

Experiencia con la DPCA

A. Caralps, J. Teixido y A. Serra

Hospital de Badalona Germans Trias i Pujol

RESUMEN

Comparamos la supervivencia actuarial de los enfermos y la de la técnica a veinticuatro meses de 27 enfermos mantenidos con DPCA y de 55 enfermos mantenidos con HDC. La edad promedio de ambos grupos era similar (sesenta y cinco años y ocho años, respectivamente), pero la incidencia de una enfermedad asociada era más del doble en la población de enfermos tratados con DPCA (70 % frente al 31 %). La supervivencia global actuarial y de la técnica fue superior en HDC que en DPCA; en HDC ambas fueron idénticas, pero en DPCA no. En ambos grupos, tanto la supervivencia actuarial como la de la técnica, se relacionaron negativamente con la edad. Los enfermos añosos (sesenta y cinco años o más) sin enfermedad asociada evolucionaron mejor si fueron mantenidos con DPCA que si lo fueron con HDC; en los enfermos añosos con enfermedad asociada ocurrió lo contrario.

CAPD EXPERIENCE

SUMMARY

We have compared actuarial survival of patients and dialysis technique during a 24 months periods in two groups, one on hemodialysis (55 patients) and the other on CAPD (27 patients). Groups were similar in age but not in the incidence of associated diseases which were commoner in the CAPD group (70 % vs 31 %).

Actuarial survival for both patients and technique was higher in hemodialysis. For both groups these data were inversely related to age. Older patients (more than 65 y.) with no associated disease, showed better results in CAPD than HD. If associated disease was present, results were worse in CAPD.

Introducción

En agosto de 1984 iniciamos en nuestro Servicio de Nefrología un programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), motivado por la escasez de plazas hospitalarias para hemodiálisis crónica (HDC) y por el deseo de ensayar este método de reemplazamiento de la función renal. En este artículo se discuten los resultados conseguidos hasta el mes de diciembre de 1987 y se comparan con los de la

HDC de otro grupo de enfermos, globalmente primero y teniendo en cuenta después la edad y la presencia o no de una enfermedad importante asociada a la nefropatía. Las conclusiones son provisionales porque el número de enfermos es pequeño y porque no forman bloques homogéneos, comparables, por lo tanto, con un criterio estricto.

Material y métodos

Se ha aplicado la DPCA como primer método de reemplazamiento de la función renal a 27 enfermos, con un promedio de edad de sesenta años y una incidencia de enfermedad asociada del 70 % durante un período promedio de un año (tabla I). Los

Correspondencia: Dr. A. Caralps.
Servicio de Nefrología.
Hospital Germans Trias i Pujol.
Apartado 72.
Badalona (Barcelona).

Tabla I. Se compara la evolución de 27 enfermos sometidos a DPCA con una edad promedio de sesenta años y una enfermedad asociada (EA) en el 70 % con la de 55 enfermos sometidos a hemodiálisis (HD) crónica, con una edad promedio de cincuenta y ocho años y una EA en el 31 % durante un período promedio de un año.

DPCA	HD crónica
n = 27	n = 55
Edad = 60 años	Edad = 58 años
EA = 70 %	EA = 31 %
Tiempo = 1 año	Tiempo = 1 año

motivos de inclusión fueron la edad avanzada, una enfermedad asociada y factores psicosociales, como una larga distancia entre el domicilio y el hospital (tres), una dificultad de movilización (dos) o la libre elección del enfermo (seis). Las enfermedades asociadas fueron insuficiencia hepática, cáncer metastásico, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular. Veinte de los 27 enfermos no necesitaron ayuda o sólo la precisaron de forma transitoria. La selección del paciente, de acuerdo con sus características orgánicas, psicológicas y sociales, se consideró adecuada en todos los casos. En los diabéticos de tipo I la insulina se administró por vía intraperitoneal.

El catéter permanente que hemos utilizado ha sido el de Tenckhoff de dos almohadillas, cuya inserción fue siempre hecha o supervisada por el mismo cirujano. A algunos enfermos se les hizo una fístula arteriovenosa interna para facilitar la hemodiálisis de apoyo. En todos los casos se garantizó la posibilidad de ingresar o de ocupar una plaza hospitalaria de HDC.

Los enfermos sometidos a HDC, y que sirven como grupo de comparación, fueron 55, con un promedio de edad de cincuenta y ocho años, una incidencia de enfermedad asociada del 31 % y seguidos también durante un período promedio de un año (tabla I).

La supervivencia actuarial se calculó hasta la muerte del paciente, aunque se produjera después de haber sido transferido a otro método terapéutico. La supervivencia de la técnica se calculó hasta la muerte del enfermo o el fallo del procedimiento. Los enfermos que siguen vivos después de recibir un trasplante renal se consideraron perdidos para el seguimiento.

Resultados

En los enfermos sometidos a DPCA se constató un episodio de peritonitis cada 6,8 meses/enfermo; cin-

co enfermos tuvieron de cuatro a cinco episodios cada uno. La calidad de la vida se ha visto más condicionada por la naturaleza de la enfermedad asociada que por el procedimiento de diálisis y en términos generales ha sido buena. Otras complicaciones de la DPCA fueron hernias de la pared abdominal en dos enfermos y la necesidad de cambiar el catéter en cinco casos: en dos ocasiones en el mismo enfermo por absceso de pared, por mal funcionamiento (tres) y por pérdida alrededor del mismo (uno).

Calculadas todas las cifras a los veinticuatro meses, para los enfermos tratados con DPCA y con HDC, respectivamente, la supervivencia actuarial fue del 65,9 y de 74 % y la supervivencia de la técnica del 62 y del 74 % (figs. 1 y 2); en el caso de la HDC, por lo tanto, ambas curvas son superponibles, pero no lo son en el de la DPCA.

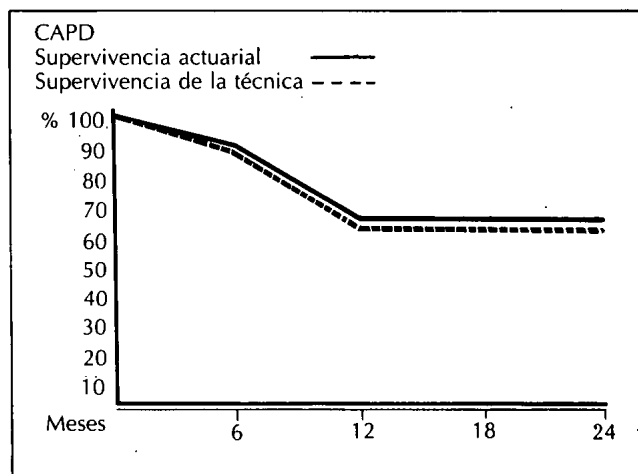


Fig. 1.—Enfermos mantenidos con DPCA. Supervivencia actuarial y de la técnica a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses.

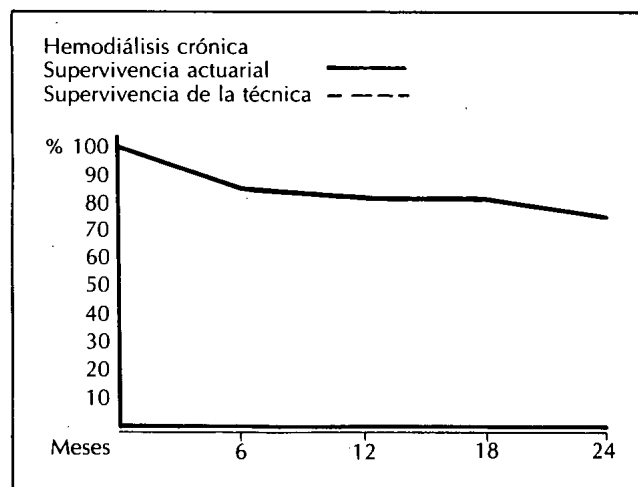


Fig. 2.—Enfermos mantenidos con HDC. Supervivencia actuarial y de la técnica a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses. Ambas curvas están superpuestas.

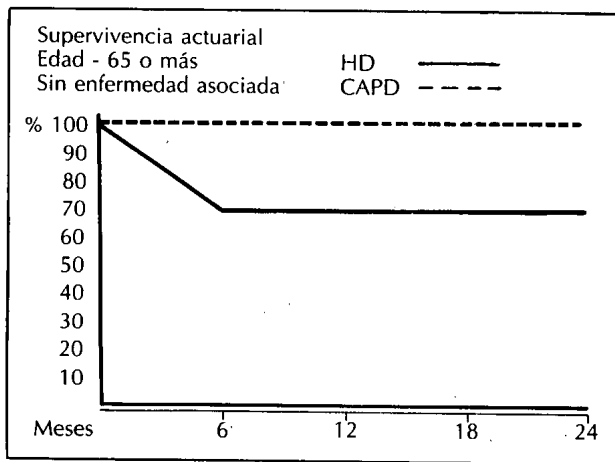


Fig. 3.—Enfermos de sesenta y cinco años o más, sin enfermedad asociada, mantenidos con HDC o con DPCA. Supervivencia actuarial a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses.

Si clasificamos a los enfermos en tres grupos de edad, a saber, entre quince y cuarenta y cuatro años, entre cuarenta y cinco y sesenta y cuatro y de sesenta y cinco años o más, la supervivencia actuarial de los enfermos tratados con DPCA se reduce progresivamente a medida que la edad aumenta (100, 66 y 51 %) y lo mismo ocurre con la HDC (100, 74 y 69 %). La supervivencia técnica de la DPCA sigue la misma tendencia (100, 56 y 54 %).

Si además de clasificar a los enfermos en tres grupos según la edad, los separamos según tuvieran o no una enfermedad asociada y calculamos la supervivencia actuarial, se observa lo siguiente: en los dos primeros grupos de edad el número de enfermos es pequeño y no permite concluir, aunque la evolución parece igual en el primer grupo, parece mejor en el

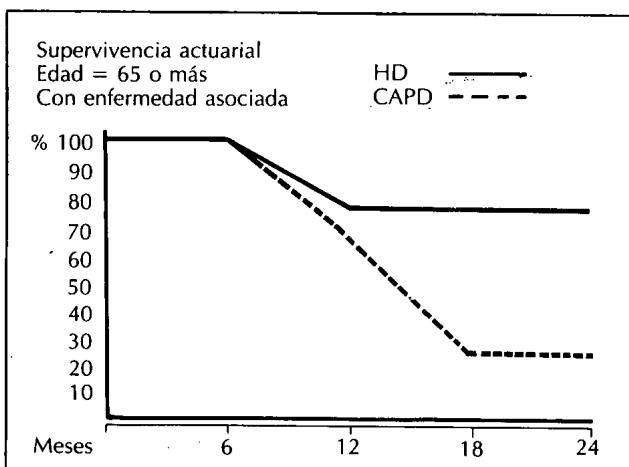


Fig. 4.—Enfermos de sesenta y cinco años o más con enfermedad asociada, mantenidos con HDC o con DPCA. Supervivencia actuarial a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses.

segundo sin enfermedad asociada en los tratados con HDC y parece mejor en el segundo con enfermedad asociada en los tratados con DPCA. En el grupo tercero, de enfermos de sesenta y cinco años o más, DPCA fue superior a la HDC cuando no había enfermedad asociada (fig. 3), mientras que ocurrió lo contrario si había enfermedad asociada (fig. 4).

Discusión

La DPCA es un método relativamente nuevo de reemplazamiento de la función renal que permite una buena calidad de vida y que tiene sobre la HDC una serie de ventajas, como son un menor coste, la posibilidad de liberalizar la dieta, una mejoría del hematócrito en el enfermo néfrico, la permisión de un mejor crecimiento¹, de un mejor control de la hipertensión arterial² y de una evolución más favorable de la osteomalacia³, menores y menos bruscos cambios hemodinámicos, una mayor independencia, etc. Los inconvenientes principales son que la validez del procedimiento es sólo a medio plazo por el momento y la todavía elevada incidencia de peritonitis, aunque hay notables excepciones⁴ que pone en peligro la estructura y la función del peritoneo y, en definitiva, el futuro de esta forma de diálisis.

Aunque en algunas series en que se ha ofrecido como método de primera opción, la supervivencia actuarial es comparable a la de la HDC a los cuatro años⁵, la supervivencia actuarial en nuestra serie es inferior, probablemente porque la mayoría de enfermos fueron seleccionados por criterios negativos, es decir, que se consideraban de riesgo elevado para tolerar otros métodos de reemplazamiento de la función renal. Sin embargo, convendría revisar permanentemente los criterios que inclinan a seleccionar a un paciente para un determinado procedimiento porque, por ejemplo, los ancianos con enfermedad asociada que tradicionalmente se consideraban candidatos a la DPCA, en nuestra experiencia evolucionaron mejor si fueron tratados con HDC, al contrario de lo que ocurrió con los ancianos sin enfermedad asociada.

Cuando calculamos la supervivencia actuarial y la de la técnica, tanto en el grupo de enfermos mantenidos con DPCA como con HDC, se observó que estaban relacionadas negativamente con la edad, porque decrecían a medida que la edad del enfermo aumentaba. La supervivencia actuarial y la de la técnica fueron superponibles en los enfermos tratados con HDC, pero hubo una pequeña pérdida técnica en los tratados con DPCA.

Nuestros casos son pocos para extraer conclusiones firmes, pero sobre la base de los resultados que hemos presentado no dudaríamos en ofrecer ahora la DPCA como una más entre las primeras opciones te-

rapéuticas, si el enfermo no presentara contraindicaciones a su aplicación y contáramos con la infraestructura necesaria para su apoyo ⁶. Pensamos que se precisan más estudios con un número suficiente de enfermos y un tiempo prolongado de observación para diseñar mejor el perfil del candidato a la DPCA y descubrir en cada caso los factores de riesgo que conviene tomar en consideración ^{7, 8}.

Bibliografía

1. Stefanidis CJ, Hewitt IK y Balfe JW: Growth in children receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Ped* 102:681-685, 1983.
2. Nolph KD, Sorkin M, Rubin J, Arfania D, Prowant B, Fruto L y Kennedy D: Continuous ambulatory peritoneal dialysis: Three-year experience at one center. *Ann Int Med* 92:609-612, 1980.
3. Shusterman NH, Wasserstein AG, Morrison G, Audet P, Fallon MD y Kaplan F: Controlled study of renal osteodystrophy in patients undergoing dialysis. Improved response to continuous ambulatory peritoneal dialysis compared with hemodialysis. *Am J Med* 82:1148-1156, 1987.
4. Maiorca R, Cantaluppi A, Cancarini GC, Scalamogna A, Broccoli R, Graziani G y Brasas Ponticelli C: Prospective controlled trial of a Y connector and disinfectant in CAPD. *Lancet* 2:642-644, 1983.
5. Gokal R, Jakubowski C, King J, Bogle S, Baillod R, Marsh F, Ogg C, Oliver D, Ward M y Wilkinson R: Outcome in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis and haemodialysis: 4-year analysis of a prospective multicentre study. *Lancet* 2:1105-1108, 1987.
6. Morgan AG y Burden R: Effect of continuous ambulatory peritoneal dialysis on a British renal unit. *Brit Med J* 293:935-937, 1986.
7. Zimmerman SW, Johnson CA y O'Brien M: Survival of diabetic patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis for over five years. *Perit Dial Bull* 7:26-29, 1987.
8. Nolph KD, Cutler SJ, Steinberg SM, Novak JW e Hirschman GH: Factors associated with morbidity and mortality among patients on CAPD. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 33:57-65, 1987.