**Text, letter

Description automatically generated**

****

****

****

**Una vez rellenada la encuesta, deberá enviarse por email**

**al coordinador de la misma, Dr. Enrique Gruss (**[**enrgruss@movistar.es**](mailto:enrgruss@movistar.es)**).**

**ENCUESTA ACCESO VASCULAR**

**CENTRO:**

**HOSPITAL DE REFERENCIA**

**MÉDICO QUE RELLENA LA ENCUESTA:**

A continuación, vamos a realizarle una serie de preguntas en relación con la práctica clínica relacionada con el acceso vascular ocurrida durante los años 2019 y 2020. Por favor, rellene los datos que conozca. Gracias por su colaboración

**A. INTRODUCCIÒN**

1. **¿Conoce la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis del 2017 (GEMAV)?** (Marque lo que considere)
   * SI
   * No
2. **Si la conoce, ¿intenta aplicarla en su trabajo?** (Marque lo que considere)
   * **Nada**
   * **Poco**
   * **Bastante**
   * **Mucho**
3. **¿Le ha sido útil para trabajar en el entorno multidisciplinar?** (Marque lo que considere)
   * **Nada**
   * **Poco**
   * **Bastante**
   * **Mucho**
4. **¿Quiere realizar algún comentario sobre la misma?**

**B. INDICADORES DE CALIDAD**

1. **¿Qué porcentaje de pacientes seguidos en la consulta de ERCA o consulta de nefrología, que cumplen los criterios para realización de una FAV (FG < 15 ml/min, o progresión rápida de ERC) son remitidos a cirugía para valoración de posible fístula arteriovenosa (FAV)?. Excluir pacientes que se nieguen o con causa clínica justificada que no son candidatos a FAV (Indicador 1.1 de GEMAV)**
   1. 2019:
   2. 2020:
2. **¿Qué porcentaje de pacientes incidentes en seguimiento en la consulta de ERCA un mínimo de 6 meses comienzan con FAV funcionante? (Indicador 2.2 de GEMAV)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** |
| **FAV nativa** |  |  |
| **FAV protésica** |  |  |

1. **¿Qué porcentaje de FAVs realizadas, tanto en la consulta de ERCA como en los pacientes que han comenzado ya hemodiálisis, tienen una revisión a las 4-6 semanas de su realización? (Indicador 2.3 de GEMAV) (**Especifique si se realiza control ecográfico de rutina de la FAV)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **% total de FAVs revisadas de las realizadas** | **% Ecografia de rutina realizadas del total de FAVs revisadas** |
| **2019** |  |  |
| **2020** |  |  |

1. **¿Qué porcentaje de pacientes prevalentes se dializaban en su centro a 31 de diciembre de 2019 y 2020 con cada tipo de acceso vascular? (Indicadores 4.1, 4.2 y 4.3 de GEMAV)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** |
| **FAV nativa** |  |  |
| **FAV protésica** |  |  |
| **CVC tunelizado** |  |  |

1. **¿Tiene un programa estructurado de monitorización y seguimiento del acceso vascular?** (Marque lo que considere)
   * SI
   * No
2. **Si la anterior es SI**
   1. **Multidisciplinar** (Señale las opciones que realiza en su centro, no excluyentes). Marcar
      * **Nefrológica**
      * **Quirúrgica**
      * **Radiológica**
      * **Enfermería**

**6.2. Tipo de seguimiento** (no excluyentes): especificar

* + - **Métodos de primera generación** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
    - **Métodos de segunda generación** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.3 Con consulta específica (no excluyentes). Marcar**

* + - **Nefrológica**
    - **Nefroquirúrgica**

1. **¿Cuál es la tasa anual de trombosis paciente año en riesgo de cada tipo de FAV? (Indicadores 4.5 y 4.6 de GEMAV)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** |
| **FAV nativa\*** |  |  |
| **FAV protésica\*\*** |  |  |

\*Fórmula: Numerador: número de trombosis FAVn en el año en estudio; Denominador: número total de pacientes/año en riesgo con FAVn el año en estudio.

\*\* Fórmula: Numerador: número de trombosis FAVp en el año en estudio; Denominador: número total de pacientes/año en riesgo con FAVp el año en estudio

1. **¿Las FAVs trombosadas son evaluadas con ecografía Doppler urgente antes de decidir si son potencialmente recuperables?**
   * SI
   * No
2. **¿Cuál es el porcentaje de FAVs trombosadas potencialmente recuperables que se rescatan en 1 año? (Indicador 5.1 de GEMAV)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** |
| **FAV nativa** |  |  |
| **FAV protésica** |  |  |

1. **¿Qué porcentaje de pacientes que inician HD con CVC se reconvierten en FAV nativa o prótesis y en cuánto tiempo?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** |
| **Porcentaje** |  |  |
| **Tiempo** |  |  |

1. **¿Cuál es la tasa de infecciones paciente/año para cada tipo de FAV? (Indicadores 5.10 y 5.11 de GEMAV)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** |
| **FAV nativa\*** |  |  |
| **FAV protésica\*\*** |  |  |

\*Fórmula: Numerador: número de pacientes que presentan infección de la FAVn en el año en estudio; Denominador: número total de pacientes/año en riesgo con FAVn el año en estudio.

\*\* Fórmula: Numerador: número de pacientes que presentan infección de la FAVp en el año en estudio Denominador: número total de pacientes/año en riesgo con FAVp el año en estudio

1. **¿Cuál es la densidad de incidencia de bacteriemia de los CVC tunelizados por cada 1000 días de CVC? (Indicadores 6.1 de GEMAV)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** |
| **Densidad de incidencia\*** |  |  |

\*Fórmula: Numerador: número de bacteriemias relacionadas con el catéter en pacientes portadores de catéter venoso tunelizado en 1 año por 1000. Denominador: número de días totales de catéter venosos tunelizado en 1 año.

***Una vez rellenada la encuesta, deberá enviarse por email al coordinador de la misma, Dr. Enrique Gruss (***[***enrgruss@movistar.es***](mailto:enrgruss@movistar.es)***).***