



Gestión y Optimización de la Diálisis y el Trasplante Renal: HACIA LA EFICIENCIA DEL TRS

Noviembre 2025
La información mostrada durante la reunión está dirigida exclusivamente a Profesionales Sanitarios facultados para prescribir o administrar medicamentos. Por favor no distribuir en medios, soportes o canales de comunicación dirigidos a público general. Para más información de reacciones adversas puede dirigirse a la dirección de AstraZeneca: www.contactazmedical.astrazeneca.com

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



PARADIGMA DE LA COORDIANCIÓN: 47 a. 2 TXr PREVIOS. 10 a HD. VHC. TX VIVO. ABO INCOMPATIBLE. DONANTE HERMANA. FRI



PARA EMPEZAR ALGUNAS IDEAS

1. Liderazgo Institucional y Profesional de los responsables de los Servicios de Nefrología para una Atención Integral del paciente con ERC. De esta manera se podrá coordinar la participación activa en todo el proceso asistencial tanto de los pacientes como los profesionales sanitarios, incluidos los gestores.
2. Establecer Objetivos Asistenciales basados en Resultados en Salud, que incluyan un adecuado balance entre calidad y eficiencia, con una planificación realista donde el Paciente sea el eje de nuestra actividad.
3. Las Modalidades de Tratamiento Renal Sustitutivo (trasplante renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal y tratamiento conservador) se deben entender como un continuum asistencial. Representan alternativas de tratamiento intercambiables y su indicación estará basada no solo en criterios médicos.
4. La Seguridad de los pacientes debe ser parte inherente de todas nuestras acciones. La evolución de la ERC esta condicionada por múltiples factores por lo que es necesario incorporar estrategias que reduzcan la tasa de errores asistenciales, tanto en el entorno hospitalario como a nivel de atención primaria, mediante la comunicación y análisis de cada evento.
5. Asumir el tratamiento en domicilio como parte fundamental en la asistencia del paciente crónico. Las Terapias Domiciliarias de la ERC forman parte de este proceso, por lo que habrá que facilitar la formación de todo el personal sanitario. El empleo de modelos educativos estructurados con herramientas que faciliten la toma de decisiones permitirá una distribución más equitativa y eficiente de los recursos.

OPCIONES DE TSR: UNA REALIDAD NECESARIA



Portolés J y cols. Nefrología 2010

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



***“EL MEJOR TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD RENAL ES
NO TENER ENFERMEDAD RENAL”***

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



EL PRIMER PASO PARA “ALGO NUEVO”

- ✓ **Conocer la situación y necesidades** de los pacientes con ERC en nuestro entorno asistencial.
- ✓ **Estar convencidos que somos nosotros** quienes debemos y podemos mejorar dicha situación.
- ✓ **Establecer los niveles y áreas de actuación** donde poner en marcha todas las acciones necesarias.

Con la colaboración de:



Coorganizado por:





Con la colaboración de:



Coorganizado por:



INDICE

1. LA ORGANIZACION: SNS
2. EL EQUIPO: LIDERAZGO
3. LOS PACIENTES
4. CLAVES PARA EL CAMBIO
5. NUEVOS RETOS Y MENSAJES



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



INDICE

1. LA ORGANIZACION: SNS

2. EL EQUIPO: LIDERAZGO

3. LOS PACIENTES

4. CLAVES PARA EL CAMBIO

5. NUEVOS RETOS Y MENSAJES

¿CUAL ES EL PAPEL DE LOS SISTEMAS SANITARIOS?

*“Deben centrarse en el Paciente, ser Seguros,
basarse en la Evidencia, Evitar el Gasto
Innecesario, ser Sostenibles y Equitativos, y tener
muy clara la Filosofía de Mejora Continua”*

Richard Smith. UnitedHealth Group

Con la colaboración de:



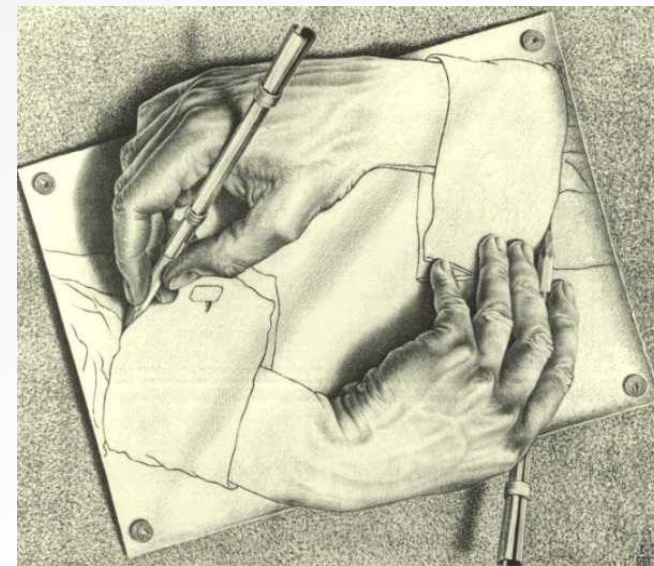
Coorganizado por:





LIMITACION ECONÓMICA

“Los recursos siempre han sido limitados y debemos saber que las decisiones se toman bajo presión con un alto grado de incertidumbre”



LIMITACION CREATIVA

Con la colaboración de:



Coorganizado por:





“En la actualidad un tercio de los pacientes es visto por más de 5 especialistas y numeroso personal sanitario, esto da lugar a una atención defectuosa con un alto grado de descoordinación”

*Atul Gawande 2010.
“The Checklist Manifesto”*



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



¿QUÉ OCURRE?... HEMOS EVOLUCIONADO

APROXIMACIÓN CLÁSICA

¿Qué le Pasa?
¿Desde Cuando
¿A que lo atribuye?

APROXIMACIÓN ACTUAL

¿Qué Hacemos?
¿Por qué lo Hacemos?
¿Cómo lo Mejoramos?

¿NOS HEMOS ADAPTADO?

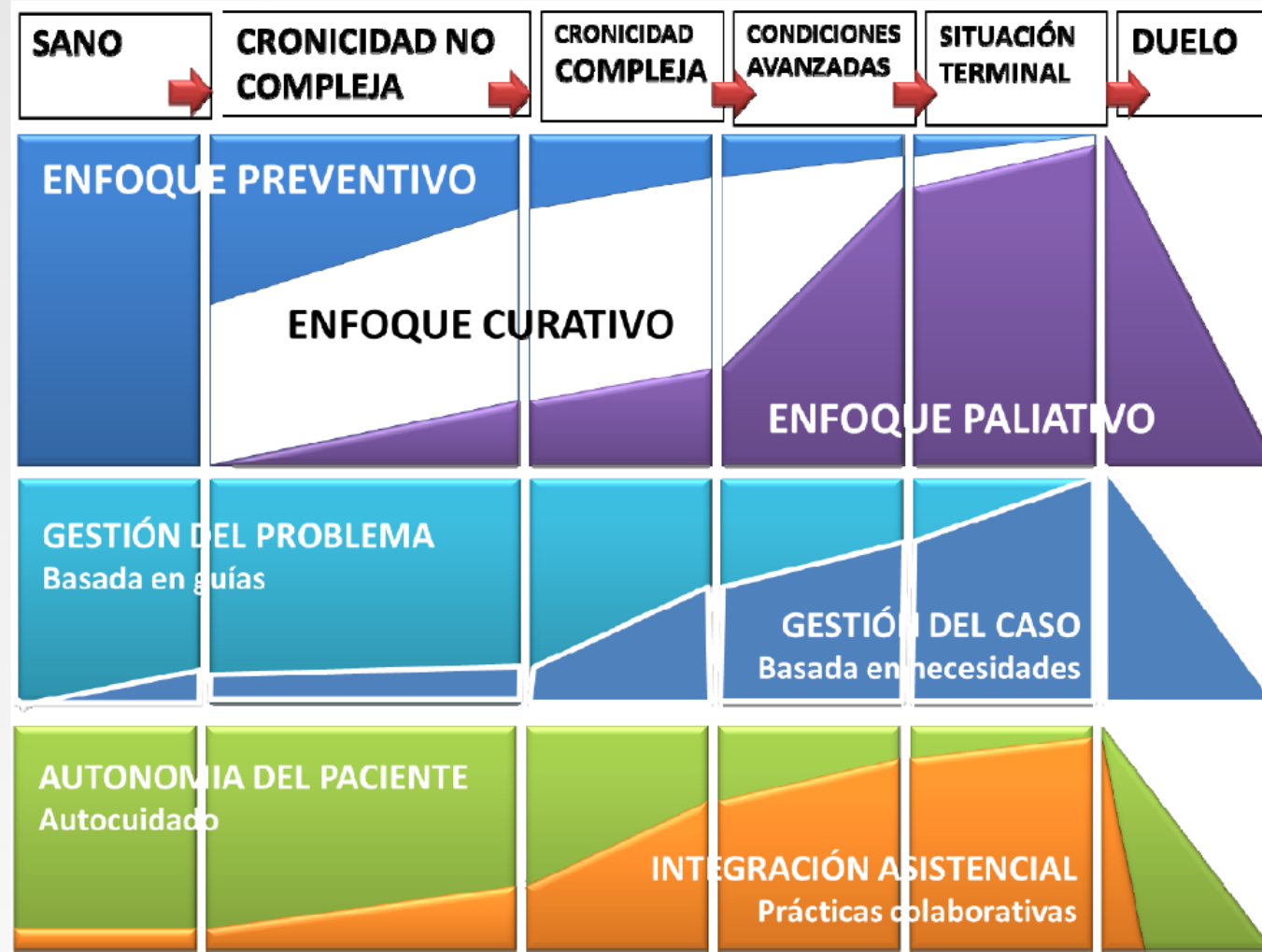
Con la colaboración de:

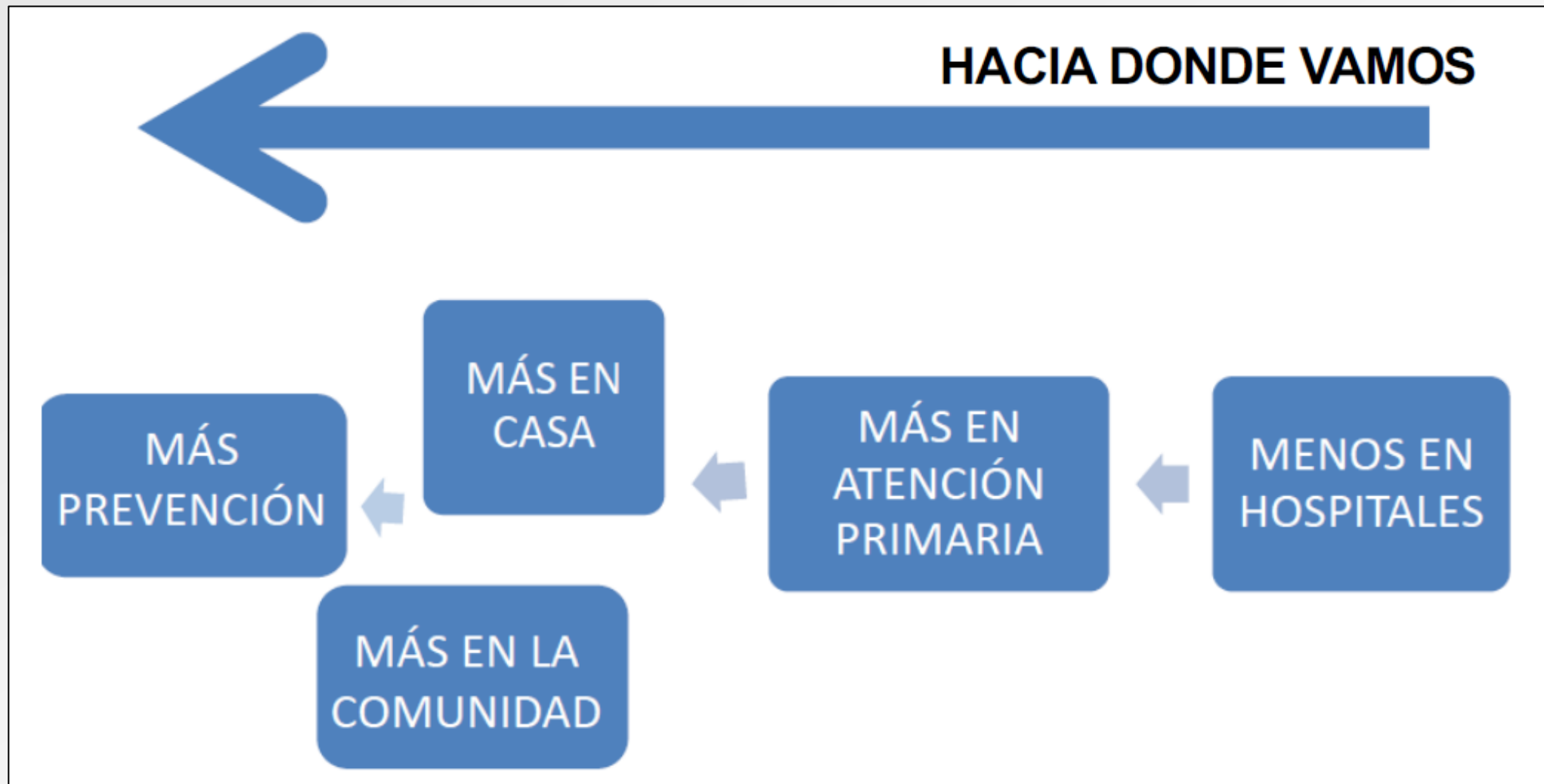


Coorganizado por:

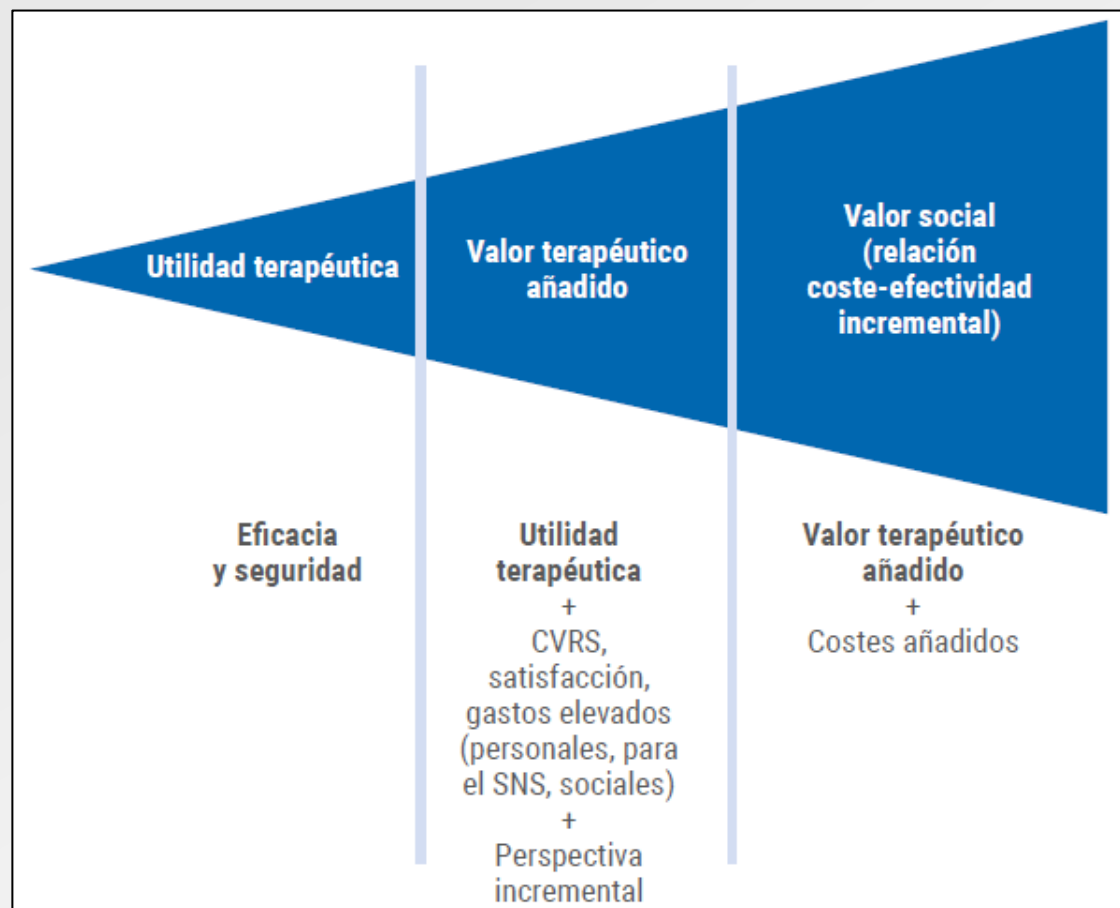


PROCESO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD





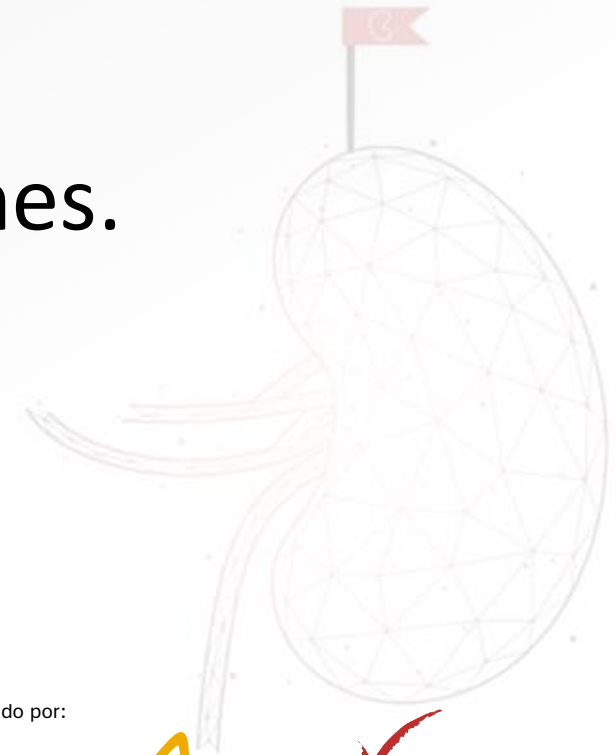
CONCEPTO VALOR DE UNA ACCIÓN TERAPÉUTICA



Puig-Junoy J, Peiró S. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 59-70

¿QUÉ ESTRATEGIA ES LA MÁS ADECUADA?

- Simple de ejecutar (estrategia KISS)
- Sus efectos deben ser medidos.
- Debe conllevar un beneficio.
- Establecer puntos críticos y acciones.
- Incluir una evaluación posterior.



Con la colaboración de:

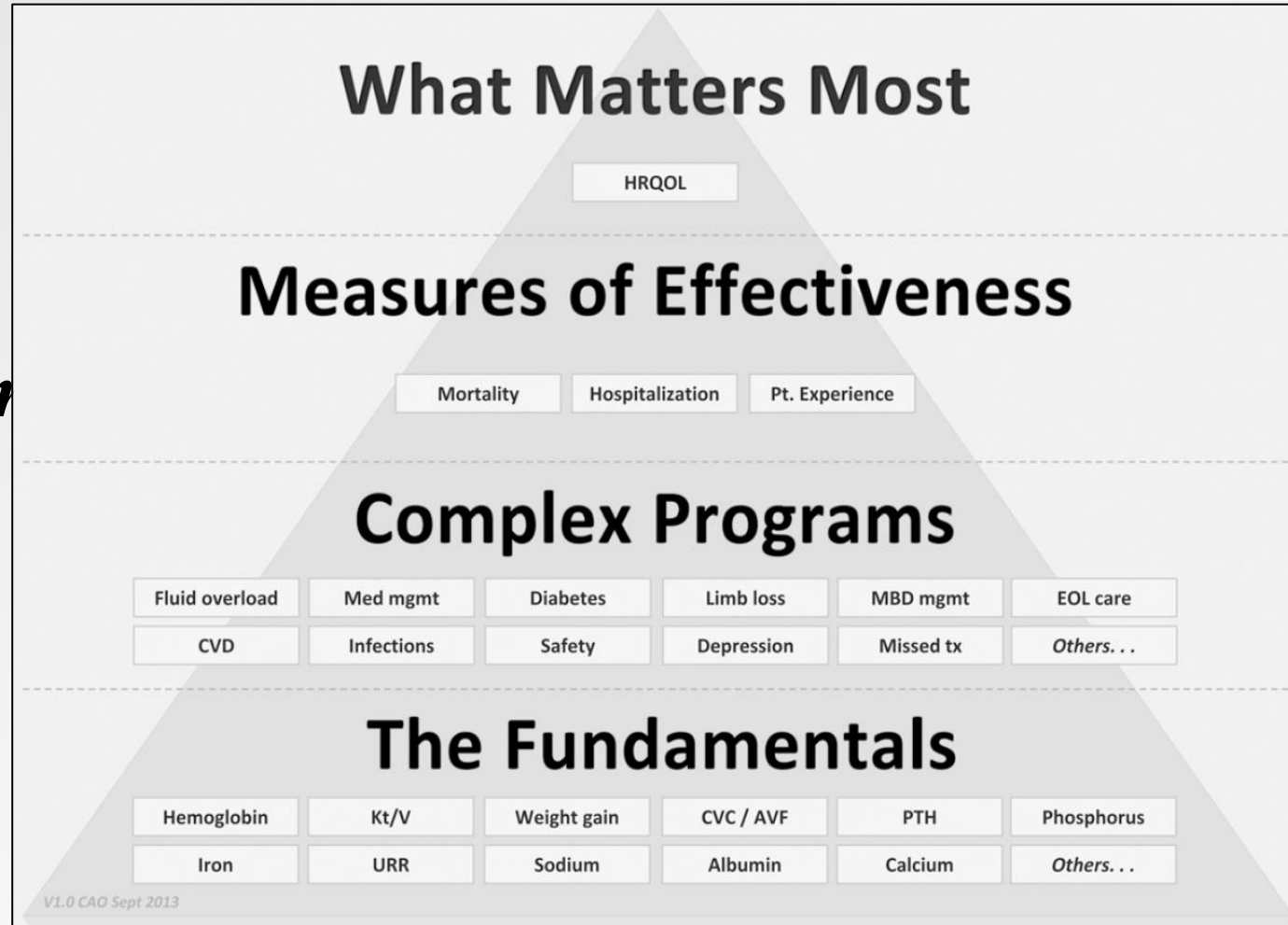


Coorganizado por:



ATENCIÓN INTEGRAL CON EL PACIENTE

*En
n*



*gral, la
al más
mejor*

ASAIO J 1997

Nisseson A. Clin JASN 2014

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



GESTORES: INFORMAR, CONVENCER Y COMPROMETER

- **Administración sanitaria** debe conocer la situación y el impacto de la ERC:
 - ✓ Registro Autonómico con datos de ERC y TSR.
 - ✓ Trabajo con ellos de manera continua.
 - ✓ Presencia en la Reunión Anual Sociedad Regional.
- **Dirección médica:**
 - ✓ Abordar las necesidades de recursos.
 - ✓ Incentivar y pactar objetivos de TSR domiciliario: 20-30% incidentes.
 - ✓ La implantación de la consulta ERCA.

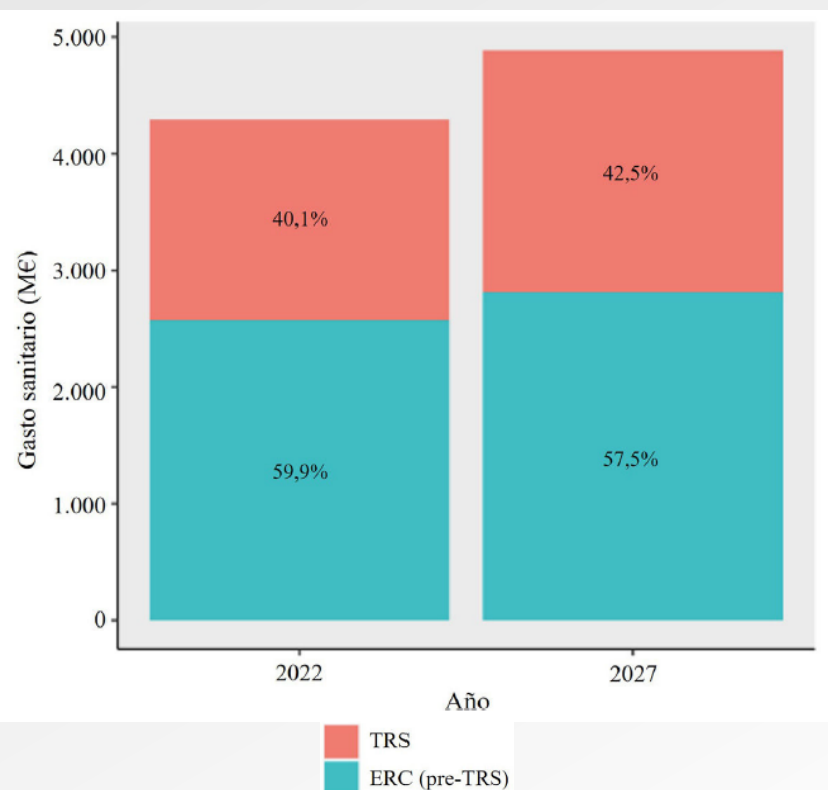
Con la colaboración de:



Coorganizado por:



Proyección de la carga clínica y económica de la enfermedad renal crónica entre 2022 y 2027 en España: resultados del proyecto Inside CKD



Resultados: En España, se prevé un **incremento absoluto en la prevalencia de ERC del 1% (del 10,7% a 11,7%)** entre 2022 y 2027, equivalente a un aumento de 5,14 a 5,68 millones de pacientes en 2027, de los cuales solo un tercio serán diagnosticados. Se prevé un total de **654.281 muertes acumuladas** en pacientes con ERC diagnosticada entre 2022 y 2027. El 3,9% de los pacientes diagnosticados requerirán TRS en 2027, un incremento del 14,7% respecto a 2022. **La carga económica de la ERC diagnosticada se prevé que aumente un 13,8%, hasta los 4.890 millones de euros en 2027, lo que representará el 5,56% del gasto sanitario público español total en 2027 (frente a 4,88% en 2022), de los cuales el 42,5% se destinará a TRS (2,4% del gasto sanitario público).**

20/07/2019 INICIATIVA PARA LA SALUD RENAL

"Darles a los pacientes renales el mejor tratamiento en cualquier parte"

1. Reducir un 25% el número de personas que desarrollan ERC5 en el 2030 mediante esfuerzos para prevenir, detectar y retrasar la progresión de la enfermedad renal.
2. El 80% de los nuevos pacientes con ERC reciban diálisis en el hogar o reciban un trasplante para 2025.
3. Aspirar a duplicar el número de riñones disponibles para el 2030.

Con la colaboración de:



Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;
Española de Nefrología



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



INDICE

1. LA ORGANIZACION: SNS

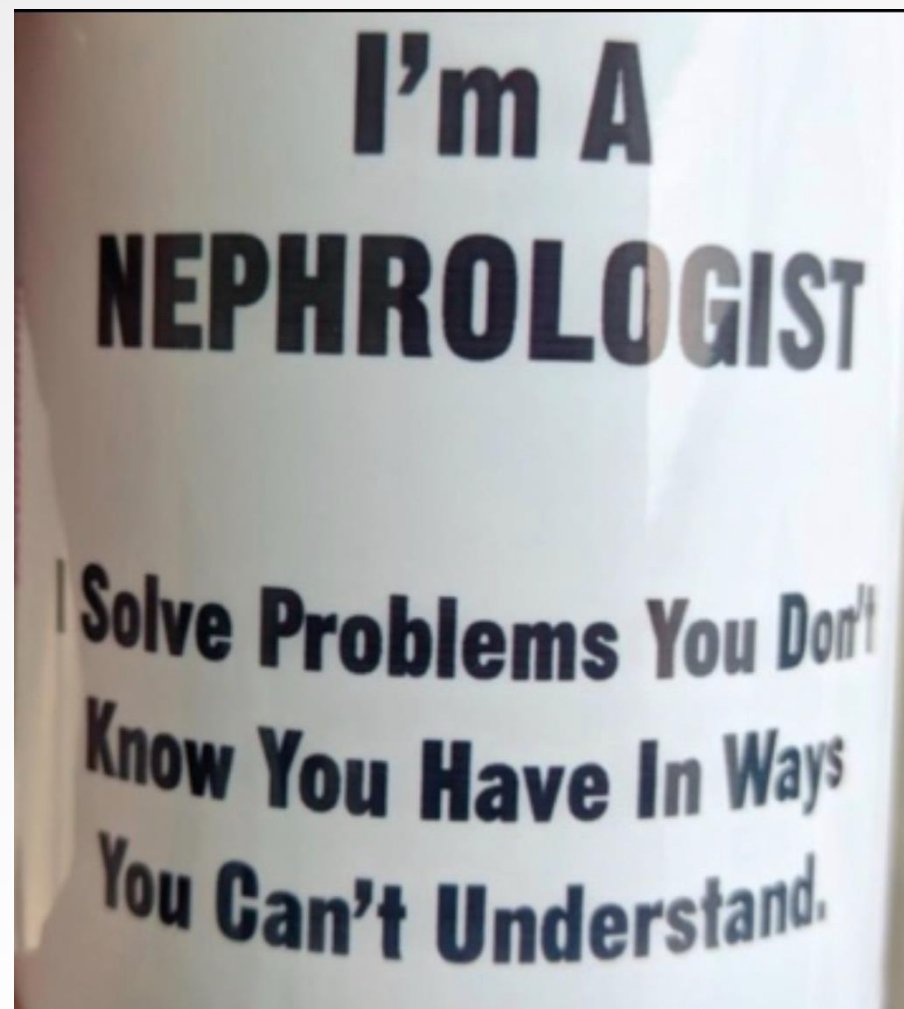
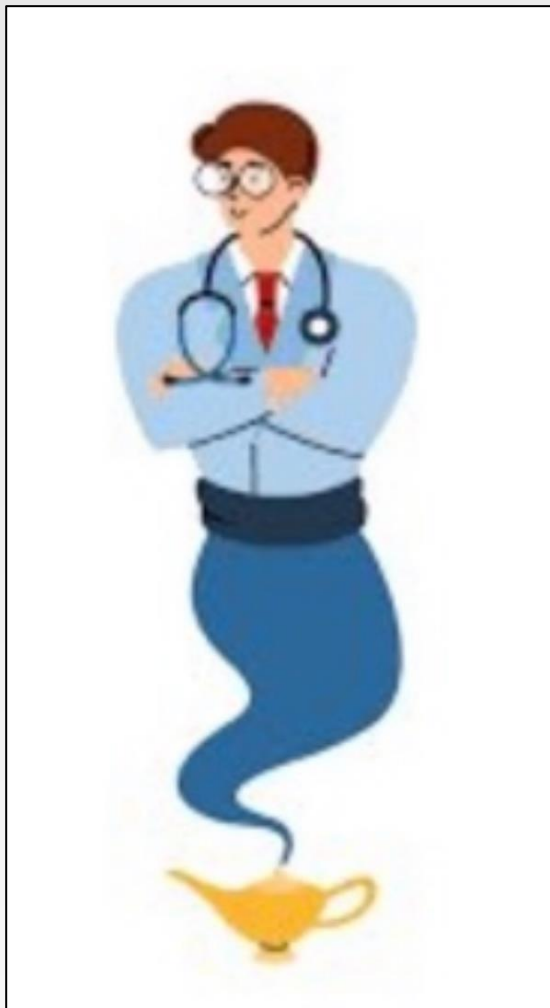
2. EL EQUIPO: LIDERAZGO

3. LOS PACIENTES

4. CLAVES PARA EL CAMBIO

5. NUEVOS RETOS Y MENSAJES

¿QUIÉNES SOMOS?



¿QUIÉNES SOMOS?

HABILIDADES	DESCRIPCIÓN
Elevada Capacitación Técnica	Fisiología y Patología Compleja
Pacientes con Altos Requerimientos	Pluripatológicos y Crónicos
Utilización de Tecnologías	Técnicas Invasivas y Extracorpóreas
Acciones en Prevención	Epidemiología y Registros
Compromiso con la Eficiencia	Evaluación Fármacos y Tecnología
Coordinación con Áreas y Agentes	Especialidades y Asociaciones
Trabajo en Equipo	Enfermería, Especialidades, Gestores
Sinergias con la Industria	Centros Concertados, I+D+I, FMC
Lealtad Institucional	Ámbito de Actuación SNS

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



¿COMO PENSAMOS?



**PUEDO APRENDER A HACERLO vs
PUEDO Ó NO PUEDO HACERLO.**

**VAMOS A HACERLO vs
NO VOY A PERDER EL TIEMPO.**

**FRACASO: INTENTARLO OTRA VEZ
vs FRACASO: TE LO ADVERTI**

Con la colaboración de:



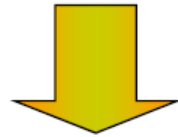
Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;

7 Española de
Nefrología

EL EQUIPO ES SINERGIA

EQUIPO



GRUPO



CONJUNTO DE PERSONAS CON OBJETIVOS COMUNES

UNIÓN DE ESFUERZOS

**DISTRIBUCIÓN DE TAREAS: ROLES
COMPLEMENTARIOS.**

DECISIONES CONSENSUADAS

MÉRITOS Y FRACASOS COMPARTIDOS

DUPLICAR ESFUERZOS

DUPLICAR TAREAS: ROLES REPETIDOS.

DESACUERDOS, IMPOSICIONES...

MÉRITOS Y FRACASOS INDIVIDUALES.

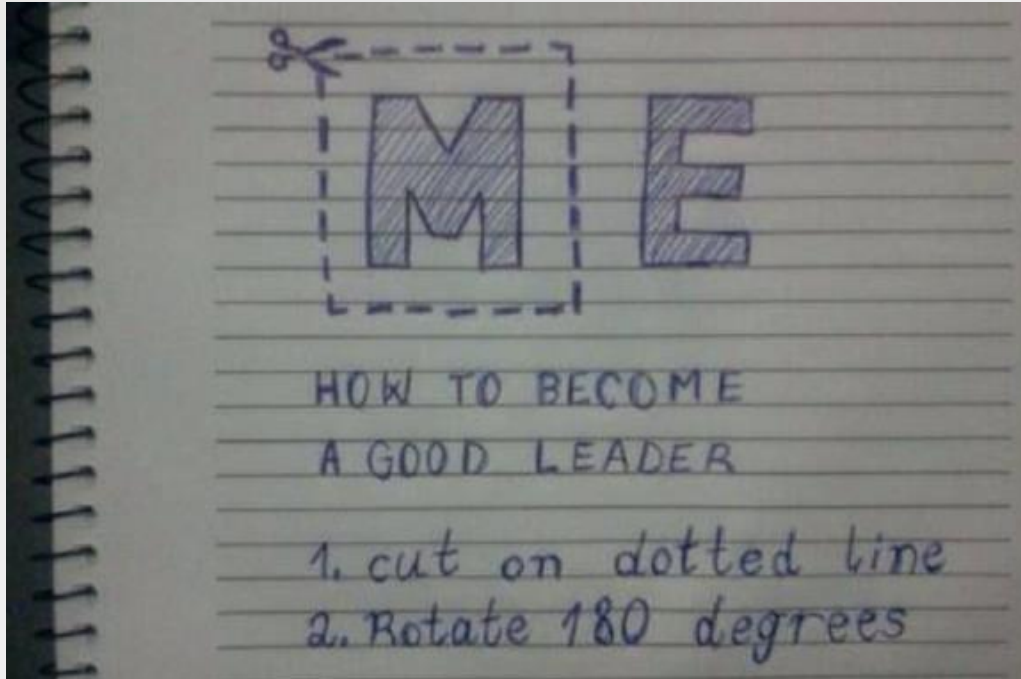
LA GESTIÓN DEL EQUIPO (CONFLICTOS, PROYECTOS, ESTRATEGIA)

ES CREACIÓN Y GENERA CREATIVIDAD.

CONOCER LAS 4 “C” DEL EQUIPO



LA CLAVE: HACER EQUIPO



- Comunicarse y cohesionar
- Actuar con transparencia y seguridad frente imprevistos.
- *“Predicar con el ejemplo”*
- Generar entorno adecuado y los recursos para el cambio.

Con la colaboración de:



Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;
Española de
Nefrología

ALGUNOS MITOS DEL LIDERAZGO

- Cualquiera puede ser un líder.....

FALSO

- Los líderes obtienen buenos resultados en los negocios....

NO SIEMPRE

- Los individuos que llegan a la cima son líderes.....

NO NECESARIAMENTE

- Los líderes son excelentes instructores.....

RARA VEZ.

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



“Un jefe estúpido puede ser peor para el corazón que el colesterol”

PABLO LINDE

Enrique Gavilán publica 'Cuando ya no puedes más', un libro que narra el desgaste de un médico de atención primaria

https://elpais.com/sociedad/2019/10/17/actualidad/1571335130_766958.html

22/10/19 6:39
Página 1 de 19

Con la colaboración de:



Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;

7 Española de
Nefrología

QUE IMPLICA DIRIGIR UN EQUIPO

FUNCIONES DE TAREA

Mantener al grupo enfocado y dirigido al logro de metas y objetivos

FUNCIONES DE MANTENIMIENTO

Ayudar a los miembros del grupo a permanecer implicados

FUNCIONES PERSONALES

Necesidades personales de los miembros del grupo para asegurar que el grupo vaya en la mejor dirección posible



KPI =

Key Performance Indicators



K EEP
P EOPLE
I NFORMED

K EEP
P EOPLE
I NVOLVED

K EEP
P EOPLE
I NTERESTED

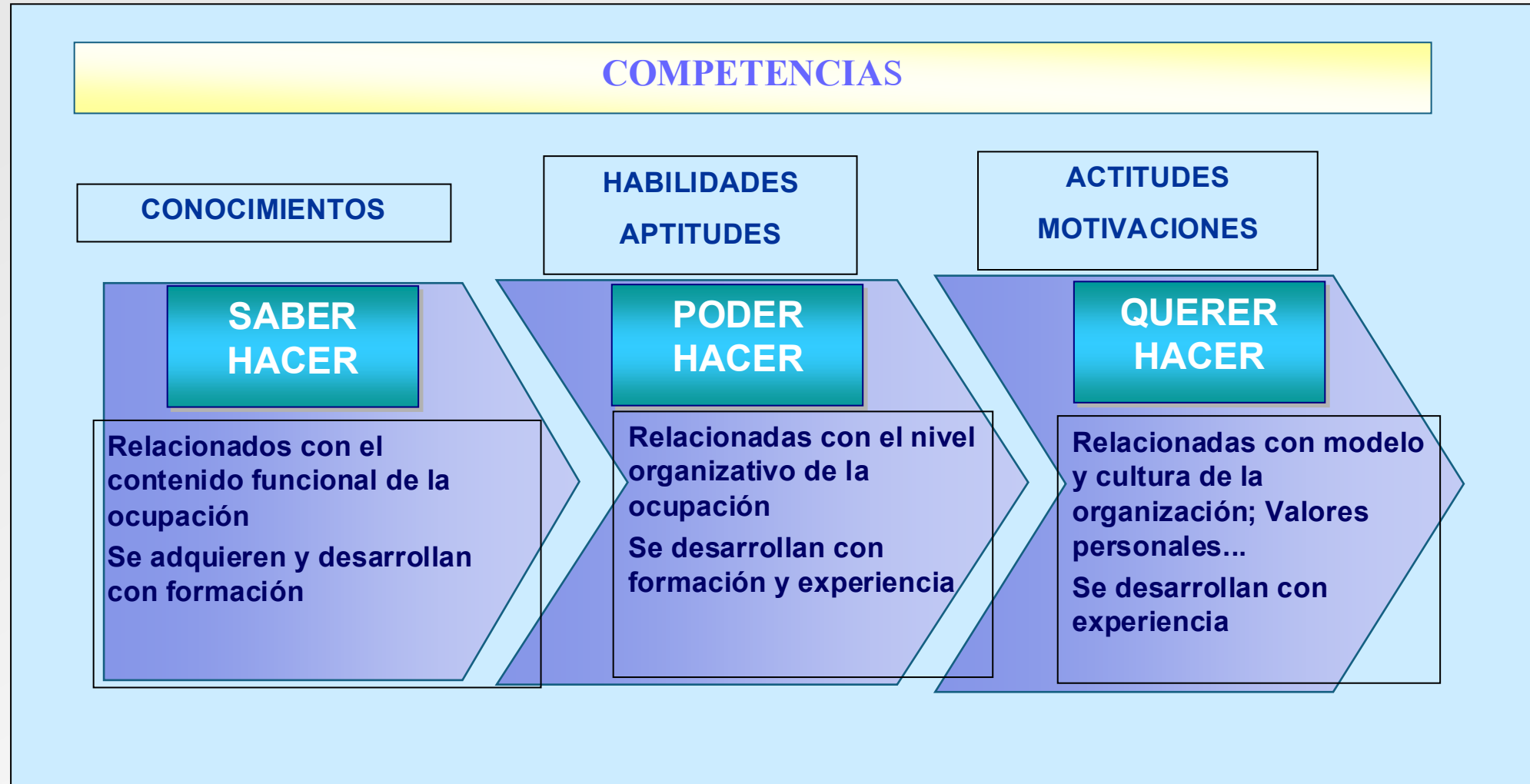
K EEP
P EOPLE
I NSPIRED



organizado por:



GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RRHH



LIDERAZGO EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

- El **cambio se lidera, no se gestiona**. Lo que se gestiona es la **complejidad**. **Liderar** es llevar a cabo una **visión**, **motivar** a los profesionales y **crear nuevos líderes**.
- Las **organizaciones sanitarias son emocionalmente inestables**, por lo que precisan líderes capaces de **gobernar en situaciones de caos** y **tomar decisiones difíciles**.
- La **inteligencia emocional del líder y de su grupo** determina el éxito de la organización afectiva.

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



EL LIDERAZGO EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

- **Liderar** una organización supone **confrontar personas** tanto las difíciles, conflictivas y las poco competentes.
- **La gestión del talento** permite distinguir quien no tiene talento, quien lo tiene equivocado y quien va más lento.
- La **ausencia de comunicación e información** desde el liderazgo **erosiona la confianza del equipo.**



Con la colaboración de:





INDICE

1. LA ORGANIZACION: SNS

2. EL EQUIPO: LIDERAZGO

3. LOS PACIENTES

4. CLAVES PARA EL CAMBIO

5. NUEVOS RETOS Y MENSAJES

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



Comparison of the Complexity of Patients Seen by Different Medical Subspecialists in a Universal Health Care System

Marcello Tonelli, MD, SM, MSc; Natasha Wiebe, MMath, PStat; Braden J. Manns, MD, MSc; Scott W. Klarenbach, MD, MSc; Matthew T. James, MD, PhD; Pietro Ravani, MD, PhD; Neesh Pannu, MD, SM; Jonathan Himmelfarb, MD; Brenda R. Hemmelgarn, MD, PhD

Canada. 04/2013-05/2015. N: 2.597.127. Edad: 46 a(32-59).Mujeres: 54.1%

1º

Overall rank
Nephrologist (1)
Infectious diseases (2)
Neurologist (3)
Respirologist (4)
Hematologist (5)
Rheumatologist (6)
Gastroenterologist (7)
Cardiologist (8)
General internist (9)
Endocrinologist (10)
Immunology and allergy (11)
Dermatologist (12)
Family physician (13)

Comorbidities, No.	Risk of mental health condition	Prescribed medications, No.
Nephrologist (1) 4.2 2.99	Infectious diseases (2) 2.40	Nephrologist (1) 14.2 2.62
Rheumatologist (6) 2.14	Neurologist (3) 2.21	Infectious diseases (2) 2.09
Neurologist (3) 2.01	Nephrologist (1) 1.69	Respirologist (4) 2.02

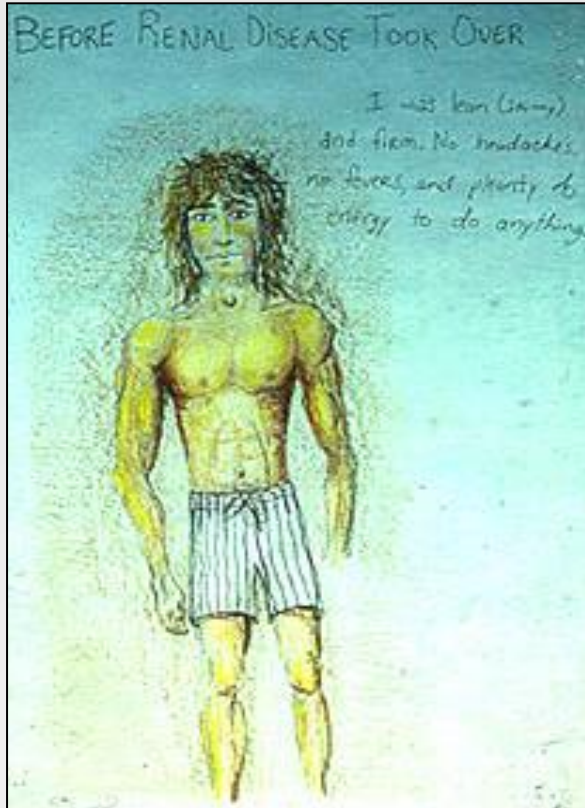
Physician types, No.	Physicians, No.	Length of stay in hospital
Infectious diseases (2) 2.31	Infectious diseases (2) 2.92	Infectious diseases (2) 9.52
Nephrologist (1) 2.19	Nephrologist (1) 2.53	Nephrologist (1) 7.31
Hematologist (5) 2.08	Hematologist (5) 2.14	Neurologist (3) 4.63

Emergency department visits, No.	Long-term care placement	Risk of mortality
Infectious diseases (2) 3.99	Nephrologist (1) 2 % 6.28	Nephrologist (1) 6.6% 7.31
Nephrologist (1) 2.47	Neurologist (3) 3.81	Hematologist (5) 4.56
Hematologist (5) 2.15	Infectious diseases (2) 3.67	Respirologist (4) 3.98

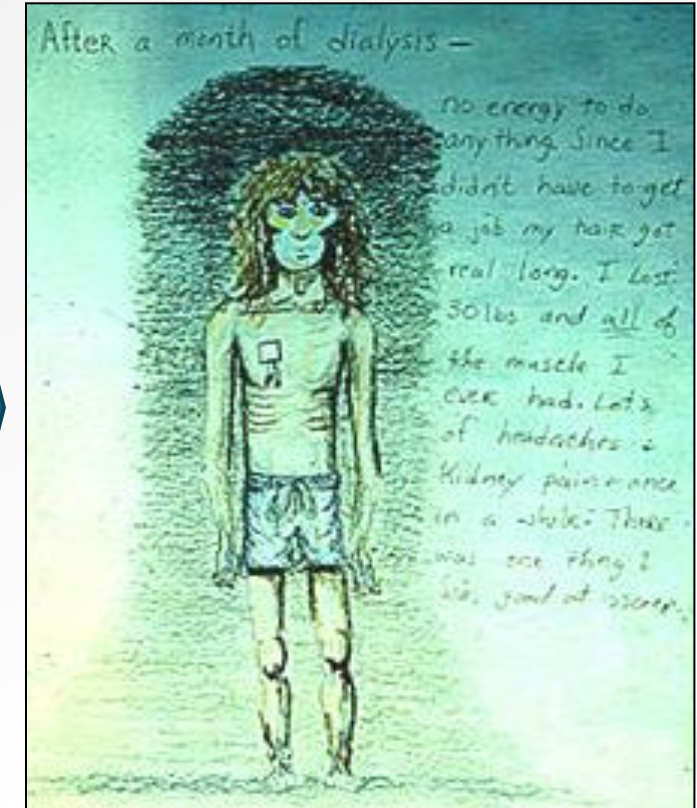
Con la colaboración de:

Coorganizado por:

LA REALIDAD DETRÁS DE LOS NÚMEROS



**“... CON ENERGIA PARA
HACER CUALQUIER COSA...”**



**“... SIN ENERGIA PARA TRABAJAR...HE
PERDIDO PESO, MASA MUSCULAR...
TENGO CEFALEAS...”**

Con la colaboración de:



Coorganizado por:





on la colaboración de:



Coorganizado por:





elroto.elpais@gmail.com

*“La mayor parte de los pacientes incidentes en diálisis son mayores de 65 a, tienen comorbilidades, están desnutridos y comienzan de manera no programada con un catéter. Esto condiciona su **SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA**”.*

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



“En la actualidad, las enfermedades crónicas pueden tratarse desde casa”

Prof. Luis Kum. Universidad de Defensa Nacional. Washington

Sociedad Española de Ingeniería Médica. Tenerife Mayo 2010

Con la colaboración de:



Coorganizado por:

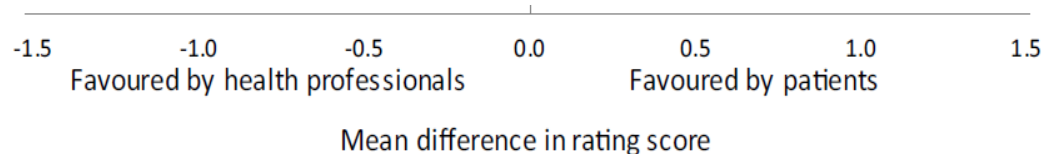
Kidney International (2019) **96**, 37–47;

7 Española de
Nefrología



Jean-Louis Clemendot. Marsella-Martinica 27/11/2009

ENSAYOS CLÍNICOS: NUEVOS OBJETIVOS



- Delphi en 3 fases.
- Cuestionario 20 apartados
- N: 1.181
 - 202 ptes/cuidadores
 - 979 sanitarios
 - 73 países.

Evangelidis N y cols. AJKD 2017

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference



OPEN

Christopher T. Chan¹, Peter J. Blankestijn², Laura M. Dember³, Maurizio Gallieni⁴, David C.H. Harris⁵, Charmaine E. Lok¹, Rajnish Mehrotra⁶, Paul E. Stevens⁷, Angela Yee-Moon Wang⁸, Michael Cheung⁹, David C. Wheeler¹⁰, Wolfgang C. Winkelmayer¹¹ and Carol A. Pollock⁵; for Conference Participants¹²



- Reconocimiento de la **importancia de la participación del paciente**
- Necesidad de proporcionar una atención más **individualizada** que incorpore objetivos y preferencias del paciente (manteniendo prácticas de calidad y seguridad)
- Identificar y buscar **metas centradas en el paciente**

Con la colaboración de:



Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;**7** Española de
Nefrología

LEY AUTONOMÍA DEL PACIENTE 41/2002

- ✓ Ley de Autonomía del Paciente básica; reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones que en materia de información y documentación clínica tiene cualquier paciente en España (16/05/03).
- ✓ Capítulo II. El derecho de información sanitaria. Artículo 4:
“Derecho a la información asistencial: la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



The perils of misinformation: when health literacy goes awry

Peter J. Schulz ¹  and Kent Nakamoto^{2,3}

Nat Rev Nephrol 2022

“ A trusting collaborative patient–clinician relationship can help to promote accurate patient knowledge ”

“ Addressing misinformation not only requires imparting knowledge but also correcting mistaken beliefs ”

Con la colaboración



Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice

Mayo Clin Proc. 2001;76:1225-1235

PAUL S. MUELLER, MD; DAVID J. PLEVAK, MD; AND TERESA A. RUMMANS, MD

La capacidad de los pacientes para tomar decisiones

Med Clin (Barc) 2001; 117: 419-426

Pablo Simón Lorda^a, Juan José Rodríguez Salvador^b, Antonio Martínez Maroto^c, Rosa M. López Pisa^d y Javier Júdez Gutiérrez^e para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud*

Teaching the Human Dimensions of Care in Clinical Settings

William T. Branch, Jr; David Kern; Paul Haidet; et al.

JAMA. 2001;286(9):1067-1074 (doi:10.1001/jama.286.9.1067)

Con la colaboración de:



Coorganizado por:





Con la colaboración de:



Coorganizado por:



INDICE

1. LA ORGANIZACION: SNS

2. EL EQUIPO: LIDERAZGO

3. LOS PACIENTES

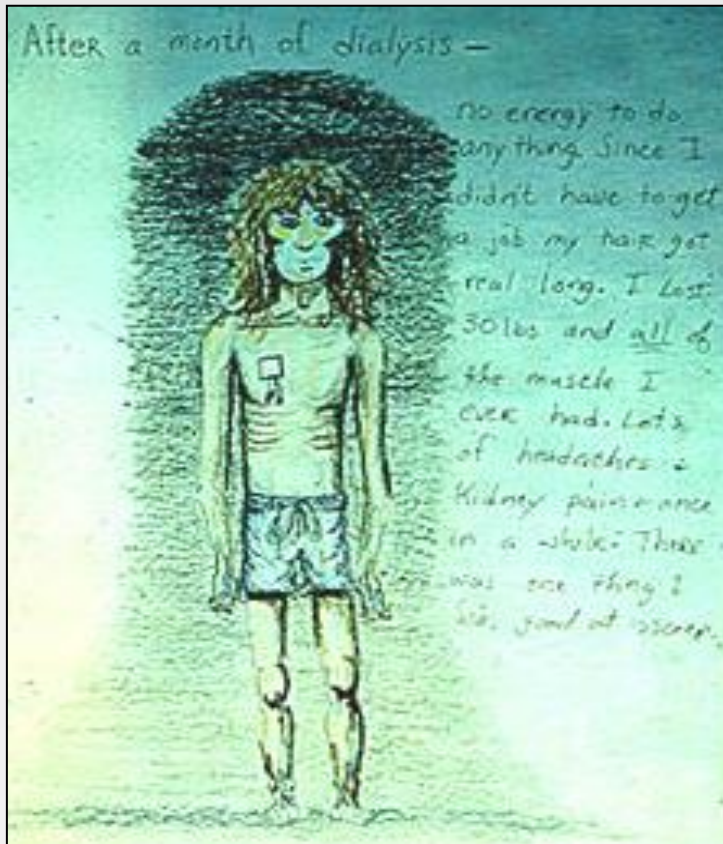
4. CLAVES PARA EL CAMBIO

5. EL FUTURO: NUEVOS RETOS

UN DIA CUALQUIERA EN LA UNIDAD

- Varón 80 años ERC 5D
- Comorbilidades: DM2, HTA, EVP dislipemia, IMC 35, demencia leve
- Factores Asociados:
 - Vive zona rural con esposa 75a
 - Nivel socioeconómico medio
 - Educación bachillerato. Activo
- **¿Qué modalidad TSR?:**
 - **DP; HDC; HDD; TXV**
- 12/21: Catéter T-I percutáneo
- 01-02/22: Hickman HDC
- 03-08/23: CAPD 3 pases asistida
- 09/23: DPA asistida
- 10/23: Peritonitis polib e IOT
 - Tratamiento ATB ip y sistémico
 - TAC normal. 96 horas
- **11/23: transferido a HDC**
 - **Enfermedad de la esposa**

NECESITAMOS UNA ESTRATEGIA DE MEJORA



“... SIN ENERGIA PARA TRABAJAR... HE PERDIDO PESO, MASA MUSCULAR, TENGO CEFALEAS...”



Mejorar los resultados clínicos para los pacientes o la población



Mejorar el bienestar, satisfacción y compromiso del personal sanitario



Mejorar la calidad de vida para los pacientes



Mejorar la eficiencia del sistema

SI-Health 2019



Institute for
Transformational
Leadership



DIÁLISIS PERITONEAL: EVOLUCIÓN NATURAL

PERÍODO 2006-2016

- **Equipo:**
 - Nefrólogo 1/3 de 11
 - Enfermero 1
 - Auxiliar 1
- **Espacios:**
 - Consulta 2 médico y enfermería
 - Quirófano y 2 boxes
- **Actividad:**
 - ERCA: 2/semana; Tx vivo 1/a
 - Catéteres: 12-15/año
 - Prevalencia: 20-26/anual

PERÍODO 2017-2024

- **Equipo:**
 - Nefrólogo 1,5 de 18
 - Enfermeras 4 (3 mañana 1 tarde)
 - Auxiliar 1
- **Espacios:**
 - **Consulta 3:** 2 médico y 1 enfermería
 - Quirófano y **4 boxes**
- **Actividad:**
 - ERCA: 3/semana; Tx vivo: 3-5/a
 - Catéteres 25-30/año
 - Prevalencia 92 ptes

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



DP ASISTIDA: ENTORNO NO SANITARIOS

- HUNSC n: 90 ptes (18 DPCA)
 - DP Asistida n: 12 Ptes (13.3%).
 - Media Edad: 72,6 años
 - 7 h y 5 m (45 años; ceguera)
- Asistencia:
 - Cuidador 2
 - Marido 3
 - Esposa 2
 - Hijos 5

aena | sin barreras

Aeropuertos Españoles

Servicio de asistencia a personas con movilidad reducida

Servicio gratuito



Servicio de asistencia a personas con discapacidad o movilidad reducida en los aeropuertos españoles

En cumplimiento del Reglamento (CE) 1107/2006 del Parlamento Europeo, se ha puesto en marcha a partir del 26 de julio de 2008 en todos los aeropuertos europeos un servicio de atención a los pasajeros con movilidad reducida.

Esta medida comunitaria supone un gran avance social para las personas con discapacidad. Por ello, se han dispuesto los recursos económicos, materiales y humanos necesarios para hacer posible que en nuestros

aeropuertos se preste el servicio con calidad para garantizar que todas las personas puedan disfrutar del transporte aéreo sea cual sea su discapacidad.

Diferentes necesidades

- **WCHC**
Pasajeros privados de cualquier movilidad y no autosuficientes. Deben ser acompañados a su asiento y necesitan ayuda personal completa. Si el viaje dura más de tres horas, necesitan acompañante.
- **WCHR**
Pasajeros que necesitan ayuda durante el traslado entre la aeronave y la terminal. Son autosuficientes para embarcar y desplazarse dentro de la aeronave.
- **WCHS**
Pasajeros que necesitan ayuda entre la aeronave y la terminal y también para embarcar. Son autosuficientes dentro de la aeronave.
- **DEAF**
Pasajeros con discapacidad auditiva.
- **BLND**
Pasajeros con discapacidades visuales.
- **DPNA**
Pasajeros con discapacidad intelectual, cognitiva o del desarrollo que necesitan asistencia, tales como Alzheimer o TEA.
- **MAAS**
Todos los demás tipos de pasajeros que requieren asistencia y que no se hallan contemplados en las categorías anteriores. Es necesario especificar necesidades particulares.



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



TRASPLANTE RENAL: REORGANIZACIÓN

- 2024: Mayor número de parejas al programa de Tx de Donante Vivo.
- Junio-diciembre: aumento en 50 nuevos pacientes en LE de Tx renal.
- Iniciativa y compromiso desde y con el servicio.
- Sin dotación de más RRHH ni RREE.
- Colaboración con la Industria Farmacéutica.
- Reorganización de personal: 1 médico y 1 enfermero/



Con la colaboración de:



Coorganizado por:

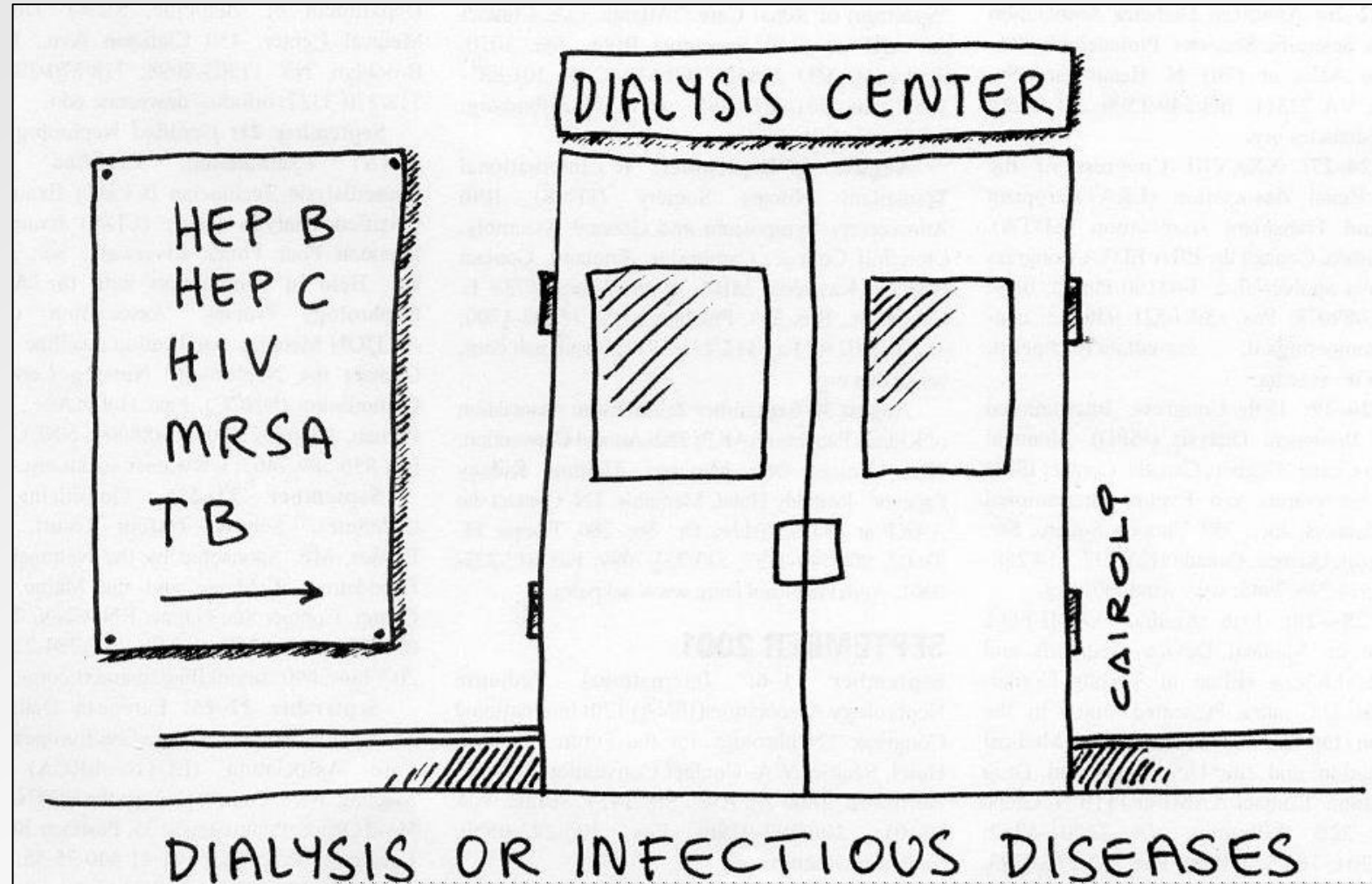


¿GESTION DE LA ERC?... ¿QUÉ GESTION?

**20-25% DE ANCIANOS CON ERC G4 Y G5
MUEREN ANTES DE INICIAR DIALISIS
LA MAYORIA INICIAN HD EN CENTRO Y NO SE
PLANTEA LA DIÁLISIS DOMICILIARIA**

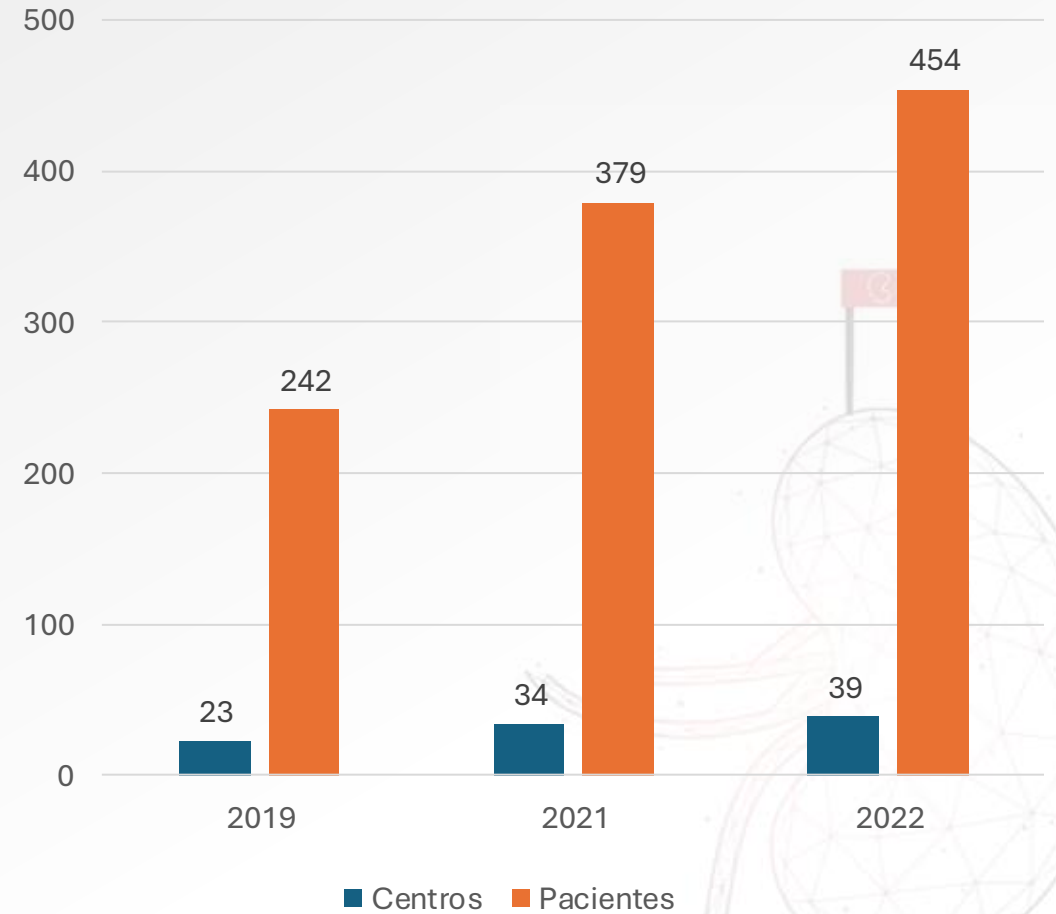
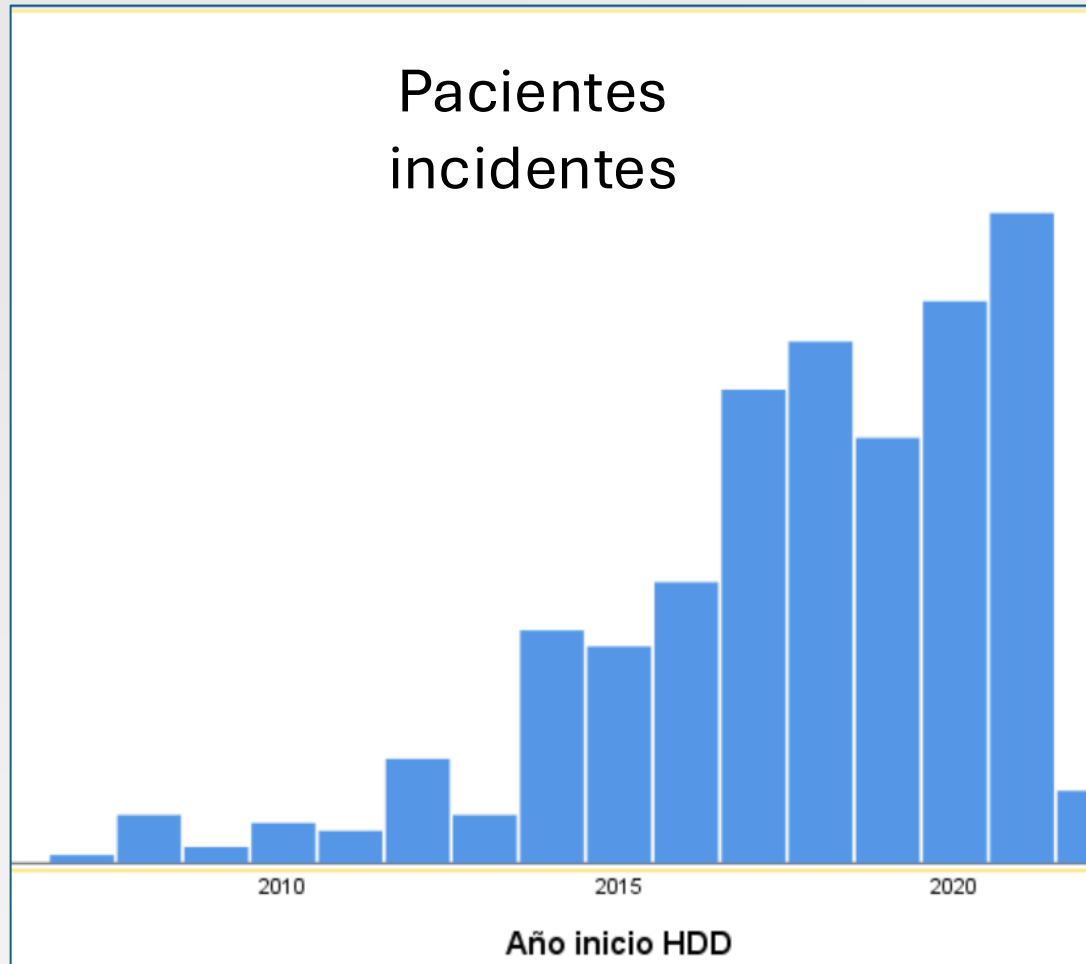
THE REAL DISEASE MANAGEMENT

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS O DE INFECCIONES



Mayo 2001. Dial Transplant

REGISTRO PACIENTES EN HDD



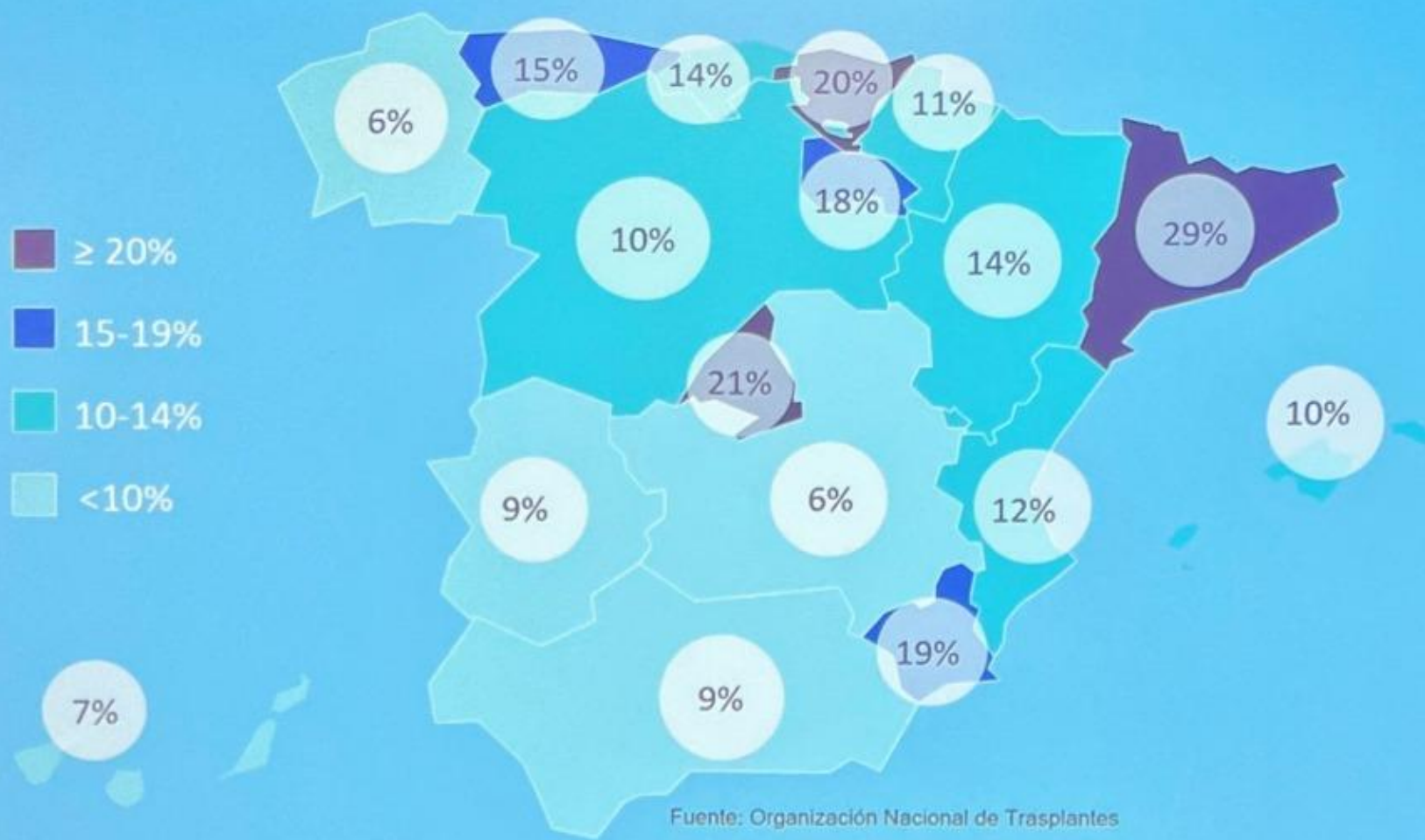
Con la colaboración de:



Coorganizado por:



PACIENTES EN LISTA DE ESPERA SOBRE PACIENTES EN DIÁLISIS (%). ESPAÑA 2024



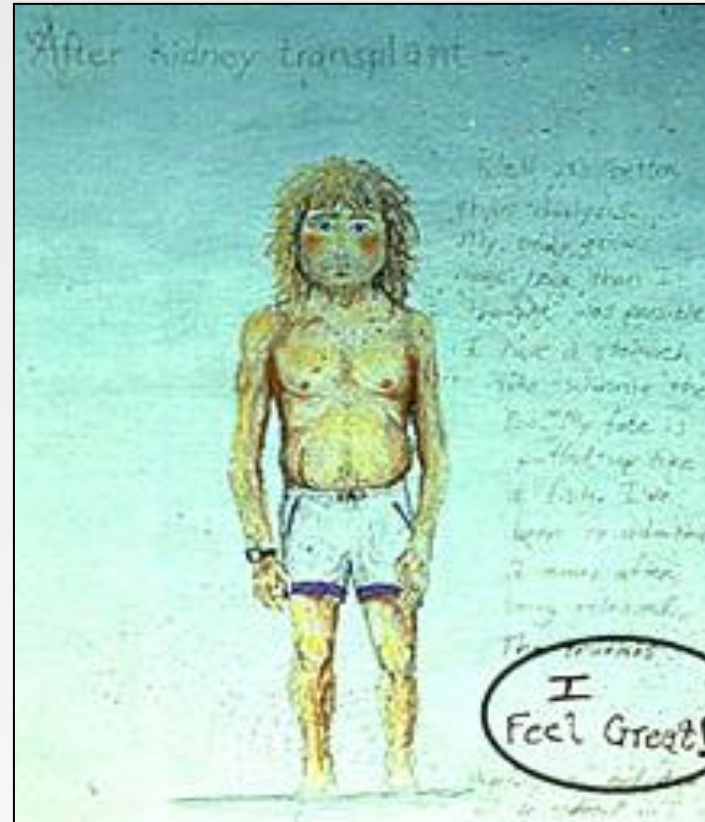
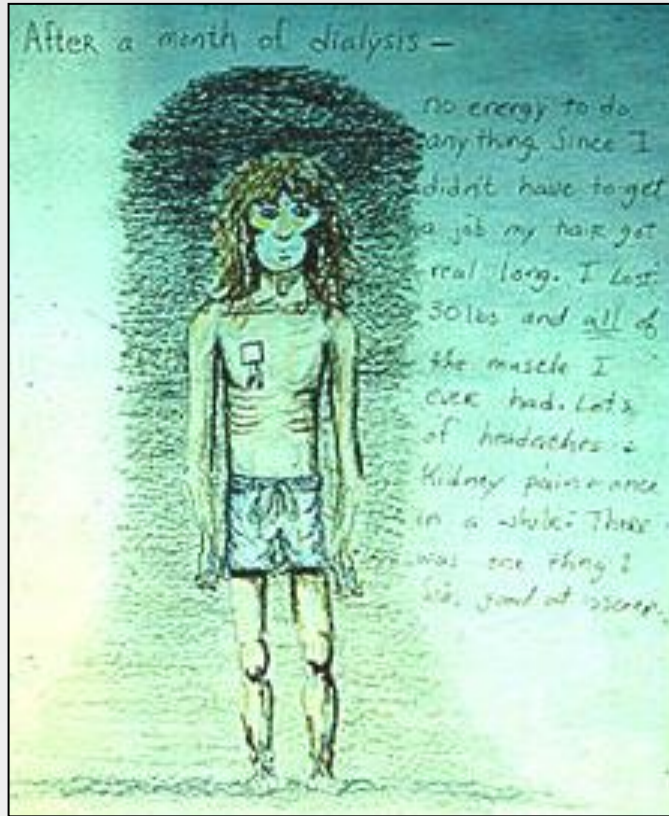
Con la colaboración de:



Organizado por:



EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO



Ronald Herrick (79a).
Donó riñón a su hermano
Richard hace 56 años
(23/12/1954)

**“... SIN ENERGIA PARA TRABAJAR...HE
PERDIDO PESO, MASA MUSCULAR...
TENGO CEFALEAS...”**

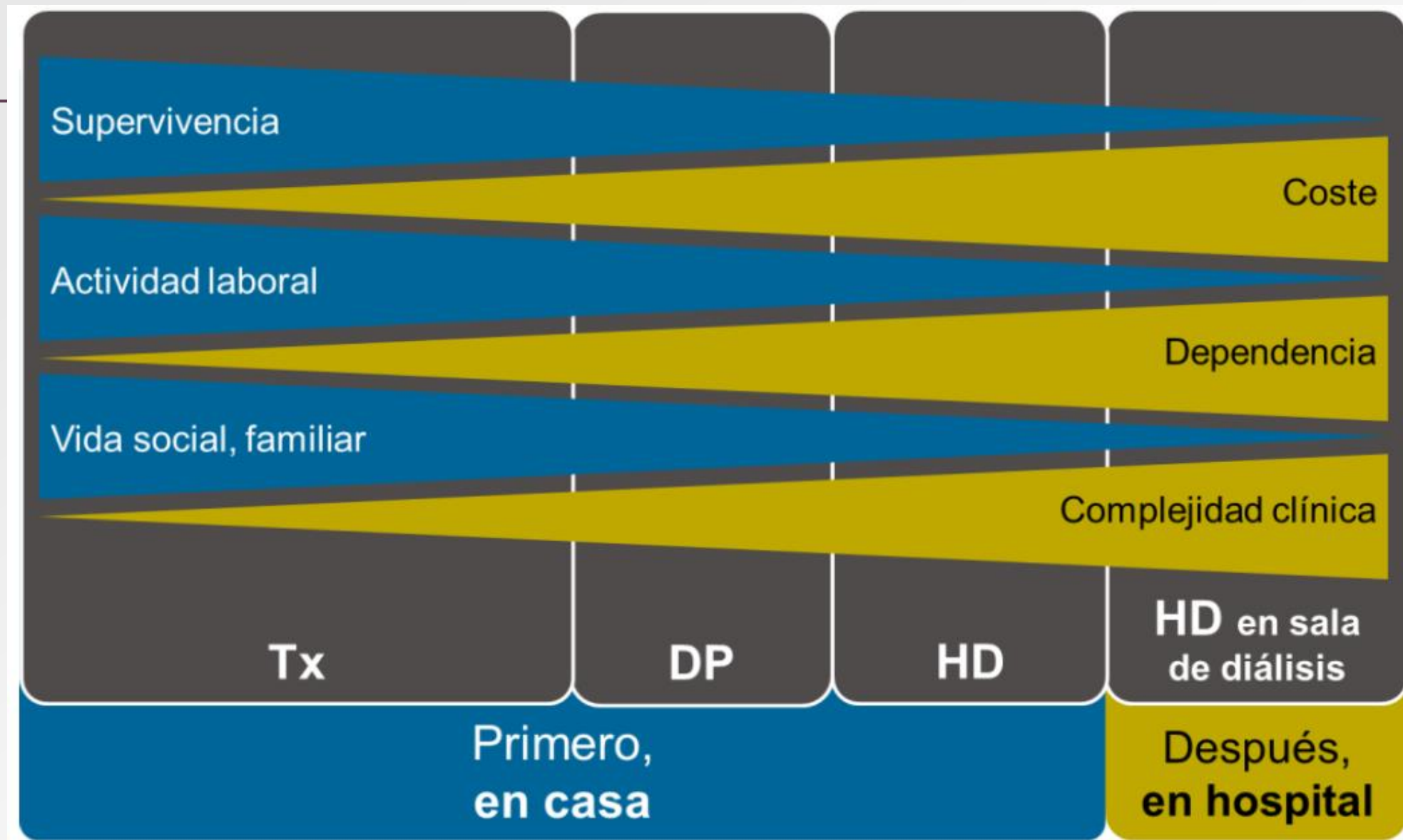
“... ESTOY FENOMENAL...”

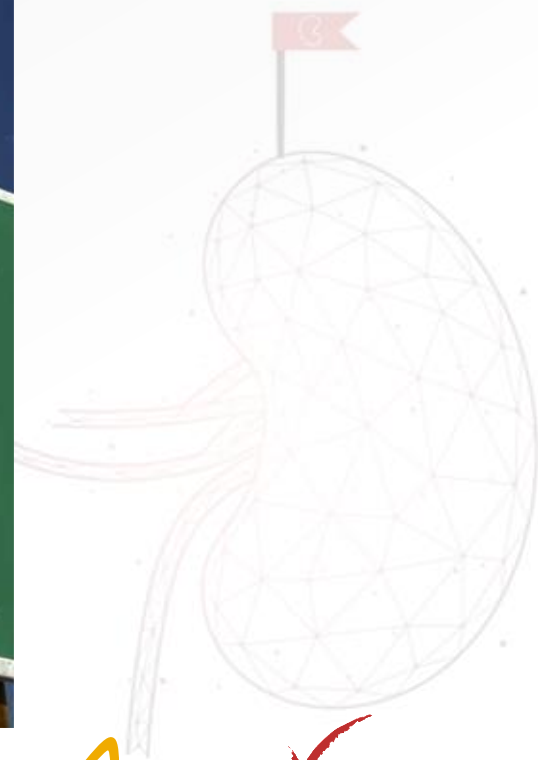
Con la colaboración de:



Coorganizado por:







***“FUIMOS A LA LUNA E
HICIMOS OTRAS MUCHAS COSAS,
¿PORQUE FUERA FÁCIL? NO,
SINO POR QUE NO LO ERA”***

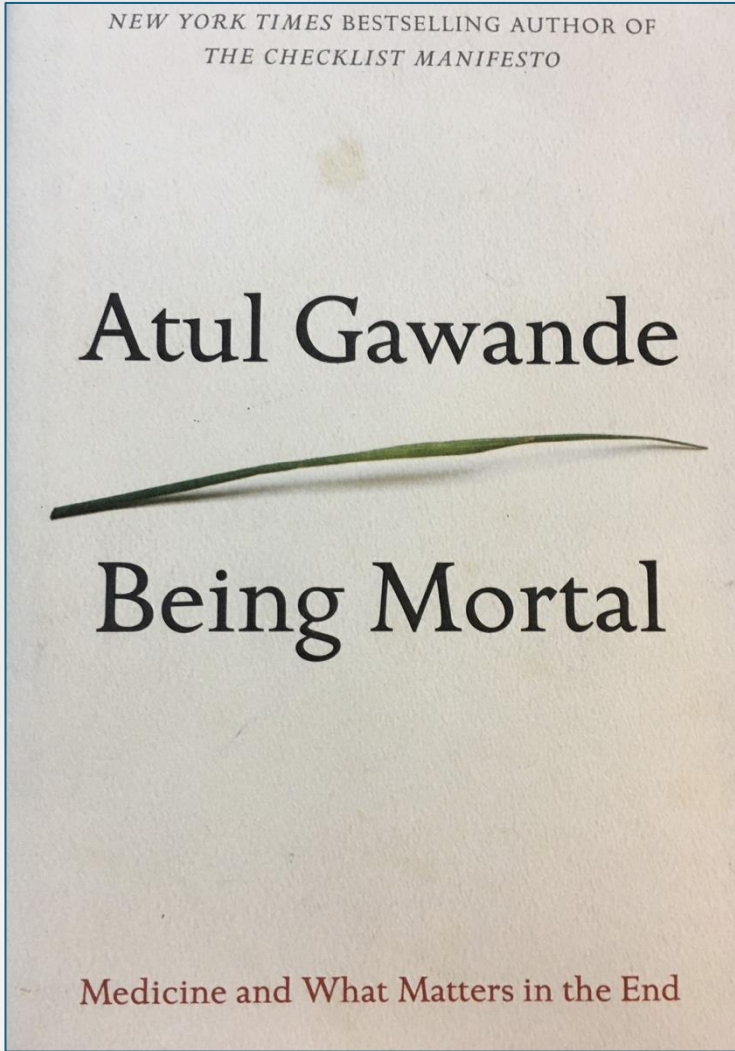
JF Kennedy 1969

Con la colaboración de:



Coorganizado por:





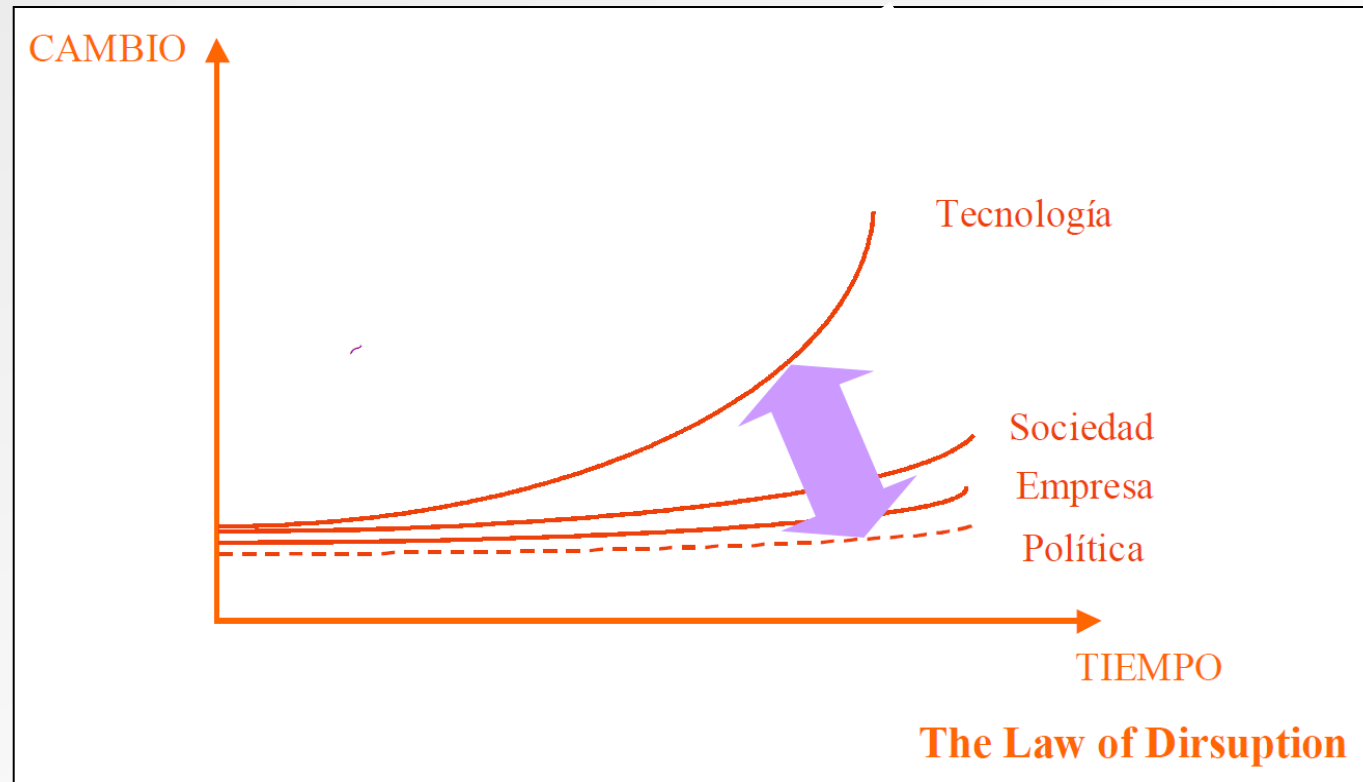
Introduction

I learned about a lot of things in medical school, but mortality wasn't one of them. Although I was given a dry, leathery corpse to dissect in my first term, that was solely a way to learn about human anatomy. Our textbooks had almost nothing on aging or frailty or dying. How the process unfolds, how people experience the end of their lives, and how it affects those around them seemed beside the point. The way we saw it, and the way our professors saw it, the purpose of medical schooling was to teach how to save lives, not how to tend to their demise.



LA RESISTENCIA AL CAMBIO

Los sistemas sociales, políticos y económicos cambian de manera incremental, los tecnológicos lo hacen de manera exponencial



Larry Downes. 1998 "Unleashing the Killer App"

"Una innovación disruptiva es una innovación simple en forma de un producto, servicio o modelo de negocio que se arraiga en un nivel del mercado que no es atractivo para los líderes establecidos"

[https:// claytonchristensen.com/key-concepts/](https://claytonchristensen.com/key-concepts/). April 27, 2022

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



“NO ES POSIBLE SU CREACIÓN”
“ES PRACTICAMENTE IMPOSIBLE”
“NO ME LO HABÍA PLANTEADO”

[https:// claytonchristensen.com/key-concepts/](https://claytonchristensen.com/key-concepts/). April 27, 2022

Con la colaboración de:

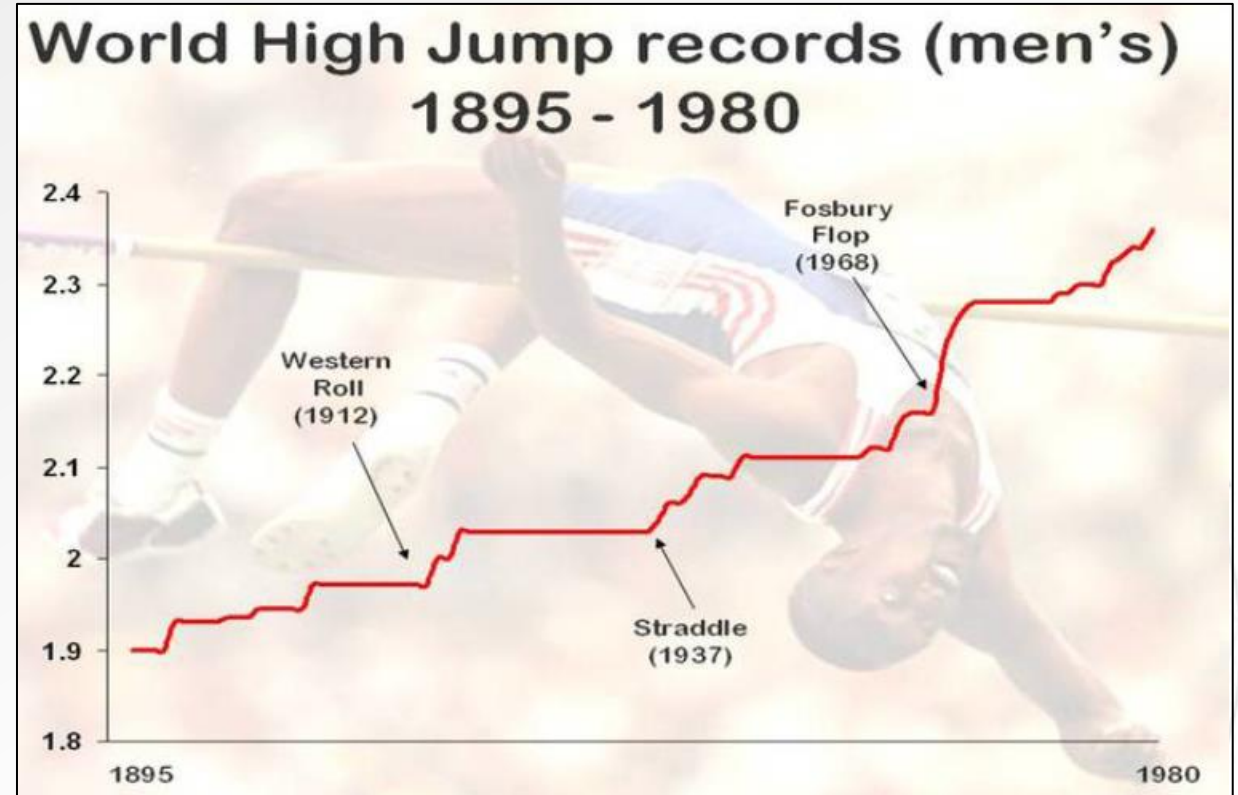


Coorganizado por:



CAMBIO DISRUPTIVO... RESULTADOS

Quien sobrevive
no es el más fuerte
ni el más inteligente,
sino el que se adapta mejor al **cambio**
Charles Darwin



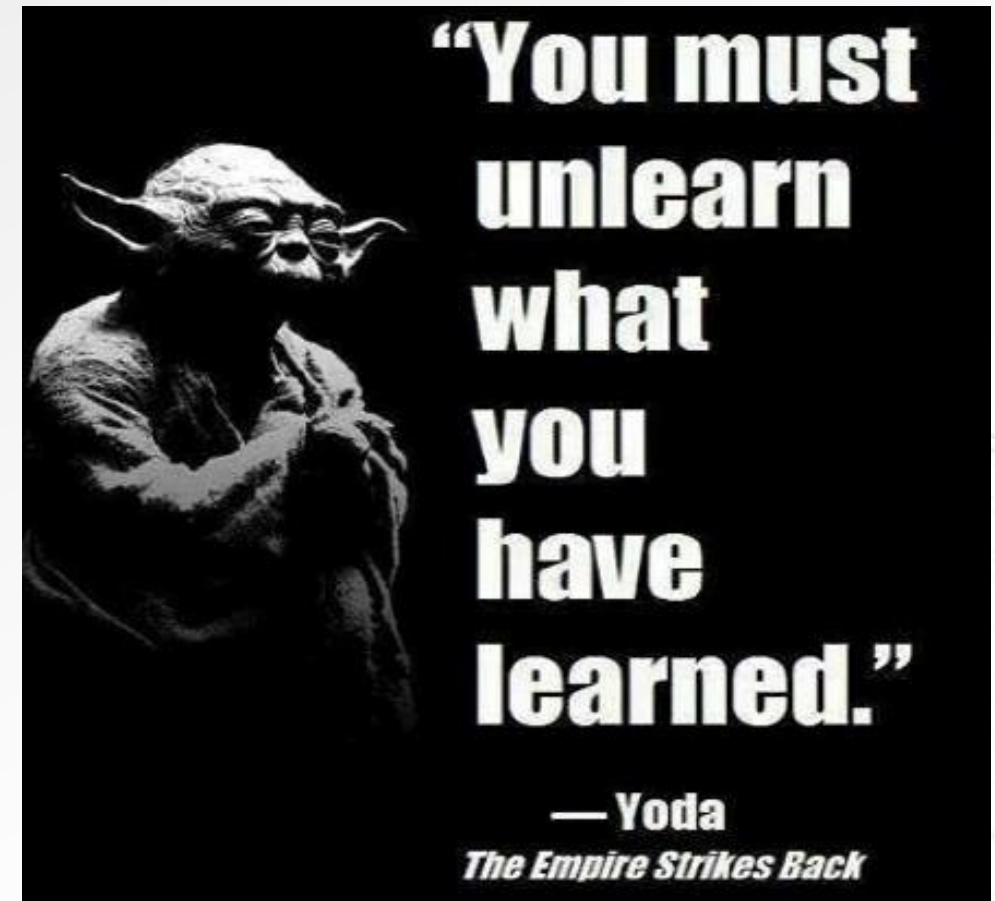
Con la colaboración de:



Coorganizado por:



LAS GESTIÓN DEL CAMBIO ... ES POSIBLE



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



EL CAMBIO: LO NUEVO GRACIAS A LO PREVIO

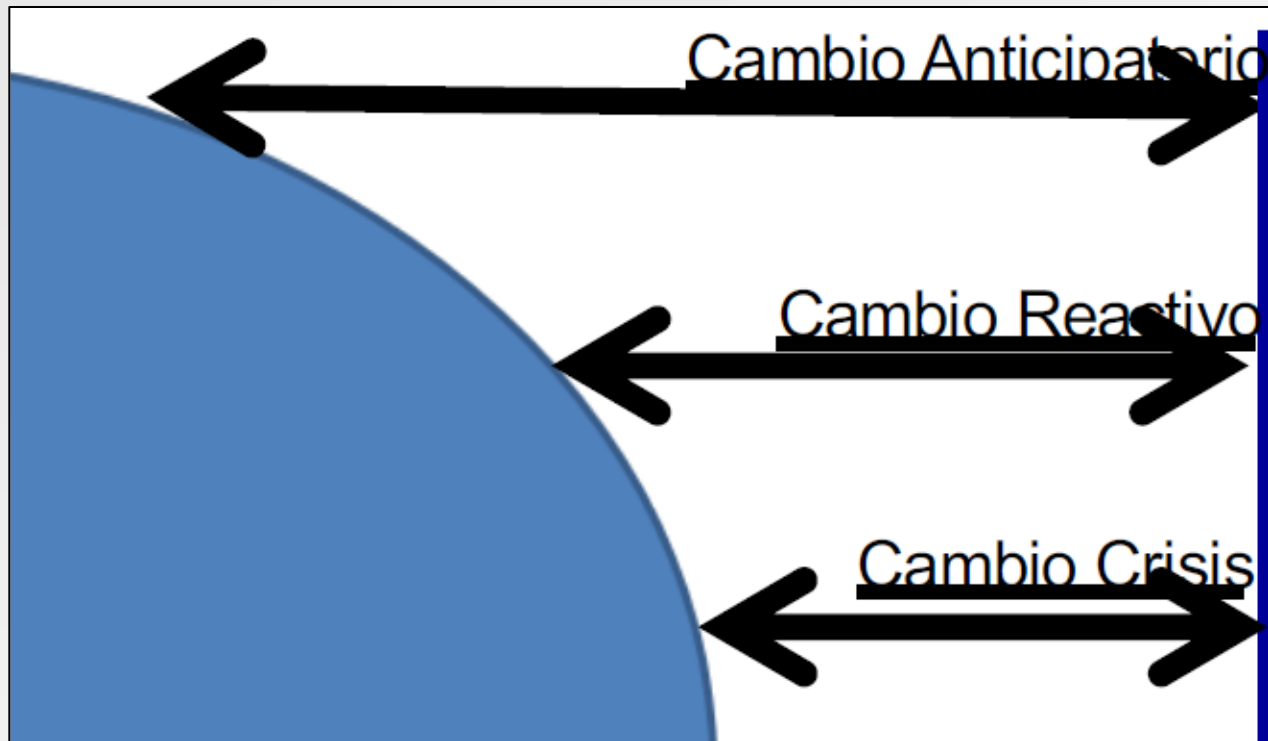


PROCESO DE ADOPCIÓN DE CAMBIO

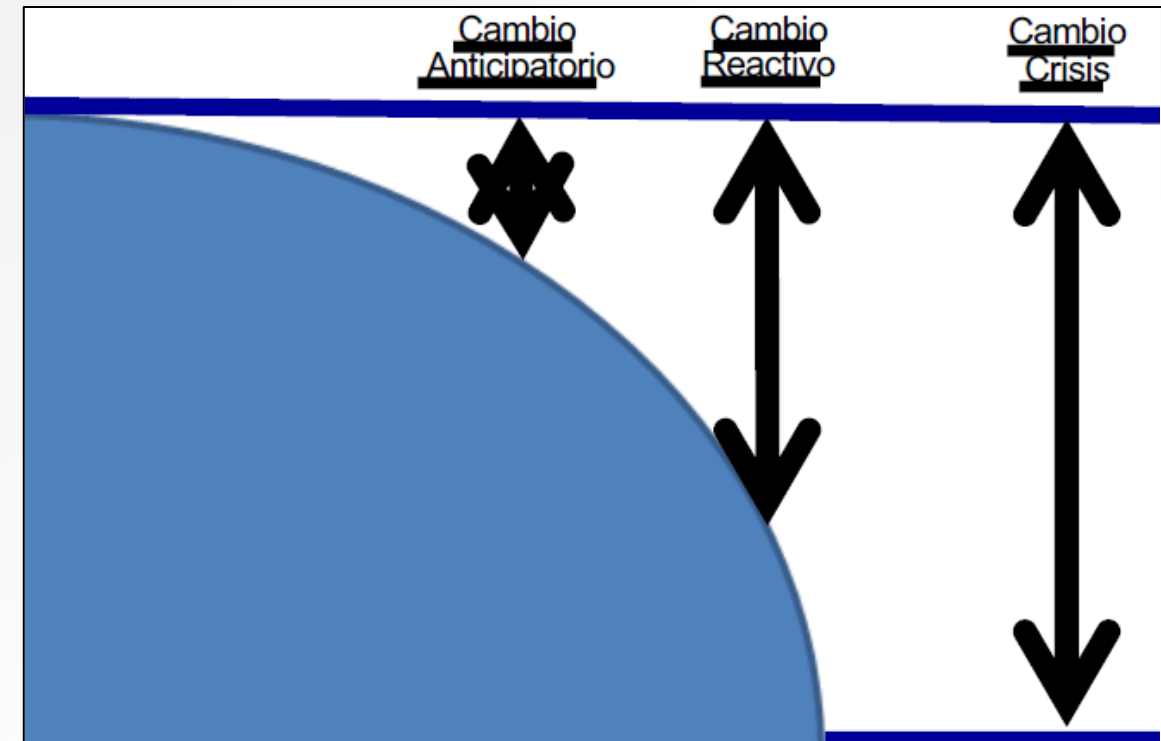


CONSECUENCIAS DEL CAMBIO

DIFICULTAD DEL CAMBIO



COSTE DEL CAMBIO



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



DETERMINACIÓN

VISION DE QUE LAS COSAS SE PUEDEN
SOLUCIONAR DE UNA MANERA
DIFERENTE

CONFIAN EN SUS IDEAS Y LAS EJECUTAN

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



EL PRIMER PASO PARA “ALGO NUEVO”

- ✓ **Conocer la situación y necesidades** de los pacientes con ERC en nuestro entorno asistencial.
- ✓ **Estar convencidos que somos nosotros** quienes debemos y podemos mejorar dicha situación.
- ✓ **Establecer los niveles y áreas de actuación** donde poner en marcha todas las acciones necesarias.

Con la colaboración de:



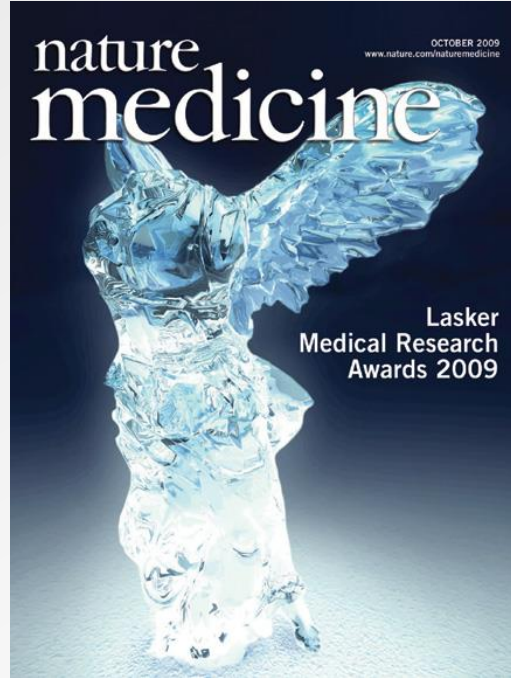
Coorganizado por:



NO OLVIDAR DE DONDE VENIMOS: PROGRESOS TÉCNICOS PARA UNA VIDA COMPLETA



Willem Kolff
University of Utah
School of Medicine



Belding H. Scribner
University of Washington

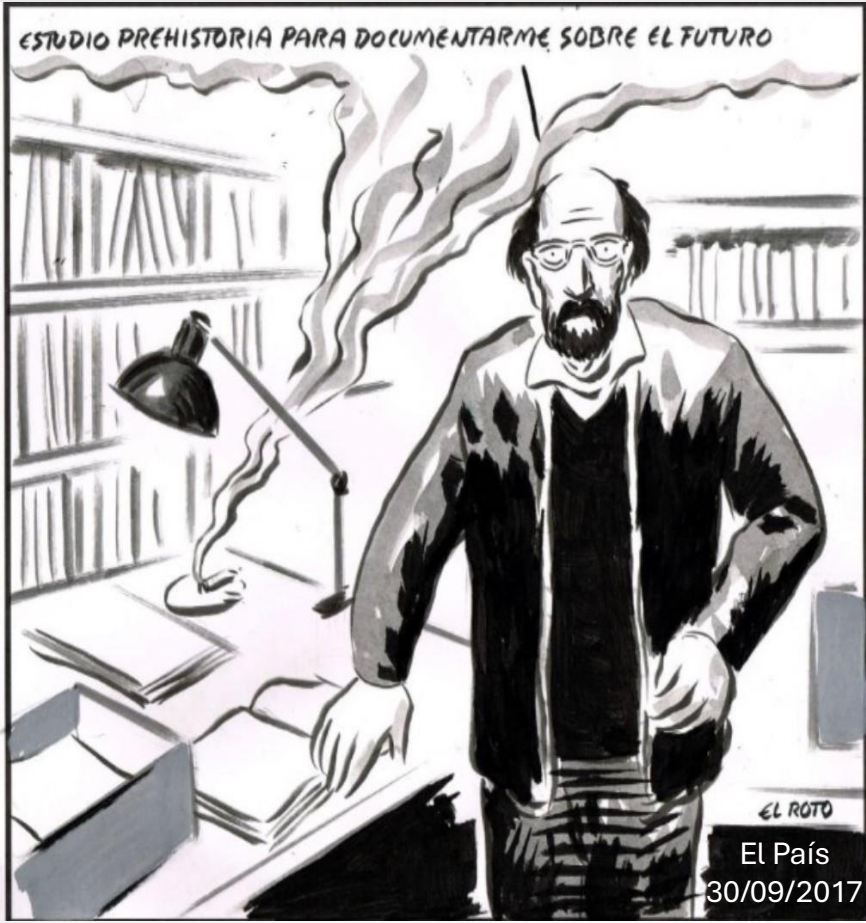
*“Por el desarrollo de la HD, que cambio la enfermedad renal de una situación mortal a un proceso tratable, **prolongando la vida útil** de millones de personas”*

Con la colaboración de:



Coorganizado por:





El País
30/09/2017



Con la colaboración de:



Coorganizado por:





Medical miracle and a moral burden of a small committee

They Decide Who Lives, Who Dies

by SHANA ALEXANDER

John Myers has known about his kidney trouble ever since a routine physical examination at the time of his Army discharge in 1945. But until two years ago he felt fine. Then the headaches began and his blood pressure began to rise. By last summer there were days when he could barely drag himself out of bed to go to his office. He was 37 years old. Neither he nor his wife Kari had any idea that he had come, irrevocably, to the terminal stage of his disease. But a glance at his case history was enough to tell any physician that John Myers' death would be ugly and soon.

Last Christmas morning when Myers awakened at his home in Bremerton, Wash., his heart was pounding violently. He could not stop coughing. Blood was running from his nose. He had an indescribable headache, a horrible taste in his mouth, dreadful nausea. His face and limbs were grossly swollen. He was rushed to a hospital where it seemed certain he would be dead within a matter of hours. But today, 11 months later, Myers is still alive. He is no longer even an invalid in the usual sense of the word. He is back at his old desk with an oil company, and he is living comfortably at home with Kari and their three young children. To the casual observer, John Myers looks and acts just like everybody else. But he is different, in a very special way. There is now a small, U-shaped plastic tube sutured into the blood vessel of his left forearm. Every Monday and Thursday afternoon Myers takes an hour-long ferryboat ride across Puget Sound from Bremerton to downtown Seattle. By 6 p.m. he is making his way down a short flight of steps to an unmarked basement door in an annex of Swedish Hospital. Inside, he exchanges his business suit for a green hospital gown and climbs into bed. A compact bank of medical plumbing which looks like a stainless steel washing machine is wheeled to Myers' bedside. From its innards a technician unrolls a pair of clear plastic tentacles six feet long. A nurse connects these to the little tube in Myers' forearm, and tumbles a few controls. Suddenly, in one bright squirt, one of the tentacles becomes red as John Myers' blood rushes out to fill the bedside machine.

The machine is an artificial kidney. Because it can be coupled at will to the U-shaped tube in Myers' forearm, it has become the first true artificial organ in medical history. For the rest of his life Myers will spend two nights a week joined by a plastic umbilical cord to this machine which keeps him alive.

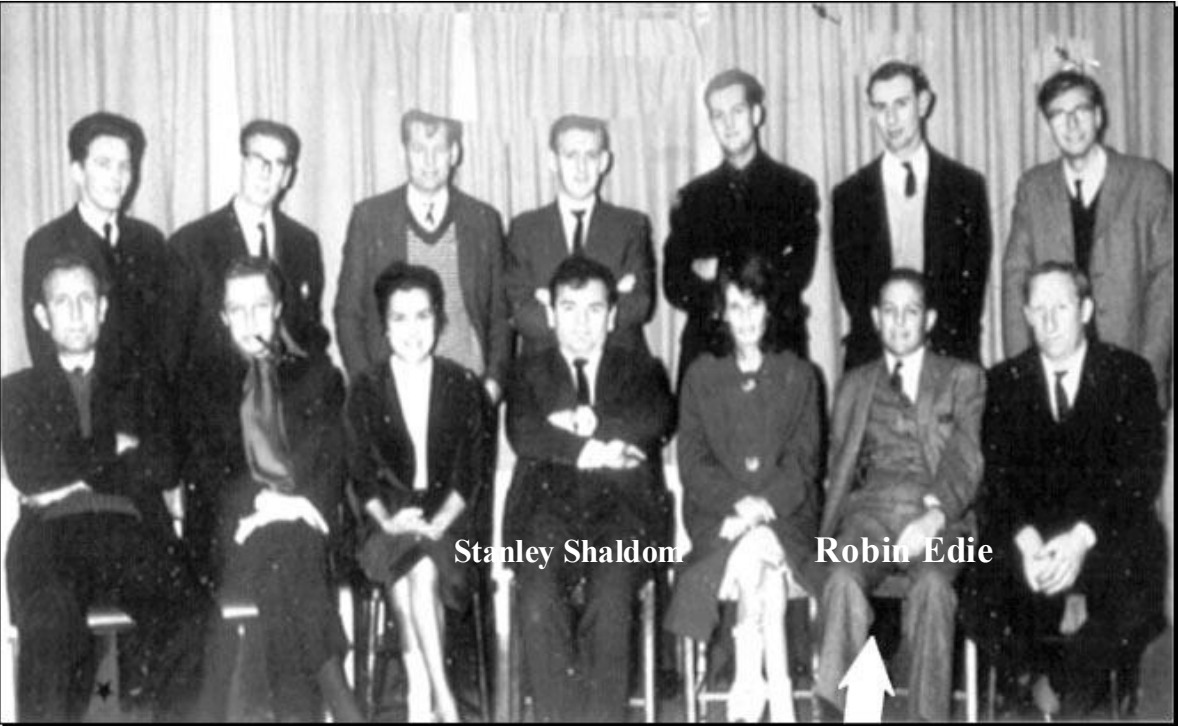
At present the miraculous machine requires 10 to 12 hours to cleanse Myers' blood of accumulating poisons which otherwise would kill him. The procedure is quite painful, and Myers has now become so accustomed to the whole idea of surrendering his life's blood to a medical landlubber twice a week that during the cleansing he just goes to sleep. A

Seattle committee members, who are kept anonymous, meet periodically to determine which patients may receive treatment at the kidney center.

LIFE Magazine 9/11/1962

Copyrighted material

LOS 13 “AFORTUNADOS” 1965



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



CAPD is a Second-Class Treatment

*Stanley Shaldon^a, Karl. M. Koch^b, Eduard Quellhorst^c,
Gerhard Lonnemann^a, Charles A. Dinarello^d*

The true incidence of the disease remains to be evaluated. It is of interest that at a recent meeting of 59 internationally renown nephrologists with a mean age of 47 years, not one would have accepted CAPD as his treatment of choice for himself [19]. This confirms the plea made 5 years ago about CAPD [20], that until more is known about the long-term results, expansion of this therapy should be limited. Indeed, one may speculate that if CAPD were a drug therapy, rather than device therapy, would it be available on today's market for unrestricted use?

DIME COMO EMPIEZAS Y TE DIRE COMO TERMINAS

- **Programado:**
 - Modalidad elegida antes.
 - Acceso disponible.
- **No Programado:**
 - Acceso no disponible.
 - Precisa hospitalización.
 - Modalidad no elegida.
- **Urgente:**
 - Requiere inicio <48 h.
- **No Urgente:**
 - Puede iniciar >48 h

	NO URGENTE	URGENTE
PROGRAMADO	MUY BIEN	MAL
NO PROGRAMADO	MAL	FATAL

EL INICIO DE DIÁLISIS... UNA DECISIÓN COMPLEJA

PAPEL DE LA FRAGILIDAD PARA UN INICIO ADECUADO

Dialysis initiation Whether to initiate	• Can a CKD Frailty Index be used to inform patient decision-making? What would constitute the index—could it be based on the IPOS-Renal index? • Could a CKD Frailty Index be combined with traditional and novel biomarkers and clinical scoring systems (serial assessments of fluid status, nutritional status and/or body composition) to guide initiation of dialysis? • To what extent do uremic symptoms change after initiation of dialysis? • Could a CKD Frailty Index be used to identify clinically important changes over time in individuals before dialysis and after initiation of dialysis? Are the changes different with HD versus PD?
When to initiate	• Is it possible to predict which patients improve and which get worse? • With aggressive medical management, can the initiation of dialysis be delayed safely? • Can an integrated care model improve quality and decrease costs for patients with kidney disease as they transition from CKD G5 to G5D (https://innovation.cms.gov/initiatives/comprehensive-esrd-care/)?
Timing of referrals and unplanned starts	• How can the number of unplanned starts be reduced? • How can referral and optimal management of patients with advanced CKD be improved? • How can CKD patients at highest risk of acute kidney injury or heart failure exacerbations be identified? • Do tablet holidays from drugs such as diuretics, ACE inhibitors, metformin, and NSAIDs prevent exacerbations? • How can outcomes for post-acute kidney injury patients be improved? • What measures can promote kidney recovery among acute kidney injury patients (in inpatient and outpatient settings)? • Should dialysis be different for CKD G5 to G5D versus CKD with superimposed acute kidney injury? • What is the real-world effectiveness and cost effectiveness of universal screening for CKD in high-risk populations? • How effective are public health surveillance systems (public health lab and provider prompts) for CKD screening and risk prediction? • Can multidisciplinary care during transition periods improve patient outcomes such as survival, hospitalization, cost-effectiveness, and quality of life? • For patients choosing PD with a late referral, how do the outcomes compare for those who start with PD versus those who start with a short period of HD? • What are the outcomes of urgent start PD versus short-term and long-term HD as evaluated in large-scale studies?

MEDIDAS PARA EVITAR LOS NO PROGRAMADOS

RIESGO DE MORTALIDAD 90d POR CAUSA INESPERADA

Choice of modality

- What is the preferred timing for educating patients regarding dialysis modalities? Does the optimal time vary based on patient characteristics?
- What is the optimal content and format for educating patients regarding the advantages and disadvantages of each modality? How do we check their understanding?
- What are the outcomes of various dialysis modalities in subgroups of patients (e.g., pediatric, pregnant)?
- What are the characteristics and commonalities of “unexpected” deaths within the first 90 days of initiating dialysis, particularly in those with low burden of coexisting illnesses?
- What are the barriers to equal gender access to therapies, and how do these vary by country?
- Is respite care effective in retaining patients on home dialysis?
- What is the effectiveness of telemedicine and/or remote monitoring compared with conventional care in patients undergoing home dialysis to increase time on therapy and reduce complications?

Dialysis prescription

- What is the threshold of kidney function or related symptoms at which to consider incremental dialysis?
- As evaluated by randomized controlled trials, how do outcomes such as residual kidney function and patient-reported outcomes compare with incremental dialysis versus conventional, full-dose initiation (HD or PD)?

Monitoring

- How does telemedicine and/or remote monitoring compare with conventional care in patients undergoing home dialysis?

Chan CT y cols. Kindney Int 2019

Con la colaboración de:



Coorganizado por:





National
Kidney
Foundation®

KDOQI
Celebrating 20 Years

2017 KDOQI Home Dialysis Controversies Conference
Literature Review

¡Tenemos mucho terreno
donde poder actuar!

ECONOMICAS
GESTION

PERSONAL
SANITARIO

INFRA-ESTRUCTURA
TECNOLOGIA

PACIENTE
CUIDADOR

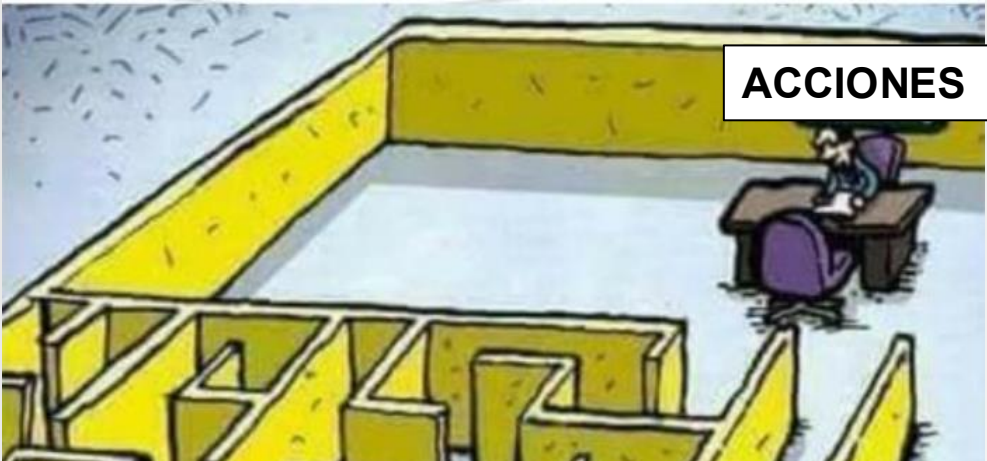
Dahlerus C. Am J Kidney Dis. 2016
Walker Rachael C et al. NDT. 2016
Trinh E and Chan CT. Semin Dial. 2017
Nakamoto H, et al. Contrib Nephrol. Basel Karger. 2018
Chan CT et al. Am J Kidney Dis. 2019
Flanagin et al. Am J Kidney Dis. 2020

What are the barriers/facilitators to choosing and remaining on home dialysis?

Barriers to Choosing Home Dialysis:

- ➡ • **Lack of modality choice at all** (often due to timing)
 - Often there is not enough time to make an informed decision before urgent start dialysis.³
 - Providers simply do not offer the choice⁴
 - Providers (in USA) may not have the confidence and knowledge to promote HD⁵
- ➡ • **Challenges to shared and informed decision-making**
 - Patients can lack “decisional power” (due to complexity of information, limited exposure to home dialysis, and no familiarity and knowledge of what it entails)⁶
 - Lack of shared decision-making tools and resources for both patients and clinicians (2016 PCORI supported study)⁷
- ➡ • **Lack of patient understanding / knowledge of HD processes**
 - Lack of a satisfactory explanations of various techniques⁸
- ➡ • **Psychosocial factors preventing ability to learn and/or take on self-care responsibility⁹**
 - General disinterest or lack of motivation of patient or family^{10,11}
 - Interpersonal Relationships (in which there is a strong opinion) e.g. family, clinicians (also a facilitator)
 - Fear
 - Isolation from medical and social support
 - Medical emergencies
 - Needle phobia, fear of cannulation¹¹
 - General lack of confidence^{6,8}
 - Fear of burdening family¹²
- ➡ • **Policy barriers:**
 - Limited and unmandated home dialysis training of nephrology fellows
 - Lack of synchronized education of ESRD care providers
 - Medicaid services’ poor reimbursement policies which dis-incentivize home based therapies¹³
- ➡ • **Miscellaneous**
 - Lack of storage space for equipment⁸
 - Medical contraindications¹⁰
 - Many older patients have contraindications to PD or barriers to self-care.¹⁴

CONSULTAS ERCA COMO SOLUCIÓN



ACCIONES

- Consulta monográfica para pacientes con ERC grado 4-5 para mejorar la calidad de la asistencia.
- Los cuidados recibidos repercuten en la etapa posterior de TSR.

ES PRECISO EL COMPROMISO DE TODO EL EQUIPO

paciente, permite la elección libre y adecuada del TSR.

- El inicio programado: mejor evolución clínica, mejor adaptación a la enfermedad y mayor calidad de vida.



CLÁSICA

ERCA

ERC

Con la colaboración de:



Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;

7 Española de
Nefrología

The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals

Ingrid Ledebo¹ and Claudio Ronco²

NDTplus 2008; 6: 403-5408

EL 56% EXPRESA QUE LAS FORMAS DE TRATAMIENTO EN DOMICILIO SON MEJORES QUE LAS HOSPITARIAS

EL 49% EXPRESA QUE LA DP ES LA FORMA IDÓNEA PARA INICIAR TRATAMIENTO

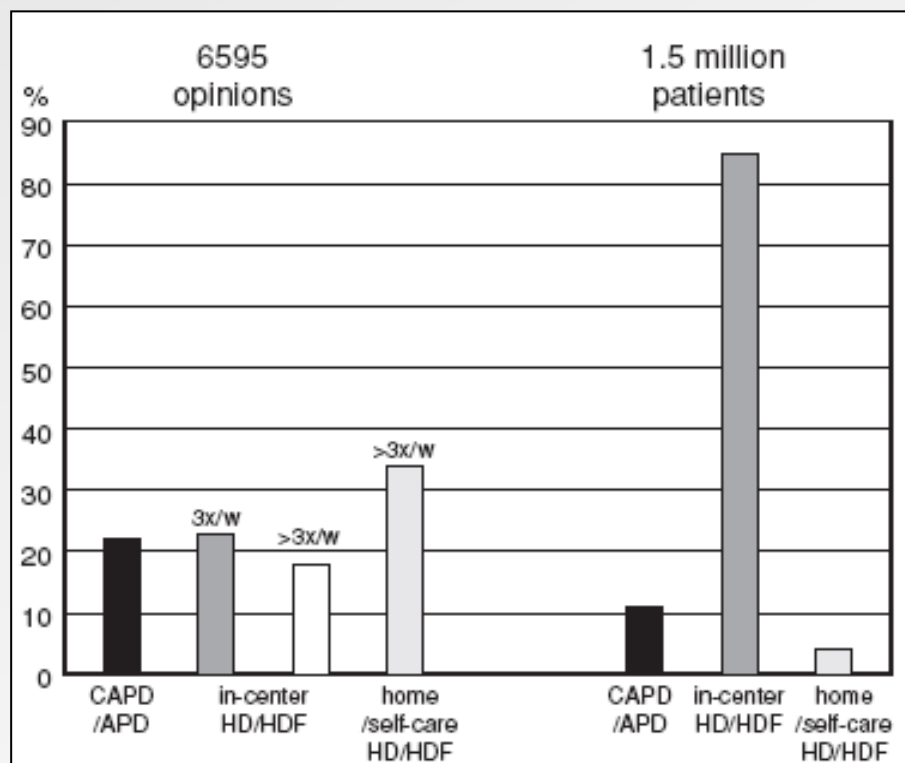


Fig. 5. What is the best long-term dialysis treatment? Opinion versus reality.

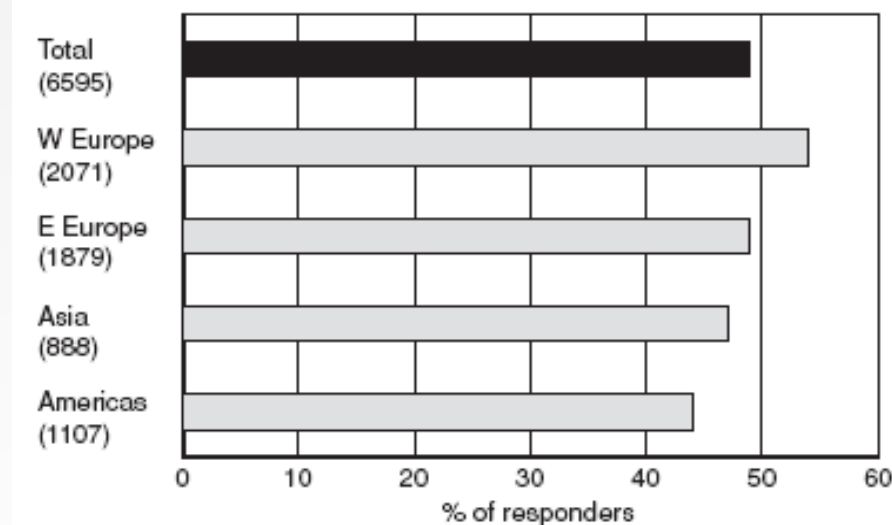


Fig. 1. Share of nephrology professionals who chose the answer 'CAPD/APD' in response to the question 'What do you consider to be the best initial dialysis treatment for a patient with planned start, today and in the near future?'

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



DEFINICIÓN: Modelo “*Primero en Domicilio*”

- Modelo que basa sus esfuerzos en fomentar que los pacientes que inician diálisis, siempre que sea posible, mediante un **tratamiento domiciliario**
 - **No obliga**, sólo lo **fomenta**, **respeta** la **elección** del paciente
- Se basa en un proceso de **información y educación estructurada**, que favorece las decisiones- compartidas
 - Tanto al **elegir**, como al **cambio** en el **tratamiento**
- No sólo favorece el inicio en una modalidad de **tratamiento domiciliario**, sino que fomenta el cambio entre **modalidades domiciliarias**.
 - Cuando la **DP falla** mediante “**Modelo Integral Domiciliario**”

Rioux JP, et al. Nephrol Dial Transplant. 2010

Kidney Health Australia. A model for Home Dialysis. 2012

Maar J.S et al. Clinical Kidney Journal. 2016

Imbeault B . Canadian Journal of Kidney Health and Disease. 2019

Hager D, et al. Canadian Journal of Kidney Health and Disease. 2019

Con la colaboración de:

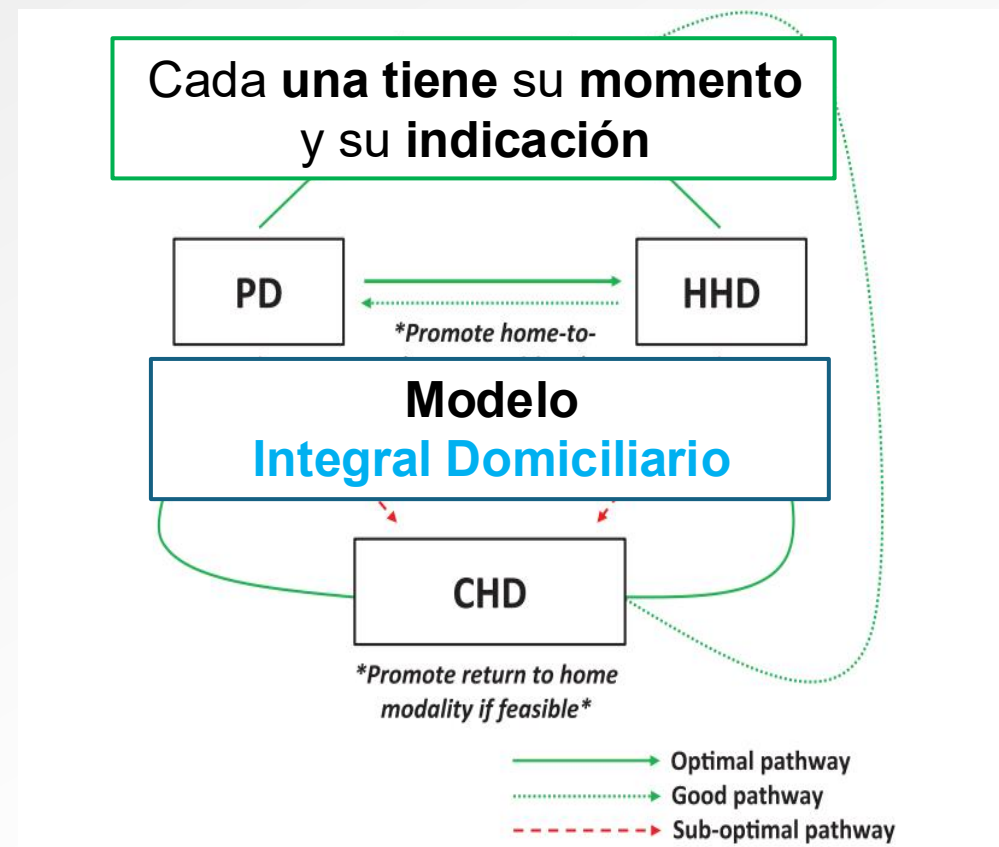


Coorganizado por:



¿A QUIÉN PROPONER LA DIÁLISIS DOMICILIARIA?

A **TODOS** los que “**quieran**”
y “**puedan**” realizar un tratamiento
domiciliario, para intentar **cambiar**
su **pronóstico** y **mejorar** su **calidad**
de vida en diálisis!



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



PRIMERO DIÁLISIS PERITONEAL: EL “DECÁLOGO”

- Mayor Supervivencia como Primera Técnica.
- Menos Ingresos y Visitas a Urgencias.
- La Edad y el Peso no son Condicionantes.
- Menor Tasa de Infecciones.
- Preservación de FRR y Control del Volumen.
- Mejora la Calidad de Vida.
- Mejor Supervivencia del Trasplante Renal.
- Preservación de Accesos Vasculares.
- Control del Potasio e Inhibición del SRAA.
- Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca.



Con la colaboración de:



Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;
Española de
Nefrología

Para **eliminar** las barreras,
primero hay que **identificarlas!**

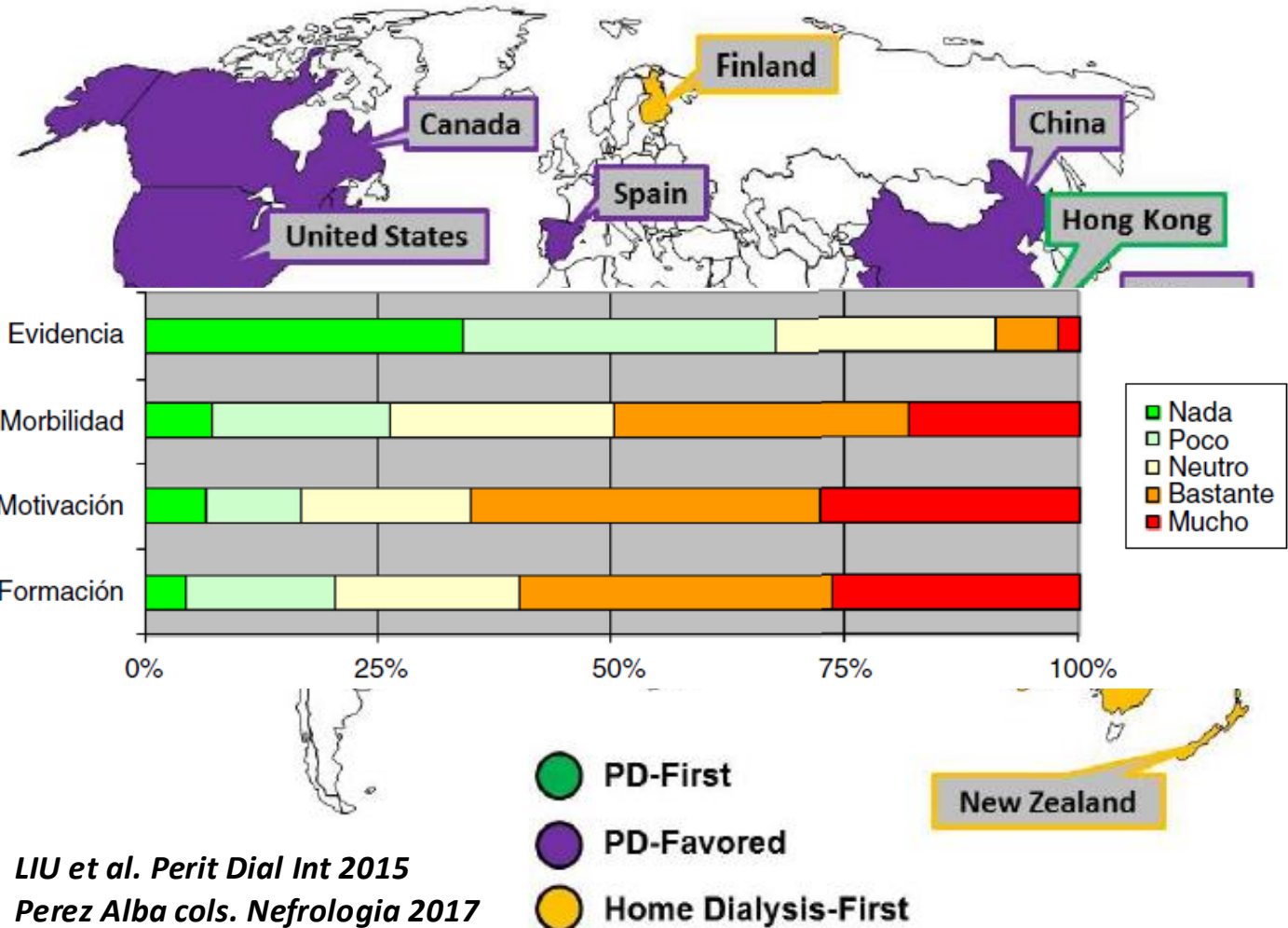
ECONOMICAS
GESTION

PERSONAL
SANITARIO

INFRA-ESTRUCTURA
TECNOLOGIA

PACIENTE
CUIDADOR

Walker et al. Am J Kidney Dis. 2015
Chan CT et al. Am J Kidney Dis. 2019
Hager et al. C Journal Kidney Health Dis 2019
Flanagin et al. Am J Kidney Dis. 2020
Abra and Schiller. Semin Dial. 2020



LIU et al. Perit Dial Int 2015
Perez Alba cols. Nefrologia 2017

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



«El **NEFRÓLOGO** actual es
técnico pero está
huérfano de arte y
pellizco»

José Varona López — Aficionado

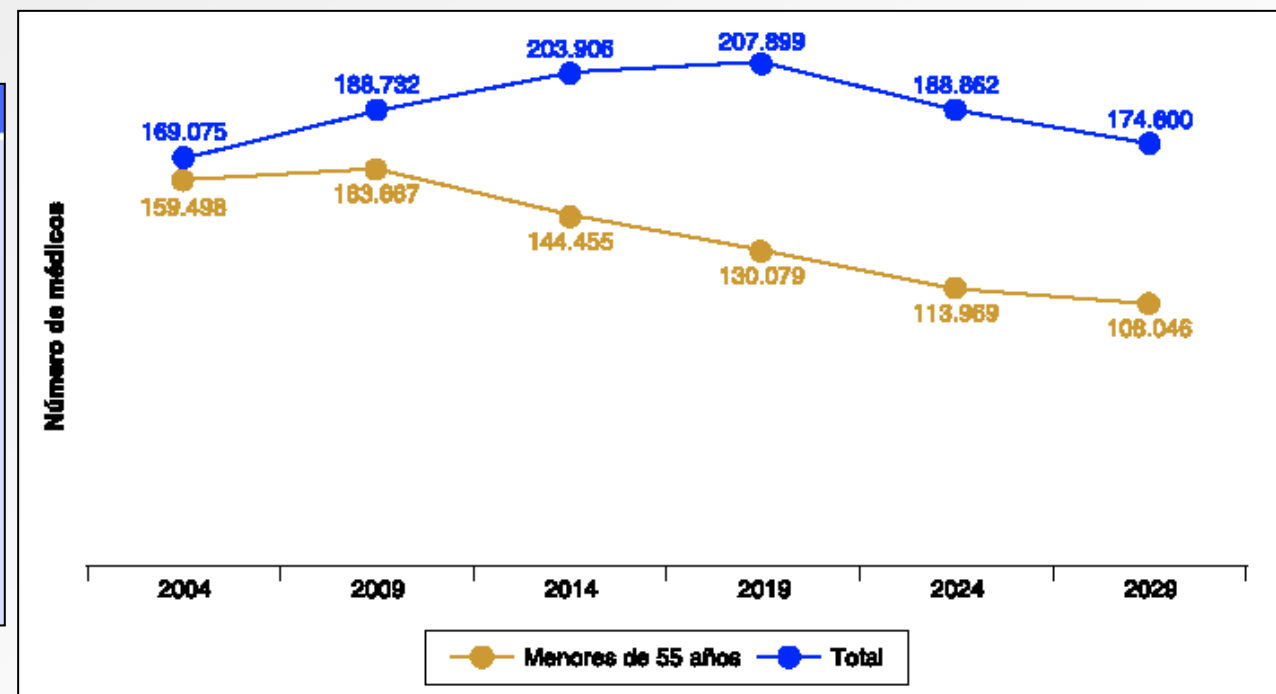
Con 8 años ya iba a los
toros con su abuelo.
Aficionado de toda la

da pero conlleva frialdad. El
toreo está huérfano de arte,
pellizco e improvisación. El ar-



PERFIL GENERACIONAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Especialidad	N.º especialistas	> 50 años
Cirugía pediátrica	351	50,71 %
Cirugía cardiovascular	215	48,37 %
Neurocirugía	332	47,29 %
Análisis clínicos	1.227	40,18 %
Medicina interna	5.661	35,59 %
Cirugía general y del a. digestivo	3.553	35,04 %
Cirugía torácica	143	34,97 %
Cardiología	1.717	34,25 %
Traumatología y cirugía ortopédica	2.986	34,16 %
Hematología y hemoterapia	1.688	32,58 %
TOTAL	169.319	19,29 %



Demografía Médica en España: Mirando al futuro 2005

Con la colaboración de:

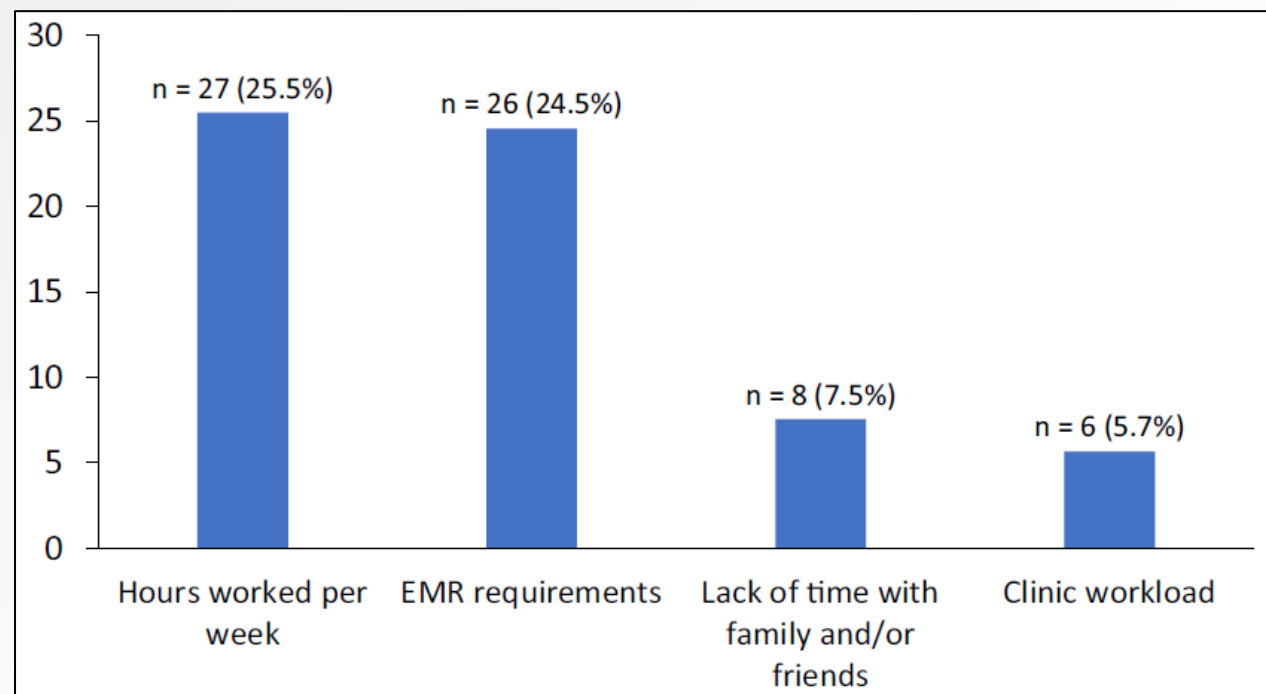


Coorganizado por:



“BURN-OUT” EN NEFROLOGÍA

- “Burn-out”: menos satisfacción laboral y peor evolución pacientes.
- 2019 AMA, NKF: Listado, mail o social media.
- ≥ 1 v/s reconoce tener medidas validadas como signos de burn-out.
- Burn-Out: 106/456 (40-59 a 49,2%).
- Causas: horas de trabajo y uso de H^aC^a electrónica



Nair D y cols. NKF. Kidney Med 2022

Con la colaboración de:



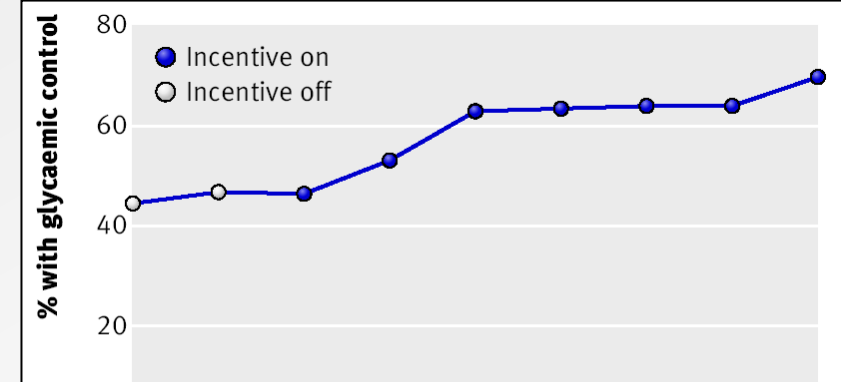
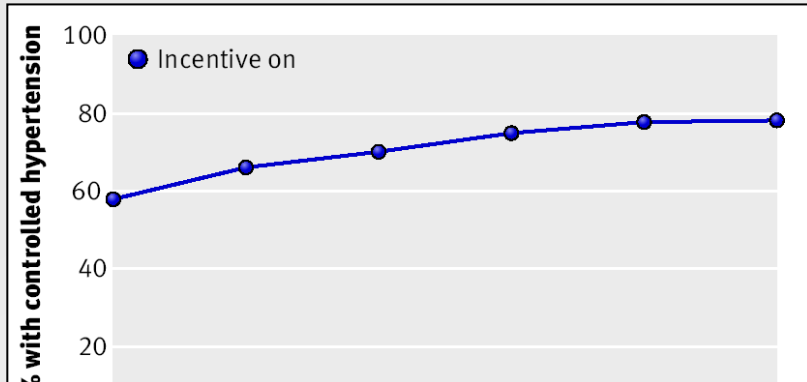
Coorganizado por:



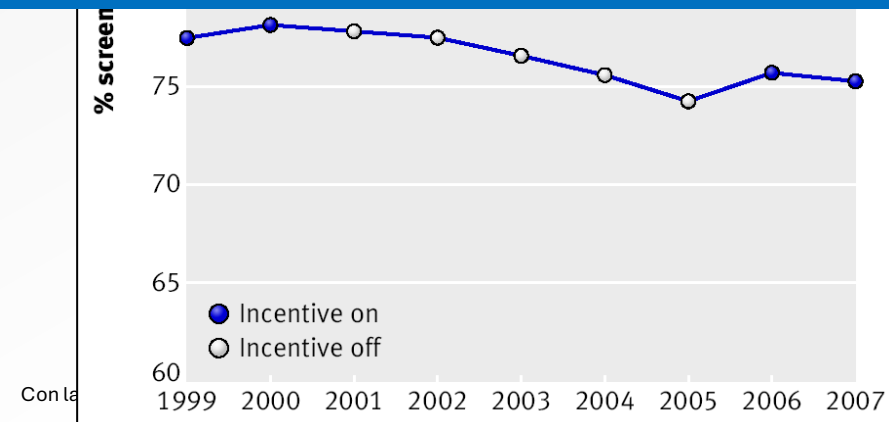
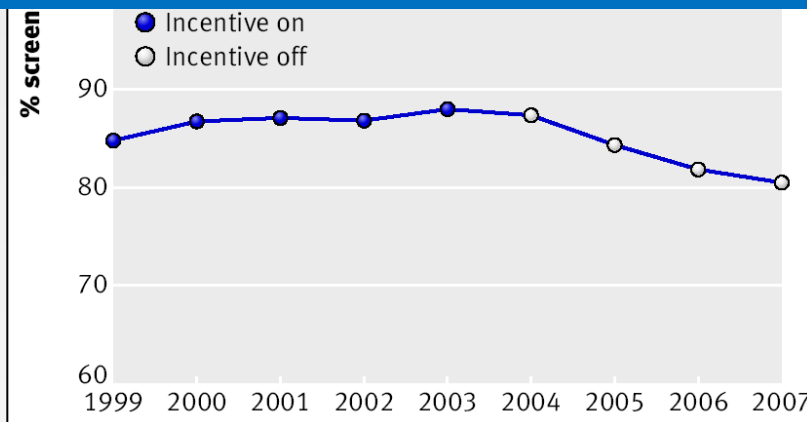
The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators

Lester H y cols.

BMJ 2010;340:c1898



INCENTIVOS: ¿SON NECESARIOS?



PLAN ADO: TAMBIÉN QUEREMOS SER OLÍMPICOS

En 1988 iniciativa de apoyo al deporte de elite para los JJOO Barcelona 1992.
Formado por sector público, CSD, COE, RTVE y Patrocinadores Privados. Recursos: 63 mill €



Ayuda al Deportista Olímpico

**ADO
vs.
AMO**



Atención Médica Olímpica



ESTRATEGIAS EN FORMACIÓN

- La S.E.N. esta comprometida con la formación: MIR y Especialistas.
- Los médicos no son responsables de las vías de financiación de la FMC.
- Gran parte de la FMC la soporta la Industria Farmacéutica.



De Francisco ALM. El médico y la industria farmacéutica. Nefrología 2004.

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



SINERGIAS: SEN + SEDEN + ALCER



GRUPO DE TRABAJO
Sociedad Española de Nefrología

DP_SEN

Promoción del conocimiento en
Diálisis Peritoneal



GRUPO DE TRABAJO
Sociedad Española de Nefrología

HDa

Apoyo y promoción de la
hemodiálisis domiciliaria en España

En resumen, la Hemodiálisis Domiciliaria:

- Permite realizar sesiones de diálisis más frecuentes y cortas, que son generalmente mejor toleradas, desaparece la fatiga post-diálisis, favorece el control de la hipertensión, la anemia y la hiperfosforemia con menores restricciones dietéticas (tanto en alimentos como en líquidos), y como consecuencia de todo esto, se incrementa la calidad de vida.
- Hace más responsable y participa al paciente de su propio tratamiento.
- Mantiene en todo momento el apoyo y la comunicación con el personal médico y de enfermería ante cualquier duda o incidencia.
- No requiere desplazamiento a la Unidad de Hemodiálisis ni exige tiempos de espera, lo que le proporciona más tiempo libre.
- Debido a la mayor flexibilidad en el horario le permite adaptar las sesiones a sus actividades cotidianas, continuar con su vida laboral, y participar con mayor facilidad en sus actividades sociales.
- En general, le proporciona más independencia y libertad para poder mantener su estilo de vida.

La decisión sobre cuál es la mejor modalidad de hemodiálisis depende de muchos factores. Hable con su médico, infórmese, pregunte todas sus dudas y escoja el tratamiento que prefiera o se adapte mejor a su forma y calidad de vida.

HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA
UNA OPCIÓN QUE SUMA

HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA
UNA OPCIÓN REAL

HAGA SU DÍA A DÍA
MÁS CONFORTABLE
CON LA
HEMODIÁLISIS EN CASA



PROYECTOS DE MEJORA: ACERCA Y MENTORING



Programa psicoeducativo.

Ayudar a los pacientes en el afrontamiento de la enfermedad, y la promoción de autocuidados, a través de la figura del paciente mentor.

MODELO DE
ACREDITACIÓN
DE CALIDAD
DE LAS UNIDADES DE
ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA AVANZADA



AĉERCA
ACREDITACIÓN

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



PRINCIPIOS

- ➡ **Trasplante Renal (y de Vivo) como PRIMERA OPCIÓN**
- ➡ **COLABORACIÓN ERCA/centros de diálisis y centros de trasplante**
- ➡ **CRITERIOS de inclusión y exclusión CONSENSUADOS...y SISTEMA DE SEGUNDA OPINIÓN**
- ➡ **Inclusión ágil en PREDIÁLISIS o LISTA de ESPERA**
- ➡ **Armonización de CRITERIOS DE ACEPTACIÓN RENAL**



Con la colaboración de:



Coorganizado por:



INDICE

1. LA ORGANIZACION: SNS

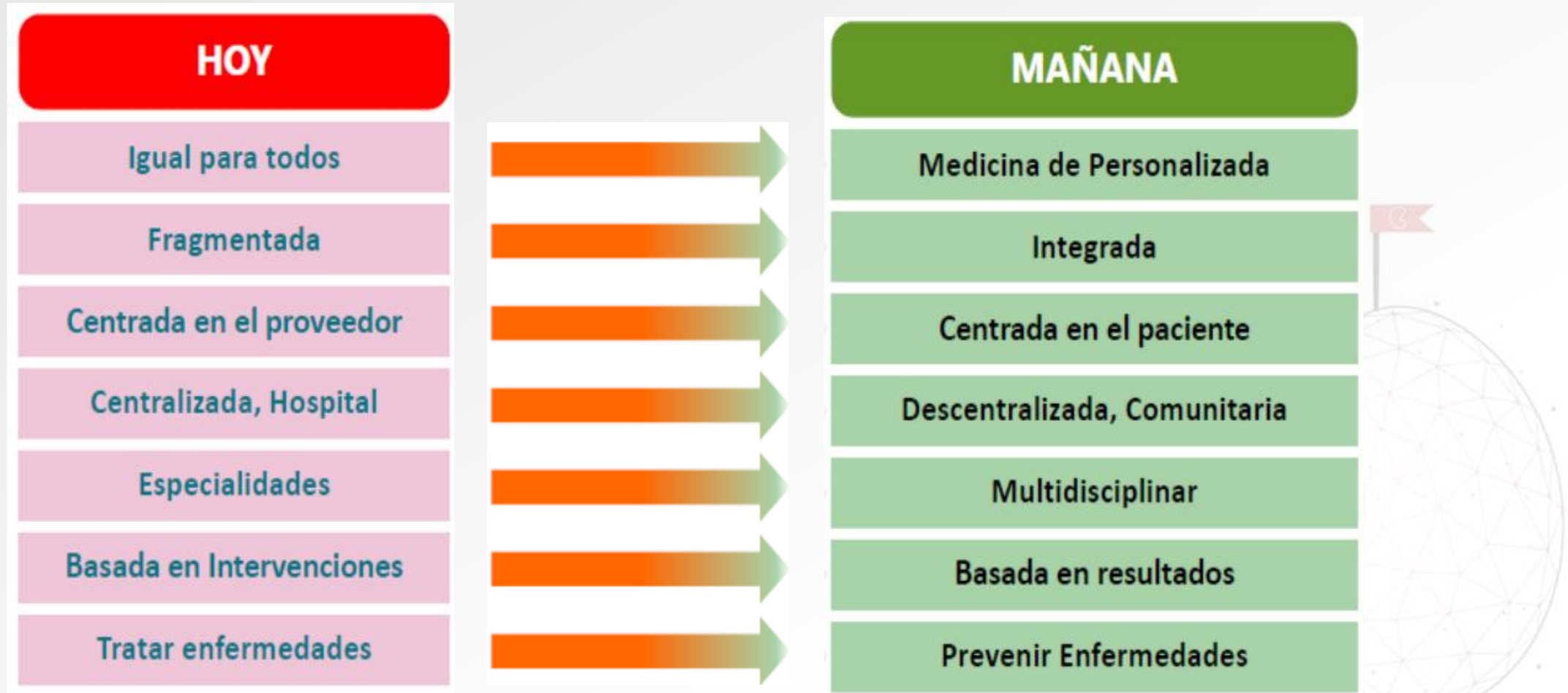
2. EL EQUIPO: LIDERAZGO

3. LOS PACIENTES

4. CLAVES PARA EL CAMBIO

5. NUEVOS RETOS Y MENSAJES

PODEMOS PREDECIR EL FUTURO



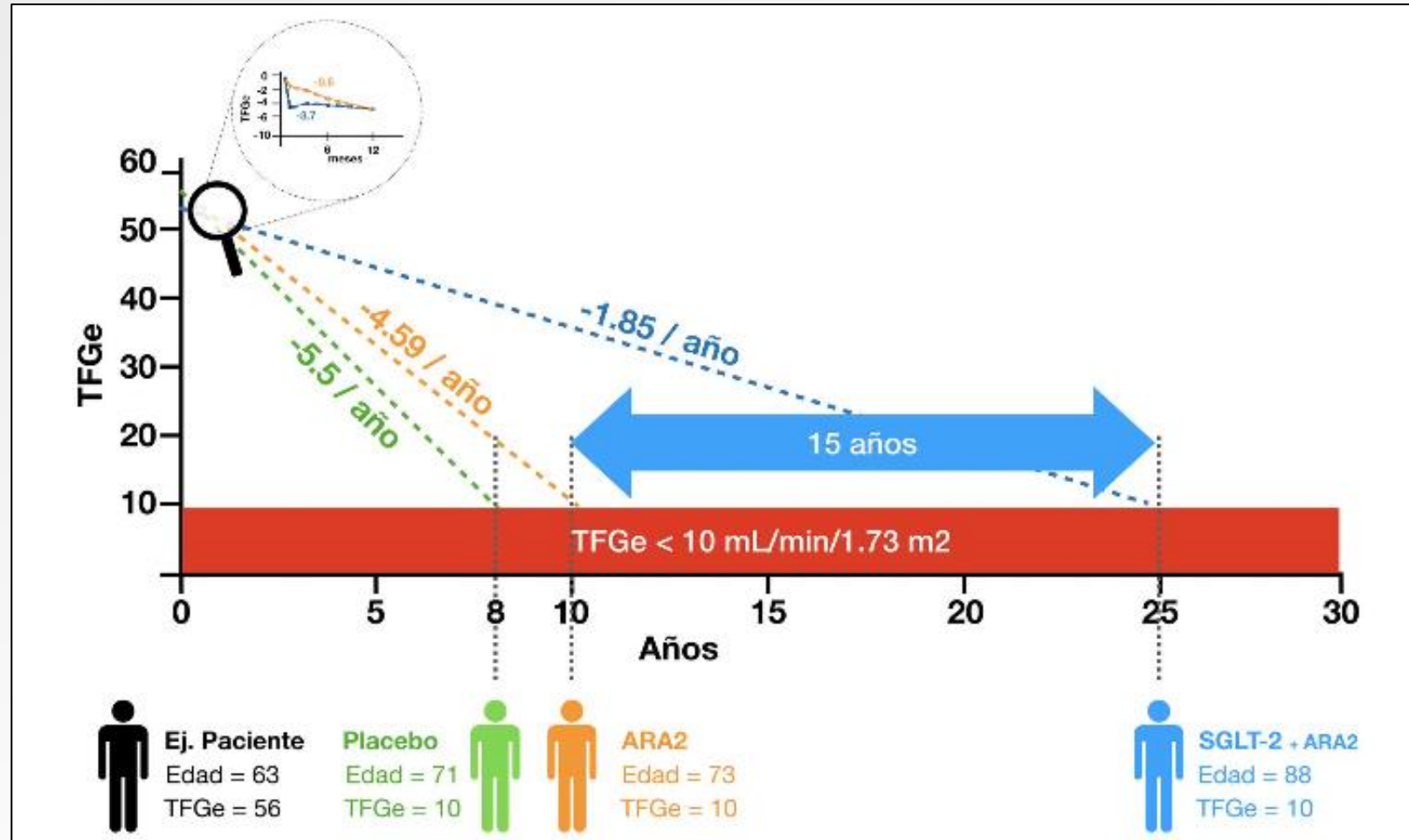
Con la colaboración de:



Coorganizado por:



TRASPLANTE RENAL vs NEFROPROTECCIÓN



**Falta de conocimiento o de información
para tomar decisiones-compartidas**

Barrera Silenciosa:
“Falta de educación
al paciente”¹

ERCA

Young BA et al. Clin J Am Soc Nephrol 2012

Golper TA et al. Am J Kidney Dis 2011

Walker Rachael C et al. NDT, 2016

Nakamoto H, et al. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2018

What are the barriers/facilitators to choosing and remaining on home dialysis?

Barriers to Choosing Home Dialysis:

Lack of modality choice at all (often due to timing)

- Often there is not enough time to make an informed decision before urgent start dialysis.³
- Providers simply do not offer the choice⁴
- Providers (in USA) may not have the confidence and knowledge to promote HD⁵

Challenges to shared and informed decision-making

- Patients can lack “decisional power” (due to complexity of information, limited exposure to home dialysis, and no familiarity and knowledge of what it entails)⁶
- Lack of shared decision-making tools and resources for both patients and clinicians (2016 PCORI supported study)⁷

Lack of patient understanding / knowledge of HD processes

- Lack of a satisfactory explanations of various techniques⁸

Psychosocial factors preventing ability to learn and/or take on self-care responsibility⁹

- General disinterest or lack of motivation of patient or family^{10,11}
- Interpersonal Relationships (in which there is a strong opinion) e.g. family, clinicians (also a facilitator)
- Fear
 - Isolation from medical and social support
 - Medical emergencies
 - Needle phobia, fear of cannulation¹¹
 - General lack of confidence^{6,8}
 - Fear of burdening family¹²

Policy barriers:

- Limited and unmandated home dialysis training of nephrology fellows
- Lack of synchronized education of ESRD care providers
- Medicaid services’ poor reimbursement policies which dis-incentivize home based therapies¹³

Miscellaneous

- Lack of storage space for equipment⁸
- Medical contraindications¹⁰
 - Many older patients have contraindications to PD or barriers to self-care.¹⁴

FORMACIÓN: MAS DOMICILIO, MENOS MORTALIDAD

- **OBJETIVOS:** mejorar resultados a 90-120 d e impacto en SV posterior.
- **AMBITO:** Pacientes incidentes en HD en EEUU.
- **PROGRAMAS EDUCATIVOS** (diferentes fases):
 - *RightStar* (Fresenius Medical Care).
 - *Impact* (Da Vita).
 - *PEAK* (Kidney Care Patners).
 - *RVCare* (Renal Ventures Management).
 - **TOPs** (Treatment Options Program. FMCNA).
- **PREDIÁLISIS:**
 - Educación Pacientes (PDAs).
 - N: 569/1044. 50/50 DP/HD. Mas Tx vivo.

Parker TF. ClinJASN 2011

Lacson E y cols. AJKD 2011

Prieto-Velasco M y cols. PlosOne 14/10/2015

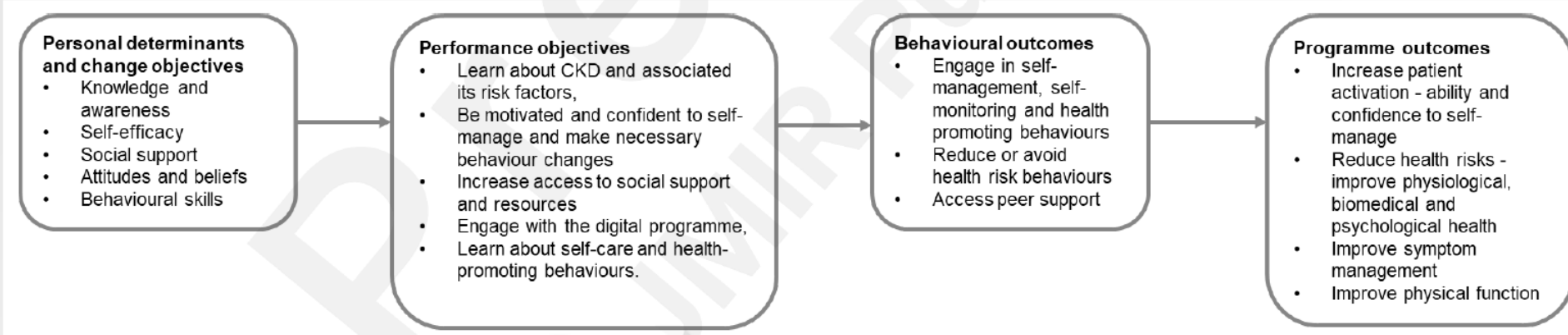
Con la colaboración de:



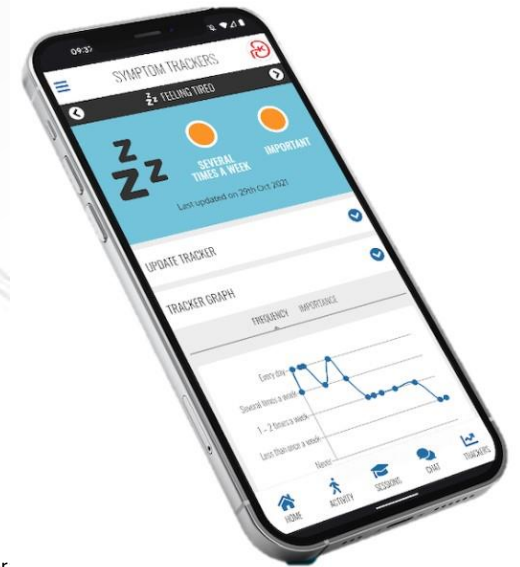
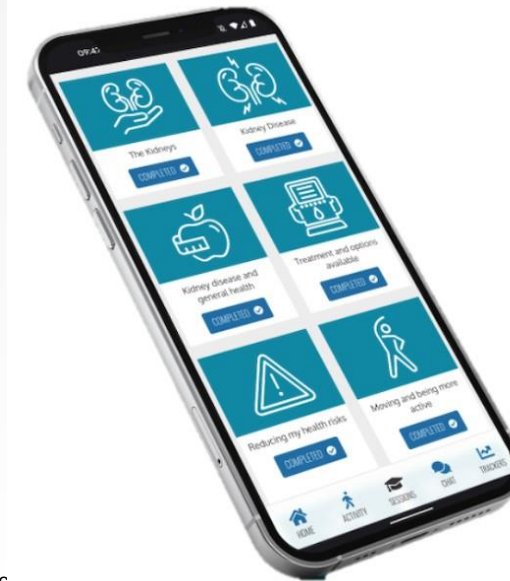
Coorganizado por:



PACIENTE ACTIVADO: MY KIDNEYS AND ME



- Información del tratamiento directamente desde el monitor
- Visualización de datos de tratamiento
- Sesiones virtuales para resolución remota de problemas
- Mensajería bidireccional
- Solución de problemas de alarma



ATENCIÓN AL CUIDADOR

Monitorización proactiva

- Descubrir signos de aislamiento
- Identificar situaciones de stress
- Detectar sentimiento de culpa por cansancio



Herramientas de apoyo

- Indagar búsqueda de recursos
- Cuidadores alternativos
- Periodos de descanso

**Fomentar al máximo
el grado de
independencia del
paciente para el
autocuidado ayuda a
minimizar el
agotamiento del
cuidador**

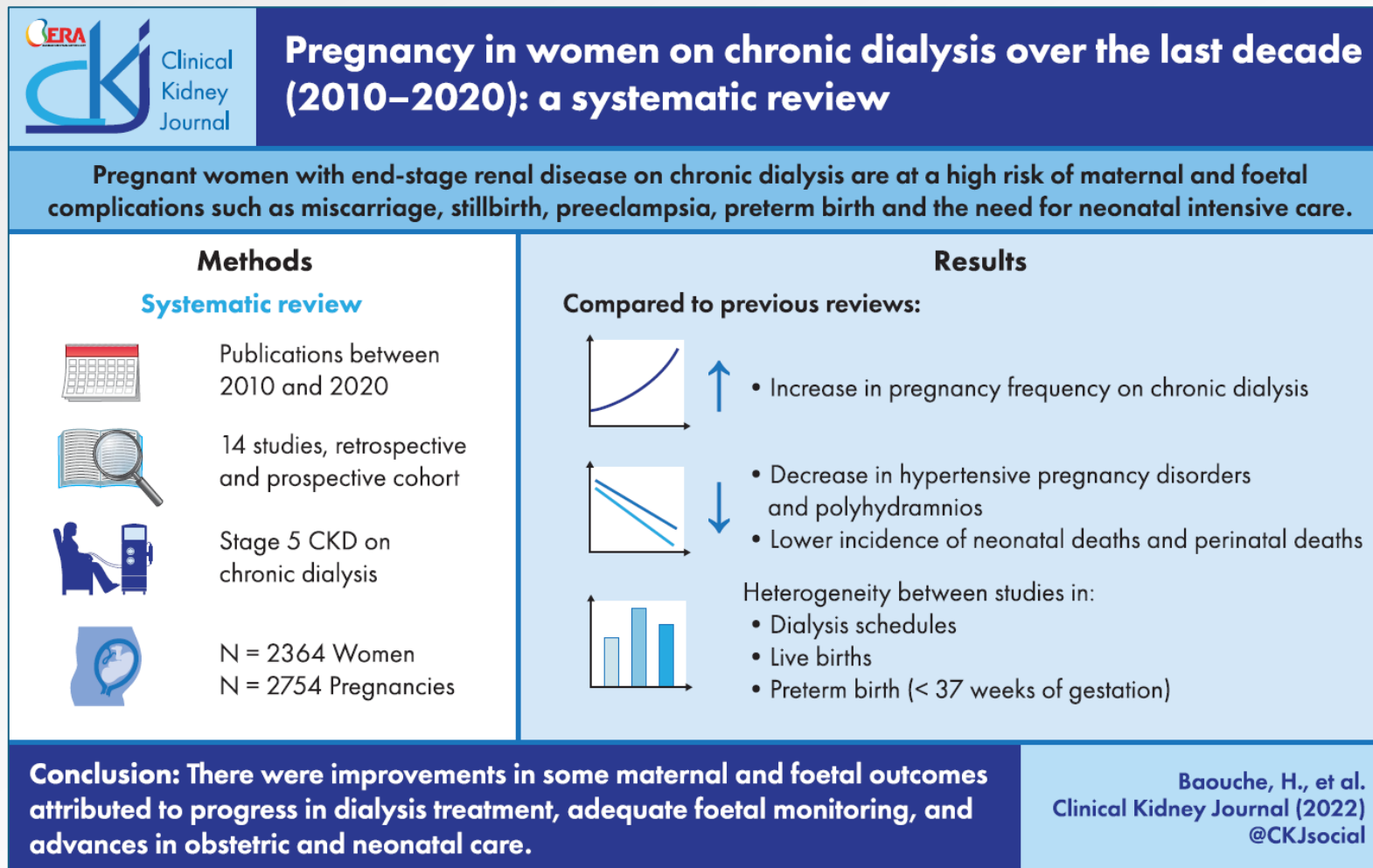
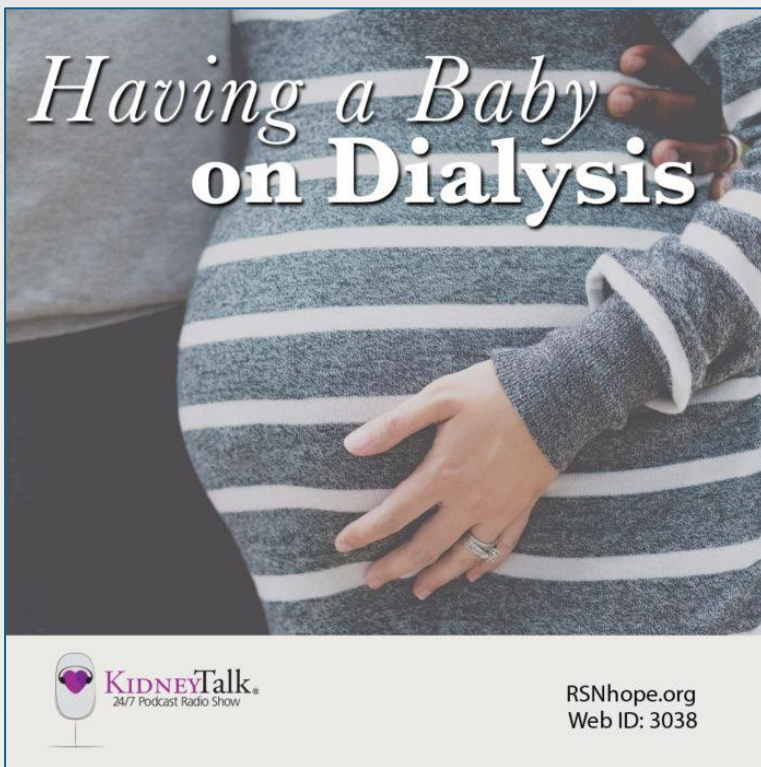
Con la colabor



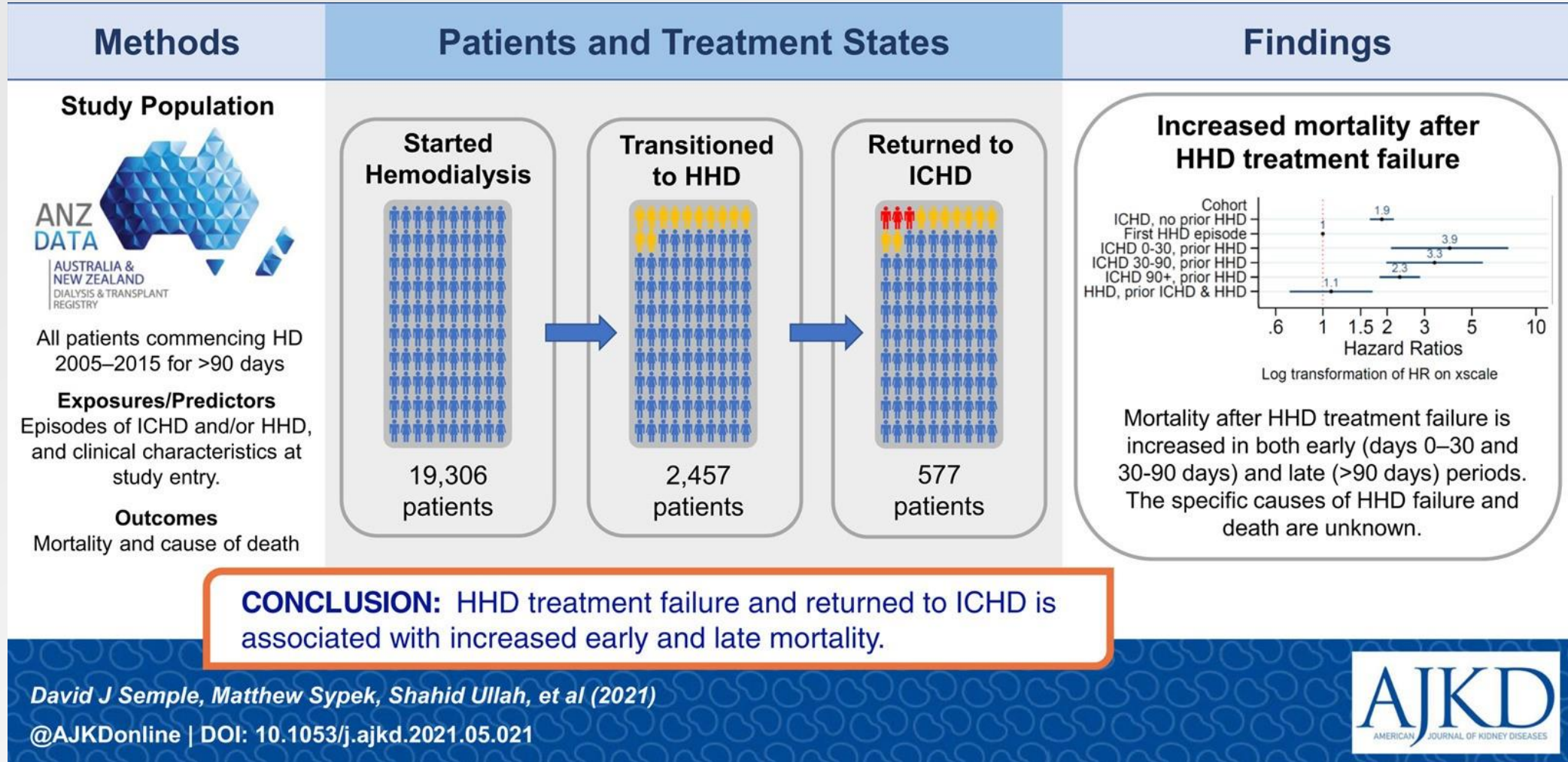
...national (2019) 96, 37-47;

7 Española de
Nefrología

EMBARAZO EN DIÁLISIS: POSIBLE Y FRECUENTE



FRACASO HDD Y REGRESO A HDC



OTRAS SITUACIONES... “MUY ESPECIALES”

Sample Dismissal Letter

Date _____

Mr. John Doe
Street Address
City, State, Zip

***“El paciente esta despedido....
.... de la HD”***

Dear Mr. Doe,

We at BestCare Dialysis Clinic want our patients to enjoy excellent medical care that will enhance their health and quality of life. **(D)** Your behavior on __ (date) __ has made it impossible for us to provide you with the care we know you need. Further, our attempts to help you resolve your issues, as indicated by the behavior contract of __ (date) __, have been unsuccessful. **(E)** In accordance with the Policies and Procedures Manual of BestCare, Inc., Paragraph J, Item 2, we feel we have reached an impasse and have no other choice but to dismiss you.

(A)(B)(C) Because of this, within 30 days, or as of __ (date) __, you will no longer be offered medical care at this clinic. **(F)** During this time you will continue to receive medical care as always. All of our staff will continue to work with you during this time to make your remaining stay as efficient as possible. Our social worker is willing to work with you to help you find another clinic. However, you must know that if you exhibit an outburst of anger, make any threats, or become violent at any time during these 30 days, you will be given an *immediate* dismissal.

(H) As soon as you have found another doctor and/or clinic [depending on which entity is dismissing the patient], we will be glad to provide them with copies of your medical records. Our clinic administrator will provide you with a blank form called “Authorization for Release of Medical Information.” You can fill in this form with the name of the new doctor and/or clinic and their address and phone number and we will gladly send them the information they need. You should know that we will not attempt to conceal any part of your record. If they ask why you have been dismissed, we will tell them. If they do not ask, we will not volunteer this information, but it will be part of your record. If you wish, you may write a letter disputing our report and your letter will be made a permanent part of your record and will also be sent to your new clinic along with all other records.

(G) IT IS IMPORTANT THAT YOU FIND ANOTHER DOCTOR AND DIALYSIS CLINIC AS SOON AS POSSIBLE. Your illness, end-stage renal disease, will only get worse if you ignore it. *You must get continued medical care.*

(I) If you do not find another doctor and/or dialysis clinic soon after your dismissal, you may develop some of the following symptoms: shortness of breath; nausea and possibly some vomiting; chest pain; high blood pressure; swelling in the hands, feet, and face; poor appetite; tiredness; inability to get warm; difficulty with sleep; forgetfulness; itching; cramping; and changes in skin color. If you develop any of these symptoms, please go to the nearest hospital emergency room where you will be evaluated for dialysis.

(J) If you feel that you have been treated wrongly, or denied medical care without reason, you may file a complaint with the Department of Health at (800) 555-5555, or with the ESRD Network at (800) 555-5555. Either of these calls is toll free and will not cost you anything.

We regret that we had to come to this decision, but find that there is no other choice. We wish you good health in your future.

Sincerely,

(K) (signature) _____ (signature) _____
Clinic Manager Medical Director

(L) cc: ESRD Network

Valdez R, D&T 2004



Con la colaboración de:





Con la colabor



“Debemos ampliar el respeto y empatía hacia las vidas y entorno de las personas en diálisis. Saber cómo, cuándo y dónde quieren recibir tratamiento, y así guiar el desarrollo de las innovaciones”.

Cahill Z y cols. CJASN 2022

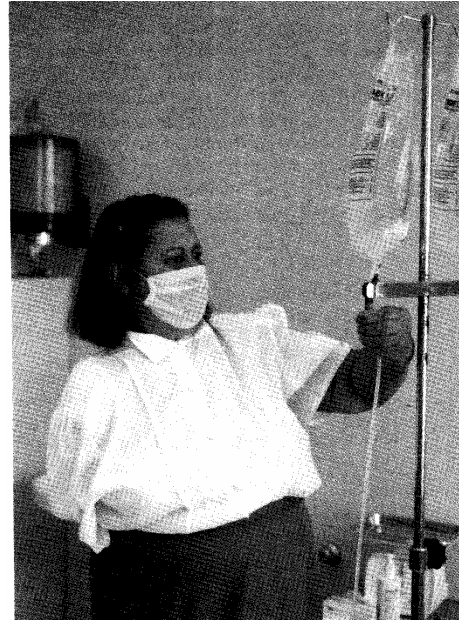


Figure 1 — Single-handed patient performs her bag connection using a special-assist device.



7 CLAVES “*Jeet Kune Do*” PARA UNA ESTRATEGIA

- **“VACIA TU TAZA”**: Liberarse de Ideas Preconcebidas.
- **“BE LIKE WATER”**: Adaptarse a Situaciones y Personas.
- **“PARA ENTENDER BUSCA LAS RAICES”**: los Antecedentes.
- **“INTENTA APRENDER SIEMPRE”**: Innovar y Evolucionar.
- **“APROVECHA LO QUE ES ÚTIL”**: Incorporar otras Estrategias.
- **“ECONOMIA DE MOVIMIENTOS”**: Ser Eficientes.
- **“SE HUMILDE”**: Tener en Cuenta cualquier Propuesta de Mejora.

Little, J. (2001) Bruce Lee: Artist of Life. Tuttle Publishing, North Clarendon

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



CAMINO A LA EXCELENCIA

*“La satisfacción del **paciente**, su **familia**, de todo el **equipo** y un impacto positivo en la **sociedad** se consiguen mediante **liderazgo**, con una acertada **gestión del personal**, el uso eficiente de los **recursos** y una adecuada **definición de los procesos**”*

Con la colaboración de:



Coorganizado por:

Kidney International (2019) **96**, 37–47;

7 Española de
Nefrología



What is all this telling us?



KEEP
CALM

AND

LISTEN TO
PATIENTS

REFERENCIAS

- María Palacín (Caixa d' Enginyers. IDD)
- José María Martínez García (Instituto de la Gestión de la Sanidad)
- Enrique Serrano Montes (Cátedra Pfizer en Gestión Clínica)
- Sun Tsu (El Libro de la Guerra. S. VI y V ac)
- Joaquín Oset Fernández (Cátedra Pfizer en Gestión Clínica)
- Roberto Nuño-Solinís (Director Deusto Business School Health)
- Carles Blay (Facultad de Medicina. UVIC-UCC)
- Enric Segarra (Deusto Business School)
- María Concepción Fernández Planelles (MAP Elda)
- Jon Segovia (Deusto Business School)
- Atul Gawanda (The Checklist Manifesto; Being Mortal)
- Carlos Vilchez (ONT)
- Registro de Diálisis y Trasplante (REDYT; ONT y SEN)

Con la colaboración de:



Coorganizado por:



GRACIAS



Con la colaboración de:



Coorganizado por:

