
INFLUENCIA DE DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS EN LA ELECCIÓN DE LA TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN MEDICINA - UNIVERSIDAD JAUME I

Autora: Gloria Rodríguez Tadeo
Tutor: Jose Ramón Pons Prades
Curso 2022-2023

Agradecimientos

Si algo es para mí evidente después de realizar esta investigación, es el importante papel que tienen las redes afectivas y el contexto social en la vida de las personas. Lo individual no existe sin lo colectivo: cada uno de nosotros forma parte de un tejido más amplio que nos nutre y nos permite crecer. De esta forma, me resulta difícil concebir mis logros personales sin tener en cuenta a quienes los han hecho posible.

Por eso, quiero dar las gracias a las personas que me han sostenido durante la elaboración de esta investigación, así como durante la carrera. Sobre todo, a mis compañeras de clase, a las cuales tengo la suerte de llamar amigas, por haberme ayudado y acompañado durante todo el proceso. Sin vosotras nada de esto hubiera sido posible.

A mis seres queridos fuera del ámbito de la medicina. Agradezco el esfuerzo que habéis hecho por entender y respaldar mi situación durante mis estudios.

A mi tutor, José Ramon Pons Prades, así como al Dr. Pérez, Dr. Córdoba y al equipo del centro de diálisis DIAVERUM por su ayuda durante la investigación.

Y, por último, a las personas que han participado en este estudio. Gracias por ceder un pedazo de vuestra intimidad para que fuera posible realizar este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
EXTENDED SUMMARY	5
INTRODUCTION	5
HYPOTHESIS AND OBJECTIVES	5
METHODS	5
RESULTS	6
DISCUSSION	7
CONCLUSIONS	7
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Antecedentes	9
1.1.1. Enfermedad renal crónica: prevalencia e incidencia	9
1.1.2. Determinantes sociales de la salud y enfermedad renal crónica	10
1.1.3. Tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada	12
1.1.4. Tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada y determinantes sociales de la salud	13
1.2. Planteamiento y justificación del problema	15
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	16
2.1. Hipótesis	16
2.2. Objetivos principales	16
2.3. Objetivos secundarios	16
3. MÉTODOS	16
3.1. Diseño del estudio	16
3.2. Muestra, tamaño muestral y criterios de inclusión	16
3.3. Variables y recogida de datos	16
3.4. Análisis estadístico	18
3.5. Aspectos éticos	19
3.6. Búsqueda bibliográfica	19
4. RESULTADOS	20
4.1. Análisis descriptivo	20
4.2. Análisis Bivariante	22
5. DISCUSIÓN	25
6. LIMITACIONES	27
7. CONCLUSIONES	28
ABREVIATURAS	30

BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	33
1. Aprobación del estudio por el comité de ética.	33
2. Hoja de información a pacientes y consentimiento informado.	35
3. Encuesta de factores socioeconómicos y demográficos.	39

RESUMEN

En este estudio descriptivo realizado en el departamento de salud de Castellón, se investigó la relación entre factores socioeconómicos y demográficos y la elección de las modalidades de tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Se incluyeron 200 pacientes, pudiendo finalmente analizar datos de 59. Estos datos se recogieron mediante una encuesta que abordaba variables como la modalidad de tratamiento, nivel socioeconómico, ingresos mensuales, nivel educativo y apoyo social.

Los objetivos fueron describir el perfil socioeconómico y demográfico de los pacientes, evaluar la relación entre estas variables y la elección de modalidades de tratamiento, y recopilar los motivos de elección de los pacientes.

Los resultados reflejaron que la mayoría de participantes recibía tratamiento hospitalario (64.4%), seguido de tratamiento domiciliario (18.6%) y conservador (16.9%). La distribución de género fue equitativa (50.8% hombres, 49.2% mujeres), y la edad promedio fue 71.76 años. Se encontraron relaciones entre la elección del tratamiento y variables como acceso a internet en casa, espacio para almacenar el material de diálisis, número de personas en el hogar y edad del paciente.

Los motivos principales que refirieron los pacientes para la elección fueron recomendación médica, acompañamiento del personal sanitario y comodidad. La autonomía, flexibilidad y estabilidad de la enfermedad renal también influyeron.

El estudio tiene limitaciones debido al tamaño de la muestra y la recopilación de datos, pero resalta la importancia de considerar factores socioeconómicos y demográficos al decidir el tratamiento. Se necesita garantizar un acceso equitativo y proporcionar información adecuada a los pacientes.

Palabras clave: ERCA, Factores socioeconómicos, diálisis.

ABSTRACT

In this descriptive study conducted at the Department of Health in Castellon, the relationship between socioeconomic and demographic factors and the choice of treatment modalities in patients with advanced chronic kidney disease was investigated. A total of 200 patients were included, and data from 59 patients were finally analysed. These data were collected through a survey that addressed variables such as treatment modality, socioeconomic level, monthly income, educational level, and social support.

The objectives were to describe the socioeconomic and demographic profile of the patients, evaluate the relationship between these variables and the choice of treatment modalities, and collect the reasons for the patients' choices.

The results showed that the majority of participants received hospital-based treatment (64.4%), followed by home-based treatment (18.6%) and conservative treatment (16.9%). The gender distribution was balanced (50.8% men, 49.2% women), and the average age was 71.76 years. Relationships were found between treatment choice and variables such as access to internet at home, space for storing dialysis materials, number of people in the household, and patient's age.

The main reasons cited by patients for their treatment choice were medical recommendation, support from healthcare staff, and convenience. Autonomy, flexibility, and stability of kidney disease also influenced the decision.

The study has limitations due to the sample size and data collection, but it highlights the importance of considering socioeconomic and demographic factors when deciding on treatment. Ensuring equitable access and providing adequate information to patients is necessary.

Palabras clave: ACKD, Socioeconomic factors, dialysis.

EXTENDED SUMMARY

INTRODUCTION.

Chronic kidney disease is a public health problem that can lead to end-stage renal disease. In Spain, there has been a significant increase in the prevalence of advanced chronic kidney disease requiring renal replacement therapy. The Valencian Community also has a high incidence and prevalence of this disease. Social determinants of health, such as socioeconomic status, influence the risk and progression of the disease.

The treatment options for advanced chronic kidney disease include dialysis (haemodialysis and peritoneal dialysis), kidney transplantation, or conservative treatment. Dialysis can be performed either in a hospital or at home. The choice of treatment can be influenced by social and economic factors, and it is important to consider the individual needs of patients. Additionally, studies suggest that home-based therapies are more cost-effective, so understanding the factors that influence the decision to choose this modality can help optimize resources.

The research conducted in Castellon health department aims to understand how socioeconomic factors influence the choice of treatment modalities for advanced chronic kidney disease in this area, with the goal of identifying inequalities and improving health outcomes for the population.

HYPOTHESIS AND OBJECTIVES.

Based on the hypothesis that there is a relationship between socioeconomic and demographic factors and the choice of treatment modality (hospital-based, home-based, or conservative) among patients with chronic kidney disease in Castellon health department, several objectives were proposed. The main objectives are to describe the socioeconomic level and other sociodemographic variables of patients undergoing renal replacement therapy or conservative treatment and to evaluate if these variables are related to the choice of treatment. Secondary objectives include collecting patients' subjective reasons for choosing different treatment modalities and evaluating if these reasons are related to the choice of treatment.

METHODS.

The study utilizes a descriptive, cross-sectional, observational, and retrospective design, and data are collected through a survey, both in-person and by telephone. The survey includes multiple-choice questions as well as an open-ended question.

The data are analysed using descriptive analysis and statistical tests (chi-squared, Kolmogorov-Smirnov test, Kruskal-Wallis test). The study complies with ethical aspects, and a literature

search was conducted in PubMed, the "Nefrología" journal of the Spanish Society of Nephrology, Google Scholar, and ScIELO to support the theoretical framework.

RESULTS

Out of the 200 selected patients, only 59 participated due to data collection difficulties.

The majority of patients (64.4%) were receiving hospital-based treatment, followed by home-based treatment (18.6%) and conservative treatment (16.9%).

The mean age of participants was 71.76 years, with a similar distribution between males and females.

Differences in mean age were found according to treatment modality: hospital-based treatment (69.24 years), home-based treatment (65.18 years), and conservative treatment (88.6 years).

In the majority of households, there was no economically active person (76.3%), and regarding monthly income per family unit, the majority of patients (55.9%) had between 1001-2000 euros. 50.8% of the sample were individuals from the middle class, 45.8% from the lower class, and 3.4% from the upper class.

The majority of patients (98.3%) had adequate comprehension and speaking skills in Spanish.

Among the reasons indicated by patients in the open-ended question, the main reason for choosing a treatment modality was medical recommendation (16.5%), followed by the presence of healthcare staff (17.5%) and greater convenience (9.7%).

A relationship was found between treatment modality and the following variables: number of people living in the household, age, access to internet at home, and storage space for dialysis materials at home.

No significant relationships were found between treatment modality and other sociodemographic and economic variables.

Regarding the reasons for choosing the treatment modality, a relationship was found between treatment modality and autonomy, flexibility, presence of healthcare staff, greater convenience, stability of renal disease, advanced age, complications or failure of home-based techniques, and negative experiences of family members in dialysis.

DISCUSSION

The demographic characteristics of the sample were similar to previous studies: the majority of patients included in the study belonged to the lower or middle class, with a basic level of education in most cases. The distribution of treatment modality also coincided with previous studies: most patients received hospital-based dialysis, followed by home-based dialysis and conservative treatment.

Furthermore, as indicated in the literature consulted, a high proportion of patients in this setting had to leave their employment. The study also highlights, as in previous studies, that housing characteristics (storage space and internet access) influence the choice of treatment.

This study also emphasizes the importance of the perception of autonomy and flexibility when choosing home-based treatments. On the other hand, those who choose hospital-based modality often do so due to distrust or lack of knowledge about home-based techniques.

Conservative treatment, as described in previous studies, is often chosen by older patients.

CONCLUSIONS

It is crucial to invest resources to ensure a fair and equitable choice of treatment for all patients, regardless of their socioeconomic or social situation. The public healthcare system plays a fundamental role in achieving this equality.

The percentage of patients choosing home-based treatments is low compared to hospital-based treatments, despite the fact that many people could benefit from these therapies with proper training. Promoting equitable access to home-based treatments could optimize healthcare spending and improve treatment conditions.

This study has addressed important variables that were not previously considered, such as language proficiency, migration status, and internet access. This research lays the groundwork for future studies and raises new questions. It is essential to continue investigating this issue with an adequate sample size.

Including patients' opinions in this type of research is crucial, as current guidelines recommend an individualized choice of treatment for chronic kidney disease. This helps to avoid paternalism, improve treatment adherence, and enhance patient satisfaction with the care received.

It is important to involve patients in decision-making and ensure equal and efficient access to training and education in different treatment modalities. This can be achieved through renal departments, patient associations, and the use of innovative technologies.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Antecedentes.

1.1.1. Enfermedad renal crónica: prevalencia e incidencia.

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública cuya manifestación más grave es la insuficiencia renal crónica terminal, que conlleva la necesidad de un tratamiento renal sustitutivo mediante diálisis o trasplante renal (1). Los principales factores de riesgo para padecer esta enfermedad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

En los últimos diez años, se ha observado en España un aumento significativo de la prevalencia de la ERC en sus etapas más avanzadas, particularmente en aquellas que requieren tratamiento renal sustitutivo (TRS). Según la información recopilada por el Registro O.N.T./S.E.N., el número de personas sometidas a TRS, ya sea mediante hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, ha alcanzado la cifra de 1.387 personas por millón de habitantes (pmp), lo que equivale a una población total de 65.740 personas (datos de 2021). Esto supone un aumento del 2% en la prevalencia respecto al año 2020 (2).

En lo que respecta a la Comunidad Valenciana, esta tiene una de las incidencias y prevalencias de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) más altas de nuestro país. La incidencia es de 154.4 pmp, quedando en quinto lugar respecto al resto de comunidades autónomas; y la prevalencia 1619.6 pmp, siendo la más alta seguida de Canarias (1603 pmp), Cataluña (1526 pmp) y Galicia (1500 pmp) (datos del 2021) (2).

La prevalencia total de personas con ERC varía según la provincia en la que residen. Los últimos datos son del año 2019, del Informe del Registro de Enfermos Renales de la Comunidad Valenciana: en la provincia de Castellón, se estima que hay 876 casos de personas con ERC, lo que representa una prevalencia de 1.518 pmp. En Alicante, la prevalencia es mayor, con 2.319 casos de personas con ERC y una prevalencia de 1.261,14 pmp. Por último, en Valencia, se estima que hay 4.084 casos de personas con ERC, lo que representa una prevalencia de 1.602,83 pmp (3).

En cuanto a la incidencia de personas con ERCA, los datos también varían según la provincia. En Alicante, se diagnosticaron en 2019 248 nuevos casos de ERC, lo que equivale a una incidencia de 134,87 pmp. En Castellón, 114 nuevos casos, con una incidencia de 197,61 pmp. En Valencia, la incidencia es aún mayor, con 453 nuevos casos y una incidencia de 177,79 pmp (3).

Dentro del Departamento de Salud de Castellón, se ha estimado una prevalencia de 417 casos de personas con ERCA, lo que equivale a una prevalencia de 1.536.62 pmp. Además, se han diagnosticado 60 nuevos casos en este departamento, lo que representa una incidencia de 221.1 pmp (3).

En cuanto a las modalidades de tratamiento renal sustitutivo, que incluyen la diálisis peritoneal (DP), la hemodiálisis domiciliaria (HDD), la hemodiálisis hospitalaria (HD) y el trasplante, se estima que el 6.1% de los pacientes con ERCA se someten a diálisis peritoneal, el 1.07% a hemodiálisis domiciliaria, el 47.4% a hemodiálisis hospitalaria y el 45.33% han recibido un trasplante renal (3).

En el Departamento de Salud de Castellón, la prevalencia de las modalidades de terapia renal sustitutiva es la siguiente: 33 pacientes reciben diálisis peritoneal, 15 pacientes se someten a hemodiálisis domiciliaria, 233 pacientes reciben hemodiálisis hospitalaria y 136 pacientes han recibido un trasplante renal (3).

Estos datos reflejan la relevancia de la ERCA en la Comunidad Valenciana y en el Departamento de Salud de Castellón en particular. La ERCA requiere una atención médica y un tratamiento adecuados para garantizar la calidad de vida de los pacientes afectados, y es fundamental conocer la situación epidemiológica de esta enfermedad en nuestra área de Salud.

Es importante tener en cuenta que estos datos no incluyen una de las modalidades terapéuticas que existen para abordar la ERCA: el tratamiento conservador. Las estadísticas de este no se recogen en los registros de enfermos renales de la Comunidad Valenciana, como tampoco en los registros a nivel estatal, por lo que resulta difícil estimar cuántos pacientes optan por este tratamiento actualmente en España.

1.1.2. Determinantes sociales de la salud y enfermedad renal crónica.

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (4). De esta manera, dado que dichas circunstancias son diferentes para cada individuo o grupo de individuos, podemos definir la disparidad en salud como “aquellas divergencias en el estado de salud experimentadas por diferentes grupos demográficos y que ocurren en el contexto de inequidad social o económica.” (5).

Existen numerosos estudios que han valorado la relación entre el nivel socio económico y el riesgo de padecer ERC. En un estudio realizado en Estados Unidos se estimó que un nivel socio

económico bajo se asocia de forma independiente con un 59% de probabilidades de padecer ERC (6). Por otro lado, según un estudio realizado en población sueca, en las familias en las que solo hay trabajadores no cualificados, el riesgo de ERC aumenta un 110% respecto a las familias en las que al menos un trabajador es cualificado. Además, este estudio sugiere que los sujetos con 9 años o menos de escolarización tienen un 30% más de probabilidades de padecer ERC respecto a aquellos que tienen estudios universitarios (7).

Los determinantes sociales de la salud no solo afectan a la aparición de enfermedades crónicas (entre ellas la ERC), sino que actúan en todas las fases de la enfermedad. Son factores de riesgo y de progresión, y desempeñan además un papel fundamental en relación con cómo se tratan estas enfermedades.

Por ejemplo, se ha visto que la adherencia a los tratamientos farmacológicos en personas con hipertensión arterial está afectada por este tipo de determinantes de salud. En un estudio realizado en España, concluyó que el 27% de los pacientes podían costearse siempre los medicamentos, frente al 57% que podían a veces y el 16% que no podían nunca. También se vio que el 52% de los pacientes no podían cumplir las recomendaciones dietéticas debido al costo de los alimentos recomendados. Se describió que el 50% de la población cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplimentar dicho tratamiento antihipertensivo, conociéndose que este es un predictor de mejor adherencia a este (8). Las personas que reciben apoyo familiar tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas y a abandonar conductas de riesgo (9). Por otro lado, un estudio en Colombia describió que la no adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis se relaciona en un 32% con la dificultad de acceso al servicio, 67% a condiciones de hacinamiento y 62% a desempleo (10).

Otro ejemplo es un estudio realizado con pacientes con ERCA trasplantados, en el que se ha visto que, el incumplimiento del tratamiento en pacientes con pareja es del 4%, frente al del 10% de los pacientes sin pareja. También se concluyó grandes diferencias entre pacientes tratados en España frente a Estados Unidos, por lo que podríamos intuir que el sistema de salud público tiene implicaciones importantes en la adhesión al tratamiento (11).

En la Comunidad Valenciana el 30,6% de la población está en riesgo de pobreza o exclusión social. Esto en términos absolutos significa 1,5 millones de personas. En el ámbito rural 31,2% y en el urbano 24,8% (12). Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar las inequidades sociales y económicas para prevenir la enfermedad renal crónica y garantizar un acceso

equitativo a los tratamientos renales sustitutivos para aquellos en la fase terminal de la enfermedad.

1.1.3. Tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada.

Llamamos tratamiento renal sustitutivo al conjunto de técnicas que se utilizan para reemplazar la función renal en aquellos pacientes con ERCA. Dentro de estas técnicas encontramos la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal. Cada una de estas opciones terapéuticas tiene unas implicaciones diferentes en la vida de los pacientes.

La hemodiálisis es un proceso mediante el cual se eliminan los productos de desecho y el exceso de líquido mediante una máquina de diálisis, que hace la función de riñón. La sangre fluye a través de un filtro, siendo después devuelta al cuerpo del paciente. Este proceso suele hacerse en un centro de diálisis, aunque también puede llevarse a cabo en el domicilio. Requiere que el paciente lleve un acceso vascular permanente, por lo que será una contraindicación para esta técnica la ausencia de acceso viable o inestabilidad cardiovascular que no permita tenerlo (13).

La diálisis peritoneal utiliza el peritoneo del paciente como membrana natural para filtrar los desechos y el exceso de líquido de la sangre. Se introduce una solución de diálisis a través de un catéter en el abdomen del paciente y, tras un tiempo específico (tiempo de permanencia), se drena. Este tratamiento suele realizarse en el domicilio, por lo que el estilo de vida y determinantes características del paciente son las que condicionan su elección.

El trasplante renal es la sustitución del riñón enfermo por uno sano de donante. Es una opción con un impacto muy positivo para los pacientes, ya que permite recuperar una función renal casi normal, y da a los receptores una mayor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que otras TRS, como el tratamiento con hemodiálisis (14). Sin embargo, exponerse a una operación quirúrgica, así como al rechazo del órgano y a tener que llevar tratamiento inmunosupresor de por vida, hace que no sea una técnica exenta de riesgos, ni de elección para todos los usuarios.

Tanto la HD como la DP requieren un compromiso de tiempo significativo, y una estricta adherencia al tratamiento. Cuando los tratamientos se realizan en centros sanitarios estas técnicas suponen un gasto de tiempo importante, y puede suponer un problema respecto a movilidad. Sin embargo, los tratamientos domiciliarios (que incluyen tanto la HDD como la DP) requieren que los pacientes y sus familias se impliquen y sean constantes, además de cierto entrenamiento en cómo realizar utilizar el material de diálisis.

Una vez explicadas los TRS, es fundamental tener en cuenta otra opción terapéutica disponible en la ERCA, que es el tratamiento conservador. Esta, a pesar de no considerarse una TRS, es una posibilidad para aquellos pacientes que lo deseen. El perfil de paciente que elige esta técnica suele ser persona anciana, con dependencia para las actividades de la vida diaria y elevada comorbilidad (15).

Estos tratamientos desempeñan un papel imprescindible en el cuidado del paciente con ERCA, y la elección de la modalidad adecuada para cada uno puede marcar la diferencia en su calidad de vida y bienestar.

1.1.4. Tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada y determinantes sociales de la salud.

A la hora de hacer recomendaciones de TRS a pacientes con ERCA, es importante tener en cuenta que la disponibilidad de recursos económicos y sociales puede influir significativamente en las opciones de tratamiento y en la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo del tratamiento de la ERCA es elegir la opción terapéutica que corrija la situación clínica del paciente de manera individualizada, teniendo en cuenta que el tratamiento que se indique inicialmente puede ser modificado después por otro que resulte más beneficioso (16).

Los factores socioeconómicos y psicológicos de los pacientes a la hora de elegir la TRS deben tenerse presentes, ya que hay un deterioro importante de la calidad de vida del paciente con ERCA: 30-50% de los pacientes en diálisis tiene capacidad física deteriorada y hasta un 70% estrés en distintos grados (16).

Existen algunos estudios en países como Nueva Zelanda, Australia (17) y Estados Unidos (18) que demuestran que las técnicas domiciliarias aumentan la supervivencia de los pacientes que las usan, pero hay que tener en cuenta que existen factores médicos y no médicos que influyen tanto en la supervivencia como en la calidad de vida.

Los resultados de estudios respecto a qué modalidad de diálisis aporta mayor calidad de vida a los pacientes son controversiales, pero el abordaje desde servicios en los que tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal están disponibles, pueden mejorarla, así como aumentar la supervivencia comparada (16).

Las modalidades domiciliarias (ya sea HD o DP) han demostrado mejorar la percepción de autonomía, y proporcionan mayor libertad y flexibilidad a los pacientes. Se estima que el 50% de los pacientes correctamente instruidos podrían acceder a estas técnicas, y sin embargo son muchos menos los que eligen este tipo de TRS (19).

Existen barreras del sistema que hacen que los pacientes elijan terapias hospitalarias en lugar de modalidades de autocuidado. Algunas son propias del paciente, como la falta de conocimiento, el miedo a la diálisis en el hogar, la carga o ausencia de cuidador, el espacio para almacenar material de diálisis y otras consideraciones sociales; y otras son responsabilidad del sistema de salud, como la accesibilidad, la distancia entre el domicilio del usuario y el centro sanitario de referencia, la falta de infraestructura o el sesgo del equipo médico (19).

En estudios previos, el rechazo a técnicas domiciliarias se ha relacionado con la percepción de estas como complicadas y a desconfianza. La viabilidad de estos tratamientos depende en gran parte de la aceptación de la enfermedad, de la elección de la TRS correcta y del apoyo familiar y profesional que el paciente recibe (20). Por lo tanto, es importante conocer las características de los usuarios para adaptar la información a las capacidades de estos y apoyar a los cuidadores principales.

Además, las técnicas domiciliarias, a pesar de sus beneficios clínicos y sociales, requieren que el paciente ponga en marcha dos tipos de actuaciones (21). Por un lado, el entrenamiento del paciente y cuidador. Aunque los usuarios de TRS pueden dializarse sin ayuda de nadie, se recomienda que tengan un cuidador que pueda ayudarle en caso de aparecer algún problema. Por otro lado, hay que acondicionar el domicilio, de manera que es necesario que las viviendas tengan agua corriente, luz y condiciones higiénico-sanitarias adecuadas. Podría ser en ocasiones necesario realizar una obra para acercar tuberías de agua de aporte, o instalar un panel eléctrico para el monitor.

A parte de las adaptaciones que los pacientes deben hacer para optar a los tratamientos domiciliarios, es importante tener en cuenta que estos tratamientos suponen gastos económicos (pago de las facturas del luz y agua, contratación de cuidadores externos etc). Por lo tanto, los ingresos mensuales de los pacientes, así como la posibilidad de mantener sus empleos podrían jugar un papel importante en la elección del TRS. En EEUU, en un estudio retrospectivo de un registro realizado entre 1992 y 2003 en el que se evaluaba la posibilidad de mantener el empleo después de haber empezado TRS, se objetivó que la tasa de empleo de los pacientes en TRS disminuía respecto al resto de la población. Además, los pacientes que no tenían seguro médico eran mujeres o personas no caucásicas presentaban menor probabilidad de mantener su nivel de empleo respecto a los hombres en TRS. También se relacionó a los pacientes que habían elegido diálisis peritoneal con la posibilidad de mantener el empleo, respecto a aquellos que no,

que elegían hemodiálisis (22). En otros estudios se ha visto que la hemodiálisis domiciliaria podría ser un factor facilitador en la conservación de la actividad laboral (23).

Por último, varios estudios sugieren que las TRS realizadas en el domicilio son más costo-efectivas (30-40% más económicas) que las realizadas en centros médicos (23).

Conocer la problemática que conllevan los factores socioeconómicos en la elección de la TRS permite aportar soluciones que optimicen los beneficios tanto para los usuarios como para el propio sistema de salud.

1.2. Planteamiento y justificación del problema.

Es importante destacar que existe la necesidad de individualizar el tratamiento de diálisis, poniendo encima de la mesa la urgencia por respetar los objetivos y preferencias del paciente, a la vez que se mantienen las prácticas de calidad y seguridad (19). Sin embargo, no es rentable unificar la práctica de diálisis a nivel global, ya que en la individualización del tratamiento de los pacientes operan muchos factores que difieren de unas poblaciones a otras. Estos pueden ser la disponibilidad de recursos, formación del personal médico, existencia o no de sistema de salud público, nivel económico de los pacientes etc. Por esta razón, es importante realizar estudios en las poblaciones específicas donde se va a trabajar, ya que nos permitirá mejorar la práctica clínica.

Este TFG investiga cómo factores socioeconómicos pueden afectar a la elección de las diferentes terapias renales sustitutivas en el departamento de salud de Castellón, permitiendo conocer la situación particular de los pacientes con ERCA en esta área de Salud.

La importancia de esta investigación reside en que, dado que los factores sociodemográficos pueden variar en función de las regiones o comunidades, investigar en este departamento de salud nos permitirá tener información específica sobre la influencia de estos factores en este área en particular. De esta forma, podremos identificar las desigualdades en el acceso a los diferentes tratamientos, pudiendo después generar estrategias de abordaje para promover la equidad de la atención médica.

Dada la relación que hay entre la ERCA y un nivel socioeconómico bajo, identificar las barreras específicas a las que se enfrentan los pacientes socioeconómicamente más desfavorecidos nos permitiría mejorar los resultados en salud de la población de Castellón, no solo disminuyendo las disparidades en salud y mejorando la calidad de vida de los pacientes, sino también optimizando los recursos del sistema sanitario, permitiendo una planificación de los servicios de manera más efectiva.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

2.1.Hipótesis.

- Existe relación entre los factores socioeconómicos y demográficos y la modalidad de tratamiento (hospitalario, domiciliario o conservador) que eligen los pacientes con ERCA en el departamento de salud de Castellón.

2.2.Objetivos principales.

- Describir el nivel socioeconómico, además de otras variables sociodemográficas de los pacientes en TRS o tratamiento conservador del departamento de Salud de Castellón.
- Evaluar si el nivel socioeconómico, entre otras variables sociodemográficas están relacionado con la elección de los diferentes tratamiento renal sustitutivo.

2.3.Objetivos secundarios.

- Recoger los motivos subjetivos por los que los pacientes eligen las modalidades de tratamiento para ERCA.
- Evaluar si los motivos subjetivos que refieren los pacientes para elegir las diferentes modalidades de tratamiento de la ERCA tienen relación con el tipo de modalidad elegida.

3. MÉTODOS.

3.1.Diseño del estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo.

3.2.Muestra, tamaño muestral y criterios de inclusión.

Se incluyeron en el estudio 200 pacientes en terapia renal sustitutiva que responden a los siguientes criterios de inclusión:

- Haber empezado la TRS o haber optado por el tratamiento conservador en la consulta de ERCA en el año 2021 y 2022.
- Ser pacientes del departamento de salud de Castellón.

3.3.VARIABLES Y RECOGIDA DE DATOS.

Para llevar a cabo el estudio se recogerá información relacionada con el tipo de TRS, además de diferentes variables demográficas. Se hará mediante una encuesta que combina preguntas de respuesta múltiple con una pregunta de respuesta abierta.

La recogida de datos se hará de manera presencial en el Hospital General de Castellón y en el centro de diálisis DIAVERUM. Se contactará por teléfono con los pacientes que no se puedan localizar en persona.

Se recogerán las siguientes variables:

PRIMARIAS:

- Modalidad de tratamiento para la ERCA.
 - o Hospitalario (dentro de esta variable se incluye tanto tratamiento en el hospital como en centros extrahospitalarios de diálisis).
 - o Domiciliario.
 - o Conservador.
- Número de personas activas laboralmente en el hogar (número).
- Número de convivientes en el hogar (número).
- Nivel socioeconómico: se obtendrá con la calculadora de la OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development) que tiene en cuenta los ingresos mensuales por unidad familiar en relación con las personas convivientes en el hogar y el país en el que viven.
 - o Clase baja.
 - o Clase media.
 - o Clase alta.
- Ingresos mensuales por unidad familiar.
 - o Hasta 500 euros.
 - o 501-1000 euros.
 - o 1001-2000 euros.
 - o 2001-3000 euros.
 - o 3001-4000 euros.
 - o 4001-5000 euros.
 - o 5001 euros o más.
- Obligación de abandonar el trabajo debido a la enfermedad renal crónica (Sí/No)
- Nivel educativo (Primarios/secundarios/superiores)
- Kilómetros desde lugar de residencia al hospital de referencia (número).
- Lugar de residencia.
- Apoyo social o familiar.
 - o Bajo (No ayuda de ningún tipo).
 - o Medio (Familiares/conocidos disponibles en caso de emergencia, pero no presentes para cuidados del día a día).
 - o Alto (Familiares/conocidos/personas contratadas disponibles para los cuidados del día a día).
- Conocimiento del castellano.

- Ninguno (no comprende ni habla).
- Parcial (comprende y habla con dificultad).
- Total (comprensión y habla adecuada).
- Migración.
 - No.
 - Hace 1 año o menos.
 - Hace más de 1 año y menos de 5.
 - Hace más de 5 años.
- Medio en el que vive.
 - Rural (viviendas fuera de núcleos urbanos).
 - Pueblo.
 - Ciudad.
- Acceso a internet en el domicilio (sí/no).
- Disponibilidad para almacenar material de diálisis (sí/no).

SECUNDARIAS:

- Formación (asistencia a la consulta de ERCA) previa al comienzo de la TRS o de la elección del tratamiento conservador (sí/no)
- Satisfacción respecto al tratamiento elegido (escala del 1-10)
- Edad (número).
- Género (hombre/mujer/no binario).

3.4. Análisis estadístico.

En cuanto al análisis de datos, en primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado de las variables para la descripción de estas en la muestra. Posteriormente, una vez categorizadas las variables necesarias se recurrió a un análisis bivariado para establecer las posibles diferencias entre los grupos de análisis. En este análisis bivariado, se utilizó la prueba de contraste de proporciones basada en el test Chi-cuadrado (χ^2) para contrastar la relación de dependencia entre variables categóricas. Con la prueba de Kolmogorov-Smirnov se vio que las variables cuantitativas no seguían una distribución normal, por lo que se llevó a cabo análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis).

En todos los casos se exigió una significación estadística del 5% ($p < 0,05$). Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS en su versión 29.0.

3.5. Aspectos éticos.

El respeta el cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

El comité de Ética de investigación con medicamentos (CEIM) del Hospital General Universitario de Castellón evaluó el estudio en su reunión del día 27 de marzo de 2023. Dicho comité emitió un informe favorable al estudio en dicha reunión, sujeto a subsanaciones que se entregaron en el plazo de 60 días exigido.

Este proyecto consiste en una recolección de datos de información entre personas mayores de 18 años, anonimizada de manera que las personas encuestadas no pueden ser identificadas. La participación es voluntaria, pudiendo retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello se altere la relación médico-paciente ni se produzca perjuicio en la atención sanitaria. Además, la colaboración en el estudio no supone a los pacientes un riesgo añadido, ni modifica o influye en el tratamiento que reciben.

3.6. Búsqueda bibliográfica.

Para establecer el marco teórico de este estudio, se ha consultado la base de datos PubMed utilizando los siguientes términos MeSH: “socioeconomic status”, “health disparities”, “epidemiology”, “renal disease”, “socioeconomic factors”, “risk factors”, “kidney failure”.

Además, se ha utilizado “Nefrología”, una revista oficial de la Sociedad Española de Nefrología que publica artículos sobre investigación clínica. Para consultar esta fuente se usaron las siguientes palabras claves: “Hemodiálisis domiciliaria”, “Hemodiálisis en centro”, “Diálisis peritoneal”, “Prediálisis”, “Características sociodemográficas” y “Estructura sanitaria”.

También se consultó SciELO, biblioteca científica electrónica online, utilizando palabras clave: “educación prediálisis, terapia renal sustitutiva”, “satisfacción del paciente”.

Por último, se utilizó el motor de búsqueda “Google académico” para la búsqueda de fuentes bibliográficas, utilizando también los términos “factores socio-económicos”, “TRS”, “ERCA”.

4. RESULTADOS.

4.1. Análisis descriptivo.

De los 200 pacientes seleccionados para este estudio, solo 59 formaron parte finalmente en la investigación por dificultades en la recogida de datos (se comentarán en el apartado de limitaciones). Del total, 38 personas (64'4%) estaban en tratamiento hospitalario, 11 en tratamiento domiciliario (18'6%) y 10 en tratamiento conservador (16'9%).

Respecto al género y edad, 30 de los participantes eran hombres (50'8%) y 29 mujeres (49'2%). La edad media de las personas que participaron en el estudio era de 71'76 años (con edad mínima 39 y máxima 93) y la mediana 73'33.

Dentro de la modalidad de tratamiento hospitalario, la edad media es de 69'24, con una mediana de 70 años y desviación estándar de 11'39, siendo la edad mínima 39 y la máxima 84. Respecto al género, el 42'1% de estos pacientes eran mujeres y 57'9% hombres.

Por otro lado, respecto al tratamiento domiciliario, la edad media de los pacientes que lo eligieron era de 65'18 años, con una mediana de 70 y una desviación estándar de 14'29, con una edad mínima de 40 y máxima de 85. El género estaba distribuido de manera que el 45'5% de estos pacientes eran mujeres respecto al 54'5% que eran hombres.

Y respecto al tratamiento conservador, la edad media de las personas de la muestra que optaron por esta modalidad es de 88'6 años, con una mediana de 89 y desviación estándar de 2'27. El mínimo de edad era 85 años, y el máximo 93. Respecto al género, en el caso de estos pacientes encontramos que el 80% son mujeres, respecto a un 20% de hombres.

En cuanto a los ingresos mensuales por unidad familiar, del total de pacientes, 33 (55'9%) reciben entre 10001-20000 euros de ingresos mensuales por unidad familiar, 12 pacientes (20'3%) entre 5001-10000 euros y 10 pacientes (16'9%) entre 2001-5000 euros.

En el 49'2% los hogares de las personas encuestadas convivían dos personas, en el 28'8% solo una persona, 13'6% cuatro personas y 8'5% vivían tres personas. La media de personas que conviven en el hogar es de 2.

Los datos de ingresos mensuales por unidad familiar y el número de personas que conviven se utilizó para determinar la clase socio-económica utilizando la calculadora de la OCD. De esta manera, podemos afirmar que un 50'8% de la muestra eran personas de clase media, 45'8% de clase baja y 3'4% de clase alta.

A su vez, en dichos hogares en el 76'3% de los casos no trabajaba ninguna persona, en el 10'2% trabajaba una, en el 10'2% dos y en el 3'4% trabajaban 3 personas. Esto nos da que la media de personas que están activas en los hogares de las personas encuestadas es de 0 personas (0'41).

Hay que tener en cuenta que 15 personas del total (25'4%) indicaron haber tenido que abandonar su actividad laboral como consecuencia de la ERCA. Para entender este dato, hay que tener en cuenta que 18 de los participantes (30'5%) estaban en edad de trabajar cuando empezaron el TRS, mientras que 41 (69'5%) estaban jubilados. De las 18 personas que estaban en edad de trabajar, 12 tuvieron que abandonar su actividad laboral por la ERCA; mientras que de las 41 personas que estaban en edad de jubilación al empezar el tratamiento, 3 abandonaron su actividad laboral por este motivo.

Respecto a la migración, 57 personas (96'6%) de la muestra eran no migrantes, frente a 2 personas (3'4%) que eran migrantes y llevaban en España más de 5 años. En cuanto a conocimiento de castellano, 58 personas (98'3%) de las encuestadas tenían una comprensión y habla total, y una persona (1'7%) parcial.

Además, el 72'9% de los participantes tenían solamente estudios primarios, mientras que el 15'3% secundarios y 11'9% superiores.

Por otro lado, el 62'7% de las personas encuestadas viven en ciudades, 35'6% en pueblo y 1'7% en el medio rural. La media de kilómetros a los que viven los pacientes respecto al centro hospitalario de referencia (Hospital General de Castellón) es de 9'05km (mínimo 0 y máximo 82, con una mediana de 2'28).

El 59'3% de los pacientes residen en Castellón de la Plana y el 10'2% en Almazora, mientras que el resto se distribuyen por otras localidades pertenecientes al departamento de salud de Castellón.

Del total de participantes, 34 (57'6%) tienen acceso a internet en el domicilio, frente a 25 personas (42'4%) que no tienen. Además, el 74'6% de la muestra viven en estancias con espacio suficiente para almacenar el material de diálisis.

El 96'6% de los participantes habían asistido a la consulta de ERCA antes de empezar con el TRS, donde se les había explicado las posibles opciones terapéuticas y asesorado de la mejor opción en cada caso.

Se les preguntó a los pacientes por el apoyo social o familiar que tenían para el día a día, y el 62'7% refirieron tener apoyo total, 23'7% parcial y 13'6% ningún tipo de apoyo.

En cuanto a la satisfacción de los pacientes respecto al tratamiento elegido, la media fue de 9'07 en una escala del 1 al 10.

En la *tabla 2* podemos observar la distribución de las frecuencias según la modalidad de tratamiento elegida por los pacientes.

Se incluyó en la encuesta una pregunta abierta en la que los pacientes podían indicar por qué razones habían elegido su modalidad de TRS, pudiendo indicar más de uno. Según las respuestas, se definieron 17 motivos (recogidos en *tabla 1*). Las razones más comunes fueron la recomendación

médica (16'5%), el acompañamiento del personal sanitario (17'5%) y la mayor comodidad (9'7%).

Tabla 1 – Frecuencias de motivos para elegir la modalidad de tratamiento referidos por los pacientes.

Motivos	N	%	% de casos
Falta de apoyo social	8	7'8%	13'6%
Mayor autonomía	6	5'8%	10'2%
Mayor flexibilidad	5	4'9%	8'5%
Acompañamiento personal sanitario	18	17'5%	30'5%
Recomendación médica	17	16'5%	28'8%
Recomendación de otros pacientes	1	1%	1'7%
No entendían técnicas domiciliarias	2	1'9%	3'4%
Más sensación de seguridad	5	4'9%	8'5%
Mayor edad	9	8'7%	15'3%
Mayor comodidad	10	9'7%	16'9%
Comorbilidad asociada	2	1'9%	3'4%
Estabilidad de la enfermedad renal	2	1'9%	3'4%
Complicaciones o fracaso de técnica domiciliaria	10	9,7%	16'9%
Miedo	1	1%	1'7%
Distancia a centro de diálisis	1	1%	1'7%
Experiencias negativas de familiares	2	1'9%	3'4%
Falta de información	4	3'9%	6'8%
Total	103	100%	174'6%

4.2. Análisis Bivariante.

Mediante este análisis se evalúa la asociación entre variables sociodemográficas y económicas y la elección del tratamiento renal sustitutivo.

Se observó que existe una relación de dependencia entre la modalidad de tratamiento renal sustitutivo y el acceso a internet en el domicilio ($p=0'021$). Además, también se relacionó la modalidad de tratamiento con el espacio de almacenamiento para material de diálisis en el domicilio ($p=0'023$)

Tabla 2 – Frecuencia de las variables socioeconómicas y demográficas según la modalidad de tratamiento elegida por los pacientes.

Variables socio-económicas		Modalidad de TRS						Total	
		Hospitalaria		Domiciliaria		Conservador			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Género	Hombre	22	57'9%	6	54'5%	2	20%	30	50'8%
	Mujer	16	42'1%	5	45'5%	8	80%	29	49'2%
Ingresos mensuales por unidad familiar	Hasta 500 €	1	2'6%	0	0%	0	0%	1	1'7%
	501-1000€	6	15'8%	3	27'3%	3	27'3%	12	20'3%
	1001-2000€	21	55'3%	6	54'4%	6	60%	33	55'9%
	2001-3000€	7	18'4%	2	18'2%	1	10%	10	16'9%
	3001-4000€	1	2'6%	0	0%	0	0%	1	1'7%
	4001-5000€	1	2'6%	0	0%	0	0%	1	1'7%
	Más de 5000€	1	2'6%	0	0%	0	0%	1	1'7%
Nº de personas activas laboralmente en el hogar	0	29	76'3%	8	72'7%	8	80%	45	76'3%
	1	2	5'3%	2	18'2%	2	20%	6	10'2%
	2	3	13'25	1	9'1%	0	0%	6	10'2%
	3	2	5'3%	0	0%	0	0%	2	3'4%
Abandono de actividad laboral	No	27	71'1%	4	36'4%	10	100%	44	74'6%
	Sí	11	28'9%	7	63'6%	0	0%	15	25'4%
Edad de trabajar	Jubiladas	25	65'8%	6	54'5%	10	100%	41	69'5%
	En edad de trabajar	13	34'2%	5	45'5%	0	0%	18	30'5%
Migración	No	36	94'7%	11	100%	10	100%	57	96'6%
	Hace > 5 años.	2	5'3%	0	0%	0	0%	2	3'4%
Medio en el que vive	Ciudad	25	65'8%	5	45'5%	7	70%	37	62'75
	Pueblo	13	34'2%	6	54'5%	2	20%	21	35'6%
	Medio rural	0	0%	0	0%	1	10%	1	1'7%
Acceso a internet	Sí	24	63'4%	8	72'7%	2	20%	34	57'6%
	No	14	36'8%	3	27'3%	8	80%	25	42'4%
Almacenar material	Sí	24	63'2%	10	90'9%	10	100%	44	74'6%
	No	14	36'8%	1	9'1%	0	0%	15	25'4%
Asistencia a consulta ERCA	Sí	36	94'7%	11	100%	10	100%	57	96'6%
	No	2	5'3%	0	0%	0	0%	2	3'4%
Lugar donde reside	Castellón	24	63'3%	4	36'4%	7	70%	35	59'3%
	Otros lugares	14	36'7%	6	63'6%	3	30%	24	40'7%
Nivel educativo	Primarios	25	65'8%	8	72'7%	10	0%	43	72'9%
	Secundarios	7	18'4%	2	18'2%	0	0%	9	15'3%
	Superiores	6	15'8%	1	9'1%	0	0%	7	11'9%
Nivel de apoyo social/familiar	Ninguno	5	13'2%	2	18'2%	1	10%	8	13'6%
	Parcial	11	28'9%	2	18'2%	1	10%	14	23'7%
	Total	22	57'9%	7	63'6%	8	80%	37	62'7%
Nº personas convivientes	1	10	26'3%	1	9'1%	6	60%	17	28'8%
	2	17	44'7%	8	72'7%	4	40%	29	49'2%
	3	4	10'5%	1	9'1%	0	0%	5	8'5%
	4	7	18'4%	1	9'1%	0	0%	8	13'6%
Comprensión y habla de Castellano	Parcial	1	2'6%	0	0%	0	0%	1	1'7%
	Total	37	97'4%	11	100%	10	100%	58	98'3%
Clase social calculada con encuesta OCD	Baja	18	47'4%	6	54'5%	3	30%	27	45'8%
	Media	18	47'4%	5	45'5%	7	70%	30	50'8%
	Alta	2	5'3%	0	0%	0	0%	2	3'4%
Total pacientes según TRS		38	64'4%	11	18'6%	10	16'9%		

Tabla 3 – Motivos por los que los pacientes eligen las distintas modalidades de tratamiento respecto a la modalidad elegida.

Motivos para elegir TRS	Modalidad de TRS				Total	p
	Hospitalaria	Domiciliaria	Conservador			
Falta de apoyo social	N	8	0	0	8	0'78
	%	21'1%	0%	0%		
Mayor autonomía	N	0	6	0	6	<0'001
	%	0%	54'5%	0%		
Mayor flexibilidad	N	0	5	0	5	<0'001
	%	0%	45'5%	0%		
Acompañamiento personal sanitario	N	18	0	0	18	<0'001
	%	47'4%	0%	0%		
Recomendación médica	N	8	6	3	17	0'097
	%	21'1%	54'5%	30%		
Recomendación de otros pacientes	N	0	1	0	1	0'109
	%	0%	9'1%	0%		
No entendían técnicas domiciliarias	N	2	0	0	2	0'564
	%	5'3%	0%	0%		
Más sensación de seguridad	N	5	0	0	5	0'221
	%	13'2%	0%	0%		
Mayor edad	N	1	0	8	9	<0'001
	%	2'6%	0%	80%		
Mayor comodidad	N	2	6	2	10	<0'001
	%	5'3%	54'5%	20%		
Comorbilidad asociada	N	2	0	0	2	0'564
	%	5'3%	0%	0%		
Estabilidad de la enfermedad renal	N	0	0	2	2	0'006
	%	0%	0%	20%		
Complicaciones o fracaso de técnica domiciliaria	N	10	0	0	10	0'036
	%	26'3%	0%	0%		
Miedo	N	1	0	0	1	0'755
	%	2'6%	0%	0%		
Distancia a centro de diálisis	N	0	0	1	1	0'083
	%	0%	0%	10%		
Experiencias negativas de familiares	N	0	0	2	2	0'006
	%	0%	0%	20%		
Falta de información	N	4	0	0	4	0'306
	%	10'5%	0%	0%		
Total		38	11	10	59	

Por otro lado, mediante la prueba de Kruskal-Wallis se observó que existe una relación entre la distribución del número de personas que viven en un hogar respecto a la modalidad de TRS que eligen los pacientes. Así como entre la modalidad de TRS y la edad del paciente.

No se ha evidenciado ninguna otra relación de dependencia entre la modalidad de TRS elegida por el paciente respecto al resto de variables socioeconómicas.

Además, respecto a la pregunta abierta, se estudió la relación entre cada uno de los 17 motivos por los que los pacientes elegían la técnica de diálisis, con los respectivos TRS elegidos por cada uno de los participantes (tabla 3).

De esta manera, se observó que existe una relación entre la modalidad de TRS elegida y las siguientes variables: mayor autonomía ($p < 0'001$), mayor flexibilidad ($p < 0'001$), tener acompañamiento presencial del personal sanitario ($p < 0'001$), edad avanzada ($p < 0'01$), mayor comodidad ($p < 0'001$), estabilidad de la enfermedad renal ($p = 0,006$), complicaciones o fracaso de la técnica domiciliaria ($p = 0'036$), experiencias negativas de familiares en diálisis ($p = 0'006$).

5. DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en el análisis proporcionan una visión general de las características socio-económicas de la muestra.

Podemos observar que la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio pertenecen a clase baja (45'8%) o media (58'8%). Estos datos encajan con estudios previos, que relacionan la enfermedad renal crónica con un nivel socio-económico bajo (6). Además, el 72'9% de nuestra muestra tenían únicamente estudios primarios, cuando algunos estudios apuntan a que personas con menos de 9 años de escolarización presentan 30% más riesgo de tener ERC (7).

Por otro lado, 12 de las 18 personas participantes que estaban en edad de trabajar al comienzo del tratamiento tuvieron que abandonar la actividad laboral. Estos datos nos hacen pensar que, tal y como indicaban estudios previos (21), en nuestro medio también existe una alta proporción de pacientes que abandonan el trabajo que tenían antes de empezar la TRS. Sin embargo, el análisis bivariante no demuestra que el tipo de TRS condicione abandonar el empleo, como sí se ha visto en otros estudios en los que la hemodiálisis parecía ser un factor facilitador para conservarlo (22). En este estudio, de las 7 personas en edad laboral que recibían tratamiento domiciliario, solo 1 no tuvo que dejar su trabajo (14'29%).

En las guías de TRS domiciliario se resalta la importancia de las condiciones de las viviendas de los pacientes a la hora de elegir este tipo de tratamiento (22), y esto se ha visto reflejado en nuestro estudio, ya que se ha visto una relación entre la TRS elegida y el acceso a internet, así como a la posibilidad de almacenar material de diálisis en casa. También existe relación con el número de personas que conviven con el paciente en casa.

El porcentaje de pacientes en tratamientos domiciliario frente a hospitalario es menor en nuestro estudio (18'4% y 64'4% respectivamente). Esto coincide con investigaciones previas (18) y con los datos epidemiológicos de la Comunidad Valenciana: se estima que 6.1% de los pacientes con ERC se someten a diálisis peritoneal, el 1.07% a hemodiálisis domiciliaria, el 47.4% a hemodiálisis hospitalaria. Aunque aparentemente estos datos reflejan que en nuestro estudio hay un mayor porcentaje de pacientes en técnicas domiciliarias que en los registros autonómicos, hay que tener en cuenta que este incluye a los pacientes que se someten a un trasplante renal (45.33%), cosa que nuestro estudio no contempla (3).

Respecto a los motivos subjetivos por los que los pacientes deciden elegir el TRS (recordemos que los pacientes podían elegir más de uno), cabe destacar que, al igual que en la bibliografía consultada, nuestros pacientes valoran la autonomía y flexibilidad que brinda el tratamiento domiciliario a la hora de elegirlo, habiéndose demostrado una relación de dependencia entre este motivo y la elección del tipo de TRS. El 54'5% de los pacientes que optaron por técnicas de autocuidado indicaron como uno de los motivos la autonomía, y el 45'5% la flexibilidad.

Por otro lado, el 47'4% de los pacientes en tratamiento hospitalario refirieron como uno de los motivos para optar por esta modalidad la presencia de personal sanitario durante la sesión de diálisis; 5'3% no entendían las técnicas domiciliarias; 13'2% más sensación de seguridad; y el 10'5% directamente indicaron falta de información. Por lo tanto, aunque la única variable que ha demostrado relación de dependencia con el tipo de TRS es la presencia de personal sanitario durante la sesión de tratamiento, estos resultados nos hacen pensar que, igual que en investigaciones previas, la percepción de que las técnicas domiciliarias son complicadas y la desconfianza hacia estas se relacionan con un rechazo de las mismas frente a los tratamientos hospitalarios (18,19).

Respecto al tratamiento conservador, en nuestro estudio se ha visto una relación de dependencia entre la modalidad de tratamiento y la edad. De esta manera, el 100% de los pacientes que eligieron no hacer TRS estaban en edad de jubilación, con una media de 88'6 años, siendo la persona más joven de 85 y la mayor de 93. Además, el 80% de ellos indicaron que la edad avanzada era un motivo para haber tomado la decisión de optar esta modalidad. Esto ya se había demostrado en estudios previos, donde se había definido que este era el perfil de paciente que elige este tipo de tratamiento (15).

6. LIMITACIONES.

La principal limitación del estudio reside en su reducido tamaño muestral: aunque en la investigación se incluyeron 200 pacientes aproximadamente, no se ha podido recoger datos de todos ellos. Esto se debió a la dificultad para desplazarme a centros de diálisis fuera de Castellón. El hecho de tratar con información personal de los pacientes limitaba que yo pudiera trabajar de manera independiente en la recogida, teniendo que estar acompañada por un médico adjunto o residente para acceder a dicha información. Esta fue una de las causas por las que no pude recoger toda la muestra que sería necesaria para que este estudio fuera más preciso.

Además, a pesar de haber podido acceder al centro extrahospitalario DIAVERUM de Castellón de la Plana, al haber seleccionado a los pacientes de los dos últimos años, no todos los pacientes de este centro estaban incluidos, lo cual también redujo la muestra que se podía recoger.

Por otro lado, aunque en general los pacientes se mostraron colaborativos con la investigación, algunos tuvieron que ser descartados por no querer participar en el estudio. El principal motivo era que se preguntaba de manera directa los ingresos económicos del hogar, lo cual estas personas consideraban incomodo. Para futuros trabajos se puede reconsiderar la manera de plantear esta pregunta.

Asimismo, dado que gran parte de la muestra de diálisis hospitalaria se recogió en el centro DIAVERUM de Castellón de la Plana, gran parte de la muestra eran personas que vivían en dicha ciudad. Esto se entiende que podría ser por estar el centro situado en este municipio, y quizás recogiendo datos de otros centros el resultado del estudio sería diferente.

Por otra parte, ha sido complicado obtener los datos epidemiológicos del tratamiento conservador, ya que no están recogidos por el registro de enfermos renales (ni a autonómico ni estatal).

Por último, los resultados de cómo afecta la variable de conocimiento del castellano a la elección del tratamiento podría estar sesgada porque solo dos de los pacientes eran personas migrantes cuya lengua materna no era esta. Por lo tanto, no sabemos si, estudiando una mayor muestra de población migrante, encontraríamos una relación significativa entre el conocimiento de la lengua y la elección del tratamiento. Podría ser este desconocimiento una barrera a la hora de recibir la información sobre la modalidad de tratamiento de la ERCA, y sería importante tenerlo en cuenta para futuras investigaciones.

7. CONCLUSIONES.

La hipótesis de la que partía este trabajo es que existe relación entre los factores socioeconómicos y demográficos y la modalidad de tratamiento que eligen los pacientes con ERCA en el departamento de salud de Castellón. A pesar de no haberse podido establecer dicha relación para todas las variables, sí que se ha establecido para algunas de ellas. Además, hemos obtenido información interesante de este estudio:

Algo a destacar de esta investigación respecto a otros estudios realizados en otros países es la influencia de nuestro sistema de salud público, ya que este cubre los gastos directos del TRS. Esto no ocurre por ejemplo en Estados Unidos, donde la bibliografía consultada nos indica que la posibilidad o no de pagar un seguro médico está relacionado con las condiciones socioeconómicas de los pacientes, así como con la elección de los tratamientos en función de sus consecuencias económicas (bien sea por sus costes o por la posibilidad de mantener el empleo, por ejemplo). En este caso, a pesar de las limitaciones de nuestro sistema sanitario, podríamos entender que el nivel socioeconómico tenga un menor impacto en la elección del tratamiento.

Aun así, hay costes que no están cubiertos por el sistema de salud público, y, teniendo en cuenta que, tanto en este estudio como otros previos, se ha observado que el nivel socioeconómico de las personas que padecen ERCA es mayoritariamente bajo o medio, es necesario tenerlo en cuenta. Esta necesidad recae en que podría tener implicaciones en el acceso equitativo a los tratamientos, especialmente aquellos que requieren gastos adicionales como las terapias domiciliarias. Estos costes engloban costes de luz, agua e internet; así como condiciones higiénicas u obras previas al tratamiento. Además, el 20% de las personas que en nuestro estudio habían optado por tratamiento hospitalario refirieron como motivo el no tener apoyo social o familiar. Estas personas podrían acceder de manera más cómoda a tratamientos domiciliarios contratando trabajadores externos que les ayuden, pero condicionaría también un gasto extra.

Por otro lado, muchos de los motivos por los que los participantes eligieron los tratamientos reflejan que no están recibiendo una formación que les haga sentirse seguros con las técnicas domiciliarias. El 47'4% de los pacientes de la modalidad hospitalaria señalaron como motivo de su elección la presencia de personal sanitario durante el tratamiento, el 5'3% que no entendían las técnicas domiciliarias, el 10'5% la falta de información y el 13'2% una mayor sensación de seguridad.

Asimismo, la falta de información podría estar afectando también a la elección de otras modalidades, ya que por ejemplo el 80% de pacientes en tratamiento conservador refirieron que una de las razones para optar por este tratamiento era miedo por malas experiencias de familiares respecto a la diálisis, temor que quizás podría solventarse con información y apoyo por parte de los profesionales sanitarios. Además, en 28'8% del total de participantes en el estudio definieron como uno de los motivos la recomendación médica, lo cual nos hace cuestionarnos si se está atendiendo de manera paternalista a estos pacientes.

Por lo tanto, de este estudio (a pesar de no haber podido establecer una relación directa de todas las variables estudiadas con el tratamiento de ERCA elegido) podemos obtener las siguientes conclusiones:

Existe una necesidad de continuar invirtiendo recursos económicos que garanticen una elección del tratamiento justa y equitativa para todos los pacientes, independientemente de sus situación económica o social. Nuestro sistema sanitario público favorece que esto pueda ser posible.

Tanto en nuestro estudio como en investigaciones previas se observa que el porcentaje de pacientes que optan a técnicas domiciliarias es reducido respecto al tratamiento hospitalario, cuando se estima que el 50% de los pacientes bien entrenados podrían beneficiarse de las terapias de autocuidado recibiendo un correcto entrenamiento. Por lo tanto, garantizar un acceso equitativo a las técnicas domiciliarias, dado que éstas son más costo-efectivas para el sistema, podría permitir optimizar los gastos sanitarios, pudiendo invertir en mejoras las condiciones de los tratamientos.

El análisis realizado en este TFG es valioso porque se han planteado variables que no se tenían en cuenta en estudios anteriores, tales como el conocimiento del idioma, la situación de migración o el acceso a internet. Por lo tanto, este trabajo permite establecer las bases y plantear preguntas de cara a futuras investigaciones. Es fundamental continuar estudiando esta problemática incluyendo un tamaño muestral adecuado.

Además, puesto que las guías actuales recomiendan que la elección del tratamiento de la ERCA sea lo más individualizado posible, incluir la opinión de los pacientes en este tipo de investigaciones, tal y como se ha hecho en este TFG, nos permite encontrar nuevas problemáticas de estos tratamientos. De esta forma, optimizamos los recursos, evitamos el paternalismo y mejoramos la adherencia al tratamiento y la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Por último, es importante integrar a los pacientes en la toma de decisiones, para lo que es imprescindible que desde el sistema sanitario se garantice un acceso igualitario y eficiente a la información. Esto incluiría la formación y entrenamiento en las distintas modalidades de tratamiento renal sustitutivo, fomentando así la autonomía del paciente a la hora de decidir. Esto podría hacerse no solamente desde la consulta de ERCA, sino valorar otro tipo de técnicas como poner en contacto a los usuarios con asociaciones de pacientes y usando las nuevas tecnologías para alfabetizar en salud a la población.

ABREVIATURAS.

ACKD: Advanced chronic kidney disease.

DP: Diálisis peritoneal.

ERC: Enfermedad renal crónica.

ERCA: Enfermedad renal crónica avanzada.

HD: Hemodiálisis.

HDD: Hemodiálisis domiciliaria.

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development.

TRS: Tratamiento renal sustitutivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriano Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica [Internet]. Revistanefrologia.com. [citado 20 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699504030666>
2. Mahillo-ONT B. Registro Español de Enfermos Renales (REER) Informe 2021 (datos preliminares) [Internet]. Ont.es. [citado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/01/MEMORIA-REER-2021_PRELIMINAR.pdf
3. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Informe del Registro de Enfermos Renales de la Comunitat Valenciana [Internet]. Gva.es. [citado el 10 de enero 2023]. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/RenalesInforme2019_cas.pdf
4. De La Guardia Gutiérrez M, Ledezma J. La salud y sus determinantes. 2020.

5. Robles-Osorio ML, Sabath E. Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2016;36(5):577–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.05.004>
6. Crews DC, Charles RF, Evans MK, Zonderman AB, Powe NR. Poverty, race, and CKD in a racially and socioeconomically diverse urban population. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2010 [citado 11 de enero 2023];55(6):992–1000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.12.032>
7. Fored CM, Ejerblad E, Fryzek JP, Lambe M, Lindblad P, Nyrén O, et al. Socio-economic status and chronic renal failure: a population-based case-control study in Sweden. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2003;18(1):82–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/18.1.82>
8. Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Av Enferm* [Internet]. 2012 [citado 12 de enero 2023];30(2):67–75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000200007
9. Ferrer Pérez VA. “ADHERENCIA A” O “CUMPLIMIENTO DE” PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS Y DE SALUD: CONCEPTO Y FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 1995 . :35–61.
10. Plata-Casas LI. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. *Rev Cienc Cuid* [Internet]. 2015 [citado 12 enero 2023];12(2):26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5434594>
11. Fernández Lucas M, Matesanz R, Miranda B, López Sánchez J. Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. *Nefrología* [Internet]. 1998 [citado 20 de enero 2023];18(4):316–25. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-adhesion-al-tratamiento-pacientes-receptores-articulo-X0211699598010568>
12. Informe AROPE sobre el Estado de la Pobreza en España [Internet]. Eapn.es. [consultado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-2022-compilado.pdf>
13. Arenasa MD. Pautas de derivación a la Unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) [Internet]. *Nefrologiaaldia.org*. [citado 2 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-pautas-derivacion-unidad-enfermedad-renal-374>
14. Ortega F, Rebollo P, Bobes J, González MP, Saiz P. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología* [Internet]. 2000 [citado el 2 de febrero 2023];20(2):171–81. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-factores-asociados-calidad-vida-relacionada-articulo-X0211699500012342>
15. Aguilera-Flórez AI, Alonso-Rojo AC, Linares-Fano B, Prieto Fidalgo S, García Martínez L, Prieto-Velasco M. Valoración de la elección de tratamiento conservador

en la enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019;22(1):52–6. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n1/2255-3517-enefro-22-01-52.pdf>

16. Valoración del tratamiento sustitutivo integrado en pacientes en insuficiencia renal terminal: selección vs elección [Internet]. *Revistanefrologia.com*. [citado 2 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699501027292>
17. Marshall MR, Hawley CM, Kerr PG, Polkinghorne KR, Marshall RJ, Agar JWM, et al. Home hemodialysis and mortality risk in Australian and New Zealand populations. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2011;58(5):782–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2011.04.027>
18. Lacson E Jr, Xu J, Suri RS, Nesrallah G, Lindsay R, Garg AX, et al. Survival with three-times weekly in-center nocturnal versus conventional hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2012 [citado 5 de febrero 2023];23(4):687–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2011070674>
19. Iniciación a la diálisis. Elección de modalidad, acceso y prescripción (2019) [Internet]. *Nefrologiaaldia.org*. [citado 5 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-iniciacion-dialisis-eleccion-modalidad-acceso-236>
20. Garrido López M del V, Sesmero Ramos C, Portolés Pérez JM. Estudio sobre el cambio de elección de tratamiento renal sustitutivo en pacientes que han optado por diálisis peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2006 [citado 15 de febrero 2023];9(1):07–11. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752006000100002
21. Hemodiálisis domiciliaria [Internet]. *Nefrologiaaldia.org*. [citado 15 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/150>
22. Muehrer RJ, Schatell D, Witten B, Gangnon R, Becker BN, Hofmann RM. Factors affecting employment at initiation of dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2011;6(3):489–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.02550310>
23. VVAA. Manual de hemodiálisis domiciliaria. 2018.

ANEXOS

1. Aprobación del estudio por el comité de ética.

CEIm



GENERALITAT
VALENCIANA



CASTELLÓ
DEPARTAMENT DE SALUT

INFORME COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓ

Doña Berta Claramonte Clausell, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital General Universitario de Castelló,

CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓ en su reunión del día 27 de marzo de 2023, acta 4/2023, tras la evaluación de la propuesta realizada por: D. José Remón Pons del Proyecto de Investigación (TFG) titulado: Influencia de los determinantes socio-económicos en la elección de terapia sustitutiva renal. Protocolo versión

Servicio: Nefrología Hospital General Universitario de Castellón
Investigador principal: Dr. José Ramón Pons Prades

Y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y sus colaboradores.
2. Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
3. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se consideran justificados los riesgos y las molestias previsibles para el sujeto.
4. Consideraciones generales del estudio.

INFORME FAVORABLE condicionado a:

- **Aportar un protocolo de investigación clínica siguiendo las recomendaciones de la Conselleria de Sanitat.**

No disponemos de protocolo de estudio con elementos como criterios de inclusión, variables, método estadístico, periodo de estudio para poder realizar la evaluación correspondiente de forma completa.

A tener en cuenta:

Plazo para presentar las aclaraciones solicitadas: **60 días**.

Si una vez finalizado dicho plazo, no se hubiera recibido contestación del investigador, se entenderá que éste desiste de seguir con los trámites de evaluación del estudio que nos ocupa.

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 223/2004, y su composición actual es la siguiente:

Presidente	D. Mario Ferrer Vázquez Facultativo Especialista Pediatría
Vicepresidente	D. Raimundo García Boyero Jefe Sección Servicio de Hematología
Secretaria	D^a Berta Claramonte Clausell Facultativo Especialista Neurología
Vocales	D^a Amparo Andrés Pruñonosa Graduada en Enfermería D. Manuel Batalla Sales Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria



Dr. Hugo Daniel Caballero Arzapalo
Facultativo Especialista en Neurocirugía
D. José Vicente Castelló Carrascosa
Facultativo Especialista Alergología
D. Juan Vicente Esplugues Mota
Farmacólogo Clínico
D. Raúl Ferrando Piqueres
Jefe Servicio de Farmacia
D. Jesús Lucas García
Facultativo Especialista Pediatría
D^a M. Lidón Mateu Campos
Facultativo Especialista de Medicina Intensiva
D^a Nayara Pérez Sánchez
Facultativo Especialista Anatomía Patológica
D^a María Teresa Pitarch Saborit
Miembro lego
D^a Ana Sánchez Llopis
Facultativo Especialista en Urología
D. Carlos J. Soriano Navarro
Facultativo Especialista Cardiología
D. Juan Francisco Tosca Flores
Licenciado en Medicina y Cirugía. Experto en BPC

Que en dicha reunión del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente

Que en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Secretaría Técnica del CEIm Hospital General Universitario de Castellón

2. Hoja de información a pacientes y consentimiento informado.

Hoja de información al paciente

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Título: Influencia de determinantes socio-económicos en la elección de la terapia sustitutiva renal.

Promotor: Departamento de Medicina – Universitat Jaume I

Investigador principal: Ramon Pons Prades

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Castellón de acuerdo a la legislación vigente. Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Debe Ud. saber que puede consultar con las personas que considere oportuno.

Por aplicación de la normativa de la Comunidad Autónoma Valenciana, Ud. no debe comprometerse ni firmar la hoja de consentimiento informado, hasta no haber transcurrido, al menos, 24 horas desde que haya recibido la información y haya tenido ese tiempo para meditar y solicitar consejo si es su deseo.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Le invitamos a participar en el estudio porque ha sido diagnosticado de Enfermedad Renal Crónica.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Analizar los factores y determinantes sociales y económicos (apoyo familiar, nivel educativo, lugar de residencia, nacionalidad, raza, etc) que pueden influir en la elección del tipo de tratamiento sustitutivo renal (trasplante, diálisis domiciliaria, hemodiálisis) por parte del paciente.

También se estudiarán los factores tradicionales o habituales que condicionan que los pacientes elijan una u otra técnica.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio se va a llevar a cabo en el Servicio de Nefrología del Hospital General Universitario de Castellón, participando en el mismo el Dr Ramon Pons como investigador principal, el Dr Alejandro Pérez, Dr Ricardo Córdoba y la estudiante de Medicina Gloria Rodríguez como investigadores colaboradores.

Está previsto incluir en él a 100 - 150 pacientes.

El estudio consiste en recoger información, mediante la realización de encuestas y entrevistas, de los participantes.

ACTIVIDADES DEL ESTUDIO

La duración del estudio va a ser de 45 días. Se realizará una única visita/entrevista a cada participante, la cual podrá ser presencial o telefónica.

RIESGOS Y MOLESTIAS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en el estudio no le va a suponer ningún riesgo añadido al propio de la asistencia que le vamos a proporcionar, por cuanto el tratamiento y las pruebas serán las mismas que si decide no participar en el estudio.

Si Ud. Decide participar en el estudio, sepa que se compromete a facilitar los datos que se le requieran en la entrevista/encuesta.

Previamente a la aceptación se le explicará y entregará un modelo de encuesta para que valore si acepta participar y valorar preguntas que no desee contestar.

POSIBLES BENEFICIOS

Realizar este tipo de estudios nos permitirá valorar si hay factores que pueden llevar a un paciente a no elegir un tratamiento a pesar de que cree que puede ser el mejor para él/ella, y poder poner en marcha medidas que le ayuden a otras personas a acceder a cualquier terapia independientemente de su condición social y/o económica.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El promotor se compromete al cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

El acceso a su información personal de identificación quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, autoridades sanitarias extranjeras), al Comité de Ética de la Investigación y personal autorizado por el promotor (monitores del estudio, auditores), pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El fichero que contendrá estos datos es de titularidad del investigador, quien es responsable de su almacenamiento y custodia durante el tiempo que obliga la legislación en vigor.

Ud. Debe saber que puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación y, limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que ha facilitado para el estudio. Para ejercitar estos derechos, dirijase al investigador principal del estudio o al/a la Delegado/a de Protección de Datos del centro. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho. Si decide retirarse del estudio, los datos que ya se hayan recogido no se pueden eliminar para garantizar la validez de la investigación. A partir de ese momento no se recogerá ninguno nuevo.

Si se realizara una transferencia de sus datos, siempre codificados, fuera de la UE (a las entidades del grupo promotor, a prestadores de servicios o a otros investigadores), los datos del participante quedarán protegidos con salvaguardas tales como contratos u otros mecanismos, por las autoridades de protección de datos. Si el participante quiere saber más al respecto, puede contactar al/ a la Delegado de Protección de Datos.

GASTOS Y COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Este estudio no precisa financiación.

CONTACTO EN CASO DE DUDAS

Si desea más información ahora o durante su participación o tiene alguna duda, póngase en contacto con los Dres Ramon Pons/Ricardo Córdoba, del servicio de Nefrología, en el teléfono de contacto 964725045

CEIm-EP-HIPG-001. Versión 1 de 20/02/2023

Formulario de consentimiento informado

Versión 1 de 20/02/2023

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Título del estudio: Influencia de determinantes socio-económicos en la elección de la terapia substitutiva renal

Versión y fecha del protocolo: 1 de 20/02/2023

Yo(participante),.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
 - He podido hacer preguntas sobre el estudio.
 - He recibido suficiente información sobre el estudio.
 - He hablado con (investigador):
 - Comprendo que mi participación es voluntaria.
 - Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
 - Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante.

Fecha: ____/____/____

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente).

Firma del investigador.

Fecha: ____/____/____

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mí salud:

- SÍ
- NO

Firma del participante.

Fecha: ____/____/____

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente).

Firma del investigador.

Fecha: ____/____/____

Cuando se obtenga el CI en personas con capacidad modificada para dar su CI

Firma del representante legal.
familiar o persona vinculada de hecho.

Fecha: ____/____/____

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente).

Firma del investigador.

Fecha: ____/____/____

3. Encuesta de factores socioeconómicos y demográficos.

Influencia de determinantes socio-económicos en la elección de la terapia substitutiva renal

1. Modalidad de tratamiento renal sustitutivo elegido:

- Hospitalario.
- Domiciliario.
- Trasplante
- Conservador.

2. Edad (indique su edad):

3. Género.

- Mujer
- Hombre
- No binario.

4. Número de personas activas laboralmente en el hogar (indique con un número):

5. Número de personas que viven con usted en el hogar (indique número).

6. Ingresos mensuales por unidad familiar aproximadamente (es decir, la suma de los sueldos de cada conviviente).

- Hasta 499 euros
- 500-999 euros
- 1000-1999 euros
- 2000-2999 euros
- 3000-3999 euros
- 4000-4999 euros
- 5000 euros o más

7. ¿Su enfermedad renal crónica le ha obligado a dejar su trabajo?

- Sí.
- No.

8. Nivel educativo.

- Estudios primarios.
- Estudios secundarios.
- Estudios superiores.

9. Lugar de residencia (escriba el lugar donde vive)

10. ¿Cuenta usted con apoyo social o familiar que le ayude en su día a día?

- Ninguno.
- Parcial.
- Total.

11. ¿Comprende y habla usted castellano?

- No.
- Parcialmente.
- Totalmente.

12. ¿Ha migrado usted desde su país de origen?

- No.
- Sí, hace 1 año o menos.
- Sí, hace más de 1 año y menos de 5.
- Sí, hace más de 5 años.

13. ¿En qué medio vive?

- Medio rural.
- Pueblo.
- Ciudad.

14. ¿Tiene usted acceso a internet en el domicilio?

- Sí.
- No.

15. ¿Tiene usted espacio para almacenar el material de diálisis en su casa?

- Sí.
- No.

16. ¿Asistió usted a la consulta de enfermedad renal crónica antes de empezar el tratamiento?

- Sí.
- No.

17. Satisfacción respecto al tratamiento renal sustitutivo (indique del 1 al 10).

Si lo desea, puede añadir comentarios a continuación (por ejemplo: por qué decidió elegir este tratamiento):