

Registro multicéntrico de pacientes tratados con DPCA. Resultados al 1-1-84 (registro multicéntrico DPCA)

J. CONDE OLASAGASTI.

Sección: Nefrología.
Residencia Sanitaria Virgen de la Salud.
Avenida Barber, s/n. Toledo.

INTRODUCCION

En el tercer trimestre de 1979 se comenzó a utilizar la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en nuestro país, abriendo una serie de interrogantes que la introducción de cualquier tratamiento nuevo plantea obligadamente. Indicaciones, morbilidad, mortalidad, viabilidad, eran algunos de los aspectos básicos a delimitar, cuantificar y contrastar con otras técnicas ya conocidas. Cinco años después la mayor parte de estos interrogantes si-

guen sin contestación definitiva. El presente trabajo supone un paso más en el intento común de los nefrólogos españoles para dar respuestas objetivas a tales cuestiones a través de un registro multicéntrico de pacientes tratados con esta modalidad dialítica.

MATERIAL Y METODOS

El banco de datos se constituye a partir de cuestionarios individuales remitidos por los centros, en los que se recogen de

TABLA I

HOSPITALES PARTICIPANTES

Andalucía			
R. S. Virgen del Mar	Almería	R. S. General Yagüe	Burgos
R. S. Zamacola	Cádiz	R. S. C. Ramírez	Palencia
R. S. Reina Sofía	Córdoba	Hospital Clínico	Salamanca
R. S. Virgen de las Nieves	Granada	Hospital Clínico	Valladolid
Hospital Clínico	Granada	Navarra	
R. S. Capitán Cortés	Jaén	Hospital General de Navarra	Pamplona
C. H. Princesa de España	Jaén	R. S. Virgen del Camino	Pamplona
C. S. Carlos Haya	Málaga	Rioja	
C. S. Virgen del Rocío	Sevilla	R. S. Coello Cuadrado	Logroño
Hospital Clínico	Sevilla	Aragón	
C. Sagrado Corazón	Sevilla	Hospital Clínico	Zaragoza
Extremadura		Galicia	
R. S. Perpetuo Socorro	Badajoz	C. S. Juan Canalejo	Coruña
R. S. San Pedro Alcántara	Cáceres	R. S. Nuestra Señora del Cristal	Orense
Castilla-La Mancha		Asturias	
R. S. Virgen de la Salud	Toledo	R. S. José Gómez Sabugo	Gijón
Madrid		C. S. Nuestra Señora de Covadonga	Oviedo
C. S. La Paz	Madrid	Cantabria	
Fundación Jiménez Díaz	Madrid	C. S. Marqués de Valdecilla	Santander
C. S. 1.º de Octubre	Madrid	País Vasco	
Hospital Generalísimo	Madrid	C. S. Enrique Sotomayor Cruces	Bilbao
Hospital Clínico	Madrid	Hospital Civil de Basurto	Bilbao
Murcia		C. S. Nuestra Señora de Aránzazu	S. Sebastián
C. S. Virgen Arrixaca	Murcia	Cataluña	
COMUNIDAD VALENCIANA		C. S. Valle de Hebrón	Barcelona
R. S. 20 de Noviembre	Alicante	C. S. Príncipe de España	Barcelona
R. S. de Elche	Elche	Hospital Clínico	Barcelona
Canarias		Clínica Girona	Gerona
C. S. Ntra. Sra. del Pino	Las Palmas	R. S. Juan XXIII	Tarragona
Castilla-León		R. S. Sant Pau y Santa Tecla	Tarragona
R. S. Nuestra Señora Sonsoles	Avila		

REGISTRO MULTICENTRICO DE PACIENTES TRATADOS CON DPCA

cada paciente nueve variables iniciales: edad, sexo, nefropatía, aclaramiento de creatinina, tratamiento previo, indicación, primer catéter, número de bolsas iniciales y necesidad de ayuda; evolución del tratamiento sustitutivo y valoración de DPCA. Anualmente se incluyen los nuevos pacientes y se actualizan los datos referentes a evolución y valoración. Los enfermos son seguidos hasta su fallecimiento, sean cuales sean los tratamientos seguidos. No se han contabilizado, a efectos de evolución, las salidas temporales a otros tratamientos, incluido el trasplante, si el paciente continuaba en DPCA en el momento del cierre. El período estudiado comprende desde el 12 de septiembre de 1979 al 31 de diciembre de 1983.

El registro, almacenamiento y elaboración de los datos descriptivos para el total de pacientes y cada centro se realizó por ordenador con programas diseñados expresamente. Los resultados analíticos (grupos de enfermos, centros agrupados, supervivencias actuariales, métodos estadísticos) han sido elaborados manualmente.

El ritmo de admisión de nuevos pacientes se calculó según: ritmo (paciente/año) = $12 \times$ (número pacientes tratados/número meses desde inicio primer enfermo).

Los índices de supervivencia y mortalidad se calcularon con técnica actuarial de MERRELL-SHULLMAN¹. Los métodos estadísticos utilizados fueron el test «t» de Student, Chi cuadrado y análisis del error estándar.

RESULTADOS

Utilización de DPCA:

A lo largo de estos 4 años 46 unidades de diálisis habían tratado 713 pacientes con DPCA. En la tabla I figuran los centros participantes, distribuidos por comunidades autónomas. La comparación de nuestros datos con los publicados por la EDTA²⁻⁵ (tabla II) permite suponer que este registro incluye la práctica totalidad de los enfermos tratados en nuestro país con DPCA. Un creciente número de centros ha tratado con DPCA a un igualmente

TABLA II
PACIENTES EN DPCA A 31-XII.

Año	Pacientes (n) EDTA	Multicentro	Relación multicentro/EDTA %
1980	55	64	116
1981	156	164	105
1982	321	298	92
1983	483 *	465	96

* Datos de cuestionarios de pacientes.

TABLA III
DPCA: INCIDENCIA SOBRE TRATAMIENTO DIALITICO

Año	Centros (%) *	Pacientes en diálisis 31-XII * (%)	Pacientes inician diálisis * (%)
1979	1,5	0,13	0,3
1980	8,5	1,3	3,5
1981	15,6	2,6	6,8
1982	22,2	4,5	9,7
1983	25,1	6,1	15

* Utilizan DPCA/total conocidos \times 100.

creciente número de pacientes (fig. 1). La incidencia de esta técnica en el tratamiento sustitutivo ha mantenido la misma tónica de crecimiento (tabla III). El 31 de diciembre de 1983 el 25 % de los centros utilizaban DPCA en el 6 % de la población dializada. Especialmente llamativa ha sido la evolución del número de pacientes que utilizan DPCA como primer tratamiento dialítico, que en 1983 alcanzó el 15 % de todos los que iniciaron diálisis.

El 31 de diciembre de 1983, 465 pacientes se mantenían con DPCA, lo que supone el 12,3 por millón de habitantes. La distribución de centros y pacientes por comunidades autónomas (tabla IV) pone en evidencia grandes diferencias en la aplicación de este tratamiento.

TABLA IV
DISTRIBUCION DE CENTROS Y PACIENTES EN DPCA POR COMUNIDADES AUTONOMAS

Comunidad autónoma	Centros n	Pacientes tratados n	Pacientes en DPCA n	1-1-84 p.m.
Andalucía	11	245	143	22,2
Aragón	1	3	—	—
Asturias	2	11	7	6,2
Canarias	1	39	30	21,9
Cantabria	1	5	4	7,8
Castilla-León	5	34	31	12
Castilla-La Mancha	1	73	49	29,7
Cataluña	6	29	16	2,6
Comunidad Valenciana	2	43	31	8,5
Extremadura	2	23	19	17,8
Galicia	2	25	15	5,3
Madrid	5	122	78	16,6
Murcia	1	18	14	14,6
Navarra	2	12	9	17,7
País Vasco	3	30	16	7,1
Rioja	1	4	3	11,8
España	46	716 *	465	12,3

* Tres pacientes se trasladaron entre centros.

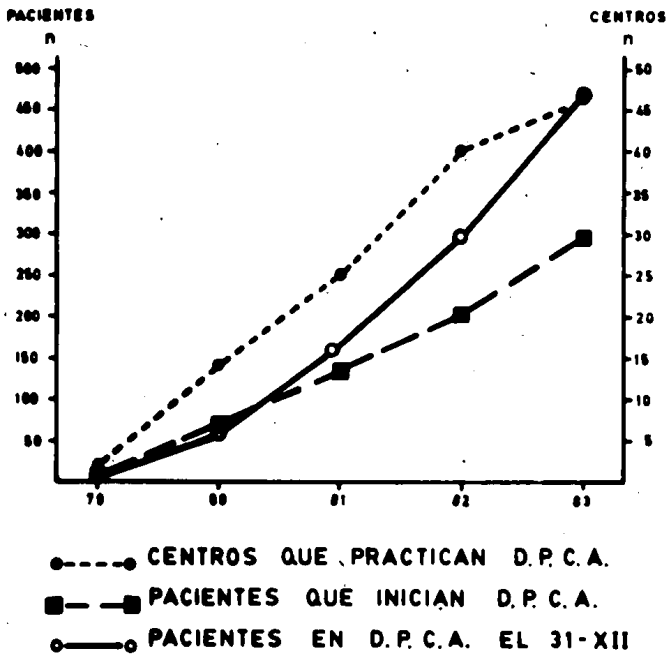


Fig. 1.—Evolución del número de centros que practican DPCA, pacientes que inician y pacientes en DPCA a 31 de diciembre. Septiembre de 1979 a 31 de diciembre de 1983.

Los datos relativos a la aplicación por centros (tabla V) muestran una gran dispersión, indicativa de la diferente aplicación de DPCA por centro. A fin de obtener una visión más detallada de la real aplicación de DPCA hemos distribuido los centros (excluyendo los seis que la iniciaron en 1983) según el ritmo de admisión de nuevos pacientes, cifra indicativa de la amplitud y continuidad con que cada centro utiliza DPCA. El grupo I lo integran los centros que pusieron en tratamiento más de 10 pacientes/año; el II, entre 5 y 10, y el III, menos de 5 pacientes/año. Los grupos así resultantes son mucho más homogéneos (tablas VI y VII). Cinco centros utiliza-

TABLA V

DPCA: EXPERIENCIA CENTROS				
	\bar{X}	(DE)	Máx.	Min.
Pacientes tratados/centro	15,6	(19,3)	79	1
Pacientes en tratamiento 1-1-84/centro	10,1	(11,3)	49	0
Antigüedad (años)	2,3	(1)	4,3	0,1
Experiencia total (años)	16,8	(27)	116,1	0,1
Meses DPCA/paciente	13,0	(4,5)	20	2
Ritmo nuevos pacientes/año	6,2	(5)	20,1	0,04

TABLA VI

DPCA: CENTROS DISTRIBUIDOS (I)							
Grupos	Ritmo	Centros N.º	Centros %	Pacientes N.º	Pacientes %	Experiencia Años	%
I	16,5	5	12,5	317	45,9	425	55
II	9,1	12	30	242	35	208	27,3
III	2,4	23	57,5	131	18,9	129	17

TABLA VII

DPCA: CENTROS DISTRIBUIDOS (II)

	I		II		III	
	\bar{x}	DS	\bar{x}	DS	\bar{x}	DS
Ritmo (ptes/año) ..	16,5	(3,2)	9,1	(2,1)	2,4	(1,4)
Antigüedad (años)	3,76	(0,6)	2,2	(0,7)	2,4	(0,9)
Experiencia global (años)	85	(28,5)	17,4	(9,6)	5,6	(3,3)
Pacientes tratados:	63,4	(14,1)	20,2	(7,6)	5,7	(3,6)

ron DPCA regularmente en una importante proporción de sus pacientes (16,5 al año) y acumulan la mitad de la experiencia total del país con DPCA. Doce centros la emplearon en un menor volumen de pacientes con regularidad (9 pacientes/año) y 23 (57 %) lo hicieron de forma aislada (2,5 al año).

Población tratada

En la figura 2 y tabla VIII se expone: edad al inicio de DPCA, sexo y nefropatía de estos enfermos. Poniendo estos datos en relación con los de la población española en tratamiento sustitutivo el 31 de diciembre de 1982⁶,

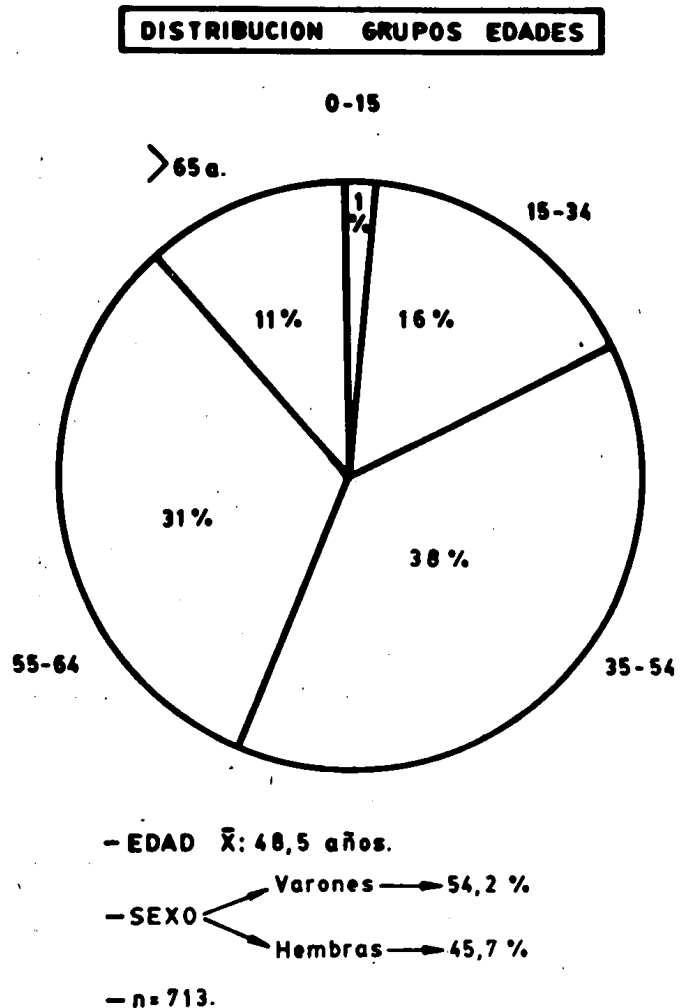


Fig. 2.—Edades y sexo de la población tratada con DPCA.

REGISTRO MULTICENTRICO DE PACIENTES TRATADOS CON DPCA

TABLA VIII

DPCA: DISTRIBUCION NEFROPATIAS

	Multicéntrico (%)	España (%) ⁶
Sistémicos	20	5,8
(Diabetes)	(16,3)	(3)
Túbulo-intersticial	19,8	18
Glomerulonefritis	19,2	30,5
Desconocida	18,5	16,9
Vasculares	7,9	9,2
Quísticas	7,2	10,2
Congénitas-hereditarias	2,4	3,8
Varios	4,8	4,7

es de destacar la mayor edad media (\bar{x} = 48,5 vs. 45,2), mayor proporción de pacientes mayores de 65 años (11 % vs. 5,5 %) y de enfermos con patología sistémica (20 % vs. 5,8 %), que es la etiología más frecuente en esta serie y está constituida mayoritariamente por diabéticos. Tales diferencias son indicativas de la política de selección seguida en muchas unidades.

TABLA IX

DPCA: PROCEDENCIA-INDICACION

Procedencia	%
Primer tratamiento	74
Hemodiálisis	21
DPI (> 6 m.)	4

Indicación	%
Se consideró indicado	75,4
Hemodiálisis no posible	18,7
Fracaso hemodiálisis	3,3
No disponibilidad hemodiálisis	1,8
En espera hemodiálisis	0,7

En la tabla IX se refleja el tratamiento previo y las indicaciones de DPCA.

Técnica

El clásico catéter de Tenckhoff, en sus dos variantes, ha continuado siendo el empleado mayoritariamente (tabla X).

TABLA X

CATETERES INICIALES UTILIZADOS

Tipo	N.º	%	Implantación	
			Quirúrgica %	Trocar %
Tenckhoff agudos	352	49,8	18,1	81,8
Tenckhoff crónicos	272	38,5	82,7	17,3
TWH	67	9,4	100	—
Otros	16	2,3	56,2	43,7
Total	707		51,8	48,1

TWH: Toronto Western Hospital.

La pauta inicial de intercambios continúa ajustándose al habitual esquema de cuatro cambios diarios con ligeras modificaciones (descanso de domingos, cambios extras), si bien un 16,4 % de pacientes utilizaron un menor número de bolsas (tabla XI). La proporción de enfermos que requieren de otra persona para realizar íntegramente el tratamiento se aproximó al 30 %.

TABLA XI

DPCA: NUMERO DE INTERCAMBIOS INICIALES-NECESIDAD AYUDA

Número de bolsas	N.º	%
Tres diarios o menos	117	16,4
Más de 3, menos de 5/día	578	81,2
Cinco o más diarios	17	2,4

Necesidad ayudante	N.º	%
Sí	194	27,6
No	508	72,3

Evolución

En la figura 3 puede observarse la evolución seguida por los 713 pacientes hasta el 31 de diciembre de 1983. Continuaban en DPCA 465 enfermos, con un tiempo me-

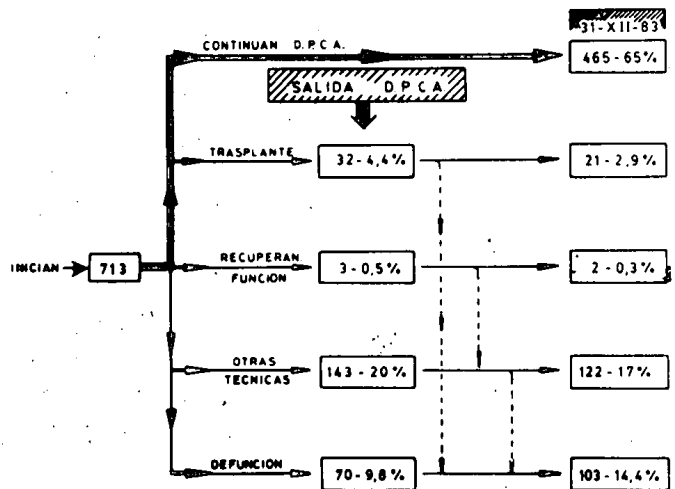


Fig. 3.—Evolución de los pacientes desde inicio DPCA hasta el 31 de diciembre de 1983.

dio de tratamiento de 13,3 meses (± 8). El paciente más antiguo registrado sumaba en esa fecha 52 meses de tratamiento. Abandonaron DPCA 143 pacientes, pasando a hemodiálisis (86,7 %) y diálisis peritoneal intermitente (DPI) (13,2 %) por las causas que figuran en la tabla XII. Los episodios de peritonitis fueron responsables de casi dos tercios de los abandonos. La tasa de abandonos (tabla XIII) se mantuvo estable los 2 primeros años de tratamiento, siendo del 58 % la permanencia ac-

TABLA XII

CAUSAS ABANDONO DPCA

Causa	N.º	%
Peritonitis	86	60
Voluntad paciente	14	9,7
Diálisis-UF. insuficiente	7	4,8
Pérdida ayudante	6	4,1
Dolor abdominal	2	1,3
Dolor de espalda	2	0,6
Voluntad familia	1	0,6
Varios	25	17,4

TABLA XIII

PERMANENCIA EN DPCA

Intervalo	Pacientes inician	% Abandonos	% Acumulado
0-3 meses	713	2,5	97,5
3-6 meses	630	5,3	92,3
6 m.-1 año	516	11	82,2
1-2 años	308	17	67,7
2-3 años	106	8,5	61,9
3-4 años	28	6,4	57,9
> 4	2	—	—

Defunciones, trasplantes, recuperación función: perdidos para seguimiento.

tuarial al cuarto año. La probabilidad de pasar a otra variedad de diálisis fue del 18 y 32 % al final del primero y segundo año, respectivamente, frente al 27 y 38 % para la población europea⁷.

Defunciones

Setenta pacientes fallecieron en DPCA tras 11,9 ($\pm 8,4$) meses de tratamiento. Entre las causas de muerte (tabla XIV) el primer lugar en orden de frecuencia lo

ocupan las infecciones, de entre las cuales la peritonitis, con un 15,7 % del total, se constituye en la primera causa de muerte, frente a las tradicionales cardiovasculares.

En un 30 % de las defunciones se estimó que existía relación causal con la DPCA.

La supervivencia actuarial en este tratamiento (tabla XV) se mantiene en cifras equiparables al de otras técnicas (tabla XVI)⁸. La comparación de los grupos de pacientes más numerosos (tabla XVII) con los mismos de la EDTA⁹ confirma lo observado para el grupo en conjunto: las cifras de supervivencia son similares a las

TABLA XIV

CAUSAS DE MUERTE EN DPCA

Causas	%	%
INFECCIOSAS	37,1	
Otras infecciones		21,4
Peritonitis		15,7
CARDIOVASCULARES	29,8	
Coronarias		11,4
ACV		10
Insuficiencia cardiaca		4,2
Embolia pulmonar		4,2
VARIOS	21,2	
Hemorragias		4,2
Caquexia		4,2
Cese tratamiento		2,8
Varios		10
DESCONOCIDA	11,4	

obtenidas con todas las formas de tratamiento sustitutivo. La comparación de estos mismos grupos de pacientes con sus similares europeos en DPCA muestra cifras más altas en nuestro país.

Los índices actuariales de supervivencia «combinada»

TABLA XV

SUPERVIVENCIA EN DPCA

Intervalo	Mortalidad *	Supervivencia **	Inician
0-3 meses	0,5	99,4	713
3-6 meses	3	96,3	630
6 m.-1 año	4,7	91,7	516
1-2 años	8,3	84,1	308
2-3 años	13,8	72,4	106
3-4 años	0	72,4	28

* Mortalidad en cada intervalo.

** Supervivencia acumulada al final de cada intervalo.

TABLA XVI

DPCA: SUPERVIVENCIA MULTICENTRICO-EXTREMOS EDTA

	Muestra N.º	3 m.		6 m.		12 m.		24 m.		36 m.	
		%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Multicéntrico											
En DPCA	713	99	(673,5)	96	(582)	92	(422)	84	(216)	72	(72)
EDTA (8): todos tratamiento	9.372	98	(*)	96	(*)	93	(*)	87	(*)	84	(*)
65 años no diabéticos	7.210	92	(*)	86	(*)	76	(*)	60	(*)	47	(*)

(N): Expuestos. (*): Más de 1.000.

TABLA XVII

SUPERVIVENCIA MULTICENTRICO-EDTA

		3 meses		6 meses		1 año		2 años	
		%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
35-54 a. No diabéticos									
Multicéntrico «en DPCA»	215	99 (204)	97 (175)	94 (128,5)	88 (70)				
EDTA «on CAPD» ⁸	906	98-99 (792,5)	95-98 (590,5)	92-96 (367)	80 (47,5)				
EDTA todos tratamientos ⁸	10.000	97-98 (+)	95 (+)	90-91 (+)	80-84 (+)				
55-64 a. No diabéticos									
Multicéntrico «en DPCA»	175	100 (163,5)	97 (143)	92 (104)	86 (50)				
EDTA «on CAPD» ⁸	775	96 (685)	91 (510,5)	84 (326)	71 (37,5)				
EDTA todos tratamientos ⁸	9.720	96 (+)	92 (+)	85 (+)	73 (+)				

(N): Expuestos. (+): Más de 1.000.

TABLA XVIII

PERMANENCIA COMBINADA EN DPCA

	Muestra N.º	3 m.		6 m.		12 m.		24 m.	
		%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Multicéntrico	713	97	(682)	89	(597,5)	75	(446)	57	(236)
EDTA ¹⁰	2.905	62	—	53	—	41	—	28	—

N: Pacientes expuestos.

Trasplantados, recuperación función renal: perdidos para seguimiento.

(considerando muertos, fallecidos y abandonos, perdidos para seguimiento, trasplantados y recuperación función renal) son los expuestos en la tabla XVIII. Es llamativa la diferencia de al menos un 30 % frente a los ofrecidos por EDTA¹⁰ en todos los períodos observados.

El análisis de la distribución de algunos factores que hubieran podido condicionar la evolución (tabla XIX) no ha mostrado diferencias entre los pacientes que abandonaron y los que continúan en tratamiento, pero sí entre éstos y los fallecidos.

TABLA XIX

DISTRIBUCION FACTORES DE RIESGO

	Edad años	Sistémicos	Procedencia	Indicación**
	\bar{x}	%	%	%
Abandonos	46,6 (n.s.)	20,4 (n.s.)	29,2 (n.s.)	26,5 (n.s.)
Continúan	48,1 (p < 0,001)	20 (n.s.)	23,2 (n.s.)	23,7 (p < 0,01)
Fallecidos	57,8	24,3	18,5	44

*: Trasplante y/o diálisis previa.

** Distintas a «se consideró indicada DPCA».

TABLA XX

VALORACION DPCA

Valoración	Continúan		Muerte	Total
	%	%		
Buena	86,5	16,9	44,9	68
Dudosa	12,1	21,1	37,7	16
Mala	1,3	61,9	17,4	15

Valoración

Los resultados se valoraron como «buenos» en un 68 % de los pacientes, «dudosos» en el 16 % y «malos» en el 15 % (tabla XX).

Mortalidad tras abandono de DPCA

Los buenos resultados en cuanto a supervivencia observados en algunos grupos de pacientes han hecho sospechar a algún autor^{11,12} que pacientes transferidos a otras técnicas pudieran fallecer en ellas semanas o meses más tarde debido a complicaciones de DPCA. Con el fin de valorar tal posibilidad se han analizado las defunciones acaecidas después de abandonar DPCA. Fallecieron 33 pacientes tras abandonar DPCA o ser trasplantados en los períodos de tiempo que figuran en la tabla XXI. Las causas de muerte de estos pacientes (tabla XXII) cambian sustancialmente respecto a las observadas en DPCA. Las infecciosas pasan al cuarto lugar en orden de frecuencia, siendo ahora las más frecuentes las

TABLA XXI

DEFUNCIONES TRAS SALIDA DPCA

	Muertes N.º	Tiempo (meses)*			
		\bar{x}	DE	Máx.	Mín.
Hemodiálisis	18	7,4	9,3	0,5	-36
Trasplante	11	3,3	3,8	0,5	-14
DPI	4	5,1	3,5	0,5	-9

* Meses desde salida DPCA.

cardiovasculares. En la tabla XXIII están distribuidas según modalidad de tratamiento en que se produjeron y tiempo desde el abandono de DPCA. Contra lo que cabría esperar, en los 3 primeros meses no se produjo ningún fallecimiento por enfermedad infecciosa en diálisis, lo que nos hace suponer que aquellas defunciones por peritonitis que se produjeron en HD dentro de este plazo fueron notificadas como «en» DPCA.

TABLA XXII

CAUSAS DE MUERTE TRAS DPCA

Causas	%
Cardiovasculares	33
Desconocida	15
Demencia-caquexia	15
Infecciosas	9
Cese tratamiento	6
Hemorragias	6
Varios (pancreatitis, hiperk, otras)	15

TABLA XXIII

CAUSAS DE MUERTE TRAS DPCA

	0-1 m.*		1-3 m.*		> 3 m.*	
	D	T	D	T	D	T
Cardiovasculares	3	2	2	0	3	1
Desconocida	0	0	2	0	3	0
Demencia-caquexia	0	0	3	0	2	0
Infecciosas	0	0	0	1	1	1
Cese tratamiento	1	0	1	0	0	0
Hemorragias	0	1	0	0	0	1
Varios	1	2	0	2	0	0
Total	5	5	8	3	9	3

D: Diálisis. T: Trasplante.

* Tiempo en meses desde salida DPCA.

En el primer mes se produce una importante proporción (50 %) de fallecimientos por enfermedades cardiovasculares, principalmente coronarias. Los índices de supervivencia «en» DPCA (desde inicio de DPCA hasta salida de ésta) y «después de iniciar» DPCA (desde inicio DPCA hasta fallecimiento, sea cual sea el tratamiento seguido) (fig. 4) son prácticamente superponibles. No hemos encontrado datos objetivos que abonen las sospechas citadas, lo que coincide con la opinión de los nefrólogos que trataron estos pacientes y que tan sólo en un caso de los 33 (3 %) (sepsis a los 2 meses del trasplante) pusieron en relación la muerte con la DPCA previa.

Pacientes sistémicos

Se han tratado 142 pacientes cuya insuficiencia renal fue causada por nefropatías en el seno de afecciones multisistémicas (tabla XXIV), principalmente diabéticos insulino dependientes.

La evolución de estos pacientes según patología (tabla XXV) muestra como dato más relevante la elevada

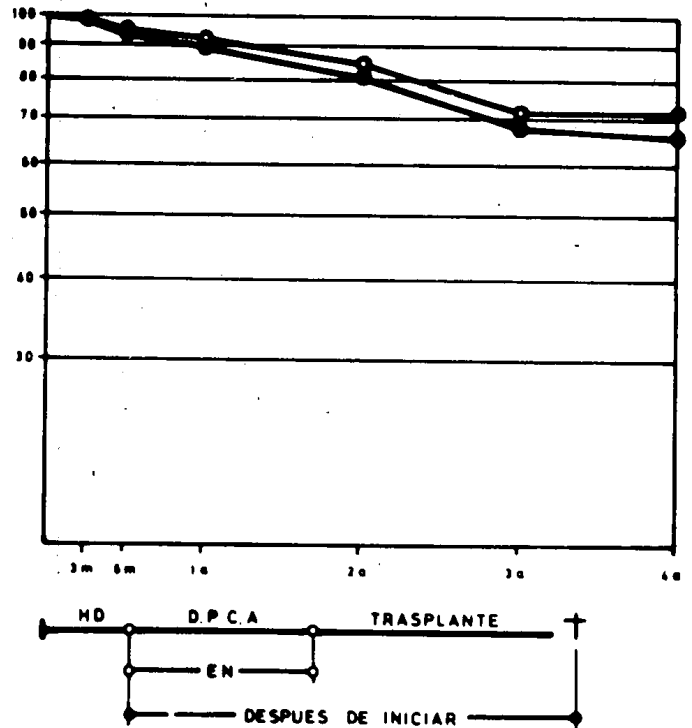


Fig. 4.—Supervivencia actuarial «en» DPCA y «después de iniciar» DPCA.

mortalidad (45 %) de los pacientes con amiloidosis. La permanencia, supervivencia «en» y «después de iniciar» DPCA (tabla XXVI) muestran cifras netamente más bajas aún, sin alcanzar significación estadística, al total de la población.

Las causas de muerte de este grupo de pacientes son superponibles a las observadas en toda la muestra (tabla XXVII).

CONCLUSIONES

1.º DPCA es una técnica de diálisis en expansión en nuestro país.

TABLA XXIV

NEFROPATIAS EN ENFERMEDADES SISTEMICAS

	%	N.º
Diabetes	82	117
Amiloidosis	8	11
LES	5	7
PTT	2	3
Varios	3	4

TABLA XXV

EVOLUCION PACIENTES SISTEMICOS

	Continúan DPCA		Fallecidos		Abandonos		Trasplantes	
	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º
Diabetes	66	94	21,3	3,4	—	—	—	—
Amiloidosis	45,4	45,4	9	—	—	—	—	—
LES	57,1	0	42,8	—	—	—	—	—
Varios	71,4	14,2	14,2	—	—	—	—	—
Total	64	11,9	21,1	2,8	—	—	—	—

REGISTRO MULTICENTRICO DE PACIENTES TRATADOS CON DPCA

2.^a Existen grandes diferencias en los criterios de utilización de DPCA entre centros y áreas geográficas.

3.^a La proporción de pacientes de alto riesgo (mayores de 65 años y sistémicos) tratados con DPCA es mayor que la referida para otras técnicas en nuestro país.

4.^a Los resultados observados con DPCA, en lo referente a supervivencia, son al menos equiparables a los obtenidos con otras formas de tratamiento.

TABLA XXVI

SUPERVIVENCIA Y PERMANENCIA PACIENTES «SISTEMICOS»

	1 año %	2 años %	3 años %
Supervivencia «en» DPCA *	87	82	53
Supervivencia «después de iniciar» DPCA **	84	71	42
Permanencia ***	82	63	47

* Seguimiento hasta abandono DPCA.
 ** Seguimiento hasta defunción en cualquier tratamiento.
 *** Defunciones, trasplantados, recuperación función renal: perdidos seguimiento.

TABLA XXVII

CAUSAS DE MUERTE PACIENTES SISTEMICOS

Causa	En DPCA N (%)	Después de DPCA N (%)
Peritonitis	4 (23,5)	0
Total infecciosas	8 (47)	0
Coronarias	1 (5,8)	6 (46,1)
Total cardiovasculares	2 (11,6)	7 (53,8)
Cese tratamiento	2 (11,6)	1 (7,6)
Desconocida	2 (11,6)	0
Caquexia-demencia	1 (5,8)	4 (30,7)
Otras	2 (11,6)	1 (7,6)
Total	17	13

5.^a Existe una importante proporción de pacientes que se ven obligados a cambiar a otras modalidades dialíticas. Esta proporción es inferior en nuestro país a la observada en el ámbito de la EDTA.

6.^a Los episodios de peritonitis son la principal causa de muerte y abandono en este tratamiento.

7.^a La proporción de pacientes fallecidos en otros modos de tratamiento por complicaciones de la DPCA previa ha sido mínima (3 %).

AGRADECIMIENTOS

A todos los nefrólogos y ATS practicantes de DPCA que han colaborado en este registro.

AGEI (Gestión Estadística e Informática), soporte informático y secretaría del registro.

A Travenol, que ha costado todos los gastos generados.

BIBLIOGRAFIA

1. MOORHEAD, J. F.; BAILLOD, R. A., y MION, C.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 12. *Pitman*, p. 61. Compenhagen, 1975.
2. ROBINSON, B. H. B.; HAWKINS, J. B., y DAVISON, A. M.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 18. *Pitman*, p. 7. Paris, 1981.
3. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 19. *Pitman*, p. 7. Madrid, 1982.
4. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 20. *Pitman*, p. 15. London, 1983.
5. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 21. *Pitman*, p. 13. Florence, 1984.
6. WALLE PRATS, M., y GARCÍA GARCÍA, M.: «Informe anual del registro de pacientes en diálisis y trasplante renal en España». *Nefrología*, 4, supl. 1, 31-11-1984.
7. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 21. *Pitman*, p. 23. Florence, 1984.
8. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 20. *Pitman*, p. 18. London, 1983.
9. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 20. *Pitman*, p. 23. London, 1983.
10. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 20. *Pitman*, p. 34. Madrid, 1982.
11. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 20. *Pitman*, p. 22. London, 1983.
12. DAVISON, D. M., y GUILLOU, P. J.: «Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association». Vol. 21. *Pitman*, p. 26. Florence, 1984.