

[ver artículo original en página 397](#)

Calidad en Nefrología: de dónde partimos, dónde estamos y hacia dónde vamos

M. D. Arenas, F. Álvarez-Ude y F. García

Grupo de Gestión de Calidad en Nefrología.

Nefrología 2008; 28 (4) 361-364

DE DÓNDE PARTIMOS

El control de la calidad asistencial no es un proceso al que los profesionales de la Sanidad en general, y los profesionales de la Nefrología en particular, podamos permanecer ajenos. Es la misma sociedad la que nos demanda cada día que disminuyamos la variabilidad en la práctica clínica, que tendamos a conseguir unos resultados de calidad adecuados y similares para el mismo proceso asistencial y que aseguremos la calidad de la asistencia que estamos ofreciendo. La calidad no puede consistir solamente en «buenas intenciones» como aseveraba un informe de la OMS en 1991. Ha pasado la época en la que éramos buenos simplemente porque lo decíamos, ahora hay que demostrarlo. Todo esto implica un cambio de cultura, un cambio en la forma misma de entender nuestra actividad.

En enero de 2004 se realizó una encuesta nacional¹ que pretendía conocer el grado de implantación de Sistemas de Gestión de Calidad y de seguimiento de indicadores en los Servicios de Nefrología y en las Unidades de Hemodiálisis de ámbito nacional. La encuesta fue dirigida a todos los Servicios de Nefrología y Centros de Hemodiálisis, tanto públicos como privados, que constaban en la base de datos de la SEN, un total de 321 centros y hospitales. Se obtuvo respuesta en menos de la mitad de los centros encuestados (146 centros: 46,7%). Esta encuesta puso de manifiesto que la implantación de estos Sistemas de Gestión de Calidad era más frecuente en el área de hemodiálisis, y en los centros privados comparados con los públicos. Esto probablemente fuera debido a que los organismos que conciertan la hemodiálisis con los centros privados les exigen disponer de este tipo de sistemas² para asegurar, de alguna manera, que cumplen los requisitos de los conciertos, no siendo esto así en el caso de los centros públicos. La calidad no entiendo de centros privados o públicos, todos los centros deberían ser capaces de plantearse objetivos de calidad, establecer sistemas que la favorezcan y estar en condiciones de dar respuesta a la demanda social de alcanzar los mejores resultados posibles en el cuidado de los pacientes que se les encomiendan.

Correspondencia: María Dolores Arenas Jiménez
Hospital Perpetuo Socorro
Plaza Dr. Gómez Ulla, 15
03013 Alicante. España
lola@olemiswebs.com

Por otra parte, de esta encuesta también se derivó que, aunque una gran proporción de centros disponía de indicadores de calidad definidos, no existía acuerdo ni consenso entre ellos. Se desconocía qué indicadores eran los más adecuados, con qué periodicidad deberían medirse, ni cuáles eran los objetivos a alcanzar. Por otra parte, existen muchos otros aspectos en el tratamiento de estos pacientes que no están suficientemente estandarizados, y aunque los criterios clínicos de tratamiento puedan ser comunes para toda la comunidad científica, todavía no conocemos cuáles son los indicadores que miden más adecuadamente estos criterios ni cuáles son sus estándares.

Estamos acostumbrados a medir cantidades, tiempos y costes; sin embargo no estamos acostumbrados a medir calidad. Esto se debe a que la medición de la calidad no resulta una tarea fácil, porque su definición contempla diferentes aspectos que no siempre resultan fáciles de cuantificar. Sin embargo, esta medición es fundamental y se basa en un principio básico: lo que se quiere mejorar se ha de medir. La medición sistemática y planificada de indicadores de calidad, en relación con un objetivo o estándar previamente definido, es una de las actividades más importantes a realizar en el proceso asistencial. Es lo que nos permitirá conocer nuestra situación real e introducir actividades de mejora, que nos permitan aumentar el control sobre el paciente y mejorar los resultados. Un indicador no sería otra cosa que una señal, un aviso, que permite identificar los puntos de actuación específicos de la asistencia sanitaria que deberían ser objeto de una revisión más intensa, y que por tanto nos sirve para orientar nuestros esfuerzos en la mejora de la calidad asistencial.

Tras la publicación de las Guías K/DOQI y el desarrollo de los proyectos ESDR Clinical Performance Measures (CPM's) Project y Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), el interés por la evaluación y mejora de los cuidados suministrados a los pacientes en diálisis ha crecido de forma exponencial. Diversos estudios han demostrado la asociación entre la consecución de determinados objetivos (evaluados mediante Indicadores de Calidad) y una reducción en la mortalidad³. Si la consecución de esos objetivos se asocia, además de con mayor supervivencia, con menos hospitalizaciones (y de menor duración) y/o con una disminución en los costes, ha sido un hecho menos estudiado y solo en pacientes prevalentes. El grupo de Powe (Estudio CHOICE), en un tra-

bajo multicéntrico y prospectivo de pacientes incidentes en hemodiálisis, recientemente publicado, no sólo pone de manifiesto que la consecución de un mayor número de indicadores clínicos, con independencia de cuáles, se asocia poderosamente con un descenso en la mortalidad, sino que además se objetiva un descenso significativo en el número y duración de las admisiones hospitalarias y en el consumo de recursos en pacientes en hemodiálisis⁴.

DÓNDE ESTAMOS

En los últimos años, la Sociedad Española de Nefrología ha avanzado en la elaboración de guías de práctica clínica (www.senefro.org), que han pretendido homogeneizar la actividad nefrológica y facilitar la toma de decisiones de los profesionales en su práctica clínica habitual. Sin embargo, la existencia de guías de práctica clínica parece que mejora la monitorización de los pacientes, pero no consigue una mejora en los resultados, ya que su efectividad depende de cómo sea cumplidas⁵. La estandarización en guías de diferentes aspectos del tratamiento renal sustitutivo de la enfermedad renal crónica estadio 5, algunas de ellas de ámbito internacional, como las *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (DOQI)*⁶ o las guías europeas, no significa que se consiga esa homogeneización en el cumplimiento de los estándares; de hecho, se ha demostrado en diferentes estudios que, a pesar de ellas, existen importantes diferencias entre centros y entre países⁷⁻¹⁰.

A la vista de ello, los miembros del Grupo de Trabajo sobre Gestión de Calidad de la Sociedad Española de Nefrología, lideraron un proceso de diseño de indicadores de calidad sobre la actividad de hemodiálisis, con planes de monitorización y sistemas de medición e interpretación de los resultados, que fueron consensuados por diferentes profesionales (nefrólogos, expertos en calidad y epidemiólogos)¹¹. Y este diseño de herramientas de medición de la calidad se ha extendido también al área de la diálisis peritoneal (Plan de calidad científico-técnica y de mejora continua de la calidad en diálisis peritoneal. www.senefro.org) Se pretendió que los indicadores fueran fruto de la aceptación de varios profesionales, que estuvieran basados en evidencias científicas y que fueran realistas y sencillos en su formulación. A partir de ahí, el objetivo primordial fue evaluar su aplicabilidad real y conocer cuáles son los estándares apropiados en nuestro medio. Para ello se planteó la realización de un estudio multicéntrico de validación de los indicadores de calidad elaborados por el Grupo de Trabajo de Calidad de la SEN, que fue iniciado en enero de 2007 y en el que están participando, en la actualidad, 28 centros españoles tanto hospitalarios como extrahospitalarios, de financiación pública y privada. Dado que la mayoría de los centros en nuestro país dispone de aplicaciones informáticas específicas (Nefrosoft 3.0[®], Renalsoft[®] y Nefrolink[®], entre otros) como bases de datos para el seguimiento de los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, las empresas que lideran estos programas junto al Grupo de Trabajo sobre Gestión de Calidad de la SEN han desarrollado unas herramientas

informáticas que facilitan el cálculo automatizado de los indicadores en los periodos de tiempo establecidos, una vez definidos por consenso los indicadores y su calendario de monitorización.

De esta forma, cada centro mide unos indicadores, los envía de forma automatizada, a través de un sistema cerrado de envíos (correo electrónico), a una central que depura los datos y elabora los informes individualizados y globales. Los datos son centralizados en una base de datos común que permitirá su análisis, su comparación y la valoración de otras posibilidades de medición (indicadores calculados) para llegar a definir cuál es el conjunto limitado de indicadores que aporta mayor información y resulta de mayor utilidad clínica. Así, los indicadores proceden directamente de las bases de datos de los centros y aportan información fidedigna de cada uno de ellos, sin posibilidad de manipulación, evitando los errores de transcripción y permitiendo la obtención de un gran número de datos con relativamente poco esfuerzo. Entre estos indicadores hay algunos que aportan información descriptiva de las características del centro, de los pacientes y de las formas de tratamiento, en tanto otros se centran en la valoración de los resultados lo que permitirá la comparación entre centros y con los estándares de calidad publicados en la literatura, basados en estudios observacionales internacionales.

HACIA DÓNDE VAMOS

Desde hace más de 12 años, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de América (Department of Health and Human Services) realiza una valoración anual de la calidad del tratamiento de diálisis (Hemodiálisis/Diálisis Peritoneal) por medio del Proyecto de medición de Indicadores Clínicos de la Enfermedad Renal Crónica (ESRD Clinical Performance Measures Project - ESRD CPM). A nivel privado, las cinco corporaciones de EE.UU. (Fresenius Medical Care, Gambro HealthCare, Davita, Renal Care Group y Diálisis Clinic Inc) responsables del tratamiento del 70% de los pacientes en diálisis (Hemodiálisis/Diálisis Peritoneal) en ese país también han establecido una medición básica de indicadores de calidad¹².

La mejora en la calidad de la asistencia y la disminución de la variabilidad en la práctica clínica se basan en la comparación a través del tiempo de los resultados de las unidades, tanto consigo mismas como con otras unidades del entorno, contando con unos objetivos claramente definidos.

El Grupo de Gestión de Calidad de la SEN pretende mejorar los cuidados del paciente renal y sus resultados, proporcionando herramientas que puedan ser utilizadas por la comunidad renal en el proceso de atención al paciente y en la identificación de posibles áreas de mejora. Una de estas herramientas es la retroalimentación o *feedback* de los datos obtenidos a los centros participantes mediante informes individualizados y comparativos con el resto de los centros. Este proyecto afecta por el momento a los pacientes en hemodiálisis, pero pretende extenderse a los que están en diálisis perito-

neal, de modo que el Grupo de Gestión de Calidad de la SEN está colaborando activamente en la selección y definición de Indicadores de Calidad aplicables a los pacientes tratados con dicho procedimiento, y en adelante a otras áreas de la Nefrología como el trasplante.

Dentro del marco de la gestión de la calidad, otra herramienta metodológica destinada a conseguir los mejores resultados es el *benchmarking*. Es un proceso operativo de aprendizaje y adaptación permanentes, cuyo fin es la optimización de los resultados; consiste en aprehender, adaptar e implantar métodos ya probados que han arrojado resultados positivos en otras organizaciones. Para ello, es necesario conocer cómo se ha desarrollado ese proceso y qué práctica ha hecho posible alcanzar un alto nivel de rendimiento. Se trata de conocer en profundidad los factores que han permitido esa mejora, aspecto que resulta estimulante tanto para la entidad tomada como referencia como para aquella que desea llevar a cabo esa mejora en su organización. El *benchmarking* actúa como un mecanismo de cooperación y colaboración entre entidades análogas de cara a compartir información para mejorar sus procesos. Supone ayudar a otro servicio a afrontar situaciones o problemas similares basándose en una experiencia práctica probada y compartiendo información. Todo ello servirá para establecer alternativas normalizadas para el desarrollo futuro, ya que, entre sus resultados, el *benchmarking* produce una medida de la excelencia que puede utilizarse como un estándar comparativo.

Dentro de esta visión de futuro está el papel que pueden jugar los registros autonómicos de diálisis y trasplante; y el registro español fruto de la coordinación de los registros autonómicos. La información sobre el cumplimiento de indicadores de calidad y de sus estándares correspondientes podrán incorporarse a la información demográfica que ya recogen estos registros, ahora que es más fácil resolver los problemas de transferencia electrónica de información pormenorizada. Ya hay registros, que incluyen en su información habitual, indicadores de la calidad de tratamiento^{13,14}. Asimismo, está en marcha en Europa la iniciativa QUEST que pretende dar el primer paso para unificar en todos los registros nacionales y regionales los indicadores de calidad básicos en el ámbito del tratamiento de la anemia, enfermedad cardiovascular, adecuación de diálisis y metabolismo calcio-fósforo de los pacientes en diálisis¹⁵⁻¹⁷. Toda esta información constituirá un paso decisivo para extender la medición y evaluación de la calidad en todos los centros y, a través del proceso de *benchmarking* que se pondrá en marcha, facilitar la mejora de la calidad en todas las áreas de la nefrología. En España se acaba de crear el registro nacional de Indicadores de calidad de la SEN con este propósito.

La enfermedad renal crónica en sus estadios más avanzados es un enfermedad prevalente, con un crecimiento mantenido y con un consumo de recursos importante. En la actualidad carecemos de información relevante y global sobre los resultados del tratamiento renal sustitutivo. Disponer de estándares globales adecuados del resultado del tratamiento con hemodiálisis y de información precisa sobre los resultados

asistenciales obtenidos por las unidades de hemodiálisis resulta esencial para la toma de decisiones, la elaboración de planes de mejora y, en definitiva, para la mejora de los procesos y sus resultados, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y haciendo que nuestros esfuerzos resulten al tiempo eficaces y eficientes. La aplicación de las herramientas más arriba descritas entendemos puede ayudar a la comunidad nefrológica a conseguir los objetivos mencionados, no sólo en hemodiálisis, sino en el resto de actividades de la nefrología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas MD, Lorenzo S, Álvarez-Ude F, Angoso M, López-Revuelta K, Aranaz J. Implantación de Sistemas de Gestión de Calidad en las Unidades de Nefrología españolas. Grupo de Trabajo sobre Gestión de Calidad de la Sociedad Española de Nefrología. *Nefrología* 2006; 26 (2): 234-245.
2. Pliego de condiciones técnicas. Concierto de hemodiálisis. Comunidad Valenciana. Febrero de 2002.
3. Michael VR, Diane LF, Sari DH, McClellan WM. Relationship between Clinical Performance Measures and Outcomes among Patients Receiving Long-Term Hemodialysis. *Ann Intern Med* 2006; 145: 512-519.
4. Plantinga LC, Fink NE, Jaar BG, Sadler JH, Levin NW, Coresh J, Klag MJ, Powe NR. Attainment of clinical performance targets and improvement in clinical outcomes and resource use in hemodialysis care: a prospective cohort study. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 5.
5. Locatelli F, Andrulli S, Del Vecchio L. Difficulties of implementing clinical guidelines in medical practice. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 1284-1287.
6. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2003; 42 (Supl. 3): S1-201.
7. Pisoni RL, Young EW, Dykstra DM y cols. Vascular access use in Europe and the United States: results from the DOPPS. *Kidney Int* 2002; 61 (1): 305-316.
8. Mendelssohn DC, Ethier J, Elder SJ, Saran R, Port FK, Pisoni RL. Haemodialysis vascular access problems in Canada: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS II). *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21 (3): 721-728.
9. Arenas MD, Álvarez-Ude F, Gil MT, Soriano A, Egea JJ, Millán I, Amoedo ML, Muray S, Carreton MA. Application of NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Bone Metabolism and Disease: changes of clinical practices and their effects on outcomes and quality standards in three haemodialysis units. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 1663-68.
10. Al Aly Z, González EA, Martin KJ, Gellens ME. Achieving K/DOQI laboratory target values for bone and mineral metabolism: an uphill battle. *Am J Nephrol* 2004; 24: 422-6.
11. López Revuelta K, Barril G, Caramelo C, Delgado R, García López F, García Valdecasas J, Gruss E, Jiménez Almonacid P, Martínez Castellao A, Luis Miguel J, Ortiz A, Del Pino y Pino MD, Portolés JM, Prados C, Sanz P, Tato A, Álvarez Ude F, Angoso M, Aranaz J, Arenas MD, Lorenzo S. Developing a Clinical Performance Measures System for hemodialysis, Quality Group, Spanish Society of Nephrology. *Nefrología* 2007; 27 (5): 542-59.
12. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2005 Annual Report, End Stage Renal Disease Clinical Performance Measures Project. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, Centers for beneficiary Choices, Baltimore, Maryland. December 2005.
13. United Kingdom Renal registry .<http://www.renalreg.com/visualizado> el 21 de abril de 2008.

14. Ansell D, Udayaraj UP, Steenkamp R, Dudley CR. Chronic renal failure in kidney transplant recipients. Do they receive optimum care? Data from the UK renal registry. *Am J Transplant* 2007; 7: 1167-76.
15. Jager KJ, Zoccali C. Quality European Studies (QUEST)- a step forward in the quality of RRT care. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 2005-6.
16. Del Vecchio L, Locatelli F, Martins Prata M, Wauters JP, Debska-Slizien A, Mauri JM y cols. The QUEST initiative anemia study in ESRD: rationale and study protocol. *J Nephrol* 2007; 20: 547-53.
17. Van Biesen W, Locatelli F, Martins Prata M, Wauters JP, Debska-Slizien A, Mauri JM y cols. The QUEST initiative anemia study in transplant patients: rationale and study protocol. *J Nephrol* 2007; 20: 543-6.