

Hemodiálisis domiciliaria*

Rafael Matesanz
Jefe de Sección de Nefrología
Centro Ramón y Cajal - Madrid

*** Resumen de la ponencia presentada
en el Congreso de la S.E.A.N. de Palma de Mallorca,
noviembre de 1984**

La hemodiálisis domiciliaria, surgida en 1964 como el único medio variable entonces de extender el tratamiento dialítico a un número de enfermos que las instalaciones hospitalarias no podían absorber, se ha convertido 20 años después en un procedimiento netamente superior en múltiples aspectos a otras formas de diálisis. Los pacientes tratados en su domicilio adoptan un horario flexible, más acorde con sus necesidades; con lo que las posibilidades de una reinserción social y laboral son superiores; su grado de participación en la terapéutica es máximo, lo cual implica una mayor responsabilidad y un cumplimiento más estricto de las indicaciones médicas; se ven libres de las infecciones hospitalarias, tanto bacterianas como virales (fundamentalmente del virus B); suelen mantener un grado de nutrición y un control de las pérdidas sanguíneas bastante mejor que los enfermos tratados en el hospital y por si fuera poco, se ahorran desplazamientos, en ocasiones de varias horas hasta llegar a su unidad, que pueden llegar a condicionar su vida tanto o más que la diálisis en sí.

Si a todo ello añadimos que su coste económico es claramente inferior a la hemodiálisis hospitalaria o en unidad satélite, y hoy por hoy similar si no menor que la C.A.P.D., se comprende que la hemodiálisis domiciliaria debería ser por derecho propio y sentido común una modalidad terapéutica de primera elección en la insuficiencia renal crónica.

Sucede además que estas ventajas no son en modo alguno teóricas, sino fácilmente comprobables en la práctica. En el Centro Ramón y Cajal, a lo largo de 6 años hemos entrenado 115 enfermos (aproximadamente el 50% del total) y se han instalado hasta ahora 94, con unas edades similares a las del programa hospitalario (entre 9 y 70 años). La supervivencia actuarial es del 85% a los 4 años, prácticamente igual a los tratados en hospital, con un índice de ingresos hospitalarios muy inferior (2,67 vs 7,27 días/enfermo-año a expensas de una incidencia mínima de complicaciones infecciosas y de una supervivencia del acceso vascular mucho mayor (92% vs 60% a los 3 años), con un grado de nutri-

ción netamente superior. Ningún enfermo ha contraído el virus de la hepatitis B, y el ahorro económico que han representado estos enfermos tan sólo en desplazamientos superan los 100 millones de pesetas en estos 6 años.

A pesar de este panorama difícilmente objetable, lo cierto es que la hemodiálisis domiciliaria es hoy por hoy la gran marginada de las formas terapéuticas de la insuficiencia renal en España. Frente a un crecimiento incontrolado y sin parangón en Europa de la hemodiálisis hospitalaria, un esperanzador incremento de los trasplantes renales, y una escalada lenta pero firme de la C.A.P.D., la hemodiálisis domiciliaria no sólo va disminuyendo porcentualmente (sólo un 5-6%), sino en el último año, también en números absolutos. Sólo un replanteamiento general de la situación por parte de los profesionales y las autoridades sanitarias podría modificar esta tendencia y permitir de una vez por todas extraer el gran potencial que posee esta forma de tratamiento.