

LA POSICIÓN DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL NO ES ESENCIAL PARA UN CORRECTO FUNCIONAMIENTO

MIRIAN GARCÍA MARTÍNEZ M^a TERESA SOLA GARCÍA RAQUEL PELAYO ALONSO ANA BEJINES RAMÍREZ CARMEN HIGUERA ROLDÁN VIOLETA OLALLA ANTOLÍN MARINA ROJO TORDABLE EMILIO IBARGUREN RODRÍGUEZ ROSA ALONSO NATES

—————**HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA. SANTANDER**

INTRODUCCIÓN

Se acepta que la clave del éxito de la diálisis peritoneal crónica es un acceso permanente y seguro a la cavidad peritoneal. un buen funcionamiento del catéter es una condición absoluta para una adecuada diálisis peritoneal. La mala posición de los catéteres puede explicar los problemas de flujo, se recomienda colocar la punta del acceso en el área pélvica. Desde que la laparoscopia se ha extendido en la cirugía abdominal, su uso para la implantación de catéteres de DP ha aumentado. Cuando la implantación se realiza por vía laparoscópica, son casi inexistentes las complicaciones quirúrgicas, sino también la disfunción mecánica están casi eliminadas. A pesar de ello, no se utiliza de forma rutinaria debido a costosos equipos, la frecuente necesidad de anestesia general y la larga lista de espera.

Algunos centros usan Rayos X de abdomen para evaluar la correcta posición del catéter después o durante la implantación, y por consiguiente, para optimizar su posición antes o después de la fijación. El objetivo de nuestro estudio fue comprobar si el catéter de DP debe ser necesariamente ubicado en el área pélvica para lograr la adecuada función y, si la exploración de radiológica debe ser obligatoria cuando se realiza la implantación a ciegas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes

Hemos seleccionado los pacientes que llevaban en DP por lo menos 3 meses en el momento del estudio (de abril de 2007). Un total de 42 de los 51 pacientes fueron incluidos en el estudio. Los otros nueve fueron excluidos por llevar menos de 3 meses en la DP. Treinta (71,4%) estaban en DP continua ambulatoria y 12 (28,5%) DPA (con un cambio manual adicional al mediodía). Todos los intercambios se realizaron con 2 L de solución de glucosa de DP con diferentes combinaciones.

Métodos

Los catéteres que suelen ser implantados en nuestra unidad por nefrólogos de manera ambulatoria suelen ser el swan-neck y Tenckhoff II, utilizando un conjunto Y-tec, de acuerdo con las políticas del centro. Se va a realizar al lado de la camilla antes de concluir el procedimiento de implantación, un intercambio de fluido de DP a 2L para probar su función. Se realizó una radiografía abdominal postoperatorio en el grupo de pacientes en estudio, con el fin de ver si el catéter de DP debe ser necesariamente colocado en el área pélvica para una buen funcionamiento. A continuación, se clasificó a los pacientes en función de su posición intraabdominal, como posicionado correctamente si estaban situadas en el área pélvica (grupo A) y en cualquier otra posición (grupo B).

Los pacientes que se encontraban en DPCA se registró el tiempo empleado en todos los intercambios de 1 semana y se obtuvo el valor medio. Del mismo modo se hizo con los de PDA, ya que todos ellos tenían un cambio manual, los datos se registraron de acuerdo con el procedimiento manual y no el automático. El tiempo de permanencia en el procedimiento de intercambio se analizaron por separado (de infusión y drenaje). En nuestro centro consideramos adecuado unos tiempos de infusión y drenaje inferiores a 15 y 20 minutos, respectivamente.

El análisis estadístico

Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar. Se utiliza la prueba de ANOVA para localizar diferencias. Valores de p inferior a 0,05 se consideran significativos. El software estadístico utilizado es Package for Social Sciences (SPSS versión 12.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EE.UU)

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes eran hombres, 29 (70%) y 13 (30%) mujeres, con una edad media de 65,04 (36-85) años. Con insuficiencia renal terminal de causa glomerular en 16 (38,1%), hipertensión arterial en 11 (26,1%), con nefropatía diabética en 6 (14,3%), nefritis intersticial en 4 (9,6%), desconocido en 3 (7,2%) y enfermedad poliquística renal en adultos en 2 (4,7%) casos.

En nuestra serie el catéter fue correctamente situado en el área pélvica en 25 (60%) pacientes y en los otros 17 (40%) estaba fuera de lugar. Se muestran algunos ejemplos en la figura 1. A pesar de ello, nadie se quejó de disfunción del catéter. En todos los casos el volumen de drenaje en todos los intercambios fue superior a la infusión, más de 2 L. Al analizar la duración de los intercambios se observó que: en el grupo A la media de tiempo de infusión fue de $10,5 \pm 2,2$ (8 - 15) minutos y en grupo B $10,6 \pm 3,9$ (5 - 20), $p = 0,88$. Para el drenaje utilizaron más tiempo que en la infusión: $14,7 \pm 4,3$ (5 - 20) y $15,8 \pm 6,2$ (8 - 20) minutos, respectivamente, $p = 0,59$. (Tabla1)

Figure 1.



Tabla1.

Pacientes	Posición (abdomen)	Tiempo (m)	
		Infusion	Drenaje
1	arriba	20	20
2	medio	15	20
3	arriba	8	20
4	arriba	10	10
5	arriba	10	10
6	arriba	5	10
7	arriba	14	8
8	medio	10	20
9	medio	8	15
10	medio	10	20
11	medio	12	20
12	medio	10	15
13	medio	5	10
14	arriba	15	10
15	medio	10	20
16	medio	10	15
17	arriba	15	15

DISCUSIÓN

Desde el comienzo de la DP han sido muchos los avances logrados en el diseño de los catéteres. A pesar de ello, las complicaciones relacionadas con el catéter aún causa importante morbilidad y transferencia a hemodiálisis. El catéter ideal debería proporcionar buenos tiempos de infusión y drenaje sin fugas o infecciones. Se han publicado acerca de la configuración y la función de los catéteres así como la migración de la punta . El catéter de Tenckhoff sigue siendo el más utilizado; dooble-cuff, segmentos enrollados se prefieren en lugar de los rectos. En algunos casos los catéteres se han diseñado para evitar la migración, la incorporación de un pequeño peso en el segmento peritoneal de titanio o de acero inoxidable. De la Cruz et al. registró una menor probabilidad de fallo en el drenaje cuando el interior de la punta se encuentra en el cuadrante inferior izquierdo. Se sabe que la causa más común de problemas mecánicos es el atrapamiento por el omento, más que la propia migración, que se supone que es menos frecuente cuando se utilizan segmentos enrollados en comparación con el recto, aunque existe controversia. En nuestra experiencia el atrapamiento por el omento no es frecuente con los catéteres rectos y por lo general se soluciona con una adecuada función intestinal.

Muchos centros utilizan la vía laparoscópica para la inserción del catéter. Las ventajas de la laparoscopia son la visualización de la posición del catéter, y la posibilidad de realizar otros procedimientos como la reparación de la hernia, omentopexia, omentectomia si es necesario. En el mismo acto, con la disponibilidad de usar microlaparoscopia para utilizar el catéter para iniciar DP es inmediata. Lamentablemente, su uso sistemático no está siempre disponible, aunque parece justificado, cuando se sospecha, de antemano, que puede haber dificultades en la implantación si fuera necesario otro procedimiento. En nuestra unidad solemos insertar los catéteres a ciegas, cuando es necesaria una intervención quirúrgica o sospecha de adherencias intraabdominales, se realiza la apertura de la cirugía laparoscópica . No cabe duda que con la implantación abierta o laparoscópica, realizar una radiografía no es necesaria, ya que la posición del catéter se visualiza en el procedimiento. En la inserción a ciegas, si se considera que debe ser realizado antes de la fijación (no suele ser posible). Según la literatura, parece que hay una gran variabilidad en los resultados entre las distintas unidades de diálisis peritoneal, y se ha sugerido que el éxito está más correlacionada con el equipo quirúrgico que con el diseño de un catéter o la técnica quirúrgica. En resumen, la realización de una radiografía abdominal después de la implantación del catéter de DP no siempre es necesaria. La posición del catéter en la cavidad abdominal puede ser diferente de la zona pélvica para lograr un correcto funcionamiento. A pesar de la pequeña muestra, pensamos que la función del catéter de DP depende más de la experiencia del equipo quirúrgico que de la inserción en su propia posición intraabdominal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Coronel, F.; Montenegro, J.; Selgas, R.; Celadilla, O. y Tejuca, M. Manual Practico de Diálisis peritoneal. Revisión actualizada 2005.
- 2.-Martín Espejo, L. Tercer Curso Andaluz de Diálisis Peritoneal para Enfermería. SEDEN. 2003.
- 3.-Ögünç G, Tuncer M, Ögünç D, Yardimserver M, Ersoy F. Laparoscopic omental omental fixation technique versus open surgical placement of peritoneal diálisis catheters. Surg Endosc 2003; 14: 1749- 55.
- 4.-Negoi D, Prowant BF and Twardowski ZJ. Current trends in the use of peritoneal dialysis catheters. Adv Perit Dial 2006; 22: 147-52.
- 5.- Serrato Ruiz, F; Martínez Canet, A. M.,Tenías Borillo, J.M. y San Félix Micó, M. "Identificación y evaluación de guías de práctica clínica sobre la implantación y los cuidados del catéter en pacientes sometidos a diálisis peritoneal". Comunicaciones presentadas al XXXI Congreso nacional de la sociedad española de enfermería nefrológica Córdoba, 1-4 de octubre 2006 p.335-336.

