

ANÁLISIS DE LOS FACTORES CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN LA ELECCIÓN DE LA DIÁLISIS PERITONEAL COMO TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL

Marquina Parra, D, Blasco Cabañas, C, Ponz Clemente, E, Martínez Ocaña, J.C., Grau Pueyo, C, Mañé Buixo, N, García García, M

Parc Taulí. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las dos técnicas de diálisis, la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP) en cualquiera de sus variantes, han demostrado ser igualmente eficaces como tratamiento sustitutivo renal (TSR) (1).

Recientes estudios incluso sugieren las posibles ventajas de iniciar el TSR con DP frente a HD, acuñando el concepto de la mejor diálisis para el mejor momento (2). En lo que casi todo el mundo nefrológico está de acuerdo es en el concepto del "TSR integrado", considerando la elección de cada técnica de diálisis y el trasplante renal como la mejor opción para cada momento clínico del enfermo con insuficiencia renal crónica estadio 5 (IRC-5). A pesar de estas supuestas condiciones de igualdad entre las dos técnicas de diálisis, la penetrancia de las técnicas domiciliarias y en concreto de la DP es muy variable y en nuestro ámbito (Cataluña) no alcanza ni el 5 % del total de TSR.

Motivos fundamentalmente no médicos explican la diversidad de utilización de la DP en el mundo. La organización de los sistemas sanitarios y la financiación de la diálisis es uno de los factores más determinantes en la elección de la técnica. Otras razones son la disponibilidad de puestos de HD, la distancia al centro de HD, la formación y opinión de los nefrólogos en técnicas domiciliarias, etc. (3). En cuanto a los motivos médicos, las contraindicaciones relativas para la DP son frecuentes pero no impiden en la gran mayoría de los casos la técnica. La población de enfermos que requieren TSR es cada vez más añosa y con más comorbilidad lo que dificulta el autocuidado, ésta podría ser una razón determinante para explicar la no elección de DP, cuando el soporte familiar es suficiente. En países como Canadá, históricamente dotados de grandes programas de DP y con una tendencia a incluir menos enfermos, se están intentando promover acciones institucionales que faciliten un porcentaje de por lo menos el 30 % de enfermos tratados con DP (4).

Desde el año 1995 disponemos en nuestro centro de un programa estructurado de información sobre las técnicas de diálisis y el TR que hemos denominado Programa de Ayuda a la Decisión (PAD). Consiste en realizar una explicación detallada de la situación de IRC-5 y de su tratamiento, al enfermo y sus familiares, por parte de las enfermeras del programa de DP. Se utiliza material educativo en distintos formatos, papel y audiovisual, visualización directa de las técnicas y habitualmente se estructura en varias entrevistas (5).

La correcta planificación del inicio del TSR en enfermos con IRC-5 se ha relacionado con una menor morbimortalidad y con mayor frecuencia de elección de DP (6-9). A pesar de todo, enfermos correctamente referidos a nefrología y en sistemas sanitarios con atención universal, el inicio de diálisis urgente de manera no programada puede alcanzar hasta un 40 % de los casos (10). Las causas de inicio urgente de diálisis son fundamentalmente tres: agudizaciones de patologías comórbidas difícilmente evitables, problemas relacionados con la organización de las estructuras (por ejemplo retrasos en la realización del acceso vascular) y demoras en la toma de decisión atribuibles al propio enfermo. La referencia precoz o tardía al nefrólogo antes del inicio del TSR se suele fijar en 3-4 meses, aunque posiblemente se trata de un tiempo insuficiente para organizar adecuadamente un inicio de diálisis programado. El enfermo que está en situación de decidir sobre el TSR se encuentra en un momento especialmente estresante de la evolución de su IRC. No sólo posiblemente empieza a tener algún síntoma urémico sino que además debe tomar decisiones importantes que afectan a su vida, a su entorno y a su futuro. Unos altos niveles de depresión y ansiedad no ayudan a tomar decisiones importantes. Existe poca información sobre el estado psicológico del enfermo en situación de elegir TSR (11).

Los objetivos de nuestro estudio han sido:

1. Valorar el estado clínico de los enfermos con IRC-5 cuando reciben información sobre el TSR.
2. Analizar los factores implicados en la elección del TSR.
3. Analizar la influencia de la depresión y los rasgos de carácter en la elección del TSR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de los enfermos que recibieron información del TSR al ser derivados al PAD, entre enero-04 y julio-06. A todos los enfermos, exceptuando los enfermos con déficit cognitivo, déficit sensorial o inestabilidad clínica, se les solicitó consentimiento informado oral para participar en el estudio. Se administró el inventario de depresión de Beck (BDI) y el cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ-RS). Se recogen los datos demográficos, clínicos y sociales en el momento de recibir la información. Los datos clínicos incluyen: la enfermedad renal de base; la comorbilidad; valorada como número de patologías relevantes; el estado funcional (Karnofsky adaptado por Gutman); creatinina sérica y Filtrado Glomerular estimado (FGe) por MDRD-4; hemoglobina (Hb) y uso de factores estimulantes de la eritropoyesis (EPO); tiempo de seguimiento nefrológico; existencia de contraindicaciones relativas para la DP y deficiencias físicas. Los datos sociales incluyen: nivel educativo, soporte familiar y convivencia.

Se recoge la técnica de diálisis inicialmente elegida y se realiza un seguimiento de todos los enfermos incluidos hasta el 31/10/07, recogiendo la situación clínica, el tiempo hasta el inicio del TSR y el tipo de TSR finalmente realizado al final del periodo.

Los datos se han analizado mediante un programa informático SPSS para Windows 11.5 utilizando los test paramétricos y no paramétricos adecuados para cada variable.

RESULTADOS

Se estudiaron 101 pacientes con una edad media de $66,8 \pm 14,3$ años, 56 % varones, 35 % diabéticos, con una creatinina sérica de $5,05 \pm 1,82$ mg/dL, FGe (MDRD-4) $12,4 \pm 4,9$ ml/min/1,73 m², Hb $10,9 \pm 1,6$ g/dL, con un 46% tratados con EPO. Un 24% llevaban menos de 3 meses de control nefrológico y un 9% menos de 15 días. Un 66 % de los enfermos optaron por HD y un 34 % por DP después del PAD,

Los enfermos que eligieron DP eran significativamente más jóvenes, tenían un mayor nivel educativo y un mejor soporte familiar (Tabla1)

No se observaron diferencias significativas en cuanto a la elección de la técnica entre los enfermos con control nefrológico previo superior a 3 meses el 30,8% escogieron DP y los remitidos tardíamente eligieron DP 34,7 % ($p = ns$)

De los 101 pacientes, se excluyeron 17 enfermos por déficit cognitivo y/o sensorial, y 11 por inestabilidad clínica. De los 73 pacientes restantes, 44 cumplimentaron los cuestionarios y los 29 restantes rechazaron participar en el estudio. Las características demográficas de este grupo quedan reflejadas en la Tabla 2. La puntuación media del inventario de depresión de Beck (BDI) ha sido de $14,8 \pm 8,2$: 36,4 % sin depresión; 27,2 % depresión límite; 11,4 % depresión ligera; 25 % depresión moderada o severa. Los síntomas depresivos y el nivel de ansiedad-rasgo (EPQ-RS neuroticismo) no se relacionaron con la elección de la técnica (Tabla 3). Los enfermos con síntomas depresivos no mostraron diferencias clínicas estadísticamente significativas respecto a los que no tenían síntomas, a excepción de un menor nivel de Hb. (datos no mostrados).

Un 72 % del total de los enfermos iniciaron TSR (77 % HD y 23 % DP) a los 8 ± 2 meses de realizar el PAD, y 7 enfermos fallecieron antes del TSR. Ningún paciente que eligió HD cambió de opinión, pero 10 de los 27 pacientes (37 %) que eligieron DP finalmente realizaron HD (3 por cambio de decisión del paciente y 7 por inicio urgente de diálisis, 5 de ellos en el contexto de descompensación por otra patología). Cuando se analiza el grupo de 44 enfermos que cumplimentaron los cuestionarios de depresión y personalidad se observa que la mitad de los pacientes que al elegir DP tenían un BDI ≥ 15 (depresión) y un tercio de los pacientes con mayores niveles de ansiedad-rasgo, cambiaron su decisión y optaron finalmente por la HD.

A destacar el dato de la peor supervivencia al año y dos años de los enfermos con o sin síntomas depresivos, aunque estos datos no son estadísticamente significativos. Los enfermos sin depresión (BDI < 15) tenían una supervivencia al año del 93% y a los dos años del 93%, mientras que los enfermos con depresión (BDI ≥ 15) tenían una supervivencia al año del 73% y a los dos años del 67% (Figura 1)

Tabla 1

	Eligen HD n= 67	Eligen DP n= 34	p HD vs DP	Total pacientes n= 101
Edad [años]	69,7 (13)	61,1 (15)	0,04	66,8 (14)
% varones	58,2	52,9	NS	56,0
% nefropatía diabética	40,3	23,5	NS	34,7
Nº comorbilidades	2,7 (1,4)	2,4 (1,1)	NS	2,6 (1,3)
Grado de autonomía funcional (Karnofsky adaptado por Gutman)	2,2 (1,0)	2,0 (1,0)	NS	2,1 (1,0)
Creatinina sérica [mg/dL]	5,0 (1,8)	5,2 (1,8)	NS	5,0 (1,8)
Filtrado glomerular estimado (MDRD4) [ml/min/1,73 m ²]	12,4 (4,1)	12,5 (6,4)	NS	12,4 (4,9)
Hemoglobina [g/dL]	10,7 (1,5)	11,3 (1,7)	NS	10,9 (1,6)
% con agentes eritropoyéticos	41,8	52,9	NS	45,5
Años de seguimiento nefrológico	3,7 (4,0)	4,8 (4,6)	NS	4,1 (4,2)
% con < 3 meses de seguimiento	26,9	23,5	NS	24
% contraindicación relativa para DP	44,8	50,0	NS	46,5
% deficiencia física	52,2	41,1	NS	48,5
Nivel educativo:				
• % analfabetos	17,9	20,6	0,03	18,8
• % estudios secundarios o superiores	3,0	17,6		7,9
Soporte familiar:				
• % que vive solo	23,9	2,9	NS	16,8
• % con problema social	20,9	2,9	0,01	14,9
• % con buen soporte familiar	83,6	94,1	NS	87,1

Tabla 2: Subgrupo de Pacientes que realizaron el cuestionario Características según la técnica elegida

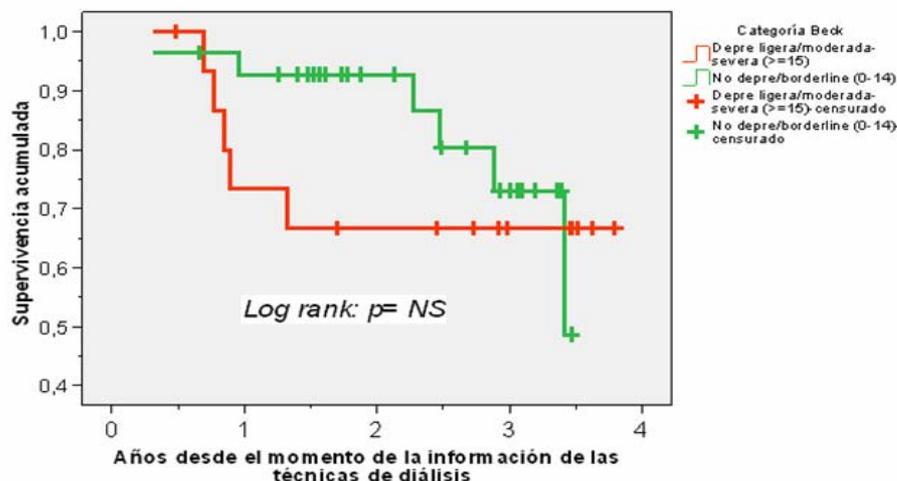
	Eligen HD n = 26	Eligen DP n = 18	p HD vs DP	Total pacientes n = 44
Edad [años]	69,9 (12,9)	61,1 (15,2)	0,003	65,3 (13,1)
% varones	53,8	38,9	NS	47,7
% nefropatía diabética	38,5	27,8	NS	34
Nº comorbilidades	2,8 (1,4)	2,5 (1,2)	NS	2,6 (1,5)
Grado de autonomía funcional (Karnofsky adaptado por Gutman)	2,2 (1,0)	2,0 (1,0)	NS	2,0 (1,8)
Creatinina sérica [mg/dL]	5,0 (1,8)	5,2 (1,9)	NS	4,6 (1,5)
Filtrado glomerular estimado (MDRD4) [ml/min/1,73 m ²]	12,4 (4,0)	12,5 (6,4)	NS	12,5 (4,6)
Hemoglobina [g/dL]	10,7 (1,5)	11,3 (1,7)	0,07	11,1 (1,4)
% con agentes eritropoyéticos	38,5	50,0	NS	43,0
Años de seguimiento nefrológico	3,7 (4,0)	4,8 (4,6)	NS	4,5 (3,8)
% con < 3 meses de seguimiento	7,7	5,9	NS	6,8
% contraindicación relativa para DP	65,4	61,1	NS	64,0
% deficiencia física	54,2	43,8	NS	45,0
Nivel educativo:				
• % analfabetos	4,0	11,1	NS	6,8
• % estudios 2 ^{os} o superiores	0	11,1		4,5
Soporte familiar:				
• % que vive solo	24,0	0	NS	13,6
• % con problema social	26,1	0	0,06	13,6
• % con buen soporte familiar	88,0	94	NS	91,0

Tabla 3: Puntuación de los cuestionarios de depresión y personalidad.

	Eligen HD n = 26	Eligen DP n = 18	p HD vs DP	Total pacientes n = 44
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	15,2 (8,4)	14,2 (7,9)	NS	14,8 (8,2)
Clasificación según BDI:				
• % Sin síntomas depresivos (BDI <15)	65,4	61,1	NS	63,6
• % Con síntomas depresivos (BDI ≥15)	34,6	38,9		36,4
Cuestionario de personalidad EPQ-RS:				
• Neuroticismo	50,7 (11,5)	52,8 (7,9)	NS	51,6 (10,1)
• Psicoticismo	53,2 (11,1)	46,7 (10,2)	NS	50,5 (11,1)
• Extraversión	45,6 (9,5)	47,3 (10,4)	NS	46,3 (9,8)

Figura1

Curva de supervivencia de Kaplan-Meier: Pacientes sin síntomas depresivos (Beck <15) vs. pacientes con síntomas de depresión ligera o moderada-severa (Beck igual o >15).



DISCUSIÓN

Como ya se ha descrito ampliamente en la literatura ser más joven, con un nivel educativo más elevado y mejor soporte familiar favorece la realización de técnicas domiciliarias (7,12). Llama la atención en nuestros resultados que una referencia tardía al nefrólogo (una cuarta parte de los enfermos llevaban menos de 3 meses controlados), no disminuye la tasa de elecciones de DP, en contra de lo referido habitualmente en la literatura (6-9,12). Podemos pensar que esta diferencia sea debida a que todos los enfermos que han iniciado TSR de forma urgente (controlados o no previamente) han recibido igualmente una información exhaustiva sobre los tipos de TSR.

Inicialmente después de recibir la información sobre el TSR un 34 % de los enfermos optaron por DP, lamentablemente este porcentaje que podríamos considerar bastante correcto pasa a ser sólo del 23 %. Hemos observado una elevada tasa de inicios de diálisis urgentes en enfermos ya conocidos en relación a complicaciones de otras patologías comórbidas o por agudizaciones no esperadas de su enfermedad renal. En este sentido, las complicaciones no esperadas no pueden ser controladas, pero si que podría considerarse la remisión más precoz a los programas de preparación del inicio del TSR, en nuestro caso el denominado PAD o los programas de prediálisis que incluyen programas educativos y de control más sistematizados que favorecen la evolución de los enfermos. En este sentido podemos decir de un tiempo medio de seguimiento desde la primera información del TSR hasta su inicio de 8 meses posiblemente sea corto y dificulta la programación completa y satisfactoria del inicio de diálisis programada (7).

Las características socio-laborales y el contexto familiar de nuestros pacientes son difícilmente modificables desde el sistema sanitario. Nosotros podemos ver el resultado que una enfermedad crónica como la IRC puede tener en las vivencias de enfermedad y en la adaptación a nivel personal, familiar y social del enfermo. La situación continuada de stress por la enfermedad ocasiona a su vez más síntomas, algunos como los depresivos son muy similares a los síntomas urémicos. El cuestionario de depresión que hemos utilizado está ampliamente validado en enfermos con IRC-5 y diálisis (13). El 36 % de los enfermos en el momento de elegir la técnica de TSR tiene síntomas de depresión, cifras muy parecidas a las de la literatura (11,13). Una de las principales características del deprimido es la incapacidad de resolver problemas y el inicio del TSR es un gran problema. Así observamos que aunque tener o no tener síntomas depresivos no influye en la elección de la técnica, si que influye en cambiar de opinión ante agudizaciones o complicaciones intercurrentes. Podríamos pensar que estos enfermos sometidos a tratamiento médicos o psicoterapias de apoyo podrían haber mantenido su decisión inicial. Respecto al tema del tratamiento de la depresión en IRC existe muy poca evidencia sobre los resultados de los distintos abordajes terapéuticos, aunque hay algún estudio esperanzador (11,14).

En relación al cuestionario de personalidad no se observa ninguna relación con las distintas tendencias de personalidad y la elección de la técnica. Nos pareció interesante valorar la relación entre el rasgo neuroticismo que se ha considerado equivalente a la característica de ansiedad-rasgo, es decir la manera que tiene la persona de enfrentarse a los problemas de la vida diaria. En un

estudio previo que valoró aspectos psicosociales que podían tener influencia en la elección de la técnica, aunque de manera retrospectiva, encontramos que una peor capacidad de afrontamiento de los problemas se relacionaba con una menor elección de DP (15). Aunque la depresión y los rasgos de personalidad no han mostrado influencia en la elección de la técnica de diálisis, pensamos que son factores a tener muy en cuenta en la valoración multidisciplinar del enfermo con IRC-5. Está por demostrar qué tipo de estrategias psicológicas y farmacológicas pueden ser más eficaces en este grupo de enfermos.

CONCLUSIONES

La remisión tardía al nefrólogo no ha influido en la elección de la técnica.

La depresión y la ansiedad no han influido en la elección de la técnica de diálisis, aunque pueden ser factores implicados en los cambios de decisión de DP a HD.

La necesidad de HD urgente es la principal causa de cambio de la técnica elegida.

Una planificación más precoz podría favorecer el uso de la DP en nuestro medio.

En el momento de elegir la técnica de TSR un 36 % de los enfermos presentan síntomas depresivos. Los enfermos con depresión tienen una mayor mortalidad, aunque sin significación estadística.

BIBLIOGRAFIA

1. Vonesh EF, Zinder JJ, Foley RN, Collins AJ. Mortality studies comparing peritoneal diálisis and hemodiálisis: what do they tell us? *Kidney Int* 70: S3-S11, 2006.
2. Van Biesesn W, Vanholder RC, Veys N, Dhondt A, Lameire NH. An evaluation of an integrative care approach for end-stage renal disease patients. *J Am Soc Nephrol* 11: 16-125, 2000.
3. Jassal SV, Krishna G, Mallick NP, Mendelssohn DC. Attitudes of British isles nephrologists towards dialysis modality selection: a questionnaire study. *Nephrol Dial Transplant* 17: 474-477, 2002.
4. Oreopoulos DG, Coleman S, Doyle E. Reversing the decreasing peritoneal dialysis (PD) trend in Ontario: a government initiative to increase PD use in Ontario to 30 % by 2010. *Perit Dial Int* 27: 489-495, 2007.
5. Ramírez J, Mañé N, Almirall J, García M, Ponz E, Rodríguez A. Programa de Ayuda a la Decisión. Experiencia de un hospital comunitario en la participación del paciente en la elección de la técnica. .XXI Congreso Nacional SEDEN1996 Pag 416-422
6. Curtis BR, Ravani P, Malberti F, Kennett F, Taylor PA, Djurdjev O, Levin A. The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care n patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 20: 147-154, 2005.
7. Marrón B, Martínez Ocaña JC, Salgueira M, Barril G, Lamas JM, Martín M, Sierra T, Rodríguez-Carmona A, Soldevilla A, Martínez F, on behalf of the Spanish Group for CKD. Analysis of patient flow into dialysis: role of education in choise of dialysis modalito. *Perit Dial Int* 25: S56-S59, 2005.
8. Lidia Portela Rico, Aurelia Menéndez González, Carmen Bermúdez Liste, Modesta Mojón Barcia, Julia Morrondo Remis, M^a Teresa Pérez López. Influencia del Nivel de conocimiento de los pacientes sobre la elección de las distintas opciones de diálisis. Efecto de un protocolo de información reglada. XXVI Congreso Nacional SEDEN2001 Pag 121-127
9. Garrido López , María del Valle Sesmero Ramos, Carolina Portóles Perez , José María . Estudio sobre el cambio de elección de tratamiento renal sustitutivo en pacientes que han optado por diálisis peritoneal. *Revista de Enfermería Nefrológica*, volumen 9 Numero1 2006. 7/11
- R. Jofré . Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología*. Vol.XIX. Suplemento1 1999
10. Buck J, Baker R, Cannaby A-M, Nicholson S, Peters J, Warwick G. Why do patiens known to renal services still undergo urgent dialysis initiation. A cross-sectional survey. *Nephrol Dial Transplant* 22: 3240-3245, 2007.
11. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Phychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 18: 3042-3055, 2007.
12. Wuerth DB, Finkelstein SH, Schwetz O, Carey H, Kliger A, Finkelstein FO. Patients'descriptions of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis or hemodialysis. *Perit Dial Int* 22: 184-190, 2002.
13. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 57: 2093-2098, 2000.
14. Devins GM, Mendelssohn DG, Barré PE, Taub K, Binok YM. Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: a 20-year follow-up. *Am J Kicney Dis* 46: 1088-1098, 2005.

15. D. Marquina Parra, C Blasco Cabaña, N Mañé Buixó, E Ponz Clemente, JC Martínez Ocaña, E Yuste Giménez , M. García García. Influencia de los rasgos de personalidad en la elección de la técnica de diálisis. Revista de Enfermería Nefrológica, volumen 8 .Número 1 2005 13/17