

PACIENTE NÓMADA

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL CONTENIDO
DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS EN TRANSICIÓN

PROYECTO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA (SEDEN)



www.seden.org

PROYECTO PACIENTE NÓMADA

Documento de consenso sobre el contenido del Informe de Cuidados de Enfermería del paciente en hemodiálisis en transición.

Coordinadoras:

Dña. Cristina Labiano Pérez-Seoane. Vocal de Hemodiálisis y Humanización SEDEN. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Dña. Irene Larrañeta Inda. Vicepresidenta SEDEN. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Editor:

D. José Luis Cobo Sánchez. Vocal de Investigación y Publicaciones SEDEN. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Cantabria.

Edita:



© Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN), 2024.

Calle de la Povedilla nº 13, bajo Izq. 28009 Madrid

Tel.: 914 093 737. www.seden.org

1ª Edición. Madrid, enero de 2025.

ISBN: 978-84-09-70071-4

DOI: 10.37551/9788409700714



Con la colaboración
de la Fundación Renal Española:



COLABORADORES EXPERTOS:

- Dña. Ana Isabel Aguilera Flórez.** Complejo Asistencial Universitario de León, León.
- Dña. M.ª Adela Amat Huerta.** Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.
- Dña. Sandra Báez Arroyo.** Centro de Diálisis Diaverum Málaga, Málaga.
- Dña. Noelia Bernabéu Gras.** Hospital General Universitario de Elda-Virgen de la Salud, Elda, Alicante.
- Dña. Isabel Bueno López.** Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona.
- Dña. Marina Burgos Villullas.** Fundación Renal Española Centro Llanos III, Alcorcón, Madrid.
- D. Damián Carneiro Teijeiro.** Fundación Renal Española Centro Os Carballos, Vigo, Pontevedra.
- Dña. Nuria Clemente Juan.** Hospital Clínic, Barcelona.
- Dña. Marta Colomer Codinachs.** Consorcio Hospitalario de Vic, Vic, Barcelona.
- Dña. M.ª Carmen Criado Mainar.** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
- Dña. M.ª Virginia de la Cruz Díaz.** Hospital Río Carrión-Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA), Palencia.
- Dña. Cristina Domenech Valero.** Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.
- Dña. Ana María Domínguez Cerdán.** Centro de Diálisis Diaverum Requena, Requena, Valencia.
- Dña. Ana Dorado García.** Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Dña. Miren Iosune Echeverría Eiolaza.** Hospital Can Misses, Ibiza, Baleares.
- Dña. Teresa Eisarch Lanaspa.** Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.
- Dña. M.ª Asunción Espinosa Espina.** Centro de Diálisis Diaverum Isla de la Cartuja, Sevilla.
- Dña. Miriam Esquinas Marta.** Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
- D. Juan Luis Fernández Benítez.** Hospital General Virgen de la Peña, Fuerteventura.
- D. Manuel Fernández Núñez.** Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
- Dña. Jessica Ferre Vargas.** Centro de Diálisis Diaverum Motril, Granada.
- Dña. Cristina García Maneu.** Centro de Diálisis Diaverum Gamapal, Valencia.
- Dña. María del Valle Garrido López.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.
- Dña. Isabel González Sánchez.** Fundación Renal Española Centro Los Lauros, Majadahonda, Madrid.
- Dña. M.ª Isabel Grau del Valle.** Centro de Diálisis Diaverum Nefro Club, Valencia.
- D. David Hernán Gascueña.** Fundación Renal Española Sede Central, Madrid.
- Dña. Elena Herrera Martín.** Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.
- Dña. Cristina Ledesma Torre.** Fundación Renal Española Hospital Universitario General de Villalba, Collado Villalba, Madrid.
- Dña. Ana María López Gonzalo.** Braun Avitum Valnefrón, Valencia.
- Dña. Isabel López Moreno.** Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona.
- Dña. Noelia López Vicente.** Centro de Diálisis Diaverum Elche, Elche, Alicante.
- Dña. Mónica Lorenzo Méndez.** Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.

- Dña. Rocío Lucas García.** Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.
- Dña. Paula Manso del Real.** Fundación Renal Española Sede Central, Madrid.
- Dña. Julia Martínez Soriano.** RTS Servicios de Diálisis SLU, Murcia.
- Dña. Noelia Meléndez Lahoz.** Centro de Diálisis Diaverum Valencia, Valencia.
- Dña. Esperanza Melero Rubio.** Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia.
- Dña. Cristela Moncho Ferrá.** Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.
- Dña. Inma Morales Navarro.** Centro de Diálisis Diaverum de La Axarquía, Málaga.
- Dña. Inmaculada Moreno González.** Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.
- Dña. María Oñate Vizcaino.** Centro de Diálisis Diaverum Paterna, Valencia.
- D. Juan Orviz González.** Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.
- Dña. Cristina Otero Moral.** Fundación Renal Española Centro Teixedal Lalín, Pontevedra.
- Dña. Montserrat Pablos de Pablos.** Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.
- Dña. Raquel Pelayo Alonso.** Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.
- Dña. Cristina Penas García.** Hospital de Cruz Roja, Oviedo, Asturias.
- Dña. Cecilia Peña Rodríguez.** Fundación Renal Española Centro Os Carballos II Porriño, Pontevedra.
- Dña. M.ª Teresa Pérez López.** Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, A Coruña.
- Dña. Dolores Piña Simón.** Fundación Renal Española Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid.
- Dña. María Provencio Sarro.** Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla, Madrid.
- Dña. Susana Pulido Jiménez.** Centro de Diálisis Diaverum Jaén, Jaén.
- D. Juan Francisco Pulido Pulido.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
- Dña. M.ª Jesús Rollán de la Sota.** Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.
- D. Aníbal Rubio Sespa.** Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.
- Dña. Ana María Sacristán Román.** Fundación Renal Española Centro Los Pinos, Medina del Campo, Valladolid.
- Dña. Marta Isabel San Juan Miguelsanz.** Fundación Renal Española Centro Los Olmos, Segovia.
- Dña. Ana Isabel Sánchez.** Centro de Diálisis Diaverum Gandía, Valencia.
- Dña. M.ª Luz Sánchez Tocino.** Fundación Renal Española, Salamanca.
- Dña. Ana M.ª Sacristán Román.** Fundación Renal Española Centro Los Pinos, Medina del Campo, Valladolid.
- Dña. Irene Isabel Tavares Paiva da Silva Leite.** Hospiten Tamaragua, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife.
- Dña. Inmaculada Teruel Vivó.** Hospital Universitario y Politécnico La Fé, Valencia.
- Dña. Lara Tobía Pérez.** Hospital Universitario San Pedro, Logroño.
- Dña. Ana Ulzurrun García.** Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.
- Dña. Sonia Velasco Ballesteros.** Hospital General de Segovia, Segovia.
- Dña. Sandra Zarallo Reyes.** Centro de Diálisis Diaverum Costa de la Luz, Huelva.

Índice

Introducción	7
Justificación de la necesidad de un informe unificado para la continuidad de cuidados en el “paciente nómada”	7
Fundamentos legales del Informe de Cuidados de Enfermería	8
Objetivos del documento de consenso	9
Metodología	10
Diseño	10
Muestra	10
Recogida de datos	10
Análisis de datos	11
Resultados	11
Conclusiones	13
Bibliografía	15

Introducción

Justificación de la necesidad de un informe unificado para la continuidad de cuidados en el “paciente nómada”

La continuidad de cuidados en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis es un pilar fundamental para garantizar su seguridad, la calidad de vida, minimizar los riesgos asociados y optimizar los resultados clínicos. Este tratamiento crónico requiere un monitoreo constante y preciso, donde cualquier interrupción, desinformación o falta de coordinación puede comprometer la eficacia terapéutica y poner en riesgo la salud del paciente¹⁻³. La atención integral y personalizada de los pacientes en programas de hemodiálisis demanda una transferencia precisa, completa y oportuna de la información clínica, especialmente cuando estos cambian de centro de tratamiento por motivos como vacaciones, mudanzas temporales o situaciones de fuerza mayor. Estos cambios representan un desafío en la garantía de continuidad del cuidado integral, ya que la falta de un informe estandarizado puede generar al paciente¹⁻³:

- ▶ **Pérdida de información clave**, lo que dificulta el seguimiento adecuado del tratamiento.
- ▶ **Retrasos en la atención**, mientras el nuevo equipo recopila información adicional.
- ▶ **Incremento del riesgo de errores durante la planificación de cuidados de enfermería**, que podrían evitarse con datos completos y claros.

Un Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) unificado y estandarizado facilita el traspaso eficiente de información entre centros, promoviendo una transición segura y sin interrupciones en el tratamiento. Este documento no solo protege al paciente, sino que también mejora la coordinación entre profesionales de la salud, optimizando recursos y tiempo. Además, asegura la calidad de la atención al proporcionar a los profesionales de salud del centro receptor una visión clara, completa y actualizada del estado clínico, social y emocional del paciente. Además, fortalece la colaboración entre centros de diálisis y contribuye a la eficiencia del sistema sanitario, logrando para el paciente y el sistema sanitario¹⁻³:

- 1. Mejor comunicación entre los equipos de enfermería.**
- 2. Reducción de riesgos asociados a la transición del paciente.**
- 3. Optimización de recursos humanos y materiales.**
- 4. Mayor satisfacción del paciente y su familia.**

Fundamentos legales del Informe de Cuidados de Enfermería

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 que⁴:

- ▶ La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
- ▶ La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

Entre otros contenidos de la historia clínica del paciente, esta ley indica que contendrá la evolución y planificación de cuidados de enfermería, incluyendo un ICE⁴.

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, estableció los datos esenciales comunes que deben contener determinados documentos clínicos en todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud, cualquiera que sea el soporte en que los mismos se generen⁵. El Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093 2010, de 3 de septiembre justifica este cambio ante la necesidad de avanzar en la interoperabilidad de los datos clínicos mediante el enlace de las estructuras de información⁶. Esta combinación constituye un elemento clave para posibilitar la interoperabilidad de los informes clínicos entre los diferentes centros y dispositivos del Sistema Nacional de Salud, y facilitar así la cohesión y calidad de las actuaciones clínicas. Además, es necesario implementar en el Sistema Nacional de Salud los modelos de información clínica que permitan también la interoperabilidad entre los países de la Unión Europea, al objeto de cumplir con la normativa vigente⁶.

Los documentos clínicos que forman parte del conjunto mínimo de datos de los informes clínicos (CMDIC) en el Sistema Nacional de Salud son⁵:

1. Informe clínico de alta.
2. Informe clínico de consulta externa.
3. Informe clínico de urgencias.
4. Informe clínico de atención primaria.
5. Informe de laboratorio.
6. Informe de resultados de pruebas de imagen.
7. Informe de resultados de otras pruebas diagnósticas.
- 8. Informe de cuidados de enfermería.**
9. Historia clínica resumida.

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)⁶. Dentro de los “Datos del proceso asistencial”, se contemplan como campos recomendados, distintos campos relacionados con los antecedentes, tratamientos y el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico y planificación de cuidados)⁶. El artículo 3 de este Real Decreto, en su punto 3, indica que “Las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en adelante, INGESA), adoptarán necesariamente el conjunto mínimo de datos establecido en los anexos del presente real decreto para garantizar la interoperabilidad en el Sistema Nacional de Salud. Adicionalmente, en el ámbito de sus competencias, podrán añadir a los informes otras variables que consideren pertinentes”⁶.

Debido a la importancia del ICE en garantizar la continuidad asistencial y la seguridad clínica durante las transiciones de los pacientes, así como a la elevada prevalencia de personas en tratamiento renal sustitutivo mediante hemodiálisis que, por razones personales o clínicas, requieren desplazarse entre distintos centros para recibir su atención, resulta imprescindible establecer un consenso sobre los campos específicos adicionales que debe incluir dicho informe para esta población.

Objetivos del documento de consenso

El objetivo de este documento fue consensuar los campos específicos adicionales que debe incluir el ICE para los pacientes en tratamiento con hemodiálisis en transición entre centros asistenciales (paciente nómada).

El desarrollo de un ICE estandarizado tiene como objetivo principal garantizar la continuidad asistencial mediante el intercambio eficaz de información entre centros de diálisis. Los objetivos específicos incluyen:

- 1. Garantizar la continuidad asistencial:** Proveer una herramienta que permita transferir de manera completa y precisa la información de enfermería y datos clínicos de los pacientes en hemodiálisis al nuevo centro de tratamiento.
- 2. Reducir riesgos asociados a la transición:** Minimizar errores clínicos derivados de la falta de información o descoordinación entre centros.
- 3. Facilitar la coordinación entre centros de diálisis:** Establecer vías claras de comunicación y coordinación entre los equipos de enfermería y médicos.
- 4. Optimizar la experiencia del paciente:** Reducir el impacto emocional y físico asociado al cambio de entorno clínico, asegurando un proceso fluido y seguro.
- 5. Establecer un marco estandarizado de intercambio de información:** Crear un documento único que integre información clave, relevante y actualizada, incluyendo aspectos clínicos, psicológicos y sociales.

6. Cumplir con estándares legales y éticos: Garantizar que el intercambio de información cumpla con la normativa vigente de confidencialidad y derechos del paciente.

7. Facilitar la evaluación continua de necesidades: Proveer a los profesionales de salud herramientas para identificar y atender las necesidades cambiantes del paciente de forma eficiente y personalizada.

Metodología

Diseño

Se llevó a cabo un estudio exploratorio dividido en dos fases: la primera consistió en la cocreación de un cuestionario que incluía una propuesta inicial de campos a consensuar, mientras que la segunda se centró en alcanzar un consenso sobre el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) estandarizado para el paciente en transición⁷. Ambas fases se desarrollaron entre los meses de marzo y diciembre de 2024.

La fase de cocreación se llevó a cabo con la participación de un comité de expertos integrado por miembros de la junta directiva de 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 (n=16 aceptaron la invitación a participar). Basándose en una revisión bibliográfica previa⁸⁻¹⁰; además de su experiencia clínica y de gestión, el comité identificó los aspectos clave a incluir, siguiendo para la valoración el sistema de patrones funcionales de Marjory Gordon¹¹, lo que permitió desarrollar las preguntas específicas y diseñar el cuestionario final.

La fase de consenso se llevó a cabo utilizando el método Delphi, una técnica ampliamente reconocida por su validez y fiabilidad para recoger y sintetizar opiniones de expertos. Este enfoque, aceptado de manera generalizada en la comunidad científica, ofrece un proceso estructurado y eficiente para lograr acuerdos informados¹².

Muestra

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 selección incluyeron: 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. 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.

Recogida de datos

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 a través de 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 seis 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 Gordon.

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 si 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.

Resultados

La primera ronda contó con la participación de 56 expertos y en la segunda ronda 13 expertos.

En en estas dos rondas se han consensado los siguientes campos para un ICE estandarizado del paciente en hemodiálisis en transición (paciente nómada):

Datos demográficos

- ▀ 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.
- ▀ Número de sesiones de tratamiento dialítico a la semana.
- ▀ Duración de cada sesión de hemodiálisis.

Valoración de Enfermería según patrones de Gordon

PATRÓN

INFORMACIÓN

Percepción-manejo de la salud.

- Estado General.
- Durante la sesión:
 - ▶ Presión arterial.
 - ▶ Frecuencia cardíaca.
 - ▶ Temperatura.
- Inmunizado para el virus Hepatitis B.
- Adherencia al tratamiento.
- Uso de instrumentos de apoyo: bastón, muleta, andador o silla de ruedas.

Nutricional-metabólico.

- Alimentación durante o al final de la sesión de tratamiento.
- Precisa control de glucemia y tratamiento con insulina.

Eliminación.

- ¿Mantiene diuresis residual?
- ¿Es portador de urostomía?
- ¿Es portador de colostomía?

Actividad-ejercicio.

- ¿Tiene algún déficit neuromuscular que limite su autonomía física diaria?
- ¿Presenta de calambres musculares habitualmente durante la técnica dialítica?

Sueño y descanso.

- Utiliza ayudas para su descanso nocturno durante el tratamiento de hemodiálisis.

Cognitivo-perceptual.

- Nivel de conciencia.
- Presencia de dolor.
- Presencia de dificultad para la comunicación, tanto en el lenguaje, como en el idioma.

Rol y relaciones.

- Vive sola/o.
- ¿Convive en una unidad familiar junto con su esposo/a y/o hijos?
- ¿Dispone de una persona cuidadora en su domicilio fuera del ámbito familiar?
- ¿Vive en un centro residencial?

PATRÓN

Adaptación-tolerancia al estrés.

- ¿Tiene un buen patrón de adaptación y afrontamiento cuando se le sugieren cambios durante la sesión de tratamiento?
- ¿Consume algún tipo de sustancia que pueda afectar a su tolerancia durante la sesión?

Fístula arteriovenosa.

- Tipo (nativa o protésica).
- Localización.
- Fecha de realización.
- Calibre de aguja para punción.
- Tiempo de hemostasia.
- Signos de isquemia en zonas distales: frialdad, palidez...
- Signos de hipertensión venosa: hiperpigmentación o úlceras digitales...
- Valoración de estenosis proximales: presencia de hematomas...
- Flujo de la bomba de sangre habitual.
- Presión arterial habitual.
- Presión venosa habitual.

Catéter Tunelizado.

- Localización.
- Fecha de colocación.
- Normofuncionante.
- Disfuncionante.
- Causas de disfunción (rama arterial o venosa no refluye, líneas invertidas, presión arterial o venosa > de 250 mmHG).
- Flujo de la bomba de sangre.
- Presión arterial.
- Presión venosa.
- Tratamiento anticoagulante para el sellado del catéter.

Conclusiones

Relevancia del consenso en el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE): Este proyecto ha permitido identificar y consensuar los campos esenciales para un ICE estandarizado destinado a pacientes en tratamiento de hemodiálisis que transitan entre diferentes centros. La inclusión de datos relevantes asegura una mejor continuidad asistencial y fomenta la seguridad clínica en esta población.

Metodología estructurada y validada: La combinación de la cocreación del cuestionario con expertos en enfermería nefrológica y la aplicación del método Delphi ha demostrado ser un enfoque eficiente y riguroso para obtener un consenso informado, respetando estándares científicos y prácticos en la gestión del cuidado.

Consenso basado en evidencia y experiencia: Los campos consensuados, organizados según el sistema de patrones funcionales de Marjory Gordon, abarcan aspectos demográficos, clínicos y de valoración enfermera, asegurando un abordaje integral de las necesidades del paciente.

Representatividad y diversidad: La participación de expertos de unidades de hemodiálisis de distintas regiones y con experiencia clínica y de gestión garantiza la aplicabilidad del ICE en contextos diversos, reflejando las necesidades reales de los pacientes y profesionales.

Herramienta práctica y adaptable: El ICE propuesto ofrece un formato estandarizado pero adaptable, con campos específicos que permiten una comunicación clara entre centros, contribuyendo a la mejora de la calidad del cuidado y optimización de recursos en la atención de pacientes nómadas.

Impacto potencial en la práctica clínica: Este trabajo representa un avance significativo en la gestión de pacientes en hemodiálisis, facilitando la transferencia de información esencial entre centros y promoviendo una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente.

Futuras líneas de investigación: Este ICE estandarizado puede servir como base para evaluar su impacto en indicadores de calidad asistencial y seguridad del paciente, así como para realizar ajustes según las necesidades identificadas en su implementación práctica.

Bibliografía

1. Tizón-Bouza E, Camiña Martínez MD, López Rodríguez MJ, González-Veiga A, Tenreiro Prego I. Coordinación interniveles, importancia del informe de continuidad de cuidados enfermería y satisfacción de los pacientes y familiares tras la hospitalización. *Ene.* 2021;15(2):1171.
2. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. *Nuber Científ.* 2013;2(8):45-52.
3. Luna-Aleixos D, Francisco-Montesó L, López-Negre M, Blasco-Peris D, Llagostera-Reverter I, Valero-Chillerón MJ, Cervera-Pitarch AD, Gallego-Clemente A, Leal-Costa C, González-Chordá VM. Optimized Continuity of Care Report on Nursing Compliance and Review: A Retrospective Study. *Nurs Rep.* 2024 Aug 23;14(3):2095-106.
4. 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. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 274 (15/11/2002).
5. 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. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 225 (16/09/2010).
6. 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. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 159 (05/07/2023).
7. de Villiers MR, de Villiers PJ, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach.* 2005 Nov;27(7):639-43.
8. 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.
9. Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, Allon M, Asif A, Astor BC, Glickman MH, Graham J, Moist LM, Rajan DK, Roberts C, Vachharajani TJ, Valentini RP; National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis.* 2020 Apr;75(4 Suppl 2):S1-164.
10. García Palacios R. *Práctica Enfermera a pacientes con ERC*. Documento de Consenso Ministerio de Sanidad. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN); 2015.
11. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10.ª Edición. Madrid: Elsevier; 2003.
12. Falzarano M, Pinto Zipp G. Seeking consensus through the use of the Delphi technique in health sciences research. *J Allied Health.* 2013 Summer;42(2):99-105.



PACIENTE NÓMADA

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL CONTENIDO
DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS EN TRANSICIÓN

PROYECTO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA (SEDEN)

 **SEDEN**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA
www.seden.org