



Diálisis y Trasplante

www.elsevier.es/dialis



Revisión

Factores condicionantes en la elección del tratamiento sustitutivo renal[☆]

Francisco Ortega-Suárez

Área de Gestión Clínica de Nefro-Urología, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de mayo de 2010

Aceptado el 9 de junio de 2010

On-line el 4 de noviembre de 2010

Palabras clave:

Diálisis peritoneal

Terapia sustitutiva renal

Utilización

Variabilidad

Causas

RESUMEN

A pesar de las ventajas que ofrece la diálisis peritoneal (DP), en lo que se refiere a resultados clínicos, de supervivencia, sobre todo, al inicio de la terapia sustitutiva renal (TSR), de calidad de vida relacionada con la salud y costes, su utilización es baja, muy variable entre países, entre regiones y entre centros y, lo que es más preocupante y sorpresivo, tiende a disminuir en general. Los expertos hablan de una prevalencia ideal para la DP en torno al 30–40% de entre los pacientes en diálisis crónica, cuando la real en el mundo es del 11%. Las causas de esta situación son múltiples: diferentes modelos de sistemas sanitarios, expansión de los grandes proveedores de diálisis, estructura asistencial, escasa formación y exposición a su técnica, desconocimiento de los pacientes, inicio de TSR sin programación, etc. Se proponen varias acciones para corregir la tendencia y hacer ocupar a la DP el lugar que le corresponde dentro de la TSR integrada que debe realizarse.

© 2010 SEDYT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Factors influencing the choice of renal replacement therapy

ABSTRACT

Despite the advantages of peritoneal dialysis (PD) in terms of clinical results, survival—especially at the start of renal replacement therapy (RRT)—, health-related quality of life and costs, the use of this therapeutic modality is low, varies widely among countries, regions and center and—more worryingly and surprisingly—is generally decreasing. Experts situate the ideal prevalence of PD at around 30–40% of patients under chronic dialysis, whereas the real global prevalence is 11%. The causes of this underuse are multiple: distinct health system models, expansion of the major dialysis providers, healthcare structures, little training and exposure to the technique, lack of awareness among patients, initiation of RRT without scheduling, etc. The present article proposes several ways to correct this tendency and place PD in an appropriate position within an integrated approach to RRT.

© 2010 SEDYT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Sobre la elegibilidad de la técnica de diálisis por los nefrólogos para sus pacientes y sobre sus opiniones sobre la tasa óptima de incidencia y prevalencia en diálisis peritoneal

En diversos estudios^{1–4}, se comprueba que la utilización de la diálisis peritoneal debería estar en torno a un 30–40% de los pacientes en diálisis.

Si además se pregunta a los nefrólogos expertos, opinan también que ese porcentaje es el correcto⁵.

Utilización real de la diálisis peritoneal (DP)

Sin embargo, la utilización real está muy por debajo de estos porcentajes:

- 1,77 millones de pacientes en diálisis en el mundo
 - 190.000 en DP (11%)
 - 1,58 millones en hemodiálisis (HD) (89%)⁶

que, además han tendido a disminuir en los últimos años con una enorme variabilidad como se puede ver en la [tabla 1⁷](#).

Causas de esta disparidad entre los expertos y los estudios frente a la realidad

El primer punto, que hay que señalar es que en la asistencia sanitaria, cuando existe una variabilidad muy grande en la utilización de un servicio, las causas que provocan la variabilidad no son técnicas, si no estructurales y de organización.

[☆] XXXII Congreso Anual de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante Castelldefels, 12 de Mayo de 2010.
Correo electrónico: fortega@hca.es

Tabla 1

Distribución de la Diálisis Peritoneal por diferentes Estados y comunidades autónomas de España

PAÍS, comunidad autónoma	Prevalencia (%)
Hong Kong	80
Europa	15
Alemania	< 5
Reino Unido	> 30
España	9,5
Cantabria	31
Aragón	2

Las causas más frecuentes a las que se atribuye la escasa utilización de la DP y la variabilidad de la misma en la literatura internacional son las siguientes:

1. La utilización de DP es mucho mayor en los países con «provisión pública» (Reino Unido, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o los escandinavos) que en los «de práctica privada con reembolso por tasa-servicio» (Bélgica o Alemania)^{7,8}.
2. «La expansión de los grandes proveedores de (hemo) diálisis»⁹. Por ejemplo, el descenso en la utilización de DP desde 1996 en EE.UU. del 14 al 8% de los pacientes dializados ha corrido parejo al cambio en la propiedad de las unidades de diálisis (del 39% en 1996 al 63% a grandes proveedores en 2005)¹⁰.
3. Muchos médicos y pacientes son de la opinión de que «cuanto más máquina» mejor asistencia sanitaria. «La alta (y cara) tecnología es considerada como un signo de riqueza y progreso»⁶.
4. La «estructura sanitaria favorece la HD y no la DP» (las sesiones de HD en hospitalización o urgentes se realizan por personal especializado en HD, siempre disponible, la DP durante los ingresos puede ser percibida como un trabajo extra por personal de enfermería no especializado en DP, con recursos humanos limitados, la estructura de la típica unidad de HD hospitalaria es más robusta que las unidades pequeñas de DP, etc.¹¹. Además, la elección de DP en los pacientes que inician la diálisis de manera programada es mucho más alta que en el grupo de los que la inician de modo urgente (27 vs 6%)¹².
5. Entrenamiento y experiencia limitados. Hay un círculo vicioso, al disminuir el n.º de pacientes en DP, hace que los nefrólogos más jóvenes tengan menos «exposición» en su formación, les hace tener menor confianza en el procedimiento y lo instauran menos cuando son senior, pero también los «programas de formación» de DP (ejemplo nuestro, aunque en el nuevo programa aparece por primera vez una rotación en DP de dos meses)^{4-6,13,14}.
6. «Mayor desconocimiento de los pacientes sobre la DP». En un trabajo español, más del 65% de los pacientes conoce bien o muy bien la HD frente al 20% que saben de las opciones domiciliarias¹⁵ y esta circunstancia se señala por múltiples autores en la literatura mundial^{16,17}.
7. Las «oportunidades de facturación para investigaciones» y administración de eritropoyetina, hierro y análogos de la vitamina D son mayores en los centros intrahospitalarios de HD comparados con los de DP¹⁸.
8. «La percepción entre muchos nefrólogos de EE.UU.» que es más fácil iniciar la sustitución de la función renal con HD, ya que requiere menos esfuerzo que hacerlo con DP¹⁸.

Algunas acciones para incrementar la utilización de la diálisis peritoneal

Por último, se comentan algunas acciones que se tendrían que tomar si se quiere evitar el declive de una técnica de TSR como la DP que es la indicada al comienzo de la sustitución de la función

renal por diversas razones, que da mayor calidad de vida relacionada con la salud que la que proporciona la hemodiálisis hospitalaria y genera también menos costes (para los pacientes en diálisis peritoneal: 35.000 €/paciente/año y 55.000 €/paciente/año para los que están en hemodiálisis hospitalaria según datos propios en el Hospital Universitario Central de Asturias).

Acciones para incrementar la DP:

- Es imposible llevar a cabo un programa de expansión de DP, si no va acompañado de una estrategia de disminución de disponibilidad de puestos de HD⁷.
- Se hace necesaria la incentivación a la utilización de la DP aumentando el reembolso¹⁹.
- Se hace necesaria la aportación de medios suficientes por parte de la Administración (véase la experiencia de Francia) con un aumento del tamaño de las unidades de DP a un mínimo de 20-25 pacientes.
- Es esencial un entrenamiento y mayor «exposición» a la DP en los programas de formación de residentes.
- La información de la que dispone el paciente a la hora de elegir el tratamiento a recibir es determinante de su elección²⁰. Por ello, se hace necesaria la consulta específica para la enfermedad renal crónica avanzada libre de sesgos y la cumplimentación del consentimiento informado por parte del paciente al entrar en TSR.
- Es muy difícil que sin la apuesta decidida de las diversas administraciones sanitarias, los profesionales y los pacientes, la DP pueda ocupar el lugar que le corresponde en el TSR.

Bibliografía

1. Mendelsshon DC, Mujais SK, Soroka SD, Brouillette J, Takano T, Barre P, et al. A prospective evaluation of renal replacement therapy modality eligibility. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24:555-61.
2. Ledebro I, Ronco C. The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals. *Nephrol Dial Transplant Plus*. 2008;6:403-8.
3. Viglino G, Neri L. Theory and reality in the selection of peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*. 2008;28:480-3.
4. Bouvier N, Durand PY, Testa A, Albert C, Planquois V, Ryckelynck JP, et al. Regional discrepancies in peritoneal dialysis utilization in France: the role of the nephrologist's opinion about peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2008;24:1293-7.
5. Neil N, Walker DR, Sesso R, Blackburn JC, Tschosik EA, Sciaraffia V, et al. Gaining efficiencies: resources and demand for dialysis around the globe. *Value in Health*. 2009;12:73-9.
6. Lameire N, van Biesen W. Epidemiology of peritoneal dialysis: a story of believers and nonbelievers. *Nature Reviews*. 2010;6:75-82.
7. Van Biesen W, Veys N, Lameire N, Vanholder R. Why less success of the peritoneal dialysis programmes in Europe? *Nephrol Dial Transplant*. 2008;23:1478-81.
8. Viglino G, Neri L, Alloatti S, Cabiddu G, Cocchi R, Limido A, et al. Analysis of the factors conditioning the diffusion of peritoneal dialysis in Italy. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22:3601-5.
9. Pulliam J, Hakim R, Lazarus M. Peritoneal dialysis in large dialysis chains. *Perit Dial Int*. 2006;26:435-7.
10. Mehrotra R, Khawar O, Duong U, Fried L, Norris K, Nissenson A, et al. Ownership patterns of dialysis units and peritoneal dialysis in the United States: utilization and outcomes. *Am J Kidney Dis*. 2009;54:289-98.
11. Durand PY, Verger C. The state of peritoneal dialysis in France. *Perit Dial Int*. 2006;26:654-7.
12. Marrón B, Ortiz A, Sequeira P, Martín-Reyes G, de Arriba G, Lamas JM, et al.; por el grupo español de ERC. Impact of end-stage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy-A Spanish multicentre experience. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21(Suppl 2):51-5.
13. Quereda C; en nombre de la Comisión Nacional de Nefrología. Algunos aspectos de la situación de la formación de especialistas de Nefrología en España. *Nefrología*. 2008;28:263-71.
14. ORDEN SCO/2604/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Nefrología. BOE del 15 de septiembre de 2008.
15. Celadilla O, Julve M, Vives A, De Miguel M, Arribas MJ, Cagigal D, et al. Evaluación de la información recibida por el paciente que inicia diálisis no

- programada o procedente de trasplante. Libro de comunicaciones. XXXII Congreso SEDEN 07.
16. Mehrotra R, Budoff M, Hokanson JE, Ipp E, Takasu J, Adler S. Progression of coronary artery calcification in diabetics with and without chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2005;68:1258–66.
 17. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? *NDT.* 2001;16(Supl 7):20–4.
 18. Blake P. Proliferation of hemodialysis units and declining peritoneal dialysis use: an international trend. *Am J Kidney Dis.* 2009;54:194–6.
 19. Burkart J. The future of peritoneal dialysis in the United States: optimizing its use. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4(Suppl 1):S125–31.
 20. Arrieta J, Bajo MA, Caravaca F, Coronel F, García-Pérez H, González-Parra E, et al. Guía de práctica clínica en DP. SEN 2005. *Nefrología.* 2006;1(Supl 4).