

**J. Escribano Serrano¹, A. Michán Doña²,
L. García Domínguez³, C. Casto Jarillo⁴**

¹ UGC San Roque. San Roque. Cádiz.

² Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Jerez de la Frontera.
Jerez de la Frontera. Cádiz.

³ UGC Poniente. La Línea, Cádiz.

⁴ UGC Laboratorio. Hospital de La Línea.
La Línea. Cádiz.

Correspondencia: J. Escribano Serrano

UGC San Roque. Real 42, 4A.

11314 San Roque. Cádiz.

jescribanos@semergen.es

jescriban19@gmail.com

Diálisis peritoneal tras retirada de catéter por peritonitis

Nefrología 2011;31(6):750-1

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Jul.11005

Sr. Director:

Las peritonitis son la principal causa de morbimortalidad y de fracaso de la técnica en diálisis peritoneal (DP).

Existen estudios en los que la retirada del catéter (RC) es precisa hasta en el 16-18% de los casos¹. Las principales causas de RC peritoneal por peritonitis son: peritonitis por hongos, entéricas o asociadas con otras circunstancias clínicas (infección simultánea del túnel subcutáneo, peritonitis refractaria o recidivante).

Tras la RC, un porcentaje importante de pacientes se inclinan de nuevo por el mismo método de depuración. Estos pacientes suelen tener una baja supervivencia en la técnica en relación con adherencias o fracaso de ultrafiltración².

Si se decide reiniciar la DP es importante tener en cuenta:

1. No existe un método objetivo fiable que demuestre la existencia de daño peritoneal antes de la implantación del catéter: la ecografía, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) han mostrado baja sensibilidad y sólo detectan alteraciones imprecisas³.

2. La implantación del catéter debe realizarse mediante cirugía abierta o laparoscopia para obtener información visual de la cavidad abdominal.
3. El tiempo para la reimplantación debe ser, como mínimo, de 3-4 semanas tras la remisión completa de la infección.
4. En caso de disfunción temprana de catéter, la realización de una peritoneografía puede ser útil ante la posibilidad de que exista una compartimentalización del peritoneo.

Realizamos un estudio retrospectivo durante los últimos cinco años de los pacientes de nuestra unidad, en quienes se precisó la RC por una peritonitis y que posteriormente decidieron reiniciar la DP.

Once pacientes de nuestra población precisaron RC tras peritonitis en los últimos cinco años.

A todos ellos se les realizó una TC abdominal previa a la implantación del segundo catéter.

Sólo un caso fue desestimado para el reinicio de la DP por presentar, en la TC, una imagen abdominal compatible con un pequeño absceso tras dos meses de retirada del primer catéter.

La implantación del segundo catéter fue realizada en todos los casos por cirugía general; se evidenciaron adherencias laxas en dos casos, que fueron liberadas.

La media de edad de nuestra población fue de 62,8 años (30-77).

Los niveles de albúmina fueron de 3,5 mg/dl (2,8-4,2); D/P creatinina 240 minutos: 0,75 (0,69-0,8); D/P creatinina 240 minutos antes de la retirada: 0,78 (0,63-0,9); el número total de peritonitis de cada paciente fue de 2,6 (1-5) y el tiempo medio de aparición hasta la primera peritonitis fue de 18 meses (1-47).

Los gérmenes responsables de las peritonitis, la existencia o no de patología asociada, el tiempo hasta la reinsertación del segundo catéter y la evolución según si se había resuelto o no el problema infeccioso antes de la RC se exponen en la tabla 1.

En nuestra población la casi totalidad de los pacientes a quienes se les retiró el catéter durante el proceso infeccioso presentaron una mala evolución en la técnica, fundamentalmente en relación con adherencias o problemas de ultrafiltración, al igual que la mayoría de los estudios publicados⁴.

Tabla 1. Gérmenes causales y evolución tras la retirada del catéter de diálisis peritoneal

Datos de infección de líquido peritoneal	Germen responsable	Patología asociada	Tiempo hasta reinsertación (meses)	Evolución
No	<i>E.coli</i>	No	5	Buena, continúa DP
	<i>Serratia</i>	No	2	Buena, continúa DP
	Cultivo negativo	No	0	Trasplante renal
Sí	<i>Pseudomonas</i>	No	3	HD Poca UF
	<i>Pseudomonas</i>	No	2	HD Diálisis insuficiente
	<i>E. coli</i>	Diverticulitis	2	HD Compartimentalización
	<i>Candida</i>	No	3	Recidiva
	<i>Candida</i>	No	4	Buena Trasplante renal
	<i>Corynebacterium</i>	No	48	Recuperación función renal
	<i>Burkholderia cepacia</i>	Colecistitis	2	HD Compartimentalización

Aunque las pruebas de imagen previas a la implantación del segundo catéter son poco sensibles, consideramos que son necesarias, dado que en algunos casos puede existir patología abdominal secundaria a la peritonitis previa, clínicamente asintomática, como fue la presencia de un absceso abdominal en uno de nuestros pacientes.

En caso de disfunción temprana del catéter peritoneal, la realización de una peritoneografía es necesaria para valorar la existencia o no de compartimentalización (figura 1).

En conclusión, la vuelta a DP tras RC por peritonitis debe ser individualizada, prestando especial atención a aquellos pacientes que tuvieron peritonitis refractaria, con patología abdominal asociada y que antes de la retirada del primer catéter presentaban un elevado D/P cr. También debe tenerse en cuenta el impacto de la posible pérdida de diuresis residual en la evolución del paciente.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales.

1. Choi P, Nemati E, Banerjee A, Preston E, Levy J, Brown E. Peritoneal dialysis catheter removal for acute peritonitis: a retrospective analysis of factors associated with catheter removal and prolonged postoperative hospitalization. *Am J Kidney Dis* 2004;43:103-11.
2. Pérez Fontán M, Rodríguez Carmona A. Peritoneal catheter removal for severe

peritonitis: landscape after a lost battle. *Perit Dial Int* 2007;27:155-8.

3. Scanziani R, Pozzi M, Pisano L, Barbone GS, Dozio B, Rovere G, et al. Imaging work-up for peritoneal access care and peritoneal dialysis complications. *Int J Artif Organs* 2006;29:142-52.
4. Cox SD, Walsh SB, Yaqoob MM, Fan SLS. Predictors of survival and technique success after reinsertion of peritoneal dialysis catheter following severe peritonitis. *Perit Dial Int* 2007;27:67-73.

E. Iglesias Lamas, M.J. Camba Caride, E. Novoa Fernández, J. Santos Nores

Unidad de Nefrología.
Complejo Hospitalario de Orense.

Correspondencia: E. Iglesias Lamas
Unidad de Nefrología.
Complejo Hospitalario de Orense.
Ramón Puga, 54. 32005 Ourense.
elei1983@yahoo.es

Manejo de la intoxicación por salicilatos

Nefrología 2011;31(6):751-2

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Jul.11042

Sr. Director:

La intoxicación aguda por salicilatos es una de las causas menos frecuentes de intoxicación por antitérmicos; de hecho, en los últimos años la incidencia ha disminuido debido a un mayor uso de otros fármacos, como el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 60 años con antecedentes personales de depresión que es derivada al servicio de urgencias por deterioro cognitivo leve y consumo de múltiples comprimidos de ácido acetilsalicílico. En la exploración física destacaba una hipotensión arterial mantenida con una presión arterial sistólica (PAS) de 80-90 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) de 50-60 mmHg. Analíticamente presentaba urea: 81 mg/dl, creatinina sérica: 1,84 mg/dl, pH: 7,39, HCO₃:

13,9 mmol/l, lactato: 1 mmol/l. Los niveles séricos de salicilatos fueron positivos a unas concentraciones de 65,68 mg/dl. Se realizó lavado gástrico y se comenzó con abundante hidratación y acidificación urinaria, además de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde mantuvo cifras de presión arterial bajas, oliguria y aumento su grado de deterioro cognitivo. Ante la mala evolución clínica, con aumento de las cifras de retención nitrogenada y las alteraciones hemodinámicas se decidió realizar hemodiálisis convencional de cuatro horas de duración, con una polisulfona de alta permeabilidad y balances positivos (+2.500 ml). Finalizada dicha técnica se normalizaron los trastornos ácido-base que presentaba la paciente, además de evidenciarse una disminución del fármaco hasta concentraciones séricas de 31,99 mg/dl (reducción del 51%), mejoría del deterioro cognitivo y normalización de las cifras tensionales. La paciente fue dada de alta sin ninguna repercusión orgánica.

Los niveles terapéuticos del ácido salicílico oscilan entre 10 y 30 mg/dl, de forma que niveles más elevados pueden producir intoxicaciones de grado moderado-grave, tales como déficits neurológicos, coma, convulsiones, edema pulmonar, hipotensiones mantenidas, fracaso renal agudo y trastornos electrolíticos graves¹, aunque es raro el fallecimiento del paciente².

El normograma de Done, ampliamente utilizado en diversas intoxicaciones, no debe ser empleado en las intoxicaciones agudas por salicilatos debido a que presentan una mala correlación entre sus concentraciones séricas y las alteraciones clínicas y/o de laboratorio producidas. Ante todo paciente con niveles elevados de salicilatos se deberá comenzar con medidas de soporte. Se debe realizar lavado de estómago para reducir la absorción del tóxico y alcalinizar la orina para aumentar su excreta, además de una correcta hidratación y control de las alteraciones hidroelectrolíticas. Las indicaciones de comenzar una hemodiálisis para depurar el ácido salicílico son variables según las fuentes consultadas; la mayoría de los autores coinciden en que



Figura 1. Imagen de pseudocavidad en la peritoneografía.