

sicos (máquinas, catéter, bolsas) y distintos soportes multimedia (fotografías, vídeos educativos y testimoniales, textos). Esta parte central de la consulta será realizada por Enfermería, mientras el psicólogo estará atento a las claves de lenguaje no verbal del paciente.

5. Explorar si el paciente o la familia tienen dudas y resolverlas facilitando la comunicación asertiva entre paciente-familia-equipo asistencial. Esta parte es realizada conjuntamente por Enfermería y el psicólogo.
6. Explorar el mundo de valores del paciente y el estilo de vida conjuntamente.
7. Apoyo en el inicio de la TDC, por parte de ambos profesionales, mediante un proceso deliberativo<sup>4</sup> basado en los valores del paciente.
8. Resumen, normalización de reacciones emocionales y ofrecimiento de seguimiento por parte del psicólogo.
9. Planificación y seguimiento por parte de Enfermería.
10. Puesta en común de la decisión del paciente con el nefrólogo responsable.

A pesar de que hemos tenido la oportunidad de observar los beneficios de este trabajo conjunto, la presencia del psicólogo en la consulta de ERCA no es un hecho habitual, y requiere formación por parte de ambos profesionales. Es imprescindible que el psicólogo conozca los aspectos médicos básicos y de cuidados de enfermería de un paciente en ERCA para que su apoyo sea útil en este proceso. Asimismo, es imprescindible que la enfermera reciba formación acerca de claves de comunicación terapéutica.

La nefrología del siglo XXI debe considerar la creación de equipos interdisciplinarios en el tratamiento de la ERCA, así como un abordaje integral biopsicosocial de la enfermedad<sup>5</sup>. Nosotros proponemos ir más allá: asumimos el desafío que supone la creación de escenarios de intervención conjuntos, donde las estrategias

de intervención son diferenciales y los objetivos complementarios, de cara a promover mayor satisfacción tanto en el paciente renal y su familia como en los profesionales que les atendemos.

### Agradecimientos

A los pacientes y sus familias por impulsarnos cada día a asumir nuevos retos en la asistencia. A Almudena Pérez-Torres porque nos recordó durante casi cuatro años la importancia que tiene el trabajo en equipo como elemento protector frente a la experiencia de sufrimiento.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Bardón-Otero E, Martí i Monros A, Vila Paz ML. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrología* 2008;28 Suppl 3:53-6.
2. Orte-Martínez L, Barril-Cuadrado G. Unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Concepto de una unidad multidisciplinaria. Objetivos de la consulta de ERCA. *Nefrología* 2008;28 Suppl 3:49-52.
3. Lee A, Gudex C, Povlsen JV, Bonnevie B, Nielsen CP. Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:3953-9.
4. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;117(1):16-7.
5. Santacruz PL, Rangel ME, Navas N, Bolívar Z. La visión integradora biopsicosocial como estrategia ante el paciente con enfermedad renal crónica. Requisito contemporáneo. *Nefrología* 2006;26(5):635-6.

**Helena García-Llana<sup>1</sup>, Rocío Rodríguez-Rey<sup>2</sup>, Olga Celadilla<sup>1</sup>, Auxiliadora Bajo<sup>1</sup>, Rafael Sánchez-Villanueva<sup>1</sup>, Gloria del Peso<sup>1</sup>, Elena González<sup>3</sup>, Filo Trocoli<sup>1</sup>, Rafael Selgas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Instituto Reina Sofía de Investigaciones Nefrológicas (IRSIN). Madrid.

<sup>2</sup> Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

<sup>3</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Instituto Reina Sofía de Investigaciones Nefrológicas (IRSIN). Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid.

**Correspondencia:** Helena García Llana

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ.

Instituto Reina Sofía de Investigaciones Nefrológicas (IRSIN). P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid.

helenagllana@hotmail.com

## Implantación de guías clínicas y cumplimiento de objetivos de hemoglobina en diálisis peritoneal

*Nefrología* 2013;33(1):140-2

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Nov.11776

### Sr. Director:

Disponemos de pocos datos acerca de la implantación real de las Guías de Práctica Clínica sobre el tratamiento de anemia (GPCA) en las unidades de diálisis peritoneal (DP) de nuestro país. Desde la primera GPCA de 1997<sup>1</sup>, las sociedades científicas han publicado más de 25 guías en todo el mundo, aunque muchas de ellas son una trasposición de la europea<sup>2</sup> (EBPG) y de la americana<sup>3,4</sup> (KDOQI).

Uno de los aspectos más controvertidos ha sido el objetivo de hemoglobina (Hb). Por desgracia, son pocos los estudios publicados sobre anemia en DP. La mayoría de los grandes estudios observacionales y todos los ensayos clínicos sobre este tema se han realizado en pacientes en hemodiálisis (HD) o en situación de enfermedad renal crónica. Por este motivo, las guías extrapolan estos datos a DP sin considerar las diferencias entre el perfil de paciente y las peculiaridades de cada técnica.

En realidad se ha mantenido estable el límite inferior del objetivo con Hb en

11 g/dl desde 1997 a 2009. Sin embargo, el límite superior ha ido aumentando hacia la normalización de cifras de Hb hasta las guías EBPG 2004, que mantenían el límite absoluto máximo en 14 g/dl, si bien señalaban 12 g/dl para los pacientes con eventos cardiovasculares previos. En la guía KDOQI 2006 se recomienda no mantener intencionadamente Hb > 13 g/dl y en la actualización 2007 se recomienda un rango global entre 11 y 12 g/dl. Los resultados de los estudios CREATE, CHOIR y TREAT no demostraron beneficio en la normalización<sup>5</sup>.

Muchos nos preguntamos sobre el grado de conocimiento y aceptación de estas guías, y hay pocos datos sobre su aplicación en la DP de nuestro medio. La mayoría de los datos provienen de estudios observacionales o de registros extranjeros que no consideran adecuadamente esta evolución temporal.

Comenzamos nuestro estudio realizando una encuesta en septiembre de 2011 a los responsables de cada unidad del Grupo Centro de Diálisis Peritoneal (GCDP). Respondieron un 56 % con los siguientes datos relevantes: solo un 21,4 % de nefrólogos reconoce no aplicar ninguna GPCA, el 50 % aplica la más reciente (KDOQI o EBPG), aunque parecen preferir las europeas sobre las americanas (relación 3 a 1). También estiman que tardan un promedio de 3 a 6 meses en aplicarlas en su práctica clínica habitual.

Los objetivos de control de Hb conseguidos en DP dependen en gran medida del manejo que haga el nefrólogo del paciente, ya que disponemos de fármacos eficaces y seguros. Hoy en día se acepta que la resistencia mantenida al tratamiento con agentes estimulantes eritropoyéticos (AEE) es muy infrecuente. De hecho, solo el 1 % de los pacientes en HD presenta Hb por debajo del objetivo tras mantener 6 meses con dosis de AEE equivalentes a 30.000 o de eritropoyetina/semana y esta tasa puede ser menor en DP<sup>3</sup>. Por tanto, los niveles de Hb conseguidos pueden ser un fiel reflejo del grado de

implantación de las GPCA vigentes en cada momento<sup>2,4</sup>.

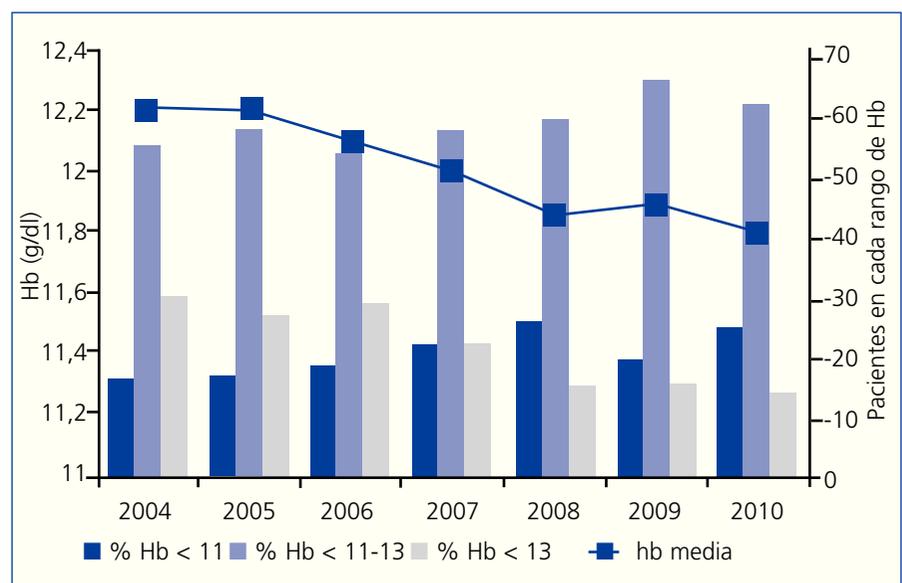
El GCDP dispone de una base de datos multipropósito que recoge datos de forma prospectiva y que ha demostrado ser una muestra representativa del manejo del enfermo en DP en nuestro entorno, cuyo funcionamiento ha sido descrito previamente<sup>6</sup>. Se trata de una base abierta a la que se van incorporando nuevos pacientes incidentes, y cuyo seguimiento termina con la salida de la técnica de DP.

Incluimos en nuestro análisis 1166 pacientes desde 2004 a 2010. Las características de esta población han sido descritas previamente, pero está claro que se trata de pacientes más jóvenes y con menor comorbilidad que sus coetáneos en HD. Para el cálculo de la media de Hb, cada paciente aporta un único valor promedio de sus cifras disponibles de Hb y se utilizan todos los datos disponibles en el año para la estratificación por intervalos. La figura 1 recoge el resumen de la evolución de valores. La comorbilidad de los pacientes por Índice de Charlson no presentó diferencias significativas entre los distintos años (3,2 a 3,3) y la edad pasó de 53,8 el primer año a 56,22 el último, con una

tendencia lineal progresiva. No hubo cambios significativos en las dosis de AEE corregidos por peso.

Previamente hemos publicado que los pacientes inician DP con un control de su anemia mejor que los coetáneos presentados por el estudio MAR en HD<sup>6,7</sup>. Por otro lado, parece ser más frecuente el incumplimiento de objetivos por Hb elevadas que por Hb bajas<sup>6</sup>. Esto pudiera ser reflejo de una sensación de seguridad en el manejo de pacientes más jóvenes, menos comórbidos y con menor afectación cardiovascular que sus equivalentes en HD y que además tienen una alta tasa de salida precoz por trasplante. La DP no somete a los pacientes a ultrafiltraciones que provoquen hemoconcentración y, por otro lado, esos pacientes tienen una vida más activa e integrada socialmente. Todo esto parece desplazar el análisis de riesgo/beneficio hacia valores más elevados de Hb. No hemos encontrado datos de que niveles más elevados de Hb sean perjudiciales, y la mortalidad en esta población está por debajo de la observada en registros nacionales<sup>6,8</sup>.

Nuestros datos muestran que los niveles medios de Hb van bajando a lo largo de



**Figura 1.** Distribución de los valores de hemoglobina en pacientes prevalentes en diálisis peritoneal a final de cada año durante el período analizado. Hb: hemoglobina.

los años (11,8 g/dl en 2010 vs. 12,2 g/dl en 2004;  $p < 0,001$ ), y el número de pacientes con Hb  $> 13$  g/dl se reduce progresivamente (14,3 % vs. 29,6 %) a la par que aumenta el porcentaje de aquellos con Hb  $< 11$  g/dl (24,9 % vs. 16,3 %;  $p < 0,001$ ) El porcentaje de pacientes dentro del rango de 11-13 mejora año tras año (60,8 % vs. 54,1 %).

Este análisis tiene importantes limitaciones, pues no podemos analizar elementos que influyen en el manejo de anemia, como son los tratamientos coadyuvantes, la inflamación y la nutrición, pero consideramos que los datos confirman lo descrito en la encuesta, constituyendo una referencia próxima y actual del manejo de la anemia en nuestras unidades de DP y de la implantación de las GPCA (tabla 1).

Cabe esperar que esta tendencia se mantenga en los próximos años tras la reciente publicación de las guías KDIGO 2012<sup>9</sup>. Creemos que son necesarios estudios sobre anemia en DP que permitan identificar objetivos específicos para estos pacientes.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Anaemia Work Group for National Kidney Foundation–Dialysis Outcomes Quality

Initiative (NKF-DOQI). Clinical practice guidelines for the treatment of anaemia of chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1997;30(Suppl 3):192-240.

2. Locatelli F, Aljama P, Bárány P, Canaud B, Carrera F, Eckardt KU, et al. Revised European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(Suppl 2):ii1-47.
3. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Am J Kidney Dis* 2006;47(5 Suppl 3):S11-145.
4. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for anemia in chronic kidney disease: 2007 update of hemoglobin target. *Am J Kidney Dis* 2007;50:471-530.
5. De Francisco ALM, Aljama P, Arias M, Fernandez E, Górriz JL, Gómez JM, et al. Anaemia correction in diabetic patients with chronic kidney disease: lessons from the TREAT study. *Nefrologia* 2010;30(1):15-20.
6. Portolés J, Ocaña J, López-Sánchez P, Gómez M, Rivera MT, et al. Achievement of quality objectives in incident patients in peritoneal dialysis. *Nefrologia* 2010;3(5):544-51.
7. Portolés J, López-Gómez JM, Aljama P. A prospective multicentre study of the role of anaemia as a risk factor in haemodialysis patients. the MAR Study. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(2):500-7.

8. Portolés J, Del Peso G, Fernandez-Reyes MJ, Bajo MA, López-Sánchez P. Previous comorbidity and patient free choice of technique predict early mortality in peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2009;29:150-7.
9. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* 2012;2:279-335.

**José Portolés<sup>1</sup>, Ángel Gallegos-Villalobos<sup>1</sup>, Juan M. López-Gómez<sup>2</sup>, María de Valdenebro<sup>1</sup>, Paula López-Sánchez<sup>3</sup>, Francisco Coronel<sup>4</sup>, Grupo Centro de Diálisis Peritoneal, RedinRen ISCIII (RED 06/0016).**

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

<sup>2</sup> Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>3</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

<sup>4</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

**Correspondencia:** José Portolés

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. josem.portolés@salud.madrid.org

## Ley de la voluntad anticipada en México

*Nefrologia* 2013;33(1):142-3  
doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11534

### Sr. Director:

Como en muchos países del orbe, en México la insuficiencia renal constituye un problema de salud pública. La prevalencia nacional de individuos con necesidad inmediata de remplazo de la función renal en años anteriores era superior a 129.000, y solamente 60.000 recibían alguna modalidad dialítica, permaneciendo más de la mitad de los pacientes sin tratamiento<sup>1</sup>.

Está, por demás, demostrado que el trasplante renal es la mejor alternativa terapéutica para el remplazo de la función perdida, sabiendo que proporciona al pa-

**Tabla 1.** Evolución de los objetivos de anemia en la enfermedad renal crónica en las guías clínicas

	K/DOQI 2000	EBPG 2004	K/DOQI 2006	K/DOQI 2007 Update	KDIGO 2012
<b>Objetivo Hb general</b>	11-12 g/dl	> 11 g/dl < 14 g/dl	11-13 g/dl no > 13	11-12 g/dl no > 13	≤ 11,5 g/dl no > 13
<b>Para ECV<sup>a</sup></b>		11-12 g/dl			
<b>Para DM<sup>b</sup></b>		11-12 g/dl			

<sup>a</sup> ECV: pacientes con enfermedad cardiovascular; <sup>b</sup> DM: pacientes con diabetes mellitus. Hb: hemoglobina.