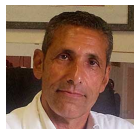


ARTICOLI ORIGINALI

Dialisi peritoneale: gestione multidisciplinare



Gaspare Elios Russo, A. Martinez, S. Mazzaferro, A. Nunzi, M. Testorio, A.R. Rocca, S. Lai, A. Morgia, B. Borzacca, T. Gnerre Musto

UOS Dialisi Peritoneale, Dip. di Scienze Ginecologico Ostetriche e Scienze Urologiche – Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma, Roma

Abstract

PREMESSA: A fronte di una maggiore incidenza delle nefropatie croniche e della maggiore diffusione della dialisi peritoneale, abbiamo voluto valutare se la gestione multidisciplinare del paziente in dialisi peritoneale comporti dei cambiamenti nella qualità delle cure e della vita rispetto all'equipe di routine.

METODI: Sono stati osservati 40 pazienti in dialisi peritoneale presso il Policlinico Umberto I tra il 2010 e il 2012. Essi sono stati assegnati casualmente al gruppo A – equipe di routine costituita dai nefrologi e dagli infermieri, o al gruppo B – equipe Multidisciplinare costituita da diversi specialisti medici, l'infermiere, lo psicologo e l'assistente sociale. Ai pazienti di entrambi i gruppi sono stati somministrati i test KDQOL-SF e MMPI-2.

RISULTATI: Nel gruppo B il numero di giornate di degenza ospedaliera e in Day Hospital è risultato inferiore di più dell'88% rispetto al gruppo A. Per quanto riguarda il test KDQOL-SF l'equipe multidisciplinare ha ottenuto risultati migliori sia per quanto riguarda le dimensioni emotive, sia per quelle obbiettive. Il test di Pearson inoltre ha evidenziato come la gestione multidisciplinare influenzi positivamente quegli elementi che correlano con il benessere percepito del paziente e la sua disponibilità alla terapia.

CONCLUSIONI: Nell'equipe multidisciplinare ogni operatore, al di là del proprio ruolo, contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo, ovvero garantire una qualità di vita che permetta al paziente in dialisi peritoneale di continuare a vivere nell'ambito familiare, professionale e sociale.

Parole chiave: dialisi peritoneale, gestione multidisciplinare, KDQOL, MMPI-2, qualità di vita

Optimal use of peritoneal dialysis with multi-disciplinary management

INTRODUCTION: Considering the increasing incidence of chronic kidney disease and the increased use of peritoneal dialysis, we wanted to assess whether the multidisciplinary management of patients in peritoneal dialysis might produce improvement in the quality of patients' lives when compared to management by a routine team of operators.

METHODS: Our study observed 40 patients on peritoneal dialysis in our Department between 2010 and 2012. They were randomly assigned to either group A, the routine team which consisted of a nephrologist and a nurse, or group B, a multidisciplinary team comprising several medical specialists, a nurse, a psychologist and a social worker. Two tests, KDQOL-SF and MMPI-2, were administered to both groups.

RESULTS: In group B, the number of days of hospitalization and day hospital were more than 88% lower when compared to group A. The multidisciplinary team achieved better results with the KDQOL-SF test with regards to both emotional and objective dimensions. The Pearson coefficient between the results of the two questionnaires shows how multidisciplinary management can positively influence the perceived well-being of the patient and his or her adherence to treatment.

CONCLUSIONS: In a multidisciplinary team, each operator, in addition to his or her specific role, also contributes to the achievement of the overall objective, namely of ensuring an optimal quality of life to the patient on peritoneal dialysis thereby allowing these patients to continue their professional and social lives.

Key words: multidisciplinary approach, peritoneal dialysis, quality of life

Introduzione

L'aumento dell'aspettativa di vita ha portato ad un incremento delle nefropatie ad evoluzione cronica con un forte impatto sociale ed economico. Secondo una recente review la prevalenza mediana della IRC è 7,2% nei pazienti di età maggiore di 30 anni mentre nei pazienti più anziani (età > 64 anni) si trova una prevalenza tra il 23,4% e il 35,8% [1] (full text)

Negli ultimi 15 anni nella scelta della terapia dialitica sostitutiva si è avuto un incremento dell'utilizzo della dialisi peritoneale (PD), infatti in Italia si è passati dal 2,8% della popolazione dializzata nel 1994 all'11,8% nel 2010. Nel paziente in dialisi peritoneale l'aderenza alla terapia è particolarmente dipendente dalla qualità di vita [2] [3] [4] (full text) [5] [6] [7] [8] [9] [10], specie dalla presenza di sintomi come ansia e depressione [11] (full text)

Partendo da questi presupposti lo scopo del nostro lavoro è quello di osservare se nella gestione del paziente in PD un equipe multidisciplinare avrebbe comportato dei cambiamenti nella qualità delle cure e nella qualità della vita rispetto all'equipe di routine (medico e infermiere).

Materiali e metodi

Lo studio è stato effettuato prendendo in considerazione 40 pazienti in cura presso la UOS Dialisi Peritoneale del Policlinico Umberto I tra il 2010 e il 2012, che sono stati assegnati casualmente a due gruppi: gruppo A - equipe di Routine, gruppo B - equipe Multidisciplinare.

In un precedente studio del 2009 avevamo eseguito un assessment della qualità di vita dei pazienti in DP. [2] Questo è stato utilizzato come misura indice.

Le caratteristiche demografiche e le tecniche terapeutiche utilizzate per ciascun gruppo sono riassunte nella tabella 1.

L'equipe multidisciplinare comprendeva diversi specialisti medici (cardiologo, gastroenterologo, radiologo), l'infermiere, lo psicologo e l'assistente sociale. Per ciascun paziente del gruppo B sono stati effettuati almeno tre incontri di valutazione con la psicologa di riferimento della nostra UOS: il primo durante l'arruolamento nello studio, il secondo con la consegna dei questionari di valutazione e il terzo con la restituzione di questi. Il sostegno psicologico veniva erogato su richiesta del paziente con cadenza variabile. Ciascuna seduta aveva una durata media di 50 minuti. Durante il colloquio venivano toccati frequentemente argomenti inerenti all'accettazione e alla consapevolezza da parte del paziente della propria condizione patologica, alla capacità di essere autonomo sia nelle attività routinarie della vita quotidiana che nella pratica della terapia dialitica. L'assistente sociale interveniva in presenza di pazienti non autosufficienti che, in assenza di un supporto familiare per espletare le metodiche di cura, necessitavano di assistenza domiciliare. Le consulenze dei medici specialisti diversi dal nefrologo venivano richieste in base alle esigenze cliniche del paziente.

I questionari utilizzati sono stati il test KDQoL-SF (Kidney Disease Quality of Life – Short Form) e sei scale di contenuto estratte dal MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2):

- ANX (Sintomi generali di ansia: disturbi del sonno, scarsa concentrazione, tensione)
- DEP (Pensieri depressivi)
- ASP (*Anti Social Practices*, Atteggiamenti misantropici, abitudini antisociali)
- LSE (*Low Self Esteem*, bassa autostima)
- SOD (*Social Discomfort*, timidezza ed evitamento sociale)
- TRT (Indicatori Negativi per il Trattamento).

Il KDQoL-SF è uno strumento di rilevamento auto-somministrato composto da 36 item che affianca una parte generica ad una parte specifica della malattia renale: salute generale, funzionamento fisico, ruolo fisico, ruolo emotivo, dolore, benessere emotivo, energia, funzionamento sociale, interazioni sociali, peso malattia renale, peso della malattia sulla famiglia, funzionamento cognitivo, sintomi, effetti della malattia, funzionamento sessuale, qualità del sonno, funzionamento sociale, supporto sociale, situazione lavorativa. A questi abbiamo aggiunto quattro item relativi alla soddisfazione delle cure. L'MMPI-2 è uno dei più diffusi test per valutare le principali caratteristiche della **personalità**. È composto da 567 item divise in scale di validità, scale cliniche di base, scale supplementari e scale di contenuto, a cui il paziente deve rispondere vero o falso a seconda che l'affermazione sia per lui prevalentemente vera o prevalentemente falsa. Entrambi i test erano consegnati per essere compilati a domicilio dal paziente in maniera autonoma o con l'ausilio di un *care-giver*.

L'elaborazione dei dati è stata eseguita con un foglio di lavoro Excel. Sono state valutate media e deviazione standard (Δ) per ogni item del test KDQOL-SF in ogni gruppo. Inoltre è stato calcolato il coefficiente di Pearson per analizzare le correlazioni tra i risultati ottenuti dai due questionari. La grandezza dei campioni non è sufficiente per stimare la significatività delle differenze tra le medie per gli item nel test KDQOL-SF. Questo ci ha indotto a considerare degni di nota i Δ superiori al 10% rispetto alla misura indice.

Tabella 1. Caratteristiche del campione.

	KDQoL 2009	Gruppo A	Gruppo B
Numero pazienti	17	20	20
Età (anni)	65 ± 10	63	57
Sesso (M / F)	15 / 2	11 / 9	12 / 8
Stato civile (%)			
<i>Sposati/conviventi</i>	82	61.5	85
<i>Single/separati/vedovi</i>	18	38.5	15
Istruzione (%)			
<i>Licenza elementare / media inferiore</i>	30	25	40
<i>Licenza media superiore / laurea</i>	70	70	60
<i>Arti e mestieri</i>	0	5	0
N. farmaci assunti (media)	8	8	8
Età dialitica media (mesi)	19	33	27
CAPD / APD (%)	59 / 41	40 / 60	35 / 65
Aiuto per questionario (%)	0	25	25

Risultati

Relativamente alla composizione del campione i due gruppi A e B differiscono nella distribuzione per genere, stato civile e l'età dialitica.

I due gruppi e il campione 2009 non mostrano differenze significative relativamente agli item del KDQOL-SF per: il peso della patologia sulla famiglia, la funzione cognitiva, i sintomi, gli effetti della malattia sulla vita quotidiana, la situazione lavorativa e la soddisfazione delle cure (figura 1).

Il confronto tra i dati ottenuti col test KDQOL-SF nei gruppi A e B ha evidenziato differenze degne di nota, sia relativamente ai seguenti item: ruolo emotivo, ruolo fisico, dolore, energia/fatica, funzione sociale, interazioni sociali, peso malattia renale, funzione sessuale, qualità del sonno, supporto sociale e soddisfazione del servizio, sia per quanto riguarda il numero delle giornate di degenza ospedaliera e in regime di *day hospital* (figura 2).

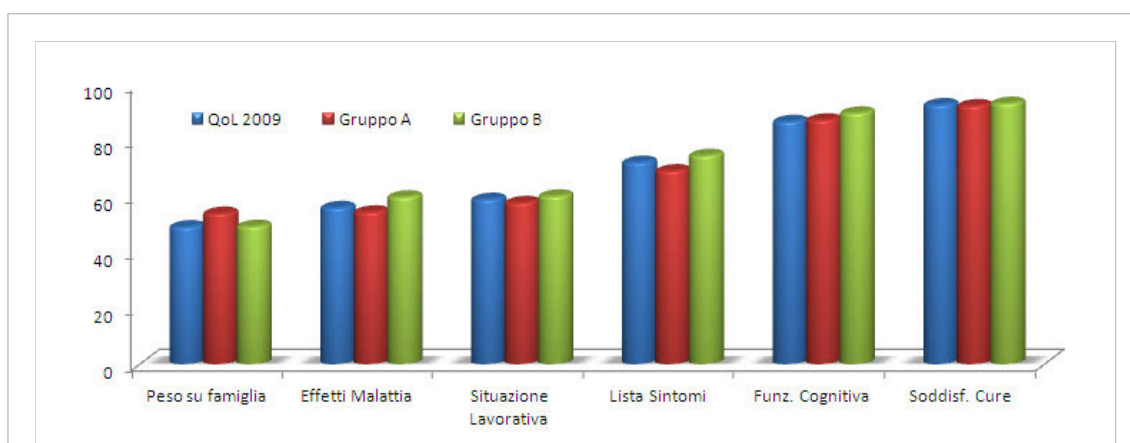


Figura 1.
KDQOL-SF: A-Equipe di Routine, B-Equipe Multidisciplinare.

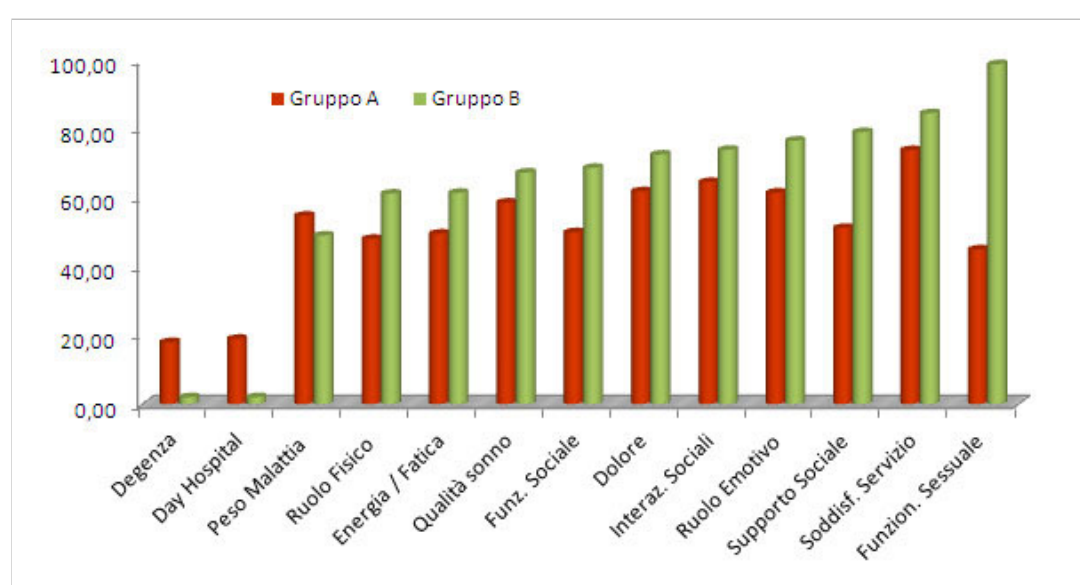


Figura 2.
KDQOL-SF: A-Equipe di Routine, B-Equipe Multidisciplinare.

Il coefficiente di Pearson calcolato tra gli score dell'MMPI2 e i risultati del KDQOL-SF mostra una correlazione moderata tra gli *item* relativi al benessere emotivo, al peso della malattia renale e al ruolo fisico e gli score per disponibilità al trattamento (TRT), tratti depressivi (DEP) e bassa autostima (LSE) (tabella 2).

Discussioni

La prima evidenza di cui dobbiamo tener conto è la riduzione delle giornate di degenza nei pazienti seguiti dall'equipe multidisciplinare. Infatti nel gruppo B si registrano un numero di giornate di degenza ospedaliera inferiore dell'88,8% rispetto al gruppo A e dell' 89,5% per la degenza in *day hospital*, analogo confronto si può fare con i risultati del 2009 (misura indice) (figura 3). Questo risultato potrebbe essere espressione di un migliore adeguamento della terapia alle esigenze del paziente e di conseguenza ad una maggiore aderenza dello stesso alla prescrizione. Nonostante il campione non sia sufficiente per stimare la significatività di questi risultati, una riduzione così notevole delle giornate di degenza può essere un buon dato di partenza per successivi approfondimenti, tenuto conto dell'impatto che una tale riduzione avrebbe sulla spesa sanitaria.

Per quanto riguarda il test KDQOL-SF i risultati ottenuti mostrano che l'equipe Multidisciplinare ha ottenuto risultati migliori rispetto all'equipe di routine sia per quanto riguarda le dimensioni soggettive in cui ha un ruolo l'emotività (supporto sociale, funzione sociale, peso della malattia renale, funzione sessuale, ruolo emotivo, qualità delle interazioni sociali e la soddisfazione del servizio), sia per dimensioni più obbiettive quali ruolo fisico, energia/fatica, qualità del sonno e percezione del dolore.

Tabella 2. Correlazione tra KDQOL-SF e MMPI2.

KDQoL	MMPI-2	TRT	ASP	LSE	DEP	SOD	ANX
Salute Generale		-0,093	-0,173	-0,196	-0,134	-0,034	-0,012
Funz. Fisico		0,008	0,009	-0,196	-0,144	-0,199	-0,048
Ruolo Fisico		-0,354	-0,243	-0,245	-0,415	-0,302	-0,242
Ruolo Emotivo		-0,186	-0,206	-0,306	-0,374	-0,260	-0,212
Dolore		-0,033	0,138	0,027	0,044	0,192	0,116
Benessere Emotivo		-0,363	-0,109	-0,321	-0,339	0,192	-0,293
Energia / Fatica		-0,075	0,022	-0,035	-0,176	0,194	0,136
Funz. Sociale		-0,070	0,181	0,024	-0,029	0,102	-0,043
Interazioni Sociali		0,092	0,155	0,067	0,224	-0,013	0,084
Peso Malattia Renale		-0,411	-0,137	-0,401	-0,385	-0,172	-0,258
Funz. Cognitivo		0,039	0,200	0,069	0,209	0,121	0,072
Lista Sintomi		0,103	0,176	0,121	0,225	0,155	0,160
Limitazioni Malattia		-0,115	0,074	-0,069	0,048	0,176	0,097
Qualità Sonno		0,083	0,088	-0,074	0,123	0,214	0,063
Supp. Sociale		0,021	-0,181	0,078	-0,029	0,025	0,010
Situaz. Lavorativa		0,022	0,174	0,068	0,068	0,117	0,141
Soddisf. Cure		0,106	0,207	0,088	0,240	0,081	0,056
Soddisf. Servizio		-0,099	-0,274	-0,083	-0,062	0,019	-0,009

Sebbene i risultati preliminari ottenuti dal KDQOL-SF nel Gruppo B non siano di per sè significativi, il test di Pearson effettuato tra questi e le scale di contenuto dell' MMPI-2 individua alcune correlazioni. Questo infatti, evidenziando un legame tra gli score per: resistenza al trattamento, tratti depressivi e bassa autostima e gli item relativi al benessere emotivo, al peso della malattia renale e al ruolo fisico, sottolinea come la gestione da parte di un'equipe multidisciplinare influenzi positivamente quegli elementi che correlano con il benessere percepito del paziente e di conseguenza sulla sua disponibilità alla terapia. Quest'ultima acquisisce un ruolo fondamentale nella dialisi peritoneale, in cui il paziente gestisce autonomamente il trattamento.

Conclusioni

I dati in nostro possesso sottolineano come per i pazienti in dialisi lo stato di salute e la qualità di vita siano aspetti rilevanti della patologia e come questi possano essere valutati in maniera quantificabile e riproducibile attraverso determinati test che contribuiscono ad adeguare e personalizzare la terapia del paziente in PD.

La nostra opinione, basata sul vissuto di questa esperienza, è che nell'equipe MD ogni operatore, al di là del proprio ruolo, contribuisca al raggiungimento dell'obiettivo, ovvero garantire una qualità di vita che permetta al paziente in dialisi peritoneale di continuare a vivere nell'ambito familiare, professionale e sociale. Quindi, suddividendo le varie competenze, si consente a ciascuna figura professionale di fornire l'assistenza necessaria alle specifiche esigenze e bisogni dell'individuo.

I risultati preliminari ci indirizzano verso la prosecuzione dell'esperienza con un'equipe multidisciplinare. Nel prosieguo dello studio vorremmo infatti ampliare il campione e valutare se la maggiore disponibilità al trattamento riduca il tasso di *drop-out*.

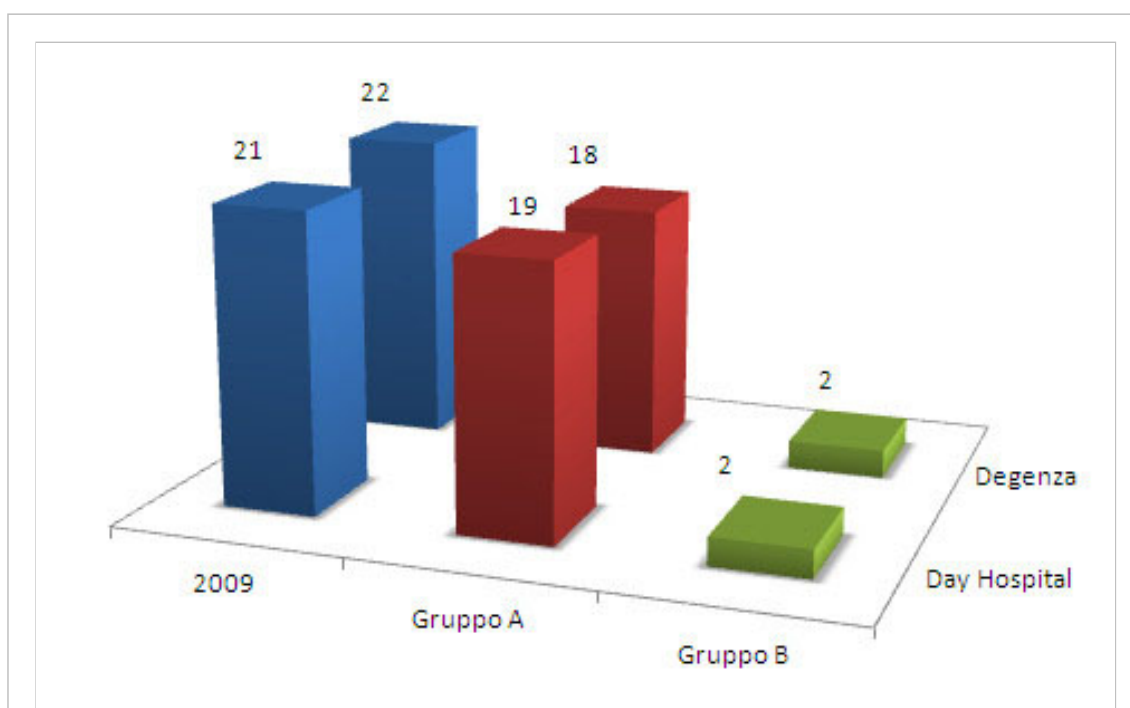


Figura 3.
Giornate di degenza ospedaliera e in day hospital.

Bibliografia

- [1] Zhang QL, Rothenbacher D Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. *BMC public health* 2008 Apr 11;8:117 (full text)
- [2] Russo GE, Morgia A, Cavallini M et al. [Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis]. *Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Societa italiana di nefrologia* 2010 May-Jun;27(3):290-5
- [3] Garcia-Llana H, Remor E, Selgas R et al. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema* 2013 Feb;25(1):79-86
- [4] Wyld M, Morton RL, Hayen A et al. A systematic review and meta-analysis of utility-based quality of life in chronic kidney disease treatments. *PLoS medicine* 2012;9(9):e1001307 (full text)
- [5] Feroze U, Martin D, Kalantar-Zadeh K et al. Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation* 2012 Jan;22(1):207-10
- [6] Chkhotua A, Pantsulaia T, Managadze L et al. The quality of life analysis in renal transplant recipients and dialysis patients. *Georgian medical news* 2011 Nov;11(200):10-7
- [7] Turkmen K, Yazici R, Solak Y et al. Health-related quality of life, sleep quality, and depression in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Hemodialysis international. International Symposium on Home Hemodialysis* 2012 Apr;16(2):198-206
- [8] Bilgic A, Akman B, Sezer S et al. Daytime sleepiness and quality of life in peritoneal dialysis patients. *Therapeutic apheresis and dialysis : official peer-reviewed journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy* 2011 Dec;15(6):565-71
- [9] Theofilou PA Sexual functioning in chronic kidney disease: the association with depression and anxiety. *Hemodialysis international. International Symposium on Home Hemodialysis* 2012 Jan;16(1):76-81
- [10] Boateng EA, East L The impact of dialysis modality on quality of life: a systematic review. *Journal of renal care* 2011 Dec;37(4):190-200
- [11] Yu ZL, Yeoh LY, Seow YY et al. Evaluation of adherence and depression among patients on peritoneal dialysis. *Singapore medical journal* 2012 Jul;53(7):474-80 (full text)