

LA PERITONITIS COMO COMPLICACION MÁS IMPORTANTE DE LA C. A. P. D.

María Luisa Gascón Cuello, Rosalía González Luengo

ATS del Servicio de Nefrología de la C. S. «La Paz»

Una vez expuesta nuestra experiencia de C.A.P.D. en la C. S. «La Paz», queremos centrar esta comunicación en el problema más importante que plantea la técnica de C.A.P.D.: la peritonitis.

Nuestro estudio está realizado sobre 14 pacientes con una edad media de 50 ± 15 años, de los cuales 4 son varones y 10 hembras. Estos enfermos proceden: 4 de diálisis peritoneal intermitente, 6 de hemodiálisis y 4 de tratamiento conservador, Fueron 70 el total de meses que suman las estancias en C. A. P. D. con una media de 152 ± 64 días.

Los criterios en los cuales nos basamos para detectar una peritonitis son los siguientes:

- Dolor abdominal, muy característico.
- Líquido turbio, probablemente debido al aumento de leucocitos.
- Más de 500 leucocitos/c. c. en líquido peritoneal.

La toma de muestras de líquido peritoneal, la realizamos de la siguiente forma: recogemos 10 c. c. de líquido de diálisis de la bolsa, nunca directamente del catéter de Tenchoff para evitar posibles contaminaciones. Los controles en situación manual se realizaron cada 10 días durante los 6 primeros meses y posteriormente cada 15 días. Estos controles en situación de peritonitis se realizaron los días 1, 3, 6 y 14 de evolución.

Una vez recogidas las muestras de líquido peritoneal, se envían:

- a) Recuento celular automático (Coulter Hemalog).
- b) Examen bacteriológico:
 1. Extensión para tinción de Gram.
 2. Cultivo de aerobios: con los medios de Agar Sangre, Cled y caldo de thioglicolato.
 3. Cultivo de anaerobios: con los medios de Agar Sangre Brucella-Gentamicina.
 4. Cultivo de hongos: en Agar Sabouraud.
 5. La incubación de estos cultivos es:
 6. Aerobios: 25 horas a 37 C.
 7. Anaerobios: 48 horas a 37 C en atmósfera de CO₂.
 8. Hongos: un mínimo de 7 días.
 9. La identificación de estos gérmenes se realiza mediante las técnicas habituales.
 10. Test de sensibilidad a antibióticos de Kirby-Bauer.

Recordemos que nuestra experiencia se basa en 14 pacientes con un total de 5,8 años.

La incidencia de peritonitis ha sido de 19 episodios en 11 enfermos con la siguiente distribución:

Gram +.....	12 episodios
Gram -.....	4 episodios
Estériles.....	3 episodios
Anaerobios.....	0 episodios
Hongos.....	0 episodios

La frecuencia de peritonitis por paciente y año ha sido de 3,26.

El tiempo de aparición de peritonitis en nuestros enfermos es el siguiente: antes del tercer mes, los catorce pacientes han tenido 13 peritonitis, lo que nos da una media de 0,92 peritonitis por paciente; entre el tercero y sexto mes un total de 11 pacientes con 5 peritonitis

nos da una media de 0,45 peritonitis por paciente, y entre el sexto y noveno mes, 7 pacientes con 1 peritonitis, lo que nos da una media de 0,14 peritonitis por paciente.

Estos datos nos demuestran claramente que la incidencia de infección es más alta en los tres primeros meses, debido a la inexperiencia en este primer contacto con la técnica, disminuyendo notablemente el porcentaje de infecciones a medida que pasa el tiempo. Los gérmenes que aparecen en peritonitis son:

Staphilococcus epidermidis	37,5 %
Streptococcus viridans	18,7 %
Staphilococcus aureus	12,5 %
Klebsiella pneumoniae.....	12,5 %
Escherichia coll.....	6,25%
Citrobacter freundii.....	6,25%
Acinetobacter calcoateticus	6,25%

Hemos tenido también cultivos positivos sin criterios de peritonitis debidos probablemente a la contaminación de la muestra y los gérmenes aisladas son:

Staphilococcus epidermiclis	42,85 %
Streptococcus viridans	8,57 %
Stapholococcus aureus.....	8,57 %
Streptococcus faecalis	8,57 %
Staphilococcus aureus	8,57 %
Streptococeus faecalis	8,57 %
Pseudomona aeruginosa.....	8,57 %
Bacillus sp.	8,57 %
Eschericia coll.....	5,71 %
Streptococcus agalactiae	2,85 %
Streptococcus Beta hemolítico grupo A.....	2,85 %
Serratia mercescens	2,85 %

En la presente gráfica observamos que las peritonitis causadas por Gram - son las que dan índices más altos de leucocitos/c. c. en el líquido peritoneal.

El tratamiento por prescripción médica ante un diagnóstico de peritonitis es el siguiente:

1. Antes de comenzar el tratamiento, repetimos la toma de muestra de líquido peritoneal para recuento celular y cultivo.
2. Administración por vía intraperitoneal de Cefalotina (100 mg./l.), Gentamicina (5 mg./l), y Heparina (10 mg./l.).
3. Aumentamos el número de intercambios al día, de forma que el paciente, que tiene 3 intercambios pasa a 4 y el de 4 a 5, con la finalidad de realizar un lavado antibiótico.
4. Modificación del antibiótico según cultivo y antibiograma. Los antibióticos utilizados son:
 - Cefalotina: 11 episodios por Gram +
 - Gentamicina: 5 episodios por Gram -
 - Penicilina: 1 episodios por Streptococcus viridans.
5. No fue necesario tratamiento parenteral en ningún caso. Las peritonitis evolucionaron de la siguiente forma:
 1. Se mantiene el tratamiento antibiótico por vía intraperitoneal durante 14 días
 2. Desaparece la clínica en las primeras 48 horas.
 3. El líquido de diálisis aclarado entre el 4.º y el 6.º día.
 4. El recuento de leucocitos es inferior a 500/c.c. entre el 3.º y 4.º día.
 5. Negativización del cultivo al tercer día.
 6. En dos casos se requirió breve hospitalización.
 7. No hubo recidivas.

En nuestra experiencia hemos detectado como posibles causas de peritonitis las

siguientes:

- Técnica deficiente del enfermo: evidente en 2 enfermos con 6 peritonitis en 15,3 meses.
- Cambio de sistema de transferencia: en 5 casos el sistema había sido cambiado en los 8 días anteriores. De éstos el 40 % fue por gérmenes Gram +, el 20 % por Gram - y en el 40 % no se encontraron gérmenes.
- Infección de pared abdominal: Coexistió con peritonitis por Gram + en el 8,3 %.
- Hernia umbilical: Un caso por Streptococcus viridans.
- Calentamiento de bolsas: Un caso de peritonitis con cultivo negativo.

CONCLUSION

Incidencia: 3,2 peritonitis-paciente-año; 68 % en los 3 primeros meses; 68,75 % por gérmenes Gram +; ningún episodio por anaerobios ni hongos; 15,8 % no se encontraron gérmenes (¿cultivo inadecuado?).

Detección precoz: Por la clínica, el aumento de leucocitos en el líquido peritoneal y neutrofilia.

La evolución a la curación ha sido buena en todos los casos por un diagnóstico precoz y tratamiento precoz intraperitoneal.

La significación del cultivo positivo sin criterios de peritonitis, pudo deberse a la contaminación de la muestra.

En 4 de 5 casos, la presencia de cultivo positivo en dos o tres tomas correlativas fue seguida de peritonitis.

Para finalizar, pensamos que a pesar del índice elevado de infecciones, podremos conseguir mejores resultados mejorando la técnica del paciente y la selección de los mismos.