

"La Enfermedad Renal Crónica Avanzada conduce a miles de pacientes a la elección de una modalidad de diálisis. Sólo 45.000 pacientes, el 0,1% de la población, consumen casi el 2,5% del gasto sanitario."

## **SOSTENIBILIDAD Y EQUIDAD EN EL TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO.**

Drs. J.ARRIETA, J.M.BUADES, C.GÓMEZ, T.GONZÁLEZ, A.MIGUEL, M.MACÍA, F.ORTEGA, M.PRIETO y otros\*,08 de julio de 2009 12:01

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada conduce a miles de pacientes cada año a la elección de una modalidad de diálisis. Tan solo 45.000 pacientes, el 0,1% de la población, consumen casi el 2,5% del gasto sanitario.

Dado que el trasplante renal solo está indicado para menos del 20% de los pacientes en diálisis y que, mientras esperan un donante, también los pacientes en lista de espera deben dializarse, casi todos los pacientes tendrán que elegir entre la Hemodiálisis (modalidad atendida por especialistas en hospitales o centros de tratamiento especializados) o la Diálisis Peritoneal (modalidad domiciliaria).

La estructura sanitaria favorece la utilización de la Hemodiálisis, a pesar de que es un 44% más costosa que la Diálisis Peritoneal domiciliaria.

El presente documento revisa la situación y propone acciones para equilibrar las posibilidades de acceso a la Diálisis Peritoneal por parte de los pacientes y para contribuir a la sostenibilidad de un tratamiento que continúa creciendo en número cada año.

### **Antecedentes.**

Cada año, casi 6.000 nuevos pacientes ven progresar su Insuficiencia Renal hasta la necesidad de recibir uno de los tres tipos de tratamiento sustitutivo de la función renal:

**1. Trasplante Renal (TX):** Cada año se realizan alrededor de 2200 trasplantes renales y hay algo más de 4000 pacientes en lista de espera. Por motivos clínicos, menos de 20% de los pacientes que están en diálisis pueden acceder a un riñón. El 80% restante nunca podrá trasplantarse y tiene que estar en diálisis para sobrevivir.

**2. Hemodiálisis (HD):** En esta modalidad, la sangre se depura empleando una máquina que se la extrae, la filtra y se la devuelve al paciente, para lo cual tiene que desplazarse a un hospital o centro especializado tres veces por semana como mínimo. Cada tratamiento, conectado a la máquina, se prolongará unas cuatro horas. La inmensa mayoría de los pacientes en diálisis usan esta modalidad.

**3. Diálisis Peritoneal (DP):** Esta modalidad de tratamiento es domiciliaria. La eliminación de sustancias tóxicas se realiza a través de la membrana peritoneal del paciente, y se puede realizar de forma manual o de manera automatizada, durante la noche, mientras se duerme. El paciente solo acude al hospital para revisión uno o dos meses. Un escaso porcentaje de pacientes se dializa en su hogar.

## **Situación actual.**

Según datos del año 2007 de la Sociedad Española de Nefrología, la población en tratamiento crece entre un 3% y un 4% cada año. En el registro nacional de pacientes renales que coordina la Organización Nacional de Trasplantes, en España hay 45.000 pacientes en tratamiento renal sustitutivo, de los que casi la mitad están trasplantados.

48% están Trasplantados.46% en Hemodiálisis.6% en Diálisis Peritoneal.Las oportunidades de los pacientes para realizar tratamiento domiciliario (DP) varían mucho entre las distintas Comunidades, e incluso dentro de cada una según su hospital de referencia. Algunas Comunidades tratan en domicilio a una gran parte de los pacientes que están en diálisis, mientras que en otras el porcentaje es casi anecdótico.

**¿Por qué siendo la DP un tratamiento que ofrece igual o superior supervivencia que la HD, la misma calidad de vida, muy pocas contraindicaciones y permite al paciente realizar una vida más activa se produce esta desigualdad?**

El diseño y las estructuras sanitarias favorecen la opción de Hemodiálisis:

1. Mientras que se dotan todos los hospitales con máquinas y personal para realizar Hemodiálisis, a la vez que se abren muchos centros concertados para este fin, los recursos materiales y humanos destinados a la Diálisis Peritoneal en los hospitales que la realizan son escasísimos. A pesar de que un profesional de enfermería de Diálisis Peritoneal puede tratar 2025 pacientes, frente solo 4-5 que se pueden tratar en HD.

2. Falta de formación por parte de los nefrólogos prescriptores de diálisis ya que, por ejemplo, en su periodo de rotación durante la especialidad lo hacen 7 meses en HD mientras que en DP permanecen solo 2 meses.

3. Muchas veces los pacientes no reciben la información adecuada sobre todas las opciones posibles de tratamiento antes de iniciarlo. Sobre todo el grupo de pacientes que no pueden programarse desde las consultas de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, que suponen casi el 50% del total. Según una encuesta promovida por la Asociación Nacional de Pacientes ALCER en el año 2007, más del 65% de los pacientes conocen bien o muy bien la técnica de Hemodiálisis mientras que solo alrededor del 20% conocen bien la Diálisis Peritoneal en domicilio.

**¿Por qué es importante emprender iniciativas para paliar esta situación?**

1. Sostenibilidad del tratamiento:

Se calcula que el gasto del tratamiento renal sustitutivo es casi el 2,5% del presupuesto de sanidad para solo el 0,1% de la población. Por lo tanto, hay que tomar acciones para que este tipo de tratamiento sea sostenible en el tiempo.

Según un estudio realizado por la consultoría médica independiente BAP, especializada en la Investigación de Resultados en Salud, el coste anual por paciente en tratamiento con Hemodiálisis cuesta casi 50.000 euros. La HD es un 44% más costosa para el sistema de salud y se puede generar un ahorro de 500 millones de euros en una proyección a 15 años. **2.** Equidad para todos los pacientes:

Según la literatura científica, cuando los pacientes reciben información adecuada y suficiente, entre el 30% y el 50% eligen ser tratados en su domicilio. De igual manera, según demuestra una reciente encuesta realizada en el año 2007, la mayoría de los profesionales de la Nefrología también consideran que el mejor tratamiento de inicio para un paciente tipo es la Diálisis Peritoneal en domicilio.

Así mismo según la ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los pacientes tienen el derecho de ser informados sobre todas las posibles opciones de tratamiento para poder decidir el que mejor se adapte a su estilo de vida. **¿Qué se puede hacer para el desarrollo de la Diálisis Peritoneal?**

## Propuestas:

**1.** Nos encontramos ante una oportunidad política única para incluir la Diálisis Domiciliaria en el **Pacto por la Sanidad** para garantizar la equidad en el acceso al tratamiento de todos los pacientes que inician tratamiento sustitutivo de la función renal sea cual sea la región en la que se resida y su hospital de referencia. Además, de esta forma se contribuirá a la **sostenibilidad** del sistema y se garantizará el tratamiento a un número cada vez mayor de pacientes que lo van a necesitar.

**2.** Debemos garantizar el derecho a la autonomía del paciente, promoviendo la figura del informador del paciente, mediante el impulso de las **consultas de Enfermedad Renal Crónica Avanzada** (Pre-diálisis) para conseguir mayor proporción de pacientes Programados. Para conseguir que todos los pacientes posibles puedan ser revisados convenientemente en consultas específicas hay que disponer de especialistas en nefrología y, sobre todo, personal de enfermería especializado que pueda dedicar el tiempo necesario para informar a estos pacientes. Añadir más consultas, además de servir para facilitar los procesos de información sobre las opciones de diálisis entre las que el paciente puede elegir y proceder a la firma del correspondiente consentimiento informado, también contribuiría a retrasar y reducir la necesidad de entrada de pacientes en diálisis.

**3.** Apostar abiertamente por la sostenibilidad de nuestro modelo de sanidad pública, poniendo recursos para el tratamiento de los pacientes en su domicilio, que tal como demuestra el estudio económico generaría importantes ahorros. Dicha evaluación económica **recomienda** incrementar los pacientes tratados en Diálisis Peritoneal domiciliaria. Para poder atender convenientemente a un número mayor de pacientes en esta modalidad de Diálisis Peritoneal en domicilio, se **plantea equilibrar las plantillas actuales para garantizar que hay personal cualificado del mismo modo y el mismo tiempo que lo está el de Hemodiálisis**. Es decir, plantear una cobertura de ambas modalidades de diálisis **en función de la población atendida en cada hospital, dotando los recursos estrictamente necesarios**, sin favorecer la Hemodiálisis.

**4.** Siendo el **trasplante** la modalidad que presenta el mejor resultado de coste-efectividad, las administraciones sanitarias deberían seguir garantizando que los profesionales tienen a su disposición los medios necesarios para su buen funcionamiento. **Mientras el trasplante llega para los pacientes que pueden recibirlo, la Diálisis Peritoneal es una excelente modalidad de inicio de tratamiento.**

**5.** Involucrar activamente a los profesionales sanitarios, evaluando y adaptando un sistema de incentiviación **similar al que**

tanto éxito ha proporcionado en el modelo público de trasplantes.

Miembros del Grupo para la Evaluación del Tratamiento Renal:

**Dr. Javier Arrieta, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital de Basurto (Vizcaya)**

**Dr. Juan Manuel Buades, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Comarcal de Inca (Mallorca)**

**Dra. Carmen Gómez Roldán, Jefa de Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete**

**Dra. Teresa González, Presidenta de la Fundación Española de Diálisis (Barcelona)**

**Dr. Alfonso Miguel, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valencia**

**Dr. Manuel Macía, Responsable de Diálisis del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Tenerife)**

**Dr. Francisco Ortega, Coordinador de Área de Gestión Clínica de Nefrología y del Metabolismo Óseo del Hospital Universitario Central de Asturias**

**Dr. Mario Prieto, Responsable de Diálisis del Servicio de Nefrología del Hospital de León**

**Dr. César Remón, Director de la Unidad de Gestión de Nefrología del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)**

**Dra. Ana Rodríguez Carmona de la Torre, Responsable de Diálisis del Hospital Universitario de A Coruña**

**Dr. José Antonio Sánchez Tomero, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid)**

**Dr. Rafael Selgas, Jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Universitario La Paz (Madrid)**

## **Bibliografía:**

Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades de Riñón, ALCER. [www.alcer.org/es/](http://www.alcer.org/es/)

Bajo MA, Vega N, González-Parra E. Estructura y necesidades de una unidad de diálisis peritoneal. Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Nefrología. 2006. Volumen 26 Suplemento 4.

BAP Health Outcomes Research. Evaluación Económica del Programa Integrado de Tratamiento Sustitutivo Renal en España. 2008.

Bustamante, J. Guías de práctica clínica en diálisis peritoneal. Nefrología. 2006. 26 (4), 1ª parte.

Doñate T, et al. Diálisis Peritoneal. Consenso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante. Diálisis y Trasplante. 2006. 27 (1): 23-34.

Juergensen E, et al. Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: Patient's Assessment of their Satisfaction with Therapy and the Impact of the Therapy on their lives. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2006. 1: 1191-1196.

Marrón B, Ortiz A, de Seguera P, et al. Impact of end-stage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy, a Spanish multicentre experience. Nephrology Dialysis Transplantation. 2006. 21 (2) 51-55

Molina A, Montenegro J, Remón-Rodríguez C. Inicio de la diálisis peritoneal. Indicaciones y contraindicaciones de la diálisis peritoneal. Tipos de diálisis peritoneal. Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Nefrología. 2006. Volumen 26 Suplemento 4.

Registro Español de Enfermos Renales de la Sociedad Española de Nefrología. 2007.

Rodríguez-Carmona A, Pérez-Fontán M, Valdés-Cañedo F. Estudio comparativo de costes de las diferentes modalidades de diálisis. Nefrología. 1996. Volumen XVI Número 6.

Ronco C, Ledebro I. The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals.

Nephrology Dialysis Transplantation Plus. 2008. 6:403-408.

Selgas R, Aguilar J, Julián JC, Toledo A. Realidad y futuro en el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Nefrología. 2007. Volumen 27 Número 6.

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Encuesta sobre el conocimiento de las modalidades de tratamiento de diálisis. 2007.

Van Biesen W, Veys N, Lameire N, Vanholder R. Why less success of the peritoneal dialysis programmes in Europe? Nephrology Dialysis Transplantation. 2008 May. 23 (5) : 1478-81.

Van Biesen W, Vanholder RC, Veys N, Dhondt A, Lameire NH. An evaluation of an integrative care approach for end-stage renal disease patients. Journal of the American Society of Nephrology. 2000. 11:116-125.