

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

REF. INFORME REVISIÓN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PERITONITIS COMO UNA COMPLICACIÓN
EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE
UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL
HOSPITAL OBRERO N° 2
COCHABAMBA AGOSTO DEL 2001 A ENERO DEL 2002

Trabajo realizado por la Dra. Ana Virginia Uriona Angulo, Residente de 7° año de Medicina Interna de la CNS, el mismo que cuenta con los elementos y criterios de aplicación del método científico.
Es cuanto certifico para fines consiguientes.

AUTOR : DRA. ANA VIRGINIA URIONA ANGULO
RES. SEGUNDO AÑO MEDICINA INTERNA
TUTORES : DRA. MARIA PLACIDA GARRÓN TORRICO
MED. NEFRÓLOGO
DR. JORGE PATIÑO TAPIA
MED. NEFROLOGO

Cochabamba, Febrero del 2002

Jefe de Enseñanza
MEDICINA INTERNA UMSS

Dr. Alisón Destizo Jaldin
MEDICO HANTROENTEROLOGO

INDICE DE CONTENIDO

	PAGINA
	Paginas
RESUMEN - GRAFICO N° 1	1
INDICE	2
INTRODUCCION	4
OBJETIVOS	6
OBJETIVOS GENERALES	6
MARCA TEORICO O CONCEPTUAL	7
DISEÑO METODOLOGICO	16
RESULTADOS	18
ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	21
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS	23
GERMENES IDENTIFICADOS EN LOS CULTIVOS DE LIQUIDO PERITONEAL	30
GRADO DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA	31
EVOLUCION DE LAS PERITONITIS	35

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	PAGINA
TABLA N° 1 – GRAFICO N° 1	
INCIDENCIA DE PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL	23
TABLA N° 2 GRAFICO N° 2	
INCIDENCIA MENSUAL DE PERITONITIS	24
TABLA N° 3 GRAFICO N° 3	
EPISODIOS DE PERITONITIS PACIENTES /MESES DE DP	25
TABLA N° 4 – GRAFICO N°4	
EPISODIOS DE PERITONITIS PREVIAS	26
TABLA N° 5 – GRAFICO N° 5	
RELACION DE LA CLÍNICA/ CULTIVOS POSITIVOS	27
TABLA N° 6 – GRAFICA N° 6	
RELACION DEL ASPECTO DEL LIQUIDO/ CULTIVO POSITIVO DEL LIQUIDO PERITONEAL	28
TABLA N° 7 – GRAFICO N° 7	
RELACION DE LA TINCION DE GRAM/CULTIVOS POSITIVOS DEL LIQUIDO PERITONEAL	29
TABLA N° 8 – GRAFICO N° 8	
GERMENES IDENTIFICADOS EN LOS CULTIVOS DE LIQUIDO PERITONEAL	30
TABLA N° 9/10/11/12 – GRAFICA N° 9/10/11/12	
GRADO DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA	31
TABLA N° 13 – GRAFICA N° 13	
EVOLUCION DE LAS PERITONITIS	35

**PERITONITIS COMO UNA COMPLICACIÓN EN PACIENTES
DE DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE
UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL
HOSPITAL OBRERO N°2 COCHABAMBA
AGOSTO DEL 2001 A ENERO DEL 2002**

1.- INTRODUCCION

La peritonitis es la causa mas frecuente de morbilidad en los pacientes en diálisis peritoneal, y la principal causa de abandono de esta diálisis. (1)

Se define como peritonitis a la inflamación e infección peritoneal que se produce como consecuencia de la contaminación del líquido de diálisis y/o de los catéteres.

Hasta un 40% de los pacientes pueden desarrollar peritonitis durante el primer año.

Variando la incidencia global de 0,5 a 6 episodios por paciente y año.(2).

El modo de transmisión justifica que sean las bacterias habituales de la piel, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus viridans* las responsables del 60 a 80 % de los episodios. En algunos casos sobre todo en pacientes inmunodeprimidos o con peritonitis recurrente la infección puede estar ocasionada por micobacterias, *Candida* u otros hongos.

El cuadro clínico está definido por la presencia de dolor y sensibilidad abdominal. En ocasiones puede detectarse eritema y pérdida de líquido al rededor del catéter de drenaje. Sin embargo, existen pacientes asintomático en los que la infección sola se pone de manifiesto por la turbidez del líquido peritoneal.

La presencia de un líquido turbio, que no es prácticamente constante, con un recuento de leucocitos superior a 100 por milímetro cúbico de los que más del 50% son neutrófilos sugiere fuertemente el diagnóstico. Esto se confirma por la presencia de gérmenes en la tinción de Gram o en los cultivos de líquido peritoneal.

La peritonitis que suele ser secundaria a contaminación durante los intercambios en su mayoría suelen ser leves y tratables con carácter ambulatorio. El tratamiento consiste en la administración intraperitoneal de antibióticos, asociadas en algunos casos a su prescripción oral o intravenosa. Habitualmente se emplea cefalosporinas de tercera generación durante diez a catorce días, solas o asociadas a aminoglucósidos, con buenos resultados. Inicialmente se efectúa dos intercambios rápidos seguidos de otro cada una a dos horas hasta que ceda el dolor abdominal. Tras los dos primeros intercambios se debe añadir antimicrobianos y heparina al líquido de diálisis. La antibiótica terapia debe cubrir los gérmenes cutáneos, incluidos los estafilococos.

La recurrencia de la peritonitis es frecuente determinando una reducción de la permeabilidad de la membrana peritoneal, obligando a modificar la modalidad de diálisis. Su mortalidad es inferior al 1%.

2.2.7. Reconocer la evolución de los pacientes en DPL.

2.2.8. Elaborar un protocolo para el diagnóstico y manejo de esta complicación en nuestra unidad de diálisis peritoneal en base a los hallazgos del estudio.