

La lenta agonía de la hemodiálisis domiciliaria

R. MATESANZ.

Centro Ramón y Cajal. Madrid.

Muchas cosas han cambiado en el país y también en la nefrología española desde que en 1978 la SEN hizo una declaración de principios al redactar el Plan Nacional de Nefrología. Los trasplantes han pasado de poco más de 2 por millón de habitantes y año, a superar los 20; el número de enfermos en tratamiento sustitutivo se ha elevado de 3.000 a más de 10.000; la hemodiálisis hospitalaria crece imparablemente año a año, con un envejecimiento progresivo de la población que inicia la terapia dialítica, y ha hecho su aparición con bastante fuerza la DPCA. La hemodiálisis en casa, sin embargo, que ya entonces representaba un porcentaje ridículo de un 6 %, apenas si ha crecido en términos absolutos, permaneciendo estancada en los últimos 3 años en alrededor de 300 enfermos, incluso con un descenso en 1983 y, por supuesto, una disminución en picado de su ya reducida importancia porcentual, que en los últimos datos publicados por la EDTA era de tan sólo un 3,8 %¹⁻³.

Múltiples y variadas pueden ser las causas de este descalabro; desde luego, las sucesivas administraciones jamás han mostrado el más mínimo interés por fomentar una forma de tratamiento que en tiempos llegó a costar menos de la mitad que la forma hospitalaria. Hay que recordar que sólo en 1979 la hemodiálisis en casa dejó de ser «clandestina» al publicarse una circular que regulaba, por fin, la firma de los contratos por parte de las delegaciones provinciales del Insalud y, de hecho, fue a partir de esta fecha cuando se consiguieron instalar más de 100 pacientes anuales². Sin embargo, ningún estímulo oficial económico ni de otro tipo al equipo médico o al propio enfermo ha venido a fomentar esta modalidad terapéutica que sólo ventajas supone al erario público, y que representa, dentro de la costosa asistencia sanitaria actual, uno de los escasos ejemplos de aportación voluntaria de los familiares del enfermo con su tiempo, su trabajo y su domicilio al abaratamiento de costos cuando legalmente tiene derecho a recibir esa misma asistencia, más el transporte correspondiente en una unidad de diálisis sin el menor esfuerzo por su parte.

También, para su desgracia, la hemodiálisis domiciliaria no ha supuesto para las firmas comerciales unos beneficios tan sustanciales (perfectamente legítimos, por otra parte) como la DPCA, con lo que su interés por aquélla ha sido, en general, más bien escaso y no ha resultado infrecuente oírles manifestar que si lo hacían era por una mera cuestión de prestigio, palabra que, desde luego, no mueve excesivas voluntades. Debe tenerse en cuenta que en 1982, último año del que dispongo de datos completos, la tasa de abandono de esta modalidad terapéutica por fallecimiento, paso a otra forma de tra-

tamiento o trasplante, ha sido el 23 %², lo que conlleva una escasa rentabilidad económica al no cubrirse suficientemente los gastos de transporte, instalación y amortización de la máquina, que, por otra parte, queda obsoleta por los avances tecnológicos antes de agotar siquiera remotamente su período normal de funcionamiento. A este «drop out» tan elevado probablemente no sea ajeno el hecho de la innegable selección de enfermos que se produce sobre todo en programas pequeños, y que implica que se trata de una población mucho más susceptible de ser trasplantada. En nuestro Centro, durante un plazo de 5 años se han trasplantado 52 de los 95 enfermos instalados en domicilio (55 %), y si sólo consideramos en esta proporción a los clínicamente trasplantables, el porcentaje se eleva al 68,4 %.

La propia DPCA ha representado un involuntario competidor como forma de tratamiento para un cierto número de enfermos que por preferir la independencia de su domicilio, o por su ubicación geográfica, hubieran optado por la hemodiálisis domiciliaria, sin que, a mi juicio, tenga fundamento la asunción de que estos pacientes pudieran verse inclinados, en caso de abandono de la DPCA, a continuar tratándose en su domicilio. Todo ello dicho sin emitir ningún juicio de valor, ya que se trata de dos modalidades de coste equivalente y función social igualmente deseable.

Otro acontecimiento positivo, que, sin embargo, ha incidido negativamente en la promoción de hemodiálisis domiciliaria, ha sido la gran proliferación de unidades de diálisis que han acercado el tratamiento sustitutivo al lugar de residencia del enfermo para el que antes dializarse en su casa representaba no la mejor forma de tratamiento, sino la única racional. La creación en todas las provincias de secciones de nefrología ha racionalizado, en gran medida, el problema de los grandes desplazamientos, pero la escasa dotación humana de muchas de las mismas, tanto en médicos como en ATS, ha condicionado que en un orden lógico de prioridades el tratamiento hospitalario haya acaparado la mayoría de los esfuerzos destinados al tratamiento de la uremia y, en todo caso, ha contribuido a una atomización de la diálisis en casa (pocos enfermos entrenados por muchos hospitales) que resulta tan poco deseable como para el trasplante renal, pues el «efecto Centro» se deja necesariamente sentir tanto a nivel de rentabilidad de la infraestructura de entrenamiento como de las prestaciones que se le pueden ofrecer al enfermo.

La crisis económica probablemente tampoco ha sido ajena al declinar de la diálisis domiciliaria al hacer de un muy elevado porcentaje de insuficientes renales unos

márginados social y económicamente, que en muy pocos casos conservan su trabajo previo y, por consiguiente, ven escaso aliciente a la adaptabilidad de horarios sencillamente porque no tienen nada que hacer, mientras que las necesidades económicas suelen urgir al miembro sano de la familia, que teóricamente le podía dializar, a buscar otras formas de subsistencia que no le permiten emplear su tiempo en atender al paciente. Por otra parte, la irracionalidad del tratamiento del tema del transporte en la mayoría de las provincias es un caldo de cultivo para la picaresca que hace muy rentables muchos desplazamientos en taxi o ambulancia para demasiada gente.

Y pese a todas estas calamidades, aún hay quienes seguimos opinando que la diálisis domiciliaria es lo mejor que la sociedad puede ofrecer al insuficiente renal hasta el momento de ser trasplantado, paradójicamente al precio más bajo. Quizá no sea ocioso recordar aquí que datos de nuestro país^{4,5}, como los de otros muchos a lo largo del mundo, ponen de manifiesto una supervivencia, cuando menos similar, a la forma hospitalaria, con una morbilidad claramente menor a expensas de un menor índice de infecciones y complicaciones del acceso vascular, con índice de ingresos de alrededor de 3 días por enfermo y año, una prevención eficaz de la hepatitis B, un mejor grado de nutrición en líneas generales y, sobre todo, una mayor adaptabilidad a las circunstancias del enfermo tanto para evitar desplazamientos como horarios rígidos, con una frecuencia de revisiones hospitalarias de poco más de 4 al año. Su coste neto es aún un 25 % menos que la sesión en unidad satélite, diferencia que aumenta notablemente al considerarse los cada vez más costosos transportes, y ni siquiera merece la pena compararlo con el de la diálisis hospitalaria. Por otra parte, la ampliación de indicaciones es un hecho patente en los grandes programas en los que se incluyen con éxito enfermos que no pueden considerarse «a priori» como «ideales». Ha sido el caso del Reino Unido, que llegó a superar el 60 % de pacientes tratados en domicilio, y en nuestro programa se podrían encontrar múltiples ejemplos, como el caso de un varón de 70 años desechado

para diálisis en otro hospital al que atiende en casa su mujer de la misma edad.

Dado que es una verdad difícilmente contestable el hecho de que el insuficiente renal acaba dializándose dónde y cómo le indica su nefrólogo, la única posibilidad de corregir este estado de cosas, en el supuesto de que a alguien le interese hacerlo, es evidente: debe incentivarse la diálisis en casa, fundamentalmente, en su punto más vulnerable: la selección de enfermos, sin que sea necesario ni conveniente que se entrene en todos los hospitales, ya que esta actividad, más compleja y costosa, puede hacerse en centros especializados, aunque el seguimiento se haga en el hospital de referencia.

Sólo cuando la mayoría de los nefrólogos piensan que es más conveniente, rentable, adecuado o beneficioso entrenar a un enfermo que derivarlo a una unidad satélite, se podrá pensar que la diálisis en casa tiene algún futuro.

Para finalizar, un recuerdo emocionado a los promotores de aquella inefable campaña de imagen aparecida en la prensa, más bien amarilla, de hace 3 ó 4 años. Junto a entrevistas laudatorias de su actividad se podrían leer joyas literarias contra la diálisis en casa tanto en su boca como en la de los enfermos. Por un momento se produjo el milagro y alguien creyó que esta modestísima forma de tratamiento, y los que la cultivan, podían llegar a poner en peligro sus intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. VALLES, M., y GARCIA, M.: «Informe anual del Registro de Pacientes en Diálisis y Trasplante Renal en España (1979)». *Nefrología I* (supl.), 1: 83-92, 1981.
2. GARCIA, M., y VALLES, M.: «Informe anual del Registro de Pacientes en Diálisis y Trasplante Renal en España (1982)». *Nefrología IV* (supl.), 1: 3-11, 1984.
3. «Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe», XIV, 1983.
4. HERNANDO, L.; MATESANZ, R.; LIAÑO, F.; CASADO, S., y OLMO, P.: «Hemodiálisis a domicilio: Nuestra experiencia». *Rev. Clin. Esp.*, 146,6: 325-332, 1977.
5. MATESANZ, R.; QUEREDA, C., y ORTUÑO, J.: «Desarrollo y resultados del programa de diálisis en casa del Centro Ramón y Cajal». *Nefrología II*, 169-177, 1982.