



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.**

**FRECUENCIA DE PERITONITIS INFECCIOSA DE ADQUISICIÓN
INTRAHOSPITALARIA Y FACTORES ASOCIADOS,
EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO
QUIROZ GUTIERREZ.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN MEDICINA
INTERNA**

PRESENTA:

DR. APOLONIO ASTUDILLO GUSTAVO.

MÉXICO, DF. 2005

m348385



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. ARREOLA MUCIÑO HÉCTOR
ASESOR DE TESIS, MEDICO ADSCRITO Y ENCARGADO DE
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

DR. GUTIERREZ BAJATA JESUS.
MEDICO ADSCRITO DE MEDICINA INTERNA.

DR. CALLEJAS HERNÁNDEZ GERARDO
COORDINADOR DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

DR. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ WILFREDO
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DEDICATORIA:

Kary eres lo mejor de mi existencia, eres la fuerza de mi ser, todos los retos son alcanzables si estas a mi lado, ya que me animas e impulsas a seguir siempre adelante superándome día a día, sin ti no hubiese sido posible la culminación de esta especialidad, te amo chirris, gracias por hacerme tan feliz, brindándome tu amor en estos 3 años, 8 meses de matrimonio que han sido un suspiro a tu lado bonita y por años los venideros; te amo inmensamente.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Héctor Arreola que me oriento, asesoro y participo en forma activa y con la mejor disposición en la elaboración de este protocolo de investigación fomentando el gusto por la investigación.

Al personal de diálisis peritoneal, que colaboraron de forma tan eficiente para la realización de este protocolo de investigación.

Al personal de trabajo social que de forma tan desinteresada proporciono datos magnéticos de la población de diálisis peritoneal haciendo más ágil la investigación.

Al hospital Fernando Quiroz y sus pacientes, que dieron un espacio clínico para la realización de esta especialidad y la culminación de la misma en forma satisfactoria.

INDICE

TITULO.....	5
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVO.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	13
CONCLUSIONES.....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	17
ANEXOS.....	18

**FRECUENCIA DE PERITONITIS INFECCIOSA DE
ADQUISICIÓN INTRAHOSPITALARIA Y FACTORES
ASOCIADOS, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL
GENERAL FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.**

RESUMEN.

Objetivo.- Conocer la frecuencia de peritonitis infecciosa de adquisición intrahospitalaria y los factores que se asocian, en pacientes con diálisis peritoneal del HG Fernando Quiroz Gutiérrez.

Material y métodos.- Se realizó un estudio con diseño de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, a través del censo de expedientes de pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa terminal, portadores de diálisis peritoneal como tratamiento sustitutivo de la función renal, hospitalizados durante el periodo comprendido del día 01-julio-03 al 31-julio-05 correspondiente a 345 ingresos, se eliminaron los expedientes incompletos. Para la captura de información se utilizó un formato ex profeso.

Resultados.- se estudiaron 345 pacientes hospitalizados con diálisis peritoneal, 29 presentaron infección nosocomial correspondientes al 8%, siendo por orden de frecuencia la más común la peritonitis con 14 pacientes, vías urinarias con 8 pacientes, vías respiratorias 7 pacientes, Reportándose 60% de cultivos positivos, y citológico mostró positividad en 80% para procesos sugestivos de infección, ameritando retiro de catéter en 79.3% y recolocación de catéter el 37% , con pase a otra modalidad en 58.3%, la mortalidad en infección nosocomial correspondió al 72.9%. Siendo mayor la estancia hospitalaria en estos pacientes, con incremento de la población de la séptima década en el número de ingresos al igual que los pacientes con modalidad de DPCA con 57.10% y DPA ingresaron en 148 con 42.89%, la causa de ingreso más común es la asociada a la uremia con 32.7%.

Conclusiones.- se encontró infección nosocomial en 8% de los ingresos, con predominio de la peritonitis nosocomial, seguida de infección de vías urinarias y posteriormente vías respiratorias. Los cultivos no corresponden con lo descrito en la bibliografía mostrando un nivel inferior, consideramos secundario al inicio de antibiótico en forma temprana, motivo por lo que el citológico cuenta con mayor valor de positividad. La agresividad de la infección nosocomial y asociación con hongos que colonizan en forma común los catéteres, conlleva en forma frecuente al retiro y recolocación al igual que al cambio de modalidad dialítica, además de una mortalidad al doble de lo reportado, con un 72.9%, el tiempo de estancia corresponde a 1/3 de los no infectados, que es similar a lo requerido por 125 pacientes sin infección, la DPA presenta menos número de ingresos y complicaciones en comparación la DPCA con mayor frecuencia de internamientos a pesar de ser menor su población. Por lo que es conveniente tener solo pacientes con esta modalidad dialítica y disminuir a los que cuentan con DPCA lo más posible, de esta forma se reducirán el número de hospitalizaciones y sus complicaciones; es necesario incrementar medidas para la disminución de infecciones intrahospitalarias disminuyendo así la mortalidad, gasto institucionales tanto en la estancia prolongada como en estudios complementarios, fármacos de amplio espectro y sobre todo para beneficio de la población.

Palabras clave.- infección nosocomial, peritonitis, diálisis peritoneal, insuficiencia renal terminal.

ANTECEDENTES.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es el deterioro persistente de la tasa de filtrado glomerular y es el producto de la destrucción progresiva, mantenida e irreversible de las nefronas, que dura más de 3 meses (1,3). Siendo diversas las causas que condicionan este deterioro, dando por resultado estadio terminal de la función renal que es evidente cuando la filtración glomerular es menor del 15ml/min culminando en estado francamente uremico en el que se vuelve imposible la supervivencia sin tratamiento de reemplazo (3,8,9).

El tamaño de la población con IRC va en aumento, se ha estimado que al menos una tasa del 7% en población de Estados Unidos presenta una lesión renal crónica con filtración glomerular >de 60ml/min. (8). Con el inminente riesgo de presentar deterioro progresivo de esta función (9). Siendo la tasa en México entre 12 y 14% anual (11); la diabetes mellitus tipo 2 (DMT-2) es la principal causa a nivel mundial de IRC, debido a que esta patología es una de las epidemias con crecimiento firme en todo el mundo, en México afecta al 8% de la población en general, incrementándose la incidencia a mayor edad. (8,11). Se estiman que 146 millones de personas presentan diabetes mellitus a nivel mundial, y para el año 2010 la prevalencia se espera se incremente al doble (5,8). En segundo lugar que propicia IRC es la hipertensión arterial sistémica (HAS), que ocupa una prevalencia del 30% en nuestra población; otras causas como glomerulopatías primarias y secundarias suponen una minoría pero causa importante entre la IRC (5,8).

Fue necesario que transcurrieran mas de 100 años antes de que se constituyera una alternativa terapéutica para pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT); situación que cambio con el advenimiento de la diálisis peritoneal a partir de 1960 (1,3,7). La diálisis peritoneal (DP) esta ahora bien establecida desde hace 20 años, como terapia de reemplazo renal que ha incrementado su uso posterior al desarrollo de formas ambulatorias de esta técnica ideadas por Popovich et al, y Oreopoulos et al, a mediados de los noventas y debido a que la población con IRCT se ha incrementado notablemente. (7) siendo diversas las modalidades de DP en la actualidad, dentro de las más difundidas están: la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), que consta de fase de conexión, purgado, drenaje, infusión y desconexión, realizando estos pasos en forma manual en cada recambio, y ajustando el volumen y la concentración de las soluciones en base a las características de la membrana peritoneal; la diálisis peritoneal automatizada (DPA) que se divide en técnicas intermitentes y técnicas continuas las cuales se realizan empleando sistemas mecánicos programados en forma específica a una pauta terapéutica, las fases de drenaje, infusión y permanencia se realizan en forma automatizada, con la realización de la conexión y desconexión por parte del paciente, siendo estas en menor frecuencia que en la DPCA (10).

El porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria muestra incrementos del 23% en 1995 al 65% en el 2000 (7), siendo la forma mas empleada en México con mas del 90% de los pacientes en IRCT en esta modalidad de reemplazo hasta hace algunos años (1). Actualmente es similar el porcentaje de pacientes en Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) con incremento del 28% en 1996 a 60% en el 2000 (7) y para fechas recientes se ha incrementado el número de pacientes en esta modalidad superando a la población con otras modalidades dialíticas (11).

En nuestro medio se ha hecho un cálculo aproximado de 150 a 200 casos nuevos de pacientes con IRCT por cada millón de habitantes. (3,11) y por consiguiente mayor población con complicaciones secundarias dentro de las que destacan las inherentes a las patologías de base principalmente la diabetes con sus complicaciones como lo son la micro y macroangiopatía y las secundarias al tratamiento dialítico siendo los procesos infecciosos peritoneales y del conducto de catéter las mas comunes. La peritonitis domiciliaria ha disminuido en frecuencia debido al empleo de nuevos sistemas que disminuyen el numero de conexiones y recambios por parte de los encargados de tratamiento dialítico, como lo muestran estudios realizados en instituciones de seguridad social al igual que mejoran la calidad de vida de los pacientes (12).

Se considera peritonitis infecciosa primaria a la que se produce por siembra del peritoneo debido a diseminación hematogena a partir de una fuente extraabdominal o a través de un conducto como lo son los catéteres intrabdominales utilizados en DP (30). El diagnostico se debe de realizar en primera instancia por la turbidez del líquido efluente, el dolor abdominal es menos frecuente pero suele preceder a la turbidez, en menor frecuencia puede aparecer fiebre, nausea, vomito, defensa abdominal y parálisis intestinal, frecuentemente se aprecia disminución del drenaje peritoneal, el diagnostico de laboratorio comprenden: citológico de líquido de diálisis con cuenta celular superior a 100 leucocitos/mm. Con predominio de neutrofilos siendo indicativo de peritonitis, la tinción que en forma precoz orienta con la observación de gérmenes Gram-positivos, Gram-negativos y sobre todo la detección de levaduras y corroborándose por cultivos que son positivos en aproximadamente 90% de la población afectada (11).

Los gérmenes más frecuentes aislados son los Gram-positivos, principalmente staphylococcus epidermidis. Más severa pero menos frecuentes son las ocasionadas por staphylococcus aureus y a continuación la producida por estreptococos. Aproximadamente el 25% de los episodios son ocasionados por gérmenes Gram-negativos siendo en frecuencia decreciente, Escherichia coli, Klebsiella, Enterobacter y Serratia, menos frecuentes pero muy severa son las infecciones fungicas, la peritonitis tuberculosa es infrecuente y difícil de diagnosticar (9,10,30,31).

Una infección nosocomial puede definirse de la siguiente manera: Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección (13). una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento (14).

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo, estando entre las principales causas de defunción y de aumento de morbilidad en pacientes hospitalizados, la OMS realizó en 55 hospitales de 14 países representativos de 4 regiones mundiales una encuesta de prevalencia que mostró un promedio de 8.7% de infección nosocomial en los hospitalizados, con más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo que sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital (15).

Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción (15). Los costos económicos son enormes. Una estancia prolongada de los pacientes infectados es el mayor factor contribuyente al costo. El mayor uso de medicamentos, la necesidad de aislamiento y el uso de más estudios de laboratorio y otros con fines de diagnóstico también elevan los costos. Las infecciones nosocomiales agravan el desequilibrio existente entre la asignación de recursos para atención primaria y secundaria al desviar escasos fondos hacia el tratamiento de afecciones potencialmente prevenibles. Una estancia prolongada aumenta no solo los costos directos para los pacientes o los pagadores, sino también los indirectos por causa del trabajo perdido (16).

Los factores influyentes en la manifestación de las infecciones nosocomiales identificados son:

El agente microbiano: El paciente está expuesto a una gran variedad de microorganismos durante la hospitalización. El contacto entre el paciente y un microorganismo, en sí, no produce necesariamente una enfermedad clínica, puesto que hay otros factores que influyen en la naturaleza y frecuencia de las infecciones nosocomiales. La posibilidad de exposición conducente a infección depende, en parte, de las características de los microorganismos, la resistencia a los antimicrobianos, la virulencia intrínseca y la cantidad de material infeccioso (inóculo). Las infecciones pueden ser causadas por un microorganismo contraído de otra persona en el hospital (infección cruzada) o por la propia flora del paciente (infección endógena). Por un objeto inanimado o por sustancias recién contaminadas provenientes de otro foco humano de infección (infección ambiental). Hoy en día, casi todas las infecciones nosocomiales son causadas por microorganismos

comunes en la población en general, que es inmune o que sufre una enfermedad más débil que la causada a los pacientes hospitalizados.

Vulnerabilidad de los pacientes: Los factores que influyen en la posibilidad de contraer una infección comprenden la edad, el estado de inmunidad, cualquier enfermedad subyacente y las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. En las épocas extremas de la vida – la infancia y la vejez, suele disminuir la resistencia a la infección. Los pacientes con enfermedad crónica, como tumores malignos, leucemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal o síndrome de inmunodeficiencia adquirida tienen una mayor vulnerabilidad a las infecciones por agentes patógenos oportunistas. Los agentes inmunodepresores o la irradiación pueden reducir la resistencia a la infección. Las lesiones de la piel o de las membranas mucosas se producen sin pasar por los mecanismos naturales de defensa. La malnutrición también presenta un riesgo. Muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos modernos, como biopsias, exámenes endoscópicos, cateterización, respiración mecánica y procedimientos quirúrgicos y de succión aumentan el riesgo de infección. Ciertos objetos o sustancias contaminados pueden introducirse directamente a los tejidos o a los sitios normalmente estériles, como las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores.

Factores ambientales: Los establecimientos de atención de salud son un entorno donde se congregan las personas infectadas y las expuestas a un mayor riesgo de infección. Los pacientes hospitalizados que tienen infección o son portadores de microorganismos patógenos son focos potenciales de infección para los demás pacientes y para el personal de salud. Los pacientes que se infectan en el hospital constituyen otro foco de infección, dadas por condiciones de hacinamiento dentro del hospital, el traslado frecuente de pacientes de una unidad a otra y la concentración de pacientes muy vulnerables a infección en un pabellón (por ejemplo, de recién nacidos, pacientes quemados, cuidados intensivos) contribuyen a la manifestación de infecciones nosocomiales. En relaciones a las infecciones intrahospitalarias del peritoneo por parte de pacientes portadores de insuficiencia renal crónica y con tratamiento sustitutivo de la función renal, en diálisis peritoneal no se cuenta con datos estadísticos.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de peritonitis infecciosa de adquisición intrahospitalaria, en pacientes con diálisis peritoneal del hospital Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. conocer las características sociales, demográficas y de comorbilidad que se asocian con la peritonitis infecciosa de adquisición intrahospitalaria en el hospital Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE
2. conocer si las características sociales, demográficas, comorbilidad y peritonitis infecciosa se asocian a cambio de la modalidad de diálisis, en pacientes con terapia sustitutiva de la función renal del hospital Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE
3. conocer si las características sociales, demográficas, comorbilidad y peritonitis infecciosa se asocian a retiro de catéter de diálisis peritoneal, en pacientes con esta modalidad sustitutiva hospital Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizo un estudio con diseño de tipo observacional, descriptivo transversal retrospectivo, a través del censo de expedientes de pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa terminal, con diálisis peritoneal como tratamiento sustitutivo de la función renal con hospitalización durante el periodo comprendido del día 01-julio-03 al 31-julio-05 correspondiente a 345 ingresos, se eliminaron los expedientes incompletos.

Se elaboro un formato ex profeso donde se capturaron las siguientes variables de contexto: edad, sexo, comorbilidad, días de estancia, motivo de ingresos hospitalarios, adquisición de infección nosocomial, requerimiento de retiro y recolocación de catéter de DP y mortalidad

Se realizo la revisión de los expedientes en forma directa, elaborando una base de datos en el programa Excel para Windows Xp y un análisis estadístico descriptivo (rango, frecuencia y porcentaje) y análisis inferencial Siendo una investigación sin riesgo.

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 345 pacientes hospitalizados en el programa de diálisis peritoneal, 29 de los cuales cursaron con infección nosocomial correspondiente al 8% del total de ingresos (fig.1). De las infecciones nosocomiales 8(27.8%) correspondió a infección de Vías urinarias, 7(24.13%) infecciones de vías respiratorias, 14(48.27%) peritonitis (fig. 2). Se reporta 60% de cultivos positivos mostrando algún germen con crecimiento igual o mayor a 100,000UFC, siendo el 40% negativo al reportarse sin desarrollo bacteriano, o con menores unidades desarrolladas (fig.3), el reporte citológico mostró positividad en 80% para procesos sugestivo de infección y negatividad en 20%. (fig. 4) Los pacientes que adquirieron infección nosocomial requirieron retiro de catéter en 79.3% (fig.5), se recoloco catéter son el 37% (fig.6) y requirió pase a otra modalidad el 58.3% de pacientes (fig.7). De los que presentaron infección nosocomial 21 fallecieron correspondiente al 72.9%. La estancia hospitalaria de los pacientes con infecciones nosocomiales corresponde al 870 días dada por 29 pacientes, en relación a 2618 días correspondientes a 316 pacientes (fig.8), con respecto a la necesidad de antibióticos en estos pacientes se utiliza mas de 4 antibióticos de amplio espectro y antimicóticos en todos ello, durante la mayor parte de su estancia hospitalaria.

La mayor frecuencia de ingresos es dada por el sexo masculino con 215 (62.32%), las mujeres 130 (37.68%) (fig.9); la población que cuenta con mas hospitalizaciones es la que se encuentran en la séptima década con 130 ingresos (37.5%) la quinta década con 96 ingresos (27.82%),en tercer lugar los de la octava década, con 89 (27.79%), posteriormente los de la novena década, seguidos de los de la quinta y cuarta década (fig.10). Es mas común el ingreso hospitalario en pacientes con modalidad de DPCA con 197 ingresos (57.10%), los pacientes que se encuentran modalidad de DPA ingresaron en 148 ocasiones (42.89%) (fig.11). Lo que respecta a los motivos de ingreso hospitalarios en primer lugar se encuentran los asociados a la uremia con 113 ingresos (32.7%), seguidos de los que se relacionan a la diabetes y sus complicaciones tanto crónicas como agudas con 59 (17.1%), seguidos de las infecciones peritoneales domiciliarias con 53 (15.36%), en cuarto lugar las disfunciones de catéter con 24 ingresos (6.9%), en quinto lugar las cardiopatías con 21 ingresos 6.08% (fig.12). Es importante mencionar que estos pacientes cuentan con multipatología y solo se tomo en cuenta la más representativa que motivo el ingreso hospitalario. La enfermedad concomitante de mas prevalencia en la población hospitalizada es la diabetes afectado a 321 ingresos con 93%, siguiéndola la hipertensión arterial, posteriormente el cáncer y poliquistosis (fig.13).

CONCLUSIONES.

En relación a la infección nosocomial la literatura marca una frecuencia que varía entre el 6 y 9%, que corresponde con los resultados del 8% de los ingresos hospitalarios, donde se marca que el orden de frecuencia es infección de tejidos blandos, vías respiratorias, vías urinarias y bacteriemias de población en general, a diferencia de que la población analizada está con tratamiento sustitutivo de la función renal y varias con comorbilidades, predominando en esta población la peritonitis nosocomial (48.7%), seguida de infección de vías urinarias (27.8) y posteriormente vías respiratorias (24.13%), ya que la manipulación de la diálisis condiciona la causa de contaminación.

Encontramos 60% de cultivos positivos, que no corresponde con la literatura que muestra hasta 90% de positividad, consideramos que el mayor porcentaje de negatividad es secundario al inicio de antibiótico desde su llegada al servicio de urgencias y al no contar con cultivos fijadores de antibiótico, motivo por lo que el citológico cuenta con mayor valores positivos de hasta el 80% para procesos sugestivos de infección y negatividad en 20%.

La agresividad de estas infecciones que en 60% presentan asociación con hongos y colonización de catéteres, conlleva al retiro de catéter de diálisis en 79.3% de los afectados, y recolocación en 37%, con una frecuencia alta de mortalidad a pesar del tratamiento agresivo, en su mayoría de más de 4 antibióticos de espectro amplio y antimicóticos, con pase a otra modalidad dialítica en 58.3% de los afectados, con una mortalidad de 72.9%, siendo mayor que la reportada en la literatura, que varía entre 30-40%

Siendo la estancia hospitalaria en los pacientes con infección nosocomial en promedio de 870 días, de un total de 29 hospitalizados, en relación a las de los pacientes sin infección, con 2618 días de estancia, correspondientes a 316 pacientes, tomando en cuenta que los que presentaron infección nosocomial son 8% de la población hospitalizada, y el tiempo de estancia corresponde a 1/3 de los no infectados, cubriendo con el tiempo de estancia lo correspondiente a 105 pacientes sin infección, motivo por lo que es importante disminuir este tipo de infecciones, además se debe tomar en cuenta gastos adicionales como lo son el empleo de antibióticos de amplio espectro y resto de tratamiento a demás de estudios complementarios y gabinete

Esta claro que en la diálisis peritoneal automatizada tiene ventajas en relación con la diálisis peritoneal continua ambulatoria, siendo una de las más visibles durante este estudio la disminución de ingresos hospitalarios y complicaciones secundarias, secundarias a disminución de la manipulación, por menor número de conexiones y recambios, que se demuestra al disminuir la población que requiere internamiento, a pesar de ser mayor la población en diálisis peritoneal automatizada, siendo los ingresos del 42%, además de las ventajas que esto propicia en la calidad de vida al estar dializándose mayormente en la noche y mejorar la funcionalidad, la población en diálisis peritoneal continua ambulatoria ingresa en mayor

frecuencia a pesar de ser menor su población con ingresos correspondientes al 57.10% .

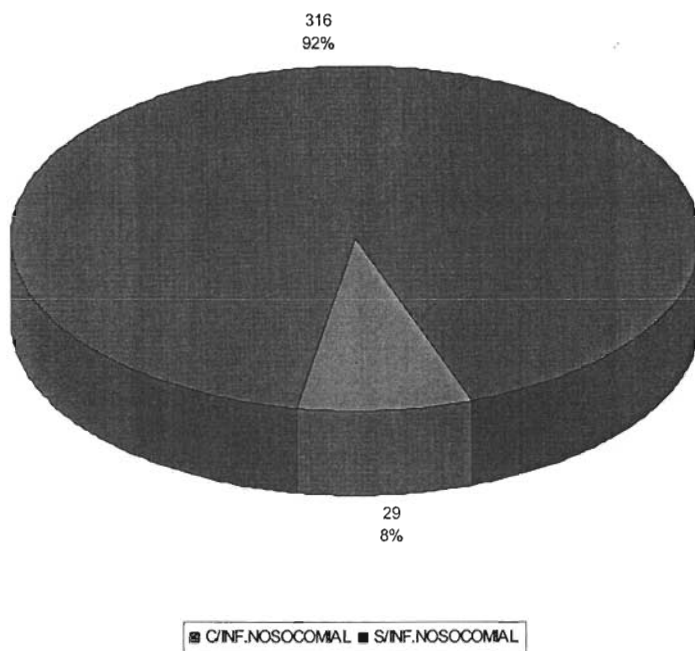
Es importante también saber que la causa mas común de ingreso es secundaria a la uremia, ya que los síntomas continúan a pesar de estar en tratamiento sustitutivo y son progresivas, dando sintomatología que orilla al internamiento.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Molina Robinson. Diálisis en la insuficiencia renal crónica. Medicina Interna HRRB. 1999.
- 2.- Gokal
- R. Mallick N. La alternativa peritoneal a la Hemodiálisis. The Lancet 353: 823-828, Mar 1999.
- 3.- Saravi-Farias Je; Rivedra-Benites C; Espinoza Rey J; González Martines F. Diálisis peritoneal con catéter rígido en insuficiencia renal crónica en adultos y adultos mayores. Archivo geriátrico/vol.3 año3, No 2 abril-junio 2000.
- 4.- Giuseppe P. Segolon, Mario Salomone, Georgina B Piccoli. CAPD in the Elderly: Italian Multicenter Study Experience. Pp 41-46.
- 5.- DOQII (Dialysis Outcomes Quality Initiative, American Journal of Kidney Disease. Vol. 30, No. 3 Suppl (September), 1997 Pp 569-5132.
- 6.- Michael V. Rocco MD MS et al. Response to inadequate dialysis in chronic peritoneal dialysis patients results from the 2000 centers for Medicare and Medicaid (CMS) enroll peritoneal dialysis clinical performance measures (pol-cpm) project. ASKD. Vol 41 No 4 abril 2003
- 7.- Douglas E. Schaubel and Stanley S.A. Fenton. Trends in Mortality of Peritoneal Dialysis: Canada 1981-1997 J.Am.Soc. Nephrol: 11 126-133. 2000
- 8.- Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D. Principios de Medicina Interna, Mc Graw Hill, 2005;
- 9.- Henrich W, Diálisis, Mc Graw Hill, segunda edición 2001.
- 10.- Lorenzo S, Torres R, Ayus J, Hernández D, Manual de Nefrología, Elsevier España, 1998.
- 11.- Treviño A. La insuficiencia renal crónica en México, Academia Nacional de Medicina, Manual moderno, 2001.
- 12.- González Ch, Conde M. Cuidados intensivos en el paciente séptico, editorial prado; 171-184.
13. Duce G et al. Guide pratique pour la lutte contre l'infection hospitalière. WHO/BAC/79.1.
14. Benenson AS. Control of communicable diseases manual, 16th edition. Washington, American Public Health Association, 1995.
15. Tikhomirov E. WHO Programme for the Control of Hospital Infections. Chemioterapia, 1987, 3:148-151.
16. Mayon-White RT et al. An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. J Hosp Infect, 1988, 11 (Supplement A):43-48.
17. Ponce-de-Leon S. The needs of developing countries and the resources required. J Hosp Infect, 1991, 18 (Supplement):376-381.
18. Plowman R et al. The socio-economic burden of hospital-acquired infection. London, Public Health Laboratory Service and the London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.
19. Wenzel RP. The economics of nosocomial infections. J Hosp Infect 1995, 31:79-87.
20. Pittet D, Taraara D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infections in critically ill patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. JAMA, 1994, 271:1598-1601.
21. Kirkland KB et al. The impact of surgical-site infections in the 1990's: attributable mortality, excess length of hospitalization and extra costs. Infect Contr Hosp Epidemiol, 1999, 20:725-730.
22. Wakefield DS et al. Cost of nosocomial infection: relative contributions of laboratory, antibiotic, and per diem cost in serious Staphylococcus aureus infections. Amer J Infect Control, 1988, 16:185-192.
23. Coella R et al. The cost of infection in surgical patients: a case study. J Hosp Infect, 1993, 25:239-250.

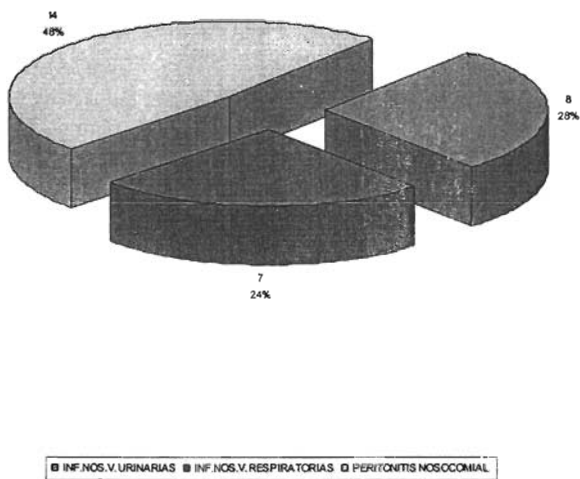
ANEXOS

FIG. 1 PORCENTAJE DE INGRESOS CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL



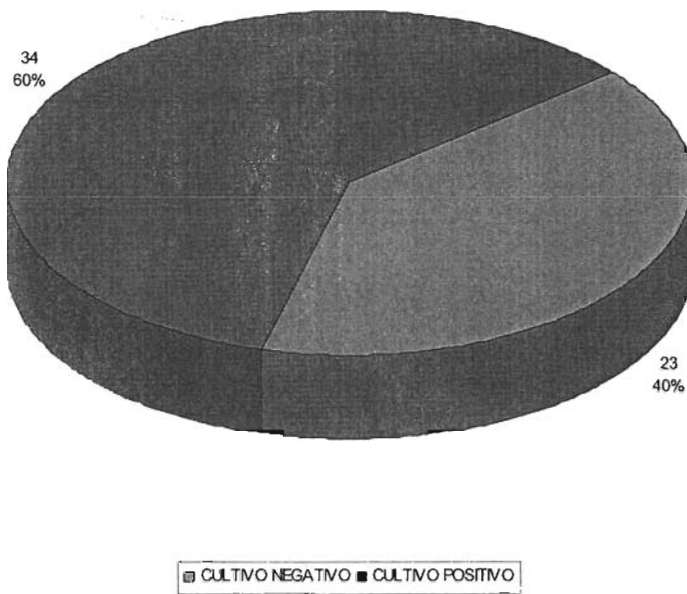
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 2.- DISTRIBUCION DE INFECCIONES NOSOCOMIAL



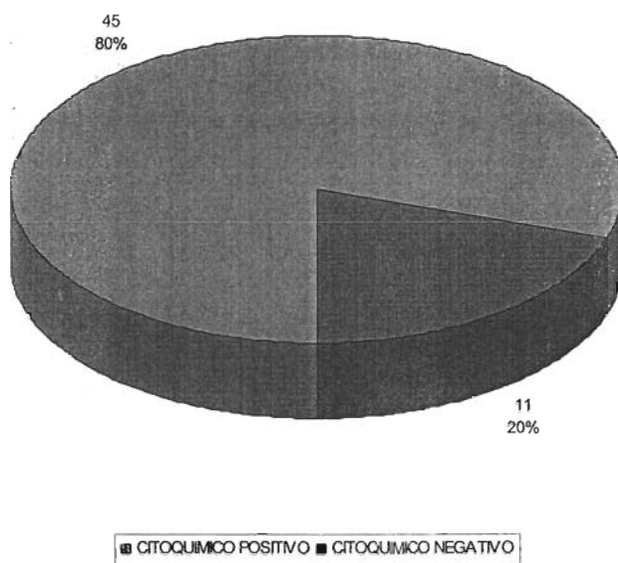
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 3.- REPORTE DE CULTIVOS DE PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL



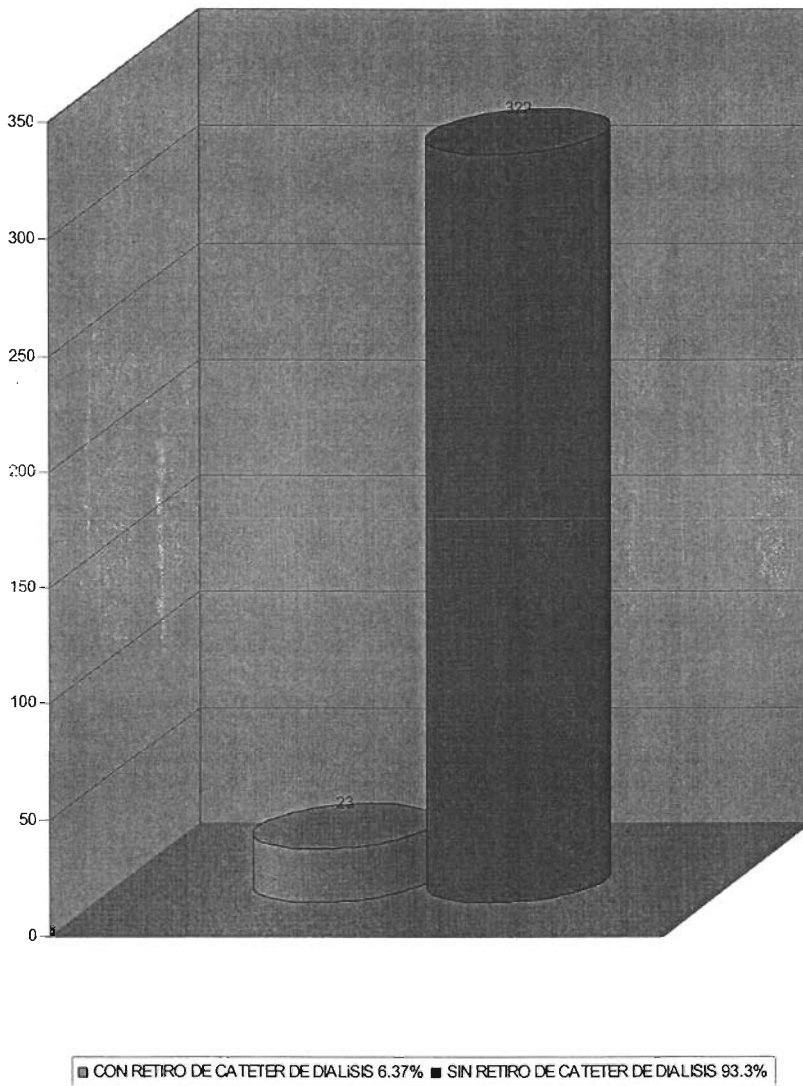
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 4.- REPORTE DE CITOLÓGICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL



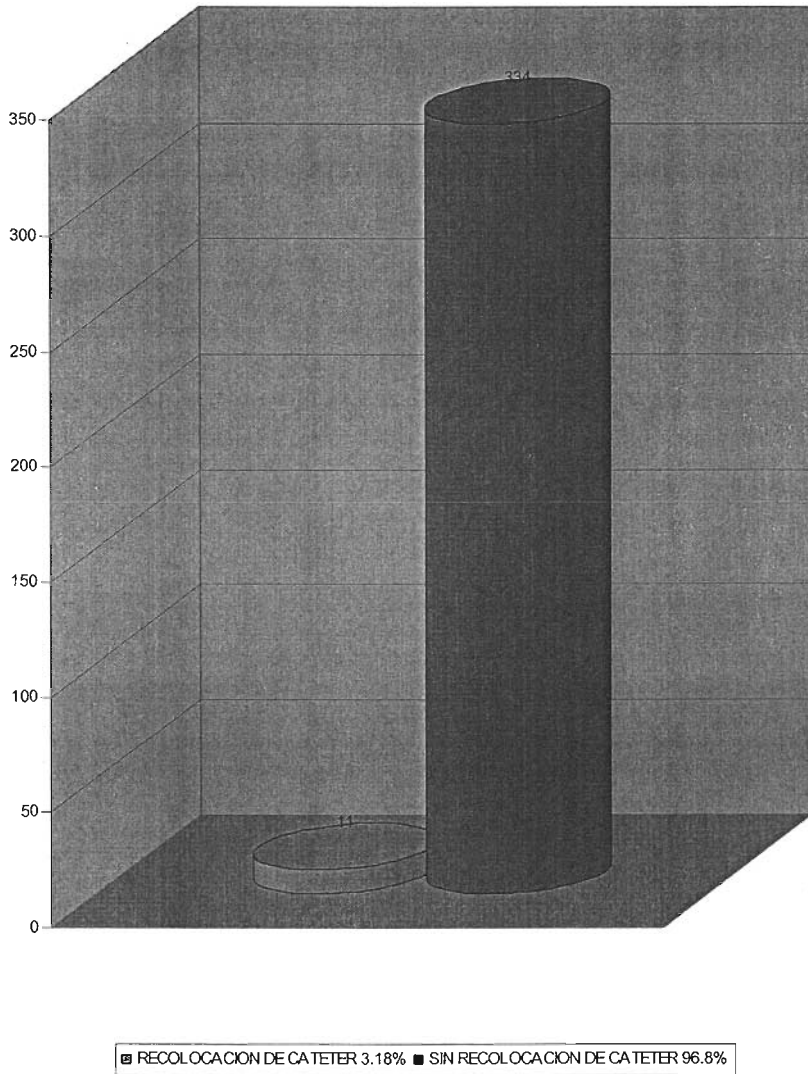
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 5.- NECESIDAD DE RETIRO DE CATÉTER EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL.



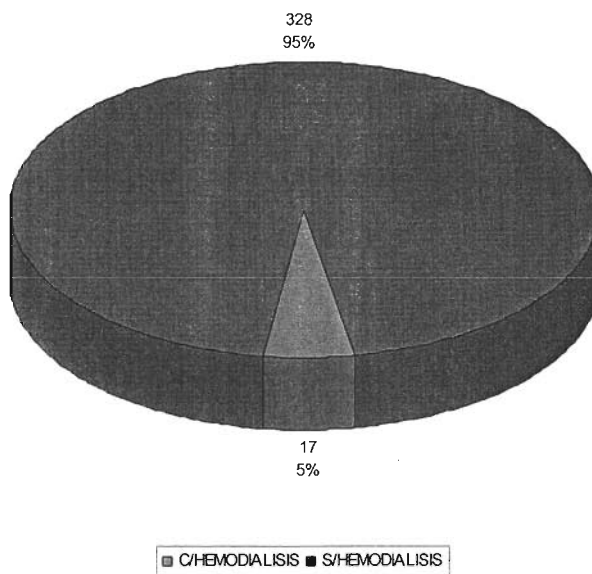
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 6 .- NECESIDAD DE RECOLOCACIÓN DE CATÉTER EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL.



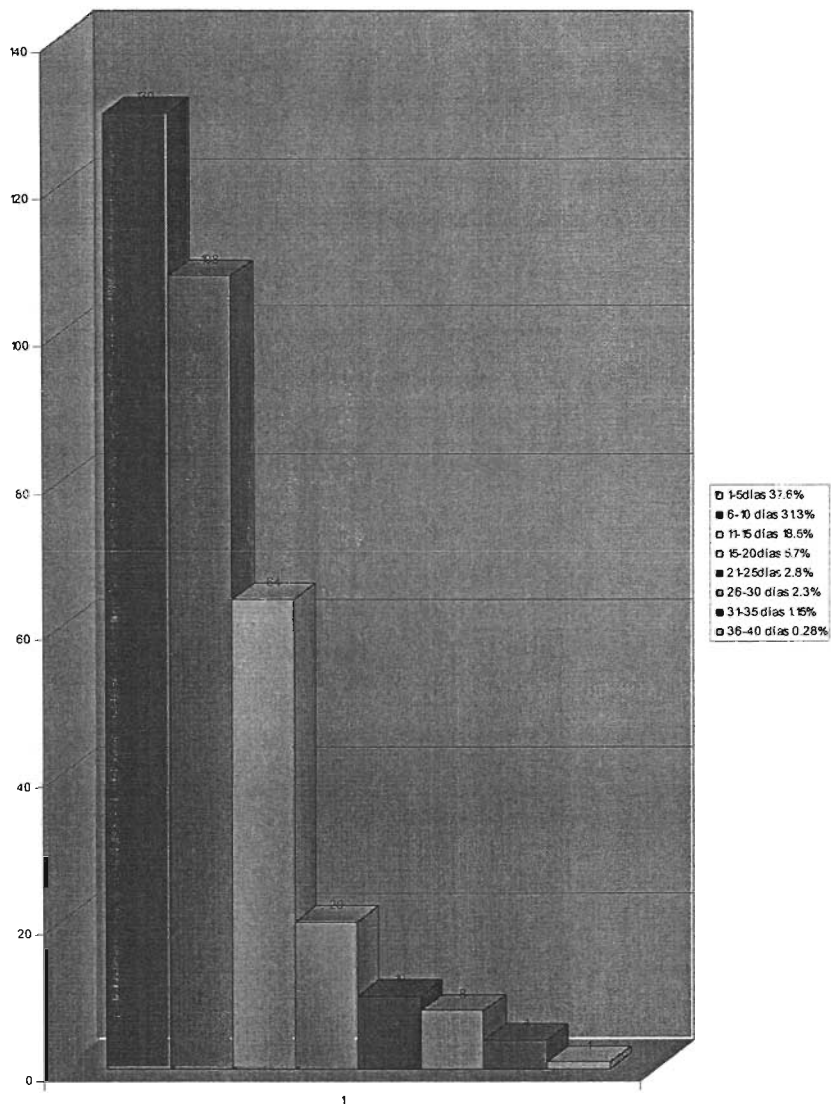
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 7 .- REQUERIMIENTO DE PASE A OTRA MODALIDAD DE DIALISIS



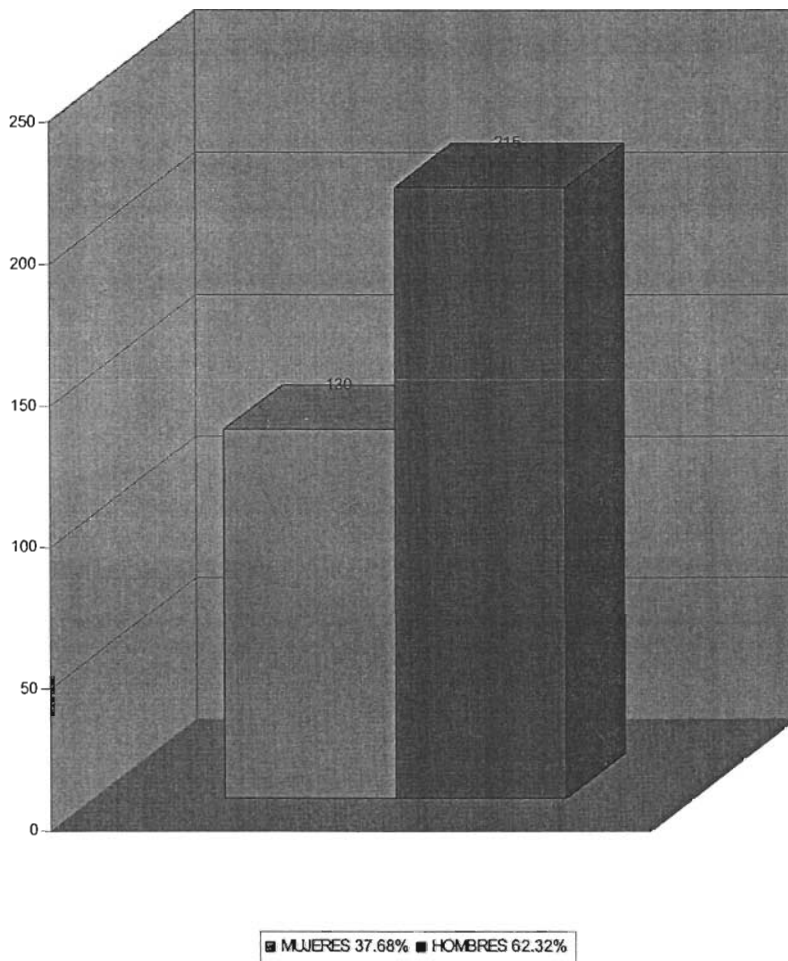
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG.8.- RELACIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES PORTADORES DE DIALISIS PERITONEAL



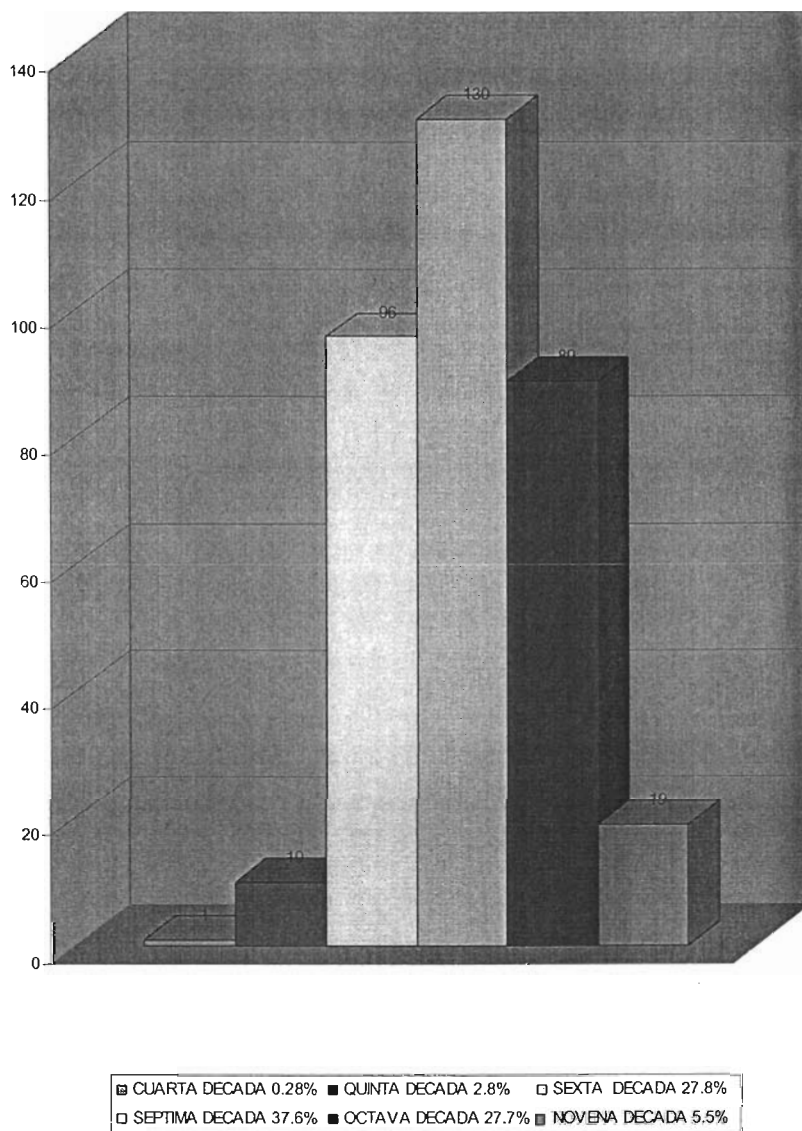
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005

FIG.-9 PROPORCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS EN BASE A GENERO DE PACIENTES EN DP DEL 1-JULIO-2003 AL 31-JULIO-2005



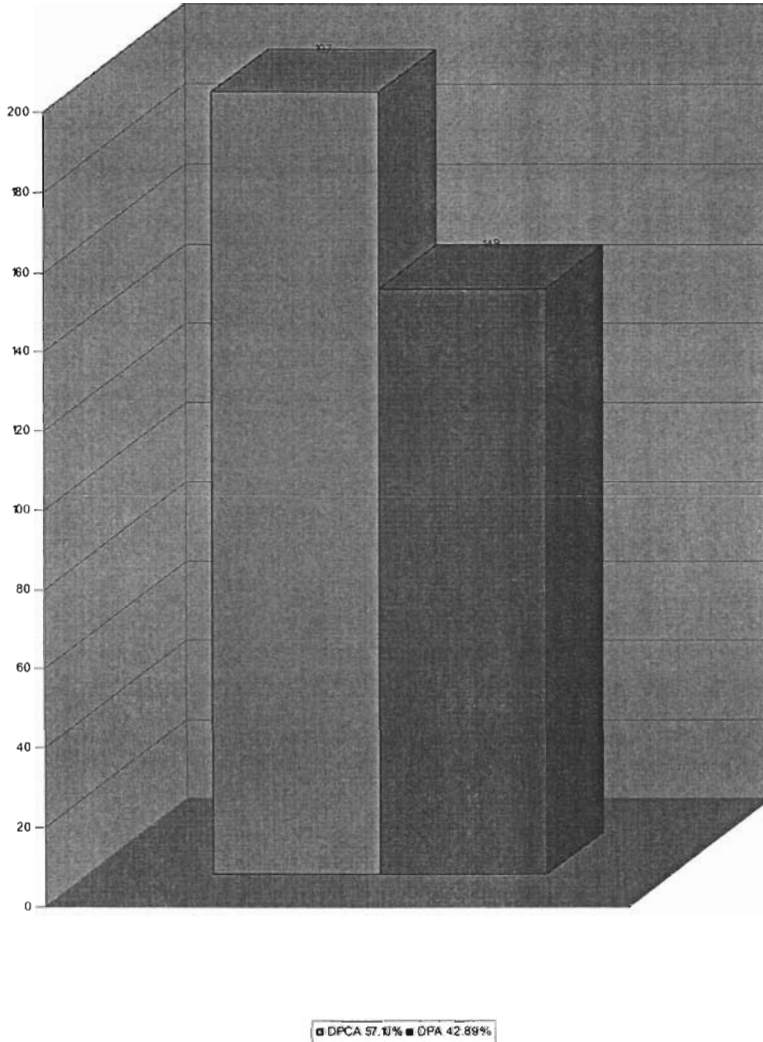
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 10.- PROPORCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS EN BASE A EDAD.



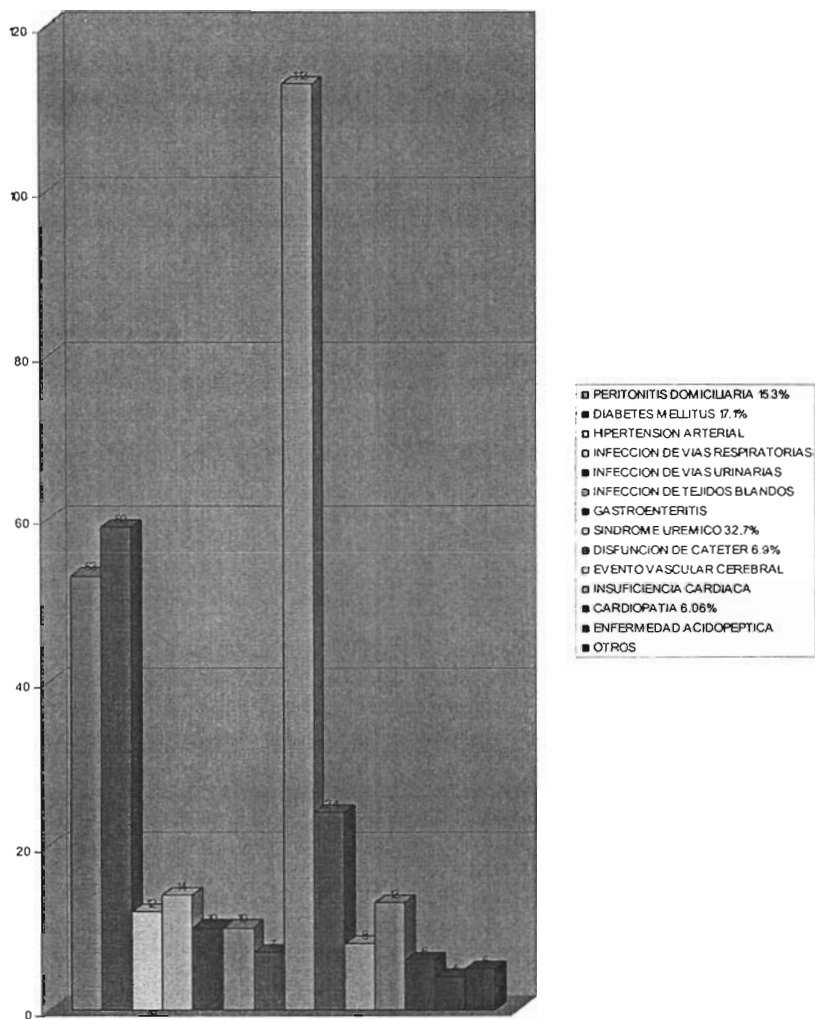
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 11 PROPORCIÓN DE INGRESOS EN BASE A MODALIDAD DE DIALISIS PERITONEAL



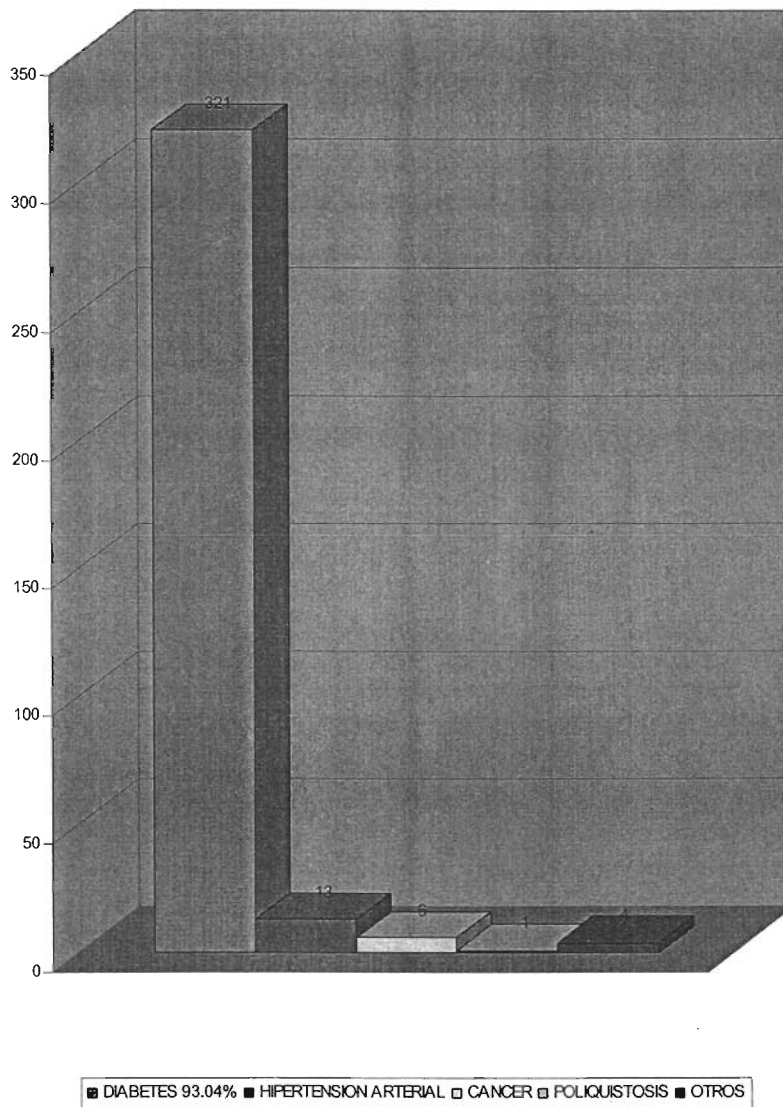
FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 12.- CAUSA QUE MOTIVAN INGRESO HOSPITALARIO



FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

FIG. 13 .- ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIALISIS PERITONEAL.



FUENTE ARCHIVO CLINICO HG. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ ISSSTE 2003-2005.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**