

DIALISIS PERITONEAL ASISTIDA POR CICLADORA. RESULTADOS A MEDIO PLAZO

M. Seoane, J. López, C. Portela, M. Mojon, C. Piquin

Servicio de Nefrología. Unidad de D.P.CA. Hospital Juan Canalejo. La Coruña

INTRODUCCION

Durante los últimos diez años los materiales utilizados para la realización de la DPCA han sido continuamente mejorados, reduciendo sensiblemente los riesgos y complicaciones que esta técnica conlleva, ello junto con la experiencia adquirida en el manejo de esta terapia ha llevado a ser hoy en día la diálisis de elección en algunos países como Reino Unido, Canadá etc. etc.

Aunque en España no ha alcanzado estos niveles, podemos decir que es la diálisis de elección del futuro teniendo en cuenta la relación coste-beneficio de cara a la llamada cultura del rendimiento.

Esta diálisis parece adecuada para la mayoría de los pacientes urémicos pero hay un grupo que bien por razones médicas o socio-laborales no se adaptan a este tratamiento. Por ello la diálisis peritoneal asistida con cicladora se revela como una solución alternativa, en algunos casos de peritoneo hiperpermeable o con importante problemática socio-laboral.

El paciente puede dializarse por la noche evitando así problemas de incompatibilidad laboral propias o del "partenaire" y es bien tolerada clínicamente.

Analizamos retrospectivamente nuestra experiencia, completando el estudio-presentación realizado anteriormente.

MATERIAL Y METODOS

Entre enero/89 y febrero/93 han sido tratados en nuestro Hospital con DPCC. 12 pacientes (6 varones y 6 mujeres) con una edad media de 53 ± 12 años (rango 17-68) con un seguimiento de 144 pacientes/meses.

La enfermedad de base era: Nefropatía diabética en (4 casos) amiloidosis secundaria (1) uropatía obstructiva (1) nefritis intersticial (1) enfermedad parénquimatosa renal (1) y no filiada (3) casos.

La indicación para su inclusión en DPCC fue: por motivos socio-laborales en 7 casos, intolerancia hemodinámica y peritoneo hiperpermeable en 5 casos. En otros 3 pacientes no incluidos en este estudio la técnica no solucionó el defecto de ultrafiltración y se derivaron al programa de HD.

El número de intercambios nocturnos osciló de 4-6 con un volumen de 1.500 - 2.500 cc/cambio; el cambio diurno fue igual al nocturno en 8 casos, en 2 fue de 1.000 cc y en otros 2 casos se suprimió para preservar la U.F.

El entrenamiento de la técnica se realizó de forma ambulatoria siempre que fue posible (11 casos) con una duración de 8 a 15 días, siguiendo el protocolo ya establecido, reforzando los aspectos más complejos, como el montaje del monitor y su programación. Se diseñaron

nuevos protocolos para tratamiento de peritonitis en DPCC. y de manejo de pacientes diabéticos.

Hemos revisado de forma retrospectiva la problemática relacionada con el manejo de la DPCC y los estándares de eficacia dialítica con los marcadores habituales de diálisis adecuada y morbilidad durante dicho período.

RESULTADOS

Los parámetros clínicos y bioquímicos son similares a los de los pacientes en programa de DPCA (Tabla I), manteniéndose la capacidad dialítica y de U.F. a medio plazo (Tabla II).

Se registró un episodio de infección de túnel cada 15,8 pacientes/meses y 1 episodio de peritonitis cada 23,8 pacientes/meses. La incidencia de peritonitis es significativamente menor en relación a la registrada en DPCA.

La incidencia de infección del túnel es mayor que en DPCA.

La tasa de ingreso fue de 17,3 días/pacientes/año, 4 pacientes (33 %) fueron baja en el programa por: 1 trasplante renal, 1 rechazo de la técnica y 2 éxitus.

La duración media del entrenamiento fue de 8/10 días.

DISCUSION

La DPCC es una técnica de diálisis con la que observamos una muy notable mejoría en la calidad de vida de los pacientes o asistentes porque permite su rehabilitación sociolaboral completa.

Hay que resaltar que el coste del procedimiento es mayor, lo que hace que no pueda ser considerado como rutinario para pacientes en diálisis, pero el hecho de permitir la continuación de su vida laboral lo justifica.

La duración media de entrenamiento fue similar a la de los pacientes en DPCA si bien hay individualidades (2) casos que precisaron tratamiento prolongado debido a su selección negativa. No encontramos aumento de las consultas ni de las llamadas telefónicas por el hecho de manejar un monitor de diálisis. Los pacientes utilizaron adecuadamente sus conocimientos para resolver los incidentes que surgen durante la sesión. En estas consideraciones hay que tener en cuenta el nivel cultural, social y motivaciones de los pacientes.

En nuestra experiencia fue útil en un porcentaje elevado de pacientes que presentaban peritoneo hiperpermeable (62,5 %) que no podían realizar DPCA.

Los parámetros de diálisis adecuada se mantuvieron a medio plazo.

CONCLUSIONES

La DPCC es, en nuestra experiencia, un método útil para pacientes con peritoneo hiperpermeable.

Puede resultar más adecuado que la DPCA para la rehabilitación socio-laboral.

Se mantienen parámetros de diálisis adecuados a medio plazo.

La selección adecuada de los pacientes hace que el hecho de utilizar monitor no complique el procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- N. Tomas, S. Jones OPTIMIZACION DEL TRANSPORTE PERITONEAL
DIALISIS PERITONEAL CICLICA CONTINUA ASPECTOS DEL CUIDADO
RENAL-3,9-14 -1989.
- 2.- J.A Díaz Buxo: CURRENT STATUS OF CONTINUOUS CYCLIC PERITONEAL
DIALYSIS.PERIT.INTR.9.9-14,1.989.
- 3.- D.T.Domoto, M.E. WEINDEL: CCPD: IS IT WORTH THE EXTRA EFFORT?
IBIDEM. 212-215.

TABLA I

DATOS CLÍNICOS Y ANALÍTICOS A LOS TRES MESES.

NÚMERO DE PACIENTES..... 6

PARÁMETROS	CAPD		CCPD	
	Media	Desviación	Media	Desviación
T.A.	9,8	1,4	9,1	0,8
UREA	179	31	178	32,8
CR	9,6	3,5	11,5	2,6
Na	137	2,3	134	5,4
K	4,8	0,4	5,9	1,0
Ca	9,2	1,1	10,6	1,3
Hto	31,6	9,0	34,0	5,6
C.Hipert.	1,3	0,8	1,7	0,3
U.F.	1.142	531	1.033	413

TABLA II

RESULTADOS A MEDIO PLAZO EN CCPD

PARÁMETROS	10		7			
	3 MESES		6 MESES		12 MESES	
	Media	Desviación	Media	Desviación	Media	Desviación
T.A.	9,7	2,3	9,3	1,4	10,1	1,0
UREA	176	57	171	30,7	155	15,5
CR	10,8	2,3	11,9	3,3	12,8	3,2
Na	137	3,6	137	7,7	136	4,9
K	5,8	1,2	5,1	0,6	5,9	0,6
Ca	9,8	1,2	10,2	1,4	9,4	0,2
Hto	31,4	6,5	36,2	5,9	34,0	10,0
C.Hipert.	2,0	1,1	2,0	1,0	2,3	0,5
U.F.	972	380	1.360	472	1.267	450