



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**Influencia de los valores sociales y personales en la elección de
la terapia de reemplazo renal**

Trabajo Fin de Grado

Autora: Alba Sarabia Delgado

Fecha: 22 de abril de 2025



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**Influencia de los valores sociales y personales en la elección de
la terapia de reemplazo renal**

Trabajo Fin de Grado

Autora: Alba Sarabia Delgado

Tutor: Miguel Núñez Moral

Cotutora: Beatriz Peláez Requejo

Tutor D. Miguel Núñez Moral, Grado en Enfermería por la Universidad de Oviedo, Profesor asociado en ciencias de la salud, departamento de enfermería. Supervisor de la unidad de diálisis peritoneal del Hospital Universitario de Asturias.

Cotutora Dña. Beatriz Peláez Requejo, Diplomada en enfermería por la Universidad de Oviedo. Enfermera responsable de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada

CERTIFICAN:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por Dña. Alba Sarabia Delgado, titulado "Influencia de los valores sociales y personales en la elección de la terapia de reemplazo renal", realizado bajo la dirección de D. Miguel Núñez Moral y Dña. Beatriz Peláez Requejo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 21 de abril de 2025.

VºBº



Fdo. D. Miguel Nuñez Moral

Tutor del Proyecto

VºBº



Fdo. Dña Beatriz Peláez Requejo

Cotutora del Proyecto

En primer lugar, me gustaría agradecer a Miguel Nuñez Moral, por todo el apoyo y la ayuda recibida en todo el proceso. También a Beatriz Peláez Requejo, sin duda una gran profesional, que ha sido imprescindible para este trabajo. Sin su paciencia, conocimiento y disposición esto no hubiera sido posible.

Gracias al equipo de FINBA e ISPA, que realizaron el análisis bioestadístico de nuestros datos.

Gracias a todos los que me han acompañado en estos años. Para mi este trabajo representa el fin de una etapa, que, sin el soporte de mis padres, mis abuelos, mis amigos y Nacho nunca habría podido llegar.

Sobre todo, gracias a mi hermano Marcos, que me ha alegrado el camino, y ahora me tocará hacer lo mismo a mí, demostrándole que puede llegar a todo lo que él quiera.

Este estudio no presenta ningún conflicto de intereses por parte de la autora.

ÍNDICE

1.	Resumen	1
2.	Introducción	4
3.	Justificación	10
4.	Hipótesis	10
5.	Objetivos.....	10
6.	Material y métodos	11
I.	Tipo de estudio.....	11
II.	Población a estudio	11
III.	Variables a estudio	11
7.	Resultados	14
II.	Resultados de las tarjetas de valores	15
III.	Asociación entre las tarjetas de valores y la TRS elegida	16
8.	DISCUSIÓN DE LOS Resultados	18
9.	Conclusiones.....	21
10.	Bibliografía.....	23
11.	Anexos	26
I.	Anexo I: Tarjetas de valores.....	26
II.	Anexo II: Test de elegibilidad.....	27

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1: Prevalencia de la distribución de TRS de inicio por Comunidades Autónomas (%)².....5

Figura 2: Incidencia de la distribución de TRS de inicio por Comunidades Autónomas (%)².....7

Figura 3: Proceso desde que comienza la ERC hasta que se comienza un TR8

Tabla 1: Relación características sociodemográficas y TSR elegida.....15

Gráfico 1: Tarjetas de valores (%).....16

Gráfico 2: Tarjetas de valores (%) en las distintas modalidades de TRS.....17

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ERC: Enfermedad Renal Crónica

pmp: por millón de población

SNS: Sistema Nacional de Salud

TRS: Terapia Renal Sustitutiva

TR: Trasplante Renal

TC: Tratamiento Conservador

HDH: Hemodiálisis Hospitalaria

HDD: Hemodiálisis Domiciliaria

HD: Hemodiálisis

DP: Diálisis Peritoneal

DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

DPA: Diálisis Peritoneal Automatizada

ERCA: Enfermedad Renal Crónica Avanzada

FG: Filtrado Glomerular

TDC: Toma de Decisiones Compartidas

HATD: Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias

FINBA: Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias

ISPA: Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA).

FAVI: Fístula Arterio-Venosa Interna

Ds: Desviación estándar

1. RESUMEN

Introducción. El envejecimiento poblacional ha provocado un aumento de la enfermedad renal crónica, poniendo en entredicho la universalidad del tratamiento sustitutivo renal en el futuro. En la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, se busca retrasar la progresión de la enfermedad mediante actividades preventivas. Si estas medidas no son suficientes, se plantea el inicio en una Terapia de Reemplazo Renal (hemodiálisis hospitalaria/domiciliaria, diálisis peritoneal, trasplante renal, y tratamiento conservador). Para elegir la terapia más conveniente, se realiza la Toma de Decisiones Compartida, un conjunto de recursos que favorecen una elección de calidad, compartida y que utiliza las tarjetas de valores, para saber qué circunstancias, sociales y personales, son las más importantes para cada persona.

Objetivo. Analizar la influencia de los valores sociales y personales en la elección de la terapia de reemplazo renal.

Metodología. Estudio observacional descriptivo retrospectivo, realizado entre del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2024. Se realizó un muestreo por conveniencia. Se analizaron variables sociodemográficas, las tarjetas de valores elegidas, el tiempo en la toma de decisiones, así como la concordancia entre terapia elegida e iniciada

Resultados. Estudiamos a 143 pacientes de los cuales el 72,7% eran hombres. La media de edad fue de 75 ± 9 años. Las tarjetas de valores más elegidas fueron: “Ser independiente” (15,9%), “Impacto para la familia” (13,8%) y “Autonomía” (12,7%). Para diálisis peritoneal la más elegida fue “Ser independiente” (21,4%), para hemodiálisis hospitalaria “Personal sanitario responsable de tratamiento” (20%), y para tratamiento conservador “Impacto para la familia” (15,4%).

Conclusiones. Creemos que no hay Tarjetas de Valores específicas para ninguna terapia, sino que los pacientes eligen las tarjetas según sus circunstancias personales y sociales (valores) para determinar cuál es el tratamiento que más les conviene.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Renal Crónica; Valores; Técnicas de apoyo para la decisión;
Terapia de Reemplazo Renal.

ABSTRACT

Introduction. The population ageing has caused an increase in Chronic Kidney Disease, calling the universality of the renal replacement therapy in the future into question. In the Advanced Chronic Kidney Disease consultation, the objective is to delay disease's progression by preventive activities. If these measures are not enough, a renal replacement therapy is raised (hospital/home hemodialysis, peritoneal dialysis, kidney transplant, and conservative treatment). To choose the most convenient procedure, Shared Decision-Making is performed: a set of resources that support a quality and shared choice through the value cards, considering which social and personal circumstances are the most important for each patient.

Objective. To analyze the influence of social and personal values on the choice of renal replacement therapy.

Methodology. Observational, descriptive and retrospective study, carried out between the 1st of January of 2023 and the 31st of December of 2024. A convenience sampling was done. Sociodemographic variables, chosen value cards, time in decision making and the concordance between the chosen and starting therapy were analyzed.

Results. 143 patients participated, whom 72,7% were men. The average age was 75 ± 9 years. The most chosen value cards were: "Being independent" (15,9%), "Family Impact" (13,8%), "Autonomy" (12,7%). For peritoneal dialysis: "Being independent" (21,4%), for hemodialysis "Medical professionals responsible for treatment" (20%), and for conservative treatment "Family Impact" (15,4%).

Conclusions. We consider that there are no specific value cards for any given therapy, but patients choose the cards depending on their personal and social circumstances (values), determining which is the most convenient treatment for each.

KEY WORDS: Chronic Kidney Disease; Values; Decision Support Techniques; Renal Replacement Therapy.

2. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una de las enfermedades que más afecta a la población general. Algunos expertos la describen como una “epidemia silenciosa”, debido a que mucha de la sintomatología no aparece hasta etapas avanzadas de la enfermedad, sumado al desconocimiento de la población acerca de su prevención, sus factores de riesgo y las consecuencias que esta acarrea¹.

En 2023, se registró en España una incidencia^a de esta enfermedad del 151,4 por millón de población (pmp), siendo mayor en hombres (68%) y en mayores de 65 años (59% los incidentes)². La prevalencia^b fue de 1.406,4 pmp². En el Principado de Asturias la incidencia de esta enfermedad en el año 2023 fue 241,5 pmp, situándose como la más alta entre todas las comunidades autónomas, la prevalencia fue de 1.571,5, solamente superada por Aragón y Canarias².

La ERC consume una cantidad ingente de recursos. Navarro González JF et al⁴, estimaron que en 2027 el gasto sanitario para la ERC aumentará un 13,8% respecto al 2022, debido principalmente al envejecimiento poblacional. Se calcula que en el año 2033 el índice de envejecimiento^c en Asturias será de 3,87⁵, ¿seguirá siendo posible mantener la sostenibilidad y universalidad del tratamiento para la ERC?⁶.

Actualmente existen cuatro tipos de tratamientos sustitutivos renales (TRS): diálisis en centro (hemodiálisis hospitalaria), diálisis en domicilio (diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria), Trasplante Renal (TR) y Tratamiento Conservador (TC).

^a La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo y lugar determinado³.

^b La prevalencia es el número de casos totales de una enfermedad en un periodo de tiempo determinado³.

^c “Porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero de un año concreto” (INE, Instituto Nacional de Estadística)⁷.

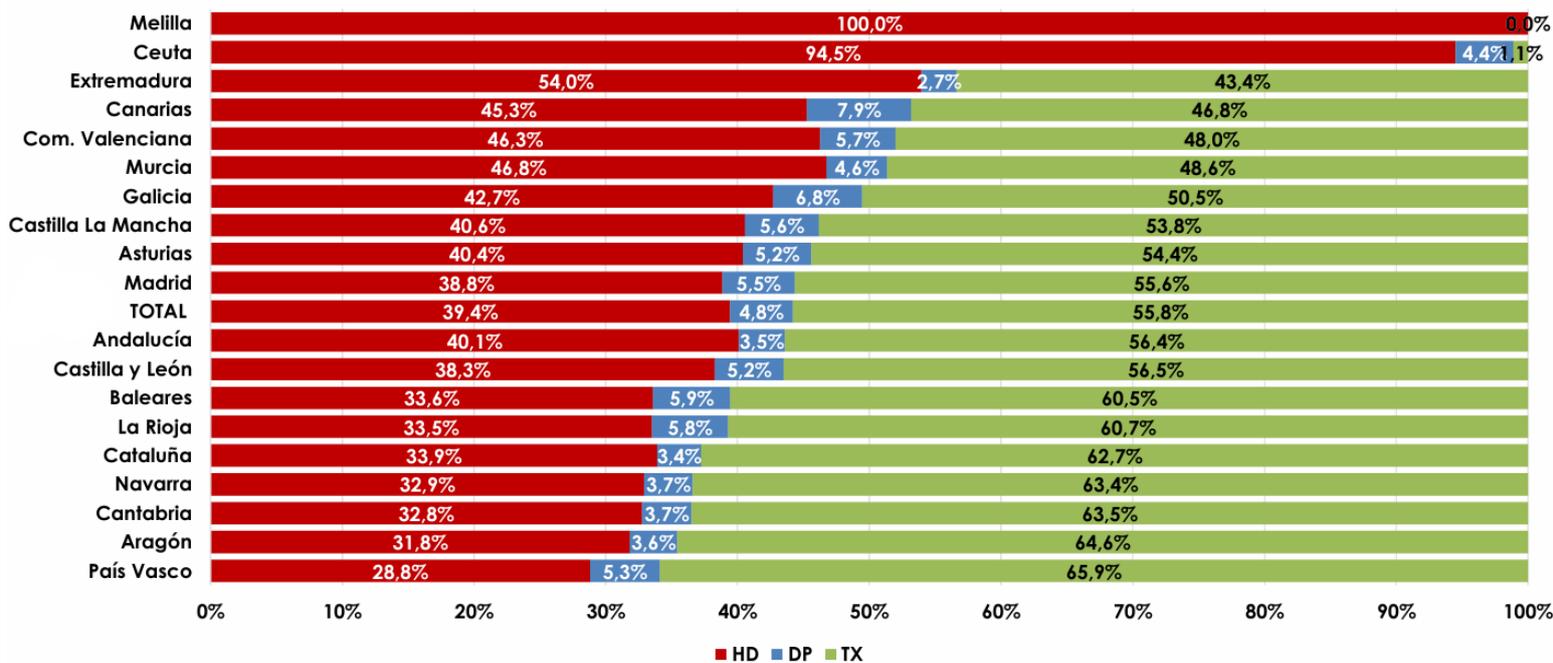


Figura 1: Prevalencia de la distribución de TRS de inicio por Comunidades Autónomas (%)².

La **Hemodiálisis (HD)** fue la modalidad de TRS más incidente en Asturias en 2023 (81,1%), la prevalencia fue del 40,4%². Este tratamiento suplente algunas de las funciones renales, como la eliminación de líquidos e iones, y el mantenimiento del equilibrio ácido-base. Para ello, la sangre pasa a través de una membrana semipermeable colocada en el dializador. La sangre sale del paciente, pasa por el filtro y retorna, todo esto por medio de un acceso vascular: bien una fístula arterio-venosa interna (FAVI), que se realiza mediante una anastomosis entre una arteria y una vena, o bien mediante un catéter venoso central⁸.

Hay dos tipos de HD: la HD hospitalaria o en centro de diálisis (HDH), que se realiza 3 veces a la semana y dura 4 horas de media cada sesión, y la HD domiciliaria (HDD), que se realiza entre 5 y 7 días a la semana y dura 2-3 horas cada sesión⁸.

Ambas HD tiene como contraindicación (CI) absoluta la imposibilidad de acceso vascular. En caso de HDD, no está aconsejado en pacientes que no se vean capacitados para controlar el equipo necesario para su realización^{9,10}.

La **diálisis peritoneal (DP)** tuvo una incidencia en el 2023 en Asturias de 18,1% y una prevalencia del 5,2%². Esta técnica usa el peritoneo como un filtro para la diálisis, al ser una membrana semipermeable. Debido a su estructura anatómico-funcional, el peritoneo permite el intercambio de agua y solutos entre la sangre y el líquido de diálisis, con unas características fisicoquímicas específicas. Este líquido se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter, para que se realice el traspaso de líquidos y solutos del que hablábamos anteriormente¹¹.

Existen dos tipos de DP: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), donde la solución de diálisis se cambia 3-4 veces durante el día de forma manual, y Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA), donde una máquina (cicladora) introduce y elimina la solución de diálisis durante la noche de manera automática¹¹.

Una de las CI absolutas para la realización de la diálisis peritoneal es la existencia un peritoneo inservible por fibrosis o adherencias, una enfermedad intestinal grave (isquemia, inflamación) o la carencia de domicilio⁹⁻¹¹.

El Trasplante renal consiste en la colocación de un órgano sano que supla las funciones que el riñón nativo no es capaz de realizar. El TR funcionante tuvo una prevalencia del 54,4% en Asturias, situándose como la TRS más realizada en 2023. La incidencia de TR anticipado fue del 0,8%².

No todos los pacientes se pueden beneficiar de un TR, algunos de los criterios de CI son una neoplasia maligna, alguna infección activa que pueda causar cualquier complicación después del TR, pacientes en los que no se estima supervivencia a largo plazo, cualquier comorbilidad grave, o falta de adherencia al tratamiento^{12,13}.

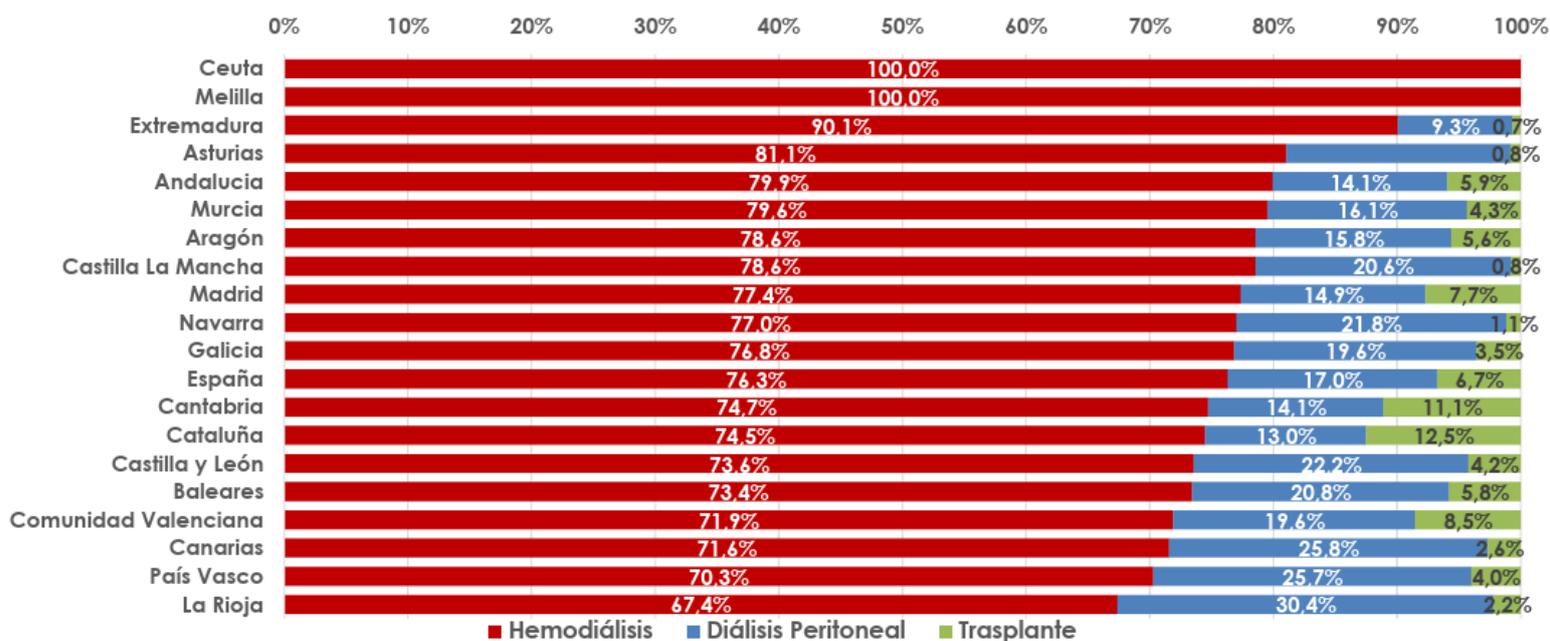


Figura 2: Incidencia de la distribución de TRS de inicio por Comunidades Autónomas (%)²

El trasplante supone un aumento en la calidad y esperanza de vida, y un ahorro de costes para el SNS a partir del primer año¹³. Pero si los pacientes no tienen criterios para recibir un trasplante, deben optar por una técnica de diálisis o el tratamiento conservador.

La técnica de diálisis que más se realiza es la HDH, también es la que mayor coste supone para el Sistema Nacional de Salud (SNS), teniendo en cuenta que consumió hasta un 40% del gasto sanitario dedicado a ERC⁴. La DP, además de ser la técnica de diálisis más eficaz para el ahorro en recursos sanitarios directos, fomenta la autonomía y el autocuidado por parte del paciente⁶.

El **Tratamiento Conservador** es la opción para los pacientes que no pueden o quieren someterse a ninguna de estas técnicas. Consiste en un seguimiento del paciente en la consulta, indicándole la medicación necesaria para controlar y paliar los síntomas que van apareciendo en los estadios más avanzados de la ERC, a medida que la función renal baja. No es curativo, pero intenta que los pacientes tengan una buena calidad de vida el máximo tiempo posible.

Cuando el filtrado glomerular comienza a ser menor de 25ml/min/1.73m²¹⁴ el paciente debe ser remitido a la consulta de enfermedad crónica avanzada (ERCA).

Esta consulta tiene como objetivo conservar el mayor tiempo posible la función renal, retrasando la progresión de la enfermedad. Además de disminuir las comorbilidades y optimizar la calidad de vida del paciente con ERC, educando en aquellos hábitos nefroprotectores.

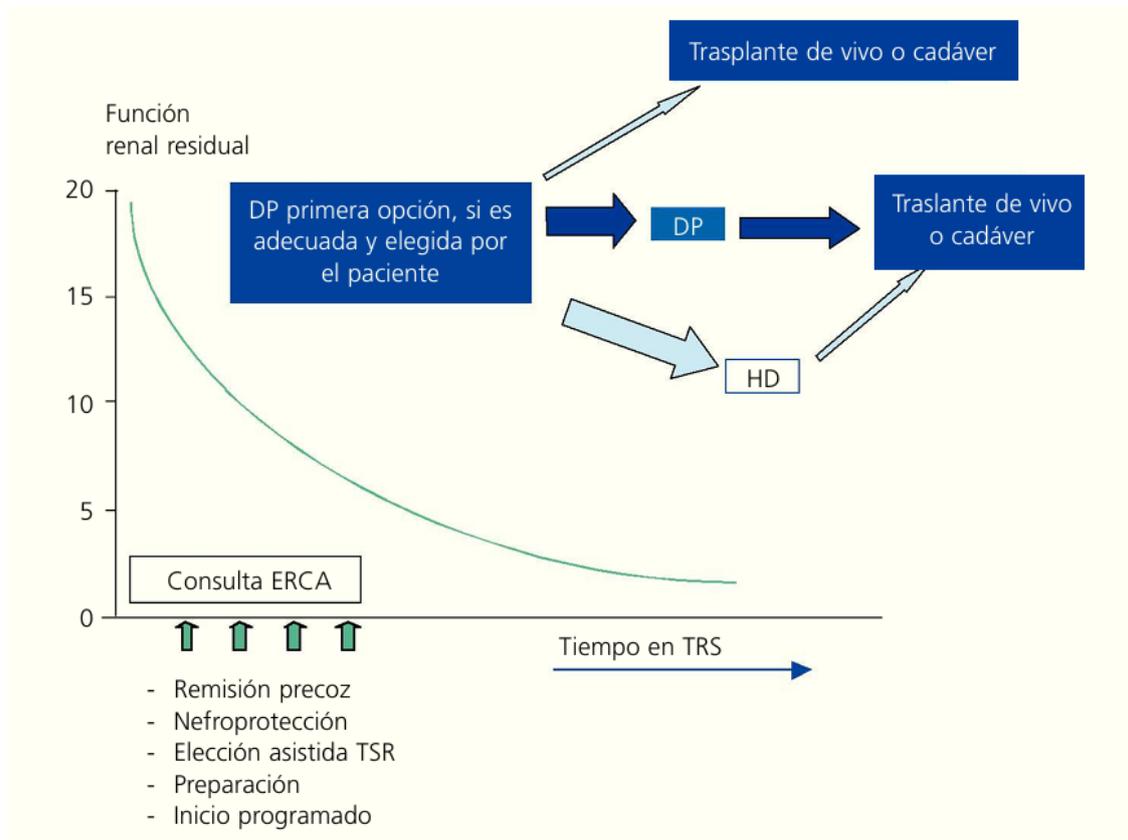


Figura 3: Proceso desde que comienza la ERC hasta que se comienza un TR¹⁵

Habitualmente, cuando estas actividades iniciales no son suficientes para mantener un adecuado Filtrado Glomerular (FG) y la función renal va empeorando, o la enfermedad se diagnostica en un estadio más avanzado, se plantea el inicio de una terapia renal sustitutiva.

En general, el tiempo ideal de remisión debería ser antes de los 6 meses del inicio estimado en TRS. Se ha demostrado que igual que la detección precoz, la remisión adecuada a la consulta ERCA de los pacientes mejora la morbilidad y supervivencia a largo plazo y disminuye los costes tanto para el paciente como para el sistema sanitario^{14,16}.

En este momento, la enfermera debe velar por el cumplimiento de la toma de decisiones compartida (TDC) ante las diferentes modalidades tratamiento, y la entrada del paciente en la

técnica sustitutiva elegida, evitando complicaciones y uso de accesos temporales, reduciendo así la tasa de morbilidad^{8,16}.

La TDC se realiza en consulta con el apoyo de las Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones (HATD). Se trata de un proceso estandarizado, que está recogido en la Guía “Proceso de Educación del paciente con ERCA”. Las HATD constituyen un conjunto de recursos que favorecen una elección de calidad, compartida y personalizada entre el paciente y la enfermera.

Están formadas por herramientas informativas, que explican a los pacientes aspectos acerca de su enfermedad, de las limitaciones y de los tratamientos que esta supone; y herramientas deliberativas (donde se incluyen las Tarjetas de Valores), que ayudan al paciente a establecer prioridades dentro de sus propios valores.

Cuando hablamos de “valores” nos referimos a aquellos aspectos que influyen en la vida social de la persona, aquellos que considera más importantes y/o deseables¹⁷, en las HATD vienen expresados en “Tarjetas de Valores”. El conocimiento de las preferencias de los pacientes es fundamental para cumplir la Ley Orgánica 41/2002, que regula la autonomía del paciente e indica que este tiene derecho a conocer toda la información que desee acerca de su enfermedad¹⁸.

Las Tarjetas de Valores son un conjunto de 26 cartas, tres de ellas son azul oscuro y tienen el título “No Importante”, “Algo Importante” y “Muy Importante”, y el resto son blancas y contienen texto que el paciente debe clasificar y colocar encima de las tres tarjetas azules, dependiendo del grado de importancia que el paciente otorgue a esa situación (Ver Anexo I: Tarjetas de valores). Al final, el paciente elegirá las dos tarjetas que para él son más importantes a la hora de llevar a cabo el TSR.

3. JUSTIFICACIÓN

La elección de la terapia renal sustitutiva por parte del paciente viene determinada por todos aquellos aspectos que considera relevantes en su vida, sus valores.

Por eso nos parece importante conocer, por un lado, cuáles son los valores que influyen en la elección de TSR, y por otro, si dicha elección tiene un impacto real en el TSR que finalmente se lleve a cabo.

4. HIPÓTESIS

Se espera que los valores personales de los pacientes de ERCA que son sometidos a una toma de decisiones compartida, influyan en la elección de la modalidad de TRS.

5. OBJETIVOS

Objetivo principal

Analizar la influencia de los valores sociales y personales en la elección de la TRS.

Objetivos secundarios

- Describir las características sociodemográficas de la población de nuestra consulta ERCA.
- Estudiar las tarjetas de valores más elegidas en cada terapia renal sustitutiva
- Analizar el tiempo utilizado en la elección de la TRS.
- Evaluar la consonancia entre la TRS elegida y la iniciada.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

I. Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, realizado en la unidad ERCA del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2024.

II. Población a estudio

Se realizó un muestreo por conveniencia entre los pacientes mayores de 18 años que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Que hayan realizado la toma de decisiones compartidas para el tratamiento sustitutivo renal durante el periodo de tiempo seleccionado.
- Que tengan una enfermedad renal crónica que necesite tratamiento renal sustitutivo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en los que los datos necesarios para nuestras variables no estén reflejados en su historia clínica.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no hayan pasado por la consulta de enfermedad renal crónica del HUCA.
- Que no entren dentro del periodo de estudio.

III. Variables a estudio

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

- Edad: Expresada en años, al inicio del estudio. Variable cuantitativa discreta.
- Sexo: Hombre o mujer. Variable cualitativa dicotómica y nominal.
- Número de visitas a la TDC: Cantidad de veces que el paciente acudió a la consulta de enfermería de ERCA para alguna de las sesiones. Variable cuantitativa discreta.

- Tiempo requerido para la TDC: días que transcurren entre la primera visita para el proceso de TDC y la toma de la decisión definitiva. Variable cuantitativa discreta.
- Filtrado Glomerular estimado (FGe) en la primera sesión de TDC: FG calculado la primera visita del proceso de toma de decisiones. Variable cuantitativa continua, con valores entre 0 y 90 mL/min/1,73 m².
- Contraindicación absoluta: cualquier CI, médica o personal, en la que el paciente no puede realizar alguna TRS. Variable cualitativa, nominal y politómica.
 - Indicación de TC: pacientes candidatos a llevar a cabo este tipo de tratamiento debido a pluripatología, edad u otras causas.
 - Ninguna CI absoluta.
- Tipo de CI: Indica la razón de la CI absoluta, se recoge a partir del test de elegibilidad (Ver Anexo II: Test de elegibilidad). Variable cualitativa, nominal y politómica.
- Situación laboral: Dato automanifestado. Estado de actividad laboral del paciente en el momento de la consulta. Variable cualitativa, nominal y politómica, con valores:
 - Ocupado: persona que lleva a cabo una actividad laboral.
 - Desempleado: personas en edad de trabajar que se encuentran en paro.
 - Jubilado: persona que ha cesado definitivamente su actividad laboral.
 - Otro: cualquier situación laboral que no encaje en las categorías anteriores.
- Entorno: Dato automanifestado. Área en la que reside un paciente en el momento de la entrevista. Variable cualitativa, nominal y politómica, con valores:
 - Rural: pueblos o comunidades con baja densidad poblacional.
 - Urbano: ciudades con alta densidad poblacional.
 - Otro: cualquier entorno que no encaje en las categorías anteriores.
- Unidad de convivencia: Dato automanifestado. Personas que conviven con el paciente en el momento de la visita. Familia, institucionalizado, solo Variable cualitativa, nominal y politómica, con valores:

- Tarjeta de valores escogidas: Selección por parte de cada paciente de las dos tarjetas de valores que considere más importantes. Variable cualitativa, nominal y politómica. (Ver Anexo I: Tarjetas de valores)
- Terapia Renal sustitutiva: TRS elegida por el paciente según sus preferencias. Variable cualitativa, nominal y politómica, con valores: TR/DP/HDD/HDH/TC/No elegida aún.
- TRS iniciada: TRS que se ha iniciado en el momento de la recogida de datos. Variable cualitativa, nominal y politómica, los valores son los mismos que en la variable anterior.

IV. Análisis bioestadístico

Los datos que fueron requeridos para conocer las variables de nuestro estudio se recogieron manualmente en una base de datos creada a partir del programa informático Microsoft Excel versión 2502. Posteriormente, fue analizado por las organizaciones sanitarias Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA) e Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA).

Las variables categóricas se presentaron como n (%) y las continuas como media (desviación estándar (SD)). Para valorar la relación entre la selección de cada tarjeta y la probabilidad de escoger diálisis peritoneal frente a tener hemodiálisis hospitalaria se han ajustado modelos de regresión logística, uno por cada tarjeta. Se presentan sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y los p-valores. Las otras dos opciones (trasplante y tratamiento conservador) no se han considerado por no tener suficientes pacientes. Todos los análisis se han realizado con el software R en su versión 4.4.2 [x].

V. Consideraciones éticas

Se solicitó consentimiento al comité de ética del Principado de Asturias, se solicitó la exención de consentimiento debido a que el estudio no entraña ningún riesgo para los pacientes, parece pertinente por su valor social y existe una imposibilidad de solicitud a todos los pacientes, debido a pérdidas (Por ejemplo, exitus letalis).

El estudio cumple con los principios éticos de investigación y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales¹⁹.

7. RESULTADOS

Evaluamos un total de 143 sujetos, siendo 104 (72,7%) hombres y 39 (27,3%) mujeres, con una media de edad de 75 años y una desviación estándar (ds) de ± 9 años.

En cuanto a la situación laboral, 110 (76,9%) eran jubilados, 19 (13,3%) ocupados, 9 (6,3%) "otros", por ser amas de casa o pacientes que se encuentren en una baja temporal, y 5 (3,5%) desempleados.

El 77,6% (111) de los usuarios vivían en un entorno urbano, y el 22,4% (32) en un entorno rural.

Por último, 117 (81,8%) tenían como unidad de convivencia la familia, 23 (16,1%) vivían solos, y 3 (2,1%) eran institucionalizados.

I. Relación entre las variables a sociodemográficas y la TRS elegida por el paciente

El 51% de los hombres (53) eligió DP, el 32,7% (34) HDH, el 8,6% (9) no escogieron todavía, y el 7,7% (8) eligieron tratamiento conservador.

En cuanto a las mujeres, 17 (43,6%) escogieron DP, 11 (28,2%) escogieron HDH, 5 (12,8%) tratamiento conservador, otras 5 (12,8%) no eligieron todavía, y 1 (2,6%) eligió el trasplante renal.

En cuanto a los pacientes que vivían en entornos rurales 14 (43,7%) de ellos eligió DP, 13 (40,6%) eligió HDH, 3 (9,4%) eligió tratamiento conservador, y 2 (6,3%) no escogieron todavía.

Por otro lado, en los pacientes que vivían en entornos urbanos los resultados fueron: 56 (50,5%) de ellos eligieron DP, 32 (28,8%) eligieron HDH, 12 (10,8%) no han elegido aún, y 10 (9%) eligieron tratamiento conservador.

TRS Elegida:	DP	HDH	T. Conservador	TR	No elegida aun
Sexo					
Hombre	53 (51,0%)	34 (32,6%)	8 (7,6%)	0	9 (8,65%)
Mujer	17 (43,6%)	11 (28,2%)	5 (12,8%)	1 (2,6%)	5 (12,8%)
Situación laboral					
Desempleado	3 (60%)	2 (40%)	0	0	0
Jubilado	50 (45,5%)	39 (35,4%)	10 (9,1%)	0	11 (10,0%)
Ocupado	14 (73,6%)	2 (10,5%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)
Otros	3 (33,4%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	0	2 (22,2%)
Entorno					
Rural	14 (43,7%)	13 (40,6%)	3 (9,4%)	0	2 (6,3%)
Urbano	56 (50,5%)	32 (28,8%)	10 (9%)	1 (0,9%)	12 (10,8%)
Unidad de convivencia					
Familia	62 (53%)	35 (29,9%)	9 (7,7%)	0	11 (9,4%)
Solo	8 (34,8%)	8 (34,8%)	3 (13%)	1 (4,4%)	3 (13%)
Institucionalizado	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	0

Tabla 1: Relación características sociodemográficas y TSR elegida

II. Resultados de las tarjetas de valores

En el proceso de TDC cada sujeto escoge las dos tarjetas de valores que para ellos son más significativas o importantes. Se registraron 276, debido a abstenciones o a pacientes que solamente eligieron una sola tarjeta.

En el gráfico 1, se pueden observar los porcentajes que obtuvo cada tarjeta, de esta tabla se eliminaron las tarjetas “Ambiente hospitalario”, “Esquema fijo de tratamiento”, “Tiempo de desplazamiento al centro de tratamiento”, “Trabajar a jornada completa”, “Trabajar a media jornada” y “Temor a la sangre o a los pinchazos”, debido a que obtuvieron un valor porcentual menor al 1%.

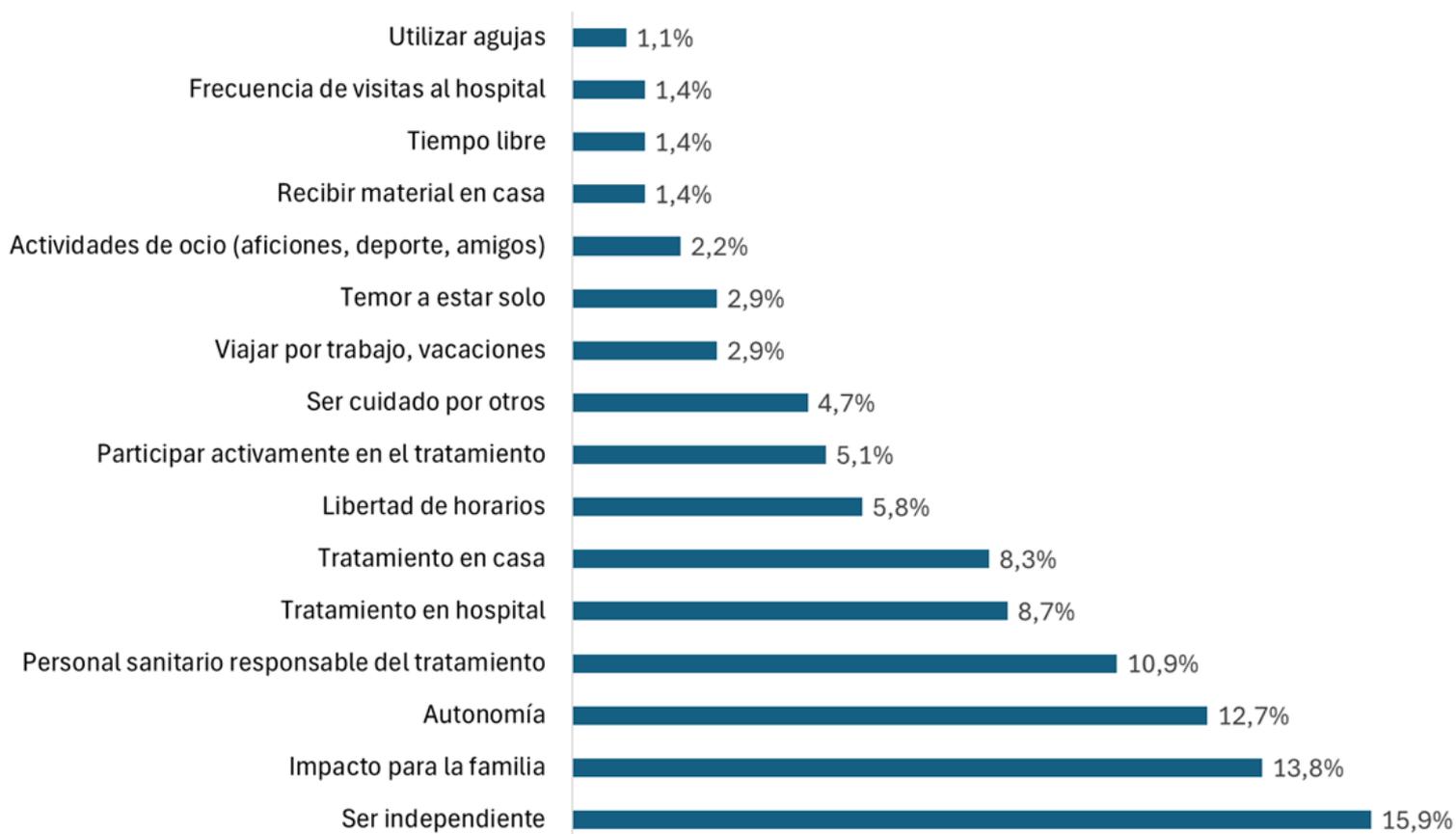


Gráfico 1: Tarjetas de valores (%)

Asociación entre las tarjetas de valores y la TRS elegida

La relación entre las tarjetas de valores y la TRS elegida se detalla en el gráfico 2. Se eliminaron aquellas tarjetas elegidas por pacientes que aún no han elegido ninguna terapia (13 sujetos).

Se registraron un total de 140 tarjetas de valores entre los pacientes que escogieron DP. Las tarjetas más elegidas fueron: 30 pacientes (21,4%) escogieron “Ser independiente”, 21 (15,0%) eligieron “Autonomía”, 19 (13,6%) “Tratamiento en casa”, 14 (10,0%) “Impacto para la familia”, y 10 (7,1%) “Participar activamente en el tratamiento”.

Se registraron un total de 90 tarjetas de valores entre los pacientes que escogieron HDH. Las cinco tarjetas de valores más seleccionadas fueron las siguientes: 18 pacientes (20,0%) eligieron “Personal sanitario responsable del tratamiento”, 16 (17,8%) “Tratamiento en el

hospital”, 14 (15,6%) “Impacto para la familia”, 9 (10,0%) “Ser independiente” y 8 (8,9%) “Autonomía”.

Analizamos un total de 26 tarjetas de valores de los pacientes que escogieron TC. Las cinco tarjetas de valores más escogidas fueron: 4 pacientes (15,4%) eligieron “Impacto para la familia”, 4 (15,4%) “Ser cuidado por otros”, 4 (15,4%) “Ser independiente”, 3 (11,5%) “Libertad de horarios”, y 3 (11,5%) “Temor a estar solo”.

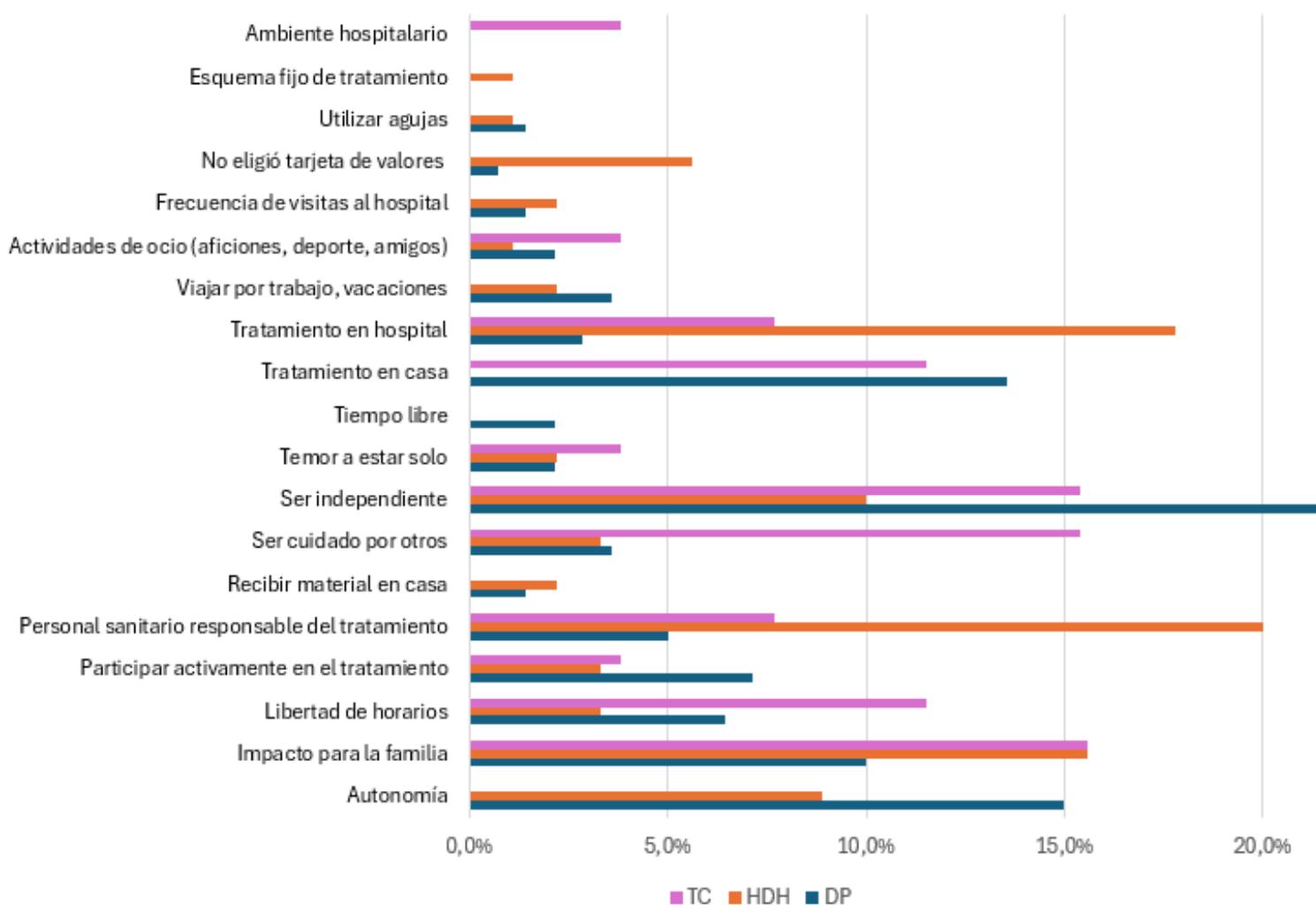


Gráfico 2: Tarjetas de valores (%) en las distintas modalidades de TRS

La media de los días que requirieron los pacientes para la elección del tratamiento fue de 152 días, ds ± 323 días. El número de visitas a la toma de decisiones tuvo de media 2,06 visitas, ds ± 0,520.

En total, 70 (48,9%) sujetos escogieron diálisis peritoneal, 45 (31,5%) hemodiálisis hospitalaria, 14 (9,8%) no eligieron aún, 13 (9,1%) escogieron tratamiento conservador, y 1 (0,7%) trasplante renal.

De los pacientes que eligieron diálisis peritoneal (48,9%), 54 (77,2%) están haciendo esta terapia, 8 (11,4%) están realizando hemodiálisis hospitalaria, y los 8 (11,4%) restantes han tenido como resultado "Otros" (exitus u otras circunstancias).

De los que eligieron hemodiálisis hospitalaria (31,5%), 34 (75,5%) están haciendo HDH, 8 (17,8%) "Otros" y 3 (6,7%) tratamiento conservador.

Por último, de aquellos que eligieron tratamiento conservador (9,1%), 12 (90,9%) están realizando esta terapia y 1 (9,1%) "Otros".

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las características sociodemográficas de nuestra muestra concuerdan con la mayoría de los estudios actuales sobre ERC: en cuanto al género, son mayoritariamente hombres, y la media de edad es bastante avanzada (75 años). Nuestra población vive principalmente en un entorno urbano (77%, en comparación con el 22% rural). Congruentemente con la edad, la mayoría están jubilados (76,9%) y viven en familia (81,8%), aunque casi 1 de cada 6 viven solos.

Consideramos que el sexo apenas influye en la elección de la técnica ya que tanto hombres como mujeres se decantan mayoritariamente por la diálisis peritoneal (51% hombres y 44% mujeres), y el porcentaje de elección de HDH en ambos sexos es cercano al 30%.

Podemos intuir que los pacientes de entorno urbano se decantan más por la DP (50,5%), mientras que los pacientes del medio rural tienen unas elecciones muy parejas (14 pacientes DP, 13 pacientes HDH). Claramente los pacientes que trabajan eligen una terapia domiciliaria (73,7% eligió DP), los jubilados también se decantan más por DP, aunque no de una manera tan diferenciada (el 45,5% escogió DP y el 35,5% HDH).

Los pacientes que viven en familia también tienen preferencia por DP (53%). Y los institucionalizados, aunque es una muestra muy pequeña (3 usuarios), han elegido hemodiálisis hospitalaria y tratamiento conservador. Esta elección era de esperar, ya que el sistema sanitario les “obliga” a elegir estas modalidades.

No nos atrevemos a realizar interpretaciones sobre el tratamiento conservador debido al número de pacientes de nuestra muestra (13 personas).

Un estudio con objetivos similares al nuestro²⁰ se realizó en el Complejo Asistencial Universitario de León, con el objetivo de observar cuales eran las Tarjetas de valores más importantes en los pacientes con ERC a la hora de escoger la modalidad de TRS.

En este estudio, realizado entre el 2011 y el 2016, participaron 281 pacientes con una edad media de 67 años. Las variables que se recogieron en el estudio, la muestra y la metodología fue similar a nuestro trabajo, es por ello por lo que consideramos oportuno comparar los resultados de ambos.

La terapia más elegida en nuestro estudio fue la diálisis peritoneal (con un 51,0% en hombres y un 43,6% en mujeres), mientras que en el estudio leonés la más elegida fue la hemodiálisis hospitalaria (50,9%). Esto se puede deber a varios factores, como por ejemplo el año de realización del estudio, mucho más temprano al nuestro, donde la incidencia de HDH era mucho mayor que la actual (la incidencia de HDH en España disminuyó un 5,9% desde 2011)².

En ambos estudios destacaron las Tarjetas de valores “Ser independiente” (en su estudio quedó en segundo lugar con un 13,65%, y en el nuestro en primer lugar con un 15,9%) e “Impacto para la familia” (en su estudio quedó en tercer lugar con un 13,30%, y en el nuestro en segundo lugar con un 13,8%). La tarjeta de valores que más eligieron los pacientes leoneses fue “Personal sanitario responsable del tratamiento” (con un 14,2%), que en nuestro caso se situó en cuarto lugar.

En ambos estudios las tarjetas relacionadas con DP coincidían con aquellas que expresaban autonomía e independencia. Con HDH aquellas que expresaban la preferencia de personal sanitario responsable (en el nuestro también el deseo de realizar el tratamiento en el hospital). Y con TC aquellas que expresan independencia, ser cuidado por otros e impacto para la familia.

Esto concuerda con los datos obtenidos por Aguilera-Flórez AI et al.²⁰, que explican que no hay valores exclusivos para ninguna modalidad, sino pacientes que escogen dependiendo de lo que ellos consideran más importantes. Por ejemplo, en nuestro estudio la tarjeta "Impacto para la familia" fue elegida en las tres opciones de TRS.

Existe otro estudio australiano²¹, que se realizó entre los años 2005 y 2006 con 95 pacientes. En este se intentó considerar qué aspectos eran positivos y negativos para los pacientes de cada TRS, se consideraron características como la libertad, el autocuidado, la seguridad, el dolor, o el cambio de imagen corporal, entre otros.

Se concluyó que muchas de las características más relevantes para los pacientes no eran específicas de ninguna TRS, que había características que para algunos pacientes eran positivas y para otras negativas, y que las circunstancias que más afectaban a los pacientes no estaban relacionadas con la clínica en sí, sino con factores personales.

En estos dos análisis^{20,21}, junto con el nuestro, se puede demostrar cómo los valores personales son los que más hay que tener en cuenta para considerar una TRS. Si bien ningún valor es específico para una terapia, estos sirven para guiar al paciente en aquellas TRS que presenten características afines a ellos, con el menor impacto posible en su estilo de vida.

Según nuestro estudio, el número de visitas a toma de decisiones compartidas en la consulta de enfermería de ERCA que requieren los pacientes es muy homogéneo, teniendo en cuenta la media y la desviación típica (2,06 y 0,520, respectivamente). Por otro lado, los días que

requiere la elección del tratamiento es muy variable (de 152 días ds \pm 323 días), siendo un aspecto muy personal y difícil de generalizar.

Podemos ver que la mayoría de las personas que eligieron un TSR, acabaron realizando ese tratamiento. El 76,5% de usuarios que escogieron DP comenzaron en esta modalidad, el 75% de los que eligieron HDH iniciaron este tratamiento, y el 90,9% de los que escogieron tratamiento conservador lo llevaron a cabo.

Hay que tener en cuenta que ninguno de los pacientes que escogieron TC acabó en otro tipo de terapia renal sustitutiva. Mientras que el 11,8% de los que eligieron DP acabaron en hemodiálisis y el 6,3% de los que eligieron HDH acabaron en tratamiento conservador. Esta concordancia se ve corroborada también en el estudio leonés.

9. CONCLUSIONES

La existencia de la consulta ERCA es fundamental en el área de la Nefrología para apoyar y acompañar a los pacientes en una enfermedad tan complicada como la Enfermedad Renal Crónica.

Nuestro estudio, que somos conscientes de que tiene algunas limitaciones, nos hace considerar que, en el proceso de toma de decisiones compartidas, las características sociodemográficas influyen ligeramente en la elección del tratamiento. Aun así, pensamos que más bien son los factores personales y sociales (valores) los que determinan qué tratamiento es más conveniente para el paciente. Aunque estos valores estén dispuestos en Tarjetas de Valores, creemos que no hay tarjetas exclusivas para una TSR.

Quizás un estudio multicéntrico actual podría aportar una mejor fotografía de las preferencias de los pacientes que están en la consulta ERCA en España.

Gracias a la coincidencia que hay entre la terapia elegida y la iniciada, podemos intuir que el uso de las Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones es eficaz y que realmente guía al paciente a la elección más acorde.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Bellasi A, Di Lullo L, Di Iorio B. Chronic kidney disease: The silent epidemy. J. Clin. Med. [Internet]. Octubre 2019 [citado el 9 de abril de 2025].;8(11), 1795. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm8111795>
2. Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Trasplante, Organización Nacional de Trasplantes. Registro Español de Diálisis y Trasplante (REDYT): informe anual 2023 [Internet]. Sociedad Española de Nefrología; 2024 [citado 6 de abril de 2025]. Disponible en [https://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=29#:~:text=Y%20TRASPLANTE%20\(REDYT\)-,REGISTRO%20ESPA%C3%91OL%20DE%20DI%C3%81LISIS%20Y%20TRASPLANTE%20\(REDYT\),-Direcciones%20de%20Registros](https://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=29#:~:text=Y%20TRASPLANTE%20(REDYT)-,REGISTRO%20ESPA%C3%91OL%20DE%20DI%C3%81LISIS%20Y%20TRASPLANTE%20(REDYT),-Direcciones%20de%20Registros)
3. Pineda Ovalle LF, Sierra Arango F, Otero Regino W. Interpretación y utilidad de las principales medidas en epidemiología clínica. Rev Colomb Gastroenterol. 2006;21(3).
4. Navarro González JF, Ortiz A, Cebrián Cuenca A, Moreno Barón M, Segú L, Pimentel B, et al. Proyección de la carga clínica y económica de la enfermedad renal crónica entre 2022 y 2027 en España: resultados del proyecto Inside CKD. Nefrología. 2024; 44(6):807-817.
5. Fernández Vázquez E, Alonso González ML, Lasarte Navamuel E, Rubiera Morollón F. Proyecciones demográficas Asturias 2033: un análisis municipal [Internet]. Laboratorio de Análisis Económico Regional; 2021 [citado 6 de abril de 2025]. Disponible en https://regiolab.es/wp-content/uploads/2021/12/Obs_REGIOlabseptiembre019_2.pdf
6. Prieto M, Selgas R, Pérez-Fontán M, Pérez Contreras FJ, Remón C, Julián JC. Tratamiento sustitutivo renal: La tormenta perfecta [Internet]. Madrid: SEDISA; 2018 [citado el 10 de abril de 2025]. Disponible en <http://sedisa.net/wp-content/uploads/2018/06/Tormenta-Perfecta-N%C3%BAm-2-eSEDISA-2018.pdf>

7. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2022. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/uc/eKrwpu04>
8. Barba Velez Á, Ocharan-Corcuera J. Accesos vasculares para hemodiálisis. Gaceta Medica de Bilbao. 2011; 108(3):63-5.
9. Doñate T, Borràs M, Coronel F, Lanuza M, González MT, Morey A, et al. Diálisis peritoneal. Consenso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante. Diálisis y Trasplante. Enero 2005; 27(1): 23-24.
10. Quirós Ganga JL, Remón Rodríguez C. Tratado de diálisis peritoneal. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 87-94.
11. Blake PG, Quinn RR, Oliver MJ. Peritoneal dialysis and the process of modality selection. Peritoneal Dialysis International. 2013; 33: 233-241.
12. Mesnard B, Karam G, Chelghaf I, Prudhomme T, Rigaud J, Branchereau J. Trasplante renal y complicaciones. EMC - Urología. 2024;56(1):1-14.
13. Kälble T, Alcaraz A, Budde K, Humke U, Karam G, Lucan M, et al. Guía clínica sobre el trasplante renal [Internet]. Madrid: AEU; 2010 [citado el 10 de abril de 2025]. Disponible en <https://www.aeu.es/UserFiles/TrasplanteRenal.pdf>
14. Arenas MD, Collado S, Fernández Chamarro M. Pautas de derivación a la Unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)[Internet]. Cantabria: Nefrología al día; 2021 [actualizado 16 de febrero de 2024; citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-pautas-de-derivacion-a-la-unidad-de-enfermedad-renal-cronica-avanzada--374>
15. Pórtoles J, Remón C. En busca de la eficiencia y la sostenibilidad del tratamiento sustitutivo renal integrado. Nefrología. Marzo 2010;1(1): 2-7.
16. Bardón Otero E, Martí i Monros A, Vila Paz ML. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Nefrología. Junio 2008; 28 Supl 3:1-139.

17. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2025. Sao Paulo: BIREME / OPS / OMS. 2025 [actualizado 2025 Mar 28; citado 10 de abril 2025]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, número 274, (15 de noviembre de 2002).
19. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, número 294, (6 de diciembre de 2018).
20. Morton RL, Devitt J, Howard K, Anderson K, Snelling P, Cass A. Patient Views About Treatment of Stage 5 CKD: A Qualitative Analysis of Semistructured Interviews. *AJKD*. 2010;55(3): 431-440.
21. Aguilera-Flórez AI, Linares Fano B, Alonso-Rojo AC, Prieto-Velasco M. Análisis del impacto de los valores personales en la elección del Tratamiento Sustitutivo Renal. *Enfermería Nefrológica*. 2017;20(3): 209-214.

11. ANEXOS

I. Anexo I: Tarjetas de valores

Tarjetas azul oscuro	No Importante
	Algo Importante
	Muy Importante
Tarjetas blancas	Recibir material en casa
	Participar activamente en el tratamiento
	Libertad de horarios
	Autonomía
	Viajar por trabajo, vacaciones
	Tratamiento en casa
	Personal sanitario responsable del tratamiento
	Utilizar agujas
	Tratamiento en hospital
	Tiempo de desplazamiento al centro de tratamiento
	Trabajar a jornada completa
	Trabajar a media jornada
	Actividades de ocio (aficiones, deporte, amigos)
	Ser independiente
	Ser cuidado por otros
	Tiempo libre
	Impacto para la familia
	Temor a la sangre o a los pinchazos
	Temor a estar solo
	Ambiente hospitalario
Tratarse junto a otros pacientes	
Esquema fijo de tratamiento	
Frecuencia de visitas al hospital	

II. Anexo II: Test de elegibilidad

- 1) ¿Tiene indicación de tratamiento conservador?: Sí/No
- 2) Indique si el paciente es elegible para cada una de las opciones que se muestran a continuación:
 - Hemodiálisis hospitalaria o centro concertado (HDC): Sí/No. Añadir dificultades añadidas si precisa.
 - Diálisis peritoneal (DP) (1): Sí/No. Añadir dificultades añadidas si precisa.
 - Hemodiálisis domiciliaria (HDD) (2): Sí/No. Añadir dificultades añadidas si precisa.
 - Trasplante renal (TR): Sí/No. Añadir dificultades añadidas si precisa.
- 3) ¿Acepta iniciar las pruebas de inclusión en lista de espera de trasplante?

(1) DP:

- a. CI absoluta: peritoneo inservible (fibrosis, adherencias); enfermedad intestinal grave (isquemia, inflamación); carencia de domicilio.
- b. CI relativa: Hernia abdominal, obesidad mórbida, ostomía, derivación ventrículo-peritoneal.

(1) HD:

- c. CI absoluta: Imposibilidad de acceso vascular