

# ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA DPCA Y LA HEMODIÁLISIS EN NUESTRO MEDIO

PURIFICACION GOMEZ  
LUIS PICO  
PASCUAL CLEMENTE

RESIDENCIA SANITARIA "20 DE NOVIEMBRE" ALICANTE

## INTRODUCCION

Moncrief y Popovich realizan las primeras experiencias con DPCA en los Estados Unidos en el año 1976. Pero es a partir de 1978 con el empleo de soluciones en bolsa de plástico por el grupo del "Toronto Western Hospital" cuando dicha técnica comienza a ser considerada como alternativa válida a las distintas formas de diálisis hasta entonces existentes (hemodiálisis hospitalaria, hemodiálisis domiciliaria, Diálisis peritoneal intermitente).

Desde entonces hasta la actualidad la DPCA se ha expandido rápidamente, llegando a alcanzar en algunos países como Canadá del 40 al 45 % de los enfermos dializados.

En nuestro país en diciembre de 1981 sólo el 2,9 de los enfermos en programa de diálisis lo hacen por esta técnica.

Nuestra intención en el presente trabajo ha sido comparar la efectividad de la DPCA en nuestro medio frente a la hemodiálisis.

## MATERIAL Y METODOS

Nosotros iniciamos el programa de DPCA en julio de 1981 y nuestra experiencia acumulativa hasta agosto de 1982 se cifra en 96 pacientes-meses.

Hemos estudiado a 10 enfermos de DPCA comparativamente con los 10 últimos enfermos incluidos en hemodiálisis. Los criterios de inclusión en DPCA fueron: Edad superior a 60 años (4 enfermos, problemas de acceso vascular (4 enfermos); diabetes (1 enfermo) deseo expreso del enfermo (1 enfermo).

En la tabla número 1 quedan reflejados los diagnósticos, edad, sexos, tiempo de inclusión en programa, intercambios líquidos desde diálisis día, intervalo de tiempo en los intercambios, tipo de dializador, duración de la hemodiálisis.

Hemodiálisis.

Edad, rango 27 - 54 años

Sexo.....V.8

Sexo.....H.2

Tiempo de inclusion en Programa, rango.8 - 24 meses

Diagnósticos: Pielonefritis.....2

N Angioesclerosis.....2

Nefropatía por reflujo.....2

Pofiquistosis renal.....1

Dializador.....1.3 m<sup>2</sup>

Duración hemodiálisis.....4 horas

DPCA

Edad, rango.....26-73 años

Sexo.....	V.3
Sexo.....	H.7
Tiempode inclusiónen programa, rango3 - 13 meses	
Diagnósticos: Nefrolitiasis.....	4
Poliquistosis renal.....	2
Nefropatia diabética.....	1
Nefropatia intersticial.....	2
Nefropatia tuberculosa.....	1

Intercambios 4Xdía,3 al 1,5 % y 1 al 4,25 %. Ocasionalmente hemos puesto en algunos pacientes algun intercambio más de 4,25 %.

Hemos valorado estos pacientes utilizando parámetros clínicos, analíticos y de rehabilitación social.

Desde el punto de vista clínico se han tenido en cuenta los siguientes elementos:

- HTA
- EDEMAS
- CEFALÉAS
- CALAMBRES

Desde el prisma analítico:

HEMATOCRITO, HEMOGLOBINA, ACIDO URICO, CREATININA, SODIO, POTASIO, TRIGLICERIDOS, COLESTERINA, GLUCEMIA, PROTEÍNAS T., CALCIO, FOSFORO, F. ALCALINAS, GOT, GPT, GASOMETRIAS.

Grado de rehabilitación social según clasificación de la EDTA.

1. Que es capaz de trabajar y trabaja (jornada completa).
2. Que es capaz de trabajar y trabaja (jornada incompleta).
3. Que es capaz de trabajar pero no trabaja porque no tiene trabajo.
4. Que es capaz de trabajar pero no trabaja porque la SS le da una paga.
5. Incapaz de valerse por sí, requiere cuidados mínimos en casa.
6. Incapaz de atender sus necesidades mínimas.

## RESULTADOS

Desde el papel clínico se puede apreciar que los calambres son mayores en la OPCA, en cambio las cefaleas se presentan con mayor frecuencia en hemodiálisis, la incidencia de HTA, además es semejante.

Fg. (1)

Analíticamente, al igual que otros hemos constatados una mejoría en el hemotocrito, hemoglobina, metabolismo Calcio-fósforo, Creatinina y Potasio utilizando la técnica de la DPCA.

Lógicamente los pacientes en hemodiálisis presentan al comienzo de la misma una acidosis que por regla general se corrige al final por el paso de acetato a bicarbonato.

En la DPCA, empleando una solución dializante de 35 mEq de acetato se consigue un pH aproximado estable de 7.40 y un bicarbonato standart de 23.

Las glucemias basales en DPCA están ligeramente más elevadas que en hemodiálisis. Respecto a las proteínas totales y albúmina, vemos una menor concentración en los enfermos en DPCA que en los enfermos de hemodiálisis. Con relación al metabolismo lipídico se observa una elevación de los triglicéridos en la DPCA que alcanza su máximo nivel a los seis meses de programa.

Fg. (3) (4) (5) (6).

Respecto a la rehabilitación social no se han encontrado grandes diferencias.

Fg. (2).

## CONCLUSIONES

- 1º. Consideramos que la DPCA constituye un método útil de depuración extrarrenal.
- 2º. En algunos puntos es superior a la hemodiálisis (mejor hematocrito, hemoglobina, creatinina etc...)
- 3º. A pesar de la mayoría de nuestros enfermos en DPCA superan los 50 años, se consigue una buena rehabilitación social.
- 4º. Creemos que la DPCA es una alternativa válida a otras formas de depuración extrarrenal y que por tanto se debe ofrecer de forma opcional y no emplearse con carácter restrictivo.

## BILIOGRAFIA:

CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS. Moncrief Popovich.

PERITONEAL DIALYSIS. Karl D. Nolph.

CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS: A REVOLUTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC RENAL FAILURE. Oreopoulos D.G., Robson M.

