

Análisis de los autocuidados del acceso vascular y nivel de alfabetización en salud de las personas en hemodiálisis

Gustavo Manuel Contreras-Martos¹, María Trinidad Quesada-Armenteros¹, Domingo Martínez-Cazalla¹, Flor Becerra-Maldonado¹, Antonio Ochando-García^{2,3}

¹ Unidad Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. España

² Unidad Apoyo a la Investigación. Hospital Universitario de Jaén. España

³ Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. España

Como citar este artículo:

Contreras-Martos GM, Quesada-Armenteros MT, Martínez-Cazalla D, Becerra-Maldonado F, Ochando-García A. Análisis de los autocuidados del acceso vascular y nivel de alfabetización en salud de las personas en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2024;27(4):349-57

Correspondencia:

María Trinidad Quesada Armenteros
trinityqa@gmail.com

Recepción: 27-10-24

Aceptación: 08-11-24

Publicación: 30-12-24

RESUMEN

Objetivos: Analizar los autocuidados del acceso vascular que realizan las personas en hemodiálisis y su relación con el nivel de alfabetización en salud.

Metodología: Estudio observacional transversal, unicéntrico, realizado entre marzo-abril del 2024.

Variables: sociodemográficas, relativas al acceso vascular, autopercepción de conocimientos y demandas informativas. Se analizaron los autocuidados del acceso vascular y se recogió el nivel de alfabetización en salud mediante el cuestionario HLS-EU-Q16.

Resultados: 39 participantes, 64,1% hombres, edad media $60,76 \pm 18,33$ años, tiempo medio en hemodiálisis: $5,54 \pm 7,06$ años. Un 53,8% tenían fístula arteriovenosa, el 33,3% de los pacientes desconocía el tipo de acceso que portaban. Un 36,1% referían ser dependientes para el autocuidado del mismo.

El 18% manifestaron tener bajo/muy bajo nivel de conocimientos sobre autocuidados del acceso vascular, un 79,5% indicaron querer más información; identificando a la enfermera como la principal fuente de información.

El autocuidado menos seguido en los pacientes con fístula fue "Evitar utilizar las pinzas para comprimir al retirar las agujas", y en los portadores de catéter "Evitar manipular el apósito del catéter en casa".

El 59% presentaba un nivel de alfabetización insuficiente/problemático.

No se encontró relación entre los conocimientos sobre autocuidados del acceso vascular y el nivel de alfabetización en salud ($p=0,11$).

Conclusiones: Las personas en hemodiálisis demandan más información sobre los autocuidados del acceso vascular.

Existe un importante porcentaje de personas en hemodiálisis con un nivel de alfabetización en salud insuficiente/problemático.

No se ha encontrado relación entre el nivel de conocimientos para el autocuidado del acceso vascular y el nivel de alfabetización en salud.

Palabras clave: hemodiálisis; acceso vascular; autocuidado; alfabetización en salud.

ABSTRACT

Analysis of vascular access self-care and health literacy of people on haemodialysis

Objectives: To analyse the self-care of vascular access by people on haemodialysis and its relationship with the level of health literacy.

Methodology: Single-centre, cross-sectional, observational study conducted between March-April 2024. Variables: sociodemographic, vascular access-related, self-perceived knowledge and information demands. Vascular access self-care was analysed, and the level of health literacy was collected using the HLS-EU-Q16 questionnaire.

Results: A total of 39 participants were included, 64.1% men, mean age 60.76 ± 18.33 years, mean time on haemodialysis: 5.54 ± 7.06 years. 53.8% had arteriovenous fistula, and 33.3%

of patients did not know the type of access they were carrying. 53.8% had arteriovenous fistula, and 33.3% of the patients did not see the kind of access they were carrying. A total of 36.1% reported being dependent on self-care. 18% reported a low/very low level of knowledge about vascular access self-care, and 79.5% indicated wanting more information, identifying the nurse as the primary source of information. The least followed self-care in fistula patients was "Avoid using forceps to compress when removing needles", and in catheter wearers, "Avoid handling the catheter dressing at home". 59% had an insufficient/problematic level of literacy. There was no relationship between vascular access self-care knowledge and health literacy level ($p=0.11$).self-care was analysed, and the level of health literacy was collected using the HLS-EU-Q16 questionnaire.

Conclusions: People on haemodialysis demand more information on vascular access and self-care. A significant percentage of people on haemodialysis have insufficient or problematic health literacy. No relationship has been found between vascular access self-care knowledge and health literacy.

Keywords: haemodialysis; vascular access; self-care; health literacy.

INTRODUCCIÓN

Entre las diferentes opciones de diálisis, la hemodiálisis (HD) constituye el tipo de tratamiento renal sustitutivo más utilizado en la actualidad¹.

Actualmente, el acceso vascular (AV) sigue siendo uno de los retos más importantes, debido a las complicaciones derivadas de su utilización y el gran impacto en la morbimortalidad de la persona con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)^{2,3}.

Al igual que sucede en otras enfermedades crónicas la implicación de los pacientes en su autocuidado repercute positivamente en la calidad de vida y reduce complicaciones e ingresos hospitalarios, mejorando los costes para el sistema sanitario^{4,5}.

En las últimas décadas está cambiando el perfil del paciente en HD, encontrándonos con una población envejecida, dependiente y frágil, con una importante comorbilidad, aspectos estos que pueden estar directamente relacionados con la capacidad de autocuidado de los pacientes^{1,6}.

La alfabetización en salud (AeS) es un proceso fundamental para que las personas puedan comprender y utilizar la información relacionada con su salud y diferentes aspectos relativos a su enfermedad. En el contexto del paciente con ERCA, la alfabetización en salud (AeS) se vuelve aún más importante, ya que se trata de una patología crónica, en la que los pacientes y sus familias deben comprender los cuidados necesarios,

identificar los signos y síntomas de posibles complicaciones, y saber cómo actuar ante estas situaciones⁷.

Las fuentes a partir de las cuales los pacientes reciben información sobre su enfermedad y tratamiento son múltiples, pudiéndonos encontrar con situaciones en las que siguen unas conductas erróneas por desconocimiento, pudiendo generar complicaciones con un gran impacto en los resultados de salud^{8,9}.

La educación sanitaria constituye, por tanto, un aspecto clave en esta población¹⁰⁻¹². Para diseñar estrategias de educación sanitaria es necesario evaluar qué conocimientos tienen las personas que atendemos, así como cuáles son sus demandas, para identificar las principales temáticas a abordar.

Por todo ello se hace necesario conocer el nivel de conocimientos acerca de los autocuidados del AV por parte de los pacientes, así como el grado de AeS, teniendo ésta una especial relevancia para promover el conocimiento específico de la enfermedad renal, y para mejorar conductas que promuevan la adherencia al tratamiento^{13,14}.

El objetivo general de este estudio ha sido analizar los autocuidados del AV que realizan las personas en HD y su relación con el nivel de AeS.

Como objetivos específicos hemos querido:

- Identificar las principales fuentes de información que tienen estos pacientes, a partir de los cuales llevan a cabo los autocuidados del AV, así como cuáles son sus preferencias.
- Analizar la adherencia a las recomendaciones sobre el autocuidado del AV para HD, tanto de la fístula arteriovenosa (FAV) como del catéter venoso central (CVC).
- Evaluar el nivel de AeS de las personas en hemodiálisis.
- Analizar la relación entre la AeS y los conocimientos para el autocuidado del AV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño, ámbito y periodo de estudio: estudio observacional de corte transversal, llevado a cabo en los pacientes en HD del Hospital Universitario de Jaén, entre los meses de abril-mayo de 2024.

Población y muestra: Se incluyeron en el estudio a todas las personas en tratamiento en HD tras aplicar los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: ser mayor de edad, llevar un mínimo de 3 meses en HD y portar un AV para HD, ya fuera una FAV o un CVC.

Criterios de exclusión: personas con deterioro cognitivo, déficits sensoriales o cuya situación clínica impidiera la cumplimentación del cuestionario, así como negativa del paciente para participar en el estudio tras haber recibido la información pertinente.

Variables: Las variables se recogieron mediante un cuestionario ad hoc, elaborado para esta investigación, que estaba dividido en 3 apartados.

En el primer apartado se recogieron variables sociodemográficas de los pacientes (edad y sexo), así como variables relativas al tratamiento con HD y al AV (tiempo en HD, número y tipos de AV previos, tipo de AV actual y tiempo con el actual AV). También se recogía si se requería de ayuda para poder llevar a cabo los autocuidados del AV, la autopercepción sobre el nivel de conocimientos para poder llevar a cabo estos, si le gustaría obtener más información, cuál había sido su fuente de información y cuáles eran sus preferencias para obtener información (fuente, formato, y a quién proporcionar dicha información). Por último, también se preguntó sobre si realizaban ducha, baño o lavado por partes para llevar a cabo su higiene.

En el segundo apartado del cuestionario se registraban las variables relativas a la adherencia a las recomendaciones de autocuidado del AV por parte de las personas en tratamiento en HD. Se crearon dos tipos de documentos, uno para las personas con FAV y otro para las personas portadoras de CVC.

En el tercer apartado se recogió el nivel de AeS.

Instrumentos de medida: Para evaluar los autocuidados del AV realizados por las personas en HD se diseñó un documento a partir de las últimas recomendaciones dirigidas a personas con enfermedad renal crónica (publicadas desde el Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular [GEMAV])¹⁵.

Los ítems seleccionados para el cuestionario fueron consensuados por enfermeras de la unidad de HD con más de 10 años de experiencia en HD. Se elaboraron dos documentos, con 12 ítems cada uno de ellos, uno para personas con FAV y otro para portadores de un CVC. Estos documentos fueron pilotados previamente en 10 personas para garantizar su interpretabilidad. Aquellas personas que eran portadoras de los dos tipos de AV, (por ej, personas portadoras de un CVC mientras se esperaba reparar una FAV previa debido a una disfunción de esta), respondieron las preguntas correspondientes a ambos tipos de AV. En todos los ítems, las opciones de respuesta eran "No", "Algunas veces" o "Sí". Se consideró respuesta correcta aquella que se ajustaba a las recomendaciones recogidas en el manual, siendo válida la opción "Sí" o "No", según la pregunta en cuestión. En todas las preguntas, la opción "algunas veces" fue considerada como incorrecta.

Para evaluar el nivel de AeS se utilizó el cuestionario HLS-EU-Q16 en su versión validada al español¹⁶. Se trata de un cuestionario breve, formado por 16 ítems, que presenta una fiabilidad alta (coeficiente de correlación intraclase: 0,923; kappa: 0,814) y una consistencia alta (alfa de Cronbach: 0,982). Cada ítem era evaluado en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (muy difícil/difícil/fácil/muy fácil). Las respuestas "muy difícil" y "difícil" puntuaba como 0 y las respuestas "fácil" y "muy fácil" como 1. La puntuación de cada

sujeto se obtenía a partir de las puntuaciones de los 16 ítems, clasificándose la AeS en: nivel inadecuado (0-8), nivel problemático (puntuación entre 9 y 12) y nivel suficiente (puntuación entre 13 y 16).

Recogida de datos: Se informó a los pacientes sobre los objetivos del estudio, la voluntariedad del mismo y su total anonimato en la participación. Se entregó un cuestionario para ser autocumplimentado, y, en el caso de presentar alguna situación que le dificultara esta labor, podrían ser ayudados por un familiar, pero siempre que se reflejara la opinión del propio paciente. Con el fin de facilitar al anonimato, se habilitó un buzón en la unidad para que los participantes pudieran depositar el cuestionario una vez cumplimentado.

Análisis de datos: Toda la información fue transcrita a una base de datos, a partir de la cuál se empleó el paquete estadístico IBM SPS Statistics 20.

En un primer momento se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y porcentajes, utilizando para las variables cuantitativas las medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó un análisis de normalidad mediante la prueba Shapiro-Wilk.

Para el análisis inferencial se utilizó el test Chi-cuadrado/prueba exacta de Fisher para estudiar las variables categóricas, el test U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis al comparar las variables numéricas con las variables categóricas, según tuvieran estas 2 o más categorías. También se llevó a cabo un análisis de correlación, mediante el test de Spearman, para estudiar la relación entre la edad de los pacientes, el tiempo que llevaban en técnica y el número de respuestas acertadas sobre los autocuidados del AV.

Para analizar la relación de la AeS con el esto de variables estudiadas, se categorizó la alfabetización como una variable dicotómica, con las categorías inadecuado/problemático y suficiente.

Se aceptó un error alfa del 5%.

Aspectos éticos: El estudio cumplió con los principios éticos de investigación y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes, siendo la participación totalmente voluntaria. El estudio se desarrolló según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas, así como siguiendo los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki (actualizada en la Asamblea de Brasil en 2013) para la investigación biomédica.

RESULTADOS

De las 41 personas que cumplían los criterios para poder participar en el estudio, se obtuvo una muestra final de 39, (tasa respuesta 95,1%).

La edad media de los participantes fue de 60,76±18,33 (min:22-max:92) años, de los que un 64,1% (n=25) eran hombres, y el tiempo medio en HD era de 5,54±7,06 (min:0,25-max:31) años (ver **tabla 1**). Hubo 2 pacientes que presentaban FAV y CVC como AV.

Tabla 1. Características de los participantes.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	25	64,1%
	Mujer	11	28,2%
	Otro	3	7,7%
Edad	Joven (18-40 años)	5	12,8%
	Adulto (40-65 años)	16	41%
	Mayor (>65 años)	18	46,2%
Tiempo en HD	≤ 1 año	6	15,4%
	1-5 años	19	48,7%
	>5 años	13	33,3%
	Valores perdidos	1	2,6%
Tipo de AV*	FAV nativa	23	58,97%
	FAV protésica	0	0%
	CVC tunelizado	17	43,5%
	CVC no tunelizado	1	2,5%

AV: acceso vascular; CVC: catéter venoso central; FAV: fístula arteriovenosa; HD: Hemodiálisis.

* 2 personas portaban tanto fístula arteriovenosa como catéter venoso central como acceso vascular.

Un 33,3% de las personas en HD (n=13) desconocían o respondieron erróneamente al indicar el tipo de fístula o catéter que tenían, es decir, no sabían identificar si su fístula era autóloga o protésica, o si su catéter era tunelizado o no tunelizado. Un paciente con FAV y otro con CVC se equivocaron al identificar el tipo de AV y 5 pacientes con FAV y 6 con CVC indicaron desconocer el mismo. Las dos personas que portaban tanto FAV como CVC identificaron correctamente los tipos de AV que tenían.

Al preguntar a los participantes si necesitaban ayuda para cuidar el AV, un 59% (n=23) manifestaron que eran totalmente autónomos en el autocuidado de este, mientras que el 36,1% manifestaron requerir ayuda de otra persona. Un 18% (n=7) de los participantes manifestaron tener Bajos o Muy bajos conocimientos para llevar a cabo un adecuado autocuidado del AV (ver **figura 1**). El 79,5% (n=31) respondieron que les gustaría tener más información sobre los autocuidados del AV.

Un 64,1% (n=25) manifestó que les gustaría que esa información se proporcionara al propio paciente, y un

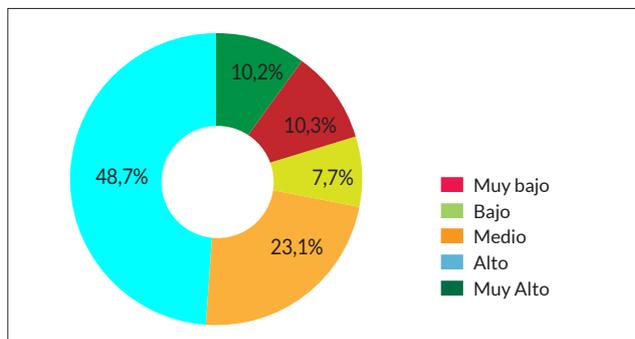


Figura 1. Nivel de conocimientos autopercebido para el cuidado del AV.

66,6% (n=26) que se diera a un familiar/cuidador. Hubo 6 pacientes que indicaron que esa información sólo se debería dar al familiar/cuidador y no al propio paciente.

Un 48,7% (n=19) querían que esta información se diera durante la sesión de HD, un 30,7% (n=12) manifestaron que preferían que esta información se proporcionara fuera de la sesión de HD; el 41,1% (n=16) solicitaron que se diera algún tipo de soporte papel, y un 10,2% (n=4) que se facilitaran recursos informativos a través de internet (páginas webs, app, videos...).

Al consultar sobre la fuente de la que habían obtenido la información sobre los autocuidados del AV, observamos que la más frecuente era la enfermera, sin embargo, al consultarles sobre quién le gustaría que le diera más información sobre estos aspectos, un mayor porcentaje de personas indicó que el nefrólogo (ver **figura 2**).

Un 64,1% (n=25) manifestó que les gustaría que esa información se proporcionara al propio paciente, y un 66,6% (n=26) que se diera a un familiar/cuidador. Hubo 6 pacientes que indicaron que esa información sólo se debería dar al familiar/cuidador y no al propio paciente.

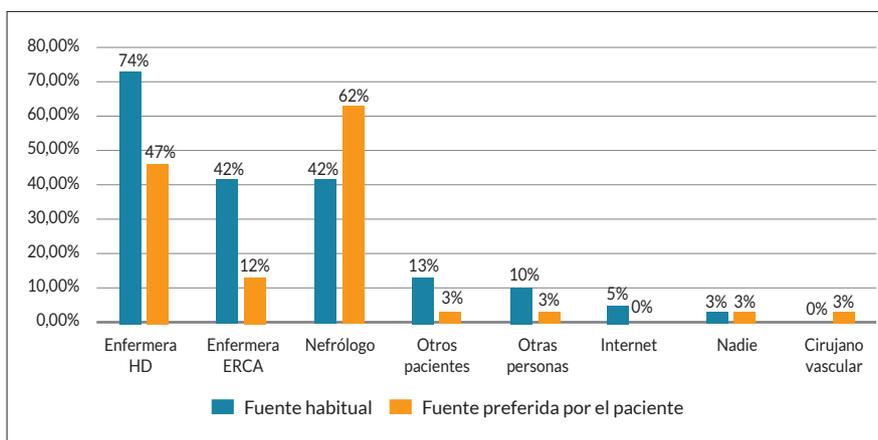


Figura 2. Fuentes de información habituales versus preferidas por el paciente en relación al autocuidado del AV*.

*Un mismo paciente podía responder más de una opción de respuesta en cada pregunta.

Un 48,7% (n=19) querían que esta información se diera durante la sesión de HD, un 30,7% (n=12) manifestaron que preferían que esta información se proporcionara fuera de la sesión de HD; el 41,1% (n=16) solicitaron que se diera algún tipo de soporte papel, y un 10,2% (n=4) que se facilitaran recursos informativos a través de internet (páginas webs, app, vídeos...).

Al consultar sobre la fuente de la que habían obtenido la información sobre los autocuidados del AV, observamos que la más frecuente era la enfermera, sin embargo, al consultarles sobre quién le gustaría que le diera más información sobre estos aspectos, un mayor porcentaje de personas indicó que el nefrólogo (ver **figura 2**).

Al analizar las respuestas del cuestionario de conocimientos sobre el autocuidado de la FAV, podemos apreciar que la media de aciertos fue de $8,78 \pm 2,15$ preguntas, sobre 12 posibles; siendo la recomendación menos seguida "Evitar utilizar las pinzas para comprimir al retirar las agujas" (ver **tabla 2**). En relación a las preguntas sobre el autocuidado del CVC, la media de aciertos fue de $8,83 \pm 2,17$; siendo la recomendación la menos seguida "Evitar manipular el apósito del catéter en casa" (ver **tabla 3**).

Al preguntar a los pacientes por el tipo de aseo que solían llevar a cabo, 61,5% (n=24) utilizaban la ducha, un 7,7% (n=3) hacían baño de inmersión, un 23,1% (n=9) hacían lavado por partes, y un 7,7% (n=3) alternaban entre ducha y lavado por partes. Ninguno de los pacientes que portaban catéter realizaban baño de inmersión y de los pacientes que utilizaban el lavado por partes, dos eran portadores de una FAV, el resto tenían un CVC.

Al analizar la AeS encontramos que un 17,9% (n=7) presentan un nivel inadecuado, un 41% (n=16) presentan un nivel problemático, un 38,5% (n=15) obtienen un nivel suficiente, hubo un paciente que dejó incompleta esta parte del cuestionario.

No se obtuvieron diferencias en el número de respuestas acertadas sobre los autocuidados del AV según la edad de los pacientes (p=0,20), el sexo (p=0,6), el tiempo en HD (p=0,22) ni el tipo de AV que portaba el paciente (p=0,96).

Tampoco se encontraron diferencias al comparar el nivel de AeS y la edad (p=0,90), sexo (p=0,21), el tiempo en HD (p=0,31); ni con respecto al número de preguntas acertadas sobre los autocuidados del AV (p=0,11).

Tabla 2. Respuestas cuestionario autocuidados FAV.

Ítems evaluados Respuestas válidas (n)	No n (%)	Algunas veces n (%)	Si n (%)
1. Suelo llevar ropa apretada, pulseras, reloj o vendaje apretado en el brazo de la fístula.	22 (95,7%)	1 (4,3%)	0 (0%)
2. Suelo levantar pesos grandes, realizar ejercicios bruscos o deportes de impacto con el brazo de la fístula.	21 (91,3%)	2 (8,7%)	0 (0%)
3. Dejo que utilicen la fístula para que me saquen analíticas de sangre o me pongan una vía para un suero.	19 (82,6%)	0 (0%)	4 (17,4%)
4. Lavo el brazo de la fístula antes de entrar a la sesión de HD.	5 (21,7%)	2 (8,7%)	16 (69,6%)
5. Durante la diálisis tapo con la sábana o la manta la zona donde me han puesto las agujas y no se queda visible al personal.	16 (76,2%)	4 (19%)	1 (4,8%)
6. Cuando me retiran las agujas de HD, utilizo pinzas para comprimir sobre los puntos de punción.	7 (31,8%)	4 (18,2%)	11 (50%)
7. Suelo tocar y/o levantar las costras de los puntos de punción de días previos.	17 (73,9%)	2 (8,7%)	4 (17,3%)
8. Si sangro por los puntos de punción después de la diálisis, comprimo con una gasa limpia y levanto ligeramente esa extremidad.	5 (25%)	3 (15%)	12 (60%)
9. Si sangro por los puntos de punción después de la diálisis coloco un vendaje apretado y que dé la vuelta al brazo.	16 (69,5%)	4 (17,4%)	3 (13%)
10. Diariamente palpo (toco con los dedos) la fístula para ver si noto una vibración o murmullo (así compruebo si la fístula funciona).	2 (8,7%)	2 (8,7%)	19 (82,6%)
11. Observo diariamente el aspecto que tiene la fístula.	4 (17,4%)	0 (0%)	19 (82,6%)
12. Si noto cualquier cambio en la fístula, ya sea de aspecto o en la vibración, lo comunico al personal de diálisis antes de actuar por mi cuenta.	3 (13%)	1 (4,3%)	19 (82,6%)

HD: Hemodiálisis

En negrita se representa la respuesta correcta según las recomendaciones del Manual de acceso vascular para personas con enfermedad renal.

Tabla 3. Respuestas cuestionario autocuidados CVC.

Ítems evaluados Respuestas válidas (n)	No n (%)	Algunas veces n (%)	Si n (%)
1. Mantengo un aseo diario (n=18).	0 (0%)	5 (27,8%)	13 (72,2%)
2. Reviso diariamente que el apósito que cubre el catéter está limpio y seco (n=18).	2 (11,1%)	2 (11,1%)	14 (77,8%)
3. Cambio y/o me curo yo en casa el apósito que cubre el catéter (n=18).	8 (44,4%)	2 (11,1%)	8 (44,4%)
4. Dejo que el catéter de HD también lo utilicen en otras zonas del hospital (fuera de la sala de diálisis), para hacer analíticas o ponerme medicación si estoy ingresado (n=18).	15 (83,3%)	0 (0%)	3 (16,7%)
5. Uso ropa que oprime el catéter y que queda muy apretada (n=17).	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0 (0%)
6. Cuando me ducho protejo el catéter utilizando un apósito impermeable, para que no se moje (n=17).	5 (29,4%)	0 (0%)	12 (70,6%)
7. Cuando me ducho, suelo dirigir el chorro del agua a la zona del apósito del catéter (n=17).	15 (88,2%)	0 (0%)	2 (11,8%)
8. Puedo bañarme en la piscina o el mar y sumergir el catéter dentro del agua (n=17).	17 (100%)	0 (0%)	0
9. Tengo precaución y evito que haya tirones del catéter (n=18).	2 (11,1%)	1 (5,6%)	15 (83,3%)
10. Si presento fiebre alta con tiritona, sé que este es un signo de alarma de una posible infección del catéter, y en ese caso acudo al servicio de urgencias (n=18).	5 (27,8%)	0 (0%)	13 (72,2%)
11. Tengo en cuenta la precaución de: "Evitar utilizar objetos cortantes (tijeras) alrededor de la zona del catéter, y en las personas del sexo masculino, prestar atención especial durante el afeitado" (n=18).	3 (23,1%)	1 (7,7%)	9 (69,2%)
12. Ante cualquier problema que tenga con el catéter, contacto con la unidad de diálisis y les consulto antes de actuar por mi cuenta (n=12).	1 (8,3%)	0 (0%)	11 (91,7%)

HD: Hemodiálisis

En negrita se representa la respuesta correcta según las recomendaciones del Manual de acceso vascular para personas con enfermedad renal.

DISCUSIÓN

Con este trabajo hemos querido analizar los autocuidados del AV que realizan las personas en HD, en base a las recomendaciones del Manual de Acceso Vascular para Personas con Enfermedad Renal del GEMAV, y su posible relación con el nivel de AeS que presentan estas personas.

Desde el Manual de Procedimientos y Protocolos con Competencias Específicas para Enfermería Nefrológica de la SEDEN se resalta la importancia del cuidado del AV por parte del paciente y/o su cuidador, estando directamente relacionados la aparición de complicaciones o la evolución del AV con los cuidados llevados a cabo¹⁷.

Es por este motivo que uno de los primeros aspectos que llaman la atención es que una tercera parte de los participantes indicaban desconocer el tipo de AV que tenían o bien lo identificaban de forma errónea. Es cierto que, en ocasiones, el uso de algunas palabras más o menos técnicas pueda resultar dificultoso para algunas personas, pero en el texto del cuestionario se había indicado que la fistula autóloga era la que se realizaba con venas propias, y en el caso de los catéteres se había empleado también el término catéter permanente, para hacer referencia al catéter tunelizado, y catéter temporal o transitorio para el catéter no tunelizado.

En las últimas décadas nos encontramos que en HD los pacientes tienen más edad; según los últimos datos publicados del registro español de enfermos renales en 2023, la incidencia de pacientes de más de 65 años fue del 59%¹; además, estos pacientes pueden presentar, a priori, mayor déficit de conocimientos y peor disposición al aprendizaje, lo que podría en parte explicar algunos de nuestros resultados^{18,19}, así por ejemplo, algunos pacientes querían que la información se diera sólo a su familiar/cuidador y no a ellos.

Encontramos que la mayoría de los participantes querían más información sobre los autocuidados del AV. Si bien casi la mitad de los pacientes quería que esa información se llevara a cabo durante la sesión de HD, hubo un importante número de pacientes que la preferían fuera de la sesión. Estos resultados nos hacen reflexionar sobre la necesidad de establecer diferentes estrategias para llevar a cabo la educación sanitaria a las personas en HD (programas de educación individual y grupal, incluso el programa de paciente experto), como estrategias multimodales efectivas¹⁷.

A pesar de vivir en una sociedad muy digitalizada y encontrar que algunos autores subrayan que los pacientes tienen interés en las nuevas tecnologías^{20,21}, solo un pequeño porcentaje de los participantes en nuestro estudio solicitó in-

formación vía internet (páginas webs, apps, vídeos...), siendo el formato papel el más preferido.

Las guías de AV resaltan la importancia que desde las propias unidades de diálisis se creen equipos multidisciplinares de AV²², integrando diferentes disciplinas, en las que se incluyen nefrólogos, radiólogos, cirujanos vasculares y enfermería nefrológica, encontrándonos con autores que resaltan los buenos resultados obtenidos^{23,24}. En estas unidades el contacto del equipo multidisciplinar se establece desde antes de la creación del AV²², transmitiendo al paciente el mensaje de un trabajo en equipo y que la información proporcionada está avalada por todos los profesionales del equipo.

La mayor parte de los pacientes señalaba a la enfermera como la fuente de información más habitual sobre los autocuidados del AV, siendo el profesional encargado de la educación sanitaria del paciente y de promover conductas de autocuidado²⁵. Aunque también podemos observar que los pacientes indicaron que les gustaría que otros profesionales también estén involucrados en estos aspectos.

Aunque el número de respuestas correctas ha sido elevado, tanto por parte de los pacientes con FAV como de los pacientes portadores de CVC, debemos tener en cuenta que el futuro del AV va a depender en gran medida de la calidad de estos cuidados¹⁷, de ahí que nuestro objetivo sea que los pacientes tengan el mayor grado de conocimientos posible.

En los pacientes con FAV la recomendación menos seguida fue "Evitar utilizar las pinzas para la hemostasia sobre los puntos de punción". En el entorno sanitario, la realización de prácticas asistenciales que no se ajustan a evidencia científica es un problema descrito desde hace años^{26,27}, los motivos pueden ser múltiples; pero habitualmente la falta personal, la falta de tiempo (turnos con horarios muy ajustados), entre otros aspectos, hacen que los profesionales no se queden junto al paciente haciendo la hemostasia durante todo el tiempo necesario y acaban colocando estos dispositivos; esto suele ocurrir con mayor frecuencia en pacientes frágiles que, por falta de capacidad física o deterioro cognitivo, no pueden realizar la hemostasia ellos mismos. Es probable que otros pacientes que observan esta situación, en muchas ocasiones, por comodidad, acaban solicitando también el uso de estas pinzas, a pesar de ellos sí que sean autónomos para realizar la hemostasia de los puntos de punción. Esta situación favorece que los pacientes consideren que es una práctica correcta, a pesar de que las recomendaciones indiquen que no lo es.

En el caso de los pacientes con CVC, la recomendación menos seguida fue "Evitar manipular el catéter en casa". Si bien la recomendación del GEMAV es no retirar en ningún caso el apósito colocado en diálisis ni manipular nunca el catéter por su cuenta¹⁵, debemos tener en cuenta que la HD es un tratamiento crónico y muchos pacientes portan este tipo de AV durante años, por lo que observan día a día como lo realiza los profesionales, a su vez, muchos de estos pacientes viven a grandes distancias del centro de diálisis, y prefieren colocar

ellos un nuevo apósito sobre el previo, si estuviera despegado, o cambiarlo si estuviera mojado, y sólo acuden a la unidad de diálisis o al servicio de urgencias ante situaciones que ellos consideran más graves, como la aparición de exudado y/o sangrado en el apósito.

Como principal limitación, debemos tener en cuenta que se trata de un estudio unicéntrico, lo que ha supuesto un tamaño muestral limitado, sin embargo, el interés en participar ha sido elevado, con una tasa de respuesta alta, en el que cabe destacar, que algunos pacientes con dificultades físicas para responder el cuestionario, indicaron su interés en participar y solicitaron ayuda un familiar/profesional. Los resultados encontrados nos acercan a la realidad de los pacientes de esta unidad, y aunque hay que ser cauto a la hora de extrapolar los mismos a otras unidades, consideramos que nos subrayan algunos aspectos importantes sobre la importancia de la educación sanitaria en el autocuidado de los AV en las personas en HD.

Los resultados de alfabetización pueden parecernos preocupantes, donde aproximadamente el 59% de las personas en HD presentaban un nivel inadecuado/insuficiente, aunque son más optimistas que los encontrados por Pelayo-Alonso et al⁷, también en población en HD, donde aproximadamente el 83% de los pacientes presentaban un nivel inadecuado/insuficiente. Debemos tener en cuenta que ellos utilizaron un cuestionario diferente, también validado. Nuestros resultados se aproximan más a los mostrados en un estudio internacional llevado a cabo en población general en 8 países de Europa²⁸, donde aproximadamente un 47% presentaban esta situación. A partir de los resultados mostrados podemos indicar que las personas en HD demandan tener más información sobre los autocuidados del AV, pudiendo ser útiles estrategias multimodales que den respuesta a las diferentes demandas.

Existen áreas de mejora en los autocuidados del AV llevado a cabo por las personas en HD, tanto en FAV como en CVC, aunque el nivel de conocimientos sobre estos se muestra alto en general.

No se ha encontrado relación entre los autocuidados del AV llevados a cabo por las personas de HD y su nivel de AeS, aunque se debe subrayar que hay un importante porcentaje de personas en HD con un nivel de AeS insuficiente/problemático.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe REDYT 2023. [consultado 14 Nov 2024]. Disponible en https://www.senefro.org/contents/webstructure/MEMORIA_REDYT_2023_prelim.pdf
2. Hidalgo-Blanco MA, Moreno-Arroyo MC, Sánchez-Ortega MA, Prats-Arison M, Puig-Llobet M. Análisis de las complicaciones del acceso vascular en hemodiálisis. Una revisión sistemática. *Enferm Nefrol.* 2023;26(2):106-18.
3. Pelayo Alonso R, Cobo Sánchez JL, Reyero López M, Sáenz de Buruaga Perea A, Tovar Rincón A, Alonso Nates R et al. Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2011;14(4):242-9.
4. Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes melitus. *Medisan [internet]* 2009 [consultado 4 Abr 2024];13(1):1-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13-1_09/san11109.htm.
5. Ariza c, Gavara V, Muñoz A, Aguera F, Soto M, Lorca JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Aten Primaria.* 2011;43(8):398-406.
6. Bringas P, Perales CP, Merayo C, Sánchez MJ, González J. Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. *Enferm Nefrol.* 2020;23(Supl):551-70.
7. Pelayo Alonso R, Martínez Álvarez P, Merino García S, Labrador Pérez A, Sánchez Cano S, Cobo Sánchez JL. Análisis del nivel de alfabetización en salud, en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica.* 2017;20(3):221-6.
8. Lu Q, Schulz PJ. Physician Perspectives on Internet-Informed Patients: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2024;26:e47620.
9. Chou WS, Gaysynsky A, Cappella JN. Qué camino tomar: la información errónea sobre la salud en las redes sociales. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;12;45:e58.
10. Bonilla FJ. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad?. *Enferm Nefrol.* 2014;17(2):120-31.
11. Guerra VT, Díaz AE, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia diálítica. *Rev Cub Enferm.* 2010;26(2):52-62.
12. Aguilera AI, Prieto M, González L, Abad B, Martínez E, Robles I et al. Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica: la educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familiares. *Enferm Nefrol.* 2012;15(1):14-21.
13. Quobadi M, Besharat MA, Rostami R, Rahiminezhad A. Health Literacy and medical adherence in hemodialysis patients: The mediating role of disease-specific knowledge. *Thrita.* 2015;4:e26195.
14. Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell MC, Serón D. Health literacy and chronic kidney disease. *Nefrologia.* 2017;37(2):115-7.
15. Roca-Tey R, Tombas A, Gallego D. Manual del acceso vascular para personas con enfermedad renal. GEMAV 2021 [consultado 3 Oct 2024]. Disponible en: https://gemav.org/wp-content/uploads/2021/02/Manual_Vascular_ES_Def.pdf
16. Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, Irlés MÁ, Más R, Tuells J, Pereyra-Zamora P. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gac Sanit.* 2020;34(4):399-402.
17. Casaux Huertas A, Blanco Marvillard I, Ochando García A. Educación sanitaria del paciente en hemodiálisis: autocuidado del acceso vascular. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, Ochando García A (Eds). *Procedimientos y Protocolos con Competencias Específicas para Enfermería Nefrológica [Internet]*. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; 2024 [consultado 15 Sep 2024]. [aprox.3p.]. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/procedimientos/article/view/3.1>
18. Gil Nieto D, Perera Díaz M, Sevane Fernández L. Estado cognitivo del paciente de edad avanzada en programa de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2010;13(1):30-5.
19. Castellano M, Bernarte M, Castellano CA, Favaro ML, Mateo VE. Deterioro cognitivo sin demencia en la insuficiencia renal crónica terminal. Datos de un centro argentino. *Rev Nefrol Dial Traspl.* 2020;40(2):119-28.
20. Fernández-Díaz Reyes, Cifuentes-Rivera Begoña, López-Sierra Emilia Margarita, Pablos-de Pablos Montserrat. Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada. *Enferm Nefrol.* 2023;26(3):260-7.
21. Tíscar González Verónica. Percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un master de investigación. *Ene.* [Internet]. 2015 [consultado 30 Nov 2024];9(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200005&lng=es
22. Ibeas J, Roca-Tey R. Guía Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. GEMAV. *Enfermería Nefrológica;* 2018;1(Sup1):S1-260.
23. Leblic I, Riera del Moral L, Sánchez Villanueva R, Stefanov Kiuri S, Álvarez García L, Echarri Carrillo R, et al. Efecto de un equipo multidisciplinar en el manejo del acceso vascular para hemodiálisis. *Nefrología.* 2024;44(3):431-7.

24. Gruss E, Portolés J, Jiménez P, Hernández T, Rueda JA, del Cerro J, et al. Seguimiento prospectivo del acceso vascular en hemodiálisis mediante un equipo multidisciplinar. *Nefrología*. 2006;26(6):703-10.
25. Picazo López Laura, García Moreno Raquel, Grau Pueyo Carmen, Rico Torrent Mónica, Moya Mejía M^a Carmen, López Alba Thaïs. Grado de interés del paciente renal y su entorno en las nuevas tecnologías aplicadas a su enfermedad. *Enferm Nefrol*. 2014;17(Suppl1):S97-8.
26. Sanchez-García I, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo. *Enferm. Clin*. 2013;23(6):279-83.
27. Vázquez Espinoza J A, Velasco Rodríguez R, Alcaraz Moreno N, Pérez Hernández MG, Casique Casique L. Apoyo educativo y patrón de vida en el paciente con tratamiento de hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2017;20(1):28-36.
28. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Słóńska ZA, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*. 2015;25:1053-8.



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