

- === Ventajas ===
- * Puede hacerse en casa.
- * Relativamente fácil de aprender.
- * Fácil para viajar, los bolsos de solución son fáciles de llevar en vacaciones.
- * El balance de fluido es normalmente más fácil que en hemodiálisis.
- * Por ser continua o efectuarse al menos durante muchas más horas que la Hemodiálisis, no requiere tantas limitaciones dietéticas como la hemodiálisis, en la que hay que mantener restricciones hasta la siguiente Sesión (dos o tres días después).
- * Teóricamente mejor para comenzar con diálisis, debido a que la salida nativa de la orina se mantiene por más tiempo que en hemodiálisis.
- * Es más barata que la Hemodiálisis, no sólo por su propio precio, sino porque además no requiere desplazamientos al Hospital, la anemia se controla mejor con menores dosis de Eritropoyetina, y el paciente puede trabajar con menores limitaciones que estando sometido a Hemodiálisis.

- **Desventajas**

- Requiere un grado de motivación y de atención a la limpieza mientras se realizan los intercambios.

- **Efectos secundarios y complicaciones**

- La diálisis peritoneal requiere el acceso al peritoneo. Debido a que este acceso rompe las barreras normales de la piel, y puesto que la gente con fallo renal generalmente tiene un sistema inmune levemente suprimido, las [infecciones](#) son relativamente comunes. El líquido de DP contiene glucosa, por lo que si no se cuida la limpieza de la técnica, puede favorecer el crecimiento de gérmenes. La frecuencia de infección de líquido peritoneal en las Unidades de DP que cuentan con experiencia es de una infección por paciente cada dos o tres años. Llamada [peritonitis](#) PD, que puede requerir antibióticos y cuidado de soporte (generalmente no requiere ingreso en el Hospital) o, si la peritonitis es severa, retiro o sustitución del catéter y un cambio de la modalidad. Muy excepcionalmente, la peritonitis severa puede ser una amenaza para la vida. La diálisis peritoneal a largo plazo puede provocar cambios en la membrana peritoneal, causando que no actúe más como membrana de diálisis tan bien como antes. Esta pérdida de función puede manifestarse como una pérdida de capacidad para la diálisis, o un intercambio de fluido más pobre (también conocido como *falla de [ultrafiltración](#)*). La pérdida de función de la membrana peritoneal puede aconsejar cambios de técnica como paso de CAPD (manual) a técnicas automatizadas como CCPD (ver arriba Tipos de DP), o incluso paso a Hemodiálisis.

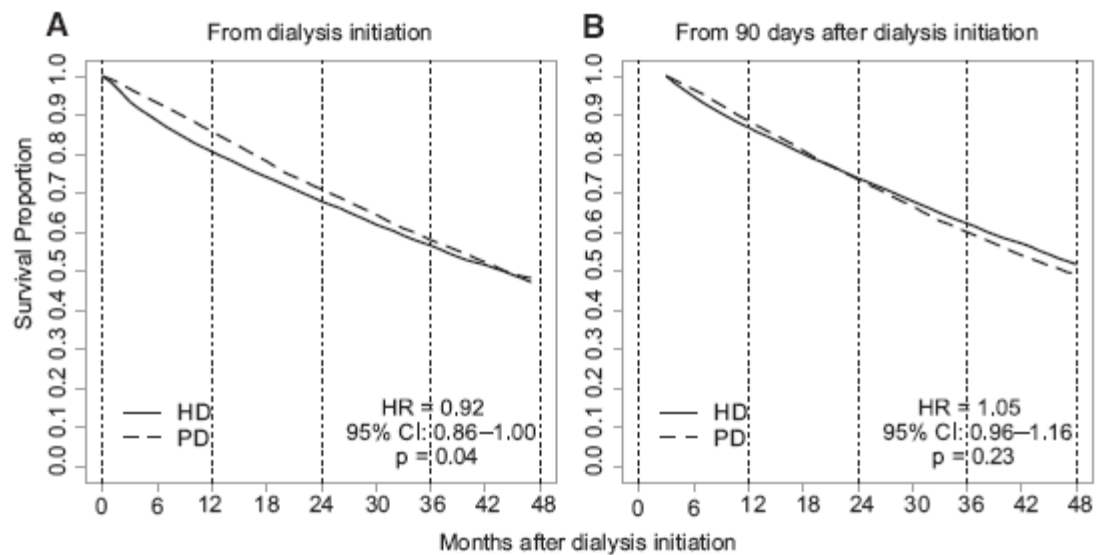
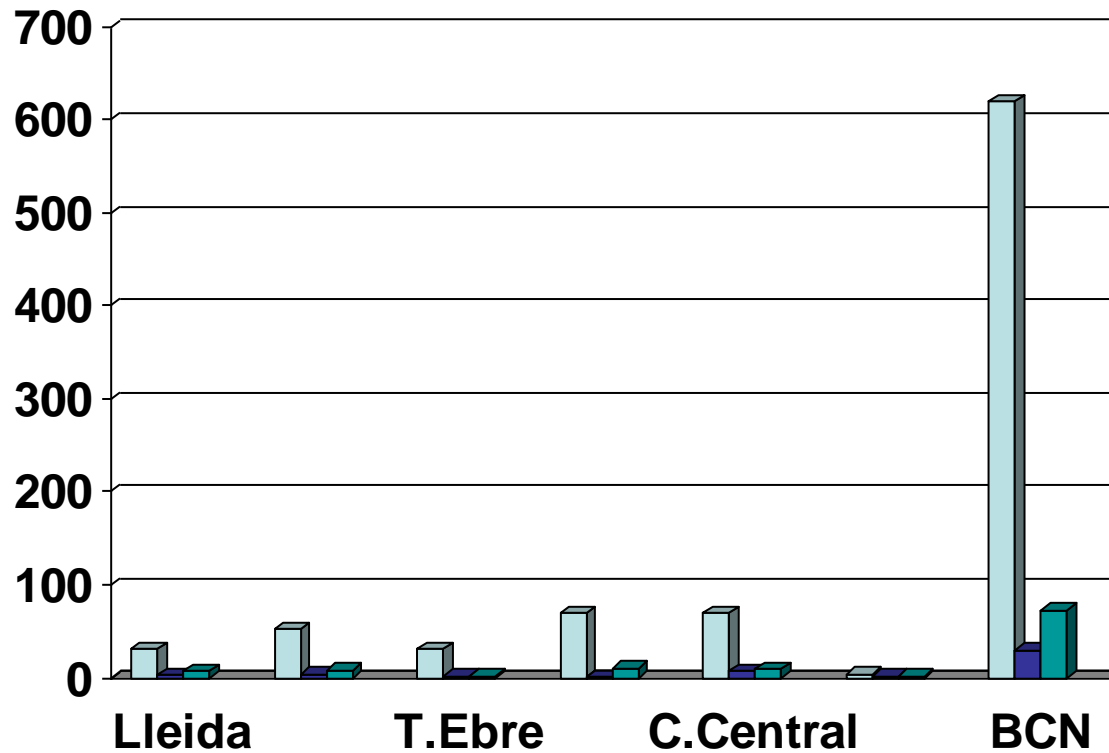


Figure 1. Intention-to-treat in the matched cohort showed lower death risk in PD when follow up began at initiation of dialysis. Risks were similar when follow-up began at day 90. HD, hemodialysis; PD, peritoneal dialysis.

Dades del RMRC 2010



NECOSAD KI 2007

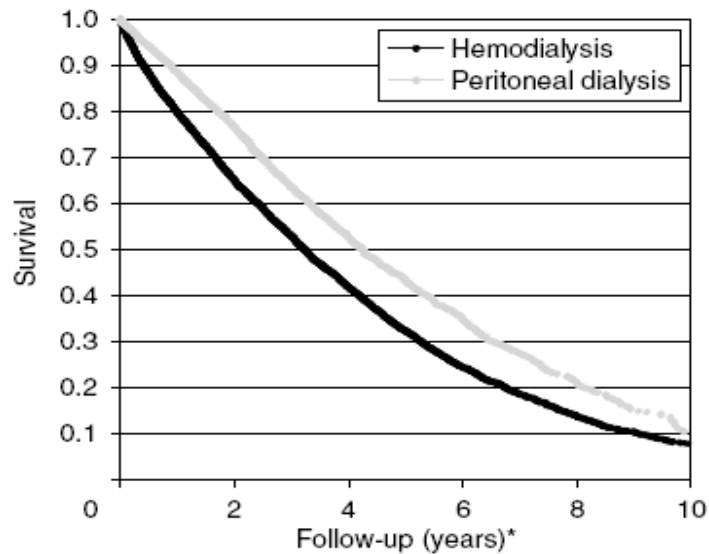
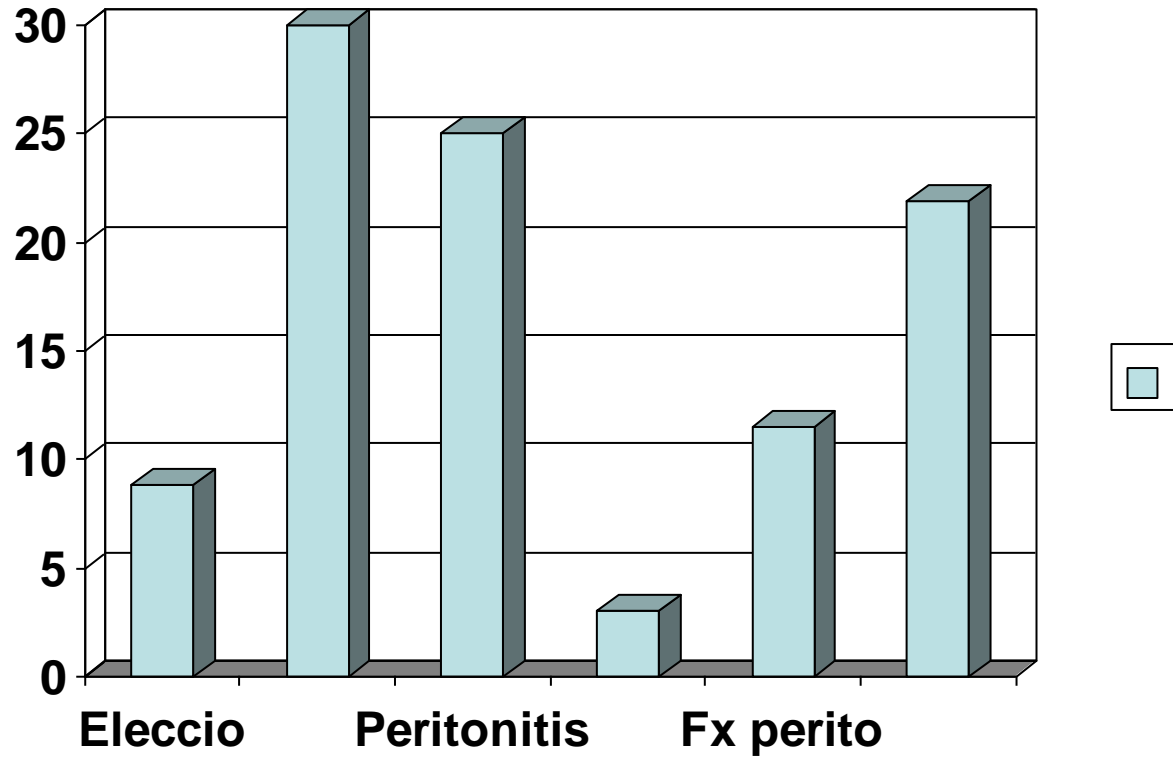
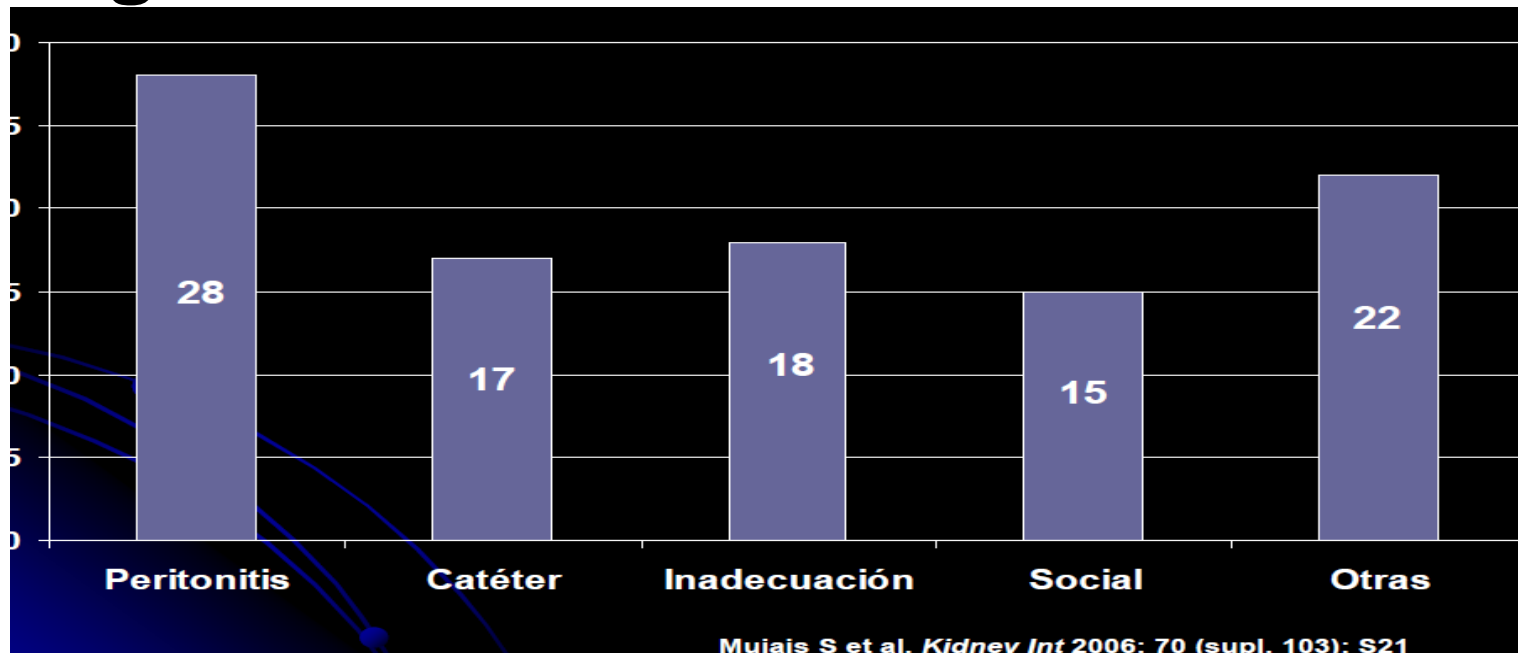


Figure 1 | Unadjusted survival of dialysis patients. Kaplan-Meier curves of survival of HD (black line) and PD (grey line) patients, censored for transplantation (log-rank test: $P < 0.001$). *Follow-up censored for transplantation in years.

CAUSES

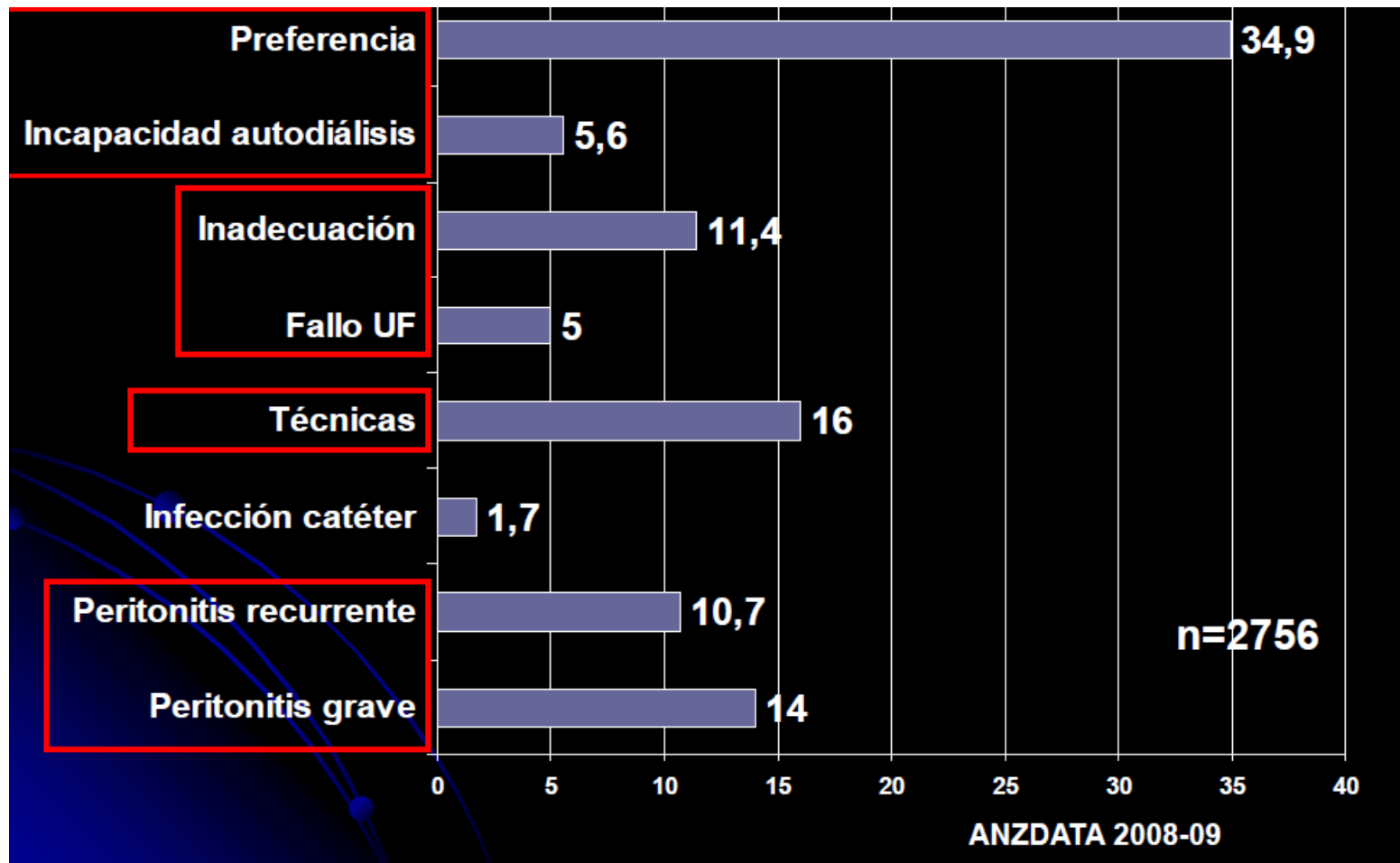


- **Causas de transferencia DP → HD**
Registro USA



Causas de fallo de la técnica en DP

Registro de Australia y Nueva Zelanda



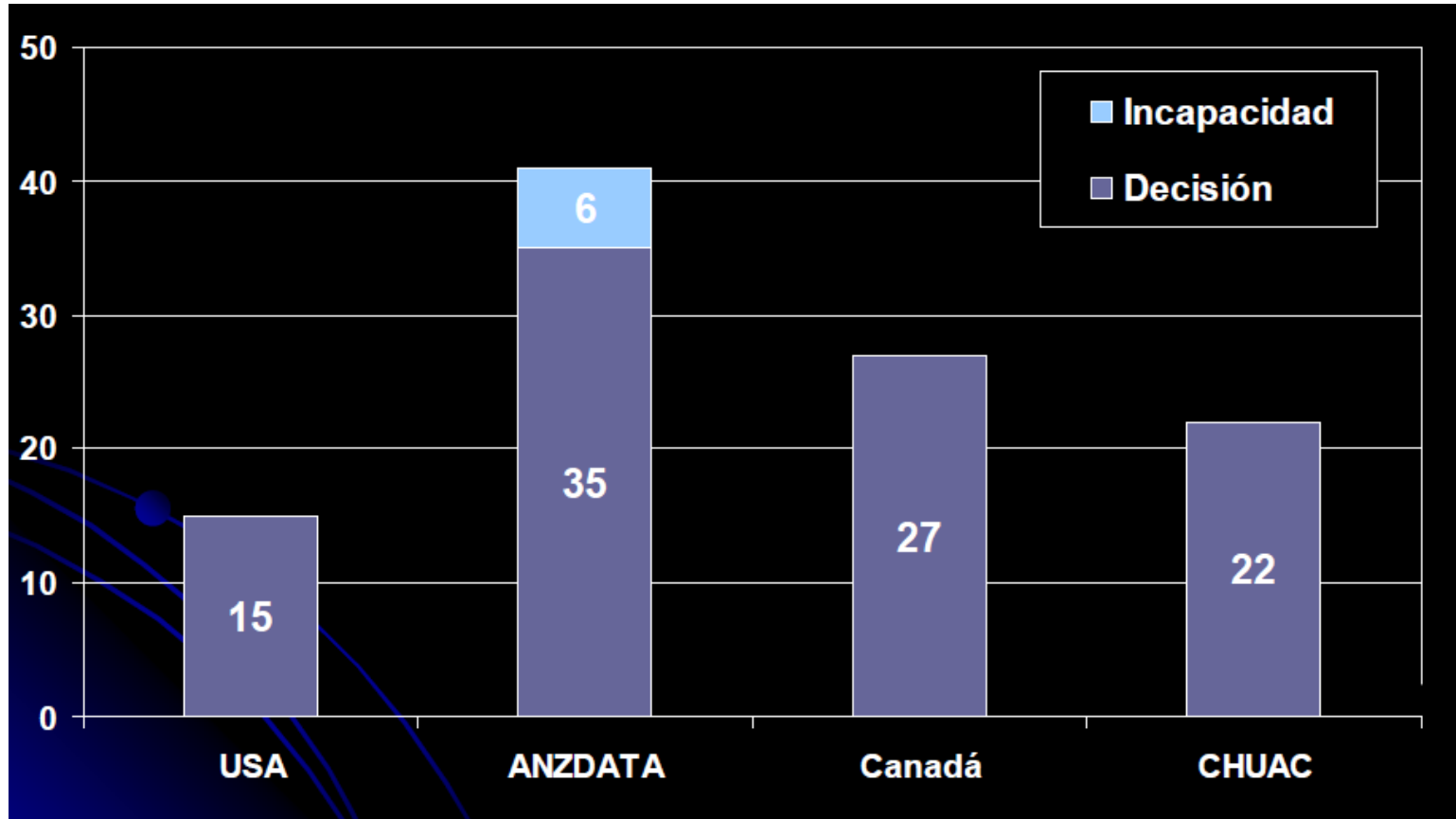
SPECIAL ARTICLE

**ISPD POSITION STATEMENT ON REDUCING THE RISKS OF PERITONEAL
DIALYSIS-RELATED INFECTIONS**

Beth Piraino,¹ Judith Bernardini,² Edwina Brown,² Ana Figueiredo,³ David W. Johnson,⁴ Wai-Choong Lye,⁵
Valerie Price,⁶ Santhanam Ramalakshmi,⁷ and Cheuk-Chun Szeto⁸

- **Personal cualificado (DP y aprendizaje) y motivado**
- **Protocolos de actuación claros y metódicos**
- **Especial atención a:**
 - **Asepsia (lavado de manos, desinfectante...)**
 - **Comportamiento ante contaminaciones**
- **Vigilancia continuada de resultados**
- **Visita-Entrenamiento domiciliario**
- **Reentrenamiento**

Abandono de DP por decisión del paciente o causa social

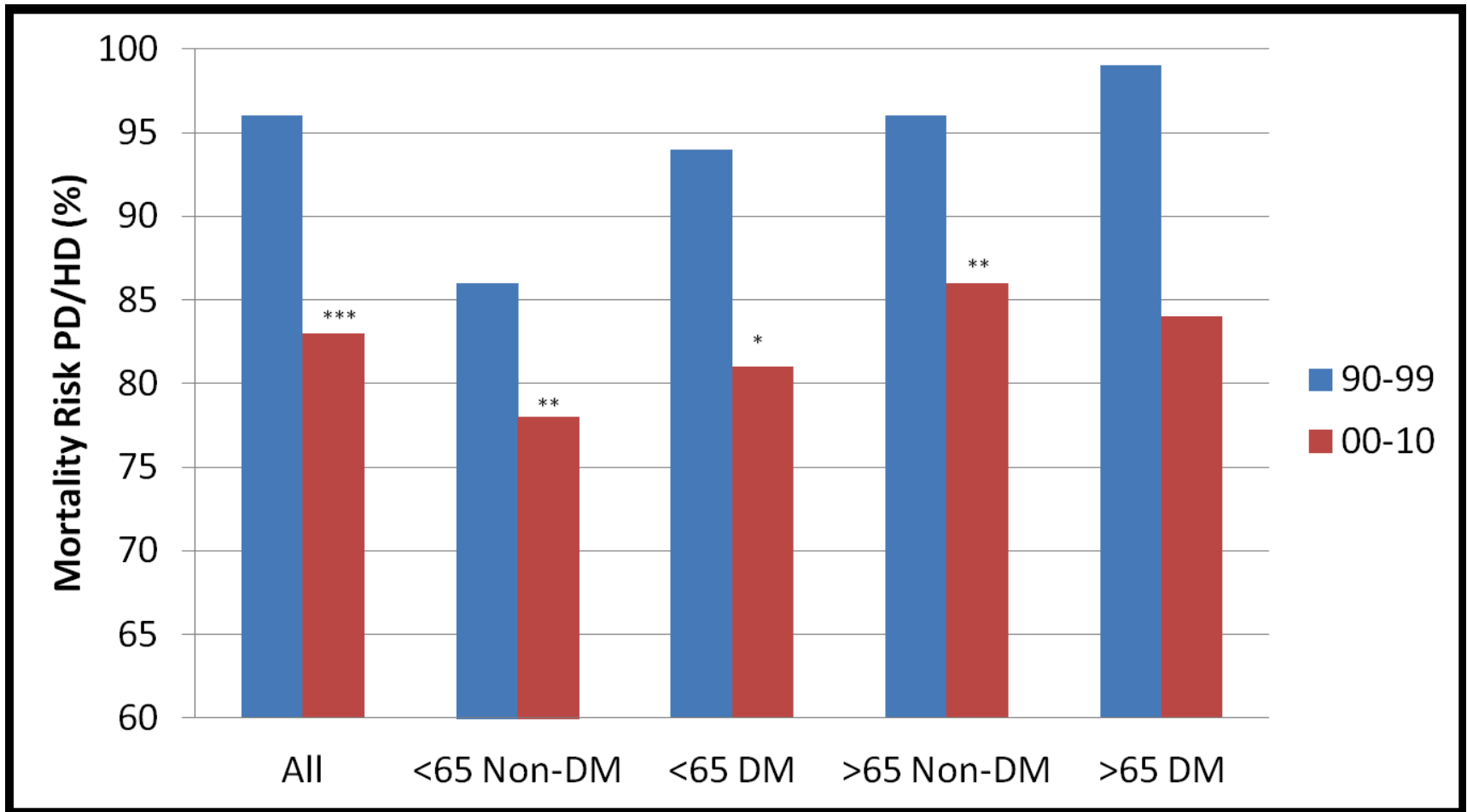


Advances in Peritoneal Dialysis, Vol. 25, 2009

Rebecca Moore, Isaac Teitelbaum

Preventing Burnout in Peritoneal Dialysis Patients

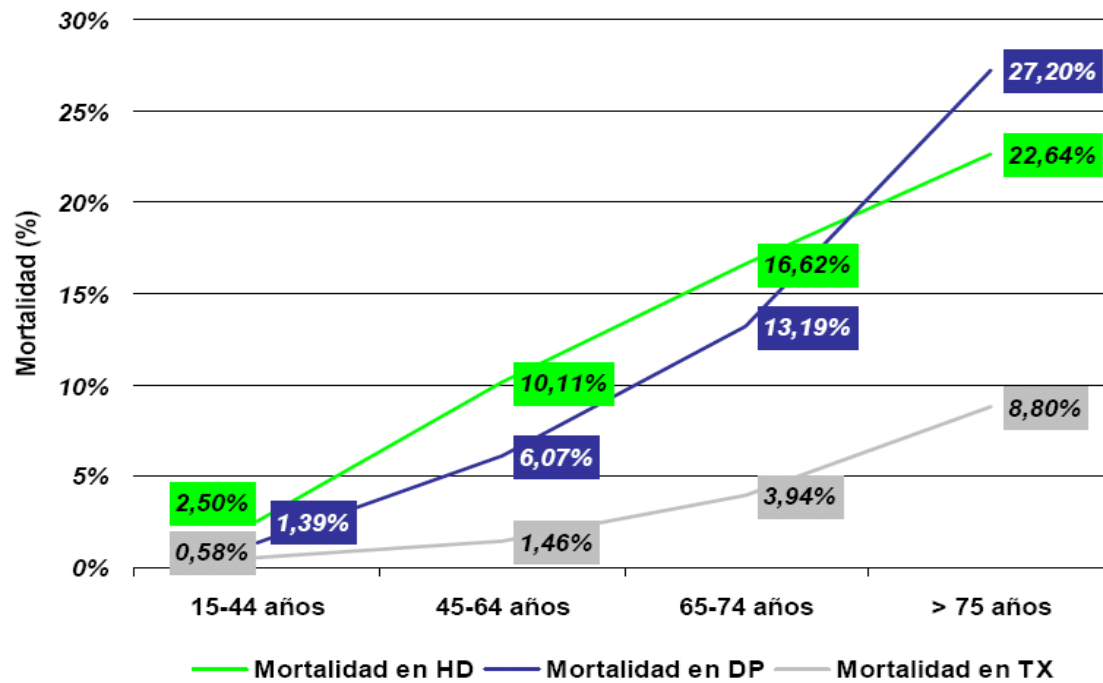
Dialysis Modality: Summary



6.2. Modalidad de tratamiento

Figura 13

Mortalidad según modalidad de tratamiento



ONLINE FIRST

Similar Outcomes With Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in Patients With End-Stage Renal Disease

Rajnish Mehrotra, MD; Yi-Wen Chiu, MD; Kamyar Kalantar-Zadeh, MD; Joanne Bargman, MD; Edward Vonesh, PhD

Background: The annual payer costs for patients treated with peritoneal dialysis (PD) are lower than with hemodialysis (HD), but in 2007, only 7% of dialysis patients in the United States were treated with PD. Since 1996, there has been no change in the first-year mortality of HD patients, but both short- and long-term outcomes of PD patients have improved.

Methods: Data from the US Renal Data System were examined for secular trends in survival among patients treated with HD and PD on day 90 of end-stage renal disease (HD, 620 020 patients; PD, 64 406 patients) in three 3-year cohorts (1996-1998, 1999-2001, and 2002-2004) for up to 5 years of follow-up using a nonproportional hazards marginal structural model with inverse probability of treatment and censoring weighting.

Results: There was a progressive attenuation in the higher risk for death seen in patients treated with PD in earlier cohorts; for the 2002-2004 cohort, there was no significant difference in the risk of death for HD and PD patients through 5 years of follow-up. The median life expectancy of HD and PD patients was 38.4 and 36.6 months, respectively. Analyses in 8 subgroups based on age (<65 and \geq 65 years), diabetic status, and baseline comorbidity (none and \geq 1) showed greater improvement in survival among patients treated with PD relative to HD at all follow-up periods.

Conclusion: In the most recent cohorts, patients who began treatment with HD or PD have similar outcomes.

Arch Intern Med. 2011;171(2):110-118.
Published online September 27, 2010.
doi:10.1001/archinternmed.2010.352

Resumen de Supervivencia en DP

- Similar a HD
 - Mejor en los primeros año-dos años
- Afectada positivamente por:
 - Efecto centro
- Afectada negativamente por:
 - Edad
 - Diabetes tipo 2
 - Alto transporte?

La Experiencia de Corea del Sur después de 25 años

Seung Hyeok Han et al, PDI 27:432, 2007

- 2300 pacientes
- 100 nuevos cada año
- Supervivencia 72% a los 5 años y 50% a los 10 años
- Peritonitis global 1 episodio cada 32 pacientes (reciente 1e/41)

- PACIENTE CON MAS RIESGO PASO A HD

- Accès vascular
- Treure catèter
- Diuresis residual
- Dosis de diàlisis
- Fàrmacs especials
- EPS

UK EPS GUIDELINES 2009

- Guideline 4.1 – Switching of dialysis modality in long-term PD
- Routine pre-emptive switching to haemodialysis after a specified time on PD is not recommended (GRADE 1C).
- Rationale
- The incidence of EPS increases significantly with time on PD, particularly after 5 or more years of treatment but the optimal approach to patients on long duration PD is unclear. The majority of long-term PD patients will not develop EPS. Preemptive switching to haemodialysis could potentially be associated with development of EPS rather than being a preventive action and there is no prospective data demonstrating benefit of such a policy. Modality switch could have significant adverse psychosocial and medical implications for patients, which need to be considered on an individual basis. With improvement in management and outcome of EPS, there is a less strong incentive to stop PD pre-emptively to try to prevent development of EPS. Decisions on continuation of PD in long-term patients should be made on an individual basis, and also consider factors determining patient and technique survival, such as frequency of peritonitis, clearance including residual renal function, peritoneal membrane function, ultrafiltration and potential for Transplantation.

- Importantly, EPS may develop or worsen after stopping PD. There are no
- prospective data demonstrating any benefit of preemptively switching
- longterm
- PD patients to HD.
- • If considering switching patients from long-term PD to HD preemptively
- because of concern about risk of EPS, it may be appropriate to select those
- patients with potentially adverse features such as high and rising peritoneal
- permeability, low ultrafiltration capacity, difficulty in fluid balance control,
- and requirement for high glucose concentration dialysate, as well as those
- with frequent episodes of peritonitis. These features would then possibly
- select those at greater risk of PD technique failure as well as EPS. The
- effect of this management on EPS risk is, however, unknown.
- • There is not enough evidence to support a single rule about optimal length
- of time on PD to avoid the risk of EPS. Each patient needs to be considered
- individually.
- Brown