



# Diálisis y Trasplante

www.elsevier.es/dialisis



Editorial

## Diálisis peritoneal en España. *We can change*

### Peritoneal dialysis in Spain. We can change

Jesús Lucas Martín Espejo

Enfermería, Consulta de Prediálisis y Enseñanza de Diálisis, Unidad Nefro-Urológica, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

Al observar la evolución de la diálisis peritoneal (DP) a lo largo de los años, llama la atención que, a pesar de reconocerse como una opción válida para el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada o en estadio V (ERC-V) y de que se inició su utilización antes que la hemodiálisis (HD)<sup>1</sup>, se ha desarrollado en un grado muy inferior a la ésta y su difusión ha sido asimismo mucho menor<sup>2</sup>. ¿Cómo podemos justificar este retraso y que sea realmente la “ceni-cienta” de las técnicas de diálisis?

En primer lugar, no debemos olvidar que en los inicios de la aplicación de la técnica los resultados no fueron buenos, especialmente por el alto índice de infecciones del peritoneo derivadas del uso de material no adecuado con respecto al catéter y al resto del material de diálisis, tanto de líneas de transferencia y sistemas de conexión como de líquido de diálisis con escasa biocompatibilidad<sup>3</sup>. Muy posiblemente, los malos resultados iniciales pudieran favorecer el rechazo por parte de los pacientes y del personal sanitario y, lo que es peor, fomentarse una leyenda negra de malos resultados en el tiempo que perduran hasta la actualidad.

Para facilitar el tratamiento a largo plazo con DP para que el catéter no migrara o no se infectara, entre otras complicaciones que se producían con cierta frecuencia, es indudable que hasta que Tenc-khoff diseñó su catéter no se dieron unas condiciones más o menos óptimas para el tratamiento de la ERC-V con DP. Unido a la posibilidad de contar con un catéter más o menos óptimo para acceder al peritoneo, se produjo el desarrollo de los sistemas de conexión del catéter a la bolsa y de los líquidos de diálisis, que se han ido simplificando y facilitaron la asimilación por parte del paciente y la puesta en marcha de los programas de diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPCA)<sup>3</sup>.

Situaciones sociopolíticas de los primeros tiempos de su implantación en España obligaron a algunos hospitales de nuestro país a poner en funcionamiento la DPCA de forma masiva, y en algunas ocasiones quizás “indiscriminada”, sin elegir a los candidatos más adecuados y a pesar de los materiales tan rudimentarios con los que contábamos entonces, donde el paciente tenía que permanecer conectado a la bolsa del sistema permanentemente mientras estaba en esta forma de tratamiento, además de contar con un sistema de co-

nexiones que distaban mucho de ser seguro para evitar la temida peritonitis que, con tanta frecuencia, se producía entonces.

Por otro lado, la investigación por parte de la industria en DP no se ha fomentado al ritmo que lo ha hecho en HD. Es posible que el menor coste de esta técnica y su uso más restringido deriven también en un beneficio económico menor. El crecimiento de los programas domiciliarios en DP no ha aumentado como en HD en centros fuera del hospital, que han proporcionado a la industria lógicamente más beneficio que los programas de DP. Esto ha hecho que los productos de HD hayan tenido más salida, lo que ha favorecido la investigación del material relacionado.

Otro factor importante que ha dificultado el desarrollo o la expansión de la técnica está unido a la esencia de ésta, por su carácter domiciliario. Este tipo de tratamiento exige que bien el paciente sea autónomo o la colaboración de la familia<sup>4</sup>. Esta implicación no siempre es bien recibida por todas las familias, hecho entendible dentro del estilo de vida actual, en que el trabajo, las labores domésticas, los hijos o las aficiones personales ocupan todo nuestro tiempo con creces.

Cuando nos exigen una obligación añadida, como puede ser realizar un tratamiento crónico, como es la diálisis, a un familiar nuestro, en esos momentos se nos rompen todos los esquemas que hasta ahora habíamos mantenido y sólo adoptando una actitud generosa podríamos asumir el posible cambio de vida, o bien deberemos rechazarlo y buscar otras opciones de tratamiento que nos beneficien, pero sin contar si son las adecuadas para nuestro familiar enfermo.

No poder contar en todos los casos de pacientes dependientes con un familiar<sup>2</sup> o quizás una institución (club de diálisis peritoneal o unidad de día de DP) que se haga cargo del tratamiento ha influido en que muchos de los pacientes con características idóneas para el tratamiento con DP hayan tenido que realizar HD como única alternativa posible para preservar la vida.

En tercer lugar, otro de los factores que han podido influir en el inferior desarrollo de la DP tiene que ver con la incentivación económica del profesional sanitario. En los últimos tiempos, los avances en las técnicas relacionadas con la HD y el desarrollo de los catéteres permanentes han propiciado que las contraindicaciones para realizar a un paciente el tratamiento con diálisis prácticamente “no existen”, por lo que el número de pacientes que necesitan esta forma de tratamiento ha ido aumentando con los años. Este aumento ha ocasionado que las unidades de diálisis de los centros hospitalarios se

Correo electrónico: jlucasmartin@hotmail.com

hayamos quedado pequeñas y que se hayan ido creando centros satélites privados o públicos con unidades de HD para poder realizar este tratamiento al excedente de pacientes que no tenían cabida en sus unidades. Esto ha ocasionado un aumento de la demanda de médicos y enfermeros especialistas en nefrología, lo que ha supuesto un ingreso añadido, por lo que tanto el personal de enfermería como los médicos han contado con un sobresueldo que les ha hecho pensar en la hemodiálisis como único tratamiento de diálisis existente, a veces por inexperiencia con la DP y otras veces por intereses particulares.

Estos factores y otras circunstancias no favorables han provocado socavones en el camino de nuestra "cenicienta", que no han facilitado su marcha segura hacia un asentamiento como otra opción que ofrecer a los pacientes en algunos centros.

Sin embargo, en la actualidad, la DP presenta un índice de complicaciones, incluidas las peritonitis, mínimo y se cuenta con técnicas, tanto manuales como automáticas, que han conseguido simplicidad y eficacia, y con líquidos más biocompatibles y diversos para ajustarse a cada perfil de paciente<sup>1</sup>. Asimismo, las características propias de la DP (continuidad y menor "nefrotoxicidad" de la DP en relación a la HD al preservar la estabilidad hemodinámica), junto con las circunstancias del aumento del número de trasplantes renales y aumento de la edad y comorbilidad de un gran porcentaje de los pacientes que inician diálisis, hacen que actualmente haya surgido o magnificado la indicación de DP, tanto para los pacientes jóvenes que se supone serán trasplantados antes de los dos años, como para los pacientes de edad avanzada en los que sabemos que será complicado crearles un acceso vascular para la HD y que la comorbilidad cardiovascular disminuirá la tolerancia a ésta<sup>1,5</sup>.

Otros profesionales han sido más valientes, a pesar de todo lo comentado anteriormente, y casi sin medios (sin un lugar para atender a los pacientes, ni personal de enfermería que se encargara de su cuidado cuando era necesario o luchando con la desidia de sus propios compañeros y la enfermería, etc.) han trabajado duro y han conseguido poner en marcha programas de DP con un número impor-

tantes de pacientes, o al menos lo han intentado, y los pacientes pueden hoy en su centro contar con otra opción de tratamiento para la ERC-V.

Desafortunadamente, no toda la enfermería ha colaborado en el desarrollo de la DP. Este tratamiento, al igual que la HD para su manejo y mejor cuidado de los pacientes, ha exigido por nuestra parte un esfuerzo en aprender a utilizar nuevos instrumentos, así como nuevos conceptos que teníamos que manejar adecuadamente para ofrecer un cuidado al paciente similar al que se presta en HD. Sin embargo, no todos hemos estado dispuestos a conocer la DP, lo que ha repercutido a veces en una atención deficiente por desconocimiento del tratamiento, donde a veces el propio paciente, después del período de enseñanza, tenía que enseñar al enfermero/a el manejo del material de DP cuando surgían situaciones de emergencias fuera del horario en que los responsables del programa no se encontraban presentes.

Buscar un responsable del lento desarrollo que ha seguido en nuestro país la DP no sería justo; todos los que intervenimos en el proceso, desde el médico, pasando por el personal sanitario, la familia, la industria y el entorno, somos responsables de que una opción de tratamiento válida en muchos casos como es la DP, no sea aún una elección de tratamiento como es la HD hoy.

### Bibliografía

1. Coronel F, Montenegro J, Selgas R, Celadilla O, Tejuca M. Manual práctico de diálisis peritoneal. Barcelona: Atrium Comunicación Estratégica S.L.; 2005.
2. Doñate T, Borrás M, Coronel F, Lanuza M, González MT, Morey A, et al. Consenso de Diálisis Peritoneal de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante (SEDYT), 2004
3. Fernández Ruiz E. Evolución histórica de la diálisis peritoneal. Martín Espejo JL. Catéteres para diálisis peritoneal. Cuidados de enfermería para la colocación de este, y a largo plazo del mismo. En: Martín Espejo JL, Montes Delgados R, editores. Diálisis Peritoneal. Madrid: T. Católica S.L., cooperativa A; 1999.
4. Andréu Periz L, Force Sanmartín E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Barcelona: Masson, S.A.; 2003.
5. Daugirdas T, Ing JS, Todd T. Manual de diálisis. Barcelona: Masson-Little, Brown, S.A.; 2003.