

Evolución del trasplante renal según la modalidad de diálisis previa: hemodiálisis frente a diálisis peritoneal

Rosa Ramos-Sánchez, M.^a Teresa González-Álvarez, Francesc Moreso-Mateo, Alberto Martínez-Castelao y Josep M.^a Grinyó-Boira

Servicio de Nefrología. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante renal es la terapia de sustitución renal de elección para la mayoría de pacientes con insuficiencia renal crónica. En la bibliografía médica hay diversos trabajos que estudian el efecto de la modalidad dialítica pretrasplante tanto en la supervivencia del injerto como en la del paciente. Los resultados de estos estudios a veces son contradictorios. Algunos demuestran que la diálisis peritoneal se ha visto implicada como factor etiológico de rechazo agudo o de trombosis vascular del injerto. Por otro lado, se ha hallado una menor incidencia de retraso en la función del injerto en los pacientes en diálisis peritoneal comparados con los de hemodiálisis. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el impacto que podía tener una técnica u otra en la evolución del trasplante renal.

Pacientes y método: Para la realización del estudio se han incluido todos los pacientes trasplantados renales desde 1990 a 2004.

Resultados: Al comparar los pacientes procedentes de hemodiálisis con los de diálisis peritoneal, no se observaron diferencias significativas en la incidencia de rechazo agudo, en el retraso de la función del injerto ni en la trombosis vascular. Tampoco hubo diferencias respecto a la mortalidad del paciente ni de la del injerto entre ambos grupos.

Conclusión: Aunque muchos trabajos han especulado sobre la peor evolución del trasplante renal en los pacientes procedentes de diálisis peritoneal, podemos concluir que la diálisis peritoneal no tiene una influencia negativa en la evolución a corto plazo de los trasplantados renales.

Palabras clave: Diálisis peritoneal. Hemodiálisis. Evolución del trasplante renal.

IMPACT OF PRETRANSPLANT DIALYSIS ON OUTCOME OF KIDNEY TRANSPLANTATION: HEMODIALYSIS VERSUS PERITONEAL DIALYSIS

Abstract

Background and aims: Kidney transplantation is considered the treatment of choice in most patients with end-stage renal disease. Several studies have examined the effect of pretransplant dialysis modality on graft and patient survival. The results of these studies have sometimes been conflicting. Some studies show that peritoneal dialysis has been implicated as an etiological factor in acute rejection and graft arterial thrombosis, while others report that the incidence of delayed graft function is lower with peritoneal dialysis than with hemodialysis. The aim of the present study was to analyze the possible effect of pretransplant dialysis modality on the outcome of kidney transplantation.

Patients and method: All patients who underwent renal transplantation between 1990 and 2004 were included in this study.

Correspondencia: Rosa Ramos Sánchez.
Servicio de Nefrología. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.
C/ Feixa Llarga s/n.
08907 L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: 30965rrs@comb.es

Results: No differences were found in the incidence of acute rejection episodes, delayed graft function, or graft arterial thrombosis between patients on hemodialysis and those who received peritoneal dialysis. There were no significant differences in patient mortality and survival or graft survival between the two groups.

Conclusion: Although many studies have speculated that outcome after renal transplantation is worse in patients with pretransplant peritoneal dialysis, we conclude that this modality does not negatively influence short-term outcome in kidney transplantation.

Key words: *Peritoneal dialysis. Hemodialysis. Kidney transplantation outcome.*

Introducción

Aunque la diálisis peritoneal sigue siendo una técnica minoritaria en relación con la hemodiálisis, en los últimos años se observa un incremento progresivo de su práctica al evidenciarse como una buena alternativa en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica previa al trasplante renal.

Durante las últimas décadas, varios estudios plantean una disyuntiva sobre la posible influencia del tipo de terapia sustitutiva renal en la evolución del trasplante renal¹⁻⁵. Aunque en el pasado la procedencia de diálisis peritoneal se había asociado con una mayor incidencia de rechazo agudo en el postrasplante inmediato, posteriormente diferentes estudios no han mostrado diferencias entre las técnicas de diálisis respecto a la incidencia de rechazo agudo ni a la supervivencia del injerto⁶⁻⁸. Más recientemente se ha demostrado que la diálisis peritoneal se asocia a una baja incidencia de “retraso en la función del injerto” comparándola con la hemodiálisis⁹⁻¹⁰. Por otro lado, otros autores han encontrado una alta asociación de la diálisis peritoneal a trombosis vascular del injerto renal^{2,11}.

En este estudio presentamos la experiencia de nuestro centro en la evolución del trasplante renal, según la modalidad de diálisis previa durante el período 1990-2004.

Pacientes y método

Se analizó la población de trasplantados renales en nuestro centro desde 1990 hasta 2004. Se trata de un estudio retrospectivo sobre la evolución del trasplante renal según el paciente procediera de hemodiálisis o de diálisis peritoneal. Se estudiaron las características demográficas, la supervivencia del injerto y del paciente, la incidencia de rechazo agudo, de necrosis tubular aguda, el retraso en la función renal del injerto y la presencia o no de trombosis vascular de ambos grupos. El estudio estadístico se realizó mediante el programa Statistic View. El test de χ^2 fue el utilizado para comparar las variables cualitativas de ambos grupos, y la t de Student, para las demás variables. El grado de significancia se consideró a partir del 5%.

Resultados

Se evaluaron un total de 1.006 pacientes trasplantados durante este período, de los cuales 969 procedían de hemodiálisis (HD) y 37 procedían de diálisis peritoneal (DP). No se hallaron diferencias entre ambos grupos (HD/DP) respecto al sexo (68 %V y 32 %H/53 %V y 47 %H) ni a la superficie corporal (1,73 kg/m²/1,67 kg/m²) de los receptores. Tampoco hubo diferencias respecto a las características de los donantes (tabla 1). Los receptores procedentes de

Tabla 1. Datos relativos al trasplante y de histocompatibilidad

	HD	DP	p
Número de trasplantes renales	1,18	1,24	0,45
Incompatibilidades A	1,17	0,94	0,043
Incompatibilidades B	1,23	1,33	0,36
Incompatibilidades DR	0,7	0,8	0,28
Identidades DR	1,13	1,08	0,58
Anticuerpos antilinfotóxicos	10,4	4,28	0,12

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal.

Tabla 2. Datos analíticos

	HD	DP	p
Colesterol total (mmol/l)	4,74	5,31	0,011
Creatinina 1 semana ($\mu\text{mol/l}$)	386,9	259	0,02
Creatinina 1 mes ($\mu\text{mol/l}$)	212,6	200,6	0,72
Creatinina 1 año ($\mu\text{mol/l}$)	151,2	180	0,06
Filtrado glomerular 3 meses	54,35	54,74	0,9
Filtrado glomerular 1 año	56,84	55,31	0,74
Proteinuria (g/día)	1,24	0,43	0,74

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal.

Tabla 3. Datos clínicos

	HD	DP	p
Necrosis tubular aguda (%)	28	24,3	ns
Rechazo agudo (%)	26,5	35,1	ns
Exitus (%)	13,1	13,5	ns
Supervivencia injerto (meses)	83,3	81,7	ns
Supervivencia paciente (meses)	69,2	57,1	ns

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal; ns: no significativo.

diálisis peritoneal eran significativamente más jóvenes (48 años/37 años). Respecto a la evolución analítica, sólo se observaron diferencias respecto a la creatinina postrasplante del primer mes (menor creatinina en los pacientes de diálisis peritoneal), pero posteriormente esta diferencia se equiparaba en uno y otro grupo (tabla 2). No se hallaron diferencias entre ambos grupos respecto a la supervivencia del injerto ni a la del paciente. Tampoco se halló diferencia entre ambos grupos respecto a la incidencia de rechazo agudo, necrosis tubular aguda ni retraso en la función renal. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Aunque la incidencia de trombosis vascular fue mayor en número absoluto en los pacientes que procedían de hemodiálisis respecto a los que procedían de

diálisis peritoneal (9/1), ésta no consiguió relevancia estadística.

Discusión

El trasplante renal es la modalidad de tratamiento de elección para los pacientes con insuficiencia renal crónica, pero todavía hoy son pocos los que se trasplantan en la etapa prediálisis, y la gran mayoría de los pacientes son sometidos a una técnica u otra de diálisis previa al trasplante renal. Se sabe que cuanto mayor es el período que el paciente pasa en diálisis antes de ser trasplantado, menor es la supervivencia tanto del paciente como del injerto¹². El hallazgo de que los receptores de trasplante renal procedentes de diálisis peritoneal fueran significativamente más jóvenes que los de hemodiálisis podría deberse al hecho de la idea preconcebida del clínico respecto a la implantación del catéter peritoneal: menor morbilidad y mortalidad que un acceso vascular para hemodiálisis. Esto hace que la diálisis peritoneal se considere la técnica de elección en pacientes jóvenes en los cuales ésta sólo sirve de puente para el trasplante renal¹³. Además, sabiendo que la técnica de hemodiálisis supone una mayor supervivencia, es la de elección para los pacientes considerados no trasplantables. También se ha especulado que la procedencia de una técnica u otra puede influir en la supervivencia tanto del injerto como del paciente, pero en nuestro estudio no se ha hallado ninguna diferencia entre ambos grupos.

Aunque hubo diferencias en la evolución postrasplante respecto a la función renal al inicio (un mayor descenso de la creatinina en los procedentes de diálisis peritoneal durante el primer mes postrasplante), posteriormente ésta se equiparaba a los procedentes de hemodiálisis sin llegar a alcanzar diferencias significativas. Este hecho se supuso relacionado con la mejor preservación de la función

renal residual que muestran los pacientes en diálisis peritoneal.

Al igual que otros autores, nosotros tampoco observamos diferencias entre una y otra técnica respecto al rechazo agudo¹⁴⁻¹⁵.

En los últimos años varios grupos han encontrado una alta asociación entre los trasplantados procedentes de diálisis peritoneal y la pérdida del injerto debido a la presencia de trombosis vascular, aunque otros no han confirmado esta asociación¹⁶⁻¹⁷. Nosotros tampoco hemos observado una diferencia estadísticamente significativa que confirme esta asociación.

Bibliografía

1. Snyder JJ, Bertram LK, Gilbertson DT, Collins AJ. A comparison of transplant outcomes in peritoneal and hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2002;62:1423-30.
2. Ojo AO, Hanson JA, Wolfe RA, Agodoa LY, Leavey SF, Leichtman A, et al. Dialysis modality and the risk of allograft thrombosis in adult renal transplant recipients. *Kidney Int.* 1999;55:1952-60.
3. Evangelista JB, Bennett-Jones D, Cameron JS. Renal transplantation in patients treated with hemodialysis and short term and long term continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Br Med J.* 1985;291:1004-7.
4. Pérez Fontán M, Rodríguez-Carmona A, Valdés F. Diálisis peritoneal antes del trasplante renal ¿procedimiento de elección o factor de riesgo? *Nefrología.* 2000;20:202-8.
5. Fenton SSA, Schaubel DE, Desmeules M, Morrison HI, Mao Y, Copleston P, et al. Hemodialysis versus peritoneal dialysis: a comparison of adjusted mortality rates. *Am J Kidney Dis.* 1997;30:334-42.
6. Maiorca R, Sandrini S, Cancarini GC, et al. Kidney transplantation in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int.* 1994;14:162-8.
7. Shapira Z, Shmueli D, Yussim A, et al. Kidney transplantation in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Proc EDTA.* 1985;21:932-5.
8. Winchester JF, Rotellar C, Goggins M, et al. Transplantation in peritoneal dialysis and hemodialysis. *Kidney Int.* 1993;43 Suppl 40:101-5.
9. Pérez Fontán M, Rodríguez-Carmona A, Bouza P. Delayed graft function after renal transplantation in patients undergoing peritoneal dialysis and hemodialysis. *Adv Perit Dial.* 1996;12:101-4.
10. Van Biesen W, Vandholder R, Van Loo A. Peritoneal dialysis favourably influences early graft function after renal transplantation compared to hemodialysis. *Transplantation.* 2000;69:508-4.
11. Murphy BG, Hill CM, Middleton D, et al. Increased renal allograft thrombosis in CAPD patients. *Nephrol Dial Transplant.* 1994;9:1166-9.
12. Meier-Kriesche HU, Kaplan B. Waiting time on dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes. *Transplantation.* 2002;74:1377-81.
13. Vanholder R, Heering P, Loo AV, et al. Reduced incidence of acute renal graft failure in patients treated with peritoneal dialysis compared with hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 1999;33:934-40.
14. Binaut R, Hazzan M, Pruvot FR, et al. Comparative study of chronic ambulatory peritoneal dialysis versus hemodialysis patients after kidney transplantation: clinic and financial assessment. *Transplant Proc.* 1997;29:2428.
15. Bleyer AJ, Burkart JM, Russell GB, Adams PL. Dialysis modality and delayed graft function after cadaveric renal transplantation. *J Am Soc Nephrol.* 1999;10:154-9.
16. Bakir N, Sluiter WJ, Ploeg RJ, Van Son WJ, Tegzess AM. Primary renal allograft thrombosis. *Nephrol Dial Transplant.* 1996;11:140-7.
17. Escuín F, del Peso G, Pérez Fontán M, et al. A comparative survey on the incidence of kidney graft primary vascular thrombosis among CAPD and hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 1996;11:1896-7.

Conclusión

De los hallazgos de nuestro estudio puede concluirse que la diálisis peritoneal no tiene un efecto negativo sobre la evolución del trasplante renal y, por tanto, dado su bajo coste y simplicidad, constituye una buena técnica de elección para el paciente candidato a trasplante renal.

De todas maneras, en este trabajo existe un sesgo importante, que es la diferencia en el número de pacientes provenientes de una u otra técnica y que se relaciona con un posible efecto “centro” a la hora de elegir la terapia renal sustitutiva.

Importancia de la aféresis terapéutica en la especialidad de nefrología

Fernando Anaya

Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen

La aféresis terapéutica tiene como finalidad a) la extracción y eliminación del plasma de los componentes considerados responsables patógenos de una enfermedad; b) el reemplazo de factores deficitarios, y c) mejorar la función del sistema reticuloendotelial y ciertos mediadores inflamatorios. Representa, junto a la farmacología y a la cirugía, una modalidad terapéutica encaminada fundamentalmente al tratamiento de determinadas enfermedades cuando el procedimiento convencional no ha obtenido la respuesta deseada. El plasma puede separarse de las células sanguíneas por centrifugación o por filtración. La separación del plasma por centrifugación es realizada por hematólogos, y su finalidad es la de separar y almacenar el plasma y los diferentes componentes normales de la sangre, procedentes de donantes sanos, para posteriormente poder ser utilizarlos en receptores con coagulopatías u otras enfermedades que precisen de algún factor específico. La separación del plasma por filtración se realiza a través de membranas de alta permeabilidad. Su fundamento es la separación de la sangre entre sus componentes celulares y no celulares. Los poros de dicha membrana permiten el paso del plasma pero impiden el paso de las células sanguíneas.

La aféresis terapéutica se realiza generalmente utilizando la separación del plasma por filtración. Dada su gran simi-

litud entre el procedimiento de separación del plasma con membranas y la técnica de hemodiálisis, creemos que la aféresis terapéutica debe ser realizada por la especialidad de nefrología, y éste es el principal objetivo de este artículo. Con tal fin se muestra a lo largo del mismo un razonamiento detallado entre ambas técnicas basándose fundamentalmente en las bases de la circulación extracorpórea y su manejo (acceso vascular, anticoagulación, controles de seguridad relacionados con la técnica, monitores de depuración, conocimiento de las diferentes líneas y filtros) y complicaciones, así como el cuidado de pacientes en distintas patologías acompañadas de inestabilidad hemodinámica, muy frecuente actualmente en los pacientes en hemodiálisis.

Palabras clave: Aféresis terapéutica. Plasmaféresis o intercambio de plasma. Inmunoadsorción. Aféresis LDL. Diálisis de albúmina hepática (MARS, Prometheus). Leucocitoaféresis. Hemodiálisis.

IMPORTANCE OF THERAPEUTIC APHERESIS IN NEPHROLOGY

Abstract

The aims of therapeutic apheresis are: a) extraction and elimination from plasma of disease mediators or disease carrying media, b) replacement of deficient factors, and c) improvement of the function of the reticuloendothelial systems and certain inflammatory mediators. Together with Pharmacology and Surgery, therapeutic apheresis

Correspondencia: Dr. Fernando Anaya.
Servicio de Nefrología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.
Correo electrónico: fanaya@senefro.org

represents a treatment modality designed mainly for the treatment of specific diseases in which conventional therapy has not achieved the desired response. Plasma can be separated from blood cells by centrifugation or filtration. Plasma separation by centrifugation is performed by hematologists, and the aim is to separate and store plasma and the various blood components from healthy donors for subsequent use in recipients with coagulation disorders or other diseases requiring specific factors. Plasma separation by filtration is performed through high permeability membranes. The aim is to separate the cellular and non-cellular components of blood. The pores of the high permeability membranes allow the passage of plasma but prevent that of blood cells.

Therapeutic apheresis is usually performed through plasma separation by filtration. Given the similarity between plasma separation with membranes and the technique of hemodialysis, the aim of the present article is to advocate the use of therapeutic apheresis in nephrology. We provide a detailed explanation of both techniques, based mainly on extracorporeal circulation and its management (vascular access, anticoagulation, safety measures of the techniques, purification monitors, knowledge of the various lines and filters) and complications, as well as the care of patients with distinct diseases leading to hemodynamic instability, currently highly frequent in patients under hemodialysis.

Key words: *Therapeutic Apheresis. Plasmapheresis or Plasma exchange. Immunoabsorption. LDL-apheresis. Liver albumin dialysis (MARS, Prometheus). Leukocyte apheresis. Hemodialysis.*

Quiero dar a este artículo un carácter especial. Lo escribo sentado en el borde del camino junto a mi amigo Ángel Sánchez-Casajús y reflexionando sobre cuando comenzamos andar, hace ya unos 25-30 años, por esta entonces joven especialidad de la medicina que era la nefrología.

La mayoría de los que elegimos esta especialidad fuimos una generación de nefrólogos que yo denomino “generación espontánea” y que entonces, llenos de ilusión, seguimos a los pioneros de la nefrología en España, como el Dr. Hernando, el Dr. Rever, el Dr. Botella, el Dr. Sánchez-Sicilia, el Dr. Valderrábano, etc., los cuales supieron transmitirnos el interés de esta nueva rama de la medicina que por una se-

rie de circunstancias tenía un atractivo especial. Era demandada por múltiples especialistas, tanto de medicina como de cirugía, debido, entre otras muchas cosas, a sus diferentes maniobras intervencionistas, como eran la implantación de catéteres centrales, generalmente en venas femorales, según la técnica de Shaldon (nefrólogo), la realización de fistulas arteriovenosas externas y la implantación de catéteres peritoneales. Todas las biopsias renales eran hechas por nosotros sin la ayuda de la entonces inexistente ecografía. Tampoco hay que olvidar el hecho de que la mayoría de los servicios de nefrología contaban con su propio laboratorio, lo que contribuía a dar una alta calidad científica y fomentaba al mismo tiempo la investigación. Y si a todo esto se suma el indiscutible papel que la nefrología estaba representando a escala universal a mediados de la pasada década de los setenta, con ese carácter innovador y mágico del nacimiento y desarrollo del trasplante renal, pilar básico en el que se ha ido asentando el trasplante de otros órganos sólidos, es comprensible que la nefrología fuera entonces una de las especialidades médicas solicitada por los primeros números del MIR.

Ha pasado el tiempo, y desde hace unos 15 años la especialidad de nefrología ha cambiado. Ha perdido prácticamente toda la actividad intervencionista y actualmente está en manos de radiólogos, ecografistas e intensivistas. La mayoría de los servicios ya no cuentan con un laboratorio propio y, asimismo, el trasplante renal ha perdido ese carácter exclusivo y mágico, al ser acompañado por el trasplante de otros órganos y ser considerado actualmente como una medida terapéutica de rutina.

Por todo ello, la aféresis terapéutica abre una nueva esperanza a la especialidad de nefrología para volver a retomar el carácter intervencionista y ser demandada de nuevo por otros especialistas. ¿Y esto por qué? Creo que por dos razones fundamentales. La *primera razón* se basa en que la aféresis terapéutica es una modalidad de tratamiento actual universalmente admitida por las diferentes sociedades interna-

cionales¹⁻⁸, como The American Society for Apheresis (ASFA), The International Society for Apheresis (ISFA) y The Japanese Society for Apheresis (JSFA), las cuales controlan sus indicaciones de acuerdo con 4 categorías (tabla 1) que son revisadas y publicadas periódicamente. Su interés general queda reflejado, como puede comprobarse en el Pub Med, con más de 3.500 publicaciones en los últimos 5 años.

Sus indicaciones van dirigidas a múltiples especialidades⁹⁻¹⁴, tales como:

- Enfermedades con desórdenes metabólicos.
- Enfermedades renales.
- Enfermedades autoinmunes y reumáticas.
- Enfermedades hematológicas.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades oftalmológicas.
- Enfermedades digestivas.
- Enfermedades hepáticas.
- Trasplante renal.
- Trasplante hepático.
- Trasplante de médula ósea.

Tabla 1. Categorías de la American Society for Apheresis (ASFA)

Categoría I	La aféresis terapéutica está ampliamente demostrada y su eficacia está aceptada. No implica un tratamiento obligatorio, pero desempeña un papel principal alternante o coadyuvante junto a otras medidas terapéuticas. Existen suficientes ensayos clínicos controlados o significativas experiencias publicadas que apoyan el uso de la plasmaféresis.
Categoría II	La aféresis terapéutica es generalmente aceptada, aunque es considerada como tratamiento de apoyo a otros tratamientos más definidos en lugar de actuar como tratamiento de primera línea.
Categoría III	La experiencia todavía es insuficiente para establecer su eficacia, y la relación beneficios/riesgos no está aún claramente demostrada. En estas condiciones la aféresis terapéutica puede ser usada en pacientes individuales en los que han fracasado otros tratamientos convencionales.
Categoría IV	Los estudios disponibles y contrastados han demostrado carecer de eficacia terapéutica. La aféresis terapéutica en estas enfermedades es desechada y deberá realizarse bajo un protocolo de investigación.

Los resultados de las diferentes enfermedades tratadas de acuerdo a las 4 categorías se muestran en la tabla 2.

La *segunda razón* es que generalmente en los procedimientos con los que se realiza la aféresis terapéutica se utiliza la separación del plasma por filtración. El plasma puede ser separado de las células sanguíneas por *centrifugación* o por *filtración* (fig. 1). Tradicionalmente, la plasmaféresis se ha realizado por técnicas de *centrifugación* con los sistemas usados en los bancos de sangre. La plasmaféresis por centrifugación se basa en el uso de las fuerzas G para separar los diferentes componentes del plasma.

La separación del plasma puede también llevarse a cabo a través de *filtración* utilizando membranas de alta permeabilidad. El fundamento de esta metodología es que la separación de la sangre entre sus componentes celulares y los componentes no celulares se lleva a cabo a través de los poros de una membrana. Estos poros permiten el paso del plasma pero impiden el paso de las células sanguíneas.

Hoy día, la separación del plasma por centrifugación continúa siendo realizada por la especialidad de hematología, en los bancos de sangre, y su finalidad fundamental es la de separar y almacenar el plasma y los diferentes componentes normales de la sangre, procedentes de donantes sanos, para posteriormente poder utilizarlos en receptores con coagu-

Tabla 2. Indicaciones de la aféresis terapéutica, procedimientos y categorías según The American Society for Apheresis

Enfermedad	Procedimiento	Categoría
Enfermedad renal y metabólica		
Antimembrana basal	Plasmaféresis	I
Glomerulonefritis rápidamente progresiva	Plasmaféresis	II
Síndrome urémico hemolítico	Plasmaféresis	III
Trasplante renal		
Rechazo	Plasmaféresis	IV
Presensibilización	Plasmaféresis	III
Recurrencia de la glomeruloesclerosis focal	Plasmaféresis	III
Fallo hepático agudo	Plasmaféresis	III
Hipercolesterolemia familiar	Absorción selectiva	I
	Plasmaféresis	II
Envenenamiento	Plasmaféresis	III
Enfermedad por almacenaje de ácido pitánico	Plasmaféresis	I
Enfermedad autoinmune y reumática		
Crioglobulinemia	Plasmaféresis	II
PTI	IADS	II
Fenómeno de Raynaud	Plasmaféresis	III
Vasculitis	Plasmaféresis	III
Anemia hemolítica autoinmune	Plasmaféresis	III
Artritis reumatoide	IADS	II
	Linfoplasmaféresis	II
	Plasmaféresis	IV
Esclerodermia/esclerosis sistémica progresiva	Plasmaféresis	III
Lupus eritematoso sistémico	Plasmaféresis	III
Enfermedad hematológica		
Trasplante de médula incompatible ABO	Plasmaféresis	II
Eritrocitosis/policitemia vera	Sangría	I
Leucocitosis y trombocitosis	Citaféresis	I
PTT	Plasmaféresis	I
Púrpura postransfusional	Plasmaféresis	I
Drepanocitosis	Eritrocitoaféresis	I
Síndrome de hiperviscosidad/mieloma	Plasmaféresis	II
Mieloma/fracaso renal agudo	Plasmaféresis	II
Inhibidores de los factores de la coagulación	Plasmaféresis	II

(Continúa)

Tabla 2. Indicaciones de la aféresis terapéutica, procedimientos y categorías según The American Society for Apheresis (Continuación)

Enfermedad	Procedimiento	Categoría
Enfermedad hematológica (Continuación)		
Anemia aplasia/aplasia pura de células rojas	Plasmaféresis	III
Linfoma cutáneo de células T	Fotoaféresis	I
	Leucocitoaféresis	III
Enfermedad hemolítica del recién nacido	Plasmaféresis	III
Aloinmunización plaquetaria	Plasmaféresis	III
	IADS	III
Malaria/baberosis	Eritrocitoaféresis	III
Enfermedad neurológica		
Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica	Plasmaféresis	I
Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda	Plasmaféresis	I
Síndrome miasténico de Lambert-Eaton	Plasmaféresis	II
Esclerosis múltiple		
	Intermitente	Plasmaféresis
Progresiva	Plasmaféresis	III
Miastenia grave	Plasmaféresis	I
Enfermedad desmielinizante inflamatoria del sistema nervioso central	Plasmaféresis	II
Síndrome neurológico paraneoplásico	Plasmaféresis	III
	IADS	III
Polineuropatía desmielinizante con IgG/IgA	Plasmaféresis	I
	IADS	III
Corea de Sidenham	Plasmaféresis	II
Polineuropatía con IgM (± Waldenström)	Plasmaféresis	II
	IADS	III
Crioglobulinemia con polineuropatía	Plasmaféresis	II
Mieloma múltiple con polineuropatía	Plasmaféresis	III
Síndrome de POEMS	Plasmaféresis	III
Amiloidosis sistémica	Plasmaféresis	IV
Polimiositis o dermatomiositis	Plasmaféresis	III
	Leucocitoaféresis	IV
Encefalitis de Rasmussen	Plasmaféresis	III
PANDAS	Plasmaféresis	II
Síndrome de Stiff-Man	Plasmaféresis	III
IADS: inmunoadsorción; PTI: púrpura trombopénica idiopática; PTT: púrpura trombótica trombocitopénica.		

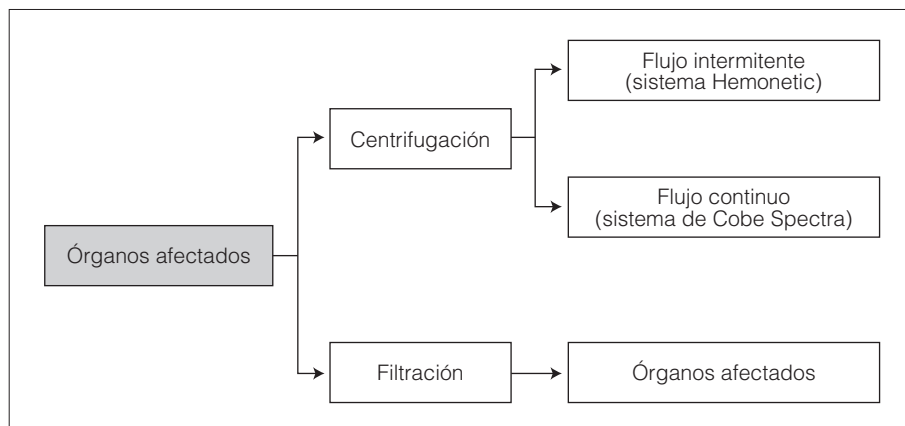


Figura 1. La separación del plasma puede realizarse por centrifugación o por filtración.

lopatías u otras enfermedades que precisen de algún factor específico.

La separación del plasma con membranas tiene una serie de ventajas sobre el procedimiento por centrifugación, pues el plasma filtrado está completamente libre de todos los elementos celulares. La separación del plasma por filtración suele realizarse en pacientes con alguna enfermedad en la que la aféresis terapéutica con sus diferentes procedimientos ha demostrado su eficacia y cuya finalidad es la extracción y eliminación del plasma de los componentes considerados responsables patógenos de una enfermedad o bien de sus manifestaciones clínicas (tabla 3). Para conseguir dicho objetivo, exceptuando la técnica de plasmaféresis, no es necesario eliminar todos los componentes plasmáticos, sino únicamente la molécula o inmunocomplejo deseado, retornado de nuevo todo el plasma separado al paciente.

La gran similitud entre el procedimiento de separación del plasma con membranas y la técnica de hemodiálisis nos hace creer que la aféresis terapéutica debe pertenecer a la especialidad de nefrología. En la tabla 4 se muestran los numerosos puntos en común entre la aféresis terapéutica por separación del plasma con membranas y la hemodiálisis:

1. Definición. La hemodiálisis y la aféresis terapéutica tienen por definición el mismo objetivo: la

Tabla 3. Procedimientos de la aféresis terapéutica

Plasmaféresis
Inmunoadsorción
Doble filtración
DALI
Adsorción del plasma
Reoaféresis
Leucocitoaféresis
Granulocitoaféresis
MARS
Prometheus

Tabla 4. Puntos comunes entre aféresis terapéutica y hemodiálisis

Definición
Circulación extracorpórea
Acceso vascular
Anticoagulación
Controles de seguridad en relación a la técnica
Monitores de depuración
Conocimiento de las diferentes líneas y filtros
Manejo de una circulación extracorpórea
Tolerancia clínica a la técnica
Complicaciones propias de la circulación extracorpórea
Mantenimiento crónico de un programa

eliminación del torrente circulatorio, a través de membranas separadoras, de las moléculas que condicionan la enfermedad. En la hemodiálisis se trata de las moléculas de pequeño y mediano peso molecular derivadas de la insuficiencia renal, y en la aféresis terapéutica, de moléculas de características y pesos moleculares muy variables que condicionan los distintos procedimientos aferéticos que deben utilizarse, como queda reflejado en la figura 2.

2. *Circulación extracorpórea.* Nadie mejor que el personal de nefrología conoce el manejo de la circulación extracorpórea. Las diferentes técnicas de la aféresis terapéutica son similares a las técnicas de hemodiálisis. Así, se precisa un acceso vascular para proporcionar un flujo de sangre medio de 100 ± 20 ml/min, que puede hacerse a través de accesos vasculares semejantes a los de hemodiálisis, como son FAV o catéteres permanentes. Durante el proceso aferético, que tiene una duración media de 2-3 h, se precisa una anticoagulación semejante a la de hemodiálisis, gene-

ralmente con heparina, aunque también se utiliza citrato. Las diferentes líneas, filtros y monitores que se emplean en la aféresis, semejantes a los de hemodiálisis, no tienen ningún secreto para el personal adiestrado en enfermería nefrológica.

3. *Conocimiento y complicaciones propias de la circulación extracorpórea.* Es fundamental estar familiarizado con la circulación extracorpórea, como lo está el personal especializado en nefrología, y conocer las maniobras de inicio, mantenimiento y finalización de dichos procedimientos extracorpóreos, así como de sus complicaciones, ya que la mayoría de ellas son reversibles, y dicha reversibilidad depende de la precocidad de su diagnóstico y tratamiento.

4. *Mantenimiento crónico de un programa.* Las indicaciones de la aféresis terapéutica son en su gran mayoría de tipo agudo, pero existen una serie de enfermedades que precisan ser tratadas periódicamente, ya sea de forma limitada, como en el caso de las enfermedades inflamatorias intestinales con leucocito-

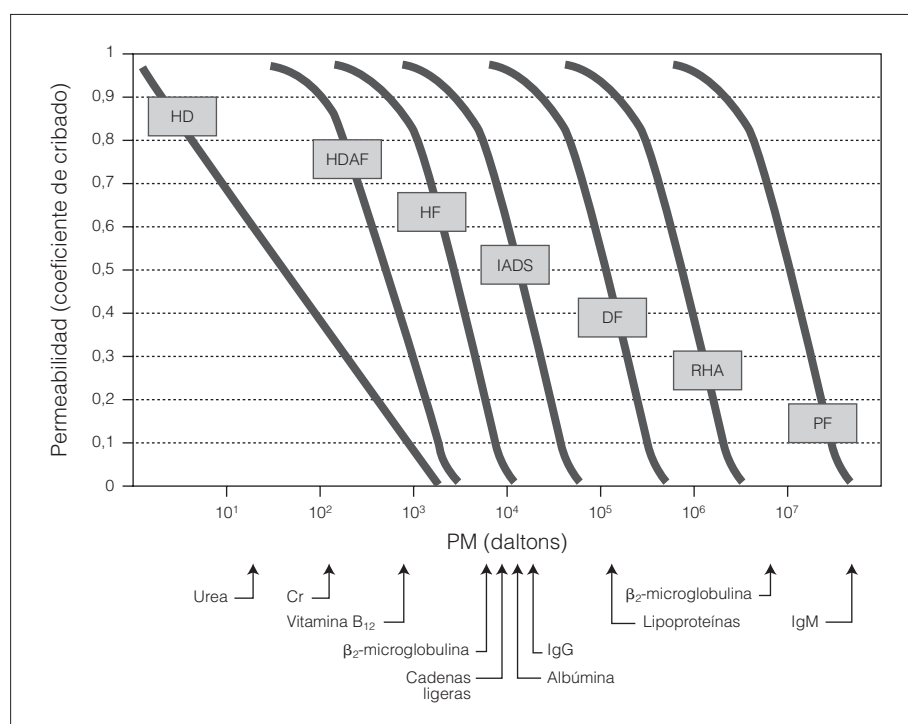


Figura 2. Permeabilidad de los diferentes procedimientos extracorpóreos en relación con el peso molecular de los diferentes constituyentes del plasma. HD: hemodiálisis; HDAF: hemodiafiltración; HF: hemofiltración; IADS: inmunoadsorción; DF: doble filtración; RHA: reoaféresis; PF: plasmáféresis.

aféresis o granulocitoaféresis, durante 5-8 semanas a razón de una sesión por semana, o bien en la maculopatía senil degenerativa, que con reoaféresis se realizan 2 sesiones al mes durante 5-6 meses. Puede también establecerse un programa crónico de aféresis terapéutica indefinido, como en la hipercolesterolemia familiar homocigótica y heterocigótica, la amiloidosis familiar portuguesa y la enfermedad dérmica ampullosa, de forma semejante a un programa de hemodiálisis.

Por todo ello, mi amigo Ángel y yo pensamos que los nefrólogos no podemos perder esta oportunidad de hacer nuestra esta modalidad terapéutica. Contamos con tener ya recorrido bastante camino en este sentido para conseguir dicho objetivo:

1. Desde hace 24 años y de forma ininterrumpida, el servicio de nefrología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón cuenta con un programa de aféresis terapéutica en el que se ha tratado a 613 pacientes portadores de 54 enfermedades diferentes correspondientes a distintas especialidades médicas, con 5.314 sesiones de aféresis en las que se han utilizado 9 procedimientos aferéticos diferentes, como queda reflejado en la tabla 5.

2. Hace 2 años se creó el Grupo de Trabajo de Aféresis Terapéutica (GTAFT), integrado en la Sociedad Española de Nefrología, y cuyos objetivos son:

- Brindar la posibilidad de adiestrar a médicos y enfermeras especializados en nefrología en los diferentes procedimientos aferéticos tales como plasmáféresis, inmunoadsorción, doble filtración, reoaféresis, adsorción de plasma, leucocitoaféresis, DALI y MARS.
- Abrir un registro nacional donde figuren las enfermedades tratadas con los distintos procedimientos aferéticos de acuerdo a las 4 categorías de la ASFA.
- Publicar periódicamente los resultados de dicho registro con el fin de que sirvan de control y guía en nuestro país.

– Ofrecer la posibilidad de realizar trabajos multicéntricos relacionados con las diferentes técnicas o estudios clínicos.

– Con el apoyo de la SEN, dar la máxima difusión de este nuevo Grupo de Trabajo, a través de distintas comunicaciones y ponencias, con el fin de informar y despertar el interés de la aféresis terapéutica en los principales hospitales de las distintas comunidades de nuestro país.

– Informar a las gerencias de los principales hospitales de las distintas comunidades autónomas de nuestro país con el fin de solicitar conjuntamente de la Administración sanitaria el reconocimiento de la aféresis como una modalidad terapéutica de demostrada eficacia, y la ayuda económica para que la aféresis terapéutica pueda llevarse a cabo sin dificultades.

3. Cada nefrólogo español dispone actualmente del libro *Aféresis terapéutica*, en el que se describen de forma esquemática y sencilla los fundamentos, indicaciones, procedimientos y manejo de la aféresis terapéutica¹⁵. Puede ser de gran ayuda para el nefrólogo interesado en familiarizarse con esta modalidad terapéutica.

Tabla 5. Aféresis terapéutica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón desde junio de 1982

Procedimiento	Pacientes	Sesiones
Plasmáféresis	320	2.255
Inmunoadsorción	114	824
Doble filtración	45	1.397
Adsorción del plasma	12	217
Doble adsorción del plasma	1	6
MARS	64	180
Reoaféresis	3	75
Leucocitoaféresis	52	312
DALI	2	48
Total	613	5.314

Por todo ello, mi amigo Ángel y yo pensamos que la aféresis terapéutica puede contribuir de nuevo a que la nefrología vuelva a ser lo que siempre fue, es decir, una especialidad intervencionista y demandada

por múltiples especialidades. Mi amigo y yo, después de este tiempo de reflexión, nos levantamos con la esperanza y la ilusión que así será y continuamos nuestro camino.

Bibliografía

1. American Society for Apheresis Bulletin. 1995;4-5.
2. American Association of Blood Banks Hemapheresis Committee. Guidelines for therapeutic hemapheresis. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks; 1995.
3. The Clinical Applications Committee of the American Society for Apheresis. Clinical applications of therapeutic apheresis. *J Clin Apheresis*. 1986;3:1-97.
4. Smith JW, Weinstein R; for The AABB Hemapheresis Committee KL, Related Ar AABB Hemapheresis Committee, American Society for Apheresis. Therapeutic apheresis: a summary of current indication categories end the AABB and the American Society for Apheresis. *Transfusion*. 2003;43:820-2.
5. Rock G, Clark R, Sutton D; CAG; CAAN. The Canadian apheresis registry. *Transfus Apheresis Sci*. 2003;29:167-77.
6. Norda R, Stegmav B; Swedish Apheresis Group. Therapeutic apheresis in Sweden: update of epidemiology and adverse. *Transfus Apheresis Sci*. 2003;29:159-66.
7. Kawamura A. Therapeutic apheresis in Japan. *Ther Apher Dial*. 2003;7:497.
8. De Silvestro G, Marson P, Russo GE, Viearioto M, Donadel C. National survey of apheresis activity in Italy (2000). *Transfus Apheresis Sci*. 2004;30:61-71.
9. Teruya J. Practical issues in therapeutic apheresis. *Ther Apher*. 2002;6:288-9.
10. McLeod BC. An approach to evidence-based therapeutic apheresis. *J Clin Apheresis*. 2002;17:124-32.
11. Shehata N, Kouroukis C, Kelton JG. A review of randomized controlled trials using therapeutic apheresis. *Transfus Med Rev*. 2002;3:200-29.
12. Madore F. Plasmapheresis. Technical aspects and indications. *Crit Care Clin*. 2002;18:375-92.
13. Khatri BO. Approach to evidence based therapeutic apheresis. *J Clin Apheresis*. 2003;18:71.
14. Luban NL. Indications for therapeutic apheresis. *Transfusion*. 2004;44:795.
15. Anaya F. Aféresis terapéutica. Anaya F, editor. Madrid: Ediciones Norma-Capitel; 2005.