



Nuevos retos en diálisis peritoneal. La próxima Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal 2008

José Ignacio Minguela y Ramón Ruiz-de-Gauna

Servicio de Nefrología-Hipertensión. Hospital Txagorritxu Ospitalea. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

La diálisis peritoneal (DP) se ha considerado una técnica menor dentro del tratamiento renal sustitutivo, en gran parte por el trasfondo histórico de la DP. La alta tasa de peritonitis de los primeros tiempos causaba rápidos abandonos de la técnica. Una vez reducida ésta con los nuevos sistemas de doble bolsa, el problema fue el mantenimiento del paciente en DP tras la pérdida de la función renal residual. Así, la evolución de las máquinas de diálisis peritoneal y los líquidos empleados ha permitido mantener en DP a pacientes anúricos por tiempo prolongado.

El paso del tiempo es precisamente uno de los principales problemas en la DP. Este tratamiento de sustitución renal trabaja con una membrana biológica usada para una función diferente de la fisiológica. Se expone continuamente a soluciones bioincompatibles que dañan su estructura y, junto con las infecciones, favorecen la fibrosis y pueden originar peritonitis esclerosante. Las nuevas soluciones, con bolsas de doble cámara y/o bicarbonato, permiten reducir los productos de degradación de glucosa que se

ha visto implicados en la patogenia de la peritonitis esclerosante.

Una vez superados estos problemas, nuevos retos surgen en el horizonte de la DP. El progresivo envejecimiento de los pacientes en las unidades de diálisis y el cambio hacia la hipertensión arterial y la diabetes como causas preferentes de insuficiencia renal, así como la aparición de diabetes tras el trasplante¹, hacen que la enfermedad cardiovascular tenga una alta prevalencia en nuestros pacientes. Nuevos marcadores de insuficiencia cardíaca y de cardiopatía isquémica se han desarrollado en los últimos años, con el objeto de reducir la alta tasa de mortalidad cardiovascular de nuestros pacientes. Además, el avance en el tratamiento de la diabetes podría reducir la alta comorbilidad de estos pacientes.

Por otro lado, los registros de pacientes en pediatría permiten avanzar en la resolución de los problemas de esta población.

El contacto con los pacientes es una labor fundamental de enfermería. La enseñanza de la técnica y la relación con el enfermo influyen de forma muy importante en el programa de DP. La confianza con las enfermeras permite un mejor cumplimiento de la dieta y el tratamiento, lo que ayuda a reducir la tasa de peritonitis.

Otro capítulo que se ha modificado es el de las peritonitis. Es cierto que se ha reducido la tasa hasta

Correspondencia: Dr. D. J.I. Minguela.
Unidad de Diálisis Peritoneal. Servicio de Nefrología-Hipertensión.
Hospital Txagorritxu Ospitalea.
José Atxotegi, s/n.
01009 Vitoria-Gasteiz. Álava. España.
Correo electrónico: joseignacio.miguelapesquera@osakidetza.net

Recibido el 6-9-2007; aceptado para su publicación el 6-9-2007.

1 episodio cada 36 meses o más con las nuevas soluciones². Sin embargo, otros problemas están surgiendo. Una mayor dificultad para la curación de las peritonitis por gérmenes gramnegativos y la aparición de gérmenes multirresistentes, como *Staphylococcus aureus*, está llevando a la investigación de nuevos fármacos. Ahora hay nuevos antibióticos que deben ser empleados con cautela, pero debemos saber que existen y que se puede usarlos en caso de necesidad. También la investigación en nuevas soluciones³ y aditivos aportará ventajas en el futuro próximo. Uno de los factores puede ser la cantidad de sodio en el líquido de diálisis. Otro avance puede ser el uso en combinación de hemodiálisis y DP⁴.

Ha habido grandes avances en la ciencia básica⁵ respecto a los mecanismos que favorecen⁶ el cambio de la célula mesotelial a célula mesenquimal⁷ y originan el deterioro de la función peritoneal. Además, la regeneración tisular con células madre⁸ será, con seguridad, el sistema que nos permitirá incrementar la longevidad del peritoneo como membrana de diálisis.

Con relación a la longevidad de las técnicas, tras el auge del trasplante en los años noventa, se está viendo un aumento del número de pacientes que reinician la diálisis tras la pérdida de función del injerto renal. Aunque la DP ha sido poco utilizada para estos pacientes, cada vez más se plantea la posibilidad de incluirlos en el programa de DP. El mantenimiento o no de la inmunosupresión en estos enfermos para mantener la función renal residual es un tema controvertido en la actualidad.

La función renal residual es uno de los factores que más se tiene en cuenta en DP. Grandes estudios (CANUSA, ADEMEX⁹) han demostrado el valor de esta función renal. Permite incrementar la supervivencia y favorece alcanzar los parámetros de adecuación y de ultrafiltración con un menor número de recambios.

En todos los ámbitos de la vida es importante la calidad. Cada día se está viendo que en diferentes apartados (industria, turismo, hospitales, etc.) se intenta incrementar la calidad de los productos (normas UNE, Q de calidad, etc.). También en medicina se están llevando a cabo iniciativas en ese sentido. Así, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) está creando guías, y una de ellas es la de calidad en DP.

Estos y otros temas de actualidad serán revisados y expuestos en la próxima reunión nacional de diálisis peritoneal. Esta reunión es la sexta y tendrá lugar en Vitoria-Gasteiz, en el Palacio de Congresos Europa, del 24 al 26 de enero de 2008. De parte del comité organizador, es para nosotros un placer poder invitaros a asistir y participar. El plazo de presentación de trabajos finaliza el 10 de noviembre del 2007. Podéis conseguir información tanto en las páginas web de las sociedades científicas (www.sedyt.org; www.senefro.org) como en las siguientes direcciones de correo electrónico: JOSEIGNACIO.MINGUELA-PESQUERA@osakidetza.net y DP2008.TXAGORRITXU@osakidetza.net

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bayes B, Granada ML, Pastor MC, Lauzurica R, Salinas I, Sanmarti A, et al. Obesity, adiponectin and inflammation as predictors of new-onset diabetes mellitus after kidney transplantation. *Am J Transplant.* 2007;7:416-22.
2. Montenegro J, Saracho RM, Gallardo I, Martínez IM, Muñoz RI, Quintanilla N. Use of pure bicarbonate-buffered peritoneal dialysis fluid reduces the incidence of CAPD peritonitis. *Nephrol Dial Transplant.* 2007;22:1703-8.
3. Rodríguez-Carmona A, Fontan MP, López EG, Falcon TG, Cambre HD. Use of icodextrin during nocturnal automated peritoneal dialysis allows sustained ultrafiltration while reducing the peritoneal glucose load: a randomized crossover study. *Perit Dial Int.* 2007; 27:260-6.
4. Ronco C, Dell'Aquila R, Rodighiero MP, Di Loreto P, Spanò E. Integration of peritoneal dialysis in the treatment of uremia. *Contrib Nephrol.* 2006;150:226-34.

5. Blanco-Colio LM, Martin-Ventura JL, Munoz-Garcia B, Orbe J, Paramo JA, Michel JB, et al. Identification of Soluble Tumor Necrosis Factor-Like Weak Inducer of Apoptosis (sTWEAK) as a Possible Biomarker of Subclinical Atherosclerosis. *Arterioscl Thromb Vasc Biol.* 2007;27:916-22.
6. Boulanger E, Grossin N, Wautier MP, Taamma R, Wautier JL. Mesothelial RAGE activation by AGEs enhances VEGF release and potentiates capillary tube formation. *Kidney Int.* 2007;71:126-33.
7. Aroeira LS, Aguilera A, Sanchez-Tomero JA, Bajo MA, Del Peso G, Jimenez-Heffernan JA, et al. Epithelial to mesenchymal transition and peritoneal membrane failure in peritoneal dialysis patients: pathologic significance and potential therapeutic interventions. *J Am Soc Nephrol.* 2007;18:2004-13.
8. Pelacho B, Aranguren XL, Mazo M, Abizanda G, Gavira JJ, Clavel C, et al. Plasticity and cardiovascular applications of multipotent adult progenitor cells. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med.* 2007;4: S15-20.
9. Paniagua R, Amato D, Vonesh E, Guo A, Mujais S. Health-related quality of life predicts outcomes but is not affected by peritoneal clearance: The ADEMEX trial. *Kidney Int.* 2005;67:1093-104.