVO)
- Colaboración especial de ALCER

PRESENTACIÓN 23 abril 2015



Guía

para el tratamiento conservador en pacientes con  
Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)



Govern de les Illes Balears

## **Jornada Balear de Cuidados Paliativos Renales**

Una iniciativa para la coordinación y cooperación entre las Estrategias de Cuidados Paliativos y de Enfermedad Renal Crónica en las Islas Baleares.

Se trata de una jornada de trabajo de carácter local, en la que se podrán explorar realidades vs modelos propuestos para impulsar el desarrollo e implementación de un programa de cuidados paliativos renales en los servicios de Nefrología de Islas Baleares.

Organizado por: Dirección General de Planificación Evaluación y Farmacia de la *Consellería* de Salud en colaboración con: Centro Coordinador de Cuidados Paliativos del Servicio de Salud de las islas Baleares; y el Hospital de Manacor.

Acreditación CFC (solicitará el Sº de planificación + colaboración CC-CP)

Fecha seleccionada: **14/03/2019**

Lugar: Manacor, local: por definir

### **Comité Organizador:**

Mercé Llagostera. Médico. Cuidados Paliativos. Centro Coordinador.

Eusebi Castaño Riera. Pediatra. Planificación Sanitaria. Conselleria de Salut.

Joana María Julià. Enfermera. Cuidados Paliativos. Hospital de Manacor.

### **Comité Científico:**

Juan Pablo Leiva. Médico. Cuidados Paliativos. Hospital de Manacor.

David Tura Rosales. Nefrólogo. Hospital de Manacor.

Juan M. Buades Fuster. Nefrólogo. Hospital de Son Llätzer

- *Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)*
- Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.
- Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)
- Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología
- **Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica**
- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**
- Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia
- Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales y *sistemas de información* (indicadores)
- Grupo de Trabajo de Nutrición en ERC (NUEVO)
- Colaboración especial de ALCER

## PORTAL SALUD

[Inicio Portal Salud](#)

## EL SERVICIO

[Portada](#)[Quiénes somos](#)[Dónde estamos](#)

## ESTRATEGIAS CAIB

[Cardiopatía isquémica ▼](#)[Cuidados paliativos ▼](#)[Diabetes ▼](#)[ICTUS ▼](#)[Enfermedades neurodegenerativas ▼](#)

## Enfermedad renal crónica

Esta Estrategia tiene el objetivo de abordar una atención integral, coordinada y multidisciplinar de la enfermedad, actualizar los conocimientos, aplicar las nuevas formas de atención más eficientes y evaluar los resultados asistenciales, para incrementar la calidad de vida de las personas que la sufren y de su entorno. Más aún, si tenemos en cuenta que se trata de una patología asociada al envejecimiento y, dado el aumento de la esperanza de vida, está creciendo de forma progresiva el número de personas afectadas, que ya llega al 22% de las que tienen más de 64 años y al 40 % de las mayores de 80 años.

La enfermedad renal crónica está infradiagnosticada y se puede prevenir con hábitos de vida saludables, con el control de la hipertensión arterial, la glucosa y evitando el exceso de peso y el consumo de tabaco. La Estrategia acentúa la necesidad de detectarla a tiempo y, por ello, incide de forma especial en la coordinación entre los diferentes agentes asistenciales y en el que los profesionales refuercen y orienten su trabajo a descubrirla dentro del ámbito de la Atención Primaria, y a identificar la población que esté en riesgo de desarrollarla. Una vez detectada, se puede ralentizar la progresión, lo que repercute de forma positiva tanto en la calidad de vida de las personas como en las complicaciones cardiovasculares asociadas.

Uno de los aspectos más significativos de esta estrategia es la importancia que se da a promover que los pacientes y sus familiares sean bien informados, ya que la comunicación y el acceso a la información pueden facilitar la participación y la toma de decisiones en la atención de la enfermedad, a partir del conocimiento de los cuidados y de las diferentes alternativas, especialmente en cuanto al tratamiento renal sustitutivo.

 [Estrategia de la Enfermedad Renal Crónica 2011 2015](#)

 [Casos de Enfermedad Renal Crónica - Atención Primaria](#)

 [ERC - Plan de formación en Atención Primaria 2017](#)

 [Estrategia de la enfermedad renal crónica en pediatría](#)

# Estrategia de la enfermedad renal crónica en pediatría

1

Anexo de la Estrategia de la Enfermedad renal crónica de las Illes Balears

Autores:

**Javier Lumbreras Fernández**, pediatra de la Unidad de Nefrología Infantil del Hospital Universitario Son Espases.

**Esther Trillo Bris**, pediatra de la Unidad de Nefrología Infantil del Hospital Universitario Son Llàtzer

## Anexo

### Estrategia de la enfermedad renal crónica en pediatría

#### Esquema

#### 1. Introducción

##### 1.1. Definición y estadios

1.2. Epidemiología: de la ERC 1-4 y de los pacientes en tratamiento sustitutivo. Causas, prevalencia e incidencia.

1.3. Características específicas destacables del niño: justificación del anexo: crecimiento, factores sociofamiliares y educativos, larga expectativa de vida...

1.4. La atención sanitaria pediátrica en las Illes Balears desde el punto de vista de la nefrología

##### 1.4.1. Atención hospitalaria

##### 1.4.2. Atención primaria: situación de la pediatría

##### 1.4.3. Coordinación entre centros y niveles

1.4.4. Situación de la enfermedad renal crónica subsidiaria de tratamiento sustitutivo.

2

1.4.4.1 Derivación a centros de referencia de trasplante renal pediátrico y control combinado. El tratamiento sustitutivo en las Illes Balears

1.4.4.2 El tratamiento depurativo extrarrenal en Baleares

2. Objetivos: mejorar coordinación entre centros, asegurar que los pacientes sean atendidos por especialistas, detección y cribado en pacientes de riesgo

3. Acciones

4. Adenda: tablas con valores de normalidad de creatinina, estimación de FG, proteinuria y microalbuminuria. Derechos de los Niños Hospitalizados

5. Bibliografía

6. Autores y revisores

- *Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)*
- Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.
- Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)
- Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología
- Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica
- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**
- Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia
- Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales y *sistemas de información* (indicadores)
- **Grupo de Trabajo de Nutrición en ERC (NUEVO)**
- Colaboración especial de ALCER

Coordinadora del Grupo: Susana García Melendreras  
Hospital de Manacor

Colaboración especial: Josefina Olivares Alcolea  
Endocrinología HUSLL

## OBJETIVOS:

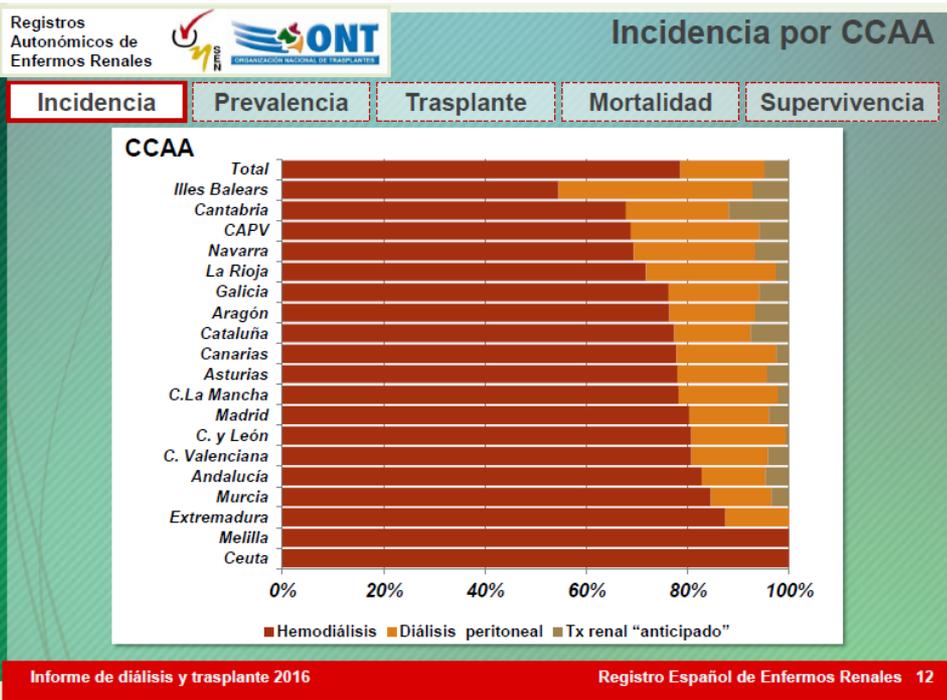
- Conocer el estado nutricional de los pacientes con ERC en Baleares:

Fecha: 24/5/2018								
	% Realizado		nº Pacientes		Medico	Enfermera	Nutricionista	Colaboradores
Hospitales/Centros	HD	DP	HD	DP				
Inca	100%	100%	30	8	Maitane del Pozo	Carme Garcia	Lara Prohens	
Diaverum Inca	30%		18		Valentina Hofmann		Lara Prohens	
Son Llatzer	70%	100%			Rosario Bernabeu		Lara Prohens	
Diaverum Palma	0%		54					
Son Espases	0%	100%	45	25	Maria Antonia Munar	Tina Quevedo	Elena Muñoz	
Policlinica	0%		103		Antonio Corral	Adelaida Pastor	Marcela Licatta	
Manacor	100%	0%	46	12	Susana Garcia, David Tura		Elena Muñoz	
Mateu Orfila	70%		30		Vanesa de la Fuente			
Can Misses	0%	0%						
Portocristo	0%		12		Ivan Gil			
Fecha de entrega final: 21 de septiembre 2018								

- Definir subgrupo de pacientes desnutridos con indicación de suplementos nutricionales que pueda ser financiado por Ib-Salut

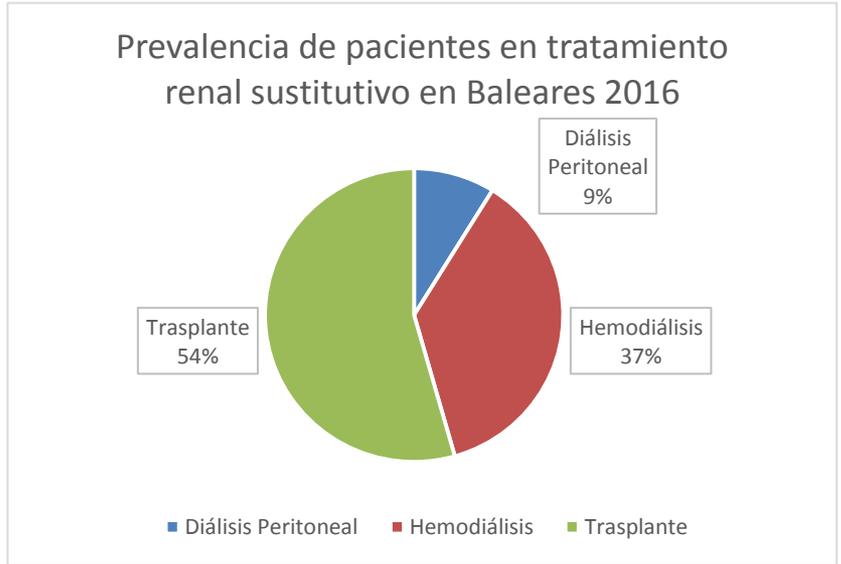
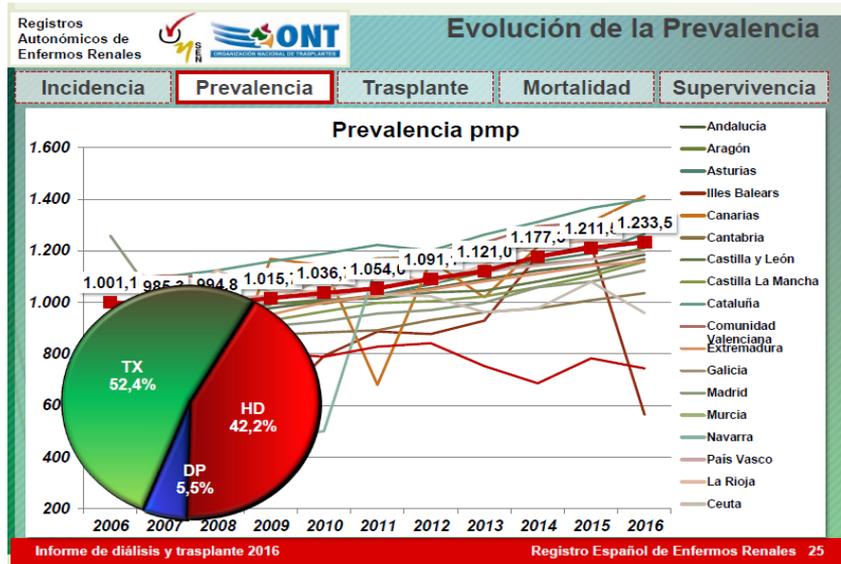
- *Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)*
- **Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.**
- *Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)*
- *Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología*
- *Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica*
- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**
- *Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia*
- *Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales y sistemas de información (indicadores)*
- *Grupo de Trabajo de Nutrición en ERC (NUEVO)*
- *Colaboración especial de ALCER*

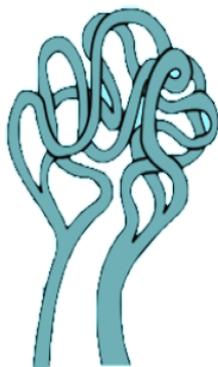
Baleares ha sido la CC AA que en 2016 tuvo la mayor incidencia de Dialisis Peritoneal (DP)



Y además es de las que tiene más pacientes prevalentes en DP.

Especial mención a HSUE, Dra. Munar y equipo de enfermería





Modelo

**ACERCA**

Acreditación de Calidad de las Unidades Enfermedad Renal  
Crónica Avanzada

**PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE ERCA DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER**

...Aunque no hay un grupo de **Trasplante Renal**

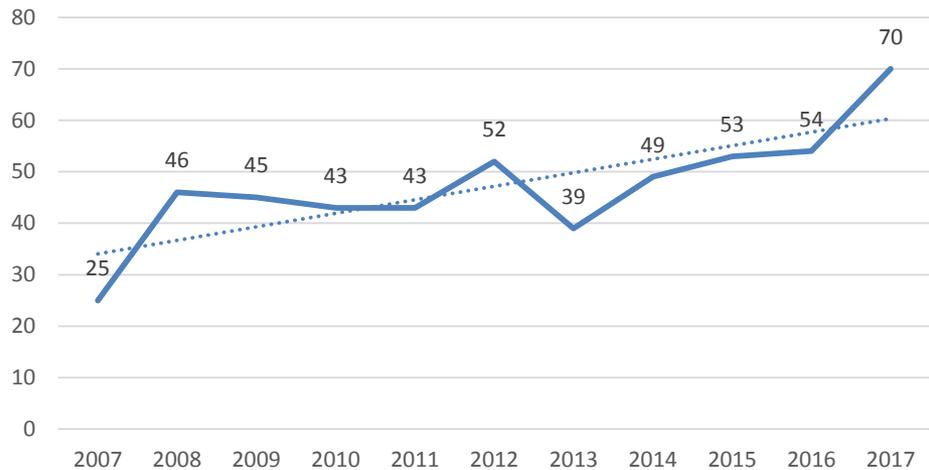
como tal, cabe destacar en gran esfuerzo realizado en

**HUSE** para realizar trasplantes y al resto de

centros por conseguir que más pacientes entrasen en

lista de espera de trasplante renal...

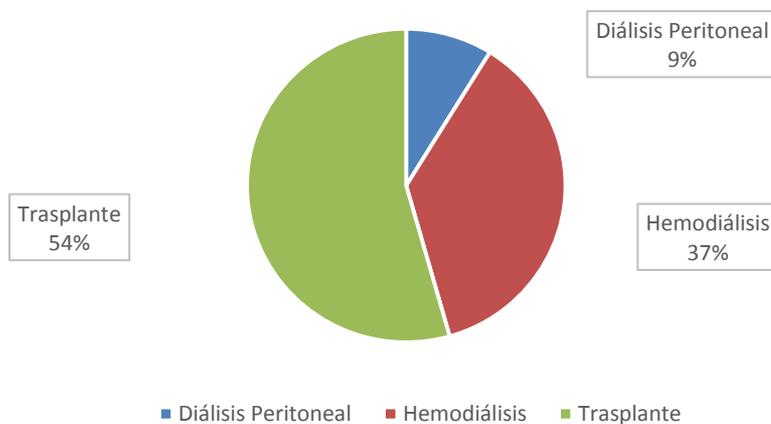
número de trasplantes en HUSE últimos 10 años



El motivo del aumento tan importante de trasplantes este último año no es fruto de la casualidad, sino de 2 elementos nuevos incorporados recientemente:

- la incorporación al Plan Nacional de Acceso al Trasplante Renal para receptores altamente sensibilizados (Programa PATHI) (cPRA  $\geq 98\%$ )
- el uso de donantes en asistólica controlada.

Prevalencia de pacientes en tratamiento renal sustitutivo en Baleares 2016



- *Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica estadios 1-3 (Nefrología y Atención Primaria)*
- Grupo de Trabajo de ERCA y diálisis peritoneal.
- Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Acceso vascular de hemodiálisis (cirujano vascular, radiólogo intervencionista...)
- Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Nefrología
- Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica
- **Grupo de Trabajo de Enfermería (Transversal al resto)**
- Grupo de Trabajo de las Aguas de hemodiálisis. Plan de contingencia
- **Grupo de Trabajo de Gestión de Calidad, Registro de Enfermos renales y sistemas de información (indicadores)**
- Grupo de Trabajo de Nutrición en ERC (NUEVO)
- Colaboración especial de ALCER

# Futuro inmediato en Baleares: **NEFRORED**



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS

Subdirección de Tecnología y Sistemas de Información

---

Implantación de un sistema de  
información de apoyo a la  
Nefrología en Red del Servei de Salut  
de les Illes Balears

---

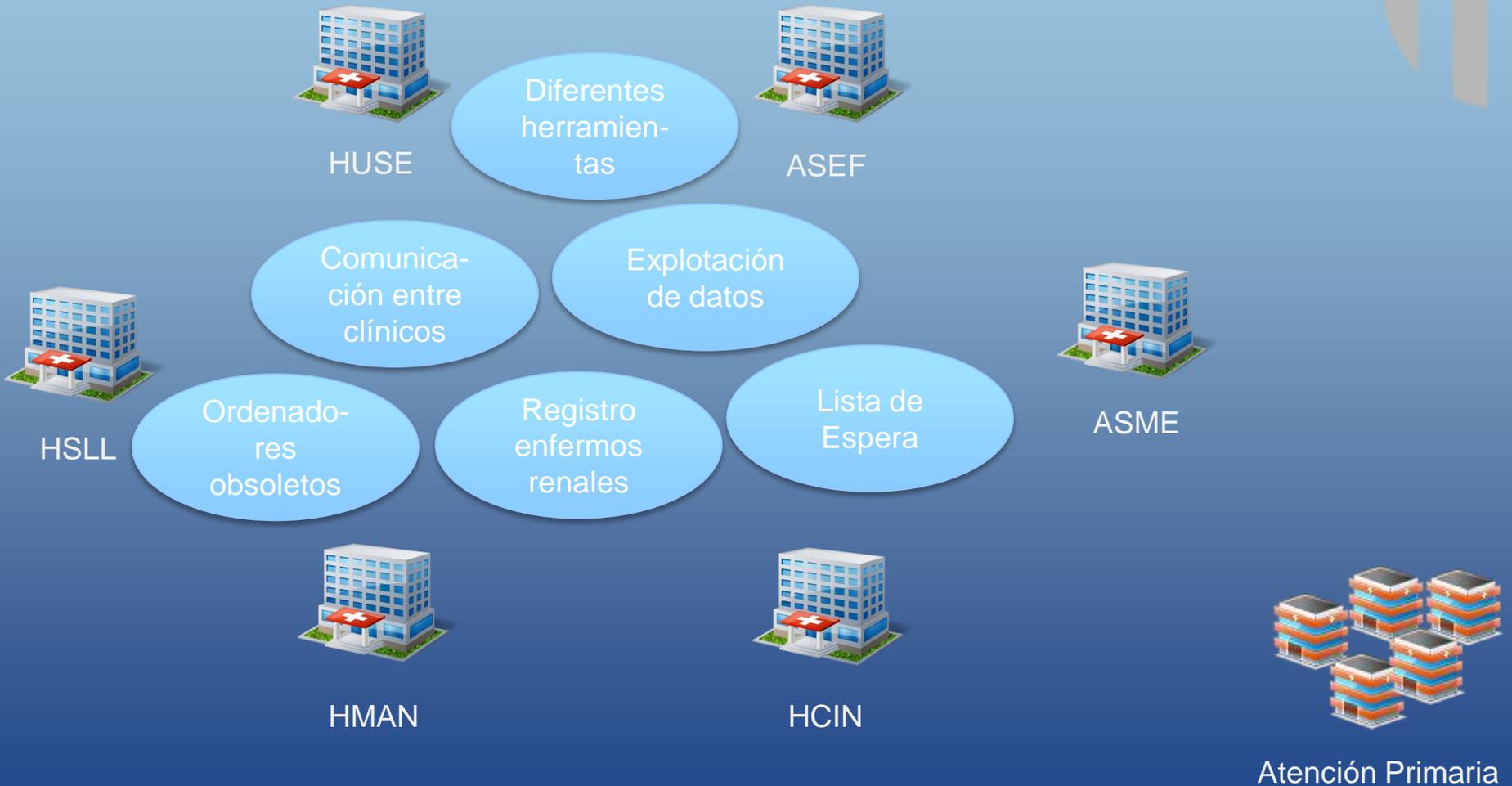
# 1. Introducción

En la actualidad los servicios de nefrología del Servei de Salut de les Illes Balears, en adelante IB-Salut, usan sistemas de información no específicos del área de nefrología o sistemas de información departamentales no interconectados entre ellos.

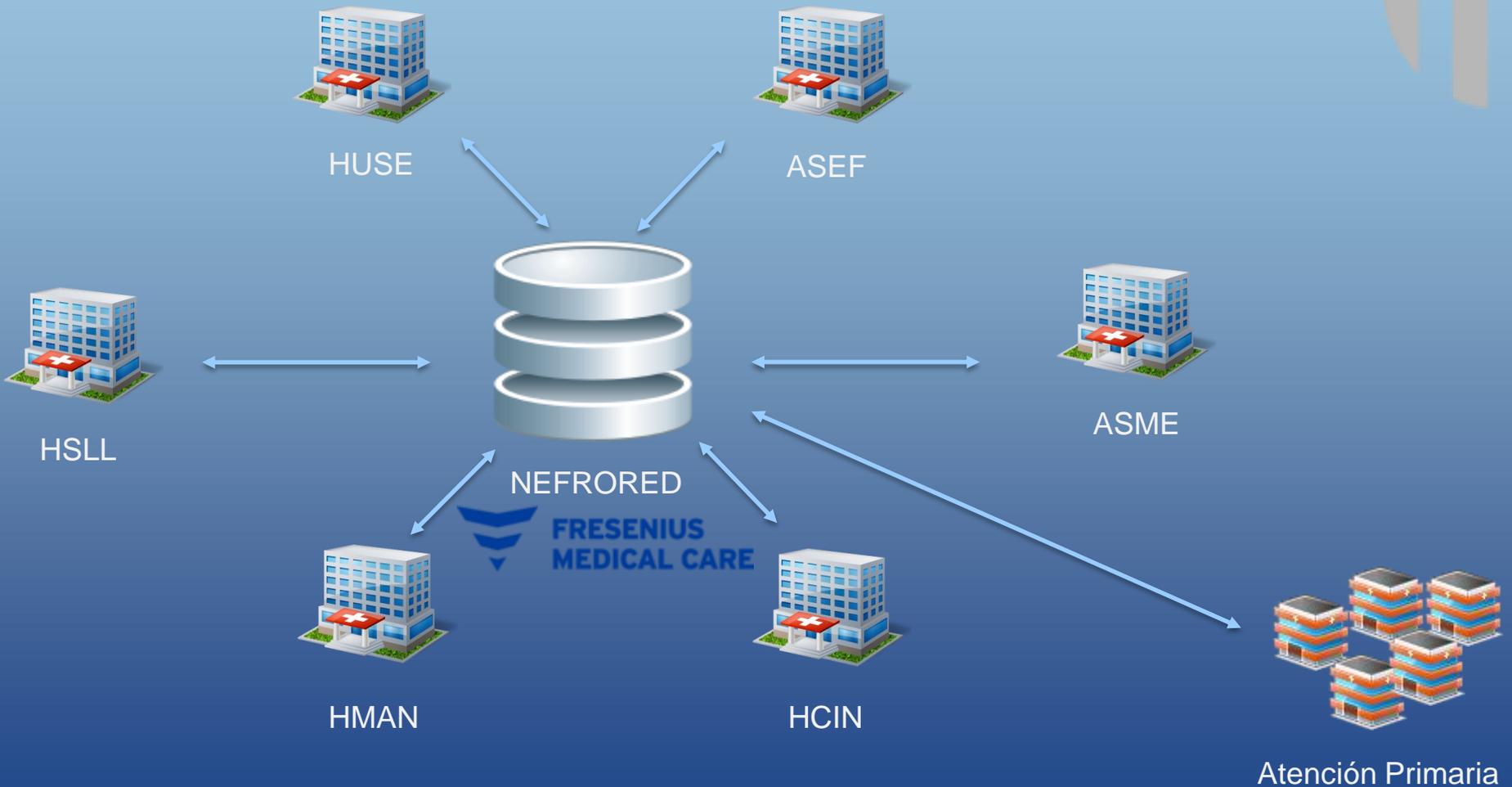
Las necesidades y flujos asistenciales requieren que se amplíe la interconexión de estos sistemas entre sí y con otros sistemas de información o equipamiento.

Dentro del Programa Operativo FEDER para el período 2014-2020 se ha incluido un proyecto de Gestión Integral del Prestaciones, definido como sistemas de información transversales para mejorar la gestión y el control de las prestaciones sanitarias. El presente contrato se incluye dentro de este proyecto para gestionar de forma interconectada los diferentes servicios de nefrología del IB-Salut.

## PROYECTO NEFRORED: situación actual



## PROYECTO NEFRORED: situación final



## Evolución temporal del proyecto NEFRORED



## Claves del proyecto NEFRORED

- Multihospital
- Identificador único de paciente
- Homogeneización de procesos
- Alto nivel de colaboración y acuerdo clínico
- Alto nivel de integración tecnológica
- Multiproveedor tecnológico
- Integración con cada HIS
- Integración con laboratorio
- Integración con BDAC

## ALCANCE

- ERCA
- Hemodiálisis
- Diálisis Peritoneal
- Trasplante Renal
- Lista de Espera Trasplante
- *Consultas Externa*
- ***PERO NO HOSPITALIZACIÓN***

## Registro Enfermos Renales

## Organización del proyecto NEFRORED

- Grupo funcional del proyecto: **jefes de servicio de nefrología y supervisoras de diálisis de los 6 hospitales.**
- Responsables funcionales: Gonzalo Gómez (HUSE) y Juan M. Buades (HUSLL)
- Dirección de SSCC IB-Salut: Francisco Carceles
- Informática gerencias, comisiones de historia clínica de los centros y OTIC
- Responsables tecnológicos: Oscar Ezinmo y Rafael Cobera
- Equipo técnico Fresenius: Raquel Garví, Francisco Albarracín, Natalia Gracia, Angel Gutierrez, Antonio Cámara, Francisco Javier Saez, Daniel Sierra, Pilar Cuervo, David Yunta

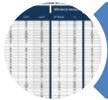
# NEFRORED PERMITIRÁ:



Paciente con una única historia nefrológica



Continuidad de cuidados entre los distintos servicios de nefrología y unidades de diálisis



Manejo eficaz de la lista de espera de trasplante renal



Gestión Poblacional



Indicadores de calidad homogéneos y Benchmarking



Control de costes



Registro "on line" compatible con instituciones superiores (ONT, EDTA...)



SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES, PACIENTES E IBSALUT



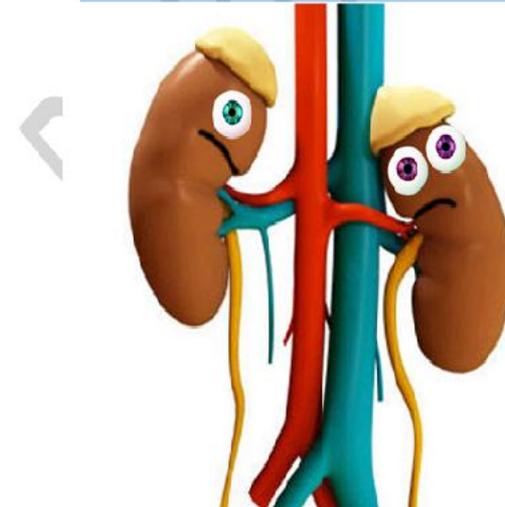
Estudios epidemiológicos, investigación y uso de Big Data

**TALLER DE FORMACIÓN DIRIGIDO A  
PACIENTES ACTIVOS  
METODOLOGÍA DE FORMACIÓN GRUPAL  
ENTRE IGUALES**

**CENTRO DE SALUD SON CLADERA  
19 AL 23 DE MARZO DE 2018**



**PACIENTES ACTIVOS FORMADORES  
CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA  
GUÍA EDUCATIVA 1ª sesión**



# CONCLUSIONES

- Aun queda mucho por hacer...
- Logros conseguidos:
  - Conciencia de tener una estrategia
  - Participación creciente (grupos de trabajo)
  - Relaciones Atención Primaria-Nefrología
  - Consulta ERCA en todos los Servicios de Nefrología
  - Aumento trasplante y la diálisis peritoneal
  - Grandes esperanzas con NEFRORED
- Nadie duda de:
  - Necesidad de fomento del trasplante de donante vivo y del uso de donante en asistolia
  - Necesidad de fomento de la diálisis peritoneal
- Cosas a mejorar:
  - Cumplir objetivos marcados en las FICHAS
  - Poder ofrecer la Hemodiálisis domiciliaria
  - Control de aguas de hemodiálisis-Osmosis inversas Desinfección por calor
  - Mejorar resultados en el Acceso vascular de hemodiálisis



**MUCHAS  
GRACIAS**

IMAGEN DE PALMA DE MALLORCA DESDE MI TERRAZA 10-11-2018