

Aspectos evolutivos en la oferta de tratamiento en nuestro programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)

J. Olivares, I. Bernal, F. Rivera y C. Santiago

Hospital del Insalud de Alicante.

RESUMEN

Hemos querido ver la influencia que podía ejercer la presencia de una infraestructura asistencial adecuada en el desarrollo de nuestro programa de DPCA. Para ello hemos estudiado a un grupo de 75 pacientes (39 varones y 36 hembras) con un promedio de edad de $52,82 \pm 15,61$ (R: 19-76), que representan el total de pacientes que han pasado por nuestro programa de DPCA. El estudio se ha dividido en dos períodos, A (1982-84) y B (1985-87), que incluyen cada uno de ellos 50 enfermos, claramente diferenciados por la presencia, en el último período, del factor antes mencionado. El número de pacientes, así como la edad media de cada grupo, fue similar, observándose solamente significación estadística con el número de peritonitis (A = 120, B = 90, $p < 0,001$), hospitalizaciones (A = 125, B = 100, $p < 0,001$), abandono de la técnica (A = 25, B = 8, $p < 0,001$) y presencia de alteraciones en el perfil lipídico (A = 6, B = 13, $p: 0,05-0,02$). Asimismo, realizamos el estudio comparativo entre los pacientes del primer grupo (A₁, N = 25), que posteriormente pasan al segundo (B₁, N = 25) en relación a una serie de factores, encontrándose, al igual que anteriormente, significación estadística con el número de peritonitis (A₁ = 58, B₁ = 41, $p_1 < 0,001$), hospitalizaciones (A₁ = 67, B₁ = 45, $p_1 < 0,001$), causas abandono de la técnica (HD: A₁ = 0, B₁ = 3, $p_1 < 0,05$; exitus: A₁ = 0, B₁ = 3, $p < 0,05$) y presencia de alteraciones en el perfil lipídico (A₁ = 2, B₁ = 7, $p_1 < 0,01$).

Palabras clave: **DPCA. Aspectos evolutivos.**

EVOLUTIVE ASPECTS OF OUR CAPD TREATMENT OFFER

SUMMARY

To assess the influence of an adequate medical infrastructure on the development of our CAPD program, we have surveyed a group of 75 patients (39 males and, 36 females) with a mean age of 52.8 ± 15.6 (R: 19-76), who make up the total number of patients who have entered our CAPD programme. The survey has been divided into two periods, A (1982-84) and B (1985-87), in each one of which 50 patients were treated. The infrastructure was adequate only during period B. The number of patients as well as the mean age of each group was similar. The only significant differences observed were in the number of peritonitis episodes (A = 120, B = 90, $p < 0.001$), hospitalizations (A = 125, B = 100, $p < 0.01$), abandonment of technique (A = 25, B = 8, $p < 0.001$) and presence of disturbances in the lipid profile (A = 6, B = 13, $p: 0.05-0.02$). We performed a compa-

relative survey among the patients in the first group (A_1 , $N = 25$), who afterwards passed to the second group (B_1 , $N = 25$) in relation to a number of factors, to find out, episodes as before, statistically significant differences in the number of peritonitis ($A_1 = 58$, $B_1 = 41$, $p < 0.001$) hospitalizations ($A_1 = 67$, $B_1 = 45$, $p < 0.001$), causes of abandonment of technique (HD: $A_1 = 0$, $B_1 = 3$, $p < 0.05$; death: $A_1 = 0$, $B_1 = 3$, $p < 0.05$) and presence of disturbances in the lipid profile ($A_1 = 2$, $B_1 = 7$, $p < 0.01$).

Key words: **CAPD. Evolutional aspects.**

Introducción

En los últimos años se ha experimentado un renovado interés por la DPCA, hasta el punto de ser aceptada de forma general como una técnica más en el tratamiento de la insuficiencia renal terminal, al mismo nivel que la hemodiálisis y el trasplante renal^{1, 2}. Esto no resulta extraño, dado el cada vez mayor perfeccionamiento técnico, así como el adecuado control y grado de aceptación de los pacientes incluidos en la misma, dependiente en gran medida de una infraestructura más adecuada, tanto técnica como humana, que supone un correcto seguimiento de los pacientes, resultado final de una mejor organización y desarrollo de los programas de DPCA.

El objeto de este trabajo es ver la existencia de diferencia significativa en relación a las primeras etapas, del inicio en la DPCA y la actualidad, determinadas por la presencia de una infraestructura adecuada, ausente en el inicio y presente actualmente.

Material y métodos

Hemos estudiado a todos los pacientes que han pasado por nuestro programa de DPCA, desde su inicio hasta la actualidad, divididos en dos grupos, que denominamos A y B, correspondientes a los períodos de tiempo 1982-84 y 1985-87, respectivamente.

El factor que diferencia ambos períodos es la existencia de una infraestructura adecuada (personal sanitario cualificado e instalaciones y material apropiados) presente sólo en el segundo período.

El número total de pacientes fue de 75, de los cuales 50 correspondieron al grupo A y 25 al B, puntualizando que de los 50 pacientes del grupo B, 25 eran de nueva inclusión, procediendo los restantes 25 del período anterior.

Igualmente también hemos realizado el estudio comparativo entre los 25 pacientes del grupo A que posteriormente pasan al grupo B, representados por A_1 y B_1 , respectivamente, con la finalidad de valorar las posibles incidencias existentes dentro de su contexto evolutivo.

Comparamos una serie de parámetros:

- Presencia de manifestaciones clínicas: Disnea, obesidad, hipotensión ortostática, sintomatología gastrointestinal, sintomatología musculoesquelética.
- Alteraciones del perfil lipídico.
- Dependencia o carga familiar. Rehabilitación.
- Complicaciones:
 - Peritonitis.
 - Otras: Pérdida de dializado, edema de pared, infección túnel subcutáneo, malposición, obstrucción y rotura del catéter peritoneal, pérdida de ultrafiltración y aparición de hernias.
- Hospitalizaciones.
- Causas de abandono de la técnica:
 - Negativas: Paso a hemodiálisis y exitus.
 - Positivas: Trasplante renal.

El método estadístico utilizado para cada uno de los siguientes parámetros se expresa como media (\bar{x}) \pm desviación standard (SD). También se utiliza la «t» de Student Fisher de datos apareados para el análisis comparativo.

Resultados

De los 75 enfermos estudiados, 36 eran hembras y 39 varones. La edad media de inclusión en programa fue de $52,82 \pm 15,61$ (R: 19-76). Las características de los pacientes incluidos en cada período fueron muy similares (tabla I). El número de pacientes diabéticos incluidos en el segundo período ($B = 16$) fue

Tabla I. Características de los pacientes

	Período A	Período B
Número	50	50 (1)
Edad \bar{x}_1	50,9 16,26 (R: 19-73)	50,82 15,04 (R: 19-76)
Diabetes mellitus ..	6	16 *

(1) De los 50 enfermos, 25 son de nueva inclusión y 25 del período anterior.

* $p < 0,001$.

significativamente superior ($p < 0,001$) en relación al primero ($A = 6$). En las tablas II, III y IV se describen los resultados obtenidos tras el estudio de los distintos parámetros.

Tabla II. Manifestaciones clínicas

	Período A		Período B	
	N.º	%	N.º	%
Obesidad	20	40	22	44
Disnea	14	28	14	28
Hipot. ortostática	7	14	10	20
S. gastrointestinal	13	26	17	34
S. músculo esquelético	22	44	19	38
Alt. perfil lipídico	6	12	13	26 *
Rehabilitación:				
— Favorable	36	72	41	82
— Desfavorable	14	28	9	18
Dependencia familiar:				
— Positiva	7	14	10	20
— Negativa	43	86	40	80
Hospitalizaciones	125		100 *	

* $p: 0,05-0,02$.

** $p < 0,01$.

Tabla III. Frecuencia de aparición de complicaciones

	Período A		Período B	
	N.º	%	N.º	%
Núm. de peritonitis	120	92	90	60 *
Pérdida de dializado	4	8	2	4
Edema de pared	5	10	7	14
Infección túnel subcutáneo	5	10	8	16
Malposición catéter peritoneal	3	6	3	6
Rotura catéter peritoneal	1	2	0	0
Obstrucción catéter peritoneal	3	6	0	0
Pérdida de ultrafiltración	6	12	3	6
Aparición de hernias	3	6	5	10
— Umbilical	1	2	3	6
— Inguinal	2	4	2	4

* $p < 0,001$.

Tabla IV. Causas de abandono de CAPD

	Período A		Período B	
	N.º	%	N.º	%
1. Negativas:				
Paso a HD	14	28	4	8 *
Exitus	11	22	4	8 **
Totales	25	50	8	16 ***
2. Positivas:				
Trasplante renal	0	0	9	18

* $p < 0,01$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

Hemos comprobado que el número de pacientes que presentaban alteraciones en el perfil lipídico fue significativamente superior ($p: 0,05-0,02$) en el segundo período (B), factor que relacionamos con el incremento del número de diabéticos existentes en el programa. Contrariamente, en el segundo período (B) apreciamos un descenso significativo ($p < 0,001$) con respecto al número de peritonitis ($A = 120$ y $B = 90$), al igual que sucede con el número de hospitalizaciones ($A = 125$, $B = 100$, $p < 0,01$).

También hemos encontrado una disminución significativa ($p < 0,001$) en el número de pacientes que abandonaron el programa durante el segundo período ($B = 8$) con respecto al primero ($A = 25$). Las causas de abandono, así como de paso a hemodiálisis o de exitus, se describen en la tabla V.

Tabla V. Causas de exitus y de paso a HD

	Período A		Período B	
	N.º	%	N.º	%
1. Causas de HD:				
Pérdida ultrafiltración	8	57	3	75
Pérdida dializado	2	14	1	25
Malposición catéter	1	7	0	0
Hidrotórax recidivante	1	7	0	0
Mala adaptación técnica	1	7	0	0
Hernia ingu. recidiv.	1	7	0	0
2. Causas de exitus:				
IAM	4	36,3	3	75
Hipot. ortostática manten.	2	18,7	0	0
Sepsis	1	9	0	0
Peritonitis recidivante	4	36	0	0
Síndrome desequilibrio-demencia			1	25

No encontramos existencia de significación en relación a los restantes datos estudiados.

Con respecto al segundo apartado del estudio, donde consideramos tan sólo los pacientes del primer período (A_1), que posteriormente pasan al segundo (B_1), hemos encontrado significación estadística, al igual que anteriormente, con las alteraciones del perfil lipídico ($A_1 = 2$, $B_1 = 7$, $p_1 < 0,01$), número de peritonitis ($A_1 = 58$, $B_1 = 41$, $p_1 < 0,001$), número de hospitalizaciones ($A_1 = 67$, $B_1 = 45$, $p_1 < 0,001$) y causas de abandono (HD: $A_1 = 0$; $B_1 = 3$, $p < 0,05$; exitus: $A_1 = 0$, $B_1 = 3$,

Tabla VI. Características de los pacientes

	Período A ₁		Período B ₁	
Número de enfermos	25		25	
Edad \bar{x}_1	44,32	14,74	44,32	14,74
Sexo	17/8		17/8	

Tabla VII. Manifestaciones clínicas y complicaciones observadas

	Período A ₁		Período B ₁	
	N.º	%	N.º	%
1. Manifestaciones clínicas:				
Obesidad	8	32	11	44
Disnea	9	36	8	32
Hipot. ortost.	4	16	4	16
Sínt. gastrointestinal.	5	20	6	24
Sínt. musculoesquelético	7	28	8	32
Alt. perfil lipídico	2	8	7	28 *
Dependencia familiar:				
— Positiva	1	4	1	4
— Negativa	24	96	24	96
Rehabilitación:				
— Favorable	23	92	23	92
Desfavorable	2	8	2	8
Hospitalizaciones	67		45 **	
2. Complicaciones:				
Peritonitis	58		41 ***	
Pérdida dializado	3	12	1	4
Edema pared	1	4	1	4
Infección túnel subcutáneo	2	8	4	16
Malposición catéter peritón	2	8	1	4
Obstrucción catéter peritón	2	8	0	0
Rotura catéter peritoneal	0	0	0	0
Pérdida ultrafiltración.	0	0	2	8
Aparición de hernias ...	1	4	2	8
— Umbilical	0		1	
— Inguinal	1		1	

* p₁ < 0,01. ** p₁ < 0,001. *** p₁ < 0,001.

Tabla VIII. Causas abandono programa

	Período A ₁		Período B ₁	
	N.º	%	N.º	%
1. Negativas:				
Paso a HD	0		3	12 *
Exitus	0		3	12 **
2. Positivas:				
Trasplante renal	0		7	28 ***

* p₁ < 0,05. ** p₁ < 0,05. *** p₁ < 0,01-0,001.

p₁ < 0,05). En las tablas VI, VII y VIII se describen las características y resultados obtenidos. Igualmente, no encontramos significación con los demás datos obtenidos.

Discusión

Cuando en el curso de un programa determinado de DPCA se introducen mejoras asistenciales que hacen posible un adecuado desarrollo del mismo, generalmente se espera que se produzcan una serie de mejoras clínicas derivadas de un descenso en el número de complicaciones y abandono, así como de no aumento «en lo posible» en el grado de rehabilitación y de integración social de los pacientes incluidos en ese programa.

De los resultados obtenidos de nuestro estudio observamos que la introducción de una infraestructura más adecuada nos ha permitido obtener mejores resultados en algunos de los aspectos fundamentales, como lo son la reducción en el número de peritonitis, hospitalizaciones y abandonos de la técnica (tanto de forma voluntaria como ajena a los mismos). Sin embargo, no hemos sido capaces de incrementar notablemente el número de pacientes en nuestro programa, así como tampoco hemos podido disminuir la edad media de inclusión. La explicación de estos hechos puede estar condicionada a una serie de factores:

- Un escaso o nulo interés por parte de la Administración en la promoción de esta técnica.
- Creemos necesario que exista uniformidad de criterios y de información hacia los pacientes.

De nuestra experiencia reflejamos una cierta incapacidad para conseguir más unánimemente una mayor aceptación que se corresponda con la oferta más generosa de la DPCA, con argumentos que contrarresten los factores negativos antes mencionados que hacen, en ocasiones, inútil el trabajo informativo del equipo encargado de esta técnica.

Creemos que es sumamente importante para la promoción y desarrollo de la DPCA la permanencia de un equipo de forma estable para alcanzar una mayor aceptación y oferta más generosa de la DPCA.

Así con todo, nos preguntamos: ¿qué se puede hacer para conseguir una distribución equiparable a la observada en ciertos países como Inglaterra, con un 29,1 %; Holanda, 17 %; Suiza, 19,9 %; Grecia, 10,2 %; Israel, 21 %, y Dinamarca, 15,6 %, de total de la población de insuficiencia renal terminal tratados por esta técnica?

Bibliografía

1. Combined report on regular Dialysis and transplantation in Europe, VII, 1986.
2. Vallés M y García M: Informe anual del registro de pacientes en diálisis y trasplante renal en España (1985). *Nefrología VII* (supl. 2):15-21, 1987.