

M-2

¿ES POSIBLE ABATIR LA MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL?**Ramírez-Hernández María Martha,¹ Fragoso-Morales Lilia Esperanza,² Magaña-Aquino Martín,³ Delgadillo-Tejeda Miguel Ángel,³ Velarde-del Río Luz Teresa.³**¹ Estudiante del 9° semestre de la carrera de QFB, Facultad de Ciencias Químicas UASLP marthamex22@yahoo.com.mx, ² Profesor de la Facultad de Ciencias Químicas UASLP. Av Manuel Nava No. 6 Zona Universitaria San Luis Potosí SLP. lfragos@uaslp.mx, ³ Médico del Hospital General de Zona No. 1, San Luis Potosí.**Palabras clave:** Diálisis peritoneal, peritonitis infecciosa, control microbiológico.

Introducción: La diálisis peritoneal se realiza introduciendo líquido de diálisis en la cavidad peritoneal, de tal manera que las sustancias tóxicas se movilizan desde la sangre y los tejidos que la rodean a la solución de diálisis por procesos de difusión y ultrafiltración. Sin embargo este procedimiento ofrece un riesgo para el desarrollo de peritonitis infecciosa. En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 en la ciudad de San Luis Potosí, se tenían en el primer cuatrimestre de 2004 un promedio de 160 pacientes en tratamiento con una incidencia de peritonitis que oscilaba entre 4.3 al 23.3% mensual y los cuales no contaron con documentación microbiológica para llevar a cabo el tratamiento.¹⁻⁵

Objetivo: Mejorar el pronóstico de los pacientes con peritonitis asociada a diálisis peritoneal mediante la adaptación del tratamiento basado en procedimientos microbiológicos adecuados con un estricto control de calidad desde la recolección de las muestras hasta el reporte de los resultados, durante los meses octubre 2004-octubre 2005.

Metodología: Estudio descriptivo transversal y comparativo, en el que se procesaron la totalidad de los especímenes de los pacientes con peritonitis y diálisis que asistieron para su atención durante los meses de estudio. Se les tomaron muestras para tinciones y cultivos para bacterias aeróbicas, anaeróbicas, levaduras y micobacterias. El primer resultado (Gram y baciloscopia) se entregó de inmediato, el segundo (informe intermedio) a las 24 horas y el tercero con los resultados definitivos de identificación y sensibilidad del agente a los antimicrobianos a las 48h.

Resultados: Durante el año del estudio se atendieron a 113 pacientes en el área de diálisis peritoneal, de los cuales 103 presentaron al menos un cuadro de peritonitis (91.1%), con 1 - 9 episodios de peritonitis. Se colectaron 221 especímenes de los cuales 125 (56.6%) no tenía características citoquímicas ni microbiológicas de infección (líquido transparente con <100

PMN/mm³, tinciones de Gram y BAAR negativas), y el 96 (43.4%) que si presentaron características citoquímicas y microbiológicas de infección resultaron con cultivo positivo.

La etiología más frecuente fue *Staphylococcus aureus* 27% (26). Seguido de Estafilococos coagulasa negativos con un 22.9.5% (22), *Escherichia coli* 16.6% (16), *Enterobacter sp* 10.4% (10), *Candida parapsilosis* 6.25% (6) y *Enterococcus sp* 6.25% (6), *Pseudomonas aeruginosa* 3.1% (3), BGNNFL2.1 (2), *Acinetobacter sp* 1% (1), *Pantoea agglomerans* 1% (1) *Klebsiella pneumoniae* 1% (1), *Serratia marcescens* 1% (1) y *Corynebacterium JK* 1% (1), *Shewanella sp* 1% (1).

En cuanto a la mortalidad, se documentaron 46 muertes en el 2004, tasa 28.7 por 100 pacientes, y en el periodo de estudio 8 muertes atribuibles a los procedimientos de hemodiálisis, tasa 7.1 por 100 habitantes. De los pacientes que fueron atendidos en el 2004, 54 pasaron a la modalidad de hemodiálisis y en el periodo de estudio pasaron 21 pacientes al área de hemodiálisis.

Discusión y conclusiones: Es importante la documentación microbiológica de la etiología de la peritonitis en estos pacientes pues la antibioticoterapia guiada por las pruebas de susceptibilidad ofrece mayores oportunidades de éxito en el tratamiento, lo cual es evidente en el abatimiento de la tasa de mortalidad hasta sólo un 25% de la observada en el año anterior así como la pérdida de la modalidad de diálisis peritoneal en solo un 39% de lo observado en el año anterior.

REFERENCIAS

1. Daugirdas JT, Todd S. *Manual de diálisis*. Madrid: Masson. 1996
2. Lysaght MJ, et al. Plasma water filtration and lymphatic uptake during peritoneal dialysis. *ASAIO J* 1991; 37: M402.
3. Holley JL, et al. Poymicrobial peritonitis in patients on continuous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 1992; 19: 162-166
4. Gokal R, et al. Peritoneal catheters and exit-site practices: Toward optimim peritoneal access. *Perit Dial Int* 1993; 13:29-39.
5. Limón-Rojas AE, Reyna-Figueroa JR, Majano-Rivas G. Frecuencia de infecciones sistémicas relacionadas a catéteres venosos no permanentes en pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel de petróleo mexicanos. *Enf Intec Microbiol* 2005; 25: 130-135.