

11227  
1  
24

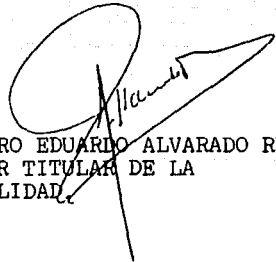
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
"PERITONITIS POST-DIALISIS".

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL  
TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE :  
M E D I C I N A     I N T E R N A .

DR. CLAUDIO ACOSTA MURILLO.

  
DR. JORGE ROBLES ALARCON.  
COORDINADOR DE CAPACITACION Y  
DESARROLLO E INVESTIGACION.

  
DR. PEDRO EDUARDO ALVARADO RUBIO.  
PROFESOR TITULAR DE LA  
ESPECIALIDAD.

MEXICO, D.F. .NOVIEMBRE DE 1990.

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E .

RESUMEN .....	1
INTRODUCCION .....	2
MATERIAL Y METODOS .....	6
RESULTADOS .....	8
CONCLUSIONES .....	10
DISCUSION .....	12
TABLAS Y GRAFICAS .....	14
DATOS DE LABORATORIO .....	22
BIBLIOGRAFIA .....	23

## " PERITONITIS POSTDIALISIS "

### Resumen.

El presente estudio fué realizado en el Servicio de Medicina Interna, del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE en el cual se evaluó la presencia de peritonitis como complicación de la Diálisis Peritoneal Aguda (DPA) y Diálisis Peritoneal Ambulatoria Crónica (DPAC), en 30 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, de diversas etiologías, durante el período de Marzo de 1989 a Febrero de 1990.

30 pacientes fueron estudiados, donde 21 fueron del sexo femenino (55%) y 17 del sexo masculino (44%), la mayor frecuencia fué observada entre la quinta década de la vida. La nefropatía diabética fué la causa con mayor incidencia, 22 casos (57%).

El dolor abdominal fué encontrado en 17 casos (47%), fiebre 9 casos (23%) y sin síntomas 11 (28%). El tipo de diálisis, correspondió, 16 a DPA y 22 (57%) a DPAC. La apariencia del líquido fué turbio en 23 casos (60%) y transparente en 15 (39%), que se relacionó con la presencia de leucocitos polimorfonucleares (más 100 células por MMS). El *Stafilococo Epidermidis* es el agente causal con más alta incidencia en el hospital y la asociación ampicilina-gentamicina, vía intraperitoneal, la respuesta fué favorable en 57%, pero el determinar el agente etiológico es la clave del tratamiento de peritonitis-postdiálisis. La incidencia de peritonitis post-diálisis en el hospital fué de 65.7%.  
Palabras clave: Diálisis, Peritonitis, Infección.

### Summary.

The present study was done in the Service of Internal Medicine of Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" of ISSSTE, to evaluate the presence of postdialysis peritonitis, how complication of Peritoneal Ambulatory Chronic Dialysis (PACD) and Dialysis Peritoneal Acute (PDA), of different etiology, during period of March 1989 to February 1990. From the 30 patients studied, 21 were female (55%) and 17 were male (44%). A major frequency was observed between the 5th decade of life. The Diabetes Nephropathy was the cause with great incidence, 22 cases (57%). The abdominal pain was found in 17 cases (47%), fever in 9 cases (23%) and no-symptom, 11 cases (28%).

The type of dialysis, 16 has Peritoneal Acute Dialysis and 22 (57%) with Peritoneal Ambulatory Dialysis. The appearance of liquid was turbid in 23 cases (60%) and transparent in 15 (39%), which in relation to the presence of leucocytes-polimorfonucleares (more 100 cells for MMS). The *Stafilococo Epidermidis* is the agent etiology with high incidence in the hospital and the association ampiciline-gentamicine, way intraperitoneal, with good response in 57%, but to determine the agent etiology is the key of treatment of postdialysis peritonitis and the incidence of postdialysis peritonitis was of 65.7% in the hospital "Lic. Adolfo López Mateos".

Key words: Dialysis, Peritonitis, Infections.

## I N T R O D U C C I O N .

En las últimas tres y media décadas la diálisis y el trasplante, se han convertido en modalidades terapéuticas eficaces para prolongar la vida de los pacientes con insuficiencia renal, (18,1).

Inicialmente, los pacientes deben seguir un tratamiento conservador, pero finalmente requeriran hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, (14).

La diálisis en las fases iniciales se aplica en particular a pacientes con insuficiencia renal, en quienes se espera una recuperación de funciones y en pacientes que tienen adecuada compatibilidad inmunológica con el posible donador y en quienes un trasplante sea viable a corto plazo, y así mismo la decisión clínica de pasar del tratamiento conservador a la diálisis, dependerá de la calidad de vida del paciente y de la relación beneficio-riesgo, (20,8,15).

En la actualidad, existen 2 tipos de diálisis: La Diálisis Peritoneal Aguda, que se realiza utilizando una sonda rígida tipo estilete, y el lavado peritoneal se lleva a cabo en 24-28 hrs. En 1968 se diseñó una sonda peritoneal fija de Tenhckoff con la cual se dió origen al programa de DFCA (Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria) en el cuál la sonda es permanente, con lo que el líquido permanece en cavidad y se hacen recambios 3 a 4 veces en 24 hrs.: permitiendo al paciente continuar deambulando y se hace innecesaria la visita continua al hospital, (18,10).

La purificación de la sangre por diálisis puede lograrse mediante membranas sintéticas (Hemodiálisis) o por la membrana biológica que recubre la cavidad peritoneal. Ambas técnicas se basan en el proceso de difusión contra un gradiente de concentración, a través de la membrana para diálisis que separa la sangre del líquido dializable para modificar la concentración y contenido de los solutos de la sangre, (10,1).

La membrana peritoneal con una superficie funcional menor que la del riñón artificial, es cerca de 10 veces más permeable a la inulina, por lo que la diálisis peritoneal es tan eficaz como la hemodiálisis, además de su eficacia, en la reducción de los síntomas urémicos, la DP es más sencilla de realizar e implica un menor costo para el hospital, (20,9,11).

En el desarrollo de éstas técnicas la supervivencia del enfermo renal crónico ha ido en aumento, pero se ha oscurecido o ensombrecido por la complicación grave y más frecuente que es la peritonitis, misma que tiene relación con el grado de aplicación de las técnicas de asepsia y del tipo de diálisis peritoneal que se realice. La incidencia de la peritonitis es de un 6% aproximadamente, y un 19% presentan cultivo positivo aunque el paciente se encuentra asintomático. En la DPCA los pacientes suelen presentar de 1.5 a 2 o más episodios por año, con lo que la calidad del paciente renal se ve afectada, (17,21,18).

Los cuadros repetitivos de peritonitis favorecen la disminución progresiva de la capacidad funcional del peritoneal, hasta llegar al grado de ser no dializable, (3). Debe sospecharse

de peritonitis en un enfermo que presenta dolor o molestia abdominal, fiebre o drenaje turbio por lo que se hace necesaria una revisión detallada del paciente, (20).

En el desarrollo del presente estudio trataremos de relacionarnos primeramente con los factores predisponentes que favorecen a que un paciente renal bajo DP se complique con peritonitis, siendo éste un problema de etiología principalmente infeccioso es de vital importancia conocer los agentes causales de la misma, para poder dar el tratamiento adecuado. Posteriormente nos enfocaremos al diagnóstico, mismo que se basa en los siguientes criterios:

- Identificación del microorganismo (tinción de Gram o cultivo del líquido peritoneal).
- Presencia del efuente peritoneal turbio que contenga células inflamatorias (+ 100 leucocitos mm<sup>3</sup>).
- Signos y síntomas de inflamación peritoneal, (14,7,8).

Para establecer el Dx. final de peritonitis deben de existir 2 de estos criterios. Dentro de los datos de laboratorio el aumento de leucocitos (+ de 100 leucocitos mm<sup>3</sup>) es altamente sugestivo de infección peritoneal, que ha de ser confirmada por la identificación del microorganismo patógeno, así mismo pueden o no ocurrir síntomas como : Dolor abdominal, fiebre, acompañado o no de signos clínicos como dolor a la palpación superficial o profunda, resistencia muscular, peristalsis disminuida o ausente y rebote positivo o negativo. Ya entrando en la patología se analizarán los datos obtenidos de los pacientes detectados con peritonitis, dándose medidas posibles para la prevención de ésta temible complicación, (11,1,22,21).

Hoy en día la infección es la complicación más común de la insuficiencia renal crónica, y quizás sea el factor que contribuye con más frecuencia a la muerte de los pacientes con enfermedad renal. Por otro lado no hay pruebas que confirmen un defecto en la producción o función de los granulocitos, y sus funciones quimiotácticas parecen conservarse intactas, al parecer no existen deficiencias en el complemento. La muerte intracelular de las bacterias es normal, los macrofagos también parecen normales, no así el número de linfocitos que puede estar disminuido, contribuyendo a un descenso proporcional de las células T y S, así las funciones inmunes mediadas por células T están deprimidas. La estimulación linfocítica e inhibición de la migración de los macrófagos están alterados, (2,4,5).

Las respuestas en las pruebas cutáneas a los antígenos standart como tuberculina, parotiditis y cándida se encuentran afectadas. Esta depresión de la función mediadas por células T no mejora con la diálisis de mantenimiento. Las funciones de las células B son normales, y además, otros muchos factores contribuyen al aumento de la susceptibilidad a infecciones como son: Hiperosmolaridad, Acidosis, Desnutrición Proteica, Necesidad de cateteres intravenosos, así como la instalación de diálisis, (18,20,7).

Bacterias como *S. Epidermidis*, *S. Aureus*, virus como Herpes Zoster y Hepatitis B, Micosis como *Cándida* y *Aspergillus* contribuyen a la mortalidad del paciente renal bajo diálisis aguda ambulatoria continua, (2,12,15).

Dentro de las primeras causas de insuficiencia renal crónica se encuentra la Nefropatía Diabética, por lo que la diálisis peritoneal ha sido uno de los logros más importantes en la supervivencia de estos pacientes. Aún así la expectativa de vida para el paciente renal crónico bajo DP sigue siendo frustrante, principalmente por una de las complicaciones que es la peritonitis post-diálisis. A lo largo de los años, desde que se implantó el programa de diálisis, la incidencia de peritonitis ha ido en aumento por lo que se ha notificado la aparición de un conector ó cambio de líneas, mejores técnicas de higiene, pero aún así la incidencia es alta, lo que contribuye a un descenso del estado de salud en el paciente, de por sí dañado, lográndose con ésto mayor estancia intrahospitalaria y por consiguiente un mayor costo para la institución, (17,9,19).



## MATERIAL Y METODOS.

El presente trabajo se realizó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (ISSSTE) durante el periodo comprendido de Marzo del '89 a Febrero de 1990. Se incluyeron 38 pacientes con insuficiencia renal crónica, de diversas etiologías en su fase terminal, con una Filtración Glomerulara menor a 5ml/min, y que habian sido dializados en 2 o más ocasiones cumpliendo los criterios propuestos.

Para llevar a cabo el estudio no fueron tomados en cuenta los parámetros de : edad, sexo, motivo de diálisis, y se llevo a cabo en todos los pacientes portadores de IRC en fase terminal y que se han dializado en 2 o más ocasiones, no importando si se sometió a DPA o DPCA. En todos aquellos que secundariamente presenten datos de peritonitis, se tomará y llevará control de:

- Datos clínicos de peritonitis (dolor abdominal o fiebre)
- Aspecto y citológico del dializado, tomando en cuenta el recuento de células inflamatorias, especialmente leucocitos.
- Tinción de Gram del líquido, para identificar agente causal.
- Cultivo del dializado.
- Tipo de solución dializante (1.5 o 4.5%).
- Manejo con diversos antibióticos a criterio del médico tratante. (Anexo 1).

El control se llevará a cabo por datos clínicos y de laboratorio, prestando especial atención al recuento celular. Así mismo el Tx. será evaluado, teniendo en cuenta indicaciones y contraindicaciones del antibiótico utilizado.

Se llevará control con la cédula de recolección de datos donde se anotarán todas las variables por investigar.

Los aspectos que necesariamente deberán tener los elementos en estudio son:

- Derechohabientes de la institución.
- Pacientes con IRC terminal, sin importar la etiología de la misma.
- Pacientes sometidos 2 o más veces a diálisis peritoneal.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que no acepten el estudio propuesto.

LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS Y LA DOSIS A CONTINUACION  
SE MUESTRAN.

MEDICAMENTO	DOSIS
Ampicilina	250 mgr. por bolsa
Cefalofina	250 mgr. por bolsa
Amikacina	100 mgr. por bolsa
Gentamicina	20 mgr. por bolsa
Ciprofloxacina	500 mgr. v.o c/12 hrs.
Cefotaxima	1 gr. IV c/8 hrs.
Metronidazol	500 mgr. IV c/8 hrs.

## RESULTADOS .

En el presente estudio fueron incluidos 38 pacientes con enfermedad renal crónica como único requisito, y que requerían diálisis peritoneal por diversas causas, de los cuales el 55.2% correspondieron al sexo femenino y un 44.7% al masculino. La edad media comprendida fue de 52.9 años, (Tabla 1).

La Nefropatía Diabética fué el padecimiento que con más frecuencia se detectó (57%) seguida por la Nefropatía Lúpica y de causa desconocida con un 7.6%, (Tabla 3).

El 18% de los pacientes tienen dos o más años de ser portadores de daño renal, y el 44% tienen menos de un año bajo diálisis peritoneal aguda o crónica ambulatoria.

16 pacientes (42.10%), (Tabla 2) fueron sometidos a diálisis peritoneal aguda por Sx. urémico, azoemia grave, retención hídrica e hipercalemia. 22 pacientes que representan el 57.89%, (Tabla 2) al programa de DPCA de los cuales todos habían sido dializados 2 o más veces. La solución al 1.5% se utilizó más en DPA para disminuir azoemia K sérico y por lo tanto revertir la sintomatología urémica. La solución al 4.5% se utilizó en pacientes con retención hídrica mediante la cual los pacientes bajo el programa de DPCA tienen mayor riesgo en el manejo interno de líquidos. Dentro de los síntomas, el dolor abdominal difuso correspondió al 47.23% continuándole los pacientes que no presentaron síntoma alguno con un 28.9% y el 23.6% solo acudió por fiebre, (Tabla 4). Mediante laboratorio el citológico del líquido dializante reportó que el 34.21% tenían menos de 100 leucocitos xmm<sup>3</sup>, y el 65.78% con más de 100 leucocitos x100mm<sup>3</sup>, de los cuales el 90.5% de las células correspondían a polimorfonucleares y el líquido era turbio. La cuenta leucocitaria osciló desde 10 leucocitos xmm<sup>3</sup> hasta 1000 leucocitos xmm<sup>3</sup>, (Tabla 6).

El cultivo de líquido dializable reportó " No hubo crecimiento bacteriano ". en 21 de ellos, en presencia de cuentas leucocitarias elevadas, y 17 cultivos resultaron positivos con reporte de S. Epidermidis con 12 casos que correspondieron a un 70.5% y el 11.7% a E. Coli, y con 1 cultivo positivo a S. Alfa Hemolítico, bacilos diferoides, S. Aureus, E. Histolítica y Cándida Albicans, (Tabla 6).

Los medicamentos utilizados para los microorganismos mencionados se utilizaron a dosis ya indicadas iniciándolo casi siempre a la asociación de ampicilina y gentamicina, cubriendo de ésta manera gérmenes Gram positivos y Gram negativos, así mismo se cambió la gentamicina por Amikacina, debido a los efectos más adversos de la primera (Nefrototoxicidad y Ototoxicidad). (Anexo 1).

Sólo 25 enfermos (65.78%) recibieron antibioticoterapia, en el 52% se utilizó ampicilina y gentamicina por vía intraperitoneal con aceptable respuesta, en 4 de ellos no hubo resolución por lo que los demás fue necesario administrar una cefalosporina IV o una quinolona obteniendo buena respuesta. En un paciente se le administró metronidazol por el reporte de E. Histolítica secundario a perforación intestinal, obteniendo una respuesta aceptable. En 7 pacientes (28%) se retiró el catéter de Tenhckoff, en uno por infección micótica, otro por reacción a cuerpo extraño al catéter y los 5 restantes, por infecciones repetitivas y sin respuesta al Tx. (Gráfica 2).

Cabe señalar que en el presente estudio hubo discrepancias que a continuación se detallan:

Hubo cuentas leucocitarias de más de 100 células  $\text{xmm}^3$  (25) y el número de cultivos reportados negativos fueron 21, así mismo se reportaron citoquímicos con más de 500 leucocitos  $\text{xmm}^3$  con cultivo negativo, sólo 17 fueron positivos. La cuenta leucocitaria de ( $<100\text{mm}^3$ ) 34.2% correspondió casi en su totalidad a pacientes sometidos a DPA. La turbidez del líquido dializable que va en relación con la cantidad de leucocitos fué de 23 y sólo hubo crecimiento en 17. Esto probablemente debido a reacción de cuerpo extraño a catéter, y por no haber cultivado en medios apropiados, principalmente para hongos.

## CONCLUSIONES .

De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que:

- La frecuencia de peritonitis post-diálisis resultó ser más alta que en la literatura referida, siendo aproximadamente de un 65.78%. (22,19).
- El diagnóstico preciso se basa en la asociación de síntomas y signos clínicos, y principalmente en la identificación del germen causal, (1,4,7,8).
- La peritonitis post-diálisis, es más frecuente en la DPCA que en la DPA porque requiere mayor colaboración del paciente o familiar y por la elevada permanencia del catéter en cavidad peritoneal son semejantes a los reportados en la literatura, siendo el S. Epidermidis el agente más identificado, (1,10,11).
- Las soluciones hipertónicas favorecen la colonización de bacterias debido a su mayor uso en los pacientes con catéter de Tenckhoff, (13).
- La patología más identificada en el Servicio fué la Nefrosclerosis diabética, en comparación con la Glomerulonefritis descrita en la literatura extranjera, (20,18).
- La asociación de ampicilina y gentamicina por vía intraperitoneal contribuye a la resolución de la mayor parte de las peritonitis, (1,45,11).
- La vía IV sólo hay que usarla o asociarla cuando el Tx. inicial fracasa, utilizando antibióticos de amplio espectro.
- Es indispensable hacer Tinción de Gram y cultivar en medios adecuados para bacterias y al mismo tiempo para hongos, (1).
- El retiro del catéter es necesario cuando la infección es micótica y se repite 4 o más veces al año y sin respuesta al Tx, (16,14).
- Los factores predisponentes que se encontraron fueron:
  - 1) Enfermedades asociadas en las cuales el paciente se encuentra más inmunocomprometidos.
  - 2) La vía de entrada del catéter y complicaciones como la perforación intestinal.
  - 3) La elevada permanencia del catéter que funciona como cuerpo extraño.

- 4) El uso de soluciones hipertónicas en pacientes con retención hídrica, favorecen la infección.
- 5) Manejo elevado del catéter por parte del paciente o familiar.
- 6) Nivel socio-económico y medidas higiénico dietéticas deficientes.
- 7) Deficiente instrucción para el manejo del catéter.
- 8) Adquisición de gérmenes intrahospitalarios, que condicionan mayor estancia hospitalaria y por consecuencia mayor costo para la institución.
- 9) El uso de esteroides (LES) condiciona mayor inmunosupresión.

## D I S C U S I O N .

El presente estudio, tuvo la finalidad de conocer todas las variables con respecto a la Peritonitis Post-Diálisis y comparar los resultados con la literatura extranjera, así encontramos que la Peritonitis es más frecuente en el programa de Diálisis Ambulatoria Crónica y que la frecuencia de Peritonitis es de similar porcentaje a otra serie. El *E. Epidermidis*, en ambas series, es la causa de más de la mitad de los episodios de Peritonitis y en menor proporción *Streptococo A*, *Emolítico*, *Difteroides* y *E. Aureus*. La Peritonitis por hongos, continua con incidencia baja y el retiro del catéter, es la mejor medida terapéutica. Es de llamar la atención, que de varios casos, en que la cuenta de leucocitos era elevada y el aspecto del líquido era turbio, el cultivo se reportó negativo, probablemente a mala técnica, de que no se dispuso de medios de cultivo apropiados, por Peritonitis Eosinofílica por reacción alérgica al material y/o líquido por tal razón una buena relación entre el Depto. de Microbiología y el Médico, centrifugar y filtrar, así como cultivar en medios para aerobios, anaerobios y hongos, la sensibilidad del cultivo, podría aumentar y el tratamiento, en la mayoría de los casos sería específico.

La prevención es uno de los puntos más importantes en el campo, y las siguientes medidas podrían modificar la morbimortalidad del enfermo renal y tener una mejor calidad de vida.

- Que el paciente conozca detalladamente el Programa DFCA.
- Adiestrar al paciente o familiar al manejo correcto del catéter de Tenbckoff.
- Medidas higiéxico-dietéticas estrictas.
- Visita médica periódica.
- Cambiar la línea de transferencia, cuando menos una vez al mes y usar válvula de titanio.
- Tomar citológico y cultivo del efluente, por lo menos 2 veces al mes.
- Dotar al paciente de todo el material necesario para el manejo del catéter.
- Iniciar antimicrobianos en presencia de líquido de aspecto turbio, cultivo positivo o cuenta celular alta.

- Manejar los episodios de Peritonitis en casa, los causados por gérmenes agresivos, oportunistas y episodios repetitivos de Peritonitis canalizarlos al hospital.
- Antibioticoterapia profiláctica, no es recomendada, sin embargo conociendo la frecuencia de contaminación, el uso simple de antimicrobianos es recomendada, en algunos casos.



T A B L A S      Y      G R A F I C A S .

D E

R E S U L T A D O S

O B T E N I D A S .

Peritonitis Postdialisis

TABLA No. 1.

SEXO	No. DE PACIENTES POR SEXO	% DE PACIENTES POR SEXO
MASCULINO	17	44.7
FEMENINO	21	55.2
TOTAL	38	99.99

Relacion de pacientes de acuerdo -  
a sexo representandose su frecuen-  
cia y porcentaje.

Fuente: Archivo Clinico del Hosp.  
Reg. "Lic. Adolfo Lopez -  
Mateos".

Peritonitis Postdialisis.

TABLA No. 2.

TIPO DE DIALISIS REALIZADA	No. DE DIALISIS	% DE DIALISIS
DPA	16	42.10
DPCA	22	57.89

Numero y porcentaje de pacientes que fueron sometidos a dialisis peritoneal aguda (DPA) y a dialisis peritoneal cronica (DPCA)

Fuente: Archivo Clinico del Hosp. Reg. "Lic. Adolfo Lopez - Mateos".

Peritonitis Postdialisis.

TABLA No. 3.

DIAGNOSTICO	No.	%
Nefropatia Diabetica	22	57
H A S	2	5.2
L E S	3	7.8
Litiasis Renal	2	5.2
Talasemia	1	2.6
Rinones Poliquisticos	1	2.6
Glomerulonefritis	1	2.6
Pielonefritis	2	5.2
Causa desconocida	1	2.6
Otros	3	7.8
Total	38	98.6

Padecimientos mas frecuente encontrados - como causa de insuficiencia renal cronica- en el Ser. Med. Int. que fueron sometidos- a Dialisis Peritoneal.

Fuente: Archivo Clinico del Hospital Regio- nal "Lic. Adolfo Lopez Mateos".

Peritonitis Postdialisis

TABLA No. 4.

SINTOMAS	No.	%
SIN SINTOMAS	11	28.94
DOLOR	18	47.36
PIEBRE	9	23.68
TOTAL	38	99.9

En el cuadro anterior se expresa la relacion de sintomas detectados de acuerdo a frecuencia y porcentaje - en pacientes bajo dialisis peritoneal con peritonitis.

Fuente: Archivo Clinico del Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez-Mateos".

Peritonitis Postdialisis.

TABLA No. 5.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

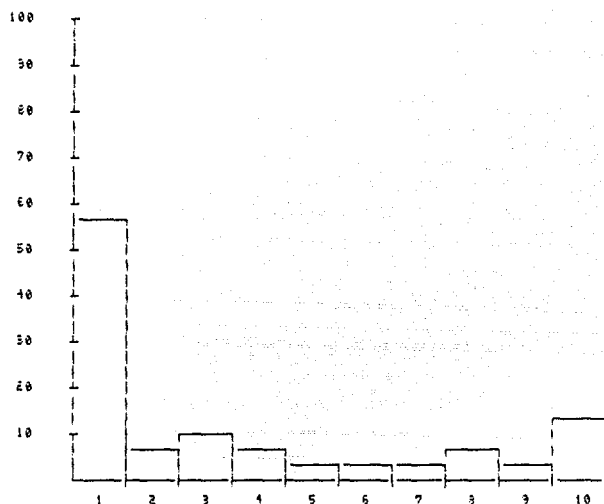
SIGNOS CLINICOS	No.	%
REBOTE POSITIVO	6	15.78
PERISTALSIS DISMINUIDA O AUSENTE	5	13.15
RESISTENCIA MUSCULAR	4	10.52
DOLOR A LA PALPACION SUPER- FICIAL O PROFUNDA	23	60.52

Relacion de signos clinicos encontrados en pacientes con dialisis - peritoneal con peritonitis.

Fuente: Archivo Clinico del Hospital Regional "LIC. Adolfo Lopez-Mateos".

# Peritonitis Postdialisis.

GRAFICA No. 1.



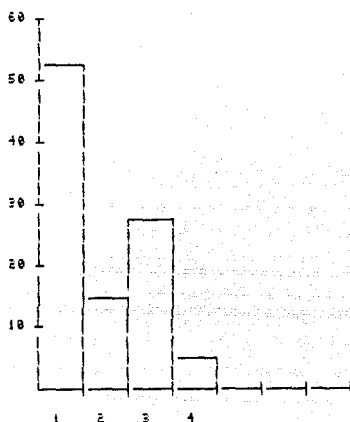
Grafica expresada en barras porcentuales de enfermedades detectadas en el Ser. de Med. Int.

- 1.- Nefropatia Diabetica.
- 2.- Hipertension Arterial Sistemica
- 3.- Lupus Eritematoso Sistemico.
- 4.- Litiasis Renal.
- 5.- Rinones Poloquisticos.
- 6.- Talasemia.
- 7.- Glomerulonefritis.
- 8.- Pielonefritis.
- 9.- Causa desconocida.
- 10.- Otros.

Fuente: Archivo clinico del Hosp. Reg.  
"Lic. Adolfo Lopez Mateos"

## "PERITONITIS POSTDIALISIS"

GRAFICA No. 2



Grafica que expresa el % de pacientes que recibieron diferente tratamiento para la resoluci3n de la Peritonitis Post-dialisis.

1. Asociaci3n ampicilina-gentamicina.
2. Adici3n de una cefalosporina y/o quinolona.
3. Retiro del cateter.
4. Uso de mercomidazol.

Fuente: Archivo Clinico del Hospital regional "Lic. Adolfo Lopez-Mateos".



PERITONITIS POSTDIALISIS .

TABLA 6.

DATOS DE LABORATORIO .

1. Cuenta celular en el Líquido Dializable.  
No. de leucocitos por mm<sup>3</sup>.

< 100 mm <sup>3</sup> -----	13 -----	34.21%
> 100 mm <sup>3</sup> -----	25 -----	65.78%

2. Cultivo del Líquido Dializable.

No. de cultivos reportados sin crecimiento: 21--- 55.2%  
No. de cultivos reportados con crecimiento: 17--- 44.7%

3. Gérmenes Patógenos Reportados.

S. Epidermidis -----	12
S. A. Hemolítico -----	1
E. Coli -----	2
S. Fecalis -----	1
Bacilos Difteroides -----	1
S. Aureus -----	1
E. Hystolitica -----	1
Candida Albicans -----	1

Fuente: Archivo Clínico del Hospital Regional  
"Lic. Adolfo López Mateso".

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.- AJ. Bint. RF. Finch. Gokal y Cols. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PERITONITIS IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS. The lancet Vol. 2: 845-848 pp. Abril 1987.
- 2.- R. Orlandini, J. B. Piraino, Sorkin, M. ANALYSIS OF CONTINUOUS AMBULATORY DIALYSIS RELATED PSEUDOMONA AUROGINOSA INFECTIONS. Vol. 83: 829-832. Nov. 1987. The american Journal of med.
- 3.- Dabs. J. Davis, S. Spencer, R y Cols. LABORATORY OF PERITONITIS IN CAPD. Vol. 8: 334-335 pp. August, 1987. The Lancet.
- 4.- Gruer, L. Turney, J. Michael, J. VANCOMICIN AND TOBRAMICYN IN THE TREATMENT OF CAPD PERITONITIS. Nephron. Vol. 43: 217-222 pp. 1986.
- 5.- Harford, A. Sica, D. Tartaglione, T. Polk E. VANCOMICIN AND TOBRAMICYN IN THE TREATMENT OF CAPD PERITONITIS. Nephron. Vol. 43: 279-282 pp. 1985.
- 6.- Indraprasit, A. Ukaravichin, V. Fummangurach, Kaoiren S. GENTAMICIN REMOVAL DURING CAPD. Nephron. Vol. 44: 18-21. 1986.
- 7.- Marichal, Baller R. Brignon, F. Degouler P. PERITONITIS EN DPAC A ROLE FOR THE DIALLYSETE . Nephron, Vol. 42: 167-170. 1986.
- 8.- Maskell, R. CAPD PERITONITIS. The lancet Vol. 16: 1142. 1987.
- 9.- Morton, R. Weldex S. Homes, A. MANAGAMENT OF EXITE-SITE INFECTIONS DURING CAPD. The lancet Vol. 30: 1258. May 1987.
- 10.- Nevielle, L. Baillo, R. Hamilton-Miller y Cols. CAPD-PERITONITIS. The Lancet. Vol. 6 1320-1321 pp. Jun.1987.
- 11.- Dropoulus, D. PERITONITIS IN DPAC. Arch intern Med. Vol. 147: 818-819 pp. May 1987.
- 12.- Paoli, E. Rossi, M. Farinelli, A. PSEUDOMONAS - LIKE SPECIES LL-K PERITONITIS IN PERITONEAL DIALYSIS. Nephron. Vol. 48: 337 pp. 1988.
- 13.- Pickering, J. Boringa. Fleming. UROKINASEA FOR RRECURRENT CAPD PERITONTIS. The Lancet. Vol. 30: 1258-1259. May 1987.

- 14.- Prowat, B. Nolph, K. Tyan, L. PERITONITIS IN CAPD. Nephron. Vol. 43: 105-109 pp. 1986.
- 15.- Struijk, D. Van Ketel, J. Nrediet, R. PATIENT VIRAL PERITONITIS IN DFCA. Nephron Vol. 44: 384 pp. 1986.
- 16.- Trooskign, S. Donetz, A. Baxter, J. INFECTION-RESISTANT IN CAPD CATHETERS. Nephron Vol. 44: 384 pp. 1987.
- 17.- Wallon, M. Soucie, J. Macon E. COMPLICATIONS WITH PERMANENT PERITONEAL DIALYSIS CATHETERS. EXPERIENCE WITH 154 PERCUTANEOUSLY DYALISIS CATHETERS. Nephron. Vol. 48: 8-11 pp. 1988.
- 18.- Burton, Rose. FISIOPATOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES RENALES. España. Ed. Mac Graw Hill. 1988, 497-544 pp.
- 19.- Harrison, y otros. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. México 1987. 1431 a 1435 pp.
- 20.- Levine, David. MANUAL DE CUIDADOS DEL PACIENTE RENAL. México 1987. 237-250 y 33-353 pp.
- 21.- Cecil. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. México. Interamericana 1987. 536-541 pp.
- 22.- CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA (DIABETES SACARINA) México. Interamericana. 1988. 1585-1608 pp.