

Caso clínico: La transferencia a hemodiálisis tras una peritonitis fúngica. ¿Es la opción definitiva?

Cristina Herrera Morales, Eva Barbero Narbona, Yaiza Martínez Delgado, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La peritonitis fúngica presenta una baja incidencia (4-6%) en diálisis peritoneal (DP) a diferencia de la peritonitis bacteriana (80%), pero es una de las complicaciones más graves. Se asocia con alta morbi-mortalidad, hace imposible continuar con la técnica, por lo que precisa transferencia a Hemodiálisis (HD).

Según las guías SEN se recomienda retirar el catéter de forma inmediata.

A continuación describimos un caso grave de peritonitis fúngica en el cual a pesar de las complicaciones surgidas, la paciente pudo regresar a DP.

Material y Método:

Se obtuvieron los datos del curso clínico y se solicitó el consentimiento informado de la paciente.

Resultados:

Descripción del caso.

Mujer de 74 años con enfermedad renal crónica estadio 5 que eligió DP tras el proceso de toma de decisión. Tiene 4 hijos, vive acompañada de dos, cuida de los nietos, es analfabeta, independiente para las actividades diarias e instrumentales.

El 22/05/2013 inició Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), siendo la cuidadora principal la propia paciente.

En 8 meses presentó 4 episodios de peritonitis, 3 fueron recidivantes con cultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis*. Tras la última resolución de la peritonitis y administración del antibiótico protocolizado, se decidió realizar auto-sellados del catéter con Daptomicina intraperitoneal (ip). La paciente recogía semanalmente la medicación preparada en el hospital y se la administraba en casa.

Durante el tratamiento de sellados, apareció otro episodio de peritonitis (*Klebsiella Oxytoca*, *Acinetobacter* multisensible y *Cándida Parapsilosis*) que requirió ingreso hospitalario de 74 días, retirada del catéter y transferencia a hemodiálisis.

Aunque se realizó Fistula arterio-venosa interna (FAVI), hasta su maduración precisó colocación de varios catéteres de los que surgieron múltiples complicaciones:

Trombo séptico en vena yugular con ingreso en cuidados intensivos e intervención quirúrgica, trombosis de vena femoral, síndrome de robo y serias dificultades de punción del acceso vascular.

Conclusiones:

Nuestro protocolo indica realizar reentrenamiento después de cada episodio de peritonitis. El objetivo es buscar posibles causas, evaluar la capacitación del responsable y rectificar aquellos procedimientos erróneos. El resultado reveló que no se habían seguido las medidas de asepsia recomendadas en la manipulación del antibiótico.

Así pues, el equipo multidisciplinar toma la decisión de transferirla a HD definitivamente tras la aparición de la peritonitis fúngica; tal como recomiendan las guías, priorizando en primer lugar, la salud de la paciente y teniendo en cuenta los episodios de peritonitis anteriores. La petición de la paciente, junto a la mala adaptación a HD y las complicaciones descritas, fueron las causas de que el equipo se replantea la posibilidad de retorno a DP. Fueron necesarios cambios de modalidad de tratamiento, encontrar un nuevo responsable de la técnica y reiniciar todo el proceso de entrenamiento y puesta en marcha en casa.

En la Actualidad, la paciente lleva más de 1 año en DP modalidad automática, no ha presentado ningún episodio de peritonitis, ha recuperado autonomía, la percepción de calidad de vida ha mejorado, aunque la responsabilidad del cuidado está a cargo de la hija pequeña.