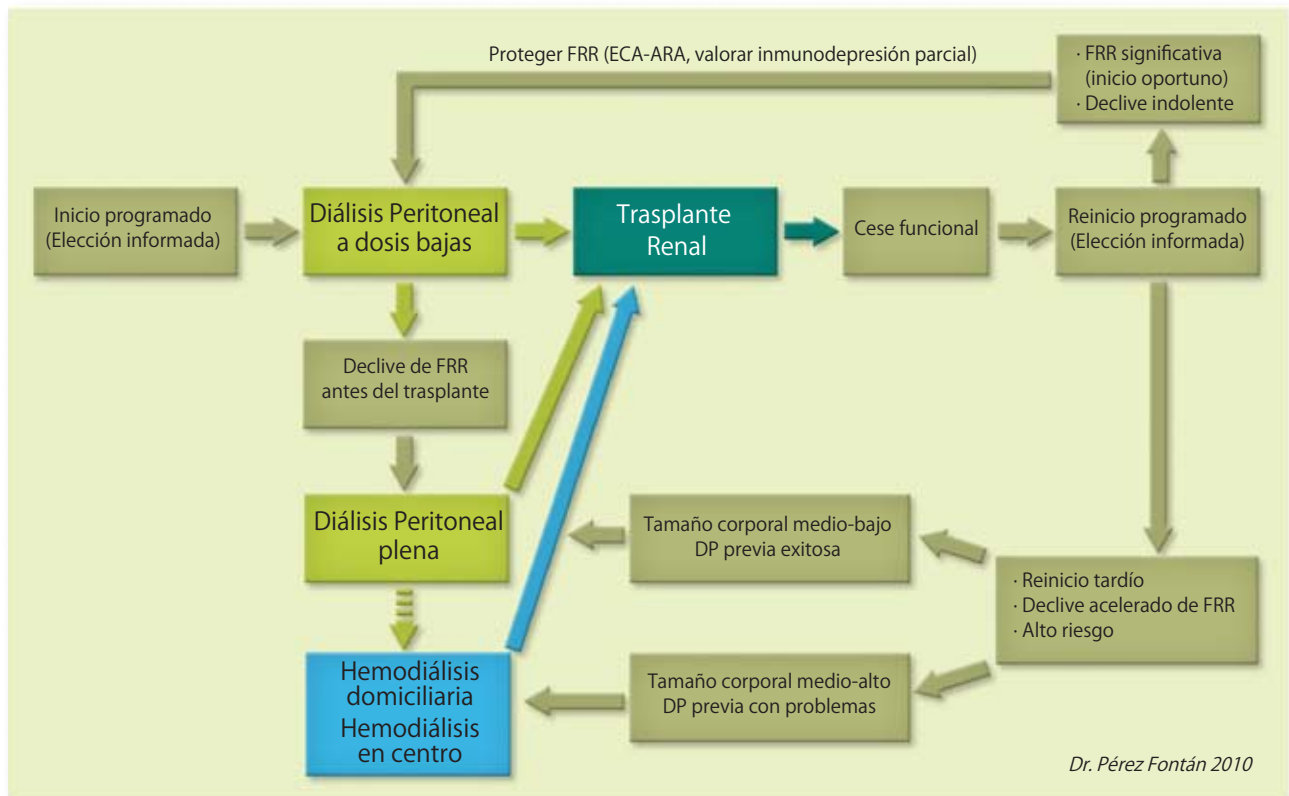


PROPUESTA PARA UNA ESTRATEGIA ORDENADA DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL





Grupo de Apoyo al Desarrollo
de la Diálisis Peritoneal en España

Dr. Miguel Pérez Fontán. *A Coruña*

Dra. Nuria Aresté Fosalba. *miembro de la SEN*

Dr. Gabriel Arriba de la Fuente. *Guadalajara*

Dr. Javier Arrieta Lezama. *Basurto*

Dra. M^a Auxiliadora Bajo Rubio. *Madrid*

Dra. Mercè Borràs Sans. *Lleida*

Dr. Juan Manuel Buades Fuster. *Mallorca*

Dr. Antonio Cirugeda García. *Madrid*

Dr. Francisco Coronel Díaz. *Madrid*

Dra. Teresa Doñate Cubells. *Barcelona*

Dr. Antonio Fernández Perpén. *Madrid*

Dra. María José Fernández Reyes. *Segovia*

Dr. Antonio Galán. *Valencia*

Dr. Gorka Garcia Erauzkin. *Bilbao*

Dra. Carmen Gómez Roldán. *Albacete*

Dra. M^a Teresa González Alvarez. *Barcelona*

Dra. Olga González Peña. *Bilbao*

Dra. Belén Marrón. *Madrid*

Dr. Alfonso Miguel Carrasco. *Valencia*

Dr. Jose Ignacio Minguela. *Vitoria*

Dr. Jesús Montenegro Martínez. *Galdakao*

Dr. Francisco Ortega Suárez. *Oviedo*

Dr. Alberto Ortiz Arduan. *Madrid*

Dr. Alfonso Santiago Otero González. *Orense*

Dra. Gloria del Peso Gilsanz. *Madrid*

Dr. Javier Pérez Contreras. *Alicante*

Dr. Vicente Pérez Díaz. *Valladolid*

Dr. José María Portolés Pérez. *Madrid*

Dr. Manel Ramírez de Arellano. *Barcelona*

Dr. César Remón Rodríguez. *Cádiz*

Dra. M^a Teresa Elisabeth Rivera Gorrin. *Madrid*

Dra. Carmen Rodríguez. *Asturias*

Dra. Ana Rodríguez-Carmona. *A Coruña*

Dr. J. Emilio Sánchez Álvarez. *Asturias*

Dr. José Antonio Sánchez Tomero. *Madrid*

Dr. Rafael Selgas Gutiérrez. *Madrid*

Dr. Josep Teixido Planas. *Barcelona*

Mercedes Tejuca Marenco. *Cádiz*

Dr. Fernando Tornero Molina. *Madrid*

Dr. Manel Vera Ribera. *Barcelona*

Introducción

Cada año, en nuestro país, cerca de seis mil personas enfrentan la fase terminal de una insuficiencia renal crónica. Excepcionalmente a una minoría de afortunados que reciben directamente un trasplante renal, el resto tienen que iniciar un programa de diálisis.

El trasplante renal es el mejor tratamiento para esta enfermedad, aunque menos de un tercio de los pacientes que inician diálisis tiene posibilidades de acceso a este recurso terapéutico, por razones médicas o de otros tipos.

Los que son elegibles han de soportar esperas, a menudo prolongadas, para recibir su injerto, debiendo mientras tanto someterse a tratamiento dialítico.

Planteamiento general

La accesibilidad al trasplante acota una población cada vez más numerosa de pacientes renales que han de recorrer un largo itinerario terapéutico, marcado por algunas características comunes: expectativa de supervivencia prolongada, previsible utilización de diferentes modalidades de Tratamiento Sustitutivo Renal (TSR) e incertidumbre sobre la sucesión, duración y resultados de las distintas fases.

Este contexto exige, más aún que otros, una cuidadosa planificación terapéutica, que combine la visión inmediata, enfocada a la calidad de vida y circunstancias clínicas del paciente, con una estrategia a largo plazo, que asegure una evolución ordenada y racional de las diferentes terapias, obteniendo lo mejor y evitando lo peor de cada una en cada fase evolutiva, e intentando mantener siempre abierto el mayor número posible de opciones.

Es un principio irrefutable, y un mandato legal, que tanto el inicio como un cambio de modalidad de TSR deben ir precedidos de un proceso de decisión informada por parte del paciente.

La condición de candidato a trasplante renal marca un escenario específico, que debe ser tenido en cuenta a la hora de individualizar el proceso de información sobre TSR. La documentación informativa debe incluir los aspectos específicos relevantes para los pacientes en esta situación.

Estado actual de conocimiento

a) Consideraciones teóricas

La Diálisis Peritoneal domiciliaria ofrece claras ventajas teóricas sobre la Hemodiálisis como técnica de inicio de TSR en pacientes candidatos a trasplante renal. Éstas se fundamentan en:

- Criterios de concurrencia demográfica ya que, en gran medida, las subpoblaciones candidatas a trasplante renal (por ejemplo, niños y pacientes más jóvenes) se benefician especialmente de las técnicas domiciliarias de diálisis, al tratarse de modalidades que permiten al paciente permanecer en su entorno y flexibilizar el tratamiento en función de sus actividades diarias.

- Los pacientes candidatos a trasplante inician con más frecuencia TSR de manera programada, manteniendo una Función Renal Residual significativa. La Diálisis Peritoneal domiciliaria se adapta mejor que la Hemodiálisis a las estrategias de prescripción de diálisis que tienen en cuenta la Función Renal Residual, al preservar ésta de manera más duradera. Así, los pacientes que empiezan con DP pueden ser tratados durante períodos relativamente prolongados (a menudo hasta el mismo trasplante) con dosis bajas de diálisis, lo que mejora su calidad de vida y reduce el coste económico de la terapia.

- La Diálisis Peritoneal domiciliaria ofrece ventajas sobre la Hemodiálisis en los primeros años de TSR, en términos de morbilidad y mortalidad. Aunque sus resultados comparados tienden a declinar con el tiempo, muchos pacientes recibirán su injerto renal en este período de rendimiento óptimo. Desde una perspectiva opuesta, la dependencia de la función renal residual hace que la Diálisis Peritoneal no ofrezca tan buenos resultados cuando se utiliza secundariamente a la Hemodiálisis, mientras que el uso previo de Diálisis Peritoneal no representa un problema específico si, por algún motivo, fuera precisa una transferencia tardía a Hemodiálisis.

- El inicio por Hemodiálisis conlleva la creación de accesos vasculares permanentes, cuyos efectos secundarios (sobrecarga hemodinámica con hipertrofia ventricular izquierda, daño irreversible a venas principales, infecciones, inflamación crónica) persisten, a menudo, después del trasplante. Aunque el acceso peritoneal no es inocuo, es evidente que tiene menos riesgos potenciales tras el trasplante que el acceso vascular.

- Las incidencias generales de infecciones graves y mortalidad infecciosa son superiores en pacientes tratados con Hemodiálisis que con Diálisis Peritoneal domiciliaria. Por

otra parte, la infección crónica por el virus de la hepatitis C es más prevalente en pacientes tratados con Hemodiálisis que con Diálisis Peritoneal domiciliaria.

- La Diálisis Peritoneal domiciliaria tiene un coste económico significativamente inferior a la Hemodiálisis. Esta ventaja se optimiza si se usa la Diálisis Peritoneal domiciliaria como modalidad de inicio, al permitir diálisis a dosis bajas por períodos más prolongados.

b) Experiencia clínica

Aunque es notable la escasez de evidencias científicas de calidad sobre el tema, importantes estudios de registro han proporcionado informaciones de gran interés. Así, sabemos que:

- Los pacientes tratados con Diálisis Peritoneal domiciliaria presentan tasas superiores de función precoz del injerto renal tras el trasplante que los tratados con Hemodiálisis.

- La supervivencia de pacientes e injertos tras el trasplante renal es ligera, pero significativamente superior entre los pacientes tratados previamente con Diálisis Peritoneal domiciliaria que entre los tratados con Hemodiálisis.

- Las tasas generales de rechazo agudo e infecciones tras el trasplante parecen similares en pacientes procedentes de Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis.

- Las infecciones relacionadas con el acceso para diálisis (infección peritoneal en DP, infección del acceso vascular en Hemodiálisis) parecen generar niveles de riesgo similares tras el trasplante renal.

- La existencia de una fístula arteriovenosa interna funcionante de los pacientes de Hemodiálisis, causa persistencia o progresión de la hipertrofia ventricular izquierda tras el trasplante.

- Los pacientes tratados con Diálisis Peritoneal domiciliaria presentan tasas superiores de trombosis vascular precoz tras el trasplante que los tratados con Hemodiálisis.

- Se han reportado casos de peritonitis esclerosante en pacientes trasplantados tratados previamente con Diálisis Peritoneal. El riesgo de esta complicación es bajo, y se asocia específicamente a permanencias prolongadas en Diálisis Peritoneal antes del trasplante.

No está totalmente claro si algunas de las observaciones anteriores son consecuencia de efectos de la modalidad de

diálisis pretrasplante o de sesgos en el análisis. La mayor incidencia de trombosis vascular en Diálisis Peritoneal podría deberse a cierto entorno protrombótico generado por las pérdidas proteicas peritoneales, pero también a sobreasignación de pacientes con hipercoagulabilidad a esta técnica. El riesgo particularmente elevado de trombosis del injerto en pacientes en Diálisis Peritoneal al trasplante, pero tratados previamente con Hemodiálisis, presta apoyo a esta hipótesis.

La superior supervivencia de pacientes e injerto en pacientes procedentes de Diálisis Peritoneal podría deberse al efecto combinado de varios factores (función precoz del injerto, menor incidencia de hepatitis C, menor incidencia de infecciones graves, efectos secundarios del acceso vascular), pero también a la mayor precocidad del trasplante o a una menor comorbilidad de las poblaciones en DP que se trasplantan.

Resumen

Las estrategias ordenadas de TSR tienen especial sentido en pacientes con acceso potencial al trasplante renal, por su expectativa prolongada de supervivencia y por la previsible necesidad de diferentes técnicas a lo largo de su evolución. Cada cambio de modalidad de TSR debe ir precedido de un proceso de decisión informada, al ser frecuentes las variaciones tanto en las circunstancias clínicas como en la propia apreciación por parte del paciente.

En general, la Diálisis Peritoneal domiciliaria ofrece claras ventajas teóricas como modalidad de inicio en estos casos, fundamentadas en:

1. permanencia continuada del paciente en su entorno durante su TSR, primero en Diálisis Peritoneal domiciliaria y luego con injerto funcionante, facilitando su estilo de vida y optimizando los recursos disponibles
2. mejor preservación de la Función Renal Residual
3. resultados óptimos en los primeros años de TSR
4. ausencia de impedimentos para una transferencia programada ulterior a Hemodiálisis, si fuera preciso (estrategia integrada), y
5. no necesidad de creación de accesos vasculares

En términos prácticos, los pacientes tratados con DP se trasplantan más precozmente, presentan mejores patrones de función precoz y una supervivencia superior de pacientes e injerto, mientras que los procedentes de HD muestran tasas más bajas de trombosis vascular precoz tras el trasplante.

Propuestas

1. Es necesario promover la individualización del proceso de decisión informada sobre modalidad de TSR en pacientes candidatos a trasplante renal, haciendo hincapié en la necesidad de que este proceso se renueve cada vez que se plantee un cambio de modalidad.

2. La Diálisis Peritoneal domiciliaria debe ser considerada, de manera genérica, la modalidad de diálisis de elección en pacientes incidentes primarios en TSR a la espera de un trasplante renal.

3. En la Figura 1 se presenta una propuesta de diagrama de flujo de TSR en pacientes candidatos a trasplante renal no preventivo, incluyendo el potencial regreso a diálisis del paciente trasplantado tras el cese funcional del injerto.

Figura 1

