

PRIMERA REUNIÓN NACIONAL DE DIÁLISIS PERITONEAL VALENCIA 1996

Olga Celadilla

La 11 reunión Nacional de Diálisis peritoneal se celebró en Valencia durante los días 15-16 de Enero de 1996 y contó con la presencia de eminentes especialistas.

El Dr. Jack W. Moncrief, pasó revista a la Historia de la Diálisis Peritoneal, las ventajas de la autodiálisis, la infección como causa de salida de C.A.P.D., la recomendación de evitar drogas anticolinérgicas por su influencia en los linfáticos peritoneales y el uso de su catéter con un manguito superficial más largo que reduce la infección peritoneal de 1 episodio cada 9 paciente/mes a 1 episodio c/17 paciente/mes.

TRANSPORTE Y PATOLOGÍA PERITONEALES

El Dr. R. Krediet hizo repaso al transporte peritoneal de agua y solutos. Alabó el cálculo del MTC como medida más segura que el Pet, ya que el concepto de transporte es bidireccional para un mismo soluto. Hizo un repaso de los conceptos de área y permeabilidad. El transporte de agua es fundamentalmente transcelular, cuando el mesotelio peritoneal se reemplaza por fibrosis no pasa el agua. El 31% de los pacientes después de 6 años de tratamiento presenta fallo severo en la U.F. Propone una nueva prueba específica: la medición durante 60' del coeficiente de permeabilidad al sodio, 2ara diagnóstico de anomalías en el transporte del agua.

El Dr. J. Dobbie habló de la patología del peritoneo humano en D.P. y del papel de las biopsias peritoneales. La célula mesotelial es parecida a la célula del túbulo renal, que sufre por la uremia; con la peritonitis desaparecen del todo para volver a reponerse. El concepto de desierto celular se produce si no es capaz de regenerarse, la glucosa tiñe el peritoneo de marrón (bronceado) e inhibe la fibrogénesis.

El Dr. Arrieta hizo repaso de los fibroblastos peritoneales.

La Dra. del Peso: inmunosupresión y peritonitis esclerosante.

INMUNOBIOLOGÍA Y BIOCOPATIBILIDAD PERITONEAL

El Dr. J. Cameron no pudo acudir por estar convaleciente, pero envió su conferencia sobre la Inmunobiología peritoneal, pasó revista a la defensa peritoneal. La célula mesotelial libera sustancias, atrae Macrófagos y leucocitos polimorfonucleares.

Se debe abandonar el concepto de D.P. como técnica estéril, el peritoneo no es estéril. Habló de células y opsoninas: inmunoglobulina, C3, C4 y fibronectina que se pega al germen y se hace más detectable.

El Dr. Jiménez habló de la administración del GM-CSF como inmunomodulador de Macrófagos peritoneales.

PERITONITIS Y COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CATÉTER Y EL ORIFICIO DE SALIDA

El Dr. Stephen I. Vas habló sobre las peritonitis y la posibilidad de que los antibióticos administrados a los pacientes por otros conceptos, pueden dar cultivos negativos.

Intervenciones terapéuticas sobre portadores nasales de S. Aureus. Para el orificio de salida no usar ungüentos y tratar 3 veces al día si está infectado.

Contemplar la albúmina sérica baja como riesgo de mayor tasa de peritonitis.

El biofilm que se forma intralumiinalmente, si se trata temporalmente tiene remedio, si no es así, es preciso el cambio de catéter para solucionar el problema.

Usar siempre Vancomicina y Rifampicina para tratar el S. Aureus. Si la peritonitis es por hongos, inequívocamente, lleva a la retirada del catéter para su curación.

El Dr. Selgas pasó revista a los estados preinfecciosos del orificio de salida del catéter peritoneal.

NUEVAS SOLUCIONES EN DIÁLISIS, PERITONEAL

El Dr. Gokal habló sobre la Icodextrina, el polímero de glucosa.

En el futuro dispondremos de bolsas con distintas concentraciones de calcio, sodio, aminoácidos y bicarbonato con diversas combinaciones posibles.

DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA

De los diversos ponentes se extrae la conclusión de que en la D.P.A. de alto flujo es mejor incrementar el volumen por intercambio y hacer intervenciones sobre el tiempo de permanencia, en los 30' de permanencia se busca la máxima U.F., el ideal está entre 45' y 60'.

ADECUACIÓN, NUTRICIÓN Y MORBIMORTALIDAD EN D.P.

Según el Dr. Olof Heimburger, de cualquier estudio hecho en pacientes en D.P., el 40% tiene algún grado de desnutrición. La albúmina es un buen predictor de morbilidad y mortalidad influenciada por enfermedades sistémicas.

Los niveles de proteína C reactiva elevados, reflejan reacciones inflamatorias subyacentes, que son catabolizantes, es altamente sensible como reactante de fase aguda.

La malnutrición suele estar influenciada por una baja ingesta, acidosis anorexia, pérdidas proteicas, enfermedad gastrointestinal, etc.

Recomendaba que la encuesta dietética en estos pacientes se debe hacer durante 1 semana.

Correlacionaba adecuación de diálisis con mortalidad cardiaca.

Recomendaciones:

- Si la FRR disminuye, la dosis de diálisis debe ser cambiada.
- Mentalizarnos que la acidosis es un enemigo del anabolismo.
- En D.P.A. el CO₂ está más elevado (28) que en C.A.P.D. (24)
- Usar líquido peritoneal con más lactato PD4, para estados acidóticos.
- Que el estado catabólico es negativo.
- Uso de Nutrineal para pacientes en estado precario.
- Uso de suplementos dietéticos.
- Uso de otros anabolizantes como la GH o IGF

La Dra. Prichard hizo repaso de la enfermedad arteriosclerótica en diálisis, el perfil lipídico en C.A.P.D. es más aterogénico que en H.D., con potenciales mecanismos como la Lipoproteína de baja densidad.

Se revisó la osteodistrofia renal.

El Dr. Allen R. Nissenson habló sobre aspectos económicos y sociales en D.P. La relación entre la falta de crecimiento de la C.A.P.D. y el terrible futuro de los sistemas de salud.

ASPECTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA

Bárbara F. Prowant dio una conferencia sobre la dignificación del papel de la enfermera en la expansión de los programas de Diálisis Peritoneal.

Mantenemos nuestro optimismo tras 10 años de experiencia en DPCA

ASPECTOS DIVERSOS DE LA DIÁLISIS PERITONEAL

Se contempló la validación de un test de calidad de vida, la insulinoresistencia, el efecto de la GH, etc.

Finalmente el Dr. Oreopoulos habló del futuro de la Diálisis Peritoneal, le parece la mejor opción para el año 2010 y espera que en la reunión que se celebrará para aquel entonces, le vuelvan a invitar.

Hizo repaso sobre la adecuación, recomendando que el KTV sea superior a 1, 7, empezando a conseguir cifras mayores en D.P.C.A.

El tiempo de permanencia en D.P.C.A., es el tema clave, comparándolo con aumentos de volumen, tiempos de permanencia no superior a 45' y 17 litros de tope.

La función renal residual debe intentarse mantener el mayor tiempo posible. Con el tiempo, se dispondrá de la monitorización de la urea en cada sesión de D.P.C.A.

Finalmente el Dr. Selgas clausura la 1 Reunión Nacional de D.P. La próxima se celebrará dentro de 2 años en Bilbao.