

Sellado antibiótico de catéter y prolongador peritoneal ante peritonitis recidivante con sospecha de colonización

José Francisco Martínez Martínez, Rosa Ortells Corresa, Laura Navarro Daudén, Carme Moreno Aliaga, Anna Martí i Monros, M^a Ángeles Cebollada Martínez, María del Mar Sáinz Montes

Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Introducción:

La peritonitis es una de las principales complicaciones de los pacientes con diálisis peritoneal y en muchos casos conlleva la retirada del catéter y la transferencia temporal y/o definitiva a Hemodiálisis.

Presentamos el caso de un paciente con tres episodios de peritonitis enlazados y causados por el mismo germen (*Staphylococcus Epidermidis*, *Aureus* nasal tratado con Bactroban nasal® y posible contaminación por corynebacterias) probablemente por la colonización del catéter.

Los episodios de peritonitis no presentaron clínica y se diagnosticaron por evidencia de líquido turbio, tratándose los dos primeros episodios con antibiótico-terapia (Vancomicina y Ceftazidima intraperitoneal) según protocolo habitual.

Ante la presencia del tercer episodio de peritonitis y a pesar de haber asociado gentamicina (por mayor sensibilidad) y que se acompaña de niveles elevados de Vancomicina en sangre se plantea la posible colonización del germen en el catéter y la presencia de biofilm, es decir la no penetración del antibiótico. Con el objetivo de evitar la retirada del catéter peritoneal, realizamos una búsqueda bibliográfica y se decide aplicar las recomendaciones encontradas que son: Tratamiento con Daptomicina (por mejor CMI que la Vancomicina) intravenosa y posteriormente para el sellado del catéter.

Dosis administrada y protocolo:

- Daptomicina I.V 6mg/Kg/48h (7 dosis).
- Sellado de la luz del catéter peritoneal y del prolongador del mismo con 350mg de Daptomicina diluidos en 7ml de Suero salino al 0'9%, administrado en dosis semanal durante cuatro semanas. El sellado se

realiza con abdomen vacío durante 24h, en las cuales el paciente está sin diálisis (los controles bioquímicos y la función renal residual nos lo permitían). El volumen a infundir se decidió midiendo el volumen de cebado de catéter y prolongador.

- A diferencia de los sellados de los catéteres tunelizados para hemodiálisis que se preparan en la Unidad de Farmacología Clínica de nuestro Hospital, los utilizados para el catéter de Diálisis Peritoneal, se preparan, manipulan y administran en nuestra Unidad con las mismas medidas que se implementan para el cambio de prolongador.
- En la preparación y manejo de los sellados ha sido de utilidad la experiencia que tenemos en los sellados de los catéteres tunelizados para hemodiálisis.

En la actualidad y cuatro semanas después del último sellado el paciente se encuentra asintomático y sin haber presentado ningún síntoma sugerente de posibles recidivas por lo que consideramos el episodio cerrado y el cuadro clínico curado.

Conclusión:

Basado en nuestra experiencia y en la bibliografía publicada, ante episodios de peritonitis recurrentes con sospecha de colonización del germen y formación de bio-film, el sellado antibiótico del catéter y el prolongador han demostrado su eficacia terapéutica en la erradicación del episodio de peritonitis evitando la retirada del catéter.

Somos conscientes en línea con lo manifestado por otros autores que queda por determinar la estabilidad fisicoquímica real de la daptomicina en los fluidos de DP, pero como ya se ha comentado en nuestro caso la utilizamos con 24 horas de descanso peritoneal.