

PROGRAMA DE DPCA PARA PACIENTES DE ALTO RIESGO

Ana Rochera

INTRODUCCION

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es una alternativa a la Hemodiálisis (HD) para el tratamiento de los pacientes en Insuficiencia Renal Terminal (IRT). Esta técnica permite tratar a pacientes de alto riesgo y en los que la HD está contraindicada.

En un principio nuestra idea fue de incluir a todos los pacientes que de una forma voluntaria desearan esta técnica a la HD, pero esto no ha ocurrido así y en el programa están todos los pacientes que de no ser por la DPCA hubieran muerto al ser imposible hemodializarlos.

El motivo de este trabajo es estudiar si ha sido positivo el mantenerlos a pesar del alto riesgo que algunos de ellos presentan al tener sobreañadidos otras patologías además de su avanzada edad y el grave deterioro con que han llegado al programa.

MATERIAL Y METODOS

Desde mayo de 1982 a abril de 1983 han sido incluidos en programa DPCA 10 pacientes (3 varones y 7 hembras) con edades comprendidas entre 51 y 73 años con una media de 60,7 años. Han recibido diálisis desde 1 mes a 12 meses, con una media de 7,7 meses y en un total de 77 meses: De estos 10 pacientes, cuatro provienen de HD, uno por cardiopatía isquémica con angor inestable, tres por problemas de acceso vascular, los seis restantes ha sido su primer tratamiento, ha salido del programa un paciente por exitus tras AVC.

La enfermedad de base de estos pacientes ha sido:

2 Nefropatía intersticial.

1 Nefroangioesclerosis.

2 Litiasis.

1 Nefropatía diabética.

1 Pielonefritis.

3 IRT no filiada.

En este programa se han incluido pacientes sin otra alternativa de tratamiento bien por (1-2-3): Tener agotados los accesos vasculares. Cardiopatía Isquémica. Edad avanzada. Diabetes.

El número de catéteres que se han implantado han sido 17: 11 de Tenckhoff de crónicos y 6 Toronto Western Hospital. Se ha cambiado el catéter: 5 por mala posición y 2 por peritonitis rebelde al tratamiento (4). La técnica ha sido la estándar.

3 pacientes han usado 5 bolsas/día.

5 pacientes han usado 4 bolsas/día.

2 pacientes han usado 3 bolsas/día.

Las bolsas de concentraciones hipertónicas como máximo 2 al día para mantener el peso seco que se había establecido y el resto de concentraciones de 1,5 %.

Los pacientes recibieron todos el mismo tratamiento y salvo 4 pacientes que necesitaron ayuda mínima, como toma de tensión arterial (TA) o control de glucemia, han sido capaces de llevar su propia diálisis.

El tiempo de entrenamiento ha oscilado entre 10 a 30 días, con una media de 16 días.

La dieta que se les ha dado ha estos pacientes ha sido de 1,5 gr. de proteínas/kg. peso y 25 calorías/kg.

Estos pacientes vienen al Hospital a la semana del alta y luego cada 6 semanas para el cambio de línea y controles analíticos, que constan de: Iones, SMAC, Hemograma, Metabolismo, Recuento leucocitario, Proteínas y cultivo del líquido de diálisis. Cada 6 meses: Electrocardiograma, Electromiograma y Serie Osea.

La paciente diabética controla su glucemia una vez al día con las tiras de Dextrostis, así como los enfermos que han elevado su glucemia, añaden la insulina en las bolsas, dependiendo del control y de la concentración de la bolsa (5).

La función residual ha sido de: 0 a 7,5 mgr., con una media de 2,8 ml/min.

RESULTADOS

La supervivencia de estos pacientes al año de haber instaurado el programa es del 83 %.

La única muerte que ha habido ha sido por AVC.

TABLA DE CONTROLES ANALITICOS

		Basal		Actual
Hematocrito	18,0- 37,0 %	(media 25,7 %)	21,0- 43,0 %	(media 27,0 %)
HB	6,4- 8,7 %	(“ 7,8 %)	7,9- 13,6 %	(“ 9,8 %)
Creatinina	4,2- 14,2 %	(“ 9,2 %)	5,5- 15,8 %	(“ 9,2 %)
Urea	57,0-236,0 %	(“ 115,1 %)	91,0-220,0 %	(“ 155,2 %)
Proteínas	5,0- 7,2 %	(“ 6,0 %)	6,2- 7,9 %	(“ 6,7 %)
Albúmina	2,4- 3,7 %	(“ 3,0 %)	2,8- 3,9 %	(“ 3,3 %)
Calcio	6,6- 9,1 %	(“ 8,1 %)	8,0- 10,6 %	(“ 9,0 %)
Fósforo	3,2- 7,9 %	(“ 4,7 %)	3,0- 7,3 %	(“ 5,4 %)
F. alcalinas	41,0-327,0 %	(“ 123,0 %)	45,0-277,0 %	(“ 131,0 %)
Triglicéridos	166,0-436,0 %	(“ 235,0 %)	76,0-490,0 %	(“ 292,0 %)
Colesterol	161,0-411,0 %	(“ 226,0 %)	193,0-465,0 %	(“ 314,0 %)

Evolución analítica

Hemos observado un aumento considerable de Hb. desde que empezaron con la DPCA hasta los 6 primeros meses, luego se han estabilizado.

La urea, Cr, ha sido constante y el K en muchos casos se ha elevado, lo que ha obligado a restringirlo de la dieta.

Lo más llamativo ha sido el aumento del colesterol y triglicéridos, por lo que se ha restringido al máximo los concentrados hipertánicos y se recomienda restricción de Hidratos de carbono.

La elevación del P ha obligado a usar Hidróxido de aluminio en 8 de los pacientes.

La tensión arterial (TA) en el momento actual 5 pacientes usan hipotensores, aunque han descendido la dosis con respecto al principio del programa. Un paciente ha tenido hipotensión ortostática hasta el primer mes. Un paciente ha tenido hipotensión severa debido a los betabloqueantes que tomaba por su cardiopatía isquémica y a pesar de retirar los betabloqueantes continúa hipotenso.

Dolor de espalda lo han acusado 6 pacientes al principio del programa.

Astenia lo han referido 6 pacientes.

El grado de rehabilitación según clasificación de la EDTA.

- 1º. Que es capaz de trabajar y trabaja (jornada completa).
- 2º. Que es capaz de trabajar y trabaja (jornada incompleta).
- 3º. 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°. Incapacidad de valerse por sí, requiere cuidados mínimos en casa.
- 6°. Incapaz de atender sus necesidades mínimas.

1 paciente entraría dentro del grado 4.

9 pacientes entrarían dentro del grado 5.

Han acusado depresión 3 pacientes, y en los tres la causa ha sido debida a la poca colaboración y soporte familiar. 2 pacientes de entre ellos han aceptado mal el tratamiento. El resto han aceptado bien el tratamiento.

Peritonitis: El problema más grave ha sido la peritonitis, con un número de 9, con enfermos que no han tenido ninguna hasta un enfermo que ha tenido 4. la media de peritonitis ha sido de 1 peritonitis cada 8 pacientes/mes.

Signos de peritonitis:

líquido de la bolsa turbio y más de 50 leucocitos x ml.³

Dolor abdominal.

Fiebre.

Náuseas y vómitos.

Más de 100 leucocitos por ml.³ con o sin sintomatología.

los cultivos han sido:

3 Staf. epidermidis.

1 Staf. aureus.

1 Enterobacter.

4 Negativos (5-6).

los días de hospitalización han sido:

267 días por peritonitis que corresponden a 3,4 días/paciente/mes.

399 días por otras complicaciones hasta que aprendieron la técnica que corresponde una media de 5 días/paciente/mes.

DISCUSION

Nuestros pacientes los podemos considerar de alto riesgo, han llegado al programa con grave deterioro, además de tener otras patogenias sobreañadidas y de su avanzada edad (1-7), pero como dice el Dr. Oreopoulos en el editorial: ¿Deberíamos dejarlos morir? “Solamente el paciente tiene derecho de aceptar o de rechazar un tratamiento médico, y en los países desarrollados, siempre que el paciente así lo desee, el tratamiento debe estar a su disposición y nadie, ni siquiera el propio médico, puede emitir juicio sobre la calidad de la vida o el valor de ésta, y una vez comenzado un tratamiento, es moralmente condenable terminarlo por motivos económicos”(8).

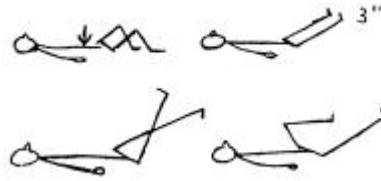
Desde que empezamos con la DPCA no ha habido ningún paciente que tuviera que recibir transfusiones, hemos observado un aumento considerable de Hb y de forma más acusada en los pacientes mayores.

El aumento de K creemos ser debido al tipo de alimentación de nuestra región, muy rica en frutas y verduras.

El aumento del colesterol y triglicéridos hemos observado que es debido a la absorción continua de glucosa a través del peritoneo, aunque consideramos el menor uso posible de soluciones hipertónicas y restricción de hidrocarbonados (2-9-10-111).

A los pacientes con hipotensión severa se les ha añadido sal en la dieta.

A los pacientes que han referido dolor de espalda se les ha aconsejado hacer ejercicios gimnásticos, con el fin de desarrollar la musculatura abdominal, y dormir en lecho duro (fig. 1) (12).



Respiracion abdominal



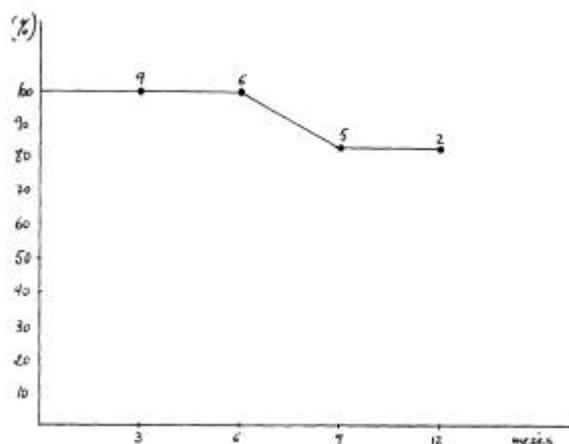
Abdominales inferiores

FIGURA 1

En cuanto a la rehabilitación, nuestros pacientes, por su edad avanzada o por otras patologías sobreañadidas, necesitan cuidados mínimos en casa y/o subsidio de jubilación o sin incapaces de trabajar.

Hemos observado que los pacientes que reciben ayuda moral y/o física de la familia o han acusado depresión y han aceptado bien el tratamiento. Creemos que es básico para el paciente verse aceptado y no rechazado por el círculo familiar. Los pacientes que en su medio familiar no aceptaron bien el tratamiento han acusado un número mayor de reingresos (3). La peritonitis, está claro que es el riesgo más grave de la DPCA; aunque ,osotros no tenemos un grupo control para comparar a este grupo de alto riesgo, creemos jue la media de una peritonitis cada 8 meses/paciente es la habitual en otros grupos le trabajo en nuestro país.

Los episodios de peritonitis han sido en 5 pacientes; la paciente que ha tenido 4 peritonitis nos vino trasladada de otro Centro con el túnel subcutáneo Infectado, y hemos enido que cambiarle el catéter. Cultivo ha sido negativo, denominándole «-peritonitis de cultivo negativo». En dos ocasiones nos hemos visto obligados a sustituir el catéter por peritonitis persistente en uno de ellos por Staph aureus, secundaria a fístula peritoneoepietal, y el otro por Staph epidermidis.



GRAFICA 4

CONCLUSION

Nuestra impresión ha sido que nuestros pacientes, a pesar del grave deterioro con que han llegado al programa, se mantienen tanto física como psíquicamente equilibrados, y sin olvidar que la asistencia médica es muy importante y que el paciente sienta apoyo moral tanto en la familia como en el Hospital.

A pesar de ser un grupo de alto riesgo, el tiempo de hospitalización que ha requerido estos pacientes es:

3,4 d/m/pacientes/peritonitis.

5 d/m/pacientes/otras causas y complicaciones.

Agradezco al Dr. Alvariño la colaboración en la realización de este trabajo.

Agradezco la colaboración de la señorita Amparo Puig por la mecanografía de este Trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Dominique Agier and Therese Guesdan: Haemodialysis in the aged patient. Proceeding EDTNA, 1980.
2. M. C. Lambert, C. D. Vigt, A. M. Ostijm: Three years experience with continuous ambulatory peritoneal dialysis in high risk patients. Proceeding EDTNA, 1981.
3. Carl M. Kjellstrand and col.: Dialysis in patients with diabetes mellitus. Editorial review. Diabetic Nephropathy, vol. 2, n.º 1.
4. Stanley Fenton and col.: Clinical aspects of peritonitis in patients on CAPD. Peritoneal dialysis bulletin, vol. 1, n.º 6, sept. 1981.
5. John D. E. Price and Michael V. Moriarty. Continuous ambulatory peritoneal dialysis. Selection, criteria-failure and causes-deaths. diabetes mellitus. Proceedings of an International Symposium, Paris, 1979.
6. Stephen Vas: Microbiological aspects of peritonitis. Peritoneal dialysis bulletin, vol. 1, n.º 6, sept. 1981.
7. Michael Kaye, Percival A. Pajel, Peter J. Somerville: Four years experience with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) in the elderly. Peritoneal dialysis bulletin, vol. 3, n.º 1, 1983.
8. ¿Deberíamos dejar morir? El dilema moral creado por las restricciones económicas con respecto a los métodos artificiales para prolongar la vida. D. Oreopoulos. Peritoneal dialysis bulletin, vol. 2, n.º 1, 1982.

9. Norbeck, H. D.: Lipid abnormalities in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Excerta Medica In. Legrain Med. CAPD*, 1980, 298.

10. M. Legrain: An overview of peritonitis and others complications of CAPD. Ed, M. Legrain. *Excerta Medica*, 1980.

11. Lipid abnormalities in patients undergoin Continuous ambulatory peritoneal dialysis. Ramesh Khanna and col. *Peritoneal dialysis bulletin Supplement*, vol. 3, n.º 1, 1983.

12. Carol E. Gooman, Fred E. Husserl: Etiology, prevention and treatment of back pain in patients undergoin continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal dialysis bulletin*, vol. 1, n.º 1, 1981.

13. D, Creopoulos and col.: Peritonitis on CAPD Three years experience in Toronto. *Peritoneal dialysis bulletin*, vol. 1, n.º 6. sept. 1981.