

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA I.M.S.S.
Nefrología Pediátrica

207

"SOBREVIDA Y COMPLICACIONES INHERENTES AL CATETER DE TENCKHOFF EN NIÑOS EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
P E D I A T R A
P R E S E N T A :

DRA. MA. DEL CARMEN SANCHEZ VILLEGAS

Asesores: Dr. Jesús Lagunas Muñoz

Dr. Martha Aguilar Martínez
CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION

EN SALUD 2DF-00-R

H. G. C. M. R.

MEXICO, D. F.

ENERO 1992

2001



292787

Para microfichas



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DR. JESUS LAGUNAS MUÑOZ.
NEFROLOGO PEDIATRA
HG OMLR

DRA. MARTHA ACILLAR MARTINEZ.
JEFE DEL SERVICIO DE
ONCOLOGIA PEDIATRICA
HG OMLR

DRA. MA DEL CARMEN SANCHEZ VILLEROS.
Residente de tercer año
Pediatría Médica .

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD IDF CO-R
H. G. C. M. R.

Dedicado a los niños del servicio de
Nefrología Pediátrica porque me per-
mitieron conocer el valor integral -
de la diálisis peritoneal.

En especial a Carolina, Angel(+), --
Fabiana(+), Milton(+).

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD ZDF-CO-R
H. G. C. M. R.

A mis padres
Raúl y Gloria
por su amor y apoyo

A mis abuelos
Manuel y Consuelo

A mis hermanos
Mary Luz y Raúl
y a Gerardito

A mi hermana Evangelina
por ser el más bello --
ejemplo de valor y en--
tusiasmo.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

Con agradecimiento para

Inés Vequera.
Enfermera encargada del
Programa de D.F.L.A.
HG LMLR.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD ZDF-00-R
H. G. C. M. R.

TITULO

"SOBREVIDA Y COMPLICACIONES INHERENTES
AL CATETER DE TENCKHOFF EN NIÑOS EN
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA".

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

OBJETIVO:

Conocer la sobrevida y complicaciones inherentes al cateter de Tenckhoff en niños en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD E.D.F. CO-R
H. G. C. E. R.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (D.P.C.A.) es en la actualidad otra medida útil en el manejo de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. (1) (2). En 1922 Putman define al peritoneo como una membrana de diálisis y amplió los estudios iniciados en el siglo XIX, comprobándose el paso de solutos y agua a través de la misma, Genter en 1923 corrobora lo anterior. El uso clínico de la diálisis peritoneal se difunde gracias a Maxwell y cols., en 1959 en que describieron las soluciones de diálisis y de los tubos desechables.

En 1964 Benn describió el uso de un sistema cerrado que disminuía el peligro de contaminación bacteriana durante los procedimientos diálíticos, motivando el advenimiento de máquinas cerradas automatizadas para diálisis.

En 1967 se utilizó la sonda peritoneal a permanencia descrita por Tenckhoff junto con el equipo automatizado, lo que permitió utilizar la diálisis peritoneal intermitente con modalidad terapéutica (1).

En 1976 Popovich y cols. describieron una nueva técnica de diálisis peritoneal de equilibrio, portátil y desechable. La técnica consistía en inyectar líquido de diálisis en la cavidad peritoneal de cuatro a cinco veces al día durante períodos de cuatro a ocho horas y se llamó DIALISIS PERITONEAL CONTINUA en pacientes ambulatorios, pero el uso de botellas que contenían la solución de diálisis exigía romper el sistema dos veces durante cada paso motivando mayor incidencia de peritonitis (2) (3).

En 1978 Oreopulvas y cols. introdujeron bolsas de plástico llenas de líquido de diálisis, después de inyectar la solución de diálisis se podía fijar con facilidad al cuerpo y emplearse por vía de salida para el líquido de diálisis por cuatro a ocho horas después, con ello disminuyó el número de desconexiones y la frecuencia de peritonitis disminuyó nota-

blemente (1) (4) (5).

Las complicaciones concomitantes al uso de diálisis pueden clasificarse como: **Infecciosas y Mecánicas.**

INFECCIOSAS:

Peritonitis, infección en el sitio de salida, infección en el túnel. De ellas la peritonitis es la principal complicación; se puede establecer el diagnóstico de peritonitis con los siguientes hallazgos:

- Dolor abdominal.
- Líquido peritoneal turbio.
- Aislamiento de organismos por cultivo.

En algunos centros de diálisis también se incluye la cuenta de células blancas correspondiente a más de 100mm^3 en el líquido peritoneal (1) (2) (3) (6) (7) (8) .

Los signos y síntomas de peritonitis se presentan 24 a 72hrs posteriores a la contaminación en el período prodrómico puede ya aislarse la bacteria y probablemente es cuando se estimula la respuesta quimiotáctica; las células blancas son las que condicionan la turbidez del líquido peritoneal durante la infección (2) (9).

La mayoría de los episodios de peritonitis son por contaminación accidental (2).

La peritonitis puede ser producida en la mayoría de los casos por *Estafilococo epidermidis* que responde bien al manejo de un buen pronóstico, en contraste a la producida por *Estafilococo aureus*, la cual produce mayor morbilidad, de curso más largo y de pronóstico reservado (6) (11). Estos episodios son relacionados con infección en el sitio de salida o infección en el túnel, con tendencia a formar abscesos (2) (6) (10) (11). La peritonitis por *Streptococo viridans* esta determinada por diseminación hematogena, organismo que usualmente se encuentran en la faringe, responden al tratamiento y son de buen pronóstico. La peritonitis por germen gram negativo puede originarse por perforación intestinal, también con

**CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.**

buena respuesta al tratamiento, en caso de no ser *Pseudomonas*. La peritonitis por anaerobios es rara, generalmente procede a cuadro quirúrgico de tubo digestivo bajo, la producida por hongos (más frecuente por *Candida*) ° no responde al tratamiento antimicótico intraperitoneal; pero responde al retiro del cateter blando peritoneal (2) (6) (11) (12)(13).

El compromiso fímico a nivel peritoneal se observa en el paciente inmunodeprimido; la peritonitis aséptica, con cultivos negativos, se ha reportado en varios centros con una incidencia que varía de 0-50% — EL líquido turbio puede encontrarse durante la menstruación, ovulación, diarrea y después de un examen vaginal.(2).

Las indicaciones para el retiro del cateter incluyen:

- persistencia de la infección en el sitio de salida.
- persistencia de infección en el túnel.
- peritonitis recurrente debida al mismo organismo en un período corto de tiempo.
- absesos intraperitoneales.
- peritonitis micótica
- peritonitis tuberculosa.
- peritonitis fecal.
- pacientes con peritonitis que no responden al tratamiento antibiótico.

De tipo mecánico;

- obstrucción a la salida del líquido.
- migración.
- obstrucción permanente.

(2) (6)(11).

Puede haber disminución de la ultrafiltración peritoneal por un largo período de D.P.C.A. , con formación de adherencias, estas mismas pueden condicionarse por infecciones producidas por *Pseudomona* sp. o *Estafilo* *coco aureus*. (4) (6)(8).

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD C.D.F. CO-R
H. G. C. M. R.

El tratamiento antimicrobiano debe ser de acuerdo al organismo - aislado en los cultivos (2) (6) (11) (12) (13).

La infección en el sitio de salida o en el túnel puede eviden- ciarse por la presencia de hipertermia o exudado, los microorganismos son: Estafilococo epidermidis y Estafilococo aureus. El tratamiento antimicro- biano se puede administrar por dos semanas si persiste la inflamación pue- de ser necesario retirar el cojín subcutáneo (6) (11) (15). La infección- del túnel puede presentarse como una extensión de infección en el sitio de salida, acompañado de dolor, aumento de volumen, nódulos e hipertermia se bre la porción subcutánea . Los signos sistemicos tales como fiebre tam- bien pueden estar presentes. Alternativamente la infección del túnel pue de manifestarse como una recaída de la peritonitis causada por el mismo -- organismo. Esta infección responde pobremente al tratamiento de antibióti- cos y la peritonitis recurrente predispone a fibrosis y esclerosis del pe- ritoneo por lo cual el tratamiento debe instalarse en forma rápida, reti- rando el cáteter y administrando tratamiento antimicrobiano.

Dentro de las complicaciones mecánicas la más importante es la - hernia abdominal probablemente como resultadp de un continuo incremento -- de la presión intra-abdominal; los tipos de hernias incluyen: hernia insi- cional, hernia inguinal, diafragmática y umbilical , requiriendo todas -- tratamiento quirurgico. Otras complicaciones son la fuga de líquido de diá- lisis alrededor del cojinetes del cateter, dificultad en la salida del lí- quido de diálisis que ocurre en forma temprana después de la colocación -- del cateter, antes o después del evento de peritonitis, puede existir una- salida irregular de líquido peritoneal o bien exceso de fibrina (2)(6).

Se ha considerado que la D.P.C.A. es la primera opción en el -- tratamiento de la insuficiencia renal terminal (16) sin embargo aún hay de bate a cerca de que sí es válida como alternativa a largoplazo, particu- larmente en pacientes terminales, pero la sobrevida reportada de diferen- tes centros de diálisis es del 90% en el primer año, en el segundo es de -- 82% , tercer año del 75%, considerandose a la D.P.C.A. un método efectivo- para la preservación de la vida. (15) (16) (17) (18).

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD ZDF-00-R
H. G. C. M. R.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital General — del Centro Médico La Raza el programa de diálisis más utilizado es el de DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, considerándose como principales complicaciones: peritonitis, infección en el sitio de salida, infección en el túnel, migración del cateter, hernias, desconociéndose la sobrevida de este grupo de pacientes y la incidencia de sus complicaciones.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

HIPOTESIS.

1. La sobrevivencia de los pacientes en programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es mayor del 80% a un año.

2. La peritonitis es la complicación más frecuente en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal,
descriptivo y observacional.

**CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.**

VARIABLES:

I. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Cáteter de Tenckhoff.

II. VARIABLE DEPENDIENTE.

- Incidencia en cuanto a los siguientes eventos

1. Peritonitis
2. Infección en el sitio de salida
3. Infección en el túnel.
4. Herida
5. Migración de cáteter
6. Sobrevida de los pacientes incluidos en el
Programa de Diálisis Peritoneal Continuo —
Ambulatoria

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

MATERIAL Y METODOS:**1.1 UNIVERSO DE TRABAJO**

El estudio se llevó a cabo en todos los expedientes clínicos de los niños incluidos en el programa de D.P.C.A. en el servicio de Nefrología --- pediátrica del Hospital General Centro Médico --- La Raza y que cubrieron los criterios de inclusión.

1.2 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes portadores de insuficiencia renal -- crónica incluidos en el programa de diálisis-- peritoneal continua ambulatoria.
- Ambos sexos.
- Con edades comprendidas de los 7 meses a los 16 años.

1.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

- No hay

1.4 CRITERIOS DE NO INCLUSION

- No hay.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

M E T O D O :

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión que ingresaron al programa : de febrero de 1986 a junio de 1991.

Los datos fueron incluidos en la hoja de recolección de datos que comprende:

Nombre, edad, sexo, diagnóstico, fecha de ingreso, fecha de instalación del cateter; complicaciones tales como peritonitis, infección del sitio de salida, infección del túnel, hernias, migración de cateter, fecha de egreso y motivo.

M A T E R I A L:

- Expedientes clínicos
- Hoja de recolección de datos.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD EDF-DO-R
H. G. C. M. R.

METODO ESTADISTICO:

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó la estadística descriptiva; para el cálculo de la sobrevivencia se utilizó la prueba de Kaplan y Meier.(19).

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización de este estudio no se requirió autorización de los familiares ya que esto no influye en la conducta de manejo por tratarse de un estudio retrospectivo.

Los datos obtenidos se guardaron confidencialmente ya que la información que se obtuvo solo se utilizó para fines de investigación.

RESULTADOS

Se efectuó la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes incluidos en el Programa de D.P.C.A. de febrero de 1986 a junio de 1991, con los siguientes resultados:

Fue un total de 215 pacientes ingresados al programa en un periodo de 64 meses; la distribución por sexo de estos pacientes fue de 117 (54%) masculinos, 98 (45%) femeninos, con una relación de 1.2:1. (gráficas 1 y 2).

La edad promedio de ingreso al programa fue de 12.47 ± 3.1 años y la estancia dentro del mismo fue de 15.4 ± 18.9 meses (gráfica 3).

Con respecto a la etiología de la insuficiencia renal crónica, en 152 pacientes (72%), se desconoce; con glomerulopatía 35 pacientes (16%); uropatía obstructiva en 17 pacientes (8%); displasia renal en 9 casos (4%); TB renal en un caso (0.5%); Síndrome urémico hemolítico en un caso (0.5%). (gráfica 4).

Los motivos de egreso del programa de D.P.C.A fueron: Traslado a hemodiálisis 50 pacientes (23%); trasplante renal en 47 pacientes (22%) trasladados a otra unidad 28 casos (13%), de los cuales 10 pacientes se trasladaron a la Torre de Especialidades CNLR por rebasar la edad pediátrica, el resto fue enviado a su hospital general de zona; un paciente pasó a diálisis peritoneal intermitente (0.5%). (gráfica 5).

La mortalidad para esta población estudiada fue del 11% con 24 defunciones, de estas el 24% fue por cardiopatía, 24% por sepsis secundaria a peritonitis; 20% defunciones extrahospitalarias, de las cuales se desconoce la causa; 20% edema agudo pulmonar; 8% abandono de tratamiento; 4% enfermedad vascular cerebral. (gráfica 6).

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

Sobrevida:

La sobrevida total de los pacientes en el programa de D.P.C.A. — indica que en el primer mes de seguimiento el porcentaje de sobrevida corresponde a 98%? a los 25 meses de estancia la probabilidad disminuye al 77%, de tal forma que al final del seguimiento de 53 meses la probabilidad de sobrevida disminuye al 30% (Gráfica 7).

Complicaciones Infecciosas:

De estas, la peritonitis se encuentra como la más frecuente con 147 pacientes afectados (67%) y 487 eventos presentados; infección en el túnel 15 pacientes (7%); infección en el sitio de salida 80 casos (37%); disfunción asociada a peritonitis 30 casos (23%), defunciones por sepsis secundaria a peritonitis 6 casos (3%) (gráfica 8)

En relación a los eventos de peritonitis, el análisis de los pacientes en el programa de D.P.C.A. del servicio de nefrología pediátrica — del CMLR HG, en el periodo de 64 meses, finalizando en junio de 1991, con 215 pacientes ingresados, con 3133 pacientes-mes, se señala que 145 pacientes presentaron 487 eventos de peritonitis, es decir un evento de peritonitis por cada 6.4 pacientes mes. (cuadro 1).

De los agentes infecciosos aislados en estos eventos, tenemos que en 339 casos no se tiene reporte de cultivo, y se tienen como más frecuentes: E. epidermidis, E. aureus, coliformes y gram negativos. (Cuadro 2)

Complicaciones Mecánicas:

Se observa como la más frecuente la formación de hernias con 18 casos (8%), de los cuales el 55% fueron de tipo inguinal, umbilical — en 39% e inguinoescrotal en 0.5%. Se observó disfunción del cateter de Tenckhoff en 33 casos de los cuales se encontró asociación con migración del cateter en 13 casos (6%), oclusión en 7 casos (3%), asociación con —

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 20F-00-R
H. G. C. M. R.

fuga de líquido peritoneal al intersticio en un caso (0.5%). No se encontro causa determinada de disfunción en 12 casos (6%). En los casos de hernia a todas los pacientes se les efectuó intervención quirurgica para su corrección; en los casos de migración, oclusión y fuga al intersticio se reinstaló el cateter peritoneal. (gráfica 9)

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

D I S C U S I O N:

En nuestro medio la diálisis peritoneal continua ambulatoria es la primera alternativa de manejo para los pacientes en insuficiencia renal crónica, respecto a este método la literatura internacional reporta porcentajes de sobrevida a un año del 90%, dos años 80%, tres años 75% (16)(17)° (18). La sobrevida total encontrada en nuestra población de estudio es comparable a la literatura solo en los dos primeros años de estancia en D.P.C.A. , ya que al primer año encontramos una sobrevida de 93%, para el segundo año de 83% , a tres años de 65% y al finalizar el seguimiento de 4.4 años el porcentaje de vida fué de 30%.

Sin embargo es de considerarse que el tiempo de vigilancia real del 50% de la población de pacientes en D.P.C.A. fué de 12 meses, del 24% de la población fué de 24 meses, del 4.5% de población el seguimiento fué 36 meses y solamente el seguimiento de 53 meses se observó en el 0.1% de la población.

Debe tomarse en cuenta que el motivo por el que los pacientes egresan de D.P.C.A., no está condicionado en el 100% de los casos por mortalidad, ya que el 22% de la población de estudio, se suspendió su seguimiento por recibir trasplante renal; un 13% de la población no tuvo un seguimiento mayor porque se transfirió a otro hospital por rebasar la edad pediátrica .

Por encontrarse insuficiente la diálisis peritoneal continua ambulatoria para el manejo de la insuficiencia renal crónica, 50 pacientes se transfirieron a hemodiálisis.

Así también la mortalidad encontrada fué solo del 11%, con 24 defunciones; de estos casos, fueron complicación directa de la diálisis 6 casos — por sepsis secundaria a peritonitis (3%), el resto de las defunciones estuvo condicionado por cardiopatía y edema agudo pulmonar.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

La peritonitis fué la complicación más frecuente encontrada en nuestra población de estudio reportándose un evento de peritonitis por — cada 6.4 pacientes-mes. Comparativamente a los reportes de la literatura internacional, de diferentes centros de atención para niños con IRC, la incidencia de peritonitis va desde un evento cada 4.1 paciente mes, un evento cada 10.2 pacientes mes, hasta un evento cada 16.1 pacientes mes (1), (15)* (19). De la peritonitis las complicaciones más importantes son: la mortalidad encontrada de 6 casos (3%), y el abandono del programa por ser ineficaz el método, con transferencia a hemodiálisis en 50 pacientes (23%).

En relación a los germenos aislados en los eventos de peritonitis en los pacientes en D.P.C.A. en un 70% de los casos no se tiene reporte del germen causal; y de los germenos aislados tal como reporta la literatura, los más frecuentes fueron: *Epidermidis*, *E. aureus*, *Coliformes* y gran negativos fueron los más frecuentes.

De las complicaciones mecánicas encontradas la más relevante — fué la formación de hernias en 18 pacientes a los cuales se dió manejo quirúrgico sin modificar su programa de diálisis; en cambio la migración de cateter (13 casos), la oclusión del mismo (7 casos) y la disfunción de causa no conocida (12 casos), todas requirieron de retiro y recolocación de cateter.

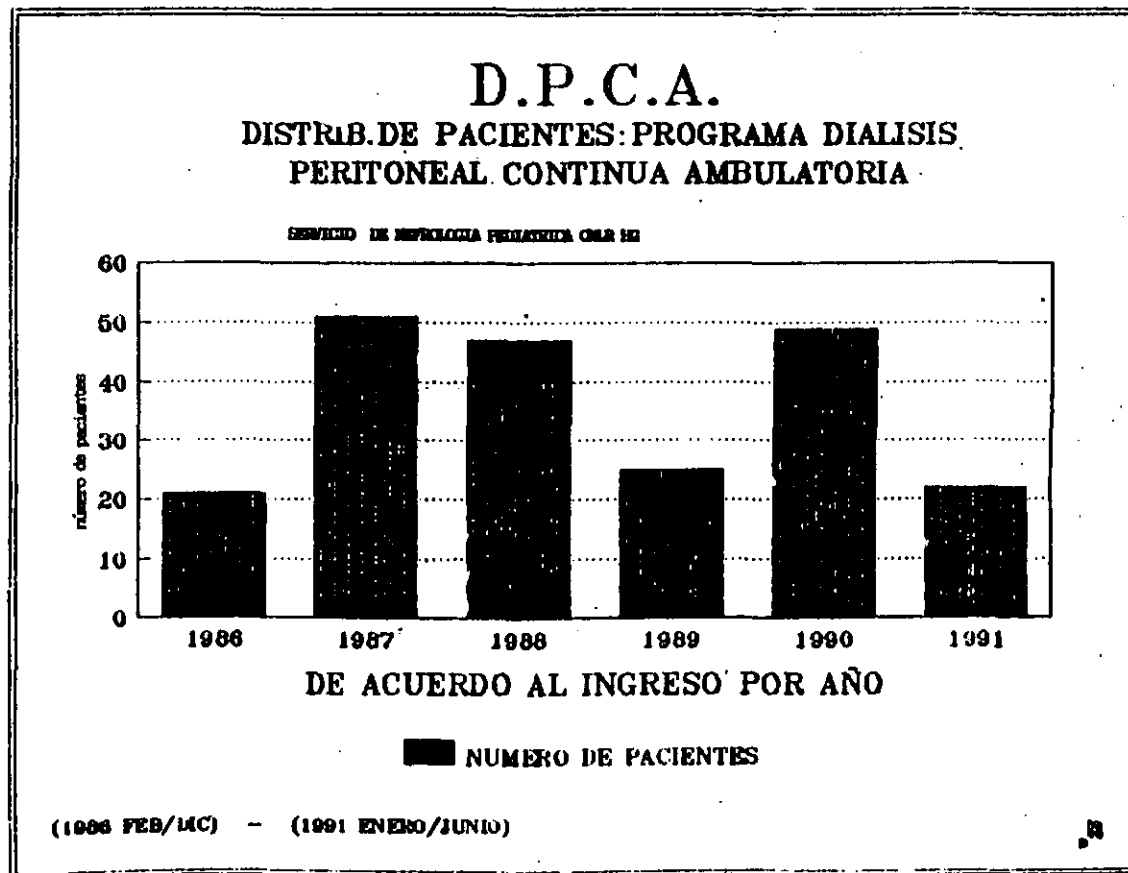
CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD ZDF-00-R
H. G. C. M. R.

C O N C L U S I O N E S:

1. La sobrevida de los niños en D.P.C.A. ,es equiparable a la referida en la literatura. Se requiere de un periodo de seguimiento más prolongado que permita valorar en forma más efectiva la curva de sobrevida, ya que el seguimiento actual corresponde a un periodo corto.
2. Las complicaciones infecciosas son más frecuentes debido a las características de la población, ya que a diferencia de otros centros de diálisis, todo niño que acude al HG CML y tiene indicación del procedimiento, se incluye en el programa, tomando cuenta que el 25% de la población vive en medio sub urbano, 25% en medio rural y el 50% restante en medio urbano (22). La posibilidad para disminuir el número de estas complicaciones dependerá de contar con centros para referir pacientes a un programa de diálisis peritoneal intermitente (D.P.I.), en los que por sus características de medio ambiente y familiar no permitan llevar a cabo la D.P.C.A.
3. Las bacterias aisladas en los eventos de peritonitis son predominantemente gram positivos (como lo refiere la literatura). Sin embargo es alarmante que en un hospital de tercer nivel no se tenga una rutina estricta para toma de cultivos al ingreso de los pacientes lo que resulta en el desconocimiento del agente etiológico y por ende la necesidad de manejar cobertura antibiótica amplia, reduciendo en una mayor colonización del cateter de diálisis, teniendo un alto costo en el estado orgánico del niño y económico en la institución, por lo que debe abatirse el no. de estas complicaciones.

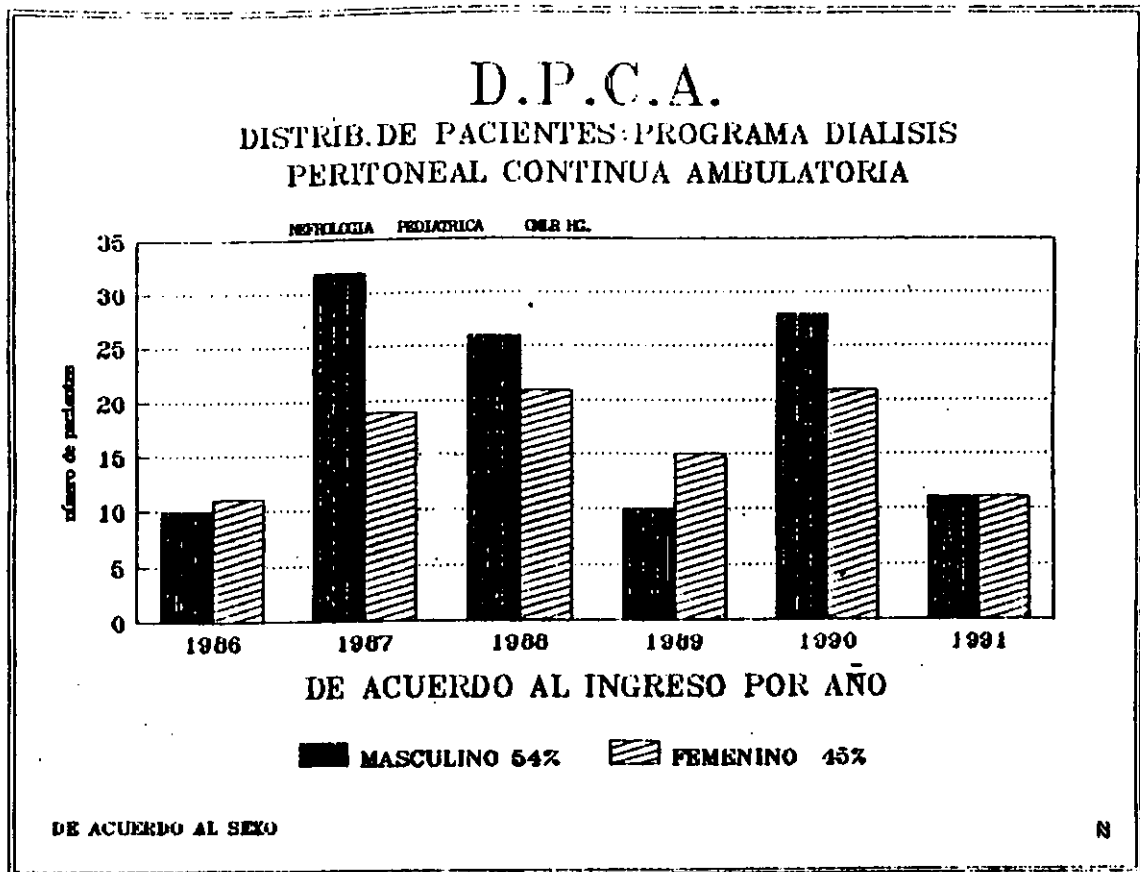
CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 20F-00-R
H. G. C. M. R.

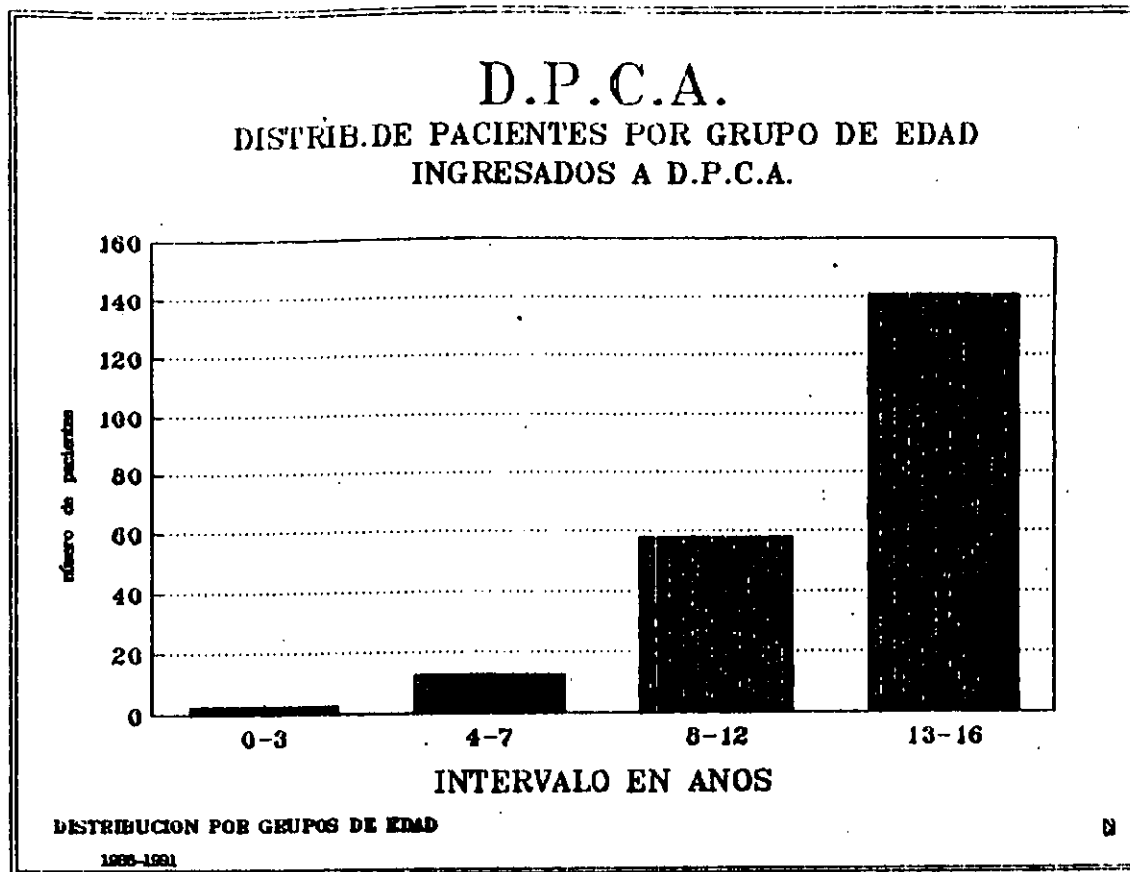


gráfica 1.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 20F-00-R
H. G. C. M. R.

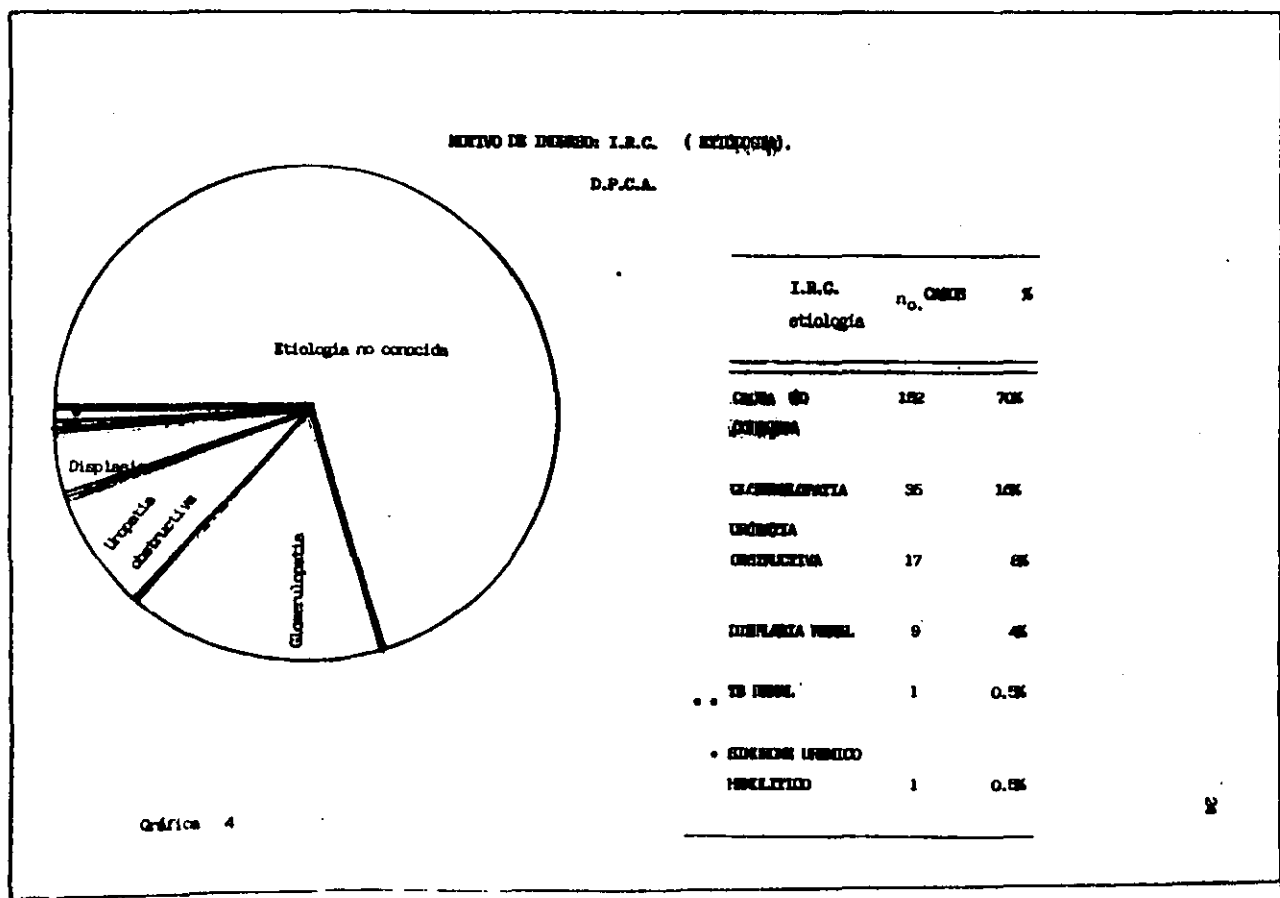


CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.



gráfica 3.

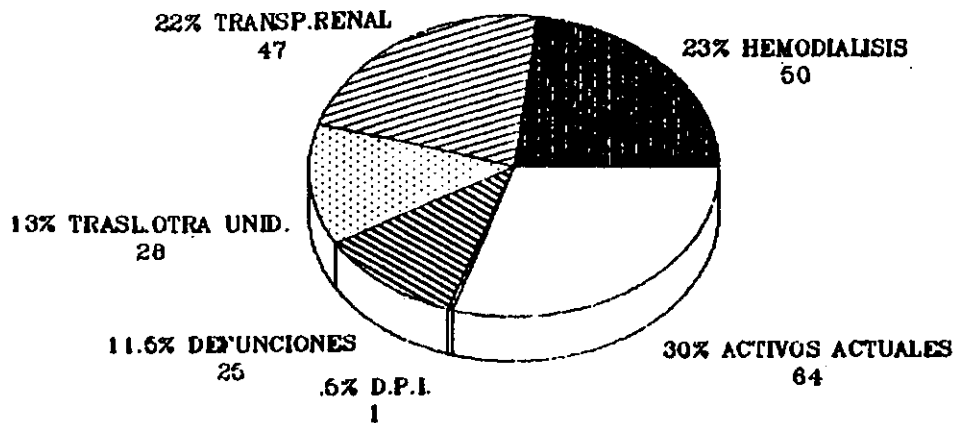
CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
 EN SALUD 20F-00-R
 H. G. C. M. R.



D.P.C.A.

MOTIVOS DE EGRESO DEL PROG. DE DIALISIS INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

NEFROLOGIA PEDIATRICA OMR HD



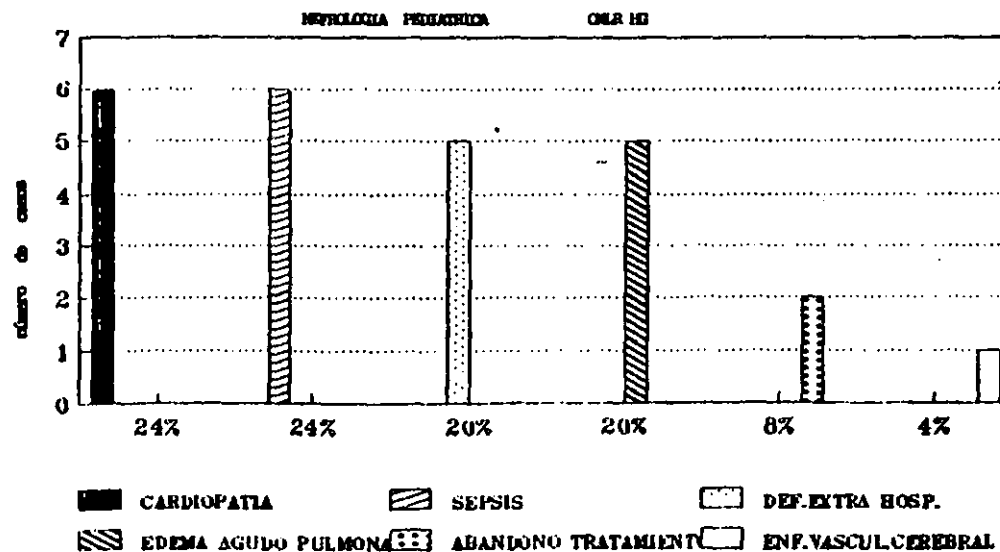
D. PERITONEAL-CONTINUA AMBULATORIA

PERIODO 1988-JUNIO-1991

D.P.C.A.

CAUSAS DE MORTALIDAD

PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL C.A.

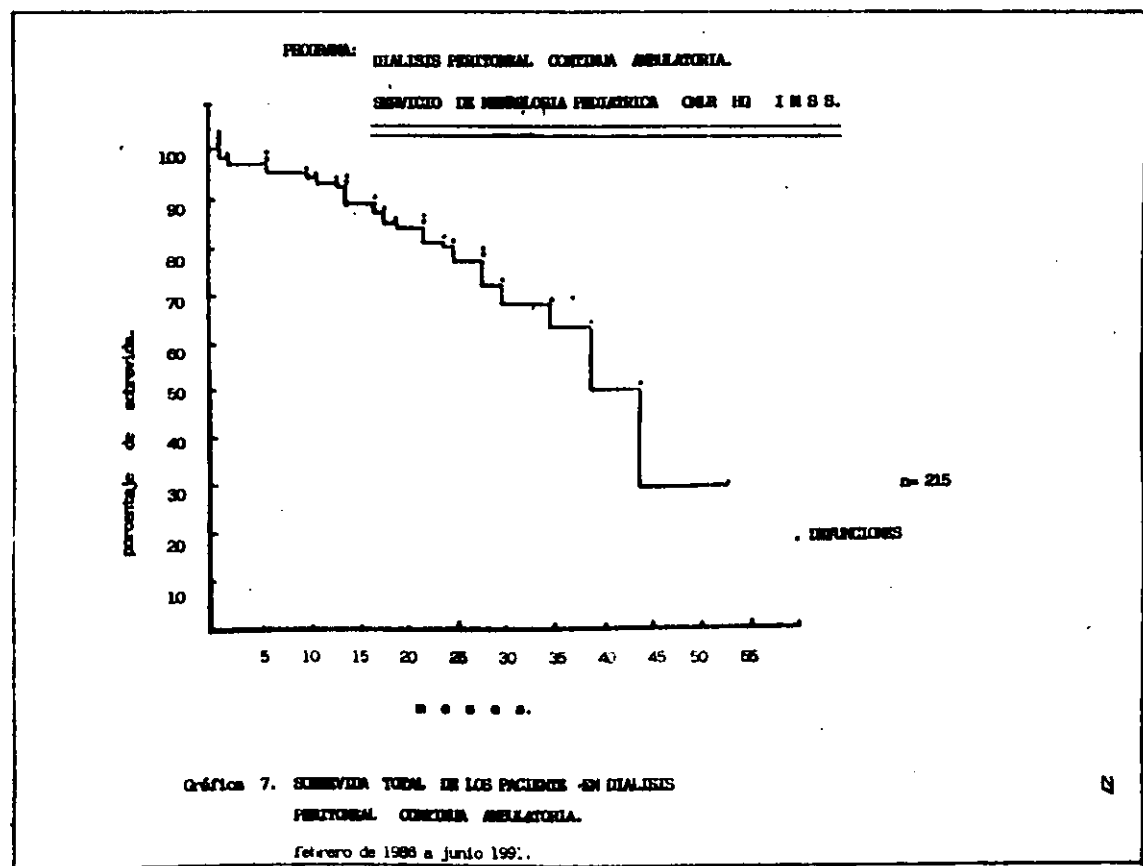


NUMERO DE CASOS

FEBRERO 1980 - JUNIO 1981

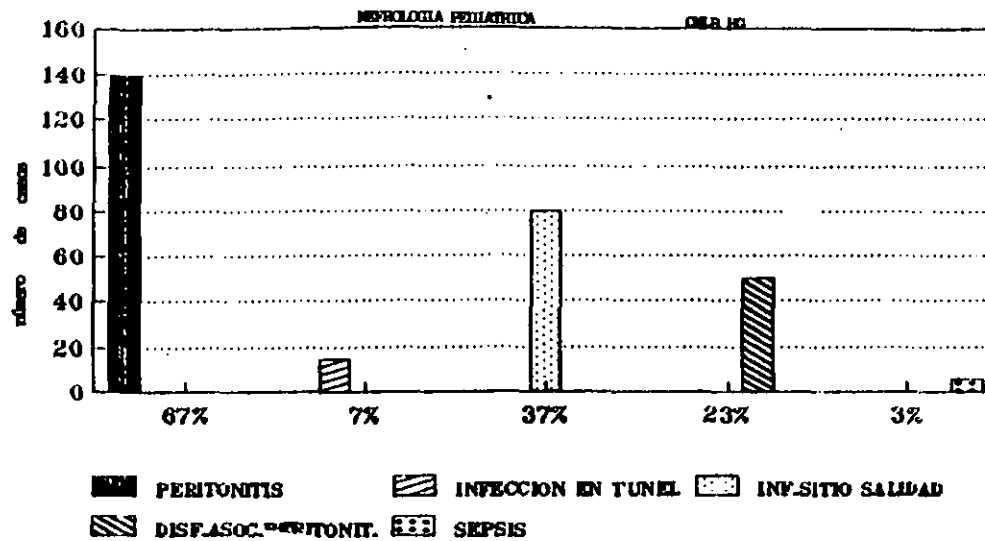
8

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 20F-00-R
H. G. C. M. R.



CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
 EN SALUD 2DF-00-R
 H. G. C. M. R.

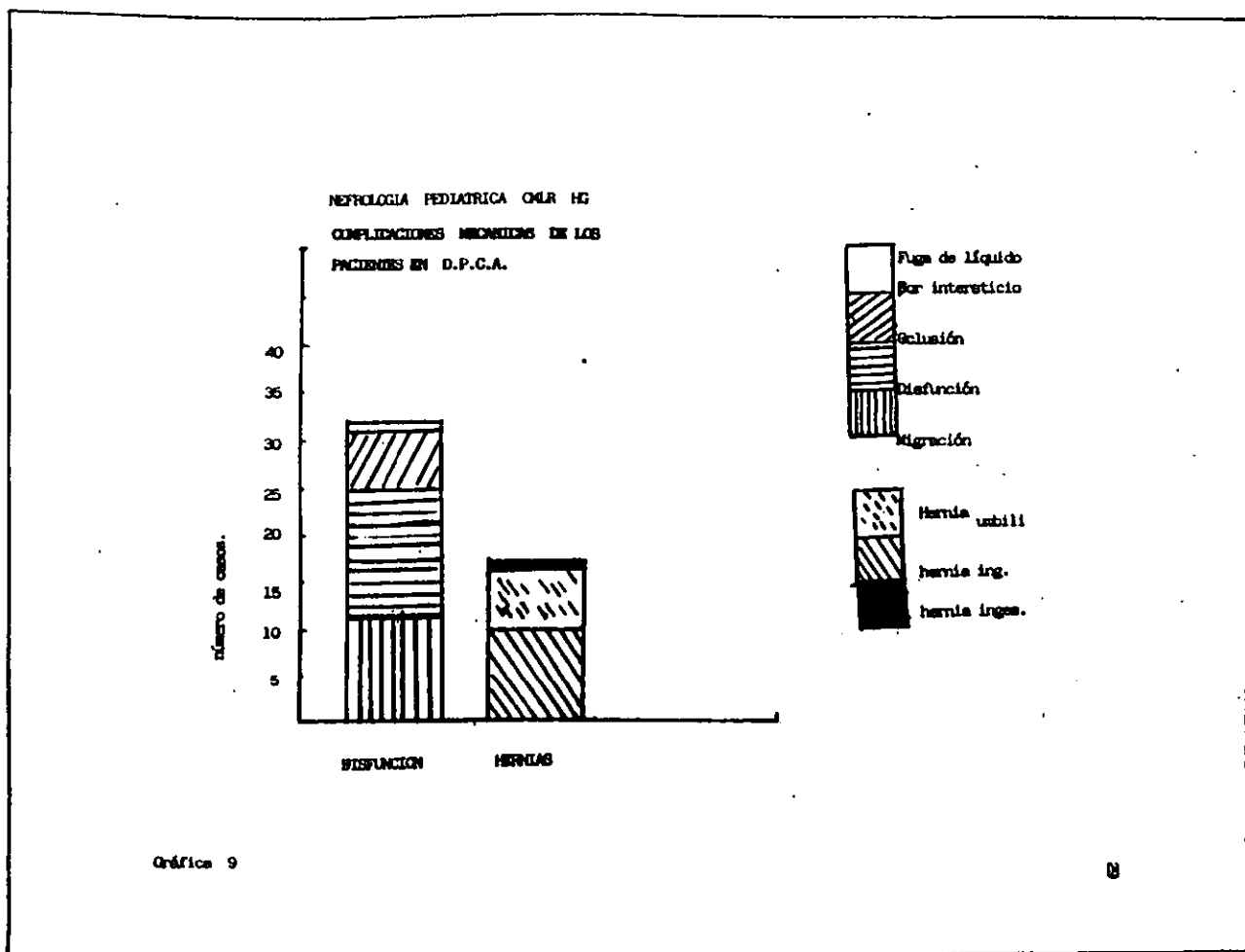
D.P.C.A. COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LOS PACIENTES EN D.P.C.A.



NUMERO DE CASOS

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 20F-00-R
H. G. C. M. R.



INCIDENCIA DE PERITONITIS.

CENRO MEDICO LA RAZA

HOSPITAL GENERAL

SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA.

PERIODO DE ESTUDIO	64 meses
NUMERO DE PACIENTES EN DPCA	215
NUMERO DE PACIENTES MES	3133
\bar{X} MESES EN DPCA	15.4 \pm 13.9
NUMERO DE EPISODIOS DE PERITONITIS	437
NUMERO DE PACIENTES CON PERITONITIS	145
<u>MES/PERITONITIS</u>	<u>6.4</u>

CUFPO no. 1

HOSPITAL GENERAL

CENTRO MEDICO LA RAZA

NEFROLOGIA PEDIATRICA.

GENESIS CAUSALES DE LOS EMITOS DE —
 FRICTIONS EN LOS PACIENTES EN D.P.C.A

GENESIS	Nb. CASOS	%
Genes no identificado	339	70
E. epidermidis	35	7
E. aureus	30	6
Coliformes	22	4.5
Klebsiella	9	2
Pseudomona sp.	9	2
E. viridans	8	1.6
E. coli	7	1.4
E. BETA HEMOLITICO	4	1
Candida	5	1
Sin desarrollo bacteriano	19	4

CUADRO 2.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
 EN SALUD 2DF-00-R
 H. G. C. M. R.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Salusky B I, Lucullo L, Nelson P : Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en niños. *Clinicas Pediatricas de Norteamérica*. 1982; 42(2): 944-77.
- 2.- Oropulus G.D. , Khanna R, Stephen I V : Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nephron*. 1981; 30: 293-303.
- 3.- Nolph K D, Popovich R A, Moncrief W I: Theoretical and Practical Implications of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nephron*. 1978; 21: 117-22.
- 4.- Rubin J, Ray R, Barnes J: Peritoneal abnormalities during infectious episodes of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephron*. 1981; 29: 124-27.
- 5.- Gautner C W , Feldman AH, Paschett B T: Peritonitis in chronic peritoneal dialysis patients. *Nephron* . 1980 ; 13: 255-69
- 6.- Leehy J D, Gandhi C V , Daugirdas T J: Peritoneal dialysis . *Handbook of dialysis* —
- 7.- Nolph D J, Boen S F, Farrer C P: Continuous ambulatory peritoneal dialysis in Australia, Europe and United States. *Kidney Int.*. 1981; 23:2-8
- 8.- Coles A G: Is peritoneal dialysis a good long term treatment ? . *Br Med J*. 1985; — 290: 1164-66.
- 9.- Lewis L S, Epps E D , Chencoweth D E: Alterations in the chemotactic factor-induced responses of neutrophils and the monocytes chronic dialysis patients. *Clin Nephrol*, 1988; 30 : _ 63
- 10.- Sheagre N I : Staphylococcus aureus. *N. Engl J Med*. 1984; 310:1368-73
- 11.- Stephen I V: Microbiologic aspects of chronic Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Kidney Inter* . 1983 : 23:83-92.
- 12.- Enriquez J L, Kalia A, Lister B: Fungal peritonitis in children of peritoneal dialysis. *J. Pediatr*. 1988; 117:830-32.
- 13.- Benevent D, Peyronnet P, Lagarde C : Fungal peritonitis in patients of continuous ambulatory dialysis. *Nephron*. 1985: 41: 203-206.

- 14.- Guer D L, Turry H J, Curley J J: Vancomycin and Tobramycin in the treatment of.— CAPD peritonitis. Nephron. 1985; 41: 279-81
- 15.- Ramirez A J, Ruiz S, Ferrariz J : Dialisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA): — Una alternativa de tratamiento para niños con insuficiencia renal crónica terminal — en la Argentina. Bol Med Hosp Infant MEX. 1981; 48: 140-43.
- 16.- Charytan C H, Spinowitz B S, Galler M M: A comparative study of continuous ambulatory peritoneal dialysis and Center hemodialysis. Arch Intern Med . 1986; 146: 1138-43.
- 17.- Burter R P, Walls J: Selection adjuste comperason of life - expectancy of patiens— of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and renal transplantation — Lancet. 1987 ; 16:1115-118.
- 18.- Malorca E R, Vonesh G E , Cancarini G C : A six year comperason of peatient and — technique a.e.vibals in CAPD and Haemodialisis.Kidney Int. 1988:34: 518-524.
- 19.- Kaplan E.L, Meier P.: Nonparametric estimation from incomplete observations. Americal statistical association jornal.1958; 457- 91.
- 20.- Vas S I: Etiology and treatment of peritonitis. Trans Am Soc Artific Intern Organs— 1984- 682-86.

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION
EN SALUD 2DF-00-R
H. G. C. M. R.