Andúgar-Rocamora L, *et al*. https://doi.org/1037551/S2254-28842026019

La enfermera referente de acceso vascular: eje de la continuidad asistencial en hemodiálisis

Leonor Andúgar-Rocamora[1,2], Florentina Rosique-López[1], Mª Luz Sánchez-Tocino[3,4,5].

[1] Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España
[2] Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Murcia. España
[3] Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca. España
[4] Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). España
[5] Fundación Renal Española. Salamanca. España

Como citar este artículo:
Andúgar-Rocamora L, Rosique-López F, Sánchez-Tocino ML. La enfermera referente de acceso vascular: eje de la continuidad asistencial en hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2026;29(3):205-7

Correspondencia:
Mª Luz Sánchez Tocino
mlsancheztocino@usal.es

El acceso vascular continúa siendo uno de los pilares fundamentales del tratamiento mediante hemodiálisis y, al mismo tiempo, uno de sus mayores desafíos. Su adecuada planificación, creación, utilización y seguimiento requieren conocimientos y competencias diferentes, además de una estrecha coordinación entre los profesionales implicados[1,2]. Nuestra experiencia muestra que esa coordinación necesita un eje: una enfermera referente capaz de acompañar al paciente y su acceso a lo largo de toda la trayectoria asistencial, desde la planificación hasta el seguimiento a largo plazo, integrando la valoración clínica y ecográfica, la educación terapéutica y la coordinación conjunta entre los profesionales y servicios implicados.

Esta figura surgió vinculada a la consulta específica de ecografía del acceso vascular, puesta en marcha en la unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), que evolucionó posteriormente hacia un programa interdisciplinar en el que participan nefrología, enfermería nefrológica, cirugía cardiovascular y radiología vascular intervencionista[3,4].

La incorporación de la enfermera nefrológica nace de la necesidad identificada por la nefróloga responsable de la consulta: desarrollar un modelo de estas características requería una profesional con amplia experiencia en hemodiálisis, pero también con un perfil que combinara interés por el aprendizaje y la investigación, capacidad docente, habilidades de gestión y facilidad para establecer canales de comunicación con las unidades y centros de hemodiálisis y con otros servicios hospitalarios.

El desarrollo de esta figura no respondió a la necesidad de delimitar espacios profesionales, sino a sumar competencias en torno a un objetivo asistencial compartido, sobre la base de una confianza construida entre ambos perfiles. La valoración enfermera mediante exploración física y ecográfica de la fístula arteriovenosa (FAV) se integra en la dinámica de la consulta, y son los propios nefrólogos quienes solicitan esta valoración cuando consideran que puede aportar información relevante para la atención del paciente, como es el caso de la valoración de cambio de zonas óptimas de punción en consulta.

El valor de esta figura va más allá de aumentar la capacidad de valoración del acceso vascular. Su principal fortaleza reside en conectar momentos asistenciales que se producen en escenarios diferentes y conseguir que formen parte de un mismo proceso, con la enfermera referente como hilo conductor de esa trayectoria.

Esta continuidad comienza antes del inicio de la hemodiálisis. En ERCA, cuando tras un proceso de toma de decisiones compartida el paciente opta por hemodiálisis, comienza también la planificación de su acceso vascular. La valoración del capital vascular, la preservación venosa y la planificación anticipada permiten trabajar para que, siempre que las condiciones clínicas lo permitan, llegue al inicio de la técnica con un acceso adecuado[1,2]. En nuestro programa, la consulta ecográfica vinculada a ERCA nació precisamente con este planteamiento[4].

Tras la creación de la FAV, la exploración física y ecográfica permite seguir su maduración, identificar posibles dificultades y planificar su futura utilización. Este conocimiento puede acompañar posteriormente al paciente hasta la sala de hemodiálisis. La enfermera que ha participado en el proceso previo puede estar presente en su incorporación a la unidad

y colaborar con el equipo durante las primeras punciones, aportando información sobre las características del acceso, orientando las zonas de punción y recurriendo a la ecografía cuando es necesario.

Una vez iniciada la hemodiálisis, el seguimiento continúa mediante controles periódicos y valoraciones ante dificultades de punción, alteraciones de los parámetros de diálisis o sospecha de disfunción. La comunicación con las unidades hospitalarias y con otros centros de diálisis permite compartir información, recibir incidencias y canalizar aquellas situaciones que requieren una valoración específica. Asimismo, la coordinación con cirugía vascular y radiología vascular intervencionista facilita la respuesta cuando son necesarias otras actuaciones diagnósticas o terapéuticas.

La actividad de la enfermera referente se integra así en una estructura interdisciplinar más amplia. Su participación en el comité de acceso vascular, la participación conjunta en la coordinación de circuitos y derivaciones, y la comunicación entre los diferentes profesionales y centros no constituyen funciones separadas de la actividad clínica, sino herramientas para evitar la fragmentación del proceso asistencial.

¿Qué gana el paciente con este modelo? Probablemente uno de sus principales beneficios sea no tener que comenzar de nuevo en cada punto de su recorrido. El acceso que se planifica en ERCA es el mismo que posteriormente se crea, se controla por parte de enfermería a las 48 horas de su creación, durante su maduración, se utiliza por primera vez y se vigila durante los años siguientes. Contar con profesionales que conocen esa trayectoria favorece que la información acompañe al paciente y que los diferentes episodios relacionados con su FAV no se conviertan en acontecimientos aislados.

En este punto, la enfermera referente aporta un valor diferencial. Su función no se limita a realizar una ecografía o resolver una punción compleja. Conoce al paciente y su acceso, participa en su educación, mantiene comunicación con los equipos de hemodiálisis, facilita la coordinación cuando aparece una incidencia y forma parte del equipo interdisciplinar de acceso vascular. Para el paciente supone disponer de una figura reconocible dentro del circuito; para los profesionales, contar con un referente al que consultar; y para la organización, disponer de un nexo entre diferentes momentos y niveles asistenciales.

La educación terapéutica constituye una parte esencial de esta función. La FAV acompaña al paciente fuera de la unidad de diálisis y su preservación requiere también su implicación. La formación sobre autocuidados, preservación vascular, identificación de signos de alarma y necesidad de comunicar precozmente cualquier cambio incorpora al propio paciente como parte activa del cuidado de su acceso.

El desarrollo de esta figura también ha planteado retos. En nuestra experiencia, estos no han procedido de resistencias entre medicina y enfermería, sino de la necesidad de legitimar un rol nuevo: incorporar a la práctica enfermera competencias, como la ecografía, que hasta entonces no se consideraban propias de la disciplina, y construir progresivamente el reconocimiento y la confianza necesarios para ejercerlas con autonomía. Uno de los principales desafíos fue precisamente la introducción de la ecografía en la sala de hemodiálisis, donde inicialmente no formaba parte de la práctica cotidiana de enfermería.

Desde el inicio, uno de los objetivos fue favorecer progresivamente su utilización por el equipo, no únicamente como apoyo para la punción ecoguiada de accesos complejos, sino también como complemento de la exploración física de la FAV. La literatura describe precisamente su utilización por enfermería tanto para valorar la maduración y detectar anomalías como para seleccionar zonas de punción y asistir en canalizaciones complejas[5].

Para conseguirlo, la formación de los profesionales de enfermería ha resultado esencial. Incorporar una nueva herramienta a la práctica clínica no depende únicamente de disponer de un ecógrafo, sino de generar conocimientos, habilidades y confianza suficientes para integrarla adecuadamente en los cuidados. La consulta adquiere así también una dimensión docente: el objetivo no debe ser concentrar determinadas competencias en una única profesional, sino favorecer la transferencia del conocimiento al resto del equipo.

Esta función docente se extiende a estudiantes de Enfermería y profesionales de nueva incorporación. La formación integrada en la práctica asistencial permite transmitir habilidades técnicas, pero también una forma de entender el acceso vascular basada en observarlo, explorarlo, conocer su evolución e identificar precozmente los cambios que puedan comprometer su funcionamiento.

La investigación y la evaluación de resultados completan el modelo. Tras la puesta en marcha de nuestro programa se observó una evolución favorable en el porcentaje de pacientes procedentes de ERCA que iniciaron hemodiálisis mediante FAV, alcanzando el 85,29% en el último periodo analizado[4]. Estos resultados no pueden atribuirse a una técnica, una consulta o un profesional de forma aislada, sino al funcionamiento coordinado de un programa interdisciplinar. Otras experiencias también han señalado el potencial de este tipo de organización multidisciplinar en el manejo del acceso vascular[3,6-8].

Esta es probablemente una de las principales enseñanzas de nuestra experiencia. Una consulta compartida no consiste simplemente en que un médico y una enfermera trabajen en el mismo espacio. Supone compartir objetivos e información, reconocer las competencias de cada profesional y generar relaciones de confianza que permitan utilizarlas allí donde aporten valor.

Dentro de este modelo, la enfermera referente se configura como el eje de la continuidad asistencial del acceso vascular. Su aportación integra valoración clínica y ecográfica, segui-

y colaborar con el equipo durante las primeras punciones, aportando información sobre las características del acceso, orientando las zonas de punción y recurriendo a la ecografía cuando es necesario.

Una vez iniciada la hemodiálisis, el seguimiento continúa mediante controles periódicos y valoraciones ante dificultades de punción, alteraciones de los parámetros de diálisis o sospecha de disfunción. La comunicación con las unidades hospitalarias y con otros centros de diálisis permite compartir información, recibir incidencias y canalizar aquellas situaciones que requieren una valoración específica. Asimismo, la coordinación con cirugía vascular y radiología vascular intervencionista facilita la respuesta cuando son necesarias otras actuaciones diagnósticas o terapéuticas.

La actividad de la enfermera referente se integra así en una estructura interdisciplinar más amplia. Su participación en el comité de acceso vascular, la participación conjunta en la coordinación de circuitos y derivaciones, y la comunicación entre los diferentes profesionales y centros no constituyen funciones separadas de la actividad clínica, sino herramientas para evitar la fragmentación del proceso asistencial.

¿Qué gana el paciente con este modelo? Probablemente uno de sus principales beneficios sea no tener que comenzar de nuevo en cada punto de su recorrido. El acceso que se planifica en ERCA es el mismo que posteriormente se crea, se controla por parte de enfermería a las 48 horas de su creación, durante su maduración, se utiliza por primera vez y se vigila durante los años siguientes. Contar con profesionales que conocen esa trayectoria favorece que la información acompañe al paciente y que los diferentes episodios relacionados con su FAV no se conviertan en acontecimientos aislados.

En este punto, la enfermera referente aporta un valor diferencial. Su función no se limita a realizar una ecografía o resolver una punción compleja. Conoce al paciente y su acceso, participa en su educación, mantiene comunicación con los equipos de hemodiálisis, facilita la coordinación cuando aparece una incidencia y forma parte del equipo interdisciplinar de acceso vascular. Para el paciente supone disponer de una figura reconocible dentro del circuito; para los profesionales, contar con un referente al que consultar; y para la organización, disponer de un nexo entre diferentes momentos y niveles asistenciales.

La educación terapéutica constituye una parte esencial de esta función. La FAV acompaña al paciente fuera de la unidad de diálisis y su preservación requiere también su implicación. La formación sobre autocuidados, preservación vascular, identificación de signos de alarma y necesidad de comunicar precozmente cualquier cambio incorpora al propio paciente como parte activa del cuidado de su acceso.

El desarrollo de esta figura también ha planteado retos. En nuestra experiencia, estos no han procedido de resistencias entre medicina y enfermería, sino de la necesidad de legitimar un rol nuevo: incorporar a la práctica enfermera competencias, como la ecografía, que hasta entonces no se consideraban propias de la disciplina, y construir progresivamente el reconocimiento y la confianza necesarios para ejercerlas con autonomía. Uno de los principales desafíos fue precisamente la introducción de la ecografía en la sala de hemodiálisis, donde inicialmente no formaba parte de la práctica cotidiana de enfermería.

Desde el inicio, uno de los objetivos fue favorecer progresivamente su utilización por el equipo, no únicamente como apoyo para la punción ecoguiada de accesos complejos, sino también como complemento de la exploración física de la FAV. La literatura describe precisamente su utilización por enfermería tanto para valorar la maduración y detectar anomalías como para seleccionar zonas de punción y asistir en canalizaciones complejas[5].

Para conseguirlo, la formación de los profesionales de enfermería ha resultado esencial. Incorporar una nueva herramienta a la práctica clínica no depende únicamente de disponer de un ecógrafo, sino de generar conocimientos, habilidades y confianza suficientes para integrarla adecuadamente en los cuidados. La consulta adquiere así también una dimensión docente: el objetivo no debe ser concentrar determinadas competencias en una única profesional, sino favorecer la transferencia del conocimiento al resto del equipo.

Esta función docente se extiende a estudiantes de Enfermería y profesionales de nueva incorporación. La formación integrada en la práctica asistencial permite transmitir habilidades técnicas, pero también una forma de entender el acceso vascular basada en observarlo, explorarlo, conocer su evolución e identificar precozmente los cambios que puedan comprometer su funcionamiento.

La investigación y la evaluación de resultados completan el modelo. Tras la puesta en marcha de nuestro programa se observó una evolución favorable en el porcentaje de pacientes procedentes de ERCA que iniciaron hemodiálisis mediante FAV, alcanzando el 85,29% en el último periodo analizado[4]. Estos resultados no pueden atribuirse a una técnica, una consulta o un profesional de forma aislada, sino al funcionamiento coordinado de un programa interdisciplinar. Otras experiencias también han señalado el potencial de este tipo de organización multidisciplinar en el manejo del acceso vascular[3,6,7,8].

Esta es probablemente una de las principales enseñanzas de nuestra experiencia. Una consulta compartida no consiste simplemente en que un médico y una enfermera trabajen en el mismo espacio. Supone compartir objetivos e información, reconocer las competencias de cada profesional y generar relaciones de confianza que permitan utilizarlas allí donde aporten valor.

Dentro de este modelo, la enfermera referente se configura como el eje de la continuidad asistencial del acceso vascular. Su aportación integra valoración clínica y ecográfica, segui-

miento, educación, acompañamiento, coordinación, gestión, docencia e investigación a lo largo de toda la trayectoria del paciente. Esta continuidad se sustenta en la complementariedad y coordinación de las competencias de los distintos profesionales del equipo, actuando la enfermera referente como nexo entre los diferentes momentos de la trayectoria asistencial del paciente.

El futuro del acceso vascular probablemente no dependerá únicamente de disponer de mejores técnicas diagnósticas o terapéuticas. Requerirá también modelos organizativos capaces de conectar profesionales, conocimiento y recursos alrededor de la trayectoria de cada persona, con la enfermería nefrológica como referente de esa continuidad. La figura de la enfermera de acceso vascular representa una oportunidad para avanzar en esta dirección: consolidar un rol profesional propio dentro del equipo interdisciplinar y hacer que esa continuidad se traduzca en una atención más coordinada, segura y centrada en el paciente.

Contribución de autorías

Conceptualización: L.A.R., F.R.L., M.L.S.T.; Redacción–borrador original: L.A.R.; Redacción–revisión y edición: L.A.R., F.R.L., M.L.S.T.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, *et al*. Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. Nefrología. 2017;37(Supl 1):S1-177. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004.
2. 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 Suppl 2):S1-164. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001.
3. Aragoncillo Sauco I, Ligero Ramos JM, Vega Martínez A, Morales Muñoz ÁL, Abad Estébanez S, Macías Carmona N, *et al*. Consulta de acceso vascular: resultados antes y después de la instauración de un programa multidisciplinar con realización de ecografía Doppler de rutina. Nefrología. 2018;38(6):616-21. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.003.
4. Rosique F, Andúgar L, Martínez-Losa A, Arenas MD, Manzano D, Hadad-Arrascue F, *et al*. Ecografía del acceso vascular en manos de los profesionales de la nefrología y de la enfermería nefrológica en las unidades de enfermedad renal crónica avanzada: una herramienta para mejorar la calidad asistencial. Nefrología. 2024;44(6):910-2. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.06.005.
5. Schoch M, Bennett PN, Currey J, Hutchinson AM. Point-of-care ultrasound use for vascular access assessment and cannulation in hemodialysis: a scoping review. Semin Dial. 2020;33(5):355-68. https://doi.org/10.1111/sdi.12909.
6. Leblic Ramírez I, Riera Del Moral L, Sánchez Villanueva R, Stefanov Kiuri S, Álvarez García L, Echarri Carrillo R, *et al*. Effect of a multidisciplinary team in the management of vascular access for hemodialysis. Nefrologia (Engl Ed). 2024;44(3):450-52. https://doi.org/10.1016/j.nefroe.2024.06.001.
7. Rosique-López F, Sánchez-Tocino ML, Hernán-Gascueña D, Santos-Ascarza-Bacariza JL, Andúgar-Rocamora L, Gallego-Zurro D, *et al*. Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV), Grupo de Trabajo del Acceso Vascular de la S.E.N. (GTAVSEN), Grupo de Trabajo de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha contra las Enfermedades del Riñón (ALCER). Towards a reduction of patients' refusal to perform arteriovenous fistula: new tools and new actors in the interdisciplinary vascular access team. Presentation of the ERCAV project. Nefrologia (Engl Ed). 2025;45(3):189-93. https://doi.org/10.1016/j.nefroe.2025.02.006.
8. Sánchez-Tocino ML, Rosique-López F, Hernán-Gascueña D, Santos-Ascarza-Bacariza JL, Andúgar-Rocamora L, Moreda-Díaz-Pavón M, *et al*. Unidad de Investigación Fundación Renal Española. Proyecto ERCAV. Papel relevante de la enfermería en la toma de decisiones sobre el acceso vascular en pacientes renales. Resultados del estudio piloto. Enferm Nefrol. 2026;29(1):37-45. https://doi.org/10.37551/S2254-28842026005.

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