



Diálisis y Trasplante

www.elsevier.es/dialisis



Editorial

La diálisis peritoneal en la encrucijada

Peritoneal dialysis at the crossroads

Miguel Pérez-Fontán^{a,*} y Ana Rodríguez-Carmona^b

^aServicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España

^bDepartamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña, A Coruña, España

Estimados amigos:

En los primeros días de febrero se celebrará en la Coruña la 7.^a Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal (<http://www.dp-coruna2010.com>). Como la mayoría de vosotros ya sabéis, esta reunión, que se celebra con carácter bienal, surgió hace más una década a partir de la iniciativa de un grupo de nefrólogos comprometidos a mejorar el conocimiento y estimular la expansión de esta modalidad de tratamiento sustitutivo renal. Aunque nuestro grupo (ya muy numeroso) funciona dentro de la disciplina de la Sociedad Española de Nefrología, está totalmente abierto, en términos de asistencia y participación, a todos los profesionales que compartan nuestro mismo interés. Como sabemos del compromiso firme de la SEDYT con esta técnica de diálisis, nos ha parecido adecuado extenderos una invitación específica. Estamos seguros de que la reunión constituirá un foro excelente para actualizarnos en el estado general de la técnica, sus indicaciones, su práctica clínica, y cómo abordar sus problemas y complicaciones. Dispondremos para ello de prestigiosos ponentes, nacionales y extranjeros, así como de tiempo suficiente para el debate y para recibir las contribuciones científicas de todos aquellos que quieran compartirlas. El programa del Congreso concede espacio a la mayoría de las cuestiones de interés activo en diálisis peritoneal (DP). Discutiremos sobre interesantes avances recientes en nuestro conocimiento de la fisiología y fisiopatología de la membrana peritoneal. También analizaremos de manera extensa algunos problemas que nos preocupan desde hace tiempo, y cuyo manejo vamos mejorando, como los trastornos metabólicos, el riesgo cardiovascular y la supervivencia de la técnica a largo plazo. Utilizaremos extensamente el formato de controversia para analizar algunas cuestiones polémicas, como la aplicación de las guías de práctica clínica, el uso de las nuevas soluciones o las indicaciones de la DP automática. También habrá tiempo suficiente para revisar aspectos de práctica clínica de la DP, tanto médica como de enfermería, así como para recibir información de nuestros registros multicéntricos y acoger nuevas iniciativas clínicas y estratégicas. Todo ello en un entorno excelente para convivir unos días con compañeros y amigos, en una ciudad con múltiples atractivos. Nos gustaría que la reunión fuera una perfecta



combinación de rigor científico y ambiente de compañerismo, la misma que caracteriza a los congresos de la SEDYT.

Los nefrólogos ya interesados en la DP no necesitan que nadie les diga que se les espera. Nuestro llamamiento va más explícitamente dirigido a los que estáis menos familiarizados con esta técnica. Para vosotros puede ser una buena oportunidad para iniciar la actualización en una modalidad de diálisis que tradicionalmente ha sufrido la injusta etiqueta de técnica de segunda categoría. Tras décadas de investigación y práctica clínica, la DP no precisa ya ni una sola certificación más que endose su validez como tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Afortunadamente, han ido desapareciendo del ámbito, formal o coloquial, de nuestra especialidad los comentarios derogatorios o condescendientes, porque cualquier profesional sanitario con unos mínimos conocimientos de la insuficiencia renal crónica sabe que los resultados globales de la DP resisten sin problemas la comparación con los de la hemodiálisis, y que ambas técnicas no son equivalentes, pero sí complementarias, con ventajas e inconvenientes repartidos de manera bastante equilibrada. Esta realidad debe traducirse en un necesario conocimiento de las bases teóricas, características, indicaciones y, en general, entresijos clínicos de la técnica por parte de todos los profesionales de la nefrología, independientemente de su área de trabajo habitual. Cualquier nefrólogo español sale airoosamente del trance a la hora de valorar un fracaso renal agudo, una hipertensión complicada o una intercurencia aso-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Miguel.Perez.Fontan@sergas.es (M. Pérez Fontán).

ciada a hemodiálisis, y lo mismo debe ocurrir con las cuestiones capitales relacionadas con la DP. El hecho de que muchos nefrólogos de nuestro país carecen de esta capacidad es tan evidente como reversible.

El escaso conocimiento sobre la DP no acompañado de mala conciencia es una de las causas principales que explican una flagrante paradoja. Disponemos de una técnica de tratamiento sustitutivo renal con resultados globales muy satisfactorios, y cuyo uso aporta ventajas evidentes en algunos contextos clínicos y grupos de pacientes. Diferentes estudios indican que la DP es potencialmente capaz de optimizar mejor que la hemodiálisis los resultados clínicos y/o la calidad de vida de al menos un tercio de los pacientes que inician diálisis. La complejidad de la técnica y las necesidades materiales para su implementación son, como mínimo, igual de accesibles que las de la hemodiálisis. Y, sin embargo, la DP sigue siendo, año tras año, la cenicienta de muchos servicios de nefrología de España. Lo cierto es que todavía hay centros en nuestro país donde ni siquiera se ofrece como alternativa terapéutica real. En otros se utiliza como una especie de recurso marginal para pacientes que “no valen” para hemodiálisis. Cuando un enfermo presenta un problema técnico o de acceso en hemodiálisis, se ponen los medios y el interés necesarios para solucionarlo; si el problema afecta a la técnica de DP, se tira la toalla a las primeras de cambio y se transfiere al paciente a hemodiálisis. Las cañas para la hemodiálisis (“lleva cinco fístulas y dos catéteres permanentes, porque tiene malas venas”) se tornan fácilmente en lanzas para la DP (“ha habido que cambiarle dos veces el catéter,

la DP ha fracasado”). Los enfermos en DP son, a menudo, vistos como pacientes casi particulares de los nefrólogos interesados, conduciendo, en ocasiones, a clásicas medidas dilatorias ante complicaciones agudas durante las guardias, hasta que aparece “su” médico. Planteamientos de puro sentido común, como elaborar estrategias ordenadas de tratamiento de la uremia, sobre todo en pacientes con expectativas de supervivencia más largas, son ampliamente ignorados, cuando lo cierto es que DP, hemodiálisis y trasplante no están ahí para competir, sino para cooperar en una mejor supervivencia y mayor calidad de vida de nuestros pacientes. Cuando llega el momento de cosechar los resultados de estas actitudes, la DP muestra una cara mediocre, lo que, lejos de provocar reflexiones sobre las causas del problema, ratifica a algunos en sus prejuicios sobre la técnica.

Existen otros motivos para la infrautilización de la DP en nuestro país y, desde luego, los nefrólogos no somos los responsables de todos, pero está claro que la situación no puede seguir así. La técnica debe empezar a ocupar ya el lugar que le corresponde. No puede seguir languideciendo ni viviendo de éxitos locales, resultado del esfuerzo personal de una minoría. La estrategia de actuación ha de ser, necesariamente, multifocal. El papel que a los nefrólogos nos corresponde empieza por universalizar, mejorar y actualizar nuestra formación en esta técnica, igual que hacemos con los demás campos de nuestra especialidad. La mayoría de vosotros estaréis de acuerdo con nosotros en que la DP representa una de las lagunas de conocimiento práctico más extensas y profundas en nuestra comunidad profesional. Os invitamos a todos a que empecemos a cerrarla ya.