

Tabla 1. Filtrado glomerular según los antecedentes cardiovasculares estudiados

	FG (Cockroft) (ml/min)	p	FG (MDRD) (ml/min)	p
HTA (no) (18,7%)	44 ± 19	NS	57 ± 18	NS
HTA (sí) (87,3%)	39 ± 13		50 ± 15	
CI (no) (83,3%)	41 ± 13	(0,014)	53 ± 16	(0,022)
CI (sí) (16,7%)	29 ± 11		41 ± 13	
IC (no) (80,3%)	41 ± 14	NS	53 ± 16	(0,028)
IC (sí) (19,7%)	33 ± 12		42 ± 12	
FA (no) (76,4%)	39 ± 14	NS	50 ± 15	NS
FA (sí) (23,6%)	39 ± 13		54 ± 17	
EVC (no) (72,6%)	38 ± 13	NS	51 ± 15	NS
EVC (sí) (27,4%)	44 ± 13		51 ± 19	
EVP (no) (94,5%)	40 ± 13	NS	51 ± 16	NS
EVP (sí) (5,5%)	35 ± 21		44 ± 17	
DM (no) (62,7%)	39 ± 15	NS	50 ± 16	NS
DM (sí) (37,7%)	40 ± 12		52 ± 15	

HTA: Hipertensión Arterial. CI: Cardiopatía Isquémica; IC: Insuficiencia Cardíaca; FA: Fibrilación Auricular; EVC: Enfermedad Vasculosa Cerebral; EVP: Enfermedad Vasculosa Periférica; DM: Diabetes Mellitus; NS: No Significativo. Datos expresados en media ± SD.

Varios estudios han demostrado que los cambios en el funcionalismo renal no sólo dependen de la edad, sino que también la enfermedad cardiovascular concomitante contribuye a estas alteraciones funcionales.^{4,8} En nuestro trabajo, comprobamos cómo los ancianos tienen un FG disminuido. Sin embargo, cuando analizamos el grado de FG que presentan según su enfermedad asociada, vemos cómo son los pacientes con antecedentes previos de cardiopatía isquémica y de insuficiencia cardíaca, los que presentan menor grado de FG. Si además consideramos que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC),⁹ que muchos de los pacientes diagnosticados de IRC fallecen antes de precisar tratamiento sustitutivo¹⁰ y que sobre la edad no vamos a poder actuar, la prevención cardiovascular debería de ser una medida prioritaria en el manejo de la enfermedad renal crónica en el paciente geriátrico.

1. Kappel B, Olsen S. Cortical interstitial tissue and sclerosed glomeruli in the normal human kidney, related to age and sex. A quantitative study. *Virchows Arch A* 1980;387:272-7.

- Fliser D, Ritz E. Renal haemodynamics in the elderly. *Nephrol Dial Transpl* 1996;11(S9):2-8.
- De Jong PE, Halbesma N, Gansevoort RT. Screening for early chronic kidney disease-what method fits best? *Nephrol Dial Transplant* 2006;21:2358-61.
- Kasiske BL. Relationship between vascular disease and age-associated changes in the human kidney. *Kidney Int* 1987;31:1153-9.
- Lindeman RD, Tobin J, Shock NW. Association between blood pressure and the rate of decline in renal function with age. *Kidney Int* 1984;26:861-8.
- Cockroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976;16:31-41.
- Levey AS, Greene T, Kusek JW, Beck GJ. Simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol* 2000;11:828(A).
- Fliser D, Franek E, Joest M, Block S, Mutschler E, Ritz E. Renal function in the elderly: impact of hypertension and cardiac function. *Kidney Int* 1997;51:1196-204.
- Eknayan G. On the epidemic cardiovascular disease in patients with chronic renal disease and progressive renal failure: a first step to improve the outcomes. *Am J Kidney Disease* 1998;32(S3):1-4.
- Locatelli F, Pozzoni P. Chronic kidney disease in the elderly: is it really a premise for

overwhelming renal failure? *Kidney Int* 2006;69:2155-66.

M. Heras, M.J. Fernández-Reyes, M.T. Guerrero*, R. Sánchez

Servicio de Nefrología; *Servicio de Geriátria. Hospital General de Segovia. Segovia.

Correspondencia: Manuel Heras Benito

Servicio de Nefrología. Hospital General de Segovia. Segovia.

manuhebe@hotmail.com

Individualización del protocolo de peritonitis en diálisis peritoneal

Nefrología 2009;29(1):85-86.

Sr. Director:

Se han publicado diferentes recomendaciones acerca del tratamiento empírico de las peritonitis en diálisis peritoneal.¹ En nuestro centro seguimos las de la Sociedad Española de Nefrología publicadas en el 2004, que aconsejan como tratamiento inicial vancomicina, tobramicina y ampicilina intraperitoneal.²

En los últimos años se ha demostrado que el ciprofloxacino oral es tan efectivo como el antibiótico intraperitoneal en el tratamiento de las peritonitis.³

Realizamos un estudio retrospectivo de todas las peritonitis ocurridas en nuestra Unidad desde enero de 2006 hasta junio de 2008. En total, fueron 123 episodios. Los gérmenes responsables se recogen en la tabla 1.

Se valoró la sensibilidad de los gérmenes gramnegativos a la ampicilina, objetivando un incremento progresivo de su resistencia. En el año 2006, el 58,3% eran resistentes, y en un 25% de los cultivos la sensibilidad a la ampicilina no se valoró. En el 2007, el 66,6% eran resistentes, y no se valoró la sensibilidad en un 22% de los casos. En el 2008, el porcentaje de resistencias alcanzó el 77,7% y no se valoró en un 11,1%.

La sensibilidad al ciprofloxacino de las peritonitis por gramnegativos fue en

2006 del 91%, en 2007 del 77,7% (22,3% no testado), y en 2008 del 100%.

En cuanto a la sensibilidad de las peritonitis por grampositivos, en nuestro centro existe un alto porcentaje de casos de gérmenes oxacilín-resistentes, por lo que en la mayoría de las ocasiones se precisa tratamiento con vancomicina.

A la vista de los resultados, se realizó un cambio de protocolo antibiótico empírico a vancomicina intraperitoneal y ciprofloxacino oral, manteniendo siempre profilaxis antifúngica con fluconazol oral, y evitando de esta manera el tratamiento con aminoglucósidos y sus efectos deletéreos sobre la función renal residual.

Las Unidades de diálisis peritoneal deben tener en cuenta el perfil de los organismos responsables de las peritonitis en su área, así como el patrón de resistencia, para de-

cidir el protocolo antibiótico empírico más adecuado en cada caso.

1. Piraino B, Bailie GR, Bernardini J, Boeschoten E, Gupta A, Holmes C, et al. Peritoneal Dialysis-Related infections recommendations: 2005 Update. *Peritoneal Dialysis Internacional* 2005;25:107-31.
2. Sansone G, Cirugeda A, Bajo MA, del Peso G, Sánchez Tornero JA, Alegre L, et al. Actualización de protocolos en la práctica clínica de diálisis peritoneal, año 2004. *Nefrología* 2004;XXIV(2005).
3. Fleming LW, Phillips G, Stewart WK, Scout AC. Oral ciprofloxacin in the treatment of peritonitis in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Antimicrob Chemoter* 1990;25:441-8.

E. Novoa, C. Pérez, M. Borrajo, J. Santos
 Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.
Correspondencia: Cristina Pérez Melón
 Servicio de Nefrología.
 Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.
 cristicpm@hotmail.com

Tabla 1.

	2006 (pac.: 49)	2007 (pac.: 54)	2008 (pac.: 51)
Total peritonitis	46	55	22
Grampositivo	23 (50%)	28 (50,9%)	13 (59%)
Coagulasa positivo	18 (39,1%)	19 (34,54%)	8 (36,3%)
Streptococo	1 (2,1%)	5 (9,09%)	2(9%)
<i>S. Aureus meticillin-sensible</i>	1 (2,1%)		1 (4,5%)
<i>S. Aureus meticillin-resistente</i>	1 (2,1%)	2 (3,6%)	
<i>Corynebacterium</i>		2 (3,6%)	1 (4,5%)
<i>Lactococcus</i>	2 (4,3%)		
<i>Micrococcus</i>			1 (4,5%)
Gramnegativo	12 (26%)	18 (32,7%)	9 (40,9%)
<i>E. coli</i>	1 (2,1%)	5 (9,09%)	1 (4,5%)
<i>Klebsiella</i>	3 (6,5%)	4 (7,2%)	2 (9%)
<i>Serratia</i>	2 (4,3%)	4 (7,2%)	2 (9%)
<i>Pseudomona</i>	1 (2,1%)	3 (5,4%)	1 (4,5%)
<i>Enterobacter</i>	4 (8,6%)	2 (3,6%)	1 (4,5%)
<i>Pasteurella</i>	1 (2,1%)		
<i>Citobacter</i>			1 (4,5%)
<i>Haemophilus</i>			1 (4,5%)
Cultivo negativo	11 (23,9%)	7 (12,7%)	
Hongos		1 (1,81%)	
<i>Mycobacterium</i>		1 (1,81%)	