

ESTUDIO DE LA EXTRUSIÓN DEL TOPE EXTERNO DE DACRON DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL

Conchita Blasco Cabañas, Esther Ponz Clemente, Dolores Marquina Parra, Silvia Peña Cadierno, Nuria Mañé Buixo, Juan Carlos Martínez Ocaña, Elios Yuste Jiménez, Manuel García García

Corporación Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

RESUMEN

La supervivencia de la técnica de Diálisis Peritoneal (DP) depende en gran medida del correcto funcionamiento del catéter peritoneal. En los últimos años observamos como las mejoras en la conectología, han permitido disminuir las tasas de peritonitis pero no se ha observado una disminución de las tasas de infección del orificio de salida (IO) del catéter de DP que sigue siendo una importante causa de pérdida de catéteres. Cuando nos encontramos con una IO crónica o con IO agudas recidivantes podemos optar por el recambio directo del catéter o intentar salvar el catéter realizando alguna técnica quirúrgica. La más utilizada y conocida es la extrusión del tope externo de dacron del Catéter de DP (EC), aunque los resultados son variables. La principal ventaja de la EC es que no se interrumpe el tratamiento con DP.

La extrusión consiste en remover del tejido subcutáneo el tope de dacron externo, aprovechando para realizar una limpieza quirúrgica del posible tejido infectado, dejando el resto del catéter en la misma posición.

OBJETIVO

Valorar la experiencia de EC en un único centro. Analizar las complicaciones y la supervivencia del catéter después de la EC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las EC realizadas desde 1992 a agosto de 2006, con un periodo de seguimiento mínimo de 6 meses hasta febrero de 2007.

Se ha recogido datos demográficos y clínicos destacando infecciones del orificio y germen, supervivencia del catéter y motivo de retirada. Se recogen las tasas de peritonitis e IO anuales.

La EC se ha efectuado después de un tratamiento antibiótico completo nunca en situación de infección aguda.

RESULTADOS

Durante casi 15 años, se han tratado un total de 132 enfermos en DP, la edad media al inicio 59.0 años. Un 60% eran varones y un 22.7 % tenían nefropatía diabética como enfermedad de base. La tasa de IO ha sido de un episodio cada 28.3 meses-paciente y la de peritonitis un episodio cada 23 meses-paciente,

Se han realizado 11 EC sin complicaciones durante el procedimiento, salvo una rotura accidental del catéter que pudo solucionarse. La edad media de los enfermos ha sido de 47 años. El tiempo medio transcurrido desde la colocación del catéter hasta la EC ha sido de 26 meses y el tiempo de seguimiento medio desde la EC ha sido de 15.4 meses.

En 5 casos (45 %) se observó que el tope de dacron externo estaba situado próximo a la piel, a menos de 10 mm.

Los gérmenes responsables de la EC han sido: *S. aureus* en 4 casos *Pseudomona aeruginosa* en 3 casos *Corynebacterium* en 2 casos y 2 bacilos Gram. negativos (*Serratia marcescens* y *E. coli*).

La evolución a medio plazo ha sido buena, el motivo de retirada de los catéteres ha sido por trasplante renal en 7 casos, una enferma falleció en DP a los 53 meses de la EC, otra sigue en DP 9 meses después. Sólo en dos enfermos se retiró el catéter por peritonitis secundaria a gérmenes diferentes a la IO que originó la EC a los 9 y 12 meses.

DISCUSIÓN

En nuestra experiencia, los enfermos que precisaron una EC eran más jóvenes y realizaban técnicas automáticas. La tasa de IO era mucho mayor que la del programa general como corresponde a enfermos con problemas de IO recurrentes. La tasa de peritonitis es similar en el grupo de EC al global del programa pero el porcentaje de pacientes transferidos por peritonitis es mayor. Con un periodo de seguimiento medio de 15.4 meses, podemos considerar que la técnica ha sido eficaz en el 82 % de los casos. Siempre hemos esperado a la resolución del episodio agudo y esta situación puede favorecer los resultados. Además de un buen resultado a medio-largo plazo, destacamos la ausencia de complicaciones agudas o crónicas en relación a la técnica, como fugas o caídas del catéter. En casi la mitad de los casos se observó que el dacron externo estaba demasiado próximo a la piel lo que podría facilitar la infección. En la colocación catéter se tiene en cuenta la recomendación de que el dacron externo esté a más de dos cm de la piel.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la EC es segura y ha permitido salvar la mayoría de catéteres de DP. No hemos observado complicaciones importantes y las pérdidas de catéteres posteriores no se han relacionado con la IO que ocasionó la extrusión.

Nota: Este trabajo será publicado íntegramente en la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica