

MOTIVOS PERSONALES QUE REFIEREN LOS ENFERMOS PARA ELEGIR ENTRE HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL

**DOLORS MARQUINA PARRA CONCHITA BLASCO CABAÑAS CARMEN GRAU PUEYO
ESTHER PONZ CLEMENTE JUAN CARLOS MARTÍNEZ OCAÑA
LORELEY BETANCOURT CASTELLANOS CARMEN MOYA MEJÍA MANUEL GARCÍA GARCÍA**

**SERVEI DE NEFROLOGIA
CORPORACIO PARC TAULI
INSTITUT UNIVERSITARI PARC TAULI
SABADELL**

INTRODUCCIÓN

La utilización de la Diálisis Peritoneal (DP) en nuestro medio es escasa y queda muy lejos del 30-40 % de lo que sería lógico y recomendable, teniendo en cuenta las contraindicaciones médicas y sociales para la DP (1,2). Actualmente queda claro que las dos técnicas de diálisis, la hemodiálisis (HD) y DP, son iguales como tratamiento sustitutivo renal (TSR), con peores resultados en DP en algunos registros de ancianos y diabéticos (3-5). Cada vez está más aceptado el concepto de "TSR integrado", que recomienda el inicio de TSR con DP para aprovechar las ventajas de la DP en los primeros años (4).

Es bastante evidente que motivos fundamentalmente no médicos explican la diversidad de utilización de la DP, a destacar: la organización y financiación de los sistemas sanitarios, la disponibilidad de puestos de HD, la distancia al centro de HD, la formación y opinión de los nefrólogos respecto las técnicas domiciliarias, etc (5-10).

La correcta planificación del inicio del TSR en enfermos con insuficiencia renal crónica estadio 5 (IRC-5) se ha relacionado con una menor morbimortalidad y con una mayor elección de DP (11,12), aunque el inicio de diálisis de manera urgente no programada puede ocurrir hasta en la mitad de los casos (13). La existencia de programas estructurados de educación en enfermos con IRC-5 facilita la elección de técnicas domiciliarias y en concreto de la DP (14,15).

En nuestro centro desde el año 1994 la información sobre las técnicas de TSR, al enfermo y sus familiares, se realiza de manera estructurada por parte de enfermeras del programa de DP (16).

En 2008 analizamos los factores implicados en la elección de la técnica en una cohorte de 101 enfermos y, específicamente en 44 enfermos, la influencia de factores psicológicos (depresión y rasgos de personalidad). Los enfermos que elegían DP eran más jóvenes, tenían más nivel cultural y mejor soporte familiar. Al final solo un 23 % iniciaron DP. Los síntomas depresivos y los rasgos de personalidad no influyeron en la elección de la técnica de diálisis, aunque parece que los síntomas depresivos podrían ser responsables de muchos cambios de de DP a HD (17). En un estudio previo que valoró otros aspectos psicosociales que podían tener influencia encontramos que una peor capacidad de afrontamiento de los problemas se relacionaba también con una menor elección de DP (18).

A pesar de tener en nuestro centro unas buenas condiciones para el desarrollo de la DP, todos los enfermos con IRC-5 reciben información sobre las técnicas de diálisis y no hay disponibilidad de puestos de HD, no observamos un aumento de la elección de la DP. Se han analizado distintos factores médicos y psicosociales que pueden influir en la elección y nos cuesta entender cómo los enfermos no están interesados en una técnica domiciliar que se puede adaptar muy bien a sus necesidades. Quizá el problema es que no sabemos lo que en realidad piensan los enfermos y la comunicación que se produce no es bidireccional.

No existe mucha información sobre los motivos finales que hacen decidir al enfermo sobre la técnica de diálisis.

OBJETIVOS

- Analizar los motivos referidos por los enfermos para escoger la técnica de diálisis.
- Decidir cambios en la estructura educativa-informativa que favorezca la elección de la Diálisis Peritoneal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo de los enfermos que recibieron información del TSR al ser derivados según criterio de su médico nefrólogo, entre enero-04 y julio-06. La información sobre el TSR consistió en realizar una explicación detallada de la situación de IRC-5 y de su tratamiento (técnicas de diálisis y trasplante renal), al enfermo y sus familiares, por parte de las enfermeras del programa de DP. Se utilizó soporte escrito y audiovisual y se estructuró en una o varias entrevistas de entre 45 u 90 minutos. Al final de la entrevista se administró un formulario con una lista de motivos prediseñada (Tabla 1) y se invitó al enfermo a señalar sus motivos personales de elección de la técnica de diálisis. Se han clasificado los motivos de elección de HD y DP y se han ordenado por su frecuencia de aparición.

Se recogieron los datos demográficos, clínicos y sociales en el momento de recibir la información sobre el TSR. Los datos clínicos incluyeron: la enfermedad renal de base; la comorbilidad valorada como número de patologías relevantes; el estado funcional medido a través de la escala de actividad de Karnofsky adaptado por Gutman a los pacientes en diálisis, creatinina sérica y filtrado glomerular estimado (FGe) por MDRD-4; hemoglobina (Hb) y uso de agentes estimulantes de la eritropoyesis (EPO); tiempo de seguimiento nefrológico; existencia de contraindicaciones relativas para la DP y deficiencias físicas. Los datos sociales incluyeron: nivel educativo, soporte familiar y tipo de convivencia.

Se recogió la técnica de diálisis inicialmente elegida y se realizó un seguimiento de todos los enfermos hasta el 31/10/07, registrando entonces la situación clínica, el tiempo hasta el inicio del TSR y el tipo de TSR finalmente realizado.

RESULTADOS

Se estudiaron 101 pacientes que optaron inicialmente por HD (66%) o DP (34%) con una edad media de $66,8 \pm 14,3$ años, un 35% diabéticos, con un FGe (MDRD-4) de $12,4 \pm 4,9$ ml/min/1,73 m². 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 de recibir la información (Tabla 1). Los enfermos que eligieron DP eran significativamente más jóvenes, tenían un mayor nivel educativo y un mejor soporte familiar.

Sólo 53 enfermos (52 %) señalaron algún motivo personal de elección de la técnica. No se observaron diferencias a la hora de marcar motivos de elección entre los enfermos que escogieron HD (un 54 %) o los que escogieron DP (un 50 %). Algunos enfermos señalaron más de un motivo. El resto de enfermos dejaron el formulario en blanco. Se registraron 68 motivos para la HD y 39 para la DP (Tabla 2).

Los principales motivos referidos para escoger HD fueron: miedo a la responsabilidad, 18 enfermos (54 %); mayor comodidad, 15 enfermos (45 %); preferencia familiar, 10 enfermos (30 %); disponer de días libres, 7 enfermos (21 %); y, no querer llevar un catéter, 7 enfermos (21 %). Otros motivos expresados menos frecuentemente fueron: falta de soporte familiar (5 enfermos), domicilio inadecuado (3 enfermos), me gusta más (3 enfermos).

Los principales motivos referidos para escoger DP fueron: mayor comodidad e independencia, 10 enfermos (50 %); preferencia familiar, 8 enfermos (40 %); miedo a los pinchazos, 5 enfermos (25 %); y, menos visitas al hospital, 4 enfermos (20 %). Otros motivos expresados menos frecuentemente fueron: me gusta más (3 enfermos), mayor libertad con la dieta (3 enfermos), más facilidad para viajes y vacaciones (2 enfermos), tratamiento menos agresivo (2 enfermos), creo que es mejor para mí (2 enfermos).

Un 72% del total de los enfermos iniciaron TSR (77 % HD y 23 % DP) a los 8 ± 2 meses (con un intervalo entre 0 y 35 meses) de recibir la información, y 7 enfermos fallecieron antes del TSR. Ningún paciente de los 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. Los 35 pacientes que recibieron la información sobre los diferentes TSR tras haber iniciado HD de manera urgente no programada eligieron DP como técnica definitiva en un porcentaje similar al grupo general (25,71 % vs 23 %).

DISCUSIÓN

Es interesante observar que el principal motivo para no escoger DP es el miedo a la responsabilidad que es referido por el 54 % de los enfermos que rellenan el formulario. La segunda causa se expresa como mayor comodidad que es otra manera de decir lo mismo: preferir que la técnica de diálisis la realice personal sanitario. Las otras causas más frecuentes son difícilmente modificables, no querer llevar un catéter abdominal o querer realizar una técnica intermitente porque son inherentes a la propia técnica.

Si analizamos las causas referidas para escoger la DP son la imagen especular de las causas para escoger la HD. Así, lo que para unos es incómodo para otros es lo más cómodo. Es importante señalar que un 25 % de los enfermos tienen miedo a los pinchazos, porcentaje muy similar al 21 % de los enfermos que no quieren llevar un catéter. En cuanto a la posibilidad de movilidad geográfica es un motivo poco referido, aunque sea una ventaja de la DP. Los motivos logísticos, espacio y vivienda, no suelen ser importantes.

Tanto en la elección de la HD como de la DP la influencia de la opinión de la familia es incuestionable y la señalan un 30 % de los enfermos que escogen HD y un 40 % de los que escogen DP.

A pesar de invitar a los enfermos a señalar sus motivos personales al final de una entrevista en profundidad, sólo la mitad de los enfermos señalan algún motivo de una lista prefijada. Pensamos que la primera causa es que realmente puede que no hayan entendido "nada", otras razones son la negación de la enfermedad, la dificultad del hecho de escoger, la desconfianza, y que aunque sepas lo que quieres escoger es difícil explicarlo.

Inicialmente después de recibir la información sobre el TSR un 34 % de los enfermos optaron por DP. Lamentablemente, este porcentaje pasa a ser sólo del 23 % debido sobre todo a inicios de HD urgentes. Las causas de inicio urgente de diálisis suelen ser: agudizaciones de patologías comórbidas poco evitables; problemas organizativos como retrasos en la realización del acceso vascular o la colocación del catéter de DP; y demoras en la toma de decisión atribuibles al propio enfermo (13). En este sentido, las dos últimas causas de inicio no programado de TSR podrían reducirse con la remisión más precoz de estos pacientes a los programas de preparación para el inicio del TSR, que incluyen programas educativos y de control más sistematizados (11-15). La referencia precoz o tardía al nefrólogo antes del inicio del TSR se suele fijar en la literatura en 3 o 4 meses, tiempo claramente insuficiente para organizar adecuadamente un inicio de diálisis programado.

Al analizar los motivos referidos vemos claramente que los enfermos y sus familiares no han valorado positivamente las posibles ventajas de la DP por lo que pensamos que deberíamos modificar la metodología de la estructura educativa-informativa sobre las técnicas de diálisis. El objetivo sería mejorar la técnica de comunicación para conseguir que el enfermo y sus familiares consideren la técnica domiciliaria de DP como algo posible, asumible y bueno para su salud. La aplicación de técnicas que potencian el aprendizaje activo en adultos, orientadas al enfermo, puede mejorar su percepción sobre la realidad de las técnicas domiciliarias, incrementando así la elección de la DP (19-22).

Es necesario:

1. Fragmentar la información.
2. Comprobar la adquisición de conocimientos con metodologías diversas: hacer repetir al enfermo la información, utilizar cuestionarios de conocimientos, etc.
3. Facilitar el contacto directo de los enfermos con enfermos que están en HD y DP sin intervención del personal sanitario.
4. Visualizar directamente las técnicas.

Estos cambios metodológicos son imposibles de aplicar cuando la diálisis está a la vuelta de la esquina, se requiere un tiempo adecuado que puede ser de 6 a 12 meses. El enfermo necesita ese tiempo para "digerir" la nueva situación y la información.

CONCLUSIONES

- Solo la mitad de los enfermos citaron sus motivos de elección lo que señala la dificultad de expresar los múltiples motivos y circunstancias implicadas.
- Preferir que la diálisis la realicen sanitarios y el miedo a la responsabilidad constituyen las causas más importantes de elección de HD.
- Deberían diseñarse estrategias para mejorar la confianza de los enfermos y sus familias en las técnicas domiciliarias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Jager KJ, Korevaar JC, Dekker FW, Krediet RT, Boeschoten EW; NECOSAD study group. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. *Am J Kidney Dis* 2004;43:891-9
- 2. 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* 2007;27:489-95.
- 3. Vonesh EF, Snyder JJ, Foley RN, Collins AJ. Mortality studies comparing peritoneal dialysis and hemodialysis: what do they tell us? *Kidney Int Suppl* 2006;103:S3-11.
- 4. Van Biesen 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* 2000;11:116-125.
- 5. Epidemiology of peritoneal dialysis: a story of believers and nonbelievers. Lameire N, van Biesen W *Nat Rev Nephrol* 2010; 6: 75-82.
- 6. Nissenson AR, Prichard SS, Cheng IK, Gokal R, Kubot M, Maiorca R, et al. Non-medical factors that impact on ESRD modality selection. *Kidney Int Suppl* 1993;40:S120-7.
- 7. Rodríguez Carmona A, Pérez Fontán M, Valdés F, Cañado F. Estudio comparativo de costes de las diferentes modalidades de diálisis. *Nefrología* 1997;16:539-48.
- 8. Ponz E, Sató J, García García M, Mañé N, Ramírez Vaca J, García Morales M, et al. Análisis de la gestión económica de un programa de diálisis peritoneal. Comparación con el programa de hemodiálisis. *Nefrología* 1997;17:152-61.
- 9. The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals. Ledebro I, Ronco C. *Nephrol Dial Transpl* 2008; 6: 406-408.
- 10. Mendelssohn DC, Mujais SK, Soroka SD, Brouillette J, Takano T, Barre PE, et al. A prospective evaluation of renal replacement therapy modality eligibility. *Nephrol Dial Transplant* 2009;24:555-61.
- 11. Kazmi WH, Obrador GT, Khan SS, Pereira BJ, Kause AT. Late nephrology referral and mortality among patients with end-stage renal disease: a propensity score analysis. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:1808-14.
- 12. Curtis BR, Ravani P, Malberti F, Kennett F, Taylor PA, Djurdjev O, et al. The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care in patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:147-54.
- 13. Buck J, Baker R, Cannaby A-M, Nicholson S, Peters J, Warwick G. Why do patients known to renal services still undergo urgent dialysis initiation. A cross-sectional survey. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:3240-5.
- 14. Marrón B, Martínez Ocaña JC, Salgueira M, Barril G, Lamas JM, Martín M, et al; Spanish Group for CKD. Analysis of patient flow into dialysis: role of education in choice of dialysis modality. *Perit Dial Int* 2005;25(Suppl 3):S56-9.
- 15. Manns BJ, Taur K, VanderStraeten C, Jones H, Mills C, Visser M, et al. The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: A randomized trial. *Kidney Int* 2005;68:1777-83.
- 16. García M, Rodríguez A, Ponz E, Almirall J, Ramírez J. Opciones ante la insuficiencia renal crónica en un hospital comunitario. Aspectos éticos, decisiones y participación de los pacientes. *Nefrología* 1995;15:349-55.
- 17. Ponz E, Martínez Ocaña JC, Marquina D, Blasco C, Grau C, Mañé N, García M. Análisis de la influencia de los factores psicológicos en la elección de la diálisis peritoneal. *Nefrología* 2010; 30: 195-201.
- 18. Marquina D, Blasco C, Mañé N, Ponz E, Martínez Ocaña JC, Yuste E, et al. Influencia de los rasgos de personalidad en la elección de la técnica de diálisis. *Rev Esp Enferm Nefrol* 2005; 8:13-7.
- 19. 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* 2002;22:184-90.
- 20. Devins GM, Mendelssohn DG, Barré PE, Taub K, Binik YM. Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: a 20-year follow-up. *Am J Kidney Dis* 2005;46:1088-98.
- 21. Lee A, Gudez C, Povlsen JV, Bonnevie B, Nielsen CP. Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 3953-3959.

➤ 22. Morton RJ, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster AC. The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ*2010; 340: 112.

ANEXOS

Tabla 1

FORMULARIO PARA CUMPLIMENTAR POR EL ENFERMO MOTIVOS DE ELECCIÓN DE LA TÉCNICA DE DIÁLISIS	
HEMODIÁLISIS	DIÁLISIS PERITONEAL
<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la responsabilidad • Falta de soporte familiar • Mayor comodidad • Domicilio inadecuado • És solos 3 días por semana • Mi familia lo prefiere 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a los pinchazos • Mayor comodidad e independencia • Menos visistas al hospital • Más libertad en la dieta • Facilidad para viajar y vacaciones • Mi familia lo prefiere

Tabla 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL GRUPO TOTAL DE PACIENTES SEGÚN LA MODALIDAD DE DIÁLISIS ELEGIDA: HEMODIÁLISIS (HD) O DIÁLISIS PERITONEAL (DP)				
	Eligen HD N= 67	Eligen DP N= 34	<i>P</i> 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		

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 3

MOTIVOS ELECCIÓN HEMODIÁLISIS	
Miedo a la responsabilidad	54%
Mayor comodidad	45%
Preferencia familiar	30%
Disponer de días libres	21%
No querer llevar un cateter	21%
Falta de soporte familiar	15%
Otros motivos	18%

MOTIVOS ELECCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL	
Mayor comodidad	50%
Preferencia familiar	40%
Miedo a los pinchazos	25%
Menos visitas al hospital	20%
Me gusta más	15%
Libertad en dieta	15%
Otros motivos	30%

