Nefrologia 46 (2026) 501578

Sociedad Española de Nefrología

nefrología

Revista de la Sociedad Española de Nefrología

journal homepage: www.revistanefrologia.com

Original

Hemodiálisis domiciliaria asistida en España: resultados de una encuesta nacional sobre implementación, barreras y desafíos

Assisted home hemodialysis in Spain: findings from a national survey on implementation, barriers, and challenges

Estefanya García-Menéndez[a,1,2], José Portolés[a,b,1,2,*], Alejandro Pérez Alba[c,1], Jesús Calviño Varela[d,1], Mª José Espigares[e,1], Pablo Molina Vila[f,1], María Quero Ramos[g,1], María A. Bajo Rubio[b,h,1,2] y María Fernanda Slon-Roblero[i,1], en nombre del Grupo de Trabajo de Apoyo y Promoción de la Hemodiálisis Domiciliaria en España

[a] *Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, IDIPHISA, Majadahonda, Madrid, España*
[b] *Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*
[c] *Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España*
[d] *Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España*
[e] *Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*
[f] *Servicio de Nefrología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España*
[g] *Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*
[h] *Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de la Princesa, IIS-Princesa, Madrid, España*
[i] *Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Navarra; Instituto Navarro para la Investigación de la Salud (IDISNA), Pamplona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:
Hemodiálisis domiciliaria
Hemodiálisis domiciliaria asistida
Cuidador
Diálisis domiciliaria
Organización sanitaria
Encuesta nacional

RESUMEN

Introducción: La hemodiálisis domiciliaria (HDD) asistida constituye una estrategia emergente para ampliar el acceso a las terapias domiciliarias en pacientes con enfermedad renal crónica que presentan limitaciones funcionales o dificultades para realizar la técnica de forma autónoma. Sin embargo, existe escasa información sobre su implantación real en España y sobre el perfil de los cuidadores implicados.
Métodos: Se realizó una encuesta nacional, estructurada y anónima, promovida por el Grupo de Trabajo de HDD de la Sociedad Española de Nefrología, dirigida a todas las unidades de hemodiálisis domiciliaria en España. El cuestionario, compuesto por 30 preguntas en seis secciones temáticas, fue respondido por un único profesional por centro y abordó aspectos organizativos, características de los pacientes en HDD asistida, perfil y carga del cuidador, recursos disponibles, ventajas percibidas y barreras para la implementación de programas estructurados de HDD asistida.
Resultados: Participaron 39 centros de 14 comunidades autónomas, mayoritariamente hospitales públicos. Se reportaron 311 pacientes prevalentes en hemodiálisis domiciliaria, de los cuales el 26% recibían HDD asistida. Más del 30% de estos pacientes eran mayores de 70 años y el acceso vascular predominante fue el catéter. Las principales indicaciones para HDD asistida fueron movilidad reducida, miedo a realizar la técnica de forma autónoma y deterioro cognitivo. El perfil del cuidador fue mayoritariamente femenino y familiar, con escasa presencia de cuidadores contratados y limitada evaluación sistemática de su sobrecarga.
Conclusiones: La HDD asistida permite ampliar el acceso a la HDD en una población envejecida, frágil y con limitaciones funcionales, pero su desarrollo en España es heterogéneo y depende en gran medida del soporte informal del cuidador. Resulta necesario avanzar hacia modelos estructurados de HDD asistida que incluyan financiación, recursos humanos y apoyo formal al cuidador para garantizar una implantación equitativa, segura y sostenible.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: josem.portoles@salud.madrid.org (J. Portolés).
[1] Grupo de Trabajo de Apoyo y Promoción de la Hemodiálisis Domiciliaria en España.
[2] RICORS RD24/0004/0028.

https://doi.org/10.1016/j.nefro.2026.501578
Recibido el 5 de mayo de 2026; Aceptado el 11 de mayo de 2026
On-line el 14 de mayo de 2026
0211-6995/© 2026 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Keywords:
Home hemodialysis
Assisted home hemodialysis
Caregiver
Home dialysis
Healthcare organization
National survey

ABSTRACT

Introduction: Assisted home hemodialysis (assisted HHD) has emerged as a strategy to expand access to home-based dialysis therapies in patients with chronic kidney disease who have functional limitations or difficulties performing the technique independently. However, data on its real-world implementation in Spain and on the profile of caregivers involved remain limited.

Methods: A national, structured, and anonymous survey was conducted under the auspices of the Home Hemodialysis Working Group of the Spanish Society of Nephrology. The survey was addressed to all home hemodialysis units in Spain. The questionnaire comprised 30 items distributed across six thematic sections and was completed by a single healthcare professional per center. It collected information on organizational aspects, characteristics of patients receiving assisted HHD, caregiver profile and burden, available resources, perceived benefits, and barriers to the implementation of structured assisted HHD programs.

Results: A total of 39 centers from 14 autonomous communities participated, most of them public hospitals. Overall, 311 prevalent patients on home hemodialysis were reported, of whom 26% were receiving assisted HHD. More than 30% of these patients were older than 70 years, and central venous catheters were the predominant vascular access. The main indications for assisted HHD were reduced mobility, fear of performing the technique independently, and cognitive impairment. Caregivers were predominantly family members and mostly female, with limited involvement of paid caregivers and scarce systematic assessment of caregiver burden.

Conclusions: Assisted HHD enables access to home hemodialysis in an older, frail population with functional limitations. However, its development in Spain remains heterogeneous and largely dependent on informal caregiving. Advancing toward structured assisted HHD models that incorporate appropriate funding, dedicated human resources, and formal caregiver support is essential to ensure equitable, safe, and sustainable implementation.

Introducción

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo en la incidencia y la prevalencia de la hemodiálisis domiciliaria (HDD), tanto en España como en el conjunto de Europa[1]. Este crecimiento se ha visto favorecido, en parte, por los avances tecnológicos asociados a la introducción de monitores de bajo flujo, que han reducido de forma significativa los costes de instalación respecto a los sistemas convencionales. Asimismo, su mayor sencillez de manejo, portabilidad y el perfil de seguridad asociado a su uso han contribuido a una mayor aceptabilidad de esta modalidad por parte de los pacientes[2,3]. A ello se suma el desarrollo de sistemas de tele-monitorización y seguimiento remoto, que han permitido mejorar la seguridad y la accesibilidad de la HDD en la práctica clínica habitual[4].

La evidencia disponible indica que los esquemas de hemodiálisis frecuente de bajo flujo presentan una supervivencia no inferior a la de la diálisis peritoneal (DP) y se asocian a una mejoría significativa de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Además, estas modalidades permiten preservar la autonomía del paciente y se relacionan con beneficios clínicos adicionales, como un mejor control del fósforo, de la anemia y de la presión arterial[5-7]. En este contexto, la HDD se considera una opción especialmente adecuada cuando es elegida por el paciente y no existen contraindicaciones para su utilización.

No obstante, a pesar de estos beneficios y del aumento observado en los registros europeos, la implantación global de las técnicas domiciliarias continúa siendo limitada. En la actualidad, la suma de HDD y DP representa aproximadamente el 5,8% del total de pacientes en tratamiento sustitutivo renal (TSR)[1]. España sigue la tendencia europea, manteniéndose entre los países con menor implantación de HDD. Existen, además, importantes desigualdades territoriales: no todas las comunidades autónomas ofrecen el mismo grado de apoyo para la implementación de estas técnicas y, en muchos casos, el acceso depende del hospital de referencia del paciente. Esta variabilidad pone de manifiesto la necesidad de incorporar de forma explícita las terapias domiciliarias en los documentos estratégicos sobre enfermedad renal crónica (ERC) y de desarrollar políticas específicas a nivel autonómico —en términos de formación, financiación e infraestructuras— que faciliten su acceso a todos los pacientes potencialmente candidatos.

Desde el punto de vista operativo, la HDD exige un proceso de entrenamiento complejo, que requiere que el paciente adquiera habilidades técnicas para el montaje del circuito, la conexión y desconexión, la realización del tratamiento y el manejo de posibles complicaciones. Este entrenamiento suele ser más exigente que el requerido para la DP y consume una mayor cantidad de tiempo y recursos profesionales. Como consecuencia, no es infrecuente que los propios médicos restrinjan la oferta de HDD a pacientes considerados capaces de completar este proceso de forma autónoma, excluyendo a personas con fragilidad, limitaciones físicas o cognitivas.

En este contexto, la HDD asistida emerge como un elemento clave para favorecer la expansión de la HDD. Esta modalidad está dirigida a pacientes que no pueden gestionar completamente su tratamiento de forma independiente y permite que se beneficien de la HDD mediante el apoyo parcial o total de un cuidador, ya sea un familiar o un profesional. La HDD asistida amplía, por tanto, el acceso a las terapias domiciliarias a perfiles de pacientes tradicionalmente excluidos por criterios de autonomía funcional. Sin embargo, en el sistema sanitario español la figura del cuidador del paciente renal no está formalmente reconocida ni estructurada, y no existen ayudas específicas por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la contratación de cuidadores profesionales en el domicilio ni para los familiares que asumen este rol de forma habitual.

A pesar del interés creciente por la HDD asistida, existe una notable falta de información sobre su implementación real en España, el perfil de los pacientes que la utilizan y, especialmente, sobre las características, la carga y las condiciones de los cuidadores implicados. Con el objetivo de abordar esta laguna de conocimiento, se diseñó una encuesta nacional dirigida a profesionales sanitarios implicados en programas de HDD, orientada a describir la situación actual de la HDD asistida en nuestro país.

El objetivo de este estudio es: a) caracterizar la implantación de la HDD asistida en España; b) describir el perfil de los pacientes y de los cuidadores implicados, y c) analizar las ventajas, las barreras y los desafíos percibidos para el desarrollo y la ampliación de programas de hemodiálisis domiciliaria asistida.

Métodos

En mayo de 2025, el Grupo de Trabajo de HDD de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) diseñó y distribuyó una encuesta nacional dirigida a todos los hospitales con HDD en España, utilizando los canales habituales de comunicación.

La encuesta fue estructurada, anónima y concebida para ser respondida por una única persona por centro, ya fuera un nefrólogo o enfermero con responsabilidad directa en el programa de HDD. Todos los centros participantes otorgaron su consentimiento para la publicación de los resultados agregados.

El cuestionario (Material suplementario 1) constaba de 30 preguntas, organizadas en seis secciones temáticas:

1. *Datos generales del profesional sanitario encuestado:* profesión, tipo de centro y comunidad autónoma.
2. *Práctica de la HDD:* número de pacientes en programa, indicaciones para HDD asistida, tipo de acceso vascular, edad y sexo de los pacientes, y tareas que requieren apoyo.
3. *Perfil del cuidador:* número de cuidadores por paciente, tipo de ayuda ofrecida, relación con el paciente, edad, sexo y situación laboral.
4. *Apoyo y evaluación del cuidador:* utilización de escalas de sobrecarga o *burnout*, recursos disponibles y percepción sobre la adecuación del apoyo ofrecido.
5. *Percepción de la HDD asistida:* ventajas percibidas, momento idóneo para ofrecer la técnica y barreras para su implementación.
6. *Opinión general:* rol ideal del cuidador en el modelo sanitario, comentarios adicionales y consentimiento para el uso de los datos con fines de investigación.

Se definió HDD asistida como aquella modalidad en la que el cuidador asume la mayor parte de las tareas técnicas relacionadas con el tratamiento —preparación, programación, conexión y seguimiento —, diferenciándola de situaciones de apoyo no técnico o puntual, como el acompañamiento o la ayuda logística con el material.

Los resultados se expresaron como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y como mediana y rango intercuartílico (RIC) para las variables continuas.

Resultados

Características de los centros y actividad en HDD

Un total de 39 centros participaron en la encuesta, representando a 14 de las 17 comunidades autónomas de España. Las regiones con mayor participación fueron la Comunidad de Madrid (8 centros), la Comunidad Valenciana (6), Cataluña (5) y Galicia (4). La práctica totalidad de los centros correspondían a hospitales públicos (97%).

De los centros encuestados, 33 afirmaron ofrecer la modalidad de HDD siempre que fuera clínicamente posible. La mediana de pacientes tratados por centro durante el último año fue de 6 pacientes (RIC: 3,5-12,5). En conjunto, los centros reportaron 311 pacientes prevalentes en programa de HDD en el momento de la encuesta, con una mediana de 5 pacientes por centro (RIC: 3-12).

Implantación de la hemodiálisis domiciliaria asistida

Del total de pacientes prevalentes tratados con HDD, el 26% (n = 81) recibían HDD asistida, con una mediana de un paciente por centro (RIC: 1-3). Más del 30% de estos pacientes eran mayores de 70 años, y el acceso vascular más frecuentemente utilizado fue el catéter venoso central, presente en el 90% de los casos.

Las principales razones identificadas para requerir HDD asistida fueron la movilidad reducida (27 casos), el miedo a realizar la técnica de forma autónoma (21 casos) y el deterioro cognitivo leve (3 casos); en 30 pacientes se recogieron otras causas no especificadas. La mayoría de los pacientes disponía de un único cuidador, aunque en 8 casos se requería la participación de dos o más cuidadores.

Grado de autonomía y tareas que requieren apoyo

En relación con el grado de autonomía, el 39% de los pacientes en HDD asistida necesitaba ayuda completa para la realización de la técnica. Las tareas que con mayor frecuencia requerían apoyo fueron la conexión o punción del acceso vascular (82,1%) y el montaje de la máquina (58,9%). Otras actividades, como la toma de constantes vitales o la administración de medicación, requirieron apoyo con menor frecuencia.

Perfil de los cuidadores

El perfil de los cuidadores fue predominantemente femenino (74,4%), frente a un 25,6% de hombres. En la mayoría de los casos se trataba de familiares, fundamentalmente parejas (75%) e hijos/as (16%). Solo el 6,2% correspondía a cuidadores contratados.

En cuanto a la edad, el 65,9% de los cuidadores tenía entre 50 y 70 años, y el 15,3% era mayor de 70 años. Desde el punto de vista laboral, el 41,5% se encontraba jubilado y el 37,8% mantenía una actividad laboral activa (fig. 1).

Formación, apoyo y carga del cuidador

En relación con el manejo del tratamiento según el tipo de cuidador, 33 centros refirieron diferencias en la práctica asistencial. En 18 centros el proceso de entrenamiento fue descrito como distinto cuando se realizaba con un cuidador en comparación con el propio paciente, siendo más rápido en el caso de los cuidadores, aunque asociado a miedos y barreras específicas.

Solo 3 centros realizaban un seguimiento sistemático de la sobrecarga del cuidador, mediante la escala de Zarit[8] o entrevistas privadas, y 15 centros ofrecían algún tipo de apoyo psicológico. En 26 centros el apoyo institucional al cuidador fue considerado insuficiente o inexistente. Los principales desafíos señalados fueron el riesgo de *burnout*, la falta de apoyo institucional y, en algunos casos, la formación técnica insuficiente (fig. 2).

Barreras, ventajas y percepción profesional de la HDD asistida

Las principales barreras identificadas por los profesionales para la implementación de programas estructurados de HDD asistida fueron la falta de personal capacitado en los centros, las dificultades familiares para asumir el rol técnico, los costes asociados a la contratación de personal domiciliario y las limitaciones presupuestarias en determinadas comunidades autónomas.

Entre las ventajas más destacadas de la HDD se señalaron la mayor comodidad para el paciente, la mejor calidad de vida, la reducción del riesgo de infecciones nosocomiales, así como el mayor empoderamiento e individualización del tratamiento. La mayoría de los centros consideró que la HDD asistida debería entenderse como una responsabilidad compartida entre cuidadores/familiares y profesionales sanitarios, siempre con el respaldo del SNS.

Discusión

Este estudio constituye el primer análisis nacional que describe de forma sistemática la implementación de la HDD asistida y el perfil de los cuidadores implicados en España. Nuestros resultados aportan una visión integral de la práctica actual, incluyendo la organización de los programas, las características de los pacientes candidatos a HDD asistida, las tareas que requieren apoyo y las principales barreras estructurales percibidas por los profesionales. La participación de centros pertenecientes a 14 comunidades autónomas pone de manifiesto una marcada variabilidad geográfica y organizativa en

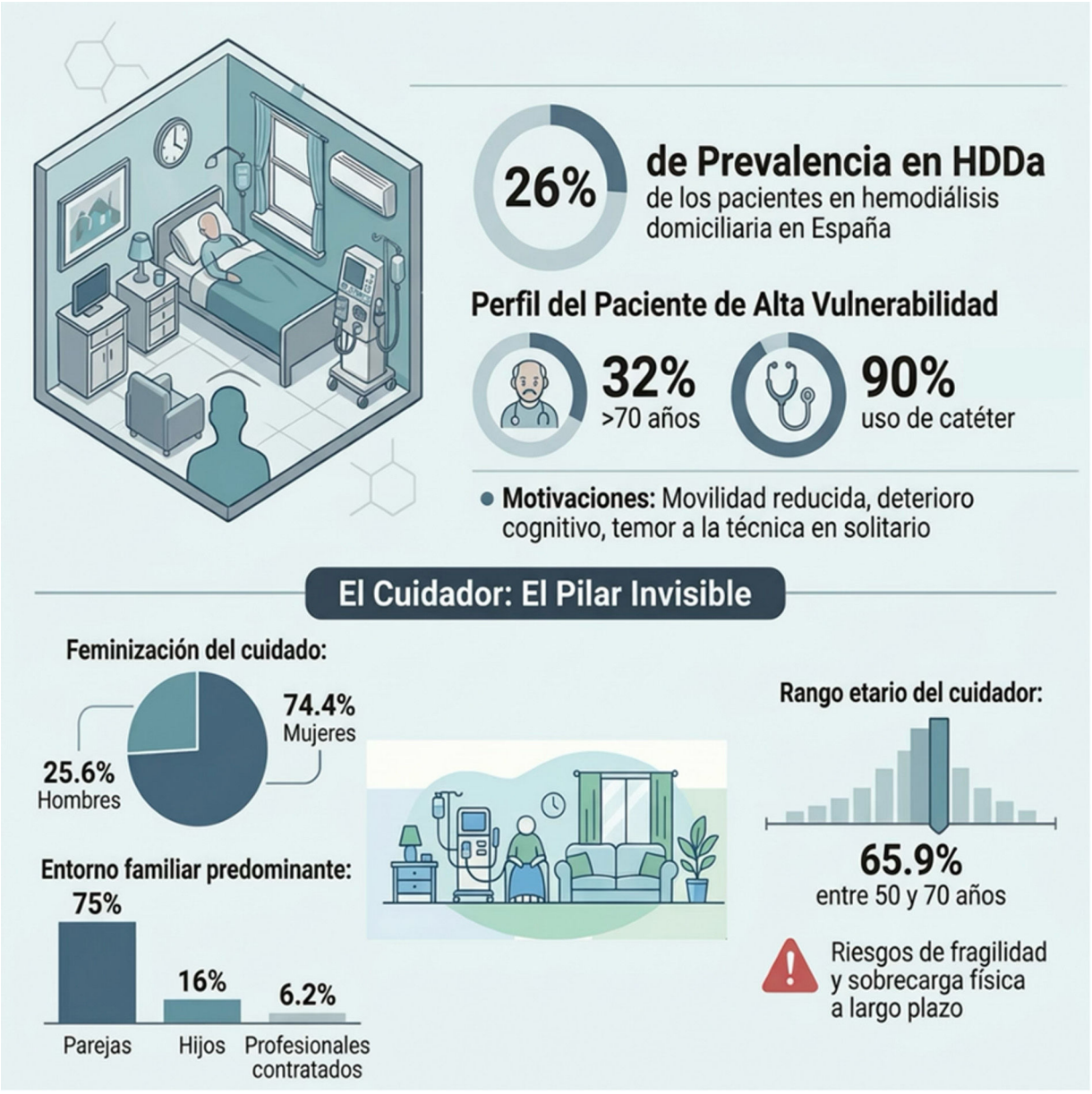

Figura 1. Perfil clínico y social de los pacientes en hemodiálisis domiciliaria asistida (HDDa) y de sus cuidadores en España.

la provisión de esta modalidad terapéutica, con un claro predominio del modelo público de asistencia.

A pesar de los beneficios ampliamente documentados de la hemodiálisis domiciliaria, su implantación en España continúa siendo limitada en comparación con otros países europeos con mayor tradición en terapias domiciliarias. En países como Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Suecia o Reino Unido, la prevalencia de HDD alcanza cifras entre el 2,7% y el 5,7% del total de pacientes en diálisis, porcentajes notablemente superiores a los observados históricamente en nuestro país[9]. No obstante, los registros europeos confirman que, aunque la incidencia y la prevalencia de las modalidades domiciliarias han aumentado en los últimos años en algunos países, su penetración global sigue siendo baja[1]. En nuestra cohorte, la mayoría de los centros encuestados ofrecía HDD siempre que fuera clínicamente viable, lo que refleja un interés creciente por parte del nefrólogo en priorizar técnicas domiciliarias. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que es posible un sesgo de selección, al haber participado principalmente centros con disponibilidad activa de HDD.

Desde el punto de vista clínico y operativo, la HDD es una técnica exigente que requiere habilidades técnicas, capacidad de aprendizaje y destreza manual, lo que limita su acceso a pacientes con discapacidad física, deterioro cognitivo o fragilidad funcional. En este contexto, la HDD asistida se perfila como una herramienta clave para ampliar el acceso a la diálisis domiciliaria, permitiendo que perfiles de pacientes tradicionalmente excluidos puedan beneficiarse de esta modalidad. Nuestros resultados muestran que la necesidad de asistencia se concentra en pacientes de edad avanzada, con más del 30% de los pacientes en HDD asistida mayores de 70 años, y con un uso predominante de catéteres vasculares. Este patrón es concordante con otros estudios que describen una mayor dependencia funcional y un uso más frecuente de catéteres en pacientes añosos o con mayor comorbilidad, con el objetivo de facilitar el manejo clínico y reducir complicaciones técnicas iniciales[10,11].

Las principales razones para requerir HDD asistida en nuestro estudio fueron la movilidad reducida, el miedo a realizar la técnica de forma autónoma y el deterioro cognitivo, hallazgos coherentes con la literatura que describe mayores necesidades de apoyo físico y

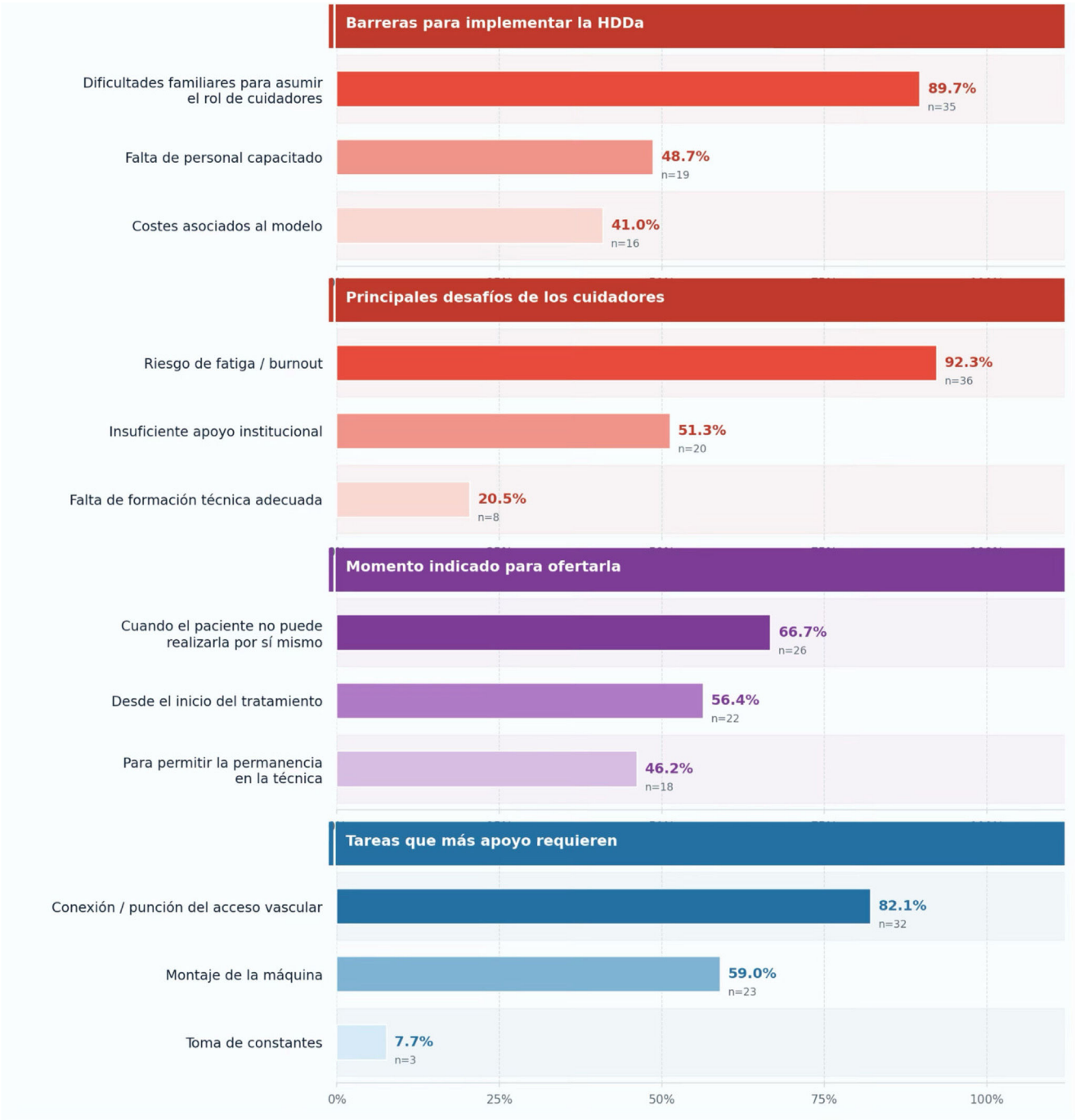

Figura 2. Barreras, desafíos, indicaciones y tareas asociadas a la HDD asistida según los centros participantes.

emocional en pacientes de edad avanzada o con fragilidad[12]. El hecho de que casi el 40% de los pacientes en HDD asistida precisara ayuda completa para la realización de la técnica subraya la importancia de estructurar programas específicos de apoyo al cuidador, dado que el grado de dependencia del paciente se asocia estrechamente con la carga asumida por el cuidador principal[13].

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es el perfil del cuidador. De forma consistente con datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística, nuestros resultados muestran un predominio de cuidadoras mujeres, mayoritariamente familiares —principalmente parejas e hijos— y con un porcentaje muy reducido de cuidadores contratados[14]. La edad avanzada de los cuidadores, con un 15,3% mayores de 70 años, plantea importantes consideraciones sobre su propia fragilidad física y emocional, así como sobre el riesgo de sobrecarga. Resulta especialmente llamativo que solo tres centros realizaran un seguimiento sistemático de la sobrecarga del cuidador, lo que constituye una clara llamada de atención sobre una dimensión escasamente integrada en la práctica asistencial[15].

En la actualidad, los «cuidadores no profesionales» de pacientes en HDD asistida no disponen de un respaldo institucional específico en el sistema sanitario español, salvo en aquellos casos en los que exista reconocimiento formal de situación de dependencia[16]. Pero en el caso de los cuidadores de los pacientes renales sin reconocimiento de dependencia, no existe actualmente ninguna ayuda para paliar la carga que esto puede suponer, tanto a nivel personal como laboral. La percepción generalizada de insuficiencia o inexistencia de apoyo institucional, reflejada en nuestra encuesta, se traduce en riesgo elevado de *burnout* y en una carga que afecta tanto a la esfera personal

Figura 3. Propuestas de mejora para el desarrollo de la hemodiálisis domiciliaria asistida.
SNS: Sistema Nacional de Salud.

como a la laboral del cuidador. Estos datos refuerzan la necesidad de modelos de HDD asistida que incorporen apoyo formal al cuidador, tanto desde el punto de vista formativo como emocional, con el objetivo de reducir la sobrecarga y mejorar los resultados clínicos y psicosociales de todos los implicados.

Desde una perspectiva práctica, las tareas que con mayor frecuencia requirieron apoyo fueron aquellas de mayor complejidad técnica, como la conexión o punción del acceso vascular y el montaje de la máquina. Este hallazgo coincide con la experiencia clínica habitual y pone de manifiesto la necesidad de estrategias de entrenamiento adaptadas específicamente al perfil del cuidador. Aunque los programas de formación con cuidadores fueron percibidos como más rápidos que los dirigidos a los propios pacientes, también se asociaron a miedos y barreras específicas, lo que sugiere la conveniencia de programas educativos estructurados y diferenciados.

Las ventajas de la HDD están ampliamente documentadas e incluyen una mayor comodidad para el paciente, mejor calidad de vida, reducción del riesgo de infecciones nosocomiales y un mayor empoderamiento[17]. La HDD asistida podría facilitar que un mayor número de pacientes accediera a estos beneficios. Sin embargo, las barreras para su implementación son múltiples y no se limitan al ámbito clínico. Las dificultades familiares para asumir el rol técnico, la falta de personal capacitado, los costes asociados y las limitaciones presupuestarias autonómicas ponen de relieve que se trata de un reto organizativo y socioeconómico. Estudios europeos previos han señalado que la adopción de la diálisis domiciliaria se ve condicionada por la heterogeneidad de las políticas sanitarias, la ausencia de incentivos claros y la falta de estructuras asistenciales adaptadas al domicilio[18].

En este contexto, la mayoría de los centros encuestados consideró que la HDD asistida debe entenderse como una responsabilidad compartida entre cuidadores, familiares y profesionales sanitarios, con el respaldo de un SNS sólido. El desarrollo de programas estructurados de HDD asistida requiere formación continuada, apoyo clínico remoto, supervisión sistemática y financiación específica (fig. 3). Avanzar hacia un programa nacional de HDD asistida integrado en la planificación sanitaria permitiría no solo facilitar el acceso a la HDD en pacientes sin cuidador mediante apoyo profesional domiciliario, sino también ofrecer soporte, formación y seguimiento a los cuidadores existentes, contribuyendo a un modelo más equitativo, eficiente y centrado en el paciente.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, debe señalarse que se trata de un estudio de carácter descriptivo, cuyo objetivo principal es caracterizar y visibilizar la realidad asistencial de la HDD en España desde la perspectiva de los profesionales, y no establecer relaciones causales ni asociaciones inferenciales. El cuestionario empleado no ha sido previamente validado y se basa en la percepción de los profesionales, con el consiguiente riesgo de sesgo de respuesta. Asimismo, la participación voluntaria y el posible mayor compromiso de los centros encuestados con programas de HDD pueden limitar la representatividad y sobreestimar su disponibilidad real en España. La ausencia de datos clínicos individuales impide establecer asociaciones causales y obliga a interpretar los resultados como una descripción de la práctica actual.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aborda una de las lagunas más relevantes del sistema sanitario actual al situar el foco en la figura del cuidador, tradicionalmente infrarrepresentada pero cada vez más esencial en un contexto de envejecimiento y creciente dependencia. Nuestros resultados refuerzan un mensaje clave: el cuidador constituye un eje fundamental del modelo de atención domiciliaria, y su adecuada formación, apoyo y reconocimiento institucional son imprescindibles para garantizar la sostenibilidad y la calidad de la hemodiálisis domiciliaria asistida en España.

Futuros estudios deberán incorporar la perspectiva directa de pacientes y cuidadores para complementar los hallazgos obtenidos desde el ámbito profesional.

Conclusiones

La HDD asistida representa una modalidad emergente en España que permite ampliar el acceso a las terapias domiciliarias a pacientes frágiles y con limitaciones funcionales que, de otro modo, quedarían excluidos de estas opciones. Su desarrollo constituye una oportunidad relevante para avanzar hacia un modelo de atención más equitativo, centrado en el paciente y orientado al domicilio.

La consolidación de la HDD asistida requiere la implementación de estrategias organizativas a nivel nacional que incluyan financiación específica, recursos humanos adecuados y soporte profesional estructurado. Estas medidas son esenciales tanto para facilitar el acceso a pacientes sin cuidador como para proporcionar formación, apoyo y seguimiento a los cuidadores existentes, garantizando así una expansión segura, equitativa y sostenible de esta modalidad de tratamiento en el sistema sanitario español.

Financiación

EGM y JP han recibido fondos para investigación del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) mediante el programa RICORS2040-Renal (RD24/0004/0028) cofinanciado por la Unión Europea (fondos FEDER) y el proyecto PI25/01000. Las investigaciones de MAB están financiadas por el ISCIII mediante el programa RICORS2040-Renal (RD24/0004/0028) cofinanciado por la Unión Europea (fondos FEDER) y PI25/00413.

Conflicto de intereses

EGM y JP han recibido financiación para congresos por Palex, MAB ha recibido honorarios por conferencias, consultoría o apoyo para viajes de Fresenius Medical Care, Laboratorio Rubió, SPA Farma Ibérica y CSL-Vifor. El resto de autores no tienen conflicto de intereses con el contenido del artículo.

Agradecimientos

Agradecemos la participación a todos los miembros del grupo trabajo Apoyo y Promoción de la Hemodiálisis Domiciliaria en España

que hayan respondido a esta encuesta anónima, haciendo posible la generación de los datos que soporta este artículo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.nefro.2026.501578.

Bibliografía

1. Slon-Roblero MF, Stel VS, Sanchez-Alvarez E, Manrique Escola J, Fraga Dias BJ, Auñón AS, et al. Trends in home dialysis over the last decade in Europe: an ERA Registry study. Nephrol Dial Transplant. 2026;41:457–75, http://doi.org/10.1093/ndt/gfaf171
2. Clark WR, Turk JEJ. The NxStage System One. Semin Dial. 2004;17:167–70, http://doi.org/10.1111/j.0894-0959.2004.17220.x
3. Cherukuri S, Bajo M, Colussi G, Corciulo R, Fessi H, Ficheux M, et al. Home hemodialysis treatment and outcomes: retrospective analysis of the Knowledge to Improve Home Dialysis Network in Europe (KIHDNEy) cohort. BMC Nephrol. 2018;19:262, http://doi.org/10.1186/s12882-018-1059-2
4. Gautier N, Ficheux M, Henri P, Lanot A, Béchade C, Allard B. Innovations en hémodialyse à domicile: innovations in home hemodialysis. Nephrol Ther. 2022;18:5S2–11S, http://doi.org/10.1016/S1769-7255(23)00004-4
5. Jaber BL, Schiller B, Burkart JM, Daoui R, Kraus MA, Lee Y, et al. Impact of short daily hemodialysis on restless legs symptoms and sleep disturbances. Clin J Am Soc Nephrol. 2011;6:1049–56, http://doi.org/10.2215/CJN. 10451110
6. Ayus JC, Mizani MR, Achinger SG, Thadhani R, Go AS, Lee S. Effects of short daily versus conventional hemodialysis on left ventricular hypertrophy and inflammatory markers: a prospective, controlled study. J Am Soc Nephrol. 2005;16:2778–88, http://doi.org/10.1681/ASN. 2005040392
7. Jefferies HJ, Virk B, Schiller B, Moran J, McIntyre CW. Frequent hemodialysis schedules are associated with reduced levels of dialysis-induced cardiac injury (myocardial stunning). Clin J Am Soc Nephrol. 2011;6:1326–32, http://doi.org/10.2215/CJN. 05200610
8. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20:649–55, http://doi.org/10.1093/geront/20.6.649
9. Pérez-Alba A, Barril-Cuadrado G, Castellano-Cerviño I, Martín-Reyes G, Pérez-Melón C, Slon-Roblero F, et al. Hemodiálisis domiciliaria en España. Nefrología. 2015;35:1–5, http://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Oct.12751
10. Roldão M, Figueiredo C, Escoli R, Gonçalves H, Sofia F, Lopes K. Vascular access type and mortality in elderly incident hemodialysis patients. Nefrol (Engl Ed). 2023;43:452–7, http://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.02.007
11. Ko GJ, Rhee CM, Obi Y, Chang TI, Soohoo M, Kim TW, et al. Vascular access placement and mortality in elderly incident hemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant. 2020;35:503–11, http://doi.org/10.1093/ndt/gfy254
12. Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. N Engl J Med. 2009;361:1539–47, http://doi.org/10.1056/nejmoa0904655
13. Crespo Montero R, Arroyo Priego E, Arana Ruiz AI, Garrido Blanco R. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. Enferm Nefrol. 2018;21:213–24, http://doi.org/10.4321/S2254-28842018000300002
14. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Madrid: 2020.
15. Cohen LM, Germain MJ. Caregiver burden and hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2014;9:840–2, http://doi.org/10.2215/CJN. 02690314
16. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Los cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia pueden suscribir un convenio especial con la Seguridad Social sin coste alguno. 2019, https://www.inclusion.gob.es/ca/w/los-cuidadores-no-profesionales-de-personas-en-situacion-de-dependencia-pueden-suscribir-un-convenio-especial-con-la-seguridad-social-sin-coste-alguno.
17. Perl J, Brown EA, Chan CT, Couchoud C, Davies SJ, Kazancioğlu R, et al. Home dialysis: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) controversies conference. Kidney Int. 2023;103:842–58, http://doi.org/10.1016/j.kint.2023.01.006
18. Brown E, Brivio G, Biesen W. Towards a better uptake of home dialysis in Europe: understanding the present and looking to the future. Clin Kidney J. 2024;17:i3–12, http://doi.org/10.1093/ckj/sfae082