

De la excelencia al caos

V. Pérez Bañasco* y F. J. Borrego.

Presidente de la Sociedad Sur de Nefrología*. Servicio de Nefrología. Hospital General de Especialidades Ciudad de Jaén. Jaén.

En el interesante libro de Tom Peters *Del Caos a la Excelencia*¹ que trata del éxito comercial de importantes empresas multinacionales, se anotan las necesarias modificaciones que precisan las empresas para superar los continuos avatares del mercado. Tres consideraciones, procedentes de la filosofía empresarial japonesa, destacan claramente entre ellas: la primera es procurar no equivocarse al inicio de la producción porque el coste será mucho mayor; la segunda es la necesidad de estar continuamente dispuestos a modificar los planes para adaptarnos a las circunstancias y, finalmente, el que cualquier aportación para la mejora ha de tenerse en cuenta, incluso las opiniones de los más modestos elementos de la empresa.

La Nefrología española ha alcanzado un lugar destacado en la comunidad nefrológica internacional². Numerosos nefrólogos españoles ocupan cargos de relevancia en organizaciones especializadas internacionales o son responsables de la celebración de reuniones y otros eventos importantes. En la primera mitad de 1994, los autores españoles ocuparon el cuarto lugar en número de artículos originales publicados en *Nephrology Dialysis and Transplantation* y el segundo lugar en número de casos clínicos³.

Este importante desarrollo se ha alcanzado en un período de tiempo relativamente corto en el que casi todos hemos tenido que nacer y desarrollarnos. Al recorrer este camino hemos debido superar innumerables obstáculos unas veces por falta de medios, otras por la necesaria adaptación a la demanda asistencial y, con frecuencia, nos hemos enfrentado con una variabilidad asistencial generada por la propia actuación de la Nefrología, antes de que la Administración disponga de soluciones a dicho problema. En esta evolución hemos sabido mantener excelentes niveles de calidad asistencial, de adecuada formación y de apertura y desarrollo de interesantes líneas de investigación.

Sin embargo, un importante elemento históricamente relacionado con la hemodiálisis no ha seguido la misma evolución y control que los demás com-

ponentes de la práctica hemodialítica: nos referimos a la disponibilidad de acceso vascular (AV). Por definición la práctica de la hemodiálisis necesita de un AV para poder existir. Hasta el diseño en los años 60 de la fístula arteriovenosa como acceso vascular crónico para hemodiálisis⁴, no se pudieron iniciar los programas de hemodiálisis para crónicos tal y como hoy los concebimos.

Pero ¿quién se encarga de construir el AV de un paciente en hemodiálisis? Esta es la piedra angular del problema. Lógicamente la realización de dicho AV se incluye dentro de las actuaciones de los Servicios de Cirugía Vascular en la mayoría de los grandes hospitales españoles. En algunos otros, se encargan los Servicios de Cirugía General de su construcción si bien dicha actividad es totalmente voluntaria, y no siempre contemplada en el programa de formación de los médicos residentes de Cirugía General.

En los primeros años la práctica del AV para hemodiálisis era un acto dependiente de una voluntad quirúrgica individual. No se había definido la obligación de su realización, por lo que quedó en manos de algún cirujano «colaborador», circunstancia que se vivió en casi todos los hospitales de provincias. Poco después, una nueva distribución de medios asistenciales, la estructuración de los hospitales regionales, parecía aportar una definición de «obligaciones» para la práctica de los AV, con la creación de los Servicios de Cirugía Cardiovascular o Vascular en dichos centros.

Pero tal evento condujo a una nueva dimensión del problema. La mayoría de los hospitales generales y comarcales quedaron sin «obligaciones» quirúrgicas respecto a los AV para hemodiálisis, ya que éstas fueron derivadas hacia los hospitales regionales. Por ejemplo, en Andalucía cinco servicios de cirugía cardiovascular o vascular debían atender 37 unidades de hemodiálisis repartidas entre hospitales, servicios, secciones o unidades autónomas de hemodiálisis. De esta manera la asistencia urgente de problemas sobre un AV se ve complicada por el hecho de tener que ser desviado al servicio de cirugía vascular del hospital de referencia. A esto hay que añadir que los problemas también han llegado a los propios hospitales regionales, en donde el aumento de la demanda en cirugía vascular ha hecho que, como era natural, lo que a los nefrólogos nos parece prioritario no lo sea para dichos servicios agobiados por otras demandas más directamente relacionadas con ellos. La realidad actual es que un importante número de ser-

Correspondencia: Dr. V. Pérez Bañasco.
Servicio de Nefrología.
Hospital General de Especialidades.
Avda. Ejército Español, 10.
23007 Jaén.

vicios de nefrología se encuentran ausentes de apoyo definido y «obligado» para la práctica de los AV de sus pacientes, tanto en el desarrollo programado de las mismas como en la atención a las complicaciones urgentes que puedan sufrir.

Se han ensayado diferentes soluciones a este problema. Una forma de abordar el tema ha sido la inclusión de los AV en programas de conciertos o autoconciertos, en sus diversas «modalidades de compensación» y con las que irremediamente surgió el modelo de si hay «concierto» hay AV, si no hay «concierto» no hay AV. Si consideramos que los «Conciertos» se acompañan de un indefinido tiempo de negociación y desarrollo, es habitual que ello signifique muchos meses sin práctica de AV. El otro «modelo» seguido ha sido la contratación directa del acto quirúrgico, generalmente fuera del hospital hemodializador, con las consiguientes y añadidas incomodidades para pacientes y sistemática asistencial.

La situación expuesta en los párrafos anteriores esta muy desarrollada en la Comunidad Andaluza, en donde desde hace años y ante la diversidad de modelos «al uso», sufrimos unos y otros tremendas dificultades para conseguir con normalidad la realización de un AV para hemodiálisis. En cada una de las ocho provincias andaluzas se practica un modelo diferente, considerando además que se ha de atender a 37 unidades de hemodiálisis y sólo en muy pocos hospitales se asume la obligación de realizar AV. El resto, la mayoría, quedamos a la voluntad de que un «Concierto», un «contrato» o un «colaborador» abnegado posibilite dicho AV.

Pero ¿qué consecuencias tiene el no disponer de AV definitivo, ya sea catéter o fístula? Evidentemente el uso de catéteres transitorios como AV. La práctica habitual y la relativa facilidad de colocación de tales catéteres ha permitido salvar esta situación de momento y llegar a acostumbrarnos a ver a nuestros pacientes sin un AV definitivo, a la espera de la aparición del «Concurso» correspondiente que solucione el problema. Pero no olvidemos que tal maniobra sí tiene repercusiones. El coste asumido en el mantenimiento de tales pacientes es importante cuando se utilizan catéteres de una luz, ya que esa hora extra de diálisis realizada tiene un coste no desdeñable⁵. Dicho coste supera el gasto ocasionado por la realización privada o concertada de sus AV definitivos. A esto hay que sumar las posibles complicaciones que puedan surgir de su uso habitual y prolongado, como son infecciones⁶, estenosis⁷ o trombosis^{8,9} e incluso fallecimientos⁵. La propia organización de las diálisis puede verse alterada profundamente cuando en una unidad una proporción importante de pacientes se dializan con un catéter como AV. La organización del propio transporte se ve dificultada al suponer diferentes horarios en caso de diálisis con unipunción. Con una proporción creciente de pacientes de edad avanzada, con un mayor número de pacientes diabéticos y con patología vascular periférica¹⁰, con una mayor supervivencia de pacientes en diálisis se vuel-

ve fundamental disponer de actuaciones quirúrgicas concretas tempranas y eficaces.

Ciertamente nos llama la atención que, este problema, endémico en Andalucía desde hace tiempo, no se esté reflejando en el resto del país; al menos consultados los últimos diez años de comunicaciones, editoriales, cartas... presentes en nuestra revista NEFROLOGIA: en ningún caso se menciona dicho problema. Ni siquiera en los informes del *Registro Nacional de Diálisis y Trasplante* se menciona este aspecto tan importante¹¹. Si es así nos alegramos y en su caso nos gustaría conocer cómo se ha conseguido que ello sea posible. Pero si no lo es y, nos parece que sea lo más probable, es que todos o la mayoría tenemos un problema que seguirá creciendo mientras no se defina con claridad, dónde y quién debe practicar el AV para hemodiálisis. Mientras que la hemodiálisis sea de realización pública, pública debería ser también la responsabilidad de la práctica de dicho AV y por el momento está sin definir si dicha práctica lo es.

¿Con qué soluciones contamos ante este problema? Evidentemente cualquier solución pasa por concienciar a quien tenga la responsabilidad de organizar los recursos sanitarios de que un AV es fundamental y vital; que no se trata de un capricho de un grupo de especialistas. Realmente la cirugía de AV supone un gran número de actuaciones en un programa de cierta envergadura¹². Cerca del 20 % de las causas de ingreso de los pacientes en hemodiálisis son debidas a problema de AV¹³. Que su realización no se relegue a un «hueco» de quirófano, a una guardia de un «colaborador», o a una lista de espera de un hospital de referencia, en donde la realización de cualquier otra cirugía vascular es en principio mucho «más importante y urgente». Concienciar a cada Administración es tarea de cada uno de nuestros servicios, pero hace falta tomar cartas en el asunto a través de una entidad superior. No podemos aceptar soluciones a corto plazo, que puede haber varias, probablemente menos de las que a priori nos proponen, ya que algunas dependen exclusivamente de la disponibilidad económica del momento, y no podrán estar disponibles en forma de programa o actuaciones puntuales. Soluciones a largo plazo estructuradas y promovidas desde altas instancias (Ministerios o Comisiones Nacionales de especialidad) lograrán hacer frente al problema. Entendemos que mientras los servicios de cirugía general de los hospitales generales y comarcales no asuman la práctica de AV como rutina o actuación de «obligado» cumplimiento será difícil que todos dispongamos de dicha práctica. ¿Podría ser eficaz el proponer y promover que los servicios de cirugía de estos hospitales generales incluyan como obligatorios el uso y manejo de una cirugía vascular básica, con conocimientos sobre sutura vascular, reposición, colocación de prótesis, implantación catéteres venosos centrales, etc.?

Este manuscrito pretende llamar la atención sobre un problema importante que tarde o temprano puede

generalizarse. El tomar nota de lo que aquí denunciamos debe movernos a no dejar que este problema empeore y empañe la calidad asistencial y científica alcanzada por nuestra especialidad y nos conduzca «de la excelencia al caos».

Bibliografía

1. Tom Peters: Del Caos a la Excelencia. Ed. Folio. Barcelona, 1990.
2. Fernando Valderrábano: Presente y futuro de la Nefrología Española. *Nefrología* XIII (6):501-509, 1993.
3. E. Ritz: News from the editorial office. *Nephrol Dial Transpl* 10 (1):1-4, 1995.
4. Brescia MJ, Cimino JB, Appel K y Hurwicz BJ: Chronic hemodialysis using venipuncture and surgically created arteriovenous fistula. *N Eng J Med* 175:1089-1092, 1966.
5. Borrego Utiel FJ, Pérez del Barrio P, Pérez Bañasco V, García Cortés MJ, Sánchez Perales MC, Serrano Angeles P, Borrego Hinojosa J, García Marcos S y Liébana Cañada A: Repercusión económica de los catéteres venosos centrales como acceso vascular en hemodiálisis crónica. *Nefrología* (en este número).
6. Hung KY, Tsai TJ, Yen CJ y Yen TS: Infection associated with double lumen catheterization for temporary haemodialysis: experience of 168 cases. *Nephrol Dial Transpl NDT* 10 (2):247-251, 1995.
7. Schillinger F, Schillinger D, Montagnac R y Milcent T: Post-catheterisation vein stenosis in haemodialysis: comparative angiographic study of 50 subclavian and 50 internal jugular accesses. *Nephrol Dial Transplant* 6 (10):722-4, 1991.
8. Garrón MP, Caramelo C, Brito M, Ortiz A, Renedo G, Blum G, Manruque MP y Hernando L.: Tromboembolismo pulmonar: complicación de la cateterización de la vena femoral en ancianos. *Nefrología* XI (2):191-193, 1991.
9. Rivera CF, Pontán MP, Cao M, Saavedra J, Daza JF, Alonso A y Valdés Cañedo P.: Complicaciones agudas de los catéteres venosos centrales para hemodiálisis. *Nefrología* X (Supl. 4):67, 1990 (abstract).
10. Informe del registro de la EDTA. Viena, 1994.
11. Comité de registro de la SEN: Registro nacional de diálisis y trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe de 1991. *Nefrología* XIV (1):39-57, 1994.
12. Polo JR, Sanabria J, Serantes A, Fiuza C, Menárguez C, Gómez F y Goicoechea M: Prótesis de PTFE húmero-axilar para diálisis. *Nefrología* XII (5):416-423, 1992.
13. Pérez García R, González R, Anaya F, García Vinuesa MS y Valderrábano F: Factores con valor pronóstico de morbimortalidad en hemodiálisis. *Nefrología* XIV (Supl. 2):80-88, 1994.