Peritoneal Dialysis in Critically Ill Patients Time for a Critical Reevaluation?

Muthana Al Sahlawi,¹ Daniela Ponce,² David M. Charytan,³ Brett Cullis,^{4,5} and Jeffrey Perl
CJASN 18: 512–520, 2023. doi: <https://doi.org/10.2215/CJN.0000000000000059>

Diálisis Peritoneal en pacientes críticamente enfermos. ¿Es hora de una reevaluación Crítica?

Resumen: La diálisis Peritoneal (DP), ha sido ampliamente aceptada como tratamiento de insuficiencia renal aguda (IRA) en adultos, en unidades de cuidado intensivo (UCI), en la década de los 80. La aparición de las terapias continuas extracorpóreas, llevaron a una declinación global en el uso de DP en IRA en los países de alto ingreso. La falta de familiaridad y comodidad con la terapia de DP en UCI, ha llevado incluso a falta de uso en pacientes que recibían el tratamiento con DP y tenían requerimiento de internación en cuidados intensivos. Muchas UCI convierten pacientes que reciben DP crónica, a otros tratamientos de diálisis en la admisión. Se ha observado un renovado interés en el uso de DP en IRA, debido al aumento de su uso en países con bajo y mediano ingreso. En países con alto ingreso, la pandemia de coronavirus (COVID-19), mostró la utilidad del uso temprano de DP en IRA, cuando muchas UCI estaban en crisis y confiaron en DP cuando los recursos para otras terapias de tratamiento de IRA eran limitados. En esta revisión se remarcan las ventajas y desventajas de DP en unidades de cuidado intensivo y las indicaciones y contraindicaciones para su uso. Se proporciona una revisión general de la literatura, para respaldar tanto el tratamiento de DP durante IRA, como su continuación como terapia de mantenimiento durante enfermedades críticas. Para tratamiento de IRA, se discute el implante de catéter, la prescripción del tratamiento y el monitoreo de las complicaciones y su tratamiento. Finalmente, se discute la expansión en el uso de DP para tratamiento de IRA, extendiendo su rol más allá de tiempos de recursos limitados.

Se deja un gráfico, traducido del original, que menciona las ventajas vs precauciones y contraindicaciones de utilizar DP en IRA, o continuar con DP en pacientes crónicos que requieren UCI.

PREFERENCIAS	PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> * Anticoagulación sistémica contraindicada * Inestabilidad hemodinámica * Recursos limitados * Confección de acceso vascular dificultosa o contraindicada * A continuación de cirugía cardíaca o reemplazo vascular (muy bajo riesgo de bacteriemia asociada a un acceso vascular) * Preservación de la función renal residual * Pacientes con hipercoagulabilidad (circuito extracorpóreo repetidamente coagulado) * En situaciones que el paciente padece una enfermedad de denuncia obligatoria con riesgo de transmisión, donde menos tiempo de presencia/contacto con enfermería es requerido 	<ul style="list-style-type: none"> * Cirugía reciente con ruptura de peritoneo * Adherencias extensas o fibrosis de la cavidad peritoneal * Peritonitis u otras infecciones intra abdominales * Fallo respiratorio severo o edema pulmonar * Acidosis láctica severa (cuando se utilizan soluciones con lactato como buffer) * Hiperkalemia que implica riesgo de vida * Enfermedad inflamatoria intestinal * Intoxicación por drogas * Encefalitis o pericarditis severa

Conclusión de los autores: En pacientes con IRA que requieran diálisis, DP es probable que sea la modalidad costo/efectiva que necesita menos recursos, con evolución comparable a HD y CKRT en términos de eficacia y sobrevivencia. Existen pocos motivos para transferir pacientes en DP de mantenimiento a HD o CKRT, luego de cirugía cardíaca. La prescripción de DP crónica puede ser intensificada en el período post operatorio y puede brindar varias ventajas y evolución favorable comparado con HD. Los nefrólogos deberían liderar las discusiones y jugar un rol más destacado en la selección de la modalidad de diálisis en colaboración con médicos cirujanos e intensivistas, facilitando cambios en la cultura, que serán desafiantes y graduales. La elección de la modalidad de diálisis en IRA, debe tener en consideración recursos disponibles, habilidades y familiaridad del equipo estable con diferentes formas de tratamiento de reemplazo de la función renal. DP ha probado su eficacia y viabilidad en pacientes críticamente enfermos durante la pandemia de COVID-19, pero el papel futuro de la DP para tratamiento de IRA en los Estados Unidos, aún no está claro. Mantener las competencias en el uso de DP para la terapia de IRA después de la pandemia, es importante para superar los desafíos futuros y movilizar de manera rápida y segura esta forma de tratamiento, cuando fuere necesario. Dado que la mayor parte de la evidencia sobre la DP para IRA proviene de países de ingresos bajos y medios, se necesitan ensayos clínicos multicéntricos más sólidos que incluyan a países de ingresos altos para evaluar los resultados del tratamiento de la DP para IRA. Dicha investigación debería identificar de manera óptima subgrupos de pacientes (es decir, la población cardiorrenal) para estudiar quiénes podrían beneficiarse más de las supuestas ventajas de la DP para el tratamiento de la insuficiencia renal aguda.

1 Department of Internal Medicine, College of Medicine, King Faisal University, Al-Hasa, Saudi Arabia 2 Department of Medicine, Botukatu School of Medicine, Sao Paulo, Brazil 3 Nephrology Division, Department of Medicine, New York University Grossman School of Medicine, New York, New York 4 Renal and Intensive Care Unit, Hilton Life Hospital, Cape Town, South Africa 5 Department of Renal and Solid Organ Transplantation, Red Cross War Memorial Childrens Hospital, University of Cape Town, Cape Town, South Africa 6 Division of Nephrology, St. Michael's Hospital, University of Toronto, Ontario, Canada

Comentario Dra Mabel Alvarez Quiroga *

***(miembro del grupo de trabajo de Diálisis Peritoneal de la SAN- miembro del Consejo de DP de ANBA)**

Uno de los inconvenientes de asistir a los pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal es el soporte durante la internación. Nuestra realidad implica que muchas veces son derivados a instituciones que no cuentan con programas de DP ni con personal capacitado para realizarla, quedando en una zona crítica. La solución en estos casos es convertir al paciente a otra terapia de reemplazo renal que se utilice en el lugar de internación. Por otro lado, en las unidades de cuidado intensivo de adultos, DP no es la opción habitual para tratamiento de insuficiencia renal aguda, siendo subutilizada. La experiencia con la pandemia de COVID-19, demostró la importancia de DP cuando otros recursos no se encontraban disponibles. Este artículo realiza una amplia revisión del tema, con el objetivo de mostrar la utilidad y posibilidad de implementar DP en ambas situaciones (ofrecerla en casos de insuficiencia renal aguda, o continuar con DP en pacientes que realizan tratamiento crónico y presentan enfermedad crítica con requerimiento de cuidados intensivos). ¿Será posible en el ámbito de la República Argentina?

Recomendamos la lectura de este trabajo y otros de la Dra Daniela Ponce, donde explica en forma clara y minuciosa su experiencia con el programa de DP en agudos. Muchos pacientes que quedan con requerimiento de tratamiento crónico son dados de alta con el catéter implantado y capacitados durante la internación, con lo que la transición a la terapia domiciliar resulta menos cruenta. Aquellos que no desean continuar en DP, se les confecciona un acceso vascular iniciando HD cuando presenta el desarrollo adecuado, evitando el uso de catéteres vasculares transitorios y el riesgo asociado de infección endovascular.