



Hospital Universitario La Paz

Hospital de Cantoblanco
Hospital Carlos III

 Comunidad de Madrid

IdiPAZ

Instituto de Investigación
Hospital Universitario La Paz

Hemodiálisis Corta Diaria

M. Auxiliadora Bajo
Unidad Diálisis Domiciliaria
Hospital Universitario la Paz





-
- Historia
 - Esquema de diálisis
 - Justificación
 - Adecuación
 - Beneficios
 - Supervivencia
 - Acceso vascular
 - Indicaciones
 - HD domiciliaria



HD Corta Diaria ¿Un nuevo concepto?

A New Automatic Coil Dialyzer System for 'Daily' Dialysis

JOHN R. DePALMA, EDWIN A. PECKER and
MORTON H. MAXWELL

Department of Medicine Cedars-Sinai Medical Center and U.C.L.A. School of Medicine,
Los Angeles, California, U.S.A.

Proc Eur Dial Transp Assoc 6: 410-418, 1969

- Resurgimiento en la última década
 - HD domiciliaria
- Otras propuestas
 - Terapia de rescate
 - Unidades de cuidados intensivos



Esquema de diálisis

- Pauta habitual
 - 5-7 días/semana
 - 1.5-3 horas/sesión
- Lugar de realización
 - Centro
 - Domicilio
- Acceso Vascular
 - Fístula AV
 - Catéter



Justificación ¿Por qué?

Mejora de
la eficacia

Mejora de
la estabilidad
hemodinámica

Si la frecuencia de diálisis cambia, hay que utilizar fórmulas diferentes para calcular la dosis

Guías S.E.N.



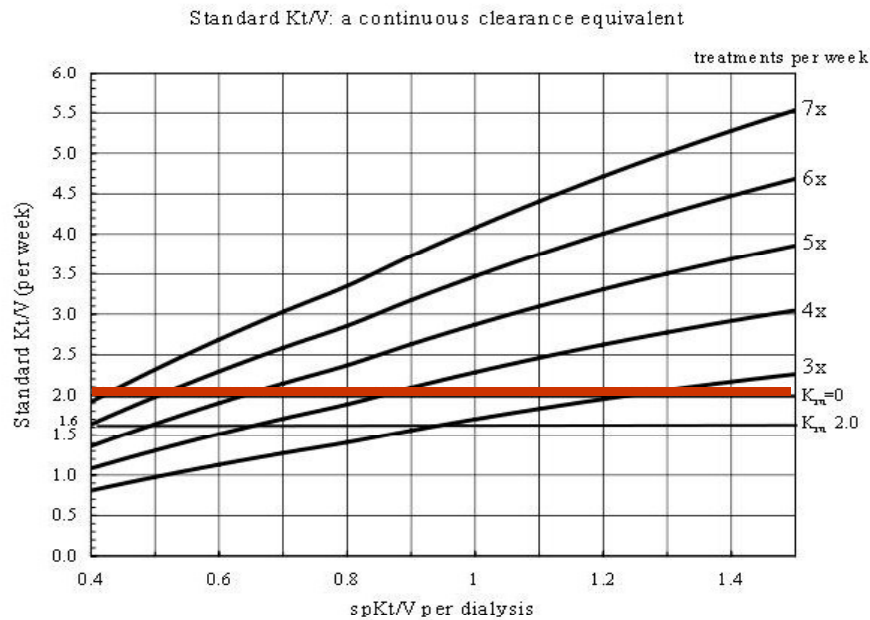
Dosis independiente de la frecuencia

| | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|
| EKR (ml/min) | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Kt/V estándar | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| PRU semanal (%) | 210 | 225 | 219 | 219 |

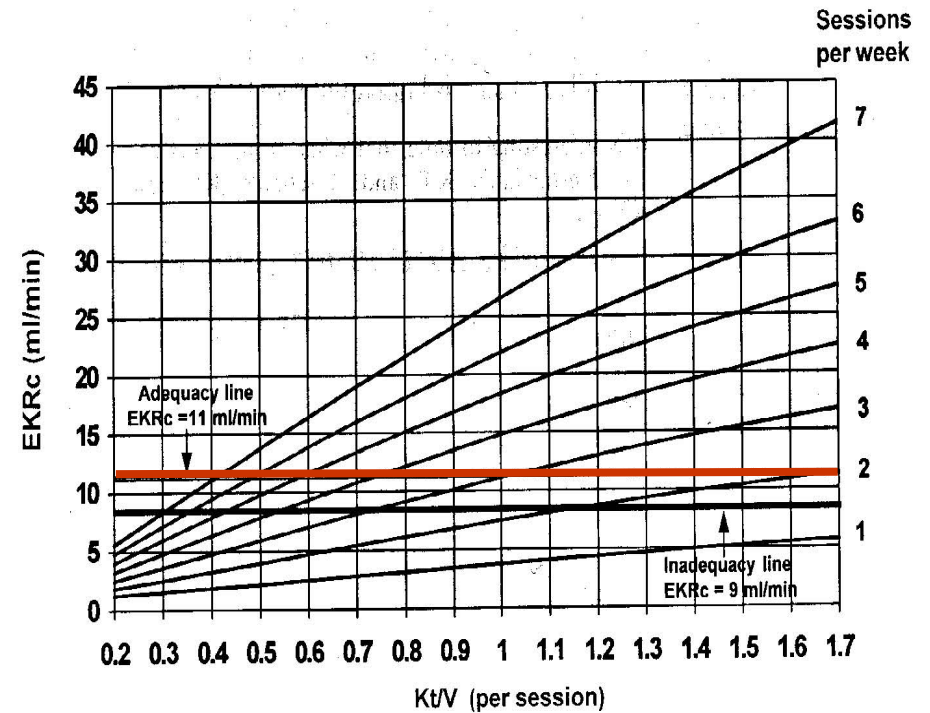
EKR: aclaramiento renal equivalente de urea; Kt (l): dosis de diálisis que se indica por la multiplicación del K (ml/min, medido por dialisancia iónica) por el tiempo de diálisis (min); PRU: porcentaje de reducción de la urea

KT/V estándar

Aclaramiento renal equivalente de urea



Reproduced with permission from Daugirdas JT. Urea Kinetic Modeling. HDCN (Hypertension, Dialysis, and Clinical Nephrology, <http://www.hdcn.com>)





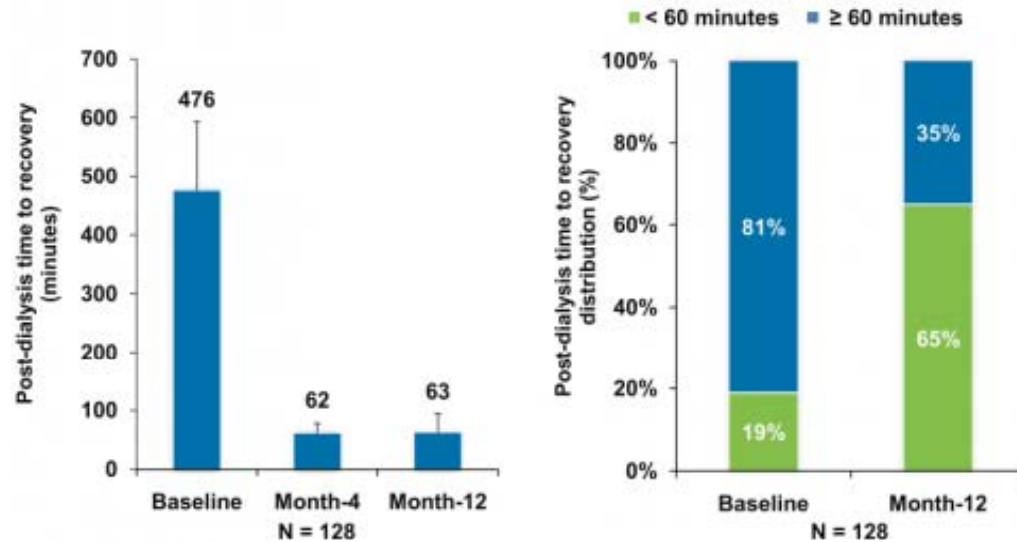
A igual tiempo: niveles mas bajos de urea prediálisis

Change from three times a week on-line hemodiafiltration to short daily on-line hemodiafiltration *Kidney International, Vol. 64 (2003), pp. 305-313*

FRANCISCO MADUELL, VICTOR NAVARRO, EDUARDO TORREGROSA, ASUNCIÓN RIUS, FERNANDO DICENTA, MARIA CARMEN CRUZ, and J. ANTONIO FERRERO

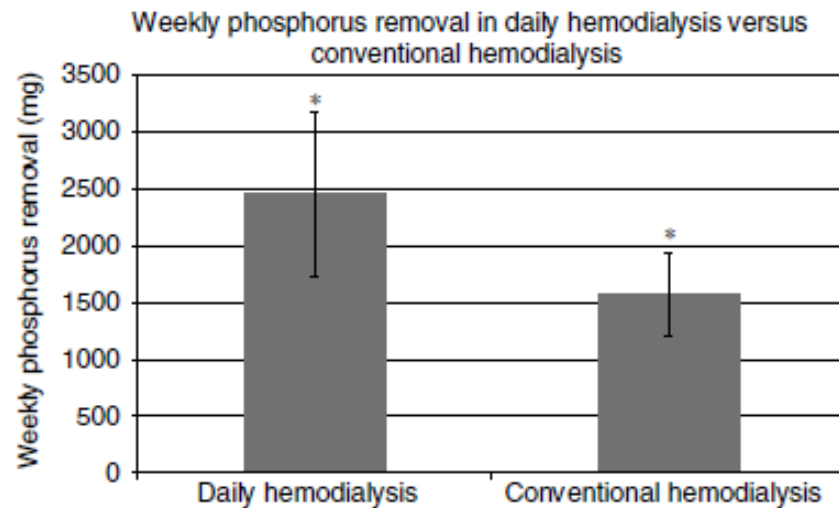
- Desaparición de la fatiga postdiálisis
- Mejor adecuación de la diálisis (EKR, Kt/V estándar)
- Mayor eliminación de moléculas de pequeño y mediano tamaño
- Reducción quelantes del fósforo

A prospective study of Medicare patients who convert to home short daily HD (6 time/week) with the NxStage® System One™



Phosphorus balance and mineral metabolism with 3 h daily hemodialysis

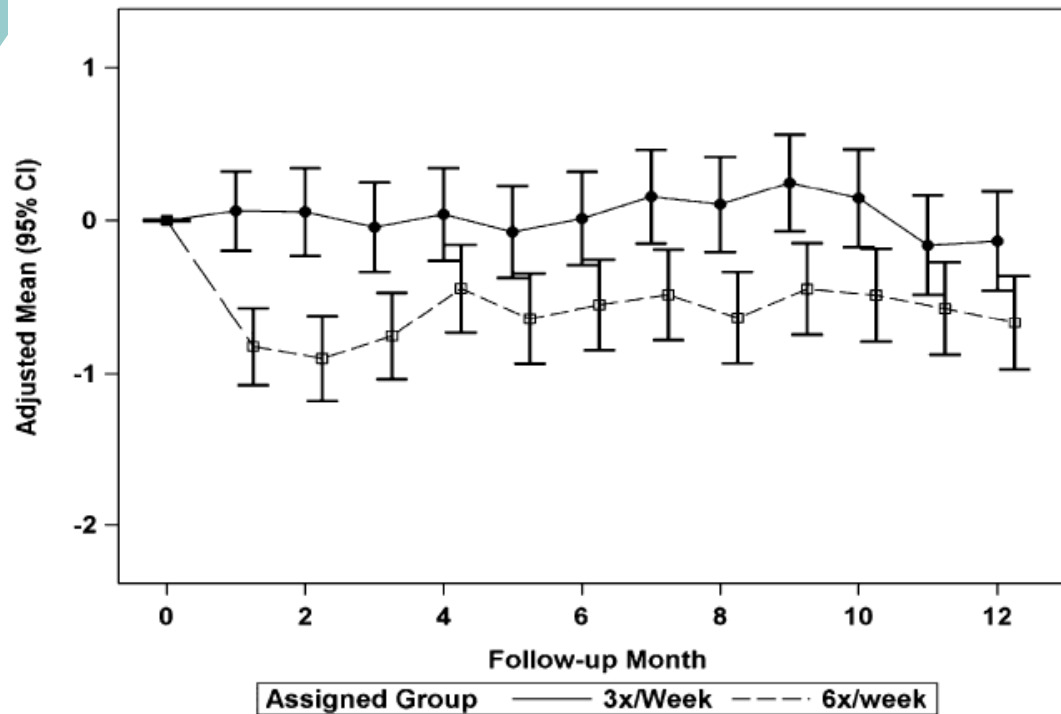
JC Ayus¹, SG Achinger^{1,4}, MR Mizani¹, GM Chertow², W Furmaga³, S Lee^{1,4} and F Rodriguez^{1,5}



Mayor eliminación de fósforo
Mantiene estado nutricional
Disminuye uso quelantes del P

Effects of Frequent Hemodialysis on Measures of CKD Mineral and Bone Disorder

John T. Daugirdas,* Glenn M. Chertow,[†] Brett Larive, Andreas Pierratos,[§] Tom Greene,^{||} Juan Carlos Ayus,[¶] Cynthia A. Kendrick,[‡] Sam H. James,** Brent W. Miller,^{††} Gerald Schulman,^{‡‡} Isidro B. Salusky,^{§§} Alan S. Klinger,^{|||} and the Frequent Hemodialysis Network (FHN) Trial Group^{¶¶}

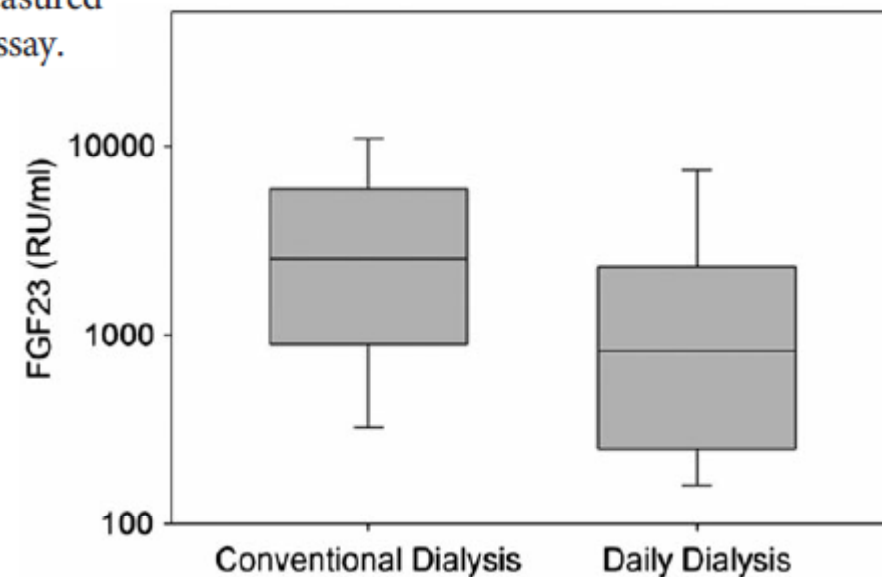


Reducción media del fósforo
0.46 mg/dl

Reducción de la dosis equivalente de quelante del P
1.35 g/día

FGF-23: un marcador sensible

Methods. We therefore performed a cross-sectional study to compare FGF23 levels as well as other biochemical variables between 24 patients undergoing short daily hemodialysis using the NxStage System[®] and 54 patients treated with conventional in-center hemodialysis. FGF23 levels were measured using the second-generation Immutopics[®] C-terminal assay.



Short daily hemodialysis is associated with lower plasma FGF23 levels when compared with conventional hemodialysis

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

DECEMBER 9, 2010

VOL. 363 NO. 24

In-Center Hemodialysis Six Times per Week
versus Three Times per Week

The FHN Trial Group*

METHODS

Patients were randomly assigned to undergo hemodialysis six times per week (frequent hemodialysis, 125 patients) or three times per week (conventional hemodialysis, 120 patients) for 12 months. The two coprimary composite outcomes were death or change (from baseline to 12 months) in left ventricular mass, as assessed by cardiac

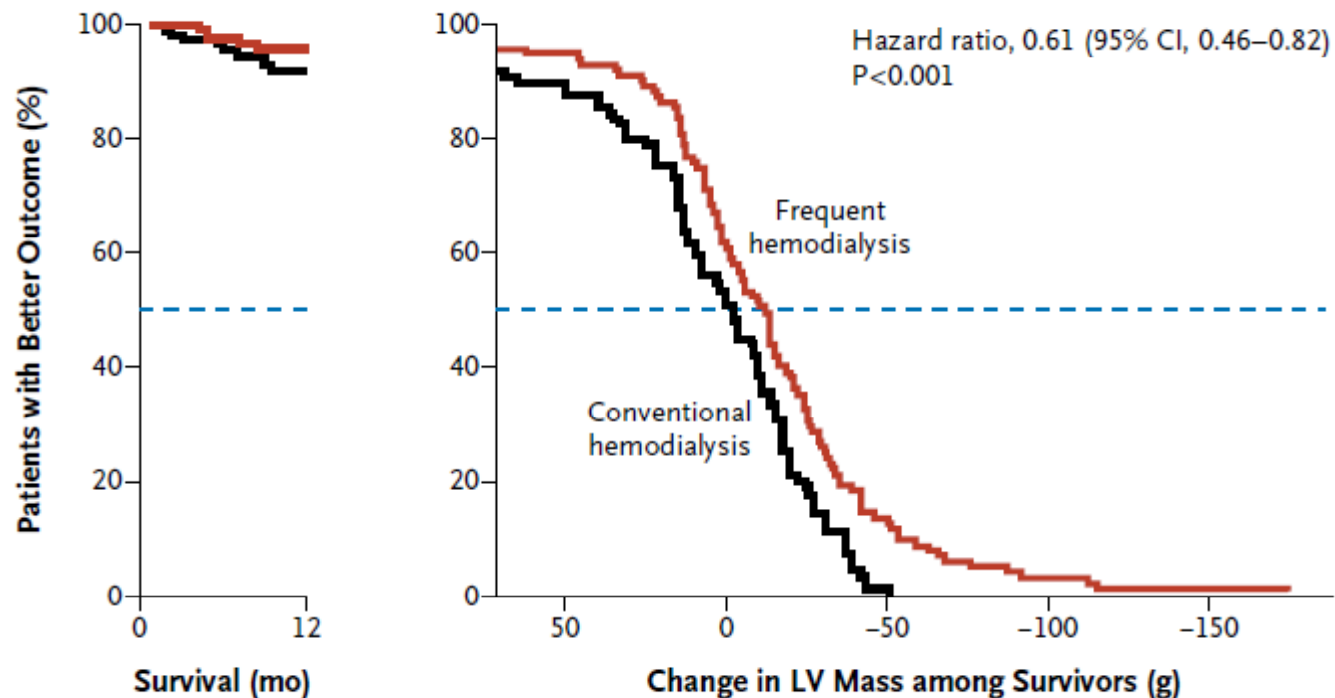
HD Frecuente

- 6 días /semana
- tiempo 1.5-2.75 h/sesión
- KT/V objetivo: 0.9

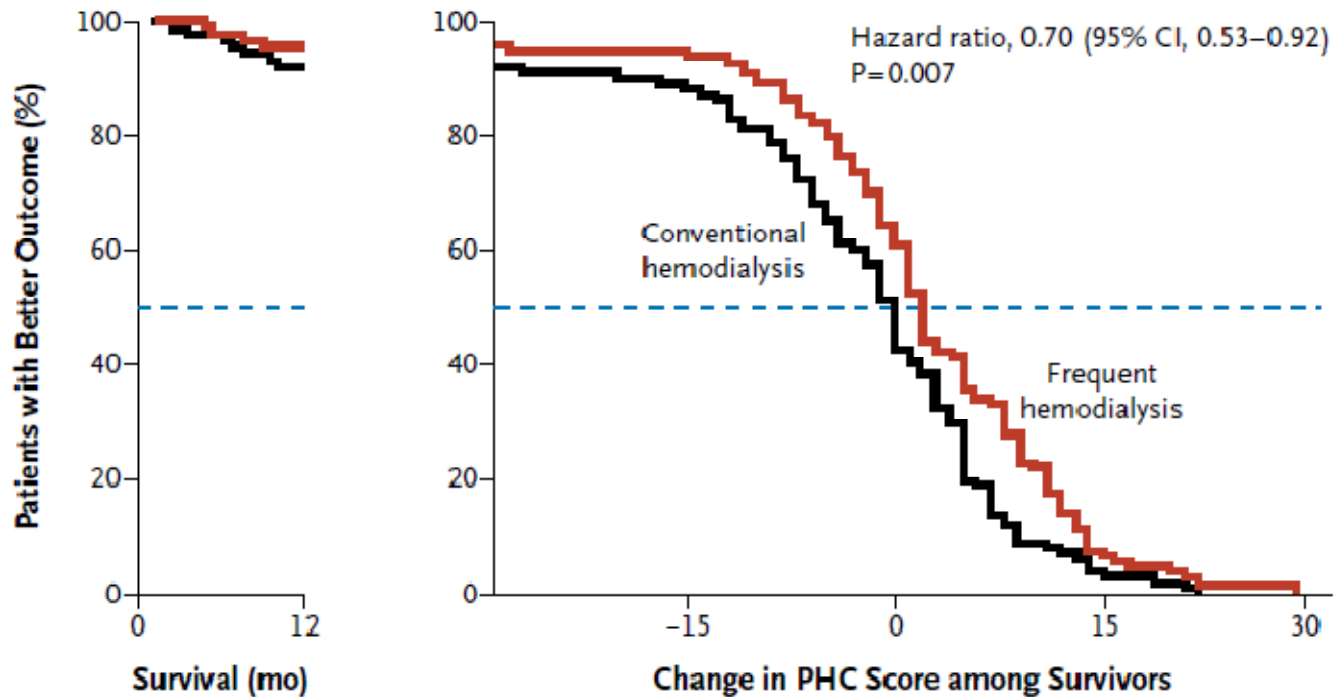
HD convencional

- 3 días /semana
- tiempo 2.5-4 h/sesión
- KT/V objetivo: 1.1

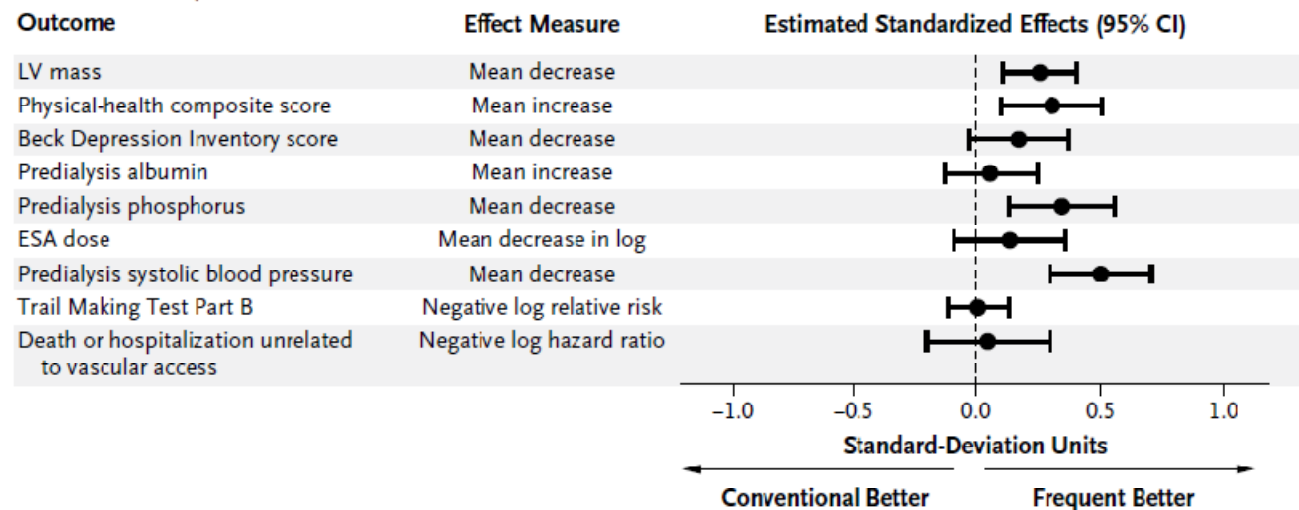
A Death or Change in LV Mass



B Death or Change in PHC Score



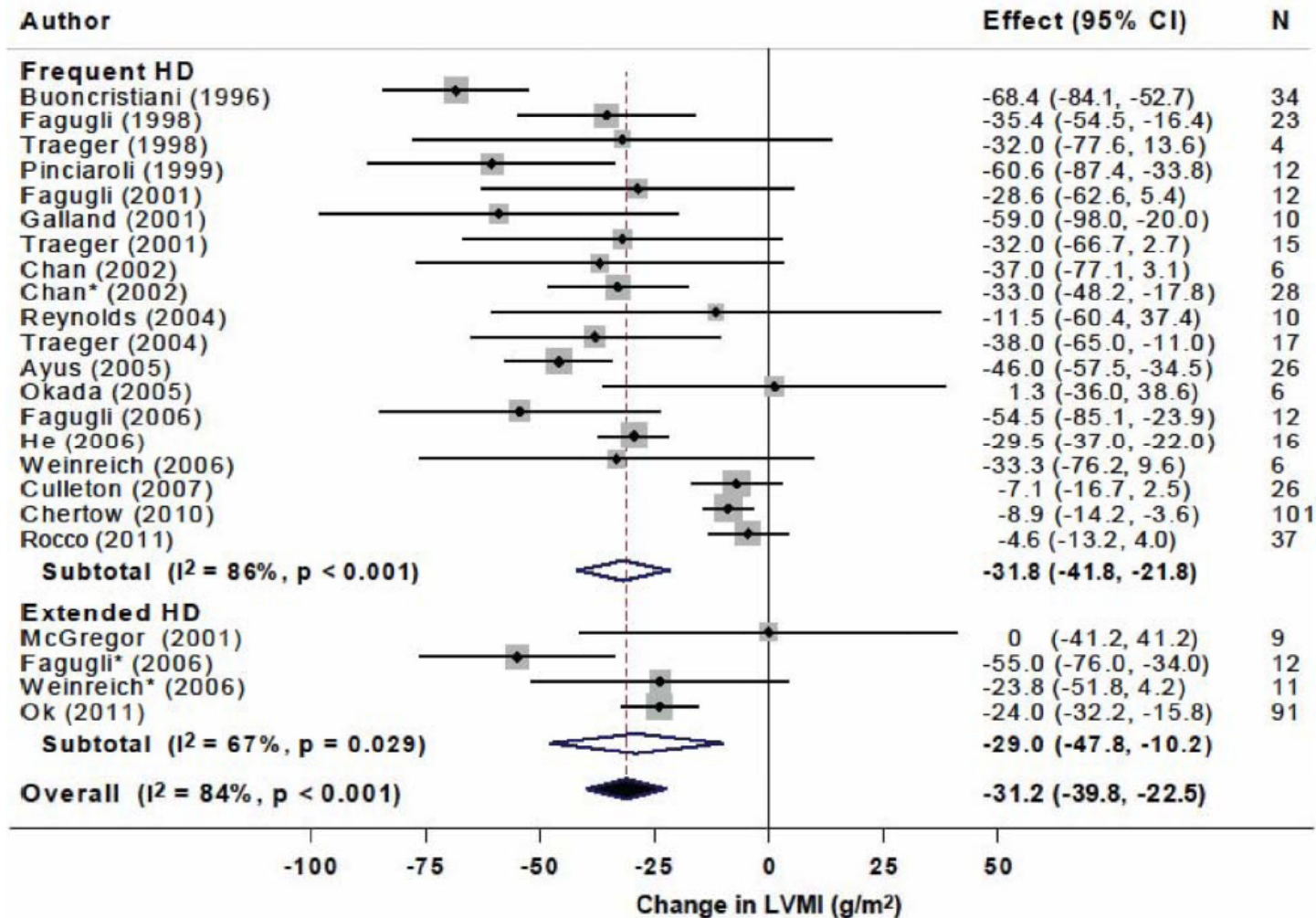
C Main Secondary Outcomes



Effect of Frequent or Extended Hemodialysis on Cardiovascular Parameters: A Meta-analysis

Paweena Susantitaphong, MD^{1,3,4}, Ioannis Koulouridis, MD^{1,3}, Ethan M. Balk, MD, MPH^{2,3}, Nicolaos E. Madias, MD, FASN^{1,3}, and Bertrand L. Jaber, MD, MS^{1,3}

Hipertrofia ventricular izquierda



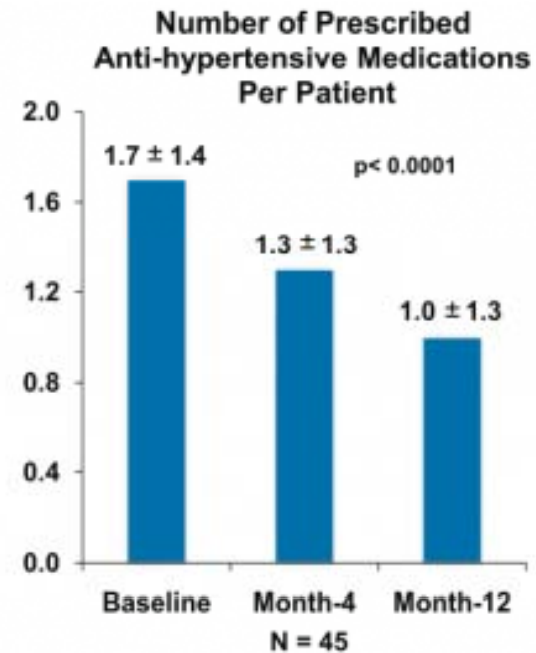
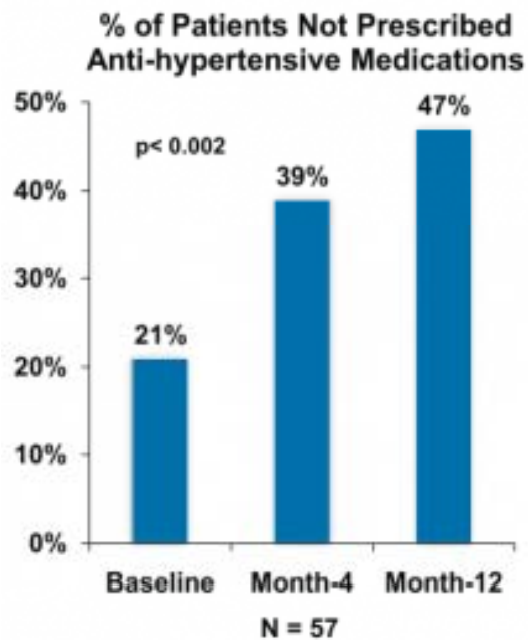
Efectos sobre la morfología cardíaca y la TA

Summary effect of frequent or extended hemodialysis on cardiac morphology and function, and blood pressure parameters

| Outcome variables | No. studies | No. participants | Baseline mean value* (95% CI) | Mean change* (95% CI) | P value | Assessment of heterogeneity | | |
|---|-------------|------------------|----------------------------------|--------------------------|---------|-----------------------------|--------------------|--|
| | | | | | | I ² index | Chi-square P-value | |
| Cardiac morphology and function | | | | | | | | |
| LVM (g) | 13 | 335 | 238.8 (197.9, 279.7) | -60.5 (-90.8, -30.2) | <0.001 | 95% | <0.001 | |
| LVMi (g/m ²) | 23 | 524 | 155.7 (109.4, 135.2) | -31.2 (-39.8, -22.5) | <0.001 | 84% | <0.001 | |
| LV systolic diameter (mm) | 5 | 173 | 37.5 (33.9, 41.0) | -4.3 (-6.8, -1.7) | 0.001 | 69% | 0.01 | |
| LV end diastolic diameter (mm) | 14 | 314 | 53.7 (50.7, 56.7) | -4.7 (-6.0, -3.5) | <0.001 | 55% | 0.007 | |
| LV posterior wall thickness (mm) | 12 | 213 | 11.0 (10.5, 11.6) | -1.1 (-1.5, -0.7) | <0.001 | 61% | 0.003 | |
| Intraventricular septum thickness (mm) | 11 | 196 | 12.3 (11.6, 13.1) | -1.6 (-2.1, -1.2) | <0.001 | 43% | 0.06 | |
| Left atrial end diastolic diameter (mm) | 3 | 62 | 40.7 (38.0, 43.4) | -5.2 (-6.0, -4.3) | <0.001 | 0% | 0.48 | |
| LVEF (%) | 4 | 137 | 45.1 (28.1, 62.1) | 6.7 (1.6, 11.9) | 0.011 | 74% | 0.009 | |
| Blood pressure parameters | | | | | | | | |
| SBP (mmHg) | 35 | 928 | 147.7 (143.7, 151.7) | -14.1 (-17.2, -11.0) | <0.001 | 89% | <0.001 | |
| DBP (mmHg) | 31 | 733 | 84.1 (81.3, 86.9) | -7.1 (-9.2, -4.9) | <0.001 | 89% | <0.001 | |
| MAP (mmHg) | 20 | 352 | 110.2 (106.2, 114.1) | -11.8 (-13.8, -9.8) | <0.001 | 75% | <0.001 | |
| No. anti-hypertensive medications | 25 | 552 | 1.8 (1.6, 2.1) | -0.8 (-1.2, -0.5) | <0.001 | 97% | <0.001 | |



THE FREEDOM STUDY™



La mitad de los pacientes no requieren hipotensores

Short Daily versus Conventional Hemodialysis Quality of Life: A Cross-Sectional Multicentric Study in Spain



Blood Purif 2009;28:159-164

J. Puñal Rioboó^a E. Sánchez-Iriso^b A. Ruano-Ravina^{a, c, d} M.L. Varela Lema^a
D. Sánchez-Guisande^e L. González-Rodríguez^f J.A. Herrero^g G. Barril^h
F. Maduellⁱ J. Hernández^j A. Otero^k M.A. Bajo^l R. Sánchez^m

Estudio multicéntrico español: 9 hospitales

Euroqol-5D quality of life questionnaire

Table 2. Sample characteristics

| | | CHD (n = 61) | | SDHD (n = 24) | | Total (n = 85) | |
|--|-------------|--------------|----------|---------------|----------|----------------|----------|
| | | n (%) | mean VAS | n (%) | mean VAS | n (%) | mean VAS |
| Age, years | 15-44 | 14 (22.9) | 64.5 | 6 (25.0) | 75.0 | 20 (23.8) | 67.6 |
| | 45-64 | 20 (32.8) | 70.0 | 6 (25.0) | 69.2 | 26 (30.9) | 69.8 |
| | 65 or older | 27 (44.3) | 57.1 | 12 (50.0) | 64.6 | 39 (45.2) | 59.5 |
| Sex | male | 38 (62.3) | 62.4 | 16 (66.6) | 72.8 | 54 (63.5) | 65.5 |
| | female | 23 (37.7) | 65.3 | 8 (33.3) | 59.4 | 31 (36.5) | 62.5 |
| Cardiovascular risk ¹ | low | 9 (15) | 72.2 | 2 (9.1) | 70 | 11 (13.4) | 71.1 |
| | medium | 28 (47) | 70.5 | 8 (36.4) | 78.7 | 36 (43.9) | 74.6 |
| | high | 23 (38) | 52.6 | 12 (54.5) | 61.7 | 35 (42.7) | 57.1 |
| Diabetes ² | no | 48 (77.4) | 67.5 | 17 (77.3) | 66.2 | 65 (77.4) | 66.8 |
| | yes | 14 (22.6) | 46.3 | 5 (22.7) | 73 | 19 (22.6) | 59.6 |
| Mean number of drugs consumed ³ (range) | | 7.2 (2-15) | | 7.8 (3-12) | | 7.5 (2-15) | |

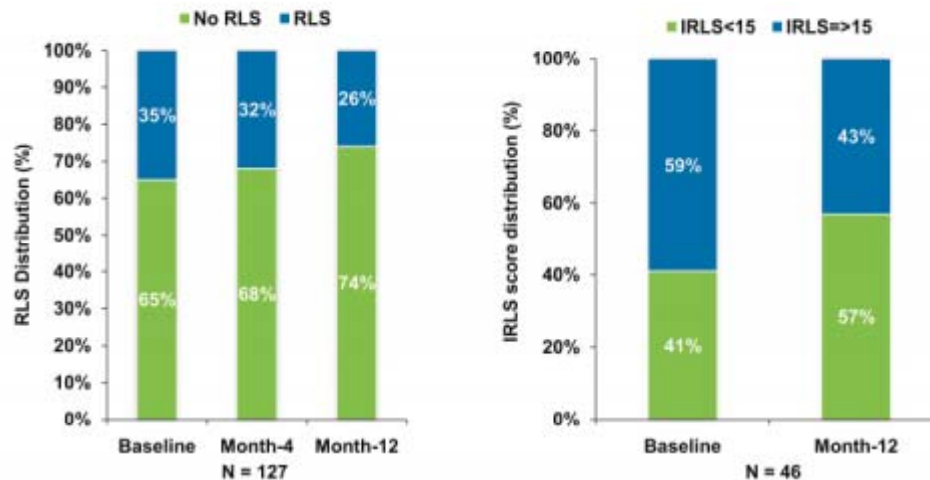
¹ Sixty patients on CHD and 22 on SDHD. ² Sixty-two patients on CHD and 22 on SDHD. ³ Sixty-three patients on CHD and 24 on SDHD.

**La HDD corta se asocia a una mejor calidad de vida que la HD convencional
Diferencia mayor si se considera en el modelo la información previa recibida**

Impact of At-home Short Daily Hemodialysis on Restless Legs Symptoms and Sleep Disturbances

Bertrand L. Jaber,* Brigitte Schiller,[†] John M. Burkart,[‡] Rachid Daoui,[§] Michael A. Kraus,^{||} Yoojin Lee,[¶] Brent W. Miller,** Isaac Teitelbaum,^{††} Amy W. Williams,^{‡‡} and Fredric O. Finkelstein^{|||} on behalf of the FREEDOM Study Group

CJASN ePress. Published on March 17, 2011 as doi: 10.2215/CJN.10451110



Disminución de la prevalencia y severidad del síndrome de piernas inquietas y los trastornos del sueño

Salud física y mental

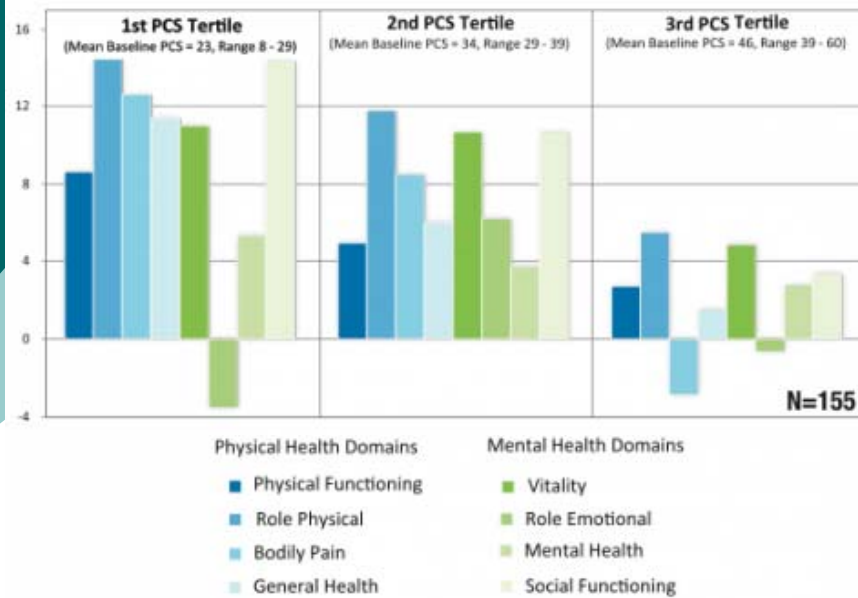


At-home short daily hemodialysis improves the long-term health-related quality of life

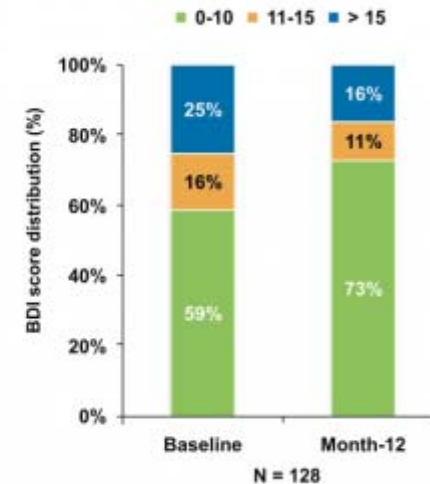
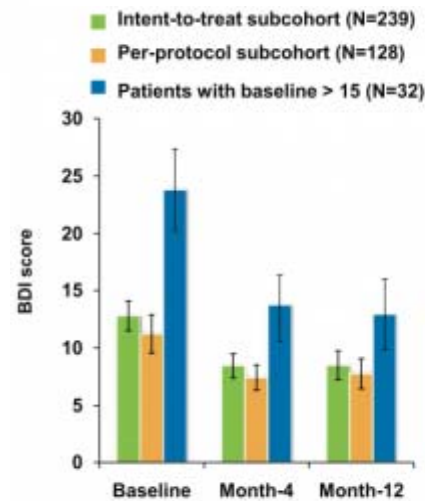
Fredric O. Finkelstein¹, Brigitte Schiller², Rachid Daoui³, Todd W. Gehr⁴, Michael A. Kraus⁵, Janice Lea⁶, Yoojin Lee⁷, Brent W. Miller⁸, Marvin Sinsakul⁹ and Bertrand L. Jaber¹⁰, on behalf of the FREEDOM Study Group

Kidney International (2012) **82**, 561-569; doi:10.1038/ki.2012.168;

Mejoría test calidad de vida



Diminución parámetros en escalas de depresión



¿A que se deben estos beneficios?

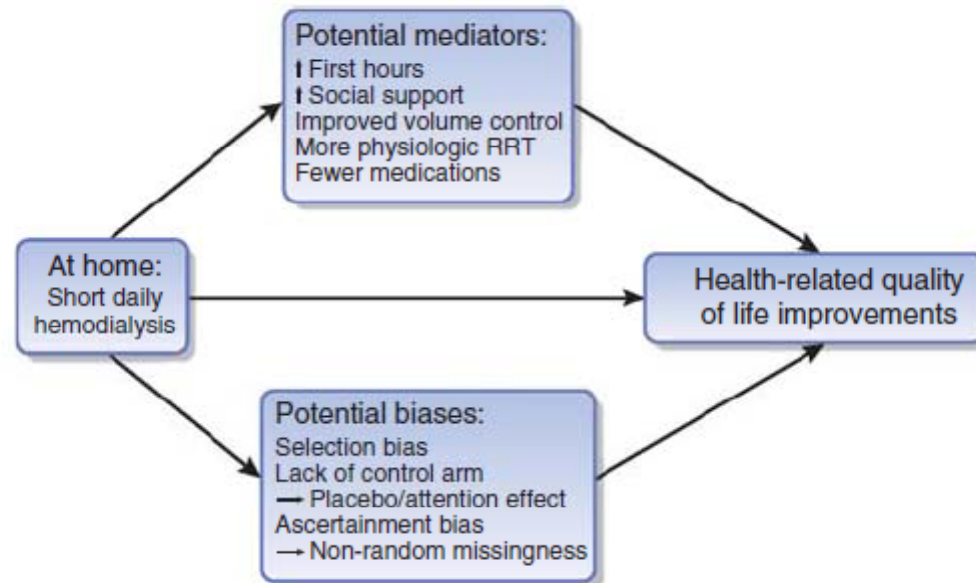


Figure 1 | Factors potentially contributing to observed improvements in health-related quality of life. RRT, renal replacement therapy.

Atención a los
cuidadores



Otros aspectos

- Anemia y uso de FEE
 - No datos concluyentes
- Disminución PCR y parámetros inflamatorios
- Aspectos nutricionales
 - Usada como terapia de rescate en pacientes desnutridos
 - Efectos variables

The effect of frequent hemodialysis on nutrition and body composition: Frequent Hemodialysis Network Trial

George A. Kaysen^{1,2,3}, Tom Greene⁴, Brett Larive⁵, Ravindra L. Mehta⁶, Robert M. Lindsay⁷, Tom A. Depner¹, Yoshio N. Hall⁸, John T. Daugirdas⁹ and Glenn M. Chertow¹⁰, and the FHN Trial Group

In conclusion, frequent in-center hemodialysis significantly reduced ECW but failed to anabolize (i.e., no increase in serum albumin or BCM). Any gain in 'dry' body weight corresponded to increased adiposity rather than muscle mass.

Menos restricciones dietéticas

Table 1. Daily nutrient and mineral intake before, at six months and one year after starting daily hemodialysis (DHD) program

| | Baseline | 6 month DHD | One year DHD |
|------------------------------|-------------|-------------|--------------------------|
| Protein <i>g/kg/day</i> | 1.29 ± 0.29 | 1.48 ± 0.55 | 1.87 ± 0.66 ^a |
| Energy <i>kcal/kg/day</i> | 36.2 ± 10.2 | 41.2 ± 11.8 | 42.3 ± 13.4 |
| Carbohydrate <i>g/kg/day</i> | 227 ± 49 | 283 ± 57 | 281 ± 22 ^b |
| Lipid <i>g/kg/day</i> | 74 ± 23 | 90 ± 28 | 105 ± 32 ^a |
| Calcium <i>mg/day</i> | 515 ± 114 | 613 ± 293 | 829 ± 301 |
| Phosphorus <i>mg/day</i> | 983 ± 231 | 1135 ± 306 | 1329 ± 285 ^a |
| Sodium <i>mg/day</i> | 2174 ± 1033 | 2391 ± 646 | 3296 ± 1547 |
| Potassium <i>mg/day</i> | 2196 ± 621 | 2677 ± 846 | 2759 ± 645 |

^a*P* < 0.05, ^b*P* < 0.01 (ANOVA, repeated measures)

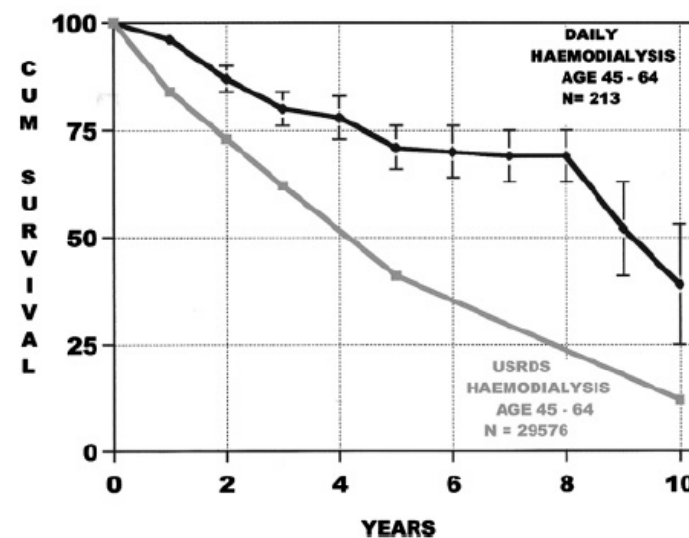
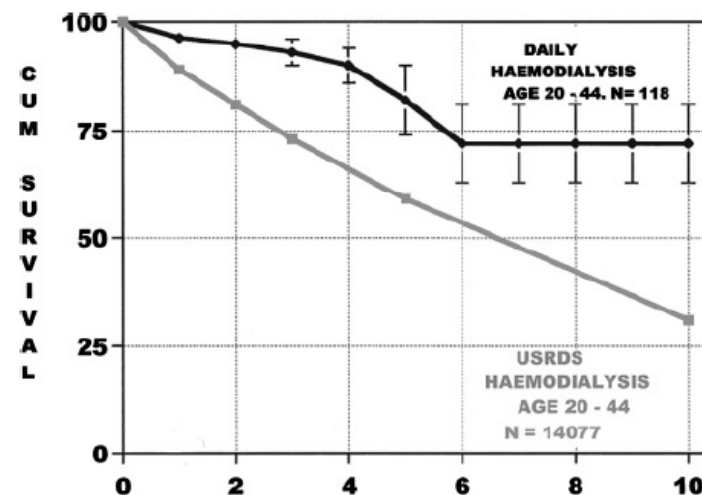
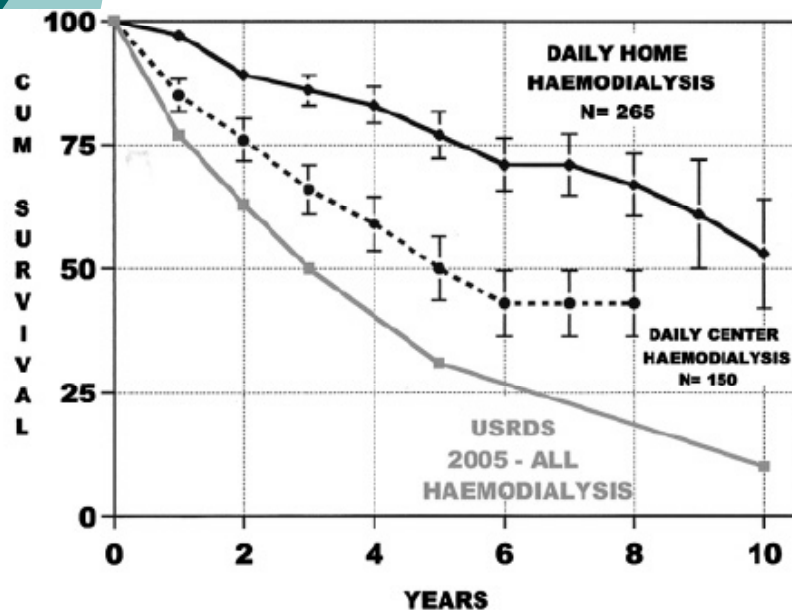


Supervivencia

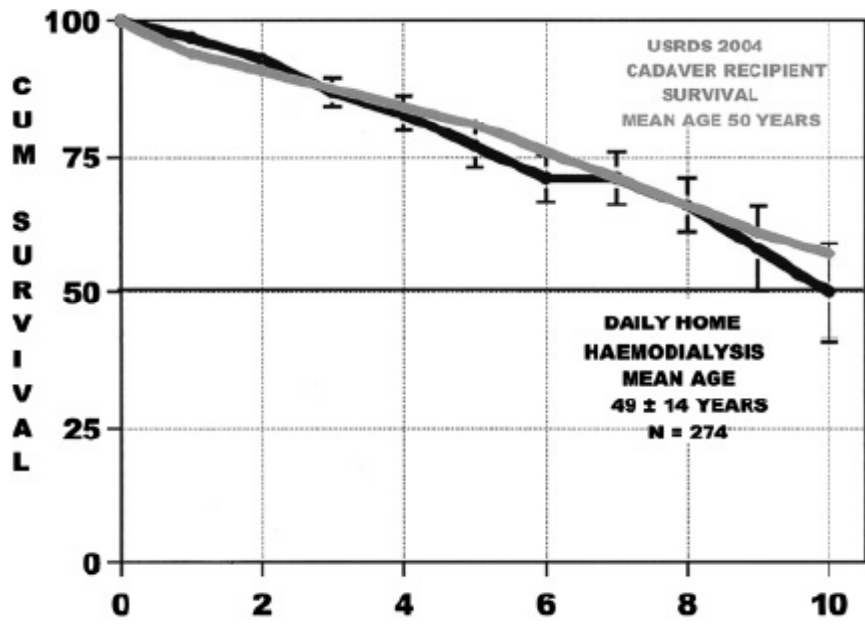
Original Article

Short daily haemodialysis: survival in 415 patients treated for 1006 patient-years

Carl M. Kjellstrand¹, Umberto Buoncrisiani², George Ting³, Jules Traeger⁴, Giordina Roula Sibai-Galland⁶, Bessie Ann Young⁷ and Christopher R. Blagg⁷

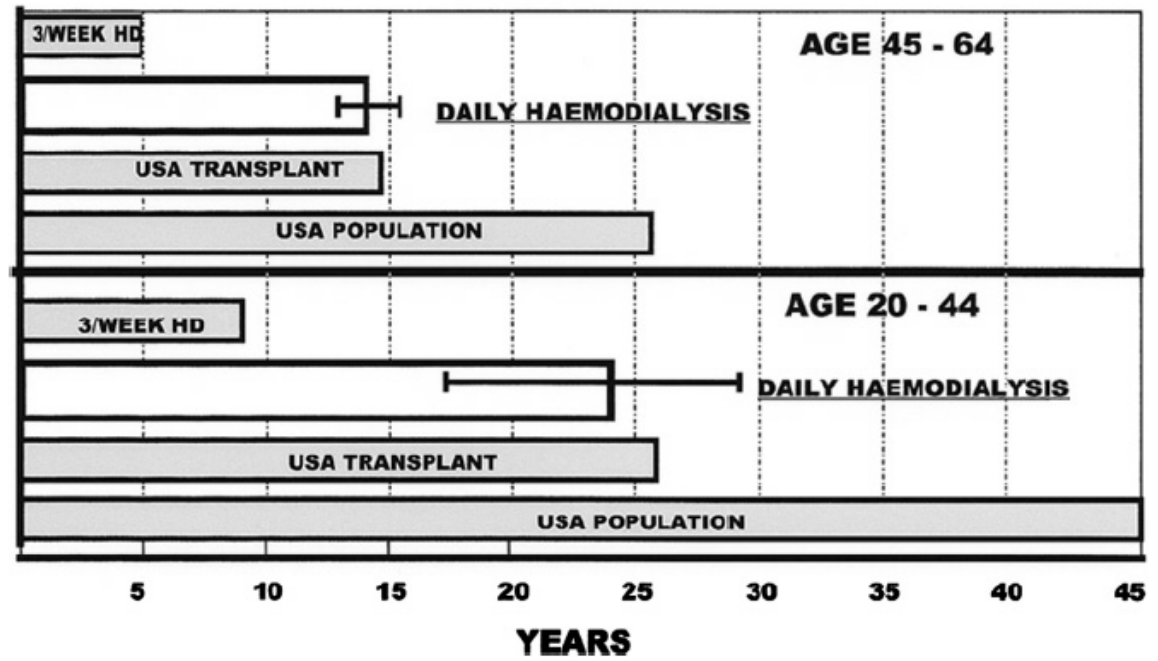


Mejor supervivencia con
HD corta diaria



Trasplante renal

LIFE EXPECTANCY



Survival in Daily Home Hemodialysis and Matched Thrice-Weekly In-Center Hemodialysis Patients

Eric D. Weinhandl,* Jiannong Liu,* David T. Gilbertson,* Thomas J. Arneson,* and Allan J. Collins*†

1873 home HD patients (NX-Stage System One) with 9365 in-center selected from the USRDS

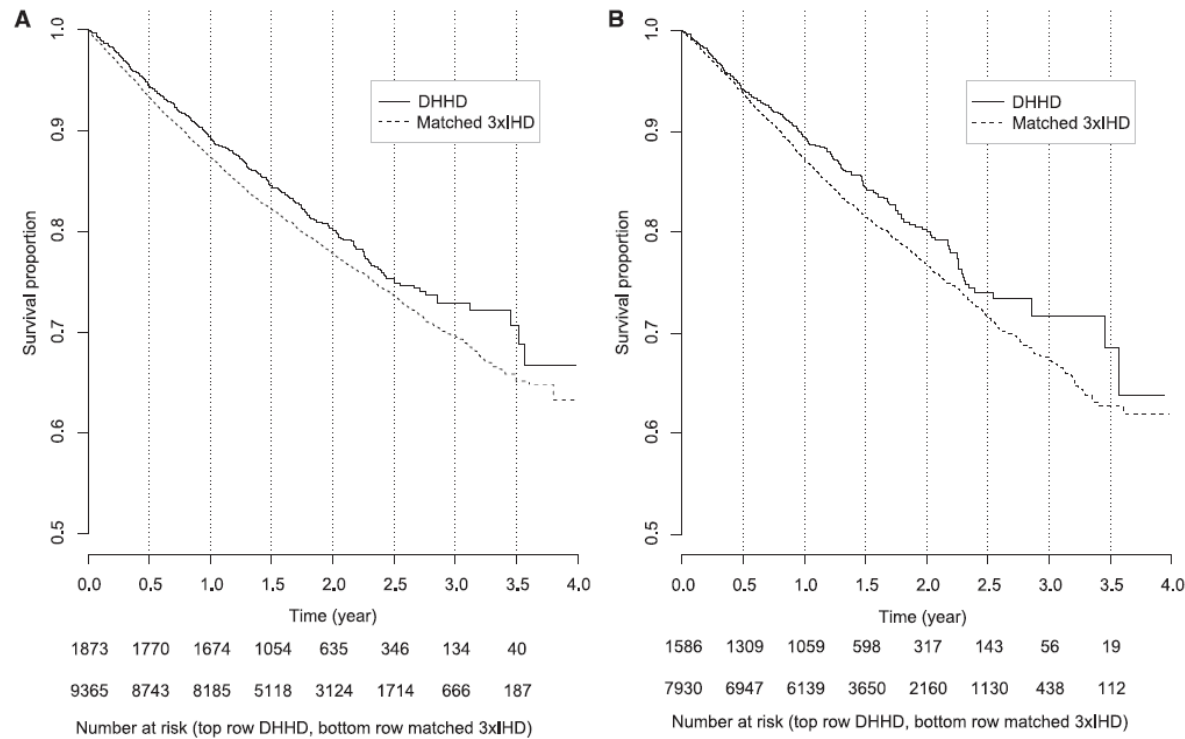
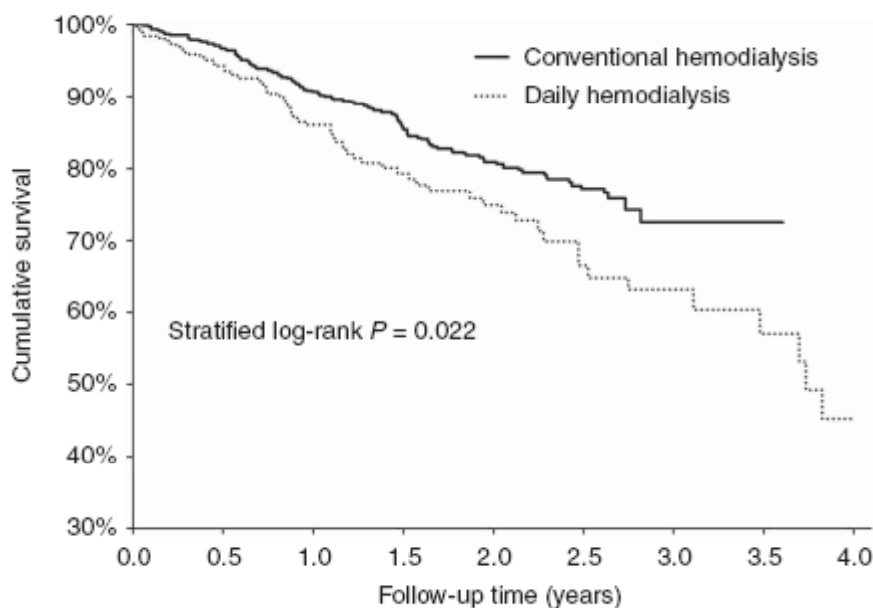


Figure 1. Kaplan–Meier estimates of survival for daily home hemodialysis (DHHd) and matched thrice-weekly in-center hemodialysis (3xIHD) patients, by analytical approach. (A) Intention-to-treat analysis. (B) As-treated analysis.

A multinational cohort study of in-center daily hemodialysis and patient survival

Rita S. Suri¹, Robert M. Lindsay¹, Brian A. Bieber², Ronald L. Pisoni², Amit X. Garg^{1,3,4}, Peter C. Austin^{5,6}, Louise M. Moist^{1,3}, Bruce M. Robinson², Brenda W. Gillespie⁷, Cecile G. Couchoud⁸, Roula Galland⁹, Eduardo K. Lacson Jr¹⁰, Deborah L. Zimmerman¹¹, Yun Li² and Gihad E. Nesrallah^{1,4,12}, for the International Quotidian Dialysis Registry Investigators

DOPPS



| | | | | | | |
|-------------|--------------|-----|-----|-----|----|----|
| No. at risk | Conventional | 575 | 419 | 265 | 17 | 0 |
| | Daily | 318 | 159 | 73 | 25 | 11 |

ALTA TASA de abandono
33% < 10 meses

Figure 2 | Cumulative survival with daily versus conventional hemodialysis ($n = 893$, matched sample).

ORIGINAL ARTICLE

Long Interdialytic Interval and Mortality among Patients Receiving Hemodialysis

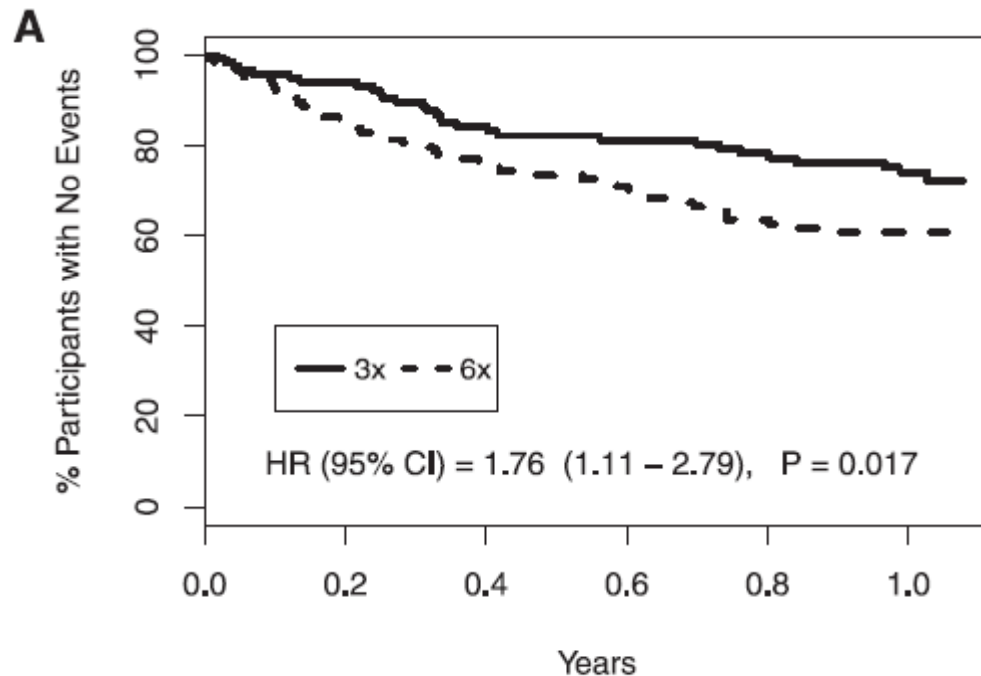
Robert N. Foley, M.B., David T. Gilbertson, Ph.D., Thomas Murray, M.S.,
and Allan J. Collins, M.D.

CONCLUSIONS

The long (2-day) interdialytic interval is a time of heightened risk among patients receiving hemodialysis. (Funded by the National Institutes of Health.)

Risk of Vascular Access Complications with Frequent Hemodialysis

Rita S. Suri,^{*} Brett Larive,[†] Susan Sherer,[†] Paul Eggers,[‡] Jennifer Gassman,[†] Sam H. James,[§] Robert M. Lindsay,^{*} Robert S. Lockridge,^{||} Daniel B. Ornt,[¶] Michael V. Rocco,^{**} George O. Ting,^{††} Alan S. Kliger,^{‡‡} and the Frequent Hemodialysis Network Trial Group



| No. at Risk | 3x: | 120 | 106 | 90 | 85 | 78 | 67 |
|-------------|-----|-----|-----|----|----|----|----|
| 6x: | 125 | 104 | 85 | 79 | 67 | 62 | |

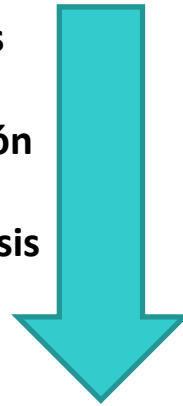
Mayor frecuencia de pérdida, reparación u hospitalización

HD corta diaria: Una diálisis más fisiológica

Retención de líquidos inter-diálisis

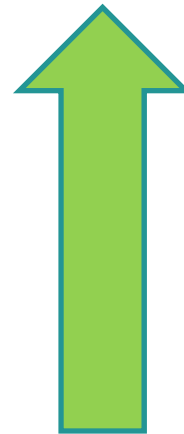
Volumen UF por sesión

Tiempo de recuperación post-diálisis



Estabilidad cardiovascular

Tolerancia al tratamiento





HD: aumento dosis y frecuencia

Ventajas

- Mejor tolerancia hemodinámica durante la HD
- Desaparición del síndrome de fatiga post-diálisis
- Mejor control de la tensión arterial con menos fármacos
- Mejoría de la calidad de vida
- Regresión de la hipertrofia ventricular izquierda
- Mejor control de hiperfosfatemia
- Dieta más libre
- Menos alteraciones del sueño
- Mejoría del estado nutricional
- Mejoría de la salud física y mental



HD: aumento dosis y frecuencia

Inconvenientes

- Acceso vascular
- Mayor coste económico
- No posible en todos los pacientes



HD corta diaria Indicaciones médicas

- Enfermedades cardiovasculares
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Insuficiencia cardiaca congestiva
- HTA de difícil control
- Gran superficie corporal
- Hiperfosforemia no controlada
- Desnutrición severa
- Situaciones especiales
 - Embarazo
 - Pericarditis




Temporal

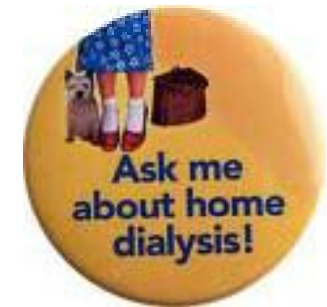
HD: aumento dosis y frecuencia

- Si se realiza en un centro de diálisis
 - Se altera la rutina del paciente
 - Posibilidad de empeorar su calidad de vida
- Si se hace en domicilio
 - Mayor flexibilidad de horario
 - Mejor integración social
 - Optimización de la calidad de vida
 - Coste inferior



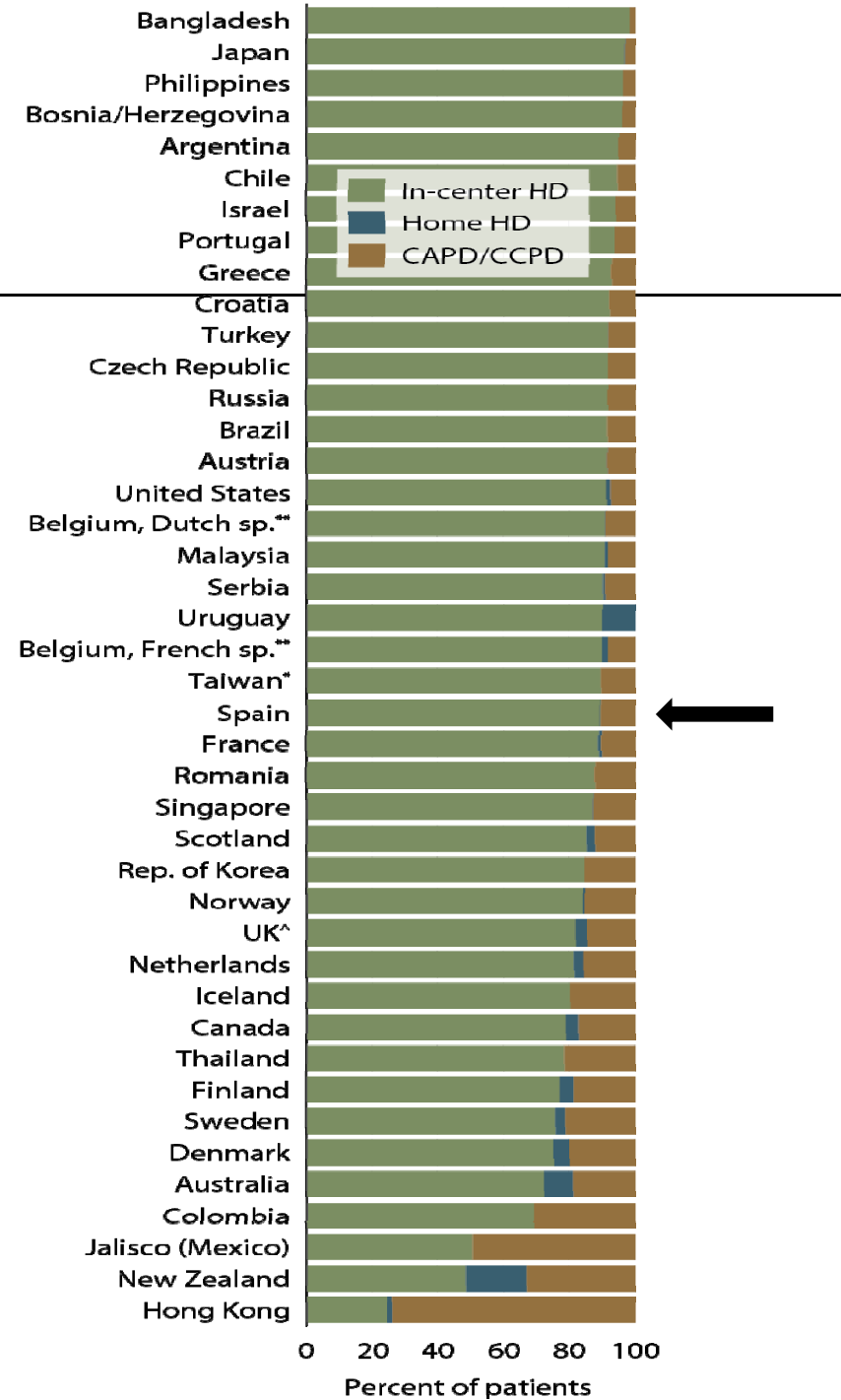


La HD Corta Diaria puede ser la respuesta a algunos de los nuevos retos de la HD y contribuir a mejorar la eficacia del tratamiento dialítico y la calidad de vida de los pacientes



En ningún sitio como en casa

Percent distribution of prevalent dialysis patients, by modality USRDS 2013

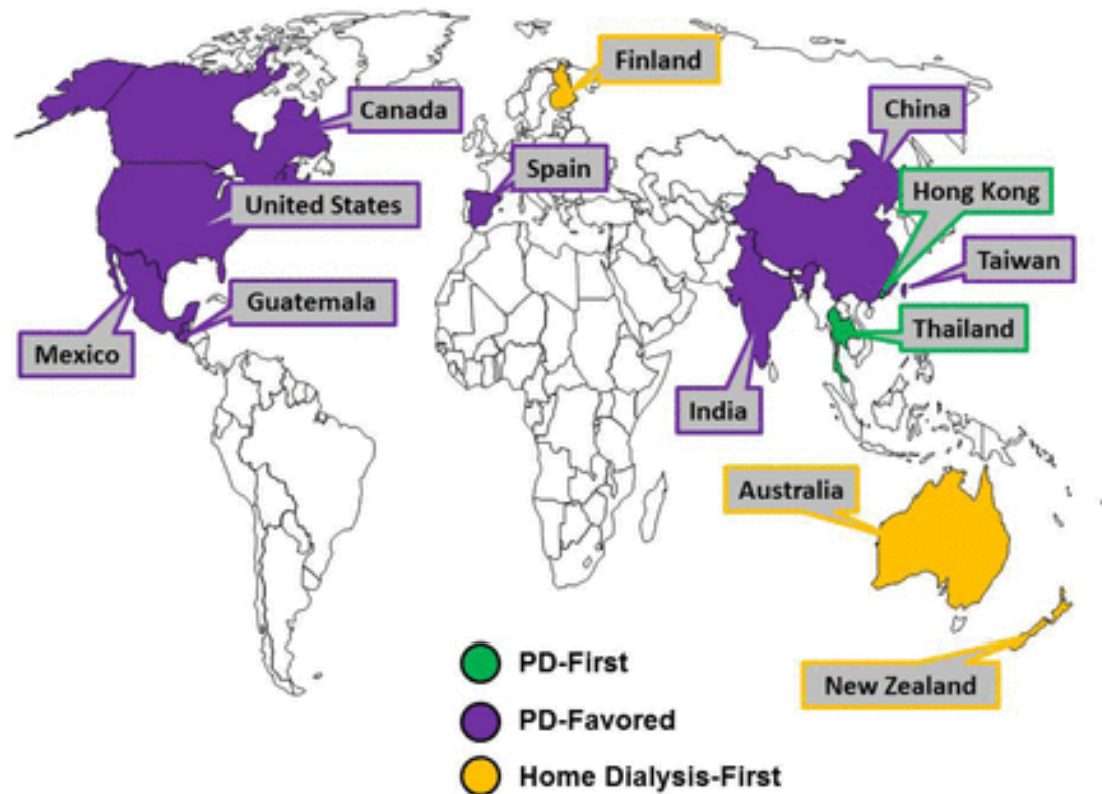


Data presented only for countries from which relevant information was available; "." signifies data not reported. All rates unadjusted. ^UK: England, Wales, & Northern Ireland (Scotland data reported separately). **Data for Belgium do not include patients younger than 20. *Latest data for Taiwan are from 2010. Data for France include 25 regions in 2011.

A GLOBAL OVERVIEW OF THE IMPACT OF PERITONEAL DIALYSIS FIRST OR FAVORED POLICIES: AN OPINION

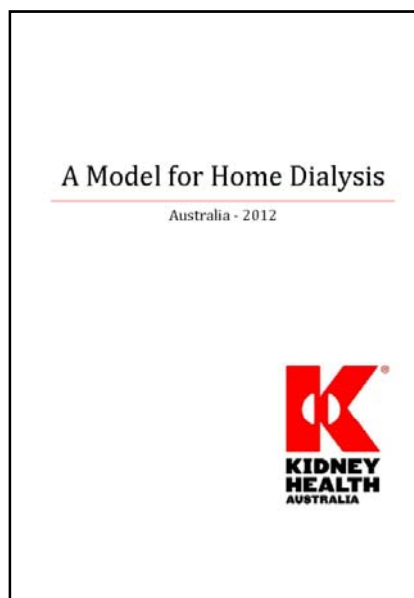
Frank Xiaoqing Liu,¹ Xin Gao,² Gary Inglese,³ Piyatida Chuengsamran,⁴
Roberto Pecoits-Filho,⁵ and Alex Yu⁶

Políticas de reembolso
gubernamentales
juegan un papel crucial

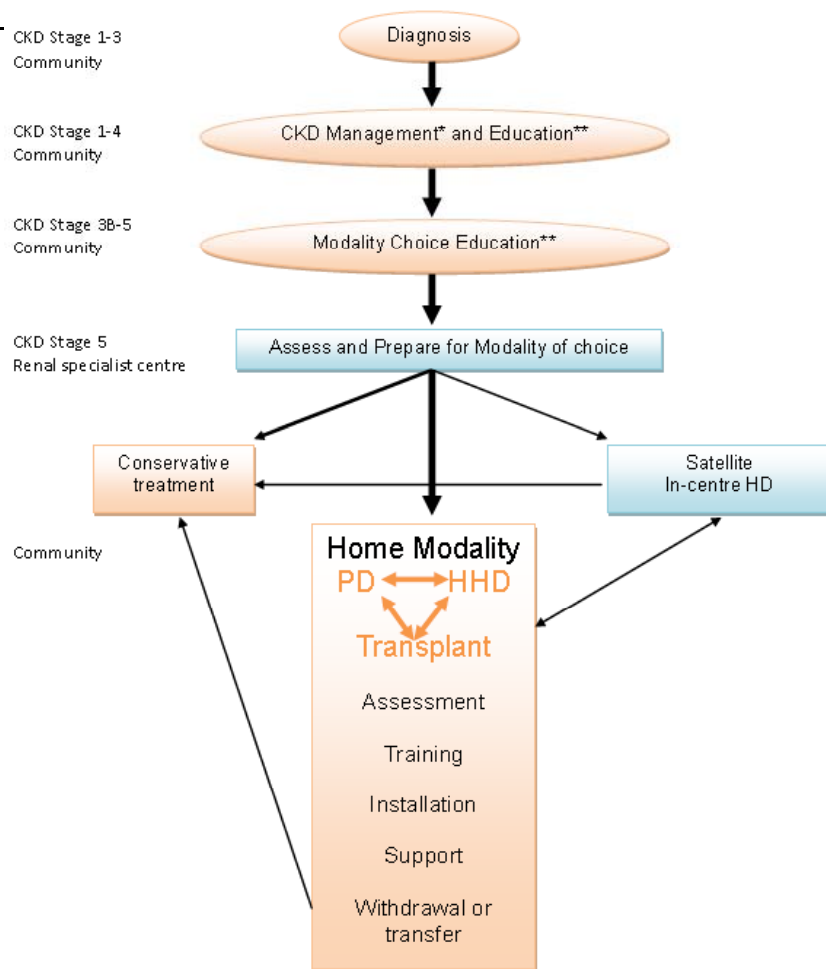


Principal
factor no
médico

Estrategia Australiana: "Home First"



Pathway to Home Dialysis (Diagram 1)



- ❑ Prioriza el domicilio y la transición entre modalidades domiciliarias
- ❑ Basada en la educación del paciente para la toma de decisión compartida

Transition between home modalities is anticipated
 Home Dialysis units can be hospital, satellite or community based
 Home Dialysis is the primary treatment modality
 *CKD management should be GP based with renal specialist (Dr or NP) support
 **Primary education should be provided by a skilled renal practitioner

Method to Assess Treatment Choices for Home Dialysis (MATCH-D)



HomeDialysis.org/match-d

Strongly Encourage Home HD

- Any patient who wants to do home HD or has no barriers to it
- Employed full- or part-time
- Drives a car – skill set is very similar to learning home HD
- Caregiver for a child, elder, or person with disability
- Lives far from clinic and/or has unreliable transportation
- Student: grade school to grad school
- Needs/wants to travel for work or enjoyment
- Wants a flexible schedule for any reason
- Has rejected a transplant
- Has neuropathy, amyloidosis, LVH, uncontrollable BP†‡
- Obese/large; conventional HD or PD are not adequate †‡
- Can't/won't follow in-center HD diet & fluid limits†‡
- Is pregnant or wants to be †‡
- Frail/elderly with involved, caring helper who wants home HD*
- Wants control; unhappy in-center
- No longer able to do PD



Posibles candidatos

○ Valorar

- Circunstancias de vida familiares y personales
- Motivación y capacidad para aprender
- Nivel de ansiedad del paciente y la familia
- Comorbilidad asociada



Contraindicaciones

- Mayor contraindicación: Inestabilidad hemodinámica frecuente durante la HD por enfermedad cardiovascular severa
- No disponer de un acceso vascular apropiado
- Ausencia de cuidador?

HD domiciliaria

Otros Beneficios para el paciente

- Autonomía y libertad
- Conocimiento de la técnica
- Oportunidad de HD frecuente
- Flexibilidad del esquema de diálisis
- Evita desplazamientos: ahorro de tiempo
- Mejor relación con personal médico
- Favorece inserción laboral
- Impulsa el autocuidado
 - Mejor cumplimiento de dieta, medicación, prescripción



Grupo de trabajo S.E.N.:



"Apoyo y promoción de la hemodiálisis domiciliaria en España"



@hemo_domi



<http://www.revistanefrologia.com>

© 2015 Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología

editorial

Hemodiálisis domiciliaria en España

Alejandro Pérez-Alba¹, Guillermina Barril-Cuadrado², Inés Castellano-Cerviño³,
Guillermo Martín-Reyes⁴, Cristina Pérez-Melón⁵, Fernanda Slon-Roblero⁶,
M. Auxiliadora Bajo-Rubio⁷

¹ Servicio de Nefrología. Hospital General de Castellón; ² Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid; ³ Servicio de Nefrología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres; ⁴ Servicio de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga; ⁵ Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario de Ourense; ⁶ Servicio de Nefrología. Hospital de Navarra. Pamplona; ⁷ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Nefrología 2015;35(1):1-5

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Oct.12751

Programa HD Domiciliaria Elementos necesarios



- Información previa a pacientes y familiares
- Infraestructura para asegurar la atención domiciliaria
- Programa de entrenamiento adecuado
- Equipo multidisciplinar comprometido
 - Médicos
 - Enfermeras....
- Atención y seguimiento continuado



Equipo de HD fiable, seguro y fácil de usar



Los programas de información a los pacientes sobre opciones de TRS deben incluir esta opción terapéutica

En resumen, la Hemodiálisis Domiciliaria:

-Permite realizar sesiones de diálisis más frecuentes y cortas, que son generalmente mejor toleradas, desaparece la fatiga post-diálisis, favorece el control de la hipertensión, la anemia y la hiperfosforemia con menores restricciones dietéticas (tanto en alimentos como en líquidos), y como consecuencia de todo esto, se incrementa la calidad de vida.

-Hace más responsable y participa al paciente de su propio tratamiento.

-Mantiene en todo momento el apoyo y la comunicación con el personal médico y de enfermería ante cualquier duda o incidencia.

-No requiere desplazamiento a la Unidad de Hemodiálisis ni exige tiempos de espera, lo que le proporciona más tiempo libre.

-Debido a la mayor flexibilidad en el horario le permite adaptar las sesiones a sus actividades cotidianas, continuar con su vida laboral, y participar con mayor facilidad en sus actividades sociales.

-En general, le proporciona más independencia y libertad para poder mantener su estilo de vida.

La decisión sobre cuál es la mejor modalidad de hemodiálisis depende de muchos factores. Hable con su médico, infórmese, pregunte todas sus dudas y escoja el tratamiento que prefiera o se adapte mejor a su forma y calidad de vida.



**HEMODIÁLISIS
DOMICILIARIA**
UNA OPCIÓN QUE SUMA



**HEMODIÁLISIS
DOMICILIARIA**
UNA OPCIÓN REAL



HAGA SU DÍA A DÍA

MÁS CONFORTABLE
CON LA
HEMODIÁLISIS EN CASA



**HEMODIÁLISIS
DOMICILIARIA**