

Consenso de expertos para un informe de cuidados de enfermería en pacientes en hemodiálisis en transición (Proyecto Paciente Nómada)

Cristina Labiano-Pérez-Seoane¹, Irene Larrañeta-Inda², José Luis Cobo-Sánchez^{3,4,5}

¹ Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España

² Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España

³ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España

⁴ Grupo de Investigación en Inmunopatología. Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander. España

⁵ Escuela Universitaria de Enfermería Hospital Mompía. Universidad Católica de Ávila. Bezana. España

Como citar este artículo:

Labiano-Pérez-Seoane C, Larrañeta-Inda I, Cobo-Sánchez J. Consenso de expertos para un informe de cuidados de enfermería en pacientes en hemodiálisis en transición (Proyecto Paciente Nómada). *Enferm Nefrol.* 2025;28(2):120-8

Correspondencia:

Cristina Labiano Pérez-Seoane
clabianop@unav.es

Recepción: 19-03-25

Aceptación: 25-04-25

Publicación: 30-06-25

RESUMEN

Introducción: La continuidad de cuidados es vital para la seguridad del paciente durante transiciones sanitarias, donde los informes de cuidados de enfermería facilitan la coordinación y reducen riesgos.

Objetivos: alcanzar un consenso sobre los campos adicionales que deberían incluirse en el informe de cuidados de enfermería de pacientes en hemodiálisis en transición entre centros asistenciales.

Material y Método: estudio exploratorio dividido en dos fases. En la primera, un comité de expertos diseñó un cuestionario basado en la revisión bibliográfica y el sistema de patrones funcionales de Gordon, para determinar los campos adicionales. En la segunda fase se aplicó una técnica Delphi modificada en dos rondas para consensuar los campos adicionales. Participaron 56 expertos en la primera ronda y 14 en la segunda. Se consideró consenso cuando al menos el 80% aprobaban un campo adicional.

Resultados: Se consensuaron 54 de los 57 campos adicionales presentados en la primera ronda para incluir en el informe, como el centro de origen, necesidad de transporte sanitario, número de sesiones dialíticas semanales, duración de cada sesión, y datos específicos del acceso vascular. También

se consensuaron elementos relacionados con la salud del paciente según los patrones de Gordon, destacando aspectos como control de glucemia, presencia de calambres musculares y uso de ayudas para el descanso nocturno.

Conclusiones: El estudio logró desarrollar un informe de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes en hemodiálisis en transición, con el fin de mejorar la seguridad y continuidad de cuidados.

Palabra clave: hemodiálisis; continuidad de la atención al paciente; planificación de atención al paciente; técnica Delphi; transferencia de pacientes; registros de enfermería.

ABSTRACT

Expert consensus on a nursing care report for patients transitioning to haemodialysis (Nomadic Patient Project)

Introduction: Continuity of care is vital for patient safety during healthcare transitions, where nursing care reports facilitate coordination and reduce risks.

Objectives: To reach a consensus on additional fields that should be included in the nursing care report for haemodialysis patients transitioning between care centres.

Material and Method: We conducted an exploratory study divided into 2 rounds. In Round #1, an expert committee designed a questionnaire based on literature review and Gordon's functional health patterns system, to determine the additional fields. In Round #2, a modified Delphi technique was applied in 2 rounds to reach consensus on the additional fields. 56 experts participated in the first round and 14 in the second. Consensus was considered when at least 80% approved an additional field.

Results: Consensus was reached on 54 of the 57 additional fields presented in Round #1 to be included in the report, such as the originating centre, need for medical transport, number of weekly dialysis sessions, duration of each session, and specific vascular access data. Elements related to the patient's health according to Gordon's patterns were also agreed upon, highlighting aspects such as blood glucose control, presence of muscle cramps, and use of aids for night-time rest.

Conclusions: The study successfully developed a standardised nursing care report for haemodialysis patients in transition, aiming to improve safety and continuity of care.

Keywords: haemodialysis; continuity of patient care; patient care planning; Delphi technique; patient transfer; nursing records.

continuidad relacional, que se refiere a las interacciones interpersonales; continuidad informativa, relacionada con las interacciones comunicativas; y continuidad de gestión, que abarca las actividades de coordinación. Este concepto se reconoce como un elemento esencial para brindar atención sanitaria de alta calidad^{10,11} y está vinculado con beneficios como una atención preventiva más efectiva, una reducción en las tasas de hospitalización y una mayor satisfacción del paciente^{12,13}.

En España, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, indica que, entre otros contenidos de la historia clínica del paciente, contendrá la evolución y planificación de cuidados de enfermería, incluyendo un Informe de Cuidados de Enfermería (ICE)¹⁴. El anexo IX del Real Decreto 572/2023, incluye el conjunto mínimo de datos (obligatorios) del ICE, además de una serie de campos recomendados (pero no obligatorios)¹⁵. Los informes actuales de cuidados de enfermería a menudo carecen de campos específicos necesarios para documentar de manera integral las necesidades únicas de los pacientes en hemodiálisis, lo que puede comprometer la calidad y la seguridad de los cuidados durante las transiciones entre centros asistenciales¹⁶.

Para abordar esta brecha, este estudio tiene como objetivo alcanzar un consenso nacional sobre los elementos adicionales que deberían incluirse en el informe de cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas representan una condición determinante en la utilización de los servicios sanitarios y constituyen un desafío significativo para los sistemas de salud a nivel global¹⁻³. La enfermedad renal crónica representa un importante desafío de salud pública, con pacientes en etapa terminal que requieren tratamiento de hemodiálisis para mantener la vida⁴. Este tratamiento renal sustitutivo tiene un profundo impacto en la calidad de vida de los pacientes, lo que exige una gestión de enfermería cuidadosa para garantizar los mejores resultados posibles. La transición entre instalaciones sanitarias, como durante viajes o reubicaciones, plantea un desafío crítico para mantener una continuidad de cuidados sin interrupciones en esta población vulnerable⁴.

La continuidad de cuidados en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis constituye un componente esencial para garantizar su seguridad, preservar su calidad de vida, reducir los riesgos asociados y optimizar los resultados clínicos⁵⁻⁷. La atención transicional se define como "un conjunto de acciones diseñadas para garantizar la coordinación y continuidad de la atención médica a medida que los pacientes se transfieren entre diferentes ubicaciones o diferentes niveles de atención dentro de la misma ubicación"⁸. La definición de continuidad de la atención propuesta por Haggerty et al.⁹ se centra en el cuidado de un paciente individual a lo largo del tiempo e incluye tres componentes fundamentales:

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se llevó a cabo un estudio exploratorio dividido en dos fases: la primera consistió en la concreción de un cuestionario que incluía una propuesta inicial de campos a consensuar, mientras que la segunda se centró en alcanzar un consenso sobre el ICE estandarizado para el paciente en hemodiálisis en transición¹⁷. Ambas fases se desarrollaron entre los meses de marzo y diciembre de 2024.

Selección de expertos

La fase de concreción se llevó a cabo con la participación de un comité de expertos integrado por los 11 miembros de la junta directiva de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN) y supervisores de enfermería de 25 unidades de hemodiálisis con experiencia en la atención a pacientes en tránsito entre centros representativos de la geografía nacional. Se seleccionaron supervisoras con estas características debido a que, como responsables de la asignación de plazas en el centro receptor de estos pacientes, poseen un conocimiento de primera mano de las necesidades de información clínico-asistencial que debe incluir el ICE. De estos 36 expertos invitados a participar en esta fase, 16 aceptaron participar: 3 miembros de la junta SEDEN y 13 supervisoras.

Desarrollo de ítems

Basándose en una revisión bibliográfica previa¹⁸⁻²⁰; además de su experiencia clínica y de gestión, el comité de expertos identificó los aspectos clave a incluir, siguiendo para la valoración el sistema de patrones funcionales de Marjory Gordon²¹, lo que permitió desarrollar las preguntas específicas y diseñar el cuestionario final.

Recogida de datos: técnica Delphi

En la fase de consenso se empleó una técnica Delphi modificada tipo ranking online. La selección del grupo de expertos se realizó mediante un muestreo por conveniencia. Las coordinadoras del proyecto contactaron directamente con los participantes a través de correo electrónico para solicitar su colaboración. Los criterios de inclusión fueron: contar con más de 5 años de experiencia en enfermería nefrológica, desempeñar su actividad profesional en una unidad de hemodiálisis y estar ejerciendo en la práctica clínica durante el periodo del estudio. Como criterio de exclusión se estableció no otorgar el consentimiento informado. Se garantizó que todos los criterios estuvieran representados en el grupo. Además, se preservó el anonimato de los expertos participantes para evitar posibles influencias entre ellos.

Se realizaron 2 rondas para consensuar los campos por técnica Delphi:

- Una ronda inicial en papel durante el Congreso Nacional SEDEN en noviembre de 2024.
- Una segunda ronda en diciembre de 2024 a través de un cuestionario online creado con Google Forms y distribuido a través de correo electrónico.

La estructura del cuestionario se componía de tres partes principales. En la primera parte del cuestionario, se explicaban los objetivos del estudio y se solicitaba el consentimiento informado de los participantes. Además, se recopilaban cuatro datos específicos: el correo electrónico, la edad, si los años de experiencia en enfermería eran superiores o inferiores a cinco años, y si el tiempo de incorporación al área de hemodiálisis era superior o inferior a doce meses.

La segunda parte del formulario abordaba la importancia de incluir los datos demográficos del paciente, así como la información relevante sobre el acceso vascular y cada uno de los patrones funcionales de salud establecidos por Marjory Gordon²¹.

Finalmente, la tercera y última parte del cuestionario se centraba en la valoración de los apartados esenciales incluidos en la segunda parte, evaluando su relevancia y amplitud.

Las preguntas eran dicotómicas (tipo sí o no). Al final de cada parte existía un campo abierto para aportar información adicional o campos no contemplados en el cuestionario inicial. Estos campos, si se consideraban relevantes por las coordinadoras, fueron incluidos en la segunda ronda, junto con los campos de la primera ronda.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas para cada uno de los campos. Se consideró que se alcanzó un consenso cuando el 80% de los participantes indicaban que era un campo relevante a incluir en el ICE para el paciente nómada, en la segunda ronda.

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con los estándares éticos internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki. La invitación para participar en el panel de expertos se acompañó de una hoja de información para los participantes, que incluía detalles sobre el desarrollo del estudio mediante la metodología Delphi, los beneficios de participar en el estudio, la confidencialidad de los datos y la naturaleza voluntaria de la participación. Los participantes no visualizaban los ítems del cuestionario en línea hasta que aceptaban participar, tras leer la hoja de información al participante, otorgando su consentimiento al clicar sobre una pregunta a tal efecto.

El tratamiento, comunicación y transferencia de los datos personales de todos los participantes cumplieron con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales²².

RESULTADOS

En la primera ronda participaron 56 expertos, mientras que en la segunda ronda participaron 14 expertos. El panel de expertos se caracterizó por una mayoría de mujeres, provenientes de centros de titularidad pública, con edades superiores a 46 años, amplia experiencia clínica como enfermeras nefrológicas y más de 2 años de experiencia en una unidad de hemodiálisis (ver **tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas y profesionales del panel de expertos en cada ronda.

Característica	Ronda 1 (n=56)	Ronda 2 (n=14)
Mujer	87,50%	92,80%
Trabajadora en un centro de titularidad pública	54%	71%
Mayor de 46 años	58,90%	78,60%
Experiencia como enfermera nefrológica >6 años	96,40%	100%
Experiencia en hemodiálisis >2 años	96,40%	92,90%

Se consensuaron 54 de los 57 campos adicionales presentados en la primera ronda para incluir en el informe. Durante la primera ronda se sugirieron 9 campos adicionales: 2 en los datos demográficos y clínicos, 2 con respecto al acceso vascular y 7 en los patrones funcionales de Gordon (ver **tablas 2, 3 y 4**). El panel de expertos alcanzó un alto grado de consenso en ambas rondas, en cuanto a la inclusión de los siguientes campos relacionados con datos demográficos y clínicos (**tabla 2**):

- Centro de origen.
- Alojamiento en destino.
- Necesidad de transporte sanitario.
- Número de días de estancia.
- Contacto de emergencia.
- Tratamiento en hemodiálisis: Hospitalaria o domiciliaria.
- Alergias.
- Precisa monitor propio.

Tabla 2. Porcentaje de aceptación para la inclusión de datos demográficos y clínicos adicionales en el Informe de Cuidados de Enfermería para pacientes en transición de hemodiálisis, en cada ronda.

Campos	Ronda 1 (n=56)	Ronda 2 (n=14)
Centro de origen	98,20%	100%
Alojamiento en destino	91,10%	100%
Necesidad de transporte sanitario	100%	
Número de días de estancia	98,20%	100%
Contacto de emergencia	98,20%	100%
Tratamiento en hemodiálisis: Hospitalaria o domiciliaria	92,90%	92,90%
Alergias	100%	100%
Precisa monitor propio	85,70%	85,70%
Número de sesiones de tratamiento dialítico a la semana*		100%
Duración de cada sesión de hemodiálisis*		100%

* Ítems sugeridos en la primera ronda, incorporados en la segunda ronda.

En la primera ronda se sugirieron los ítems “Número de sesiones de tratamiento dialítico a la semana” y “Duración de cada sesión de hemodiálisis”, que alcanzaron un consenso del 100% en la segunda ronda (tabla 2).

En la tabla 3 se presentan los porcentajes de aceptación para la inclusión de datos sobre el acceso vascular en el ICE, desglosados por cada ronda de evaluación.

Para la fístula arteriovenosa, los campos con mayor consenso en ambas rondas fueron el tipo de fístula (nativa o protésica) y la localización anatómica, ambos con un 100% de aceptación en las dos rondas. Otros campos con alta aceptación incluyeron el calibre de la aguja para punción (92,90% en ambas rondas) y el flujo de la bomba de sangre habitual (96,40% en la primera ronda y 100% en la segunda). Sin embargo, la aceptación para la inclusión de datos sobre edema de la fístula no alcanzó el grado de consenso establecido en el 80% (78,60%). En cuanto al catéter venoso central, los campos con mayor consenso fueron la localización y el estado de funcionamiento (normofuncionante o disfuncionante), ambos con un 100% de aceptación en ambas rondas. El consenso para la inclusión de

Tabla 3. Porcentaje de aceptación para la inclusión de datos sobre el acceso vascular (fístula arteriovenosa y catéter venoso central), en el Informe de Cuidados de Enfermería para pacientes en transición de hemodiálisis, en cada ronda.

Fistula arteriovenosa Campos	Ronda 1 (n=56)	Ronda 2 (n=14)
Tipo (nativa o protésica)	100%	100%
Localización anatómica	100%	100%
Fecha de realización	89,30%	85,70%
Calibre de aguja para punción	92,90%	92,90%
Tiempo de hemostasia	96,40%	100%
Edema	80,40%	78,60%
Signos de isquemia en zonas distales: Frialdad, palidez, etc.	87,50%	85,70%
Signos de hipertensión venosa: Hiperpigmentación, úlceras digitales, etc.	83,90%	85,70%
Valoración de estenosis proximales: Presencia de hematomas, etc.	83,90%	85,70%
Flujo de la bomba de sangre habitual	96,40%	100%
Presión arterial habitual	85,70%	92,90%
Presión venosa habitual	89,30%	92,90%
Fecha de primer uso	75%	71,40%
Última exploración de enfermería (presencia de thrill, soplo y pulso)	78,60%	78,60%
¿Ha precisado la realización de fistulografía en los últimos seis meses? *		50%

Catéter venoso central Campos	Ronda 1 (n=56)	Ronda 2 (n=14)
Localización	98%	100%
Fecha de colocación	88%	86%
Normofuncionante	100%	100%
Disfuncionante	100%	100%
Causas de disfunción	95%	100%
Flujo de la bomba de sangre	95%	95%
Presión arterial	82,15%	93%
Presión venosa	88%	93%
Tratamiento anticoagulante para el sellado del catéter	96%	100%
Fecha de última cura*		78,6%

* Ítems sugeridos en la primera ronda, incorporados en la segunda ronda.

datos sobre la fecha de colocación y la presión arterial mostró una ligera variación entre rondas, con un 88% y 82,15% en la primera ronda, y un 86% y 93% en la segunda ronda, respectivamente.

En la tabla 4 se recogen los porcentajes de aprobación para la inclusión de datos según los patrones funcionales de Gordon, desglosados por cada ronda de evaluación.

Tabla 4. Porcentaje de aceptación para la inclusión de datos sobre información referente a la situación de salud según patrones funcionales de Marjory Gordon, en el Informe de Cuidados de Enfermería para pacientes en transición de hemodiálisis, en cada ronda.

PATRON	INFORMACIÓN	Ronda 1 (n=56)	Ronda 2 (n=14)
Percepción- manejo de la salud	Estado General durante la sesión: presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura	92,90%	92,90%
	Inmunizado para el virus Hepatitis B	96,40%	85,70%
	Adherencia al tratamiento	87,50%	85,70%
	Uso de instrumentos de apoyo: bastón, muleta, andador o silla de ruedas	94,60%	85,70%
	Percepción del individuo sobre su estado de salud*		58,90%
	Manejo de los riesgos y las conductas generales de cuidado*		64,30%
	Grado de movilidad mediante valoración de la escala Barthel*		78,60%
	Determinación de INR*		35,70%
Nutricional - metabólico	Alimentación durante o al final de la sesión de tratamiento	97,80%	85,70%
	Precisa control de glucemia y tratamiento con insulina	92,90%	92,90%
	Tipo de alimentos consumidos durante la sesión	78,30%	57,10%
	Datos de la última bioimpedancia si la tuviera*		64,30%
Eliminación	¿Mantiene diuresis residual?	94,60%	92,90%
	¿Es portador de urostomía?	83,90%	100%
	¿Es portador de colostomía?	87,50%	100%
	Volumen diuresis residual	78,60%	64,30%
	Patrón de eliminación fecal (diario, cada 48 horas, cada 72 horas o más)	53,60%	64,30%
Patrón Sueño- Descanso	Descripción del paciente de la calidad del sueño	77,80%	50%
Actividad-ejercicio	¿Tiene algún déficit neuromuscular que limite su autonomía física diaria?	84,30%	83,30%
	¿Presenta calambres musculares habitualmente durante la técnica dialítica?	96,10%	100%
	Utiliza ayudas para su descanso nocturno durante el tratamiento de hemodiálisis	94,40%	100%
Cognitivo-perceptual	Nivel de conciencia	96,20%	85,70%
	Presencia de dolor	94,30%	92,90%
	Presencia de dificultad para la comunicación, tanto en el lenguaje, como en el idioma	100%	100%
	Si presencia de dolor, escala VAS y localización del dolor	84,90%	78,60%
Rol y relaciones	Vive sola/o	90%	91,70%
	¿Dispone de una persona cuidadora en su domicilio fuera del ámbito familiar?	88%	91,70%
	¿Vive en un centro residencial?	94%	91,70%
	¿Convive en una unidad familiar junto con su esposo/a y/o hijos?	72%	100%
Adaptación-tolerancia al estrés	¿Tiene un buen patrón de adaptación y afrontamiento cuando se le sugieren cambios durante la sesión de tratamiento?	100%	84,60%
	¿Consume algún tipo de sustancia que pueda afectar a su tolerancia durante la sesión?	92,30%	92,30%

* Ítems sugeridos en la primera ronda, incorporados en la segunda ronda.

Patrones de salud general y percepción/manejo de la salud
Dentro de este patrón, el estado hemodinámico (presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura) obtuvo un alto grado de aceptación en ambas rondas (92,9 %). Del mismo modo, la inmunización frente a la Hepatitis B contó con un amplio acuerdo (96,4 % en ronda 1 y 85,7 % en ronda 2). La adherencia terapéutica y la utilización de dispositivos de apoyo también registraron un respaldo mayoritario, aunque mostraron una leve disminución en la segunda ronda.

Patrón nutricional metabólico

La inclusión de información sobre alimentación durante o al

término de la sesión dialítica alcanzó un 97,8 % de aprobación inicial y un 85,7 % en la ronda final. El control de glucemia y el tratamiento con insulina mantuvieron un acuerdo constante del 92,9 % en ambas rondas.

Patrón de eliminación

La medición de la diuresis residual obtuvo un 94,6 % de aprobación en la primera ronda y un 92,9 % en la segunda. Por su parte, el estatus de portador de urostomía o colostomía experimentó una aceptación creciente, alcanzando el 100 % al concluir las rondas.

Patrón de actividad y ejercicio

Los datos acerca de déficits neuromusculares y calambres musculares durante la técnica dialítica contaron con un robusto respaldo (96,1 % en ronda 1), llegando al pleno acuerdo (100 %) para los calambres en la segunda ronda. Asimismo, la necesidad de ayudas para el descanso nocturno fue respaldada unánimemente al final del proceso.

Patrón cognitivo perceptual

El nivel de conciencia y la valoración del dolor conservaron una alta aceptación, aunque con una ligera caída en la segunda ronda. La detección de dificultades en la comunicación, por su parte, se mantuvo invariable en un acuerdo total (100 %).

Patrón de rol y relaciones

Vivir en solitario, contar con una persona cuidadora y residir en un centro asistencial lograron un respaldo mayoritario en ambas rondas, presentando variaciones mínimas entre una y otra.

Patrón de adaptación y tolerancia al estrés

El ítem relativo a estrategias de afrontamiento mostró una reducción en su nivel de acuerdo en la segunda ronda, mientras que la información sobre consumo de sustancias conservó la misma aprobación elevada en ambas ocasiones.

DISCUSIÓN

El presente estudio logró alcanzar un consenso en la inclusión de varios campos clave dentro del ICE para pacientes en hemodiálisis en transición. Se logró un acuerdo unánime en la incorporación de información demográfica y clínica, tales como el centro de origen, alojamiento en destino, necesidad de transporte sanitario, número de sesiones semanales y duración de cada sesión dialítica. Asimismo, se alcanzó consenso en la inclusión de aspectos relacionados con el acceso vascular y la situación de salud según los patrones funcionales de Marjory Gordon. Sin embargo, algunos campos, como la valoración de edema en la fístula arteriovenosa y la percepción del estado de salud por parte del paciente, no alcanzaron el umbral de acuerdo del 80% establecido.

La valoración de enfermería según los Patrones de Gordon también mostró un alto grado de acuerdo en varios aspectos fundamentales.

En el patrón de percepción y manejo de la salud, la evaluación del estado general durante la sesión (92,9%), la adherencia al tratamiento (87,5%) y la inmunización contra la hepatitis B (96,4%) fueron ítems altamente respaldados. Sin embargo, hubo ítems sugeridos en la primera ronda e incorporados en la segunda que generaron debate debido a la variabilidad en el consenso alcanzado. Estos ítems fueron la percepción del paciente sobre su salud (58,9%), el manejo de los riesgos y las conductas generales de cuidado (64,30%), el grado de movilidad mediante valoración de la escala Barthel (78,60%) y la determinación de INR (35,70%).

La percepción del paciente sobre su salud es un indicador subjetivo que puede variar según el estado emocional y cognitivo del paciente en el momento de la evaluación. Aunque se reconoce que la autopercepción de la salud está asociada con la evolución de la enfermedad y la calidad de vida²³, su valor en un ICE puede ser limitado si no se complementa con otros indicadores clínicos objetivos.

El manejo de los riesgos y las conductas generales de cuidado es un aspecto relevante en la continuidad del cuidado, ya que influye en la prevención de complicaciones y en la adherencia terapéutica. Sin embargo, su evaluación detallada puede requerir métodos más extensos que no sean factibles en un ICE. Según la Organización Mundial de la Salud²⁴, la comunicación efectiva de riesgos es fundamental en la atención sanitaria, pero debe priorizarse la información crítica en situaciones de traslado.

El grado de movilidad mediante la valoración de la escala Barthel ha mostrado una aceptación mayor, posiblemente debido a su utilidad para determinar el nivel de dependencia funcional del paciente y su impacto directo en la planificación del cuidado²⁵. Podría ser importante para la planificación de cuidados en el nuevo centro, por lo que su inclusión en el ICE podría justificarse. Aunque su justificación es adecuada no se alcanzó aprobación.

Finalmente, la determinación de INR obtuvo un apoyo minoritario de los expertos, lo que podría explicarse por su relevancia solo en pacientes con terapia anticoagulante. Aunque el INR es crucial en el manejo de pacientes con riesgo trombotico o hemorrágico²⁶, su inclusión podría no ser prioritaria en todos los casos y debería considerarse según el contexto clínico individual.

En el patrón nutricional-metabólico, la alimentación durante la diálisis (97,8%) y el control de glucemia en pacientes insulino dependientes (92,9%) fueron ampliamente respaldados, debido a su impacto positivo en la recuperación, prevención de la desnutrición y estabilización clínica del paciente durante el tratamiento^{27,28}.

En el patrón de eliminación, la evaluación de la diuresis residual (94,6%) y la identificación de colostomías (87,5%) obtuvieron un alto nivel de acuerdo. La monitorización de la diuresis residual es clave, ya que preservar la función renal parcial mejora la adaptación al tratamiento y la supervivencia²⁹. Sin embargo, el menor respaldo observado en relación con el patrón de eliminación fecal (53,6%) puede explicarse por la menor relevancia que este aspecto tiene durante la planificación del tratamiento en los traslados de centro. La eliminación fecal en estos pacientes no tiene un impacto inmediato y directo en el proceso de diálisis, ya que no se asocia a alteraciones críticas en el equilibrio de líquidos o en la función renal. La gestión de la evacuación fecal en hemodiálisis tiende a considerarse menos prioritaria en comparación con otras intervenciones que abordan la sobrecarga de líquidos o el control de la presión arterial³⁰.

En el patrón de actividad y ejercicio, se destacó la importancia de detectar calambres musculares durante la hemodiálisis (96,1%) y el uso de instrumentos de apoyo para la movilidad (94,6%). Estos aspectos lograron un apoyo mayoritario de los expertos, ya que los calambres musculares están asociados a la hipovolemia y alteraciones en los niveles de sodio³¹, siendo relevantes durante el traslado del paciente. Además, el uso de ayudas para la movilidad favorece la funcionalidad, previene complicaciones y promueve la independencia del paciente, aspectos clave en el ICE.

En el patrón de sueño y descanso, la calidad del sueño fue evaluada con menor acuerdo (50%), aunque el uso de ayudas para el descanso durante el tratamiento recibió un alto nivel de respaldo (94,4%) crucial para la recuperación y bienestar del paciente durante la sesión.

La evaluación del nivel de conciencia (96,2%) y la presencia de dolor (94,3%) fueron ampliamente aceptadas dentro del patrón cognitivo-perceptual. Estos dos ítems pueden afectar negativamente la experiencia del paciente³². El grado de consenso obtenido en estos dos ítems resulta coherente, ya que subraya la importancia de monitorizar estos aspectos para mejorar el confort del paciente.

En el patrón de rol y relaciones, factores como vivir solo (90%), contar con un cuidador fuera del ámbito familiar (88%) o si convive en una unidad familiar junto con su esposo/a y/o hijos (100%) fueron ítems con apoyo mayoritario de los expertos. Estos resultados favorables en los dos primeros ítems son coherentes, dado que la calidad del soporte social es un factor determinante en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Aquellos que viven solos o carecen del apoyo adecuado pueden enfrentar mayores dificultades emocionales y físicas³³.

Finalmente, en el patrón de adaptación y tolerancia al estrés, la capacidad de adaptación del paciente a cambios durante la sesión (100%) y la evaluación del consumo de sustancias que puedan afectar su tolerancia (92,3%) fueron aspectos de gran acuerdo. La aceptación en la inclusión de estos ítems por parte de los profesionales refleja gran importancia. Según Pereira et al. la adaptación psicológica de los pacientes a los cambios físicos y emocionales durante la hemodiálisis es crucial para mantener un equilibrio emocional y tolerancia al estrés, lo cual mejora la adherencia al tratamiento³³.

Gordon subraya que un enfoque estructurado y estandarizado en la documentación de cuidados es esencial para garantizar la continuidad asistencial, especialmente en pacientes con necesidades complejas como aquellos en tratamiento de hemodiálisis. La estandarización del informe contribuye a un abordaje integral de las necesidades del paciente y facilita la transición entre diferentes profesionales²¹.

La inclusión de campos consensuados en el ICE es fundamental para la continuidad de cuidados y la seguridad del paciente. La información estandarizada y estructurada en el ICE permite a los profesionales de enfermería asegurar una transición sin interrupciones, facilitando la coordinación entre centros

y reduciendo los riesgos asociados a la transferencia de pacientes en hemodiálisis. Estudios previos han demostrado que una adecuada continuidad asistencial reduce las tasas de hospitalización y mejora la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento^{5,7}. Además, el adecuado registro de la información sobre accesos vasculares y datos clínicos críticos contribuye a la prevención de complicaciones y optimización del manejo terapéutico de estos pacientes^{4,19}.

Si bien la propuesta del ICE unificado representa un avance significativo en la atención de pacientes en hemodiálisis, su implementación conlleva varios desafíos. Entre ellos destacan la homogeneización de criterios entre centros³⁴, la capacitación del personal en su uso, la integración con los sistemas de salud digitales³⁵ y el cumplimiento de normativas de privacidad³⁵.

El uso de este ICE no solo beneficia a los pacientes, sino también a los profesionales de salud y al sistema sanitario. La mejora en la comunicación entre los centros optimiza la asignación de recursos y permite un seguimiento más eficiente del estado del paciente. Además, se contribuye a la satisfacción del paciente y su familia al brindar una transición más segura y coordinada. Su aplicación también podría servir como base para futuras investigaciones sobre su impacto en la calidad asistencial y en la reducción de eventos adversos.

No obstante, el estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la drástica disminución del número de participantes entre la primera y la segunda ronda (de 56 a 14 expertos, aproximadamente un 25 % de tasa de respuesta) podría haber comprometido la representatividad y la robustez del consenso final, introduciendo un posible sesgo de selección hacia aquellos profesionales con mayor disponibilidad o motivación, y limitando así tanto la interpretación como la generalización de los resultados. Además, el método Delphi, si bien es una técnica ampliamente utilizada en la obtención de consensos en el ámbito sanitario, está sujeto a sesgos derivados de la selección de expertos y la interpretación subjetiva de las respuestas¹⁷. Finalmente, la falta de consenso en algunos campos sugiere la necesidad de estudios adicionales para explorar su importancia en la práctica clínica.

En conclusión, este estudio alcanzó un consenso en la identificación de campos esenciales a incluir en el ICE para pacientes en hemodiálisis en transición. La incorporación de estos elementos podría mejorar la continuidad y calidad de la atención, garantizando una transición segura entre centros y optimizando los resultados clínicos. No obstante, es necesario seguir investigando en torno a los campos que no lograron consenso, así como evaluar la implementación y efectividad del ICE en la práctica asistencial.

Agradecimientos

Agradecemos sinceramente al panel de expertos, miembros de SEDEN y profesionales involucrados por su valiosa colaboración en el desarrollo del ICE para pacientes en hemodiálisis en transición.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Financiación

El presente estudio no cuenta con financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cronin J, Murphy A, Savage E. Can chronic disease be managed through integrated care cost-effectively? Evidence from a systematic review. *Ir J Med Sci*. 2017;186(4):827-34.
2. Teper MH, Vedel I, Yang XQ, Margo-Dermer E, Hudon C. Understanding barriers to and facilitators of case management in primary care: A systematic review and thematic synthesis. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):355-63.
3. Davis KM, Eckert MC, Hutchinson A, Harmon J, Sharplin G, Shakib S, et al. Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021;121:103986.
4. McClellan W. Processes of care and reduced mortality among hemodialysis patients in the United States. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(11):1905-7.
5. Tizón Bouza E, Camiña Martínez MD, López Rodríguez MJ, González Veiga A, Tenreiro Prego I. Coordinación interniveles, importancia del informe de continuidad de cuidados de enfermería y satisfacción de los pacientes y familiares tras la hospitalización. *ENE Rev Enfermería*. 2021;15(2):1-14.
6. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. *Nuberos científica*. 2012;2(8):52-60.
7. Luna-Aleixos D, Francisco-Montesó L, López-Negre M, Blasco-Peris D, Llagostera-Reverter I, Valero-Chillerón MJ, et al. Optimized Continuity of Care Report on Nursing Compliance and Review: A Retrospective Study. *Nurs reports (Pavia, Italy)*. 2024;14(3):2095-106.
8. Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-7.
9. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21.
10. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjøs BO, Hellesø R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradigms. *J Nurs Manag*. 2013;21(1):182-90.
11. Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(5):947-56.
12. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):445-51.
13. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3(2):159-66.
14. Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid; 2002. p. 1-14.
15. Gobierno de España. Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2023. p. 93313-78.
16. Schell JO, Germain MJ, Finkelstein FO, Tulskey JA, Cohen LM. An integrative approach to advanced kidney disease in the elderly. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2010;17(4):368-77.
17. de Villiers MR, de Villiers PJT, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach*. 2005;27(7):639-43.
18. Crespo Montero R, Casas-Cuesta R, Ochando García A. Procedimientos y Protocolos con competencias específicas para Enfermería Nefrológica. 2ª Edición. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN); 2024.
19. Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis*. 2020;75(4):S1-164.
20. García Palacios R. Práctica Enfermera a pacientes con ERC. Documento de Consenso. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España, editor. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN); 2015.
21. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Madrid: Elsevier España, S.L.U.; 2003.
22. Gobierno de España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Madrid; dic 6, 2018. p. 119788.
23. Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, Anderson N, Calvert M, Cockwell P, et al. Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2022;19(4):e1003954.

24. Organización Mundial de la Salud. Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias (CRE). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. 1-79 p.
25. Bansal L, Goel A, Agarwal A, Sharma R, Kar R, Raizada A, et al. Frailty and chronic kidney disease: associations and implications. *J Bras Nefrol.* 2023;45(4):401-9.
26. Rajkumar T, Wong J, Harvey M, Weidersehn L, Surmon L, Makris A. Comparison of Sampling Methods for International Normalized Ratio Monitoring in Haemodialysis Patients (INRHaemo Study). *Am J Nephrol.* 2021;52(1):17-25.
27. Ma X, Tang C, Tan H, Lei J, Li L. Comparative effectiveness of nonpharmacological interventions for the nutritional status of maintenance hemodialysis patients: a systematic review and network meta-analysis. *PeerJ.* 2025;13(2):e19053.
28. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(3 Suppl 1):S1-107.
29. Daugirdas JT. Residual Kidney Function and Cause-Specific Mortality. *Kidney Int reports.* 2023;8(10):1914-6.
30. Pardo-Vicastillo V, Marks-álvarez M, de Castro-De la Cruz T, Sanz-De la Torre L, Andrino-Llorente MT, Trocolí-González F. Impacto del estreñimiento en la calidad de vida de las personas en hemodiálisis. Estudio multicéntrico. *Enferm Nefrol.* 2024;27(4):340-8.
31. Kot G, Wróbel A, Kuna K, Makówka A, Nowicki M. The Effect of Muscle Cramps During Hemodialysis on Quality of Life and Habitual Physical Activity. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(12):2075.
32. Zhang K, Hannan E, Scholes-Robertson N, Baumgart A, Guha C, Kerklaan J, et al. Patients' perspectives of pain in dialysis: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Pain.* 2020;161(9):1983-94.
33. Pereira B dos S, Fernandes N da S, de Melo NP, Abrita R, Grincenkov FR dos S, Fernandes NM da S. Beyond quality of life: A cross sectional study on the mental health of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and their caregivers. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):1-10.
34. Zhou Q, Yu T, Liu Y, Shi R, Tian S, Yang C, et al. The prevalence and specific characteristics of hospitalised pressure ulcer patients: A multicentre cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2018;27(3-4):694-704.
35. Hants L, Bail K, Paterson C. Clinical decision-making and the nursing process in digital health systems: An integrated systematic review. *J Clin Nurs.* 2023;32(19-20):7010-35.



Artículo en **Acceso Abierto**, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>