



MEMORIA SERVICIO DE NEFROLOGIA 2011

**CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE
VALENCIA**

DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA - HOSPITAL GENERAL



JEFE DE SERVICIO

ANTONIO GALAN SERRANO

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- HOSPITALIZACION
- 3.- HEMODIALISIS HOSPITAL
- 4.- HEMODIALISIS CENTROS
- 5.- DIALISIS DOMICILIARIA
- 6.- INTEGRACION ASISTENCIAL
- 7.- CONSULTAS EXTERNAS
- 8.- CONTROL DE GESTION
- 9.- RESULTADOS ACUERDO DE GESTION
- 10.- COMPAS
- 11.-MEMORIA CIENTIFICA Y DOCENTE
- 12.-PLANES DE MEJORA Y OBJETIVOS 2012
- 13.- ANEXO INDICADORES CALIDAD

1.- INTRODUCCION

La estrategia del servicio durante el pasado año 2011, prosigue con el desarrollo del proyecto de la jefatura alineada con los acuerdos de gestión departamentales.

Destacan los siguientes objetivos:

- Optimizar los recursos disponibles en hemodiálisis para dializar el mayor número posible de pacientes. Durante este año hemos tenido un rendimiento del 99% del programa de crónicos. Hemos remitido sólo dos pacientes a centros de hemodiálisis de Valencia.
- Adecuación de las instalaciones de hemodiálisis y diálisis peritoneal:
 - o mejoras estructurales
 - o nuevos monitores
 - o unidad centralizada de baño de hemodiálisis
 - o nuevos sillones para pacientes
- Impulso de la DIALISIS PERITONEAL mediante:
 - o Creación de nueva consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)
 - o Puesta en marcha de la escuela del paciente renal
 - o Evaluación de herramientas para la toma de decisiones compartidas
 - o Puesta en marcha del blog del paciente renal
- Nueva distribución de las agendas de las consultas externas.
 - o Nueva unidad de HTA
 - o Nueva consulta de enfermedades glomerulares
- Impulsar la relación con primaria. Departamento valencia-Hospital general

- Plan charla semanal. Recorrido por todos centros de primaria.
 - Consenso para el manejo compartido de la HTA:
- Protocolo de colaboración con cardiología para los pacientes con ICC estadios avanzados
- Protocolo de colaboración con el área de diagnóstico para extender el uso de la estimación de filtrado glomerular (CKD_{epi}) a partir de las cifras de creatinina y diagnosticar la enfermedad renal oculta. Prevención del fracaso renal agudo de pacientes ingresados.
- Protocolo de colaboración microbiología para el control de calidad de agua para diálisis y prevención infección de catéteres
- Protocolo con reanimación para la gestión de la diálisis continua de los pacientes críticos que la precisan.
- Nuevas relaciones con los pacientes
 - Blog de nefrología
 - Escuela del paciente renal
- Investigación y docencia
 - Implicación del servicio en ensayos multicéntricos
 - Mantener becas para proyectos de investigación clínica

En 2011 se ha modificado la estructura funcional del servicio. Actualmente es la siguiente:

- Crónicos: Juan Villaro y Amparo Martínez
- Ingresados: Javier Sanchis y Amparo Martínez
- Interconsultas: Rosa Moll
- Diálisis domiciliaria: JM Escobedo, M Giménez
- Consultas externas:
 - . ERCA : JM Escobedo, M Giménez y T Galán
 - . Glomerulares: J Sanchis

- . Unidad HTA: Luis Garcés
- . Consulta rápida y ERC: C. Martínez

2.-HOSPITALIZACION

La actividad de hospitalización se ha mantenido estable en número de ingresos e interconsultas. La estancia media ha sido de 6 días, ha disminuido un 20% con respecto al año anterior, a pesar del aumento de la complejidad de los pacientes ingresados. Esta mejora en la estancia media se ha acompañado de un aumento de reingresos, que ha ascendido al 4,9%.

Las interconsultas han aumentado hasta 822 (8,55%), pero ha disminuido el número de visitas por paciente a 3,1 (35%)

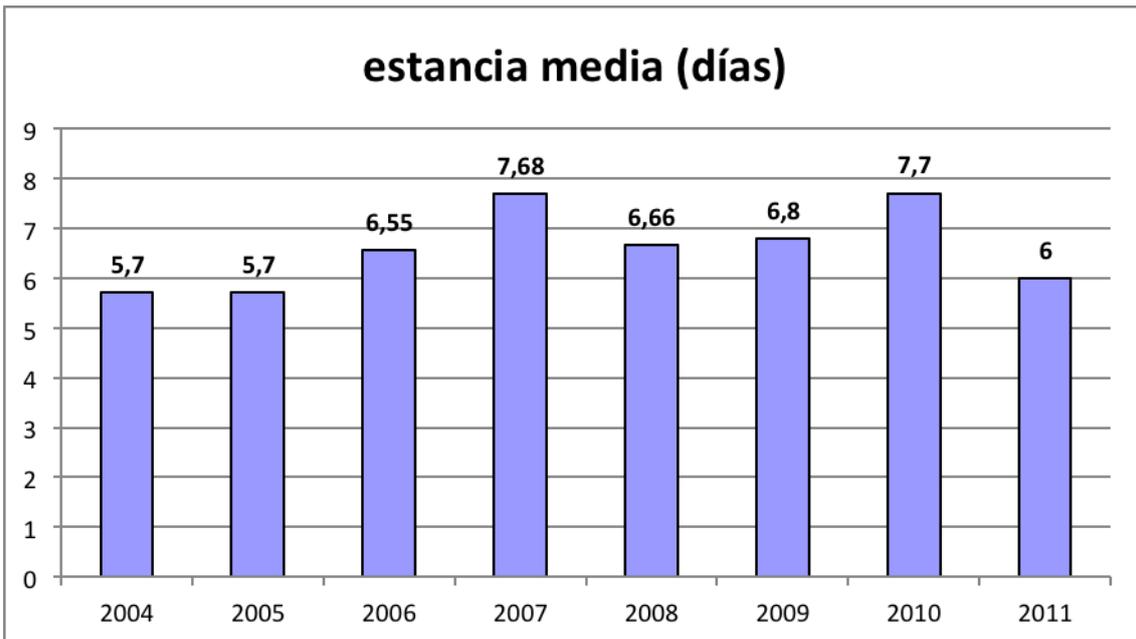
Destaca el tremendo descenso de catéteres de 195 en 2010 a 135 durante el 2011 (30%), sobre todo de catéteres tunelizados que disminuyen de 63 a 36 (42%). Esta disminución probablemente está en relación con la puesta en marcha de la consulta ERCA.

Esta consulta contribuye al enlentecimiento en la progresión de la enfermedad renal. Los pacientes se mantienen más tiempo sin requerimientos dialíticos y llegan mejor preparados. Esto supone un ahorro muy importante no bien cuantificado.

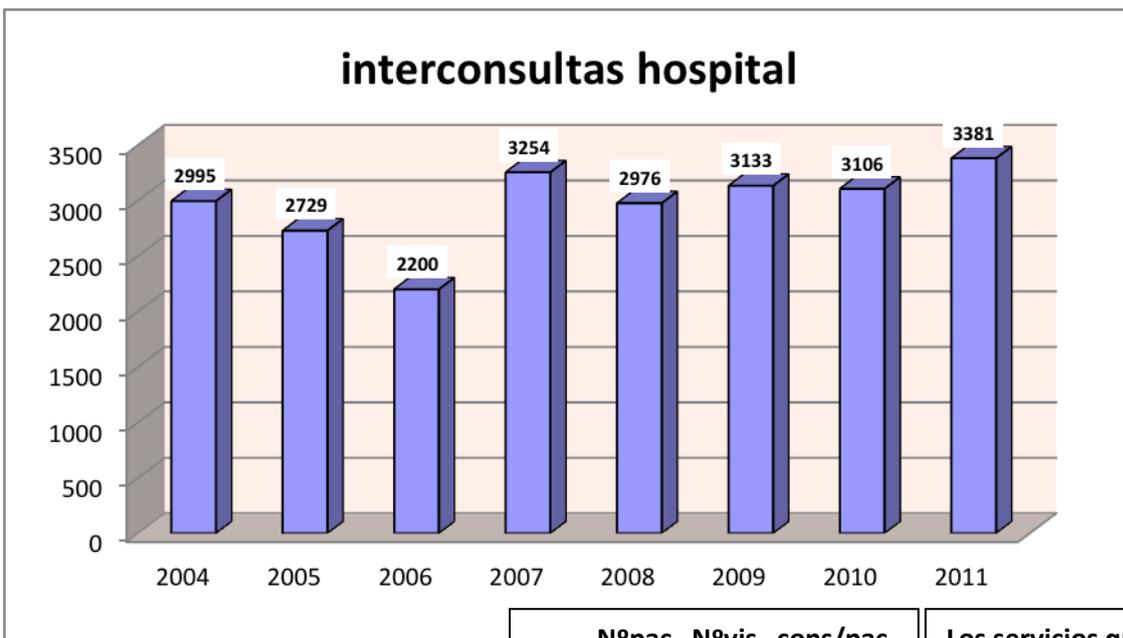
Se consolida el número de biopsias renales que ya aumentó el pasado año y que se mantiene con el nuevo circuito de colaboración con rayos intervencionista.

HOSPITALIZACIÓN	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ingresos totales	541	579	364	261	294	302	285	219
Internos	31	25	15	21	17	27	25	22
Programados	15	18	15	13	13	14	16	14
Urgentes	495	536	334	227	264	261	244	183
Estancias	3091	3323	2386	2007	1960	2067	2208	1324
Altas totales	509	527	346	245	264	284	273	204
Traslados serv	29	5	0	14	13	0	10	0
Traslado hosp	2	2	4	3	1	2	6	3
Éxitus	15	15	20	29	19	26	24	13
Estancia media	5,7	5,7	6,55	7,68	6,66	6,8	7,7	6,0
Índice ocupación	84,7%	91%	65,36%	61,09%	67,74%	61,3%	67,2%	60,5%
Índice rotación	54,1	57,9	36,4	29	34	28	31	36,5
Presión urgencias	91,49%	92,57%	91,75%	86,97%	89,79%	84%	85%	83,6%
Índice mortalidad	2,94%	2,84%	5,49%	11,11%	6,46%	8,6%	8,8%	6,4%
Nº camas	10	10	10	10	10	9	9	6

Evolución datos hospitalización



Evolución estancia media en días



Evolución interconsultas hospitalarias

	Nºpac	Nºvis	cons/pac
2004	592	2995	5,05
2005	577	2729	4,72
2006	473	2200	4,65
2007	645	3254	5,04
2008	614	2976	4,84
2009	652	3133	4,80
2010	652	3106	4,76
2011	822	3.381	3,10

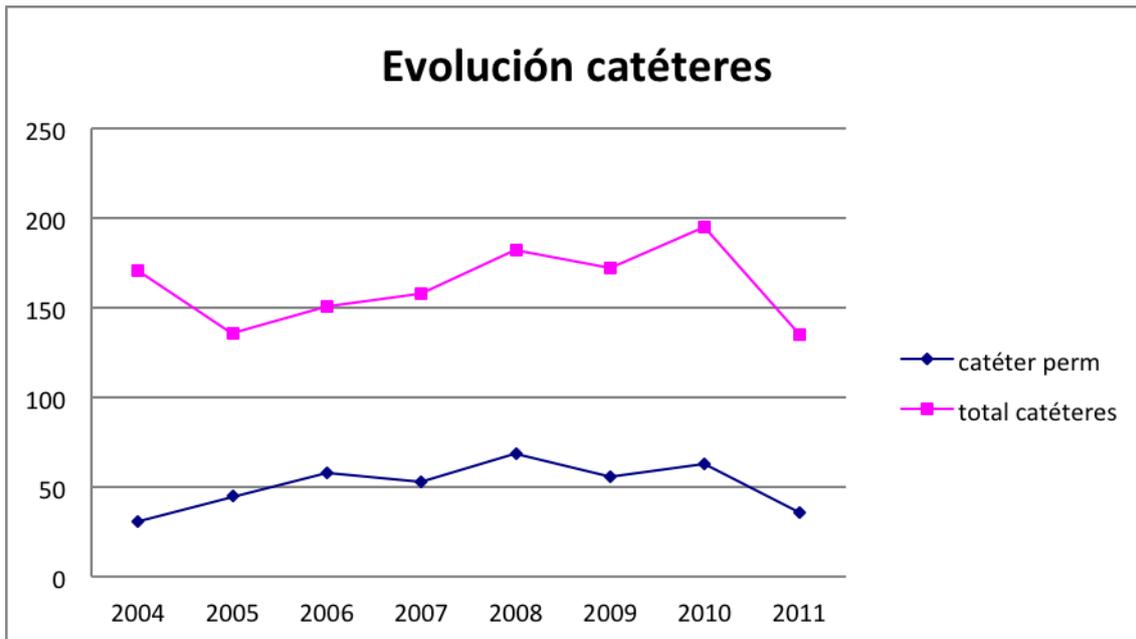
Los servicios que más consultan son
REANIMACION GENERAL
DIGESTIVO Y NEUROLOGIA

Interconsultas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitalarias	Pac/vis	Pac/vi						
Cirugía General	53 296	81 402	75 378	60 300	76 368	89 392	110 576	59 237
Cardiología	70 436	54 265	35 139	67 321	42 198	46 212	60 310	58 271
Cirugía Cardíaca	40 219	34 219	22 144	53 332	33 196	43 295	48 278	40 254
Dermatología	5 16	7 30	2 5	6 29	2 9	5 32	1 4	4 19
Digestivo	30 200	30 188	36 125	37 193	31 139	55 278	51 228	70 231
Estomatología	5 24	3 13	3 12	3 12	- -	1 2	2 5	1 4
Ginecología	16 57	11 41	8 40	15 42	6 26	13 47	13 40	8 16
Hematología	6 23	7 19	8 30	10 36	6 32	9 69	6 24	7 26
Maternidad	41 249	33 115	12 40	19 80	21 95	25 71	18 71	14 40
Medicina Interna	44 257	55 261	76 377	73 296	74 340	64 279	46 177	61 244
Neurocirugía	22 51	16 73	17 61	7 38	14 72	12 81	21 102	18 75
Neurología	68 302	46 203	28 125	48 228	30 136	46 183	32 114	66 239
Neumología	15 55	48 194	42 173	59 267	57 241	37 141	43 181	30 118
ORL	8 24	30 147	21 97	19 77	25 115	22 108	6 20	17 51
Oncología	11 63	11 35	8 25	13 77	22 114	14 55	18 79	23 106
Psiquiatría	7	9	5	6	13	8	15	10

	24	41	20	32	46	33	35	26
Reanimación	42	27	24	42	52	55	60	67
	236	98	163	276	326	318	412	325
COT	35	21	22	50	30	35	39	49
	82	118	109	259	137	196	154	177
UMCE	16	7	5	7	10	19	8	16
	47	22	21	25	43	53	27	58
Unidad Coronaria	12	11	6	19	10	3	8	20
	106	63	24	190	38	10	28	83
Urología	46	35	19	28	59	49	45	46
	227	178	92	127	302	272	228	232
total	59	577	473	645	614	652	652	822
	2995	2729	2200	3254	2976	3133	3106	3381

Interconsultas por servicio

Otras actividades	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Biopsia Renal	2	3	5	3	9	5	10	11
Holter TA	311	306	384	280	282	238	212	148
Hospital de día	861	505	362	2313	2010	2500	995	722
Total catéteres	171	136	151	158	182	172	195	135
Catéter permanente	31	45	58	53	69	56	63	36
Femoral	117	87	93	101	109	114	129	99
Yugular	18	4	-	4	4	2	3	-



3.- HEMODIALISIS HOSPITAL

Durante el año 2011 hemos consolidado los logros conseguidos con los cambios en la gestión de los puestos de hemodiálisis.

Las estadísticas se presentan de forma que la hemodiálisis de crónicos se refiere solo a los pacientes crónicos de nuestro programa. Paciente agudo es todo aquel que no es de nuestro programa. Con esta clasificación pretendemos adscribir a cada una de las áreas la actividad realizada, a los efectos de valorar consumo de recursos y posibles necesidades.

En el año 2011 se realizaron 7394 diálisis, que es la cifra más alta conseguida en los últimos 6 años y un 10% más que en el 2010.

Los objetivos han sido:

- **Optimizar la utilización de los puestos de crónicos** . Se han realizado 6215 hemodiálisis de crónicos que ha sido también la cifra más alta desde 2006 aumentando un 26% con respecto al 2010
- Mayor capacidad de diálisis de agudos con una nueva habitación con 4 puestos. Se han mejorado los flujos de trabajo. Uno de los objetivos ha sido minimizar las diálisis de agudos que se han reducido de 1786 a 1211 (33%). Este objetivo está en relación con ahorro de los recursos dedicados a agudos. En concreto las diálisis a los pacientes de otros centros han

disminuido de 541 a 154 (54%), a pesar de mantenerse igual en número de ingresos de pacientes de otros centros. Esto significa que lo que realmente ha cambiado es la gestión de estos pacientes. Esto supone 3675 horas menos de trabajo de enfermería, lo cual a repercutido en su tiempo y cargas de trabajo

- La modernización de la tecnología nos ha permitido mejorar la calidad asistencial con la puesta en marcha de nuevas técnicas.
- La instalación de la unidad central de concentrado para diálisis ha mejorado la seguridad de los pacientes y ha disminuido las cargas de trabajo de las auxiliares y la generación de residuos

Por otra parte hemos planteado nuevos objetivos

- No hemos podido ordenar la lista de espera de fístulas arteriovenosas y ni mejorar el proceso de las fístulas arteriovenosas
- Mejorar la **seguridad de los pacientes**: Consolidar la comisión para el control de calidad del agua. Participamos en la comisión de seguridad del paciente del CHGUV.
- Hemos mejorado la coordinación con la empresa de ambulancias, disminuyendo los tiempos de espera de los pacientes y mejorando su satisfacción.
- Los nuevos monitores permiten introducir mejoras en las técnicas de diálisis como la hemodialfiltración en línea

Hemodiálisis	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	PAC	HD										
Pac. incidentes	56		73		74		69		53		48	
	842		1645		1785		1474		1772		1190	
Hospital	10		13		13		22		23		17	
	343		612		584		915		1231		912	
Centros	46		63		61		47		30		35	
	499		1033		1201		559		541		154	
Pac. prevalentes	29		26		27		24		39		39	
	3118		3783		2931		3821		3149		6183	
Hospital	29		26		27		24		39		39	
	2998		3221		2419		2906		3086		6215	
Total HD Crónicos	87		105		114		115		93		39	
	3960		5428		4453		5295		4921		6215	
Total HD Agudos	200		189		182		220		216		203	
	2366		1869		1430		1795		1786		1211	
Centros	43		107		102		116		119		112	
	381		942		1014		917		1096		604	
UCI continuas	14		22		24		28		28		37	
	390		518		231		440		386		238	
Hospital	143		60		56		76		69		85	
	1595		409		185		438		304		575	
Total diálisis	6326		7297		6146		7090		6707		7394	

Pacientes incidentes en tratamiento renal sustitutivo 52

INCIDENCIA DP DEPARTAMENTO

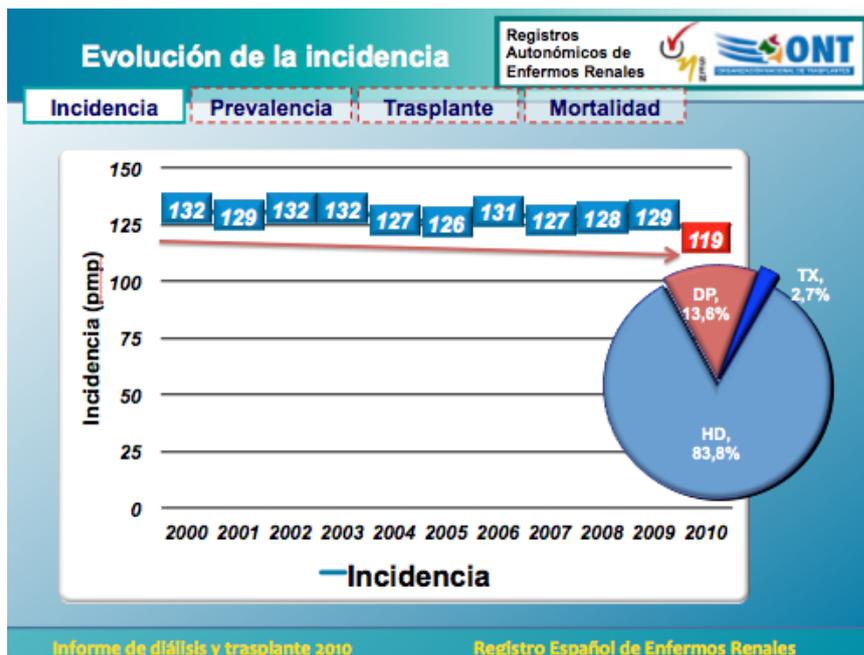
Total pacientes que inician DP 6, tres de los cuales provienen de hemodiálisis y no se cuentan como incidentes

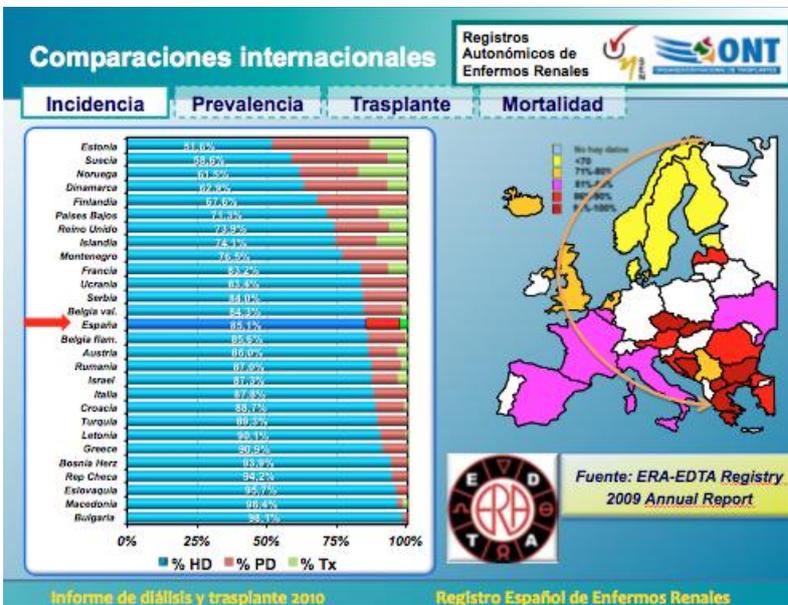
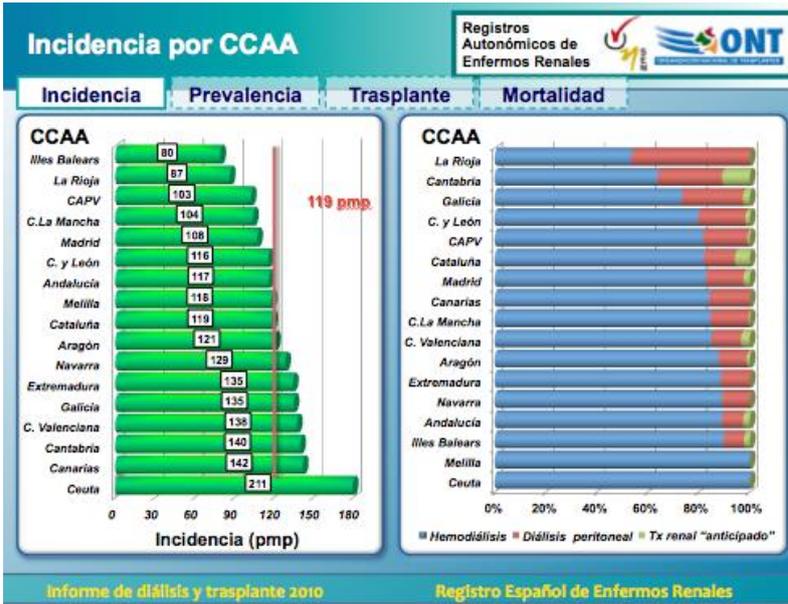
Incidencia 5,76%

PREVENIA DP DEPARTAMENTO

Total en DP 6% de los 300 pacientes prevalentes del departamento

Estas cifras son superponibles a las observadas en la comunidad valenciana y en el resto de España



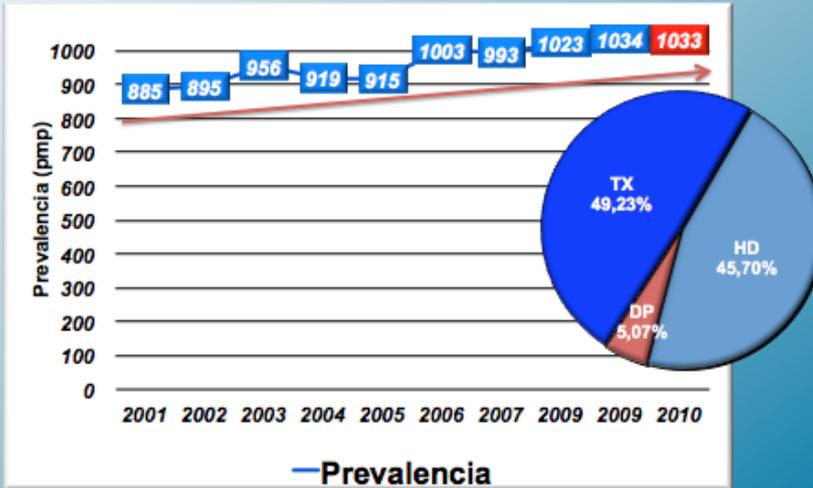


Evolución de la Prevalencia

Registros
Autonómicos de
Enfermos Renales



Incidencia Prevalencia Trasplante Mortalidad



Informe de diálisis y trasplante 2010

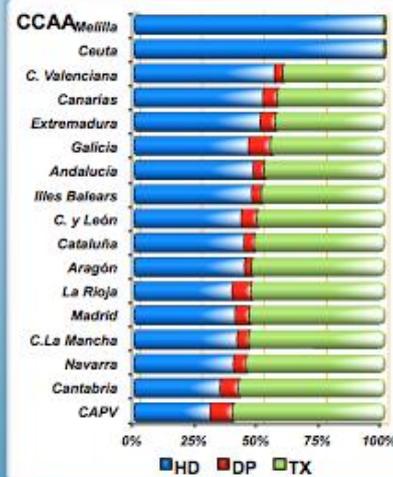
Registro Español de Enfermos Renales

Prevalencia CCAA

Registros
Autonómicos de
Enfermos Renales



Incidencia Prevalencia Trasplante Mortalidad



Informe de diálisis y trasplante 2010

Registro Español de Enfermos Renales

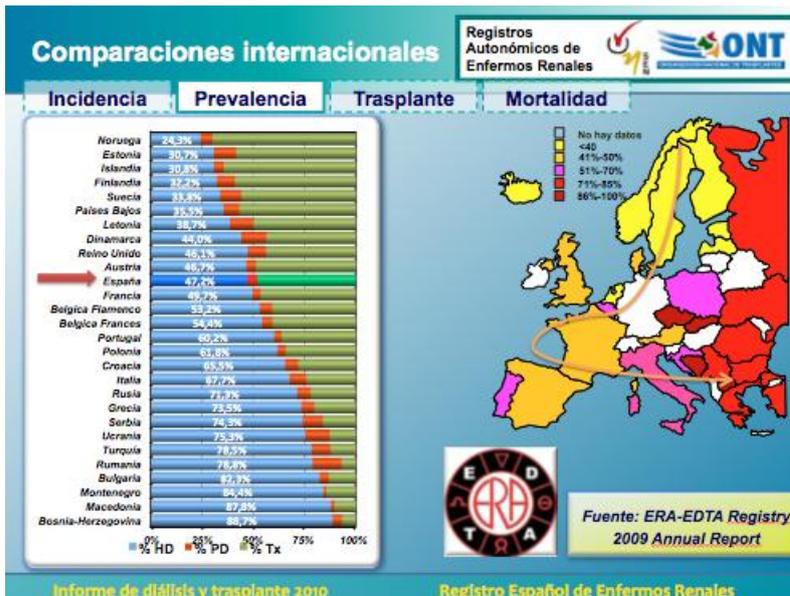


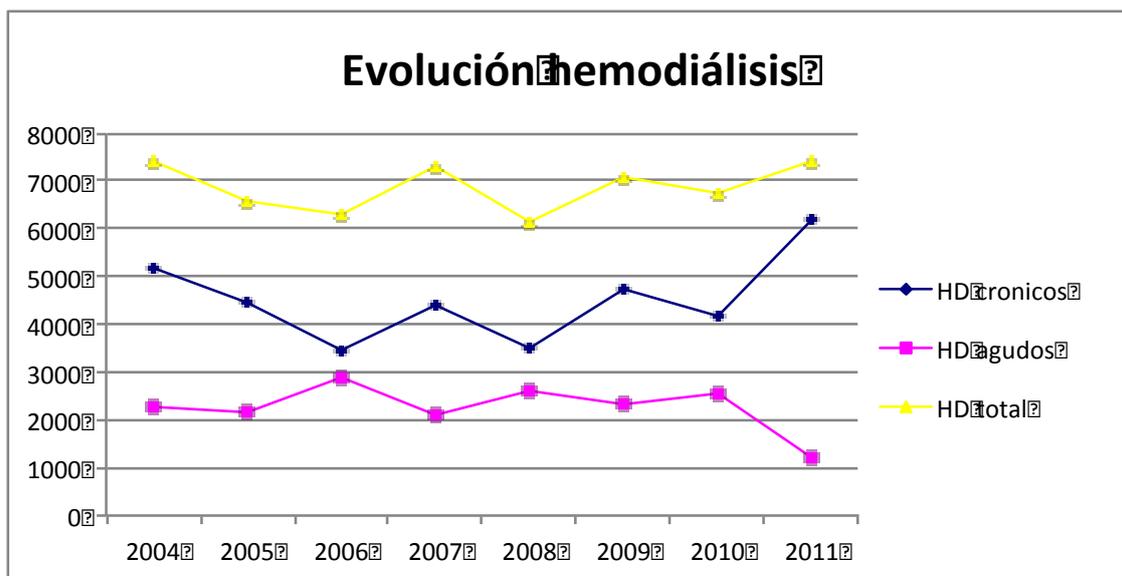
TABLA 24
REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA C.VALENCIANA.2010
INCIDENCIA
DISTRIBUCION SEGUN ULTIMO TRATAMIENTO RECIBIDO

ULTIMO TRATAMIENTO RECIBIDO	Nº CASOS	%
Hemodiálisis o hemofiltración en hospital/centro	596	84,54
DP	82	11,63
Trasplante	2	0,28
Fracaso no reversible del riñón trasplantado	24	3,40
Enfermo recobra suficiente función de sus riñones para no precisar diálisis	1	0,14
TOTAL	705	100,00

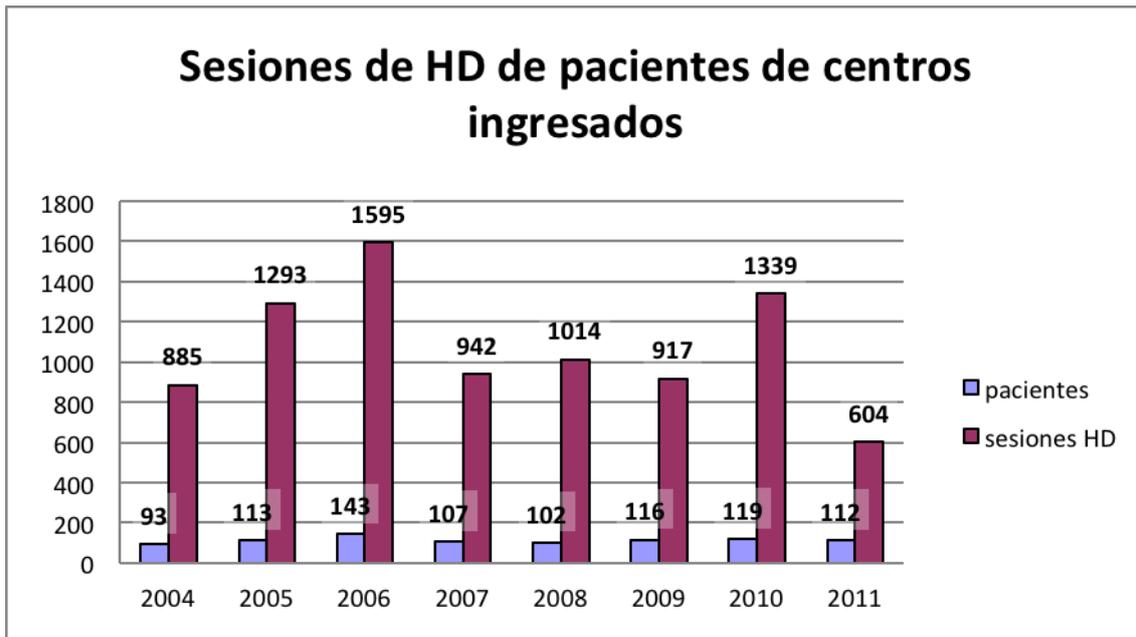
TABLA 20
REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA C.VALENCIANA.2010
PREVALENCIA
TOTAL ENFERMOS (RESIDENTES EN C.V. Y NO RESIDENTES)
DISTRIBUCION SEGUN ULTIMO TRATAMIENTO RECIBIDO

ULTIMO TRATAMIENTO RECIBIDO	Nº CASOS	%
Hemodiálisis o hemofiltración en hospital/centro	3.239	55,68
DP	234	4,02
Hemodiálisis o hemofiltración domiciliaria	12	0,21
Trasplante	2.330	40,06
Fracaso no reversible del riñón trasplantado	1	0,02
Paciente perdido para control	1	0,02
Enfermo recobra función	0	0,00
TOTAL	5.817	100

CENTRO		PACIENTES	TOTALES 2011
VIRGEN DEL CONSUELO		60	1.035.258,00 €
ALCER TURIA			
	TORRENT	80	
	ALDAYA	33	
	REQUENA	42	
	LLIRIA	4	
		159	2.766.039,00 €
DIAVERUM			
	CAMPANAR	3	
	BURJASSOT	6	
	NEFROCLUB- PATRAIX	6	
		15	236.824,00 €
FRESENIUS		7	141.099,00 €
CEDIVAL		5	18.568,00 €
LA SALUD		1	4.574,00 €
VALNEFRON		1	15.301,00 €
TOTAL		248	4.217.663,00 €



Pacientes remitidos a centros	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Torrente	12	16	18	29	14	9	11	11
Aldaia	15	9	10	8	5	7	4	12
Consuelo	13	11	6	15	21	11	4	2
Valnefron	1							1
CM Jesus	4	1	5		2	1		-
Requena	3	5	3	6	10	8	6	5
otros			2		2			
Gamapal		3	2		3	1	1	1
Burjasot		1				3		
La Salud		1						
Cedival				2	1	1		1
LLiria				1	2	1	1	1
Valencia al mar				1				
total	51	47	48	65	65	51	31	35



4.-HEMODIALISIS DE CENTROS

Mantenemos un control anual de los pacientes que facturan la hemodiálisis concertada al hospital para purgar errores de sectorización

No reunimos con los facultativos de los centros dependientes del hospital para consensuar pautas comunes de actuación

5.-DIALISIS DOMICILIARIA

Uno de los objetivos de las modificaciones funcionales planteadas ha sido dar un fuerte impulso a la diálisis domiciliaria, fundamentalmente a la diálisis peritoneal, tal y como se propone desde la Sociedad española de nefrología y de los acuerdos alcanzados con diversas comunidades autónomas. La AVS señala el impulso de la DP como un objetivo en los próximos acuerdos de gestión. Son varias las razones:

- Técnica que promueve el autocuidado
- Reserva acceso vascular
- Conserva la función residual
- 40% más barata que la hemodiálisis

Para promover la DP hemos puesto en marcha la consulta para la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), donde informar y preparar el acceso del paciente para la diálisis.

Nuestro objetivo es potenciar la DP hasta conseguir el 25 % de los pacientes en TSR

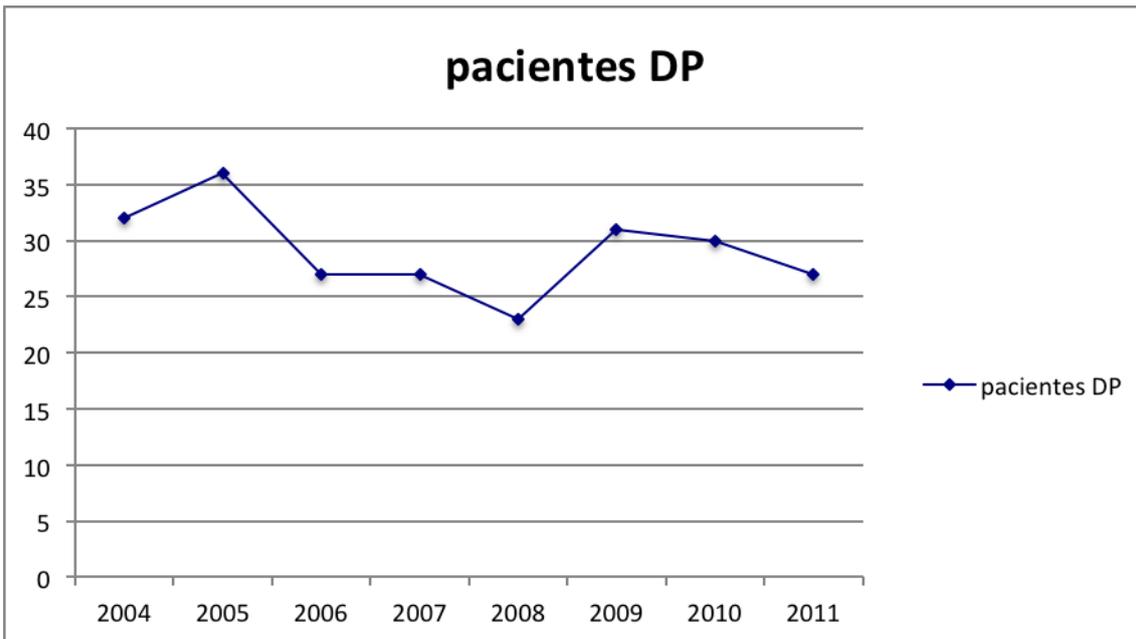
DIALISIS PERITONEAL	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pacientes	32	36	27	27	23	31	30	27
Catéteres	15	9	7	6	1	15	9	5
Visitas	671	786	668	643	478	898	795	696

Actividad peritoneal

	2008	2009	2010	2011
Activos al 31 diciembre (1)	17	21	17	22
Salidas a lo largo del año	8	9	13	5
TOTAL	25	30	30	27
Pacientes Incidentes (2)	3	11	7	6

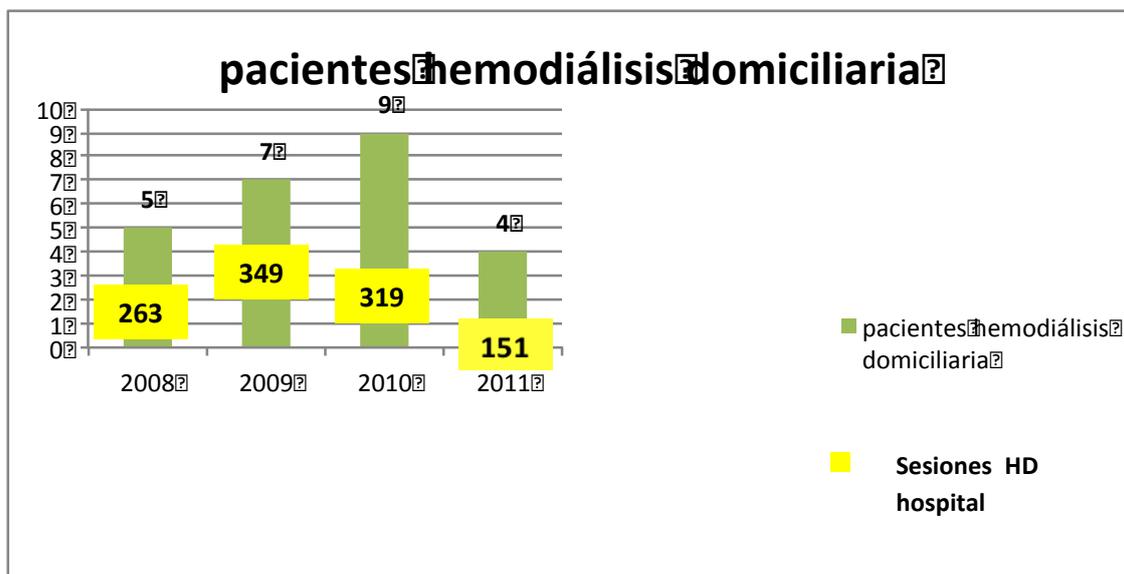
(1) Incluye pacientes ya en tratamiento con DP y pacientes en seguimiento/entrenamiento pendientes de iniciar tratamiento.

(2) Sin incluir pacientes con catéter colocado pero que no han empezado la técnica. Contabilizando traslado de otras técnicas



Evolución diálisis peritoneal

En cuanto a la hemodiálisis domiciliaria, contamos con 4 pacientes a 31 de diciembre del 2011



6.-INTEGRACION ASISTENCIAL

Durante el 2011 hemos llevado a cabo un plan de colaboración con AP, con los siguientes objetivos:

- Darnos a conocer a primaria, ser más accesibles
- Abrir nuevas vías de colaboración no presencial: Consulta virtual apnefro_hgv@gva.es. Teléfono de contacto todos los días.

- Ser más resolutivo y evitar desplazamientos innecesarios de pacientes
- Difundir consensos establecidos sen-semfyc para el manejo compartido de la ERC .
- Habilitar un perfil analítico para seguimiento ERC por primaria
- Plan de acción para ir a todos los centros de salud en el primer semestre 2011, con cita previamente acordada y un modelo de reunión, tipo sesión clínica con casos e interacción
- Acordar plan para el segundo semestre 2011 con el tema: HTA, DM y nefrotóxicos en ERC
- Colgar en la intranet tríptico del consenso para el manejo compartido

7.-CONSULTA EXTERNA

Hemos modificado la estructura de las agendas duplicando el número de primeras. Actualmente la estructura de las agendas es de dos primeras y trece segundas excepto las de prediálisis que es de dos primeras y 8 segundas. Nuestro objetivos han sido:

- Hemos visto 835 primeras alcanzado la cifra más alta de los últimos 6 años con un aumento del 3,5% con respecto al 2010
- Ser más resolutivos. Disminuir las demoras de primeras e interconsultas que se ha situado en 9,5 días, muy similar a la del pasado año y una de los mejores del departamento
- Altas de seguimientos inadecuados. Hemos disminuido las revisiones a la cifra más baja de los últimos 6 años. Han pasado de 8662 a 6659. Un 20% menor que en el 2010. Hemos dado 855 altas de consultas
- Hemos incorporado la receta electrónica
- Damos la cita en consulta externa sin remitir el paciente a admisión
- Hemos consolidado la consulta de ERCA con finalidad de informar al paciente y preparar mejor el acceso a diálisis. En total 861 visitas en dicha consulta

- Especialización progresiva de algunas consultas: HTA desde el último trimestre. Enfermedades glomerulares desde Diciembre 2011
- Hemos remitido 722 al hospital de día
 - o 619 para Fe iv
 - o 3 para ciclofosfamida iv



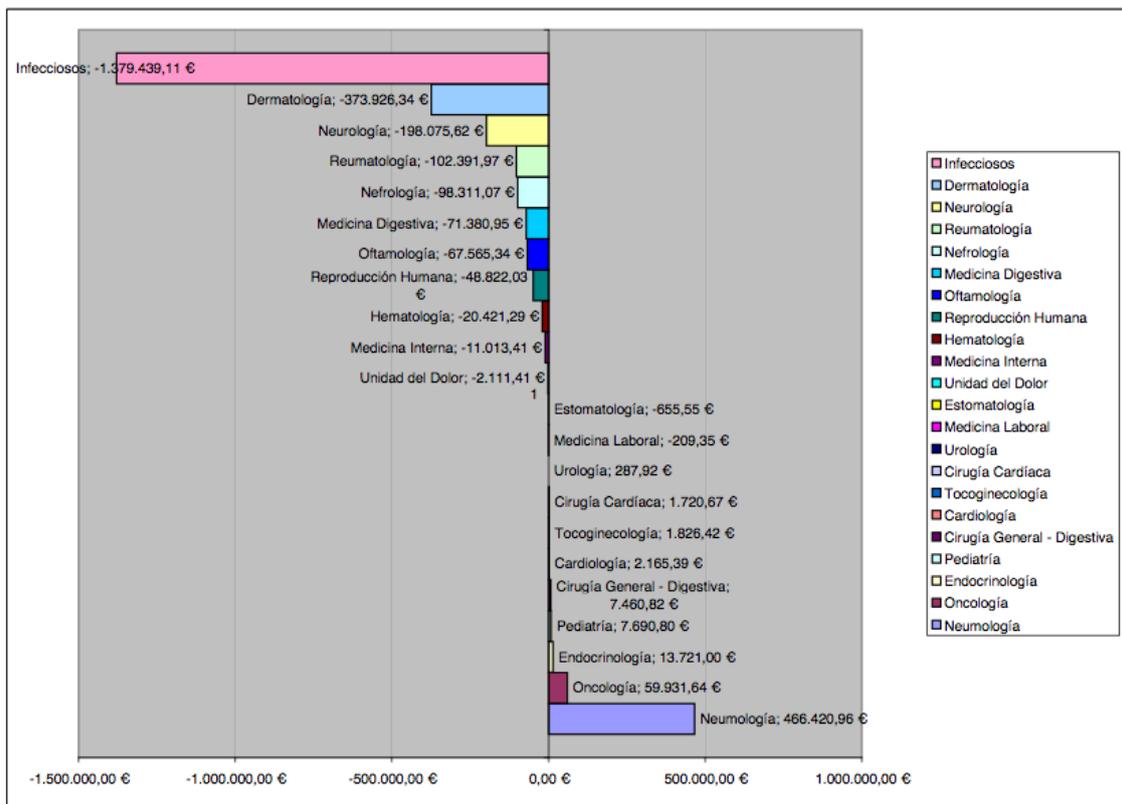
Dispensación Ambulatoria CHGUV Enero-Diciembre 2010-2011

Centro de Coste		Enero-Diciembre		Var. 2010-2011
		2010	2011	
9319	Neumología	882.464,73 €	1.348.885,69 €	466.420,96 €
9313	Oncología	1.184.618,82 €	1.244.550,46 €	59.931,64 €
931I	Endocrinología	151.669,95 €	165.390,95 €	13.721,00 €
931C	Pediatría	291.395,08 €	299.189,19 €	7.794,10 €
931A	Cirugía General - Digestiva	6.897,94 €	14.358,76 €	7.460,82 €
931F	Cardiología	1.046,33 €	3.211,72 €	2.165,39 €
931M	Tocoginecología		1.826,42 €	1.826,42 €
931D	Cirugía Cardíaca		1.720,67 €	1.720,67 €
931K	Urología	72,78 €	360,70 €	287,92 €
931J	Medicina Laboral	209,35 €		-209,35 €
931H	Estomatología	675,58 €	20,03 €	-655,55 €
931G	Unidad del Dolor	4.254,70 €	2.143,29 €	-2.111,41 €
931E	Medicina Interna	13.469,70 €	2.456,29 €	-11.013,41 €
9315	Hematología	1.699.459,15 €	1.679.037,87 €	-20.421,29 €
931L	Reproducción Humana	412.392,75 €	363.570,72 €	-48.822,03 €
931B	Oftalmología	123.167,97 €	55.602,62 €	-67.565,34 €
9312	Medicina Digestiva	1.198.470,31 €	1.127.089,36 €	-71.380,95 €
9317	Nefrología	364.245,83 €	265.934,75 €	-98.311,07 €
9316	Reumatología	1.752.592,85 €	1.650.200,88 €	-102.391,97 €
9314	Neurología	1.182.629,51 €	984.553,88 €	-198.075,62 €
9318	Dermatología	1.483.880,30 €	1.109.953,96 €	-373.926,34 €
9311	Infecciosos	9.146.771,59 €	7.767.332,48 €	-1.379.439,11 €
Total general		19.900.385,21 €	18.087.390,68 €	-1.812.994,53 €

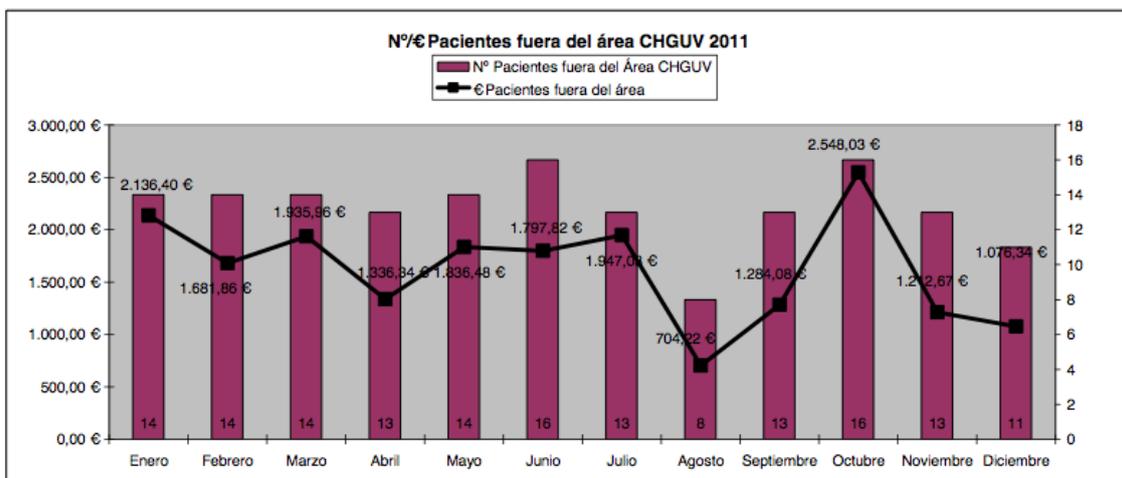
8.-CONTROL DE GESTION

Hemos depurado la dispensación de fármacos a los pacientes no pertenecientes al departamento, disminuyéndola en un 60% con respecto a 2010

Hemos disminuido el gasto en dispensación ambulatoria en 98.311 €, un 26% con respecto a 2010



Enero-Diciembre	2010	2011	Variación
Nº Pacientes	478	454	-24
Uds. Fármacos dispensados	21.932	19.301	-2.631
€/Paciente	762,02 €	585,76 €	-176,26 €
Pacientes fuera área	78	27	-51
€/Paciente fuera área	45.970,38 €	19.497,24 €	-26.473,14 €



9.-ACUERDOS DE GESTION

En los acuerdos de gestión consolidamos la mejora con respecto observada el pasado año. Cumpliendo la mayor parte de los objetivos estratégicos y obteniendo 70-72 puntos. Pendiente de los resultados definitivos. Para el próximo año planteamos las siguientes áreas de mejora:

- Aumento del número de Publicaciones científicas
- Disminuir reingresos
- Aumentar la prevalencia e incidencia de pacientes en diálisis peritoneal

10.- COMPAS

Estamos pendientes de recibir los datos del 2011

11.-INVESTIGACION Y DOCENCIA

1. LINEAS DE INVESTIGACION

- Desarrollo de herramientas para la toma de decisiones compartidas en la enfermedad renal crónica

RESUMEN (debe ser breve y preciso, exponiendo sólo los aspectos más relevantes)

La Información al paciente para la elección del tratamiento renal sustitutivo tiene mucha variabilidad. Según trabajos recientes hasta un 30% de los pacientes no conocen bien las alternativas cuando inician tratamiento sustitutivo. Hemos creado una consulta específica para los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Estamos estudiando una forma sistemática de proporcionar la información para que el paciente pueda participar en la toma de decisiones. Para ello contamos con diversas herramientas que estamos pilotando.

- Participación del paciente en el manejo de la ERC

RESUMEN (debe ser breve y preciso, exponiendo sólo los aspectos más relevantes)

El proyecto desarrolla la escuela del paciente renal como elemento de participación del paciente en el manejo de la enfermedad renal crónica. Se lleva a cabo un labor educativa multidisciplinar por parte de dietista, psicología y rehabilitación. Por otra parte se programan charlas y actividades en el aula. Se ha creado un blog del paciente renal. Otras líneas de trabajo son la evaluación de la satisfacción del paciente y la participación del paciente en la seguridad asistencial

2. FINANCIACION DE ORGANISMOS PRIVADOS

2011

Título: Programa de educación, entrenamiento y seguimiento a pacientes en diálisis peritoneal y consulta ERCA, formado por profesionales de alta cualificación y estructura adecuada para la atención de los pacientes y su entrenamiento en la técnica de la diálisis peritoneal

Organismo Financiador: Baxter SL

Investigador Responsable: Antonio Galán Serrano

Investigador/es Colaborador/es:
Brenda Henningsmeyer

Dotación económica: 21.177

Duración

1 año
prorrogable

2011	<p>Título: Programa de formación en nefrología para la potenciación de las consultas de pre-diálisis y la terapia renal sustitutiva así como la colaboración en programas de educación, entrenamiento y seguimiento a pacientes en diálisis peritoneal y consulta ERCA</p> <p>Organismo Financiador: Fresenius Medical Care SA</p> <p>Investigador Responsable: Antonio Galán Serrano</p> <p>Investigador/es Colaborador/es: Amparo Martínez Más</p> <p>Dotación económica: 28.750</p>	<p>Duración</p> <p>1 año prorrogable</p>
------	--	--

3. ENSAYOS CLINICOS

2011	<p>Título del ensayo: efecto de paricalcitol sobre la albuminuria, la inflamación y la fibrosis en pacientes con enfermedad renal proteinúrica crónica (estudio PALIFE)</p> <p>Promotor: ABOTT</p> <p>Investigador Responsable: Antonio Galán Serrano. Caridad Martínez Villanueva</p> <p>Dotación económica:</p>	2011
------	--	------

2011	<p>Título del ensayo: estudio multicéntrico, prospectivo, observacional, para el análisis de factores de progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos vs no diabéticos</p> <p>Promotor: ESTEVE</p> <p>Investigador Responsable: Antonio Galán Serrano. Caridad Martínez Villanueva</p> <p>Dotación económica:</p>	2011
------	--	------

4. ACTIVIDAD DOCENTE UNIVERSITARIA PERSONAL DOCENTE

PROFESORES ASOCIADOS de la Universidad de Valencia

Luis Garcés López

Javier Sanchis Aldás

5. OTRAS ACTIVIDADES DOCENTES

SESIONES CLÍNICAS

1. *Reanimación Cardio-pulmonar*. Miriam Coret. 14/01/11
2. *Alteraciones Hidroelectrolíticas*. Itziar De La Cruz. 13/01/11
3. *Riñón y Embarazo*. Rosa Moll Guillem. 18/01/11
4. *Fracaso Renal Agudo tras cirugía cardiaca*. Amparo Martínez Mas/José M^a Escobedo Rumoroso. 25/01/11
5. *Sesión anatomopatológica (3 casos)*. Amparo Martínez Mas/ Ana G^a. 2/02/11
6. *Hemodiálisis como primera opción*. Juan Villaro Gumpert. 22/02/11
7. *Hiperuricemia y el riñón*. M^a Luisa Asensio Tomas. 28/02/11
8. *Ferropenia: nuevas terapias de hierro intravenoso*. Dr. Alfonso Mirada. 3/03/11
9. *Tratamiento de la anemia en la ERC*. Francisca González. 27/05/11
10. *Análogos de la vitamina D*. Abbott. 2/06/11
11. *Protocolo de consenso en atención primaria en ERC*. Luis Garcés López. 14/06/11
12. *Protocolo hipocalcemia posttiroidectomía*. M. Mravcova. R. Granchel. 21/06/11
13. *Evidencia científica de la hemofiltración en línea*. Fresenius. 5/07/11
14. *Bioimpedancia multifrecuencia*. Fresenius. 12/07/11
15. *Tratamiento Nefritis Lúpica Proliferativa (Difusa y Focal)* Rita Granchel Tarragó. 22/07/11
16. *Actualización de los protocolos del hospital de día*. Martina Mravcová. 26/07/11
17. *Controles Analíticos y periodicidad de medición*. Amparo Martínez Mas. 28/07/2001
18. *Inserción catéter translumbar tunelizado como acceso para hemodiálisis*. Juan Villaro Gumpert. 15/09/2011.
19. *Tratamiento nefritis intersticial*. Rosa Borrás Vila. 2/09/11
20. *Tratamiento de la glomerulonefritis membranosa*. Martina Mravcová. 26/09/11
21. *Proyecto ERCA*. Brenda Henningsmeyer. 05/10/11.
22. *Protocolo actuación con atención primaria*. Luis Gracés López. 4/10/11.
23. *Síndrome Hepatorrenal*. Rita Granchel Tarragó. 11/10/11.
24. *Protocolo catéteres de hemodiálisis: Inserción y tratamiento de infecciones relacionadas*. Nuria Tormo Palop, rita Granchel Tarragó, David Navalpotro. 4/11/11.
25. *Resultados biopsias renales*. Ana García (servicio AP La Fe). 15/11/11
26. *Nutrición en ERC y Diálisis*. Nutricia. 29/11/11.
27. *Trastornos hidroeléctricos durante la cirugía*. Asunción Vedejara Sánchez/Cristina Sáiz Ruiz. 30/11/11
28. *Protocolo seguimiento acceso vascular*. Rosa Borrás Vila. 1/12/11.

6. PRESENCIA EN LAS COMISIONES HOSPITALARIAS

- Comisión control calidad del agua para diálisis: Antonio Galán
- Comisión de seguridad clínica: Antonio Galán
- Comisión de Farmacia: Antonio Galán
- Comisión de uso racional del medicamento: Antonio Galán
- Comisión de trabajo con atención primaria para el desarrollo de protocolos para el manejo compartido de la HTA. Luis Garcés y Antonio Galán.

7.- DOCENCIA ESPECIALIDAD NEFROLOGIA.

Adecuamos rotaciones

I.- ROTACIONES PRIMER AÑO:

1. Estancia inicial en Nefrología: de 1 a 2 meses.
2. Rotaciones por especialidades complementarias:
 1. Medicina interna: 2 meses
 2. Enfermedades infecciosas: 2 meses
 3. Neumología: 1 mes
 4. Cardiología: 2 meses
 5. Endocrinología: 1 mes
 6. Urología: 1 mes
 7. Diagnóstico por imagen: 1 mes

II.-ROTACIONES SEGUNDO AÑO:

1. Hemodiálisis: 11 meses (junio-abril).
2. Diálisis peritoneal y pre-diálisis: 1 mes (mayo)

III.- ROTACIÓN DEL TERCER AÑO:

1. Diálisis peritoneal y pre-diálisis: 2 meses (junio, julio)
2. Cuidados intensivos: 2 meses (agosto, sept)

3. Trasplante renal (AP): 5 meses (octubre, noviembre, diciembre, enero, febrero)
4. Hospitalización: 3 meses (marzo, abril, mayo)

IV.- ROTACIÓN DEL CUARTO AÑO:

1. Hospitalización: 7 meses (junio-dic)
2. Consulta externa: 5 meses (enero-mayo): Hipertensión arterial. Riesgo cardiovascular. CAP.

12.-CONCLUSIONES Y PROPUESTAS MEJORA PARA EL 2012

CONCLUSIONES 2011

- Mejora estructural
- Mejora procesos
- Aumento productividad diálisis crónicos
- Aumento primeras consultas
- Disminución diálisis agudos y de centros concertados
- Disminución cargas de trabajo enfermería y auxiliares
- Puesta en funcionamiento consulta ERCA y escuela de pacientes
- Aumento diálisis peritoneal
- Disminución estancia media
- disminución tiempo demora de primeras

PROPUESTA DE MEJORA PARA 2012

- Renovación becas para desarrollo de línea de implicación del paciente:
 - o Blog de pacientes. Correo para consulta pacientes

- Escuela/club de pacientes
 - Plan de acogida
 - Mentor de paciente
 - Seguridad del paciente
 - Talleres multidisciplinarios
 - Paciente experto
-
- Informatización del servicio. Nefrolink
 - Desarrollo del proceso de la fístula arteriovenosa con cirugía vascular y radiología intervencionista.
 - Prevención de complicación del acceso vascular con eco doppler
 - Internalizar la biopsia renal que hoy en día tenemos que enviar a la Fe
 - Desarrollo protocolos de la unidad de hemodiálisis para optar a la acreditación
 - Crecer en DP
 - Impulso a la seguridad del paciente
 - Consulta sin papeles
 - Participación de la enfermería de consulta externa en la unidad de HTA y consulta ERCA
 - Desarrollo global de la diálisis en el departamento.
 - Consolidar consultas monográficas de HTA y enfermedades glomerulares
 - Utilización de abucasis para recibir y contestar consultas de primaria
 - Proseguir con la colaboración con primaria mediante el programa de consenso para el manejo compartido de la HTA
 - Elaborar un plan de acogida para residentes de nefrología
 - Elaborar plan de acogida pacientes

- Optimizar utilización de los recursos disponibles en hemodiálisis de crónicos, orientarlos a ahorrar en pacientes remitidos a centros concertados. La realización de tres turnos está implantada en distintos hospitales de la comunidad como por ejemplo: Alzira, Manises, Elche, Elda, Alcoy y en muchos centros concertados. Paso a describir la situación en cuanto a horario de trabajo de cada uno de ellos

Alcoi. Dispone dos turnos de enfermería, con presencia de 14 horas (como nosotros). La sala es más grande, lo que permite la conexión y desconexión secuencial. Nosotros podríamos hacer algo similar si utilizamos la sala de agudos. Por otra parte en Alcoy la prevalencia de catéteres es la mitad de la nuestra. La conexión de los catéteres es mas lenta que con FAV. Nuestros protocolos hacen que sea más lenta que en otras unidades y podríamos revisarlos.

Manises: realiza tres turnos con presencia de enfermera hasta las 02h, es decir realiza los tres turnos de tratamiento con 18h de presencia profesional.

Elche: realiza tres turnos con presencia profesional de 14 horas. Dispone de un puesto libre en cada turno, tasa de catéteres < 40%, no coincidencia en el mismo puesto de mas de un paciente con 4h de tratamiento, retribución extraordinaria cuando se prolonga la jornada. Podríamos unificar los pacientes con más tiempo y analizar cuantos precisan menos.

Elda: Realiza tres turnos en Lunes-Miércoles y Viernes con pacientes con tiempo de tratamiento no superior a 3h30´ y algunos 2h30. Los pacientes con tiempo de tratamiento de 4h y/o 4h30´ están en Martes-Jueves y Sábado y estos días se realizan dos turnos.

Denia: realiza tres turnos con 16 horas de presencia profesional.

La Ribera: realiza tres turnos en Lunes-Miercoles y Viernes (un tercer turno es nocturno, los pacientes "van a dormir al Hospital) pero con tres turnos de presencia profesional: 24h.

Tiempos reales de actividad para tres turnos de tratamiento con cuatro horas y sin incidencias:

08-8'50	Recepción pacientes Montar monitores Conexión diálisis
8'50-12'50	Sesión diálisis
12'50-13'20	Desconexión pacientes Lavado monitores
13'20-14'00	Recepción pacientes Montar monitores Conexión diálisis
14'00-18'00	Sesión diálisis
18'00-18'30	Desconexión pacientes Lavado monitores
18'30-19'10	Recepción pacientes Montar monitores Conexión diálisis
19'10-23'10	Sesión diálisis
23'10-23'40	Desconexión pacientes Lavado monitores

Las opciones que planteo son:

- Poder realizar un tercer turno todos los días supondría dializar a 20 pacientes más. Con un ahorro estimado de 500.000€/año. El coste esperado sería el derivado de incrementar la cobertura del personal de tardes hasta las 23-24 horas (1 o 2 horas más del horario actual). El objetivo sería disponer a partir de las 22 horas de 2 enfermeras y 2 auxiliares para la desconexión de los pacientes. Pueden contemplarse diversas opciones:

- personal de refuerzo que este trabajando en otras áreas del hospital previo entrenamiento

- personal contratado por horas

- personal externo

- Otra opción sería establecer el tercer turno sólo en lunes, miércoles y viernes. De esta forma se obvia prolongar jornada el sábado. Se podría dializar 10 pacientes más, con un ahorro estimado de 250.000€

-Finalmente se podría estudiar dializar a 3-5 pacientes más sin modificación de horario en el turno de lunes, miércoles y viernes

- Finalmente el gran desafío al que nos enfrentamos este año es la constitución de las áreas clínicas. Entiendo que es una oportunidad de establecer vías clínicas conjuntas con urología en áreas en que ambos trabajamos, como infecciones urinarias y urolitiasis. Si somos capaces de potenciar sinergias estas podrían contribuir a un ahorro potencial que a la larga reinvertiera en el consorcio. Además de las vías clínicas comentadas plantearía actuar sobre la patología más prevalente, hipertrofia prostática para controlar la demanda,

trabajando con los médicos de atención primaria. Establecería circuitos rápidos para la patología oncológica. Impulsaría el rendimiento óptimo de los quirófanos, descargando a urología de las tareas médicas que pudiéramos asumir. El proyecto escuela del paciente renal, blog y herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartidas lo haría extensivo a urología. Trabajaría en conjunto con urología y control de gestión para definir los drivers de costes e indicadores más ajustados para conseguir un resultado económico favorable para el consorcio brindando una asistencia de calidad.

En definitiva entiendo que el área clínica es un escenario adecuado para lograr una asistencia eficiente, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario

Antonio Galán