11209

128

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado
HOSPITAL GENERAL 1o. DE OCTUBRE

EL CATETER DE TENCKHOFF EN EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POST-GRADO

Para obtener el Título de la
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

DR. JORGE LAZO DE LA VEGA ESPINOZA

DR. RAMON OROPEZA MARTINEZ
Jefe del Servicio Cirugía General
Profesor Titular del Curso de Post-Grado
Cirugía General

DR. RAUL A. ALVAREZ TOSTADO
Médico Adscrito del Servicio de Cirugía General
Profesor Adjunto del Curso de Post-Grado
Cirugía General
Profesor Director de Tesis

ISSSTE
DIRECCION MEDICA
29 ...
HOSPITAL GRAL. 1o. DE OCTUBRE
DEPTO. DE ENSEÑANZA

MEXICO, D. F. [redacted]

2002

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

" QUIEN SALVA LA VIDA DE UNA PERSONA, ES RESPONSABLE DE ELLA POR EL RESTO DE SU EXISTENCIA. "

PROVERBIO CHINO. (18).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A LUIS, MITA Y ROBERTO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A HORTENCIA Y MARIA LUISA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LAMENTABLEMENTE, POR RAZONES DE ESPACIO, ES IMPOSIBLE HACER JUSTICIA A TODAS AQUELLAS PERSONAS, QUE DE MUY DIVERSAS MA= NERAS, CONTRIBUYERON A LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.
A ELLOS, NUESTRO RECONOCIMIENTO Y GRATITUD.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O .

INTRODUCCION. ..... 1.

GENERALIDADES. ..... 5.

MATERIAL Y METODOS. ..... 36.

RESULTADOS. ..... 59.

DISCUSION. ..... 67.

CONCLUSIONES. ..... 71.

BIBLIOGRAFIA. ..... 73.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

EL CONCEPTO DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA ===
(CAPD O DPCA), FUE EL RESULTADO DE UNA BRILLANTE CONFE===
RENCIA ENTRE LOS DOCTORES R. POPOVICH Y J.W. MONCRIEF, EN =
AUSTIN, TEXAS, EN 1975, CUANDO AMBOS BUSCABAN LA SOLUCION =
PARA EL PROBLEMA DE LOS PACIENTES QUE NO PODIAN INGRESAR A
LOS PROGRAMAS DE HEMODIALISIS O DIALISIS PERITONEAL INTERMI
TENTE, MIENTRAS ESPERABAN EL TRANSPLANTE RENAL.
POPOVICH, INGENIERO BIOMEDICO, CON AMPLIOS CONOCIMIENTOS EN
CINETICA DE MEMBRANAS, HABIA SUGERIDO QUE ERA POSIBLE OBTE=
NER UN ADECUADO CONTROL BIOQUIMICO, SI SE CAMBIABAN DOS LI=
TROS DE SOLUCION DE DIALISIS PERITONEAL, CINCO VECES DIA===
RIAS, DURANTE LOS SIETE DIAS DE LA SEMANA.
MONCRIEF DEMOSTRO QUE LOS RESULTADOS DE ESTE PROYECTO ERAN
TAL COMO SE HABIA PREDICHO. (72).
MAS TARDE, ESTE PRINCIPIO FUE DEMOSTRADO EN UN NUMERO MAYOR
DE PACIENTES, CON RESULTADOS IGUALMENTE SATISFACTORIOS. (23).
IRONICAMENTE, EL PRIMER TRABAJO EN EL QUE DESCRIBIAN SUS HA
LLAZGOS, NO FUE ACEPTADO PARA SU PUBLICACION. (100).
ESTE TIPO DE TECNICAS, REQUIRIO DE EQUIPOS QUE HICIERAN FA=
CIL, ECONOMICO Y SEGURO EL ACCESO CRONICO A LA MEMBRANA PE=
RITONEAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASI, EN LOS ULTIMOS AÑOS, TODO ESTE ARSENAL DE MEDIDAS TERAPEUTICAS, SE PUSO AL ALCANCE DE INFINIDAD DE CENTROS DE ASISTENCIA EN TODO EL MUNDO.

SIN EMBARGO, ESTE NUEVO TRATAMIENTO, TENIA ENTRE OTRAS, TRES GRANDES DESVENTAJAS, LAS QUE ORIGINALMENTE LO HICIERON POCO ATRACTIVO A LA MAYORIA DE LOS NEFROLOGOS. LA TECNICA ERA INCOMODA Y OCUPABA GRAN PARTE DEL TIEMPO DURANTE EL DIA, EXISTIA UN ALTO INDICE DE PERITONITIS (UN EPISODIO CADA 10 SEMANAS-PACIENTE) Y LOS ENFERMOS PERDIAN DE 13 A 18 G. DE PROTEINAS AL DIA. (88).

EN SEPTIEMBRE DE 1977, EL EQUIPO DEL TORONTO WESTERN HOSPITAL, UTILIZO UNA NUEVA TECNICA QUE OFRECIA TODAS LAS VENTAJAS PREVIAMENTE DESCRITAS Y EVITABA LAS DESVENTAJAS.

LOS PUNTOS PRINCIPALES DEL NUEVO PROTOCOLO INCLUIAN: 1) EL USO DE SOLUCION DE DIALISIS DISPONIBLE EN BOLSAS DE MATERIAL PLASTICO. 2) LAS BOLSAS, UNA VEZ VACIAS, SE DOBLABAN Y COLOCABAN DEBAJO DE LA ROPA DEL PACIENTE, MIENTRAS ESTE DESARROLLABA SUS ACTIVIDADES NORMALES. 3) SE UTILIZABA LA MISMA BOLSA PARA EL DRENAJE DE LA SOLUCION.

CON ESTAS INNOVACIONES, ASOCIADAS A LA INSTALACION DE LOS CATETERES DE ACCESO, MEDIANTE TECNICAS QUIRURGICAS ASEPTICAS, SE LOGRO DISMINUIR LA INCIDENCIA DE PERITONITIS A UN EPISODIO CADA 8 MESES-PACIENTE. PROBABLEMENTE POR LA REDUC=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CION DEL INDICE DE PERITONITIS, LAS PERDIDAS DE PROTEINAS = DISMINUYERON DE 5 A 8 G. AL DIA. (91).

CON LA NUEVA TECNICA EL USO DE DPCA SE INCREMENTO EN FORMA EXPLOSIVA.

EN MEXICO, EN EL HOSPITAL GENERAL 1o. DE OCTUBRE DEL INSTI= TUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE), SE INICIO EL PROGRAMA DE DIALISIS PE RITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), EN JULIO DE 1979, = SIMULTANEAMENTE CON OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD. UN AÑO == MAS TARDE, SE REPORTARON EXITOSAMENTE LOS PRIMEROS 5 CASOS DE ENFERMOS MANEJADOS DENTRO DEL PROTOCOLO. (44).

A PESAR DE LA INFINIDAD DE TRABAJOS PUBLICADOS MUNDIALMENTE SOBRE EL TEMA, EN NUESTRO PAIS SON POCOS LOS REPORTES QUE = MENCIONAN ESTE TIPO DE TERAPEUTICA.

EL OBJETIVO ORIGINAL DE ESTE ESTUDIO, FUE EL DE ANALIZAR == LAS VENTAJAS DE LA INSTALACION QUIRURGICA DEL CATETER DE == TENCKHOFF, MEDIANTE RIGUROSA TECNICA ASEPTICA Y POR MINILA= PAROTOMIA, BAJO ANESTESIA LOCAL, PARA TENER ACCESO PERMANEN TE A LA CAVIDAD PERITONEAL, ENFATIZANDO EN LA DISMINUCION = CONSIDERABLE DE COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDIAS. CON == RESPECTO A OTRAS TECNICAS DE INSTALACION.

ASIMISMO, SE PLANEO DESCRIBIR EN FORMA DETALLADA LA TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA EN NUESTRA UNIDAD, CON LAS MODIFICACIO=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NES QUE FUERON REALIZANDOSE CON EL PASO DEL TIEMPO.

SIN EMBARGO, DURANTE LA REVISION DE LOS CASOS Y ANTE LO APASIONANTE DEL TEMA, ESTE ESTUDIO SE HIZO EXTENSIVO AL ANALISIS DE LA EVOLUCION CLINICA DE LOS ENFERMOS, MEDIANTE EL USO DE DETERMINACIONES BIOQUIMICAS A CORTO Y MEDIANO PLAZOS.

SE INFORMAN, ASI, LOS RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL 1o. DE OCTUBRE DEL ISSSTE, DEL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, EN LOS ULTIMOS AÑOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

G E N E R A L I D A D E S .

* HISTORIA DE LA DIALISIS PERITONEAL.

EN DICIEMBRE DE 1979, UNA REVISION DEL TRATAMIENTO CON DIA= LISIS, DESCARTO A LA DIALISIS PERITONEAL COMO " ... LA HI== JASTRA POBRE DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL TER= MINAL ...". (68). EN EL MISMO AÑO, OREOPOULOS HIZO LA PRE== DICCION DE QUE PRONTO, EL 30-50 % DE LOS PACIENTES. EN DIA= LISIS, SERIAN TRATADOS CON DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AM= BULATORIA. (82). EN 1980 Y 1981, EN MUCHOS CENTROS CANADIEN SES, EL 60-70 % DE LOS NUEVOS PACIENTES FUERON TRATADOS CON ESE METODO. (80) (102). EL EXITO NOTABLE DE LA DIALISIS PE= RITONEAL ES LA CULMINACION DEL TRABAJO DE INFINIDAD DE IN== VESTIGADORES, CLINICOS, TECNICOS, ENFERMERAS, ETC., QUIENES CONTARON CON LA CONFIANZA DE PACIENTES VALIENTES.

SE TRATA DE LA EVOLUCION DE UNA IDEA QUE COMENZO A BRILLAR EN 1877, CUANDO WEGNER COMUNICO SOBRE LOS PRIMEROS EXPERI== MENTOS CON LAVADO PERITONEAL. (137). GANTER EN 1923 PUBLICO LOS PRIMEROS INTENTOS CON DIALISIS PERITONEAL PARA TRATAR = LA UREMIA. (43). LIGANDO LOS URETERES DE CONEJILLOS DE IN== DIAS, DEMOSTRO QUE LA DIALISIS PERITONEAL PODIA PRODUCIR E= FECTOS BIOQUIMICOS FAVORABLES Y TRATO DE USAR EL METODO EN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UN PACIENTE UREMICO.

EN EL MISMO AÑO, PUTNAM PUBLICO SUS EXTENSOS ESTUDIOS SOBRE EL PERITONEO COMO MEMBRANA DE DIALISIS EN ANIMALES. (104). PUTNAM MIDIO LA DIFUSION DE DISTINTOS CRISTALOIDES DE LA == SANGRE AL LIQUIDO PERITONEAL, SU METODO CONSISTIA EN PER=== FUNDIR CONSTANTEMENTE LA CAVIDAD ABDOMINAL. ESTABLECIO EL = CONCEPTO DE QUE " ... EL EQUILIBRIO ENTRE LA SANGRE Y EL LI QUIDO PERITONEAL NUNCA ES TAN COMPLETO COMO CUANDO SE INTRO DUCE EL LIQUIDO Y SE LE DEJA PERMANECER ...". ¡ LOS INDI=== CIOS DE LA DPCA!.

EN LOS 20 AÑOS SIGUIENTES, MUY POCO FUE LO ESCRITO EN EL == CAMPO DE LA DIALISIS, SOLO BOEN (14), REFIERE TRES COMUNICA CIONES DE INTENTOS FALLIDOS PARA TRATAR LA UREMIA CON ESTE SISTEMA.

EL GRAN ESTIMULO PARA EL USO DE LA DIALISIS EN EL TRATAMIEN TO DE LA RETENCION DE AZOADOS, LO PROPORCIONO EL TRABAJO DE KOLFF, CON EL DESARROLLO EN 1943, EN HOLANDA DEL PRIMER " = RIÑON ARTIFICIAL ". (62). SU EXITO NO TUVO ACEPTACION HASTA QUE MAXWELL INSISTIO EN SU IMPORTANCIA EN 1959. (70).

EN 1946, FRANK, SELIGMAN Y FINE, COMUNICARON LA PRIMERA A== PLICACION CON EXITO DE LA " IRRIGACION PERITONEAL ", PARA = EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. (37). ESTA COMUNICACION FUE PRECEDIDA DE CUIDADOSOS EXPERIMENTOS EN A=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NIMALES. (119).PARA 1948 HABIAN TRATADO UN TOTAL DE 18 PA== CIENTES CON 4 SOBREVIVIENTES. (36). AL COMIENZO UTILIZARON LAVADO CONTINUO A TRAVES DE LA CAVIDAD PERITONEAL Y UN DRE= NAJE POR SUCCCION; PERO LUEGO INVENTARON UN TUBO DE LUMEN = DOBLE, HECHO DE HULE COMUN, EL CUAL SE IMPLANTABA QUIRURGI= CAMENTE EN LA PARED ABDOMINAL, EN UNOS POCOS DIAS LOS PA=== CIENTES CONTRAJERON PERITONITIS EN UN PORCENTAJE DE 66 %, LO QUE CAUSO LA MUERTE DE 6. SU INCANSABLE LABOR SE VIO FRUS== TRADA POR LA FALTA DE MATERIALES ADECUADOS. SIN EMBARGO, DE MOSTRARON QUE LA " IRRIGACION PERITONEAL ", PODIA PRODUCIR CAMBIOS BIOQUIMICOS IMPORTANTES Y TENIA POSIBILIDADES CLINI CAS INVALORABLES.

EN 1950, ODELL (76), HIZO UNA REVISION DE LA LITERATURA SO= BRE 101 PACIENTES; 36 SE RECUPERARON, LO QUE SEÑALO LA POSI BILIDAD DE SALVACION DE UN BUEN NUMERO DE VIDAS, AUNQUE CON INNUMERABLES COMPLICACIONES. GROLLMAN, EN 1951, COMUNICO == QUE EL LAVADO PERITONEAL PODIA MANTENER VIVOS A PERROS CON NEFRECTOMIA BILATERAL, POR PERIODOS DE 30 A 70 DIAS, INTRO= DUCIENDO LIQUIDO DE DIALISIS MEDIANTE UNA AGUJA NO. 17, SIN PRESENTAR NUNCA PERITONITIS. (51).

EN 1959, MAXWELL, UTILIZANDO PREPARADOS COMERCIALES Y ME=== DIANTE LA INTRODUCCION CON UN TROCAR DE UN CATETER DE NYLON SEMIRIGIDO, INSTILABA DOS LITROS DE SOLUCION,. QUE PERMANE=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIAN EN LA CAVIDAD POR DOS HORAS, EXTRAYENDOLOS LUEGO CON = UN SIFON AL FRASCO ORIGINAL; UTILIZO ESTA TECNICA CON EXITO EN 76 ENFERMOS. CON EL TRABAJO DE WESTON Y ROBERTS, QUIE=== NES DISEÑARON EL CATETER SEMIRIGIDO CON ESTILETE DE ACERO Y LA TECNICA DE MAXWELL, LA DIALISIS PERITONEAL PARECIA HABER ALCANZADO SU PERFECCCION. (138). DE HECHO, AUN SE EMPLEAN = ESTE TIPO DE CATETERES EN LA ACTUALIDAD.

EN 1960, SCRIBNER DEMOSTRO EXITO EN ENFERMOS CRONICOS EN HE MODIALISIS, MEDIANTE EL USO DE UN EXTRAORDINARIO " SHUNT ", ARTERIO-VENOSO. (117).

EN ESA EPOCA, EN ESTADOS UNIDOS SE CALCULARON 7000 NUEVOS = ENFERMOS RENALES POR AÑO, DE LOS CUALES. SOLO 450 SE PODIAN TRANSPLANTAR Y 550 SERIAN SOMETIDOS A HEMODIALISIS CRONICA, POR LO QUE QUEDABAN DESPROTEGIDOS LOS 6000 RESTANTES.

LOS CENTROS DE HEMODIALISIS SE VIERON ENFRENTADOS A LA TRA= GEDIA DE SELECCIONAR A LOS ENFERMOS CON MAS POSIBILIDADES = DE BENEFICIO. (50).

LA ALTERNATIVA LOGICA ERA LA DIALISIS PERITONEAL, PERO QUE= DABA EL PROBLEMA DE LOGRAR EL ACCESO PROLONGADO A LA CAVI== DAD PERITONEAL. HUBO COMUNICACIONES AISLADAS DE PACIENTES = MANTENIDOS HASTA POR DOS AÑOS, CON PUNCIONES ABDOMINALES == SERIADAS. (15) (130).

NUMEROSOS DISPOSITIVOS SE DISEÑARON PARA LA INTRODUCCION RE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PETIDA DEL CATETER AL ABDOMEN. (8). (16) (71) (116).
JACOB Y DEANE DISEÑARON UNA PROTESIS QUE MANTENIA UNA FISTU
LA PERMANENTE, A TRAVES DE LA PARED ABDOMINAL. (10) (56) ==
(136).
EN 1964, PALMER, QUINTON Y GRAY, DESCRIBIERON UN CATETER O=
RIGINAL DE SYLASTIC, IMPLANTADO QUIRURGICAMENTE EN LA PARED
ABDOMINAL, A TRAVES DE UN TUNEL LARGO, CON UN EXTREMO FUN==
CIONANTE DENTRO DEL HUECO PELVICO; CON ESTE DISPOSITIVO, ==
BIEN TOLERADO Y LIBRE DE INFECCION, SE HIZO POSIBLE EL USO
PRACTICO DE LA DIALISIS PERITONEAL EN EL HOGAR. (95).
GUTCH, EN ESE MISMO AÑO, DISEÑO UN CATETER SIMILAR, (53), =
Y EN 1971, PALMER COMUNICO SUS RESULTADOS EN 23 PACIENTES,=
MANTENIDOS HASTA POR CASI 4 AÑOS, CON UN INDICE DE 10.6 ===
MESES-PACIENTE, SIN INFECCION. (94).
EN 1968, TENCKHOFF Y SCHECHTER, (129), DESCRIBIERON SUS MO=
DIFICACIONES AL CATETER, QUE CONSISTIERON EN ACORTARLO Y ==
COLOCARLE " CAMISAS " DE DACRON EN DOS PUNTOS. UNA DE LAS =
CUALES DEBERIA QUEDAR, AL INSTALARLO, JUSTO AFUERA DEL PERI
TONEO Y LA OTRA, JUSTO DENTRO DE LA INCISION EN LA PIEL, FI
JANDO ASI EL CATETER EN POSICION CORRECTA Y PROTEGIENDOLO =
DE LAS INFECCIONES DEL TUNEL SUBCUTANEO.
DESDE ENTONCES EL CATETER DE TENCKHOFF, SE HA CONVERTIDO EN
EL ESTANDAR UNIVERSAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EL EXITO DE LOS CATETERES DE PALMER Y TENCKHOFF, SE DEBE AL SYLASTIC DEL QUE ESTAN CONSTRUIDOS (67), MATERIAL INERTE == QUE NO PRODUCE REACCIONES EN LOS TEJIDOS. (31) (105).

SE DESARROLLARON LAS MAQUINAS AUTOMATIZADAS DE LASKER Y TENCKHOFF, PARA LA DISPONIBILIDAD DE LIQUIDO DE DIALISIS. (63) (128) (132).

LA AUTOMATIZACION Y EL AUMENTO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO, MEJORARON LA DEPURACION PERITONEAL. (108).

EN 1975, COMO YA HEMOS SEÑALADO, POPOVICH Y MONCRIEF, CONCIBIERON LA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA. (99) == (101).

EN 1977, OREOPOULOS Y SUS COLABORADORES, EN EL TORONTO WES= TERN HOSPITAL, EN CANADA, CON EL ADVENIMIENTO DE LOS PREPA= RADOS COMERCIALES EN BOLSAS DE PLASTICO, DIERON UNO DE LOS PASOS DECISIVOS PARA EL DESARROLLO EN GRAN ESCALA DE LA === DPCA. (89).

EN 1980, NOLPH COMUNICO LOS RESULTADOS DE 34 PACIENTES EN = DPCA, EN UN PERIODO DE TRES AÑOS. (75).

PARA 1980, LA DPCA SE OFRECIA EN MAS DE 116 CENTROS MEDICOS, CON MAS DE 670 PACIENTES EN ESTADOS UNIDOS Y CERCA DE 8000 ENFERMOS EN TODO EL MUNDO, TRATADOS CON ESTA TECNICA. (93).

ASI, AFORTUNADAMENTE, LA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBU= LATORIA, ALCANZO SU ETAPA DE MADUREZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* LA MEMBRANA PERITONEAL.

OREOPOULOS SEÑALA EN 1983, MEMBRANA PERITONEAL " FRAGIL " = " MANEJESE CON CUIDADO. " (81).

EL PERITONEO ES UNA ESTRUCTURA DELICADA, COMPUESTA POR CAPILARES, TEJIDO INTERSTICIAL Y UN ESTRATO SIMPLE DE CELULAS = MESOTELIALES. SU FUNCION PRIMARIA ES LA DE RECUBRIR LA PA== RED ABDOMINAL Y LAS PAREDES DE LOS ORGANOS INTRAABDOMINALES, PROPORCIONANDO ASI UNA SUPERFICIE LISA DE CONTACTO ENTRE == ELLOS; DEFINITIVAMENTE NO FUE " DISEÑADA " PARA LA DIALISIS PERITONEAL.

LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DEMOSTRARON QUE ESTA MEMBRANA PO= DIA SER USADA EN DIALISIS PERITONEAL AGUDA, SIN NINGUN E=== FECTO COLATERAL SERIO. ESTA EXPERIENCIA INCITO A LOS PIONE= ROS A UTILIZAR LA DIALISIS PERITONEAL CRONICA Y SORPRENDEN= TEMENTE, LA MEMBRANA CONTINUO PROPORCIONANDO SU SERVICIO, = POR LARGOS PERIODOS. SIN EMBARGO, A MEDIDA QUE LA EXPERIEN= CIA CON DIALISIS PERITONEAL CRONICA AUMENTA, LOS AUTORES == HAN REPORTADO QUE, BAJO CIERTAS CONDICIONES, LA MARAVILLOSA MEMBRANA PERITONEAL PUEDE FALLAR.

ASI, DESPUES DE UN EPISODIO DE PERITONITIS SEVERA, SE PUE== DEN FORMAR ADHERENCIAS PERITONEALES, LAS QUE CAUSEN INTER== FERENCIA MECANICA CON EL LIQUIDO DE DIALISIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TAMBIEN, EL ENGROSAMIENTO DE LA MEMBRANA PERITONEAL, ES RE= CONOCIDO COMO COMPLICACION DE DIALISIS PERITONEAL CRONICA. (120).

NO OBSTANTE, EL PERITONEO ENGROSADO NO PROPORCIONA DIFICUL TADES PARA LA DIALISIS.

RECIENTEMENTE SE HA DESCRITO EL SINDROME DE FALLA DE ULTRA FILTRACION EN ENFERMOS EN DIALISIS PERITONEAL EN PERIODOS DE 8 O MAS AÑOS. (85). ESTO PUEDE CONDICIONAR LA IMPOSIBI= LIDAD DE DIALISIS FUTURAS. (123).

FALLER EN 1981, DESCRIBIO LA NECESIDAD DE UTILIZAR SOLUCIO NES CADA VEZ MAS HIPERTONICAS, PARA LOGRAR UN ADECUADO RE= CAMBIO, EN 22 PACIENTES EN DPCA PROLONGADA. (35).

A FINES DE 1983, SE PUBLICARON ARTICULOS EN LOS QUE SE MEN CIONA EL SINDROME DE PERITONITIS ESCLEROSANTE PROGRESIVA = EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE, ESPE=== CIALMENTE CUANDO EL TRATAMIENTO PIERDE CONTINUIDAD. (122).

GANDHY Y BACKENROTH-MAAYAN, DESCRIBEN SIMILARES ALTERACIO= NES EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE Y SE ÑALAN QUE, EN FORMA PARADOJICA, NUNCA LAS HAN OBSERVADO EN PACIENTES CON DPCA. (6) (42).

BASICAMENTE SE HAN DESCRITO COMO AGRESIONES AL PERITONEO = LAS SIGUIENTES: INFECCIONES, CAMBIOS DE PH, CAMBIOS DE OS= MOLARIDAD, CIERTOS ANTIMICROBIANOS, ENDOTOXINAS, TEMPERATU

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RA, HEPARINA, ALGUNOS COMPONENTES DE LAS SOLUCIONES DE == DIALISIS COMO EL ACETATO, ETC. (TABLA 1).

LAS REACCIONES PERITONEALES A LAS AGRESIONES, HAN SIDO === CONSIDERADAS COMO POSIBLES INTERFERENCIAS CON EL EXITO DE LA DIALISIS PERITONEAL Y DE ELLAS, LAS MAS FRECUENTES SON: INFLAMACION, ADHERENCIAS PERITONEALES, DEPOSITOS DE FIBRI= NA, DOLOR, CAMBIOS CONSTITUCIONALES, ENGROSAMIENTO, FIBRO= SIS Y ESCLEROSIS. (TABLA 2).

SIN EMBARGO, LA NOBLEZA DE LA MEMBRANA PERITONEAL PERMITE EN LA GRAN MAYORIA DE LOS CASOS EL BUEN DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE DIALISIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1. CLASIFICACION DE LAS AGRESIONES PERITONEALES.

AGUDAS:	INFECCCION.	
	PH.	
	OSMOLARIDAD.	
	QUIMICOS.	CLORHEXIDINA.
		YODO.
		HIPOCLORITO DE SODIO.
		FORMALDEHIDO.
		ENDOTOXINAS.
		ACETATO.
		ANTIMICROBIANOS.
	TEMPERATURA.	
CRONICAS:	PH.	
	AGENTES OSMOTICOS.	
	COMPOSICION DE SOLUCIONES DE DIALISIS.	
	QUIMICOS Y SUS PRODUCTOS DE DEGRADACION.	
	PRACTOLOL.	
	HEPARINA.	
	OTROS.	

(81).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2. REACCIONES PERITONEALES A LA AGRESION.

AGUDAS: (REVERSIBLES ?).	INFLAMACION. FIBRINA. ADHERENCIAS. CAMBIOS FUNCIONALES. DOLOR. LEUCOCITOSIS.
CRONICAS: (IRREVERSIBLES ?).	INFLAMACION CRONICA. CAMBIOS ANATOMICOS. ENGROSAMIENTO. FIBROSIS. ESCLEROSIS.

(81).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* PRINCIPIOS GENERALES DE LA DIALISIS PERITONEAL.

COMO CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO DIALITICO, LA DIALISIS = PERITONEAL UTILIZA UNA MEMBRANA LA CUAL SEPARA EL DIALIZA= DO (SOLUCION DE IRRIGACION O " BAÑO "), DE LA CORRIENTE SANGUINEA.

LA SUPERFICIE DE LA MEMBRANA PERITONEAL EN UN ADULTO DE TA MAÑO PROMEDIO, SE HA CALCULADO EN 2.2 METROS CUADRADOS.

SIN EMBARGO, NO TODA ESTA AREA PARTICIPA DE IGUAL MANERA = EN EL PROCESO DE DIALISIS.

LOS NIÑOS TIENEN MAYOR SUPERFICIE PERITONEAL EN RELACION = CON EL PESO CORPORAL. (1) (7).

A DIFERENCIA QUE EN LA HEMODIALISIS, EN LA DIALISIS PERI== TONEAL LA SANGRE NO ESTA PROPIAMENTE EN CONTACTO CON LA == MEMBRANA, SINO QUE EN ESTE CASO, LOS CAPILARES DEL PERITO= NEO DISTRIBUIDOS EN EL TEJIDO INTERSTICIAL, SE ENCARGAN = DEL INTERCAMBIO DIALITICO. ASI, LAS SUBSTANCIAS A DIALIZAR SE, DEBERAN RECORRER UNA SERIE DE " BARRERAS " COMO SON : LA PARED DE LOS VASOS, EL TEJIDO INTERSTICIAL Y EL ESTRATO CELULAR DEL PERITONEO.

AFORTUNADAMENTE, LA POROSIDAD DE LA MEMBRANA PERMITE LA == DIALISIS, AUNQUE ESTE HECHO, TAMBIEN FAVORECE LA PERDIDA =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DE SUBSTANCIAS DE ALTO PESO MOLECULAR COMO SON LAS PROTE== INAS, LO QUE CONSTITUYE UNA DESVENTAJA DEL METODO, QUE DE= TALLAREMOS MAS ADELANTE. (11) (45).

LA EFECTIVIDAD DEL ACLARAMIENTO DE UNA SUBSTANCIA A TRAVES DE LA MEMBRANA PERITONEAL, ES CONOCIDA COMO " DIALIZANCIA ", Y FUE DESCRITA POR POPOVICH, EN SUS TRABAJOS INICIALES. == (100), ENTENDIENDOSE POR ACLARAMIENTO, LA CAPACIDAD DE = DICHA MEMBRANA PARA DEPURAR O " LAVAR ", LA SUBSTANCIA EN CUESTION.

ASI, EN TERMINOS DE DIALIZANCIA DE UREA, LA MEMBRANA PERI= TONEAL ES EFECTIVA, COMPARADA CON LA HEMODIALISIS EN RAZON DE 1 A 5, A PESAR DE LA GRAN SUPERFICIE PERITONEAL.

SIN EMBARGO, ALGUNOS ENFERMOS EN DIALISIS PERITONEAL CRO== NICA, SE MANTIENEN EN IGUALES O AUN MEJORES CONDICIONES == CLINICAS QUE OTROS PACIENTES EN HEMODIALISIS CRONICA. (33).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* EL CATETER DE DIALISIS PERITONEAL.

INDEPENDIENTEMENTE DE QUE EXISTEN ACTUALMENTE EN EL MERCA= DO UN BUEN NUMERO DE CATETERES DISPONIBLES PARA DIALISIS = PERITONEAL, DESCRIBIREMOS UNICAMENTE EN EL TRABAJO EL CATE TER TIPO TENCKHOFF, PARA USO CRONICO. (26) (91) (98) (126) (131) (133).

EL CATETER EN SI, ES UN TUBO DE SYLASTIC (GOMA SILICONA== DA), DE 32 CM., DE LONGITUD Y UN DIAMETRO EXTERNO 12 FR. TIENE UN EXTREMO PERITONEAL, CON MULTIPLES PERFORACIONES,= MISMO QUE PERMANECERA LIBRE EN LA CAVIDAD, Y OTRO EXTREMO DISTAL O EXTERNO, QUE SE CONECTARA CON EL EQUIPO DE TRANS FERENCIA DE LA SOLUCION DE DIALISIS.

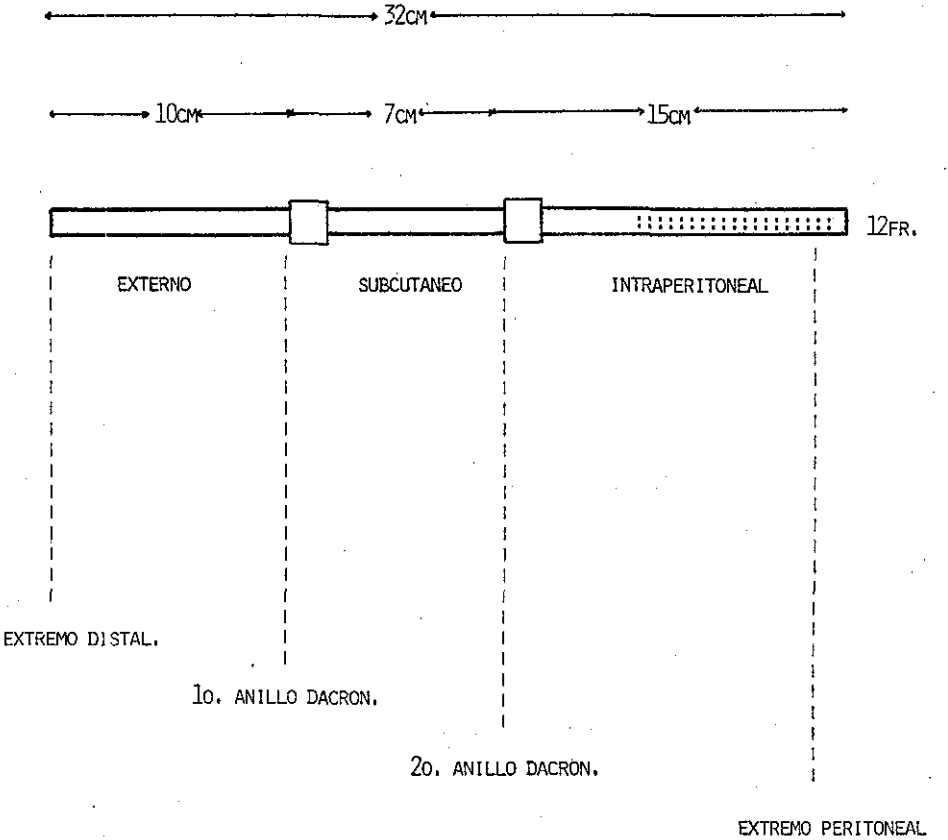
DE TAL MANERA, CONSTARA DE TRES PORCIONES O SEGMENTOS, === UNO INTRAABDOMINAL DE 15 CM., DE LONGITUD, UNO SUBCUTANEO DE 7 CM., Y UNO EXTERNO DE 10 CM.

ESTAS TRES PARTES, SE ENCUENTRAN LIMITADAS POR LA PRESEN== CIA,EN EL EXTERIOR DEL CATETER,DE DOS " CAMISAS " DE DA=== CRON, LAS QUE ESTAN COLOCADAS A LOS 7 Y 15 CM., DEL EXTREMO PERITONEAL, RESPECTIVAMENTE. (FIGURA 1).

YA SE SEÑALO QUE DESPUES DE NUMEROSAS INVESTIGACIONES, (64) (125) (127), HENRY TENCKHOFF DECIDIO CONSTRUIR UN CATETER MAS CORTO QUE EL DE PALMER, RECTO Y ECONOMICO, FABRICADO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 1. ESQUEMA CATETER TENCKHOFF.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DE UN MATERIAL INERTE COMO EL SYLASTIC, ASIMISMO AGREGO = LAS " CAMISAS " DE DACRON, LAS QUE SE INSTALAN COMO SE = DESCRIBIO PREVIAMENTE, MISMAS QUE CUMPLEN CON DOS OBJETI= VOS FUNDAMENTALES: FIJAR EL CATETER EVITANDO SU ROTACION Y DESLIZAMIENTO, Y ESTIMULA LA FORMACION DE FIBROBLASTOS Y VASOS SANGUINEOS A SU ALREDEDOR, LO QUE CONSTITUYE UNA BARRERA EFECTIVA CONTRA LA INVASION BACTERIANA A LO LARGO DEL TUNEL SUBCUTANEO.

TAMBIEN EVALUO EL NUMERO Y TAMAÑO DE LOS ORIFICIOS DEL CA TETER EN SU EXTREMO PERITONEAL, ESTABLECIENDO EL NUMERO Y DIAMETRO OPTIMOS, SEÑALANDO QUE DADA LA FRAGILIDAD DEL E- PIPLON EN LOS NIÑOS, LOS CATETERES PEDIATRICOS DEBERIAN = TENER ORIFICIOS MAS PEQUEÑOS. (34) (46) (55).

ESTOS PRINCIPIOS PERMANENCEN PRACTICAMENTE INALTERABLES = EN LA ACTUALIDAD.

ESTE CATETER ESTANDAR, SE UTILIZA PRACTICAMENTE EN CUAL== QUIER ENFERMO DE TALLA Y PESO MEDIOS, SIENDO SOLAMENTE == NECESARIO EL DISEÑO DE CATETERES ESPECIALES PARA ENFERMOS EXTREMADAMENTE OBESOS O NIÑOS MUY PEQUEÑOS. (55) (61) == (118).

EL CATETER SE CONECTA MEDIANTE UN ADAPTADOR PLASTICO AL = EQUIPO DE TRANSFERENCIA DE LA SOLUCION DE DIALISIS, MISMO QUE SE ADQUIERE JUNTO CON EL CATETER. (FIGURA 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

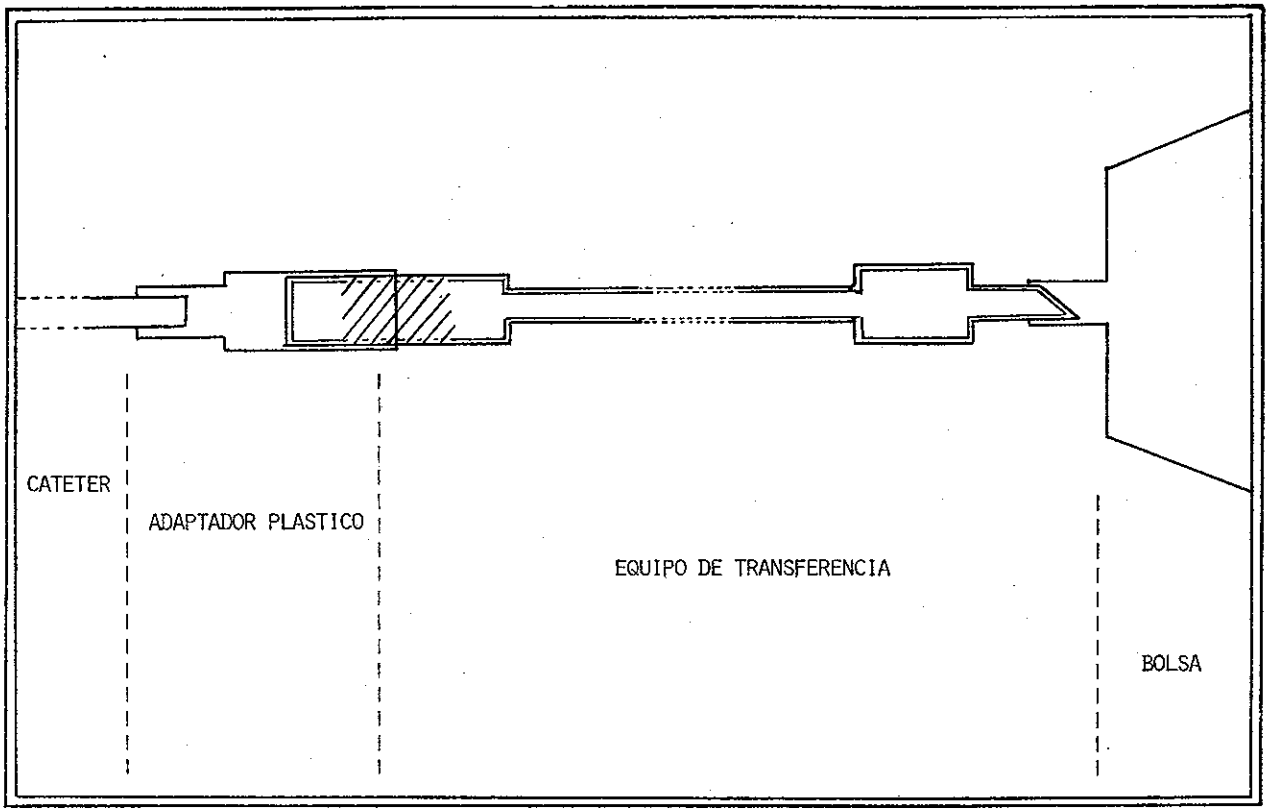


FIGURA 2. SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE SOLUCION DE DIALISIS PARA DPCA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECIENTEMENTE SE HAN DISEÑADO CONECTORES METALICOS DE TI= TANIO, QUE MEDIANTE MEJOR HERMETICIDAD E INTERCAMBIO IO== NICO, DISMINUYEN LA INCIDENCIA DE INFECCIONES. (FIGURA 2). (24) (91) (121).

EL EQUIPO DE TRANSFERENCIA, ES EL DISPOSITIVO QUE SE USA= PARA UNIR EL EXTREMO EXTERNO DEL CATETER DE TENCKHOFF CON LA BOLSA PLASTICA QUE CONTIENE LA SOLUCION DE DIALISIS. = (FIGURA 2).

EL CATETER Y SU ACCESORIOS SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN = EL MERCADO, FABRICADOS POR VARIAS CASAS COMERCIALES, EN = ENVASES QUE GARANTIZAN SU ESTERILIDAD.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* CRITERIOS DE SELECCION PARA LOS ENFERMOS CANDIDATOS A DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.

COMO HEMOS VISTO, EN MENOS DE UNA DECADA, LA DIALISIS E= VOLUCIONO DE SER UN METODO EXTRAORDINARIO, PARA CONVERTIR SE EN UN METODO ORDINARIO DE TRATAMIENTO, PONIENDOSE AL ALCANCE NO SOLO DE AQUELLOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RE= NAL TERMINAL, SINO TAMBIEN DE LOS QUE CURSABAN CON ENFER MEDADES CONCOMITANTES, COMO LA DIABETES, EL CANCER Y AUN LA VEJEZ.

ES NECESARIO HACER NOTAR QUE MEDIANTE ESTA EXPANSION, EL PRINCIPIO DE QUE LA DIALISIS ES UN DERECHO QUE TIENE TO= DO INDIVIDUO QUE LA NECESITA, LE HA IMPUESTO AL MEDICO = COMPLEJAS DECISIONES ETICAS CON RESPECTO A LA INICIACION O SUPRESION DEL TRATAMIENTO, LA CALIDAD DE VIDA, LA APTI TUD DEL PACIENTE PARA ESTAR A CARGO DE SU PROPIO TRATA== MIENTO Y EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD. (3) (9) (59) = (112).

UNA PREGUNTA QUE EN ESTOS DIAS SE REPITE CON FRECUENCIA ES: " ¿ POR QUE LE HACEMOS DIALISIS A TODO EL MUNDO ?. " (77).

LAS RESPUESTAS PODRIAN SER LAS SIGUIENTES: 1) HIPOCRA== TES SEÑALA: " ... EL MEDICO ORDENARA EL REGIMEN SEGUN SU

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEJOR JUICIO Y HABILIDAD Y HARA LO QUE CONSIDERE MAS BE=
NEFICIOSO PARA SU PACIENTE... ", HIPOCRATES NI SIQUIERA
CONSIDERO LA POSIBILIDAD DE NO TRATAR AL ENFERMO. (9).
2) WORLD MEDICAL ASSOCIATION (ASOCIACION MEDICA MUN===
DIAL), ADOPTO LA REGLA DE QUE EL MEDICO DEBE TENER SIEM
PRE LA OBLIGACION DE PRESERVAR LA VIDA HUMANA Y QUE SE =
DEBE AL PACIENTE CON UNA LEALTAD TOTAL. 3) CANADIAN ME==
DICAL ASSOCIATION (ASOCIACION MEDICA CANADIENSE), PRES
CRIBE QUE EL MEDICO DEBE CONSIDERAR ANTE TODO EL BIENES=
TAR DEL PACIENTE Y QUE ESTE TIENE DERECHO DE ACEPTAR O =
RECHAZAR CUALQUIER TRATAMIENTO MEDICO QUE SE LE RECOMIEN
DE. (79).

HASTA QUE LA SOCIEDAD PRESCRIBA REGLAS EXPLICITAS CON ==
RESPECTO AL USO DE LA DIALISIS COMO TRATAMIENTO, EL PA==
CIENTE ES EL UNICO QUE TIENE DERECHO A DECIDIR SI EL ==
TRATAMIENTO DEBE SER COMENZADO O NO Y SI SU VIDA MERECE
SER VIVIDA, AUN CON DEPENDENCIA DEL TRATAMIENTO.

POR CONSIGUIENTE, SIEMPRE QUE EL PACIENTE LO DESEE , EL
TRATAMIENTO DEBE QUEDAR A SU DISPOSICION Y NADIE, NI SI=
QUIERA EL MEDICO, PUEDE EMITIR UN JUICIO SOBRE LA CALI==
DAD O EL VALOR DE SU VIDA.

TODOS LOS ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, DE==

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BEN SER CONSIDERADOS PARA ALGUN TIPO DE MANEJO MEDICO.

ASI, EL MEDICO DEBE HACER UNA EVALUACION CUIDADOSA E INTE== GRAL PARA LA SELECCION DEL PACIENTE, DE SU SITUACION PSICO= SOCIAL Y TAMBIEN DEL APOYO QUE ESTE TIENE EN SU GRUPO FAMI= LIAR. (28) (40) (83).

SE DEBEN DISCUTIR CON EL ENFERMO Y SU FAMILIA, TANTO EL PRO NOSTICO DEL PADECIMIENTO, COMO LOS TIPOS DE TRATAMIENTO A = SU DISPOSICION, SUS COSTOS Y REQUERIMIENTOS Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES. (84) (86) (87).

EL MEDICO DEBERA ACTUALIZAR SUS CONOCIMIENTOS USANDO COMO BASE LA EXPERIENCIA DE LOS DIVERSOS AUTORES, PARA TOMAR LA DECISION MAS BENEFICA PARA EL ENFERMO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* INDICACIONES DE DPCA.

1) EXPANSION SEVERA DEL VOLUMEN INTRAVASCULAR O INSUFICIEN= CIA CARDIACA CONGESTIVA, QUE NO RESPONDE A MEDIDAS NO == DIALITICAS, EN ENFERMOS NEFROPATAS. (38).
2) DISTURBIOS SEVEROS DE ELECTROLITOS O DEL EQUILIBRIO ACI= DO-BASE, QUE NO CEDAN CON MEDIDAS MEDICAS. (74).
3) INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. (19).
4) PACIENTES EN ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL. (LA DPCA ES = UNA FORMA IDEAL DE TRATAMIENTO PARA ESTOS ENFERMOS, DA== DO QUE REQUIERE UN PERIODO CORTO DE ENTRENAMIENTO Y ES = UTIL INCLUSO EN EL PERIODO POSTOPERATORIO INMEDIATO).(20) (124).
5) PACIENTES DIABETICOS CON INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIA A NEFROPATIA DIABETICA. (CON DPCA, EN ELLOS, SE LOGRA CONTROLAR LA HIPERTENSION Y LA GLICEMIA, CON LA ADMI=== NISTRACION DE INSULINA POR VIA INTRAPERITONEAL). (54) = (77) (107).
6) NIÑOS. (EXISTE AMPLIA EXPERIENCIA CLINICA DE QUE LA === DPCA ES UNA FORMA IDEAL DE TRATAMIENTO PARA LOS NIÑOS, = TANTO LOS QUE ESPERAN TRANSPLANTE RENAL, COMO EN LOS QUE EL ACCESO VASCULAR DIFICIL, NO PERMITE LA REALIZACION DE HEMODIALISIS). (26) (48).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7) NEFROPATAS CON ENFERMEDAD ARTERIOCORONARIA. (DEBIDO A == QUE ESTA TECNICA EVITA LAS FLUCTUACIONES EN EL VOLUMEN = DEL LIQUIDO EXTRACELULAR Y EN LA PRESION SANGUINEA QUE = OCURREN EN HEMODIALISIS CRONICA Y DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE). (69) (92).

8) ENFERMOS RENALES CON ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA. === (ACCESO VASCULAR CRONICO CONTRAINDICADO, LO QUE IMPIDE HEMODIALISIS CRONICA). (27).

9) PACIENTES EN HEMODIALISIS CRONICA COMO TRATAMIENTO DE BASE, EN QUIENES ESTA DEBA SER SUSPENDIDA POR ALGUN MOTIVO. (POR EJEMPLO: RIESGO DE ANTICOAGULACION, RECHAZO A TRANSFUSION SANGUINEA, ANEMIA SEVERA, CAMBIO DE DOMICILIO, == EXCESO DE SINTOMAS COLATERALES, ETC.). (39).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* CONTRAINDICACIONES DE DPCA.

DE HECHO, PUEDEN DIVIDIRSE EN ABSOLUTAS Y RELATIVAS, DENTRO DE LAS PRIMERAS TENEMOS:

1) INFECCION DIFUSA DE LA PARED ABDOMINAL.
2) PRESENCIA DE PATOLOGIA MALIGNA DENTRO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL.
3) EXISTENCIA DE BRIDAS INTRAABDOMINALES MULTIPLES. (30) == (125).
4) ENFERMEDAD VASCULAR ABDOMINAL DEMOSTRADA.

LAS RELATIVAS SON:

1) HISTORIA DE CIRUGIA ABDOMINAL EXTENSA. (ESTOS ENFERMOS DEBEN SER SOMETIDOS A UN PERIODO DE PRUEBA CON DPCA).== (30).
2) ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA CRONICA O PATOLOGIA = INTRAABDOMINAL RECIDIVANTE. (POR EJEMPLO DIVERTICULOSIS DEL COLON, ILEITIS REGIONAL, ETC. EN ESTOS ENFERMOS EN = CASO DE PERITONITIS DEBE HACERSE DIAGNOSTICO DIFEREN=== CIAL ENTRE PERITONITIS SECUNDARIA A DPCA Y PERITONITIS = FECAL). (66) (114).
3) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. (EN ESTOS PACIENTES ES NECESARIO AJUSTAR EL VOLUMEN DE SOLUCION DE DIALISIS, PARA = EVITAR DISTENSION ABDOMINAL EXCESIVA, QUE AGRAVE EL CUA=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DRO), (49).

4) ESTADOS HIPERCATABOLICOS. (EN LOS QUE LA DPCA PUEDE COMPROMETER AUN MAS EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ENFERMO POR = LA PERDIDA CRONICA DE PROTEINAS A TRAVES DE LA MEMBRANA PERITONEAL. EN ESTOS ENFERMOS PUEDE UTILIZARSE NUTRICION PARENTERAL TOTAL. RECIENTEMENTE SE HA DESCRITO LA ADI=== CION DE AMINOACIDOS EN LA SOLUCION DE DIALISIS PERITO=== NEAL, PARA PROPORCIONAR A ESTOS PACIENTES UN BALANCE NI= TROGENADO ADECUADO). (13) (52) (65).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* VENTAJAS DE DPCA.

DESDE SU CONCEPCION, SE HAN ATRIBUIDO A LA DPCA, INFINIDAD = DE VENTAJAS CON RESPECTO A LOS DEMAS TIPOS DE TRATAMIENTO = CON DIALISIS, DE ELLAS CONSIDERAREMOS LAS MAS IMPORTANTES:

1) EN UN METODO ECONOMICO. (EN LA TABLA 3, SE COMPARAN LOS COSTOS ENTRE VARIAS FORMAS DE MANEJO CON DIALISIS EN EL= HOSPITAL Y EN EL HOGAR, DEMOSTRANDO QUE LA DPCA ES EL == METODO DE DIALISIS CRONICA MAS ECONOMICO EN LA ACTUALI== DAD). (17) (73).
2) LA DIALISIS SE REALIZA EN EL HOGAR. (A MENOS DE QUE E== XISTAN SITUACIONES ESPECIFICAS QUE LO IMPIDAN, DEL 70 AL 80 % DE LOS PACIENTES EN DPCA, PUEDEN REALIZAR SUS RECAM BIOS EN CASA. ES UN METODO IDEAL PARA AMAS DE CASA CON = HIJOS PEQUEÑOS.). (58).
3) UTIL EN CUALQUIER EDAD. (ES UN PROCESO DE FACIL MANEJO, POR LO QUE INCLUSO LOS NIÑOS PUEDEN APRENDER A REALIZAR LO.). (78).
4) SE OBTIENE REMISION CLINICA DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS DEL SINDROME UREMICO.
5) LA CAPD PERMITE AL ENFERMO MAS INDEPENDENCIA DE LOS MEDI COS Y AUN DE SUS PROPIOS FAMILIARES QUE CUALQUIER OTRO == METODO DE DIALISIS EN EL HOGAR. AUN ENFERMOS QUE VIVEN SO=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3. COMPARACION DE COSTOS ENTRE VARIOS TIPOS DE TRATAMIENTO CON DIALISIS EN EL HOSPITAL Y EN EL HOGAR.

TIPO DE DIALISIS.	COSTO ANUAL.
DIALISIS PERITONEAL EN EL HOSPITAL.	$ 36,600.00
HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL.	$ 24,472.00
DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE EN EL HOSPITAL.	$ 22,536.00
HEMODIALISIS DE AUTOCUIDADO.	$ 14,688.00
HEMODIALISIS EN EL HOGAR.	$ 14,052.00
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.	$ 13.296.00

LOS COSTOS INCLUYEN SALARIOS PARA ENFERMERAS Y MEDICOS, MATERIALES, PRUEBAS DE LABORATORIO DE CONTROL Y AMORTIZACION DE LOS EQUIPOS.

EL COSTO ANUAL SE CALCULO POR PACIENTE POR AÑO Y SE REPORTA EN DOLARES CANADIENSES.

(17).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LOS PUEDEN MANEJAR SU TRATAMIENTO SIN PROBLEMAS. TAMBIEN EL SUJETO SE LIBERA DE LA SENSACION DE DEPENDENCIA DE == LAS MAQUINAS, COMO SUCEDE EN LA HEMODIALISIS CRONICA.

6) EL PROGRAMA PUEDE LLEVARSE A CABO INDEPENDIENTEMENTE DEL SITIO DE RESIDENCIA DEL PACIENTE, DADO QUE SUS VISITAS A LA UNIDAD HOSPITALARIA NO SON FRECUENTES.

7) LA DPCA DISMINUYE EL NUMERO DE INTERNAMIENTOS HOSPITALA= RIOS.

8) EVITA PUNCIONES ABDOMINALES FRECUENTES.

9) PROPORCIONA AL ENFERMO ESTABILIDAD QUIMICA CONTINUA, SIN LAS INTERMITENCIAS DE LA HEMODIALISIS CRONICA O LA DIA== LISIS PERITONEAL INTERMITENTE. (2) (111).

10) EL ENFERMO ES CAPAZ DE REALIZAR SUS LABORES COTIDIANAS = EN LA MAYORIA DE LOS CASOS.

11) MEJOR CALIDAD DE VIDA. EL PACIENTE EN DPCA, SIENTE QUE = SE REHABILITA A MEDIDA QUE AVANZA EN EL PROGRAMA, TIENE MENOS RESTRICCIONES DIETETICAS, PUEDE NADAR, REALIZAR == DEPORTES E INCLUSO VIAJAR SIN NINGUN PROBLEMA. (29).

12) SE HA DESCRITO REAPARICION DELDESEO SEXUAL EN ENFERMOS = EN DPCA, ALGUNAS ENFERMAS, DESPUES DE VARIOS MESES DE == AMENORREA HAN MENSTRUADO NORMALMENTE E INCLUSO HAY RE=== PORTADOS CASOS DE EMBARAZO DURANTE PRORAMAS DE DPCA. === (21) (109).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* DESVENTAJAS DE DPCA.

1) A PESAR DE LA INDEPENDENCIA DE LAS MAQUINAS, MUCHOS EN== FERMOS CREAN CIERTOS GRADOS DE COMPROMISO EMOCIONAL, AL = SENTIR QUE SU VIDA DEPENDE INTEGRAMENTE DEL TRATAMIENTO. DE AHI, LA NECESIDAD DE QUE DENTRO DEL EQUIPO INTERDIS== CIPLINARIO DE SELECCION Y MANEJO DEL ENFERMO, SE CUENTE CON LA COLABORACION DEL PSIQUIATRA.

2) ALGUNAS OCUPACIONES NO PERMITEN EL DESARROLLO DEL PRO=== GRAMA, ESPECIALMENTE EN AQUELLOS ENFERMOS QUE POR RAZO== NES DE TRABAJO NO DISPONEN DE SITIOS ADECUADOS PARA E=== FECTUAR SUS RECAMBIOS DE SOLUCION DE DIALISIS.

3) OTROS PACIENTES SEÑALAN PREOCUPACION PORQUE EL ASPECTO = DE SU CUERPO SE DETERIORA CON LA PRESENCIA PERMANENTE == DEL CATETER, LOS EQUIPOS DE TRANSFERENCIA Y LAS BOLSAS = DE SOLUCION DE DIALISIS. EN ELLOS DEBE INTENTARSE OTRO = TIPO DE MANEJO.

4) LA MEJORIA CLINICA QUE EXPERIMENTAN LOS ENFERMOS HACE == QUE ALGUNOS DE ELLOS ABANDONEN EL TRATAMIENTO O DESCUI== DEN SU MANEJO, LO QUE CONLLEVA FRECUENTEMENTE A COMPLICA CIONES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* COMPLICACIONES DE DPCA.

LAS COMPLICACIONES DE DPCA, PUEDEN DIVIDIRSE PARA SU ESTU= DIO EN LAS DERIVADAS DE LA TECNICA DE INSTALACION Y LAS == CONSECUTIVAS AL MANEJO DEL PROCESO DIALITICO.

DENTRO DE LAS PRIMERAS SEÑALAREMOS:

1) PERFORACION DE ORGANOS INTRAABDOMINALES.
2) ILEO.
3) DOLOR ABDOMINAL.
4) OBSTRUCCION DEL CATETER POR POSICION INCORRECTA.
5) HEMORRAGIA.
6) INFECCION DE LA PARED ABDOMINAL.
7) SALIDA DEL CATETER EN FORMA ESPONTANEA.
8) DEHISCENCIA DE SUTURA.
9) HERNIAS.
10) OCLUSION INTESTINAL.
11) FORMACION DE ADHERENCIAS PERITONEALES.
12) EROSION DE LA PIEL POR LAS " CAMISAS " DE DACRON.
13) OBSTRUCCION AL FLUJO DE SALIDA O ENTRADA DEL LIQUIDO = DE DIALISIS POR INTERFERENCIA MECANICA DEL EPIPLON. (ME CANISMO DE VALVULA).
14) OTRAS.

(57) (96) (103) (110).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DE LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL PROCESO DE DIALISIS == ANOTAREMOS:

1) PERITONITIS. LA MAS GRAVE E IMPORTANTE DE LAS COMPLICA== CIONES DE LA DPCA, PUDIENDO PROVENIR DE VARIAS FUENTES;= HEMATOGENA, A TRAVES DE LA PARED INTESTINAL, A LO LARGO DEL TUNEL SUBCUTANEO DEL CATETER, A TRAVES DE LA LUZ DEL CATETER, POR CONTIGUIDAD DEL TRACTO GENITAL FEMENINO, DU RANTE LOS RECAMBIOS (EXOGENA), ETC.
2) RETENCION DE LIQUIDOS.
3) SINDROME DE DEPLECION DE PROTEINAS. HIPOALBUMINEMIA.
4) LUMBALGIA.
5) OBSTRUCCION DEL CATETER.
6) SINDROME DE FALLA DE ULTRAFILTRACION PERITONEAL.
7) SINDROME DE PERITONITIS ESCLEROSANTE PROGRESIVA.
8) FRACASO DEL PROGRAMA.
9) OTRAS.

(4) (5) (12) (32) (47) (57) (60) (106) (113) (135).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, == (DPCA), SE INICIO EN NUESTRO HOSPITAL EN JULIO DE 1979, Y A LA FECHA DE CONCLUSION DE ESTE ESTUDIO, DICIEMBRE DE 1983. SE HAN INSTALADO UN TOTAL DE 74 CATETERES DE TENCKHOFF, EN 57 PACIENTES, CONSIDERANDO QUE A UN MISMO ENFERMO Y POR DI== VERSAS CAUSAS QUE ANALIZAREMOS MAS ADELANTE, PUDIERON IM=== PLANTARSELE UNO O MAS CATETERES.

PARA LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO, SE RECABO INFORMACION DE VARIAS FUENTES, ESTO ES: ARCHIVOS CLINICOS, REGISTROS DE LOS SERVICIOS DE NEFROLOGIA Y CIRUGIA GENERAL DE LA UNIDAD Y ANOTACIONES PERSONALES DEL AUTOR.

DE LOS 57 EXPEDIENTES ORIGINALES, 26 NO CUMPLIERON LOS RE== QUISITOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION RETROSPECTIVA Y POR LO TANTO NO SE INCLUYEN EN EL REPORTE.

ASI, SE ANALIZAN LOS RESULTADOS Y EVOLUCION CLINICA DE LOS CASOS DE 30 ENFERMOS, CON UN TOTAL DE 46 INSTALACIONES.

NO SE UTILIZO NINGUN CRITERIO RIGIDO DE SELECCION DE LOS == CASOS, POR LO QUE ESTA ES UNA MUESTRA ALEATORIA.

LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS, UTILIZADA EN EL PROTOCO= LO, SE DESCRIBE A CONTINUACION:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA CAPD.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

NO.
NOMBRE.
CEDULA.
SEXO.
EDAD.
OCUPACION.
ESTADO CIVIL.
ESCOLARIDAD.
MEDIO SOCIOECONOMICO.
PACIENTE TRABAJADOR.
ENFERMO AUTOSUFICIENTE PARA TRATAMIENTO.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

DIAGNOSTICO.
TIEMPO DE EVOLUCION.
SINTOMAS PRINCIPALES.
TRATAMIENTO PREVIO.
CRITERIOS DE SELECCION DE INGRESO.
MOTIVO DEL CAMBIO A DPCA.

FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA.
FECHA DE INSTALACION DEL CATETER.
FECHA INICIO DIALISIS.
VOLUMEN DE SOLUCION DE DIALISIS DE INICIO.

INSTALACION.
CATETER.
CONECTOR.
BOLSA.
SOLUCION.
GUIA.
EQUIPO TRANSFERENCIA.

CIRUJANO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TECNICA QUIRURGICA.
INCISION.
DIMENSIONES.
SITIO.
ANESTESIA.
ASEPSIA-ANTISEPSIA.
MATERIAL DE SUTURA.
SITIO DE DIRECCION DEL CATETER.
TUNEL SUBCUTANEO.
TIEMPO QUIRURGICO.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS.
DOLOR.
MAL FUNCIONAMIENTO.
ENTRADA LIQUIDO.
SALIDA LIQUIDO.
HEMORRAGIA.
INFECCION.
SALIDA DEL CATETER.
DEHISCENCIA.
FUGA DE LIQUIDO.
PERFORACION DE ORGANOS INTRAABDOMINALES.
CATETER ACODADO.
CATETER EN POSICION INCORRECTA.
ANESTESIA.
OTRAS.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDIAS.
DOLOR.
LUMBALGIA.
MAL FUNCIONAMIENTO.
ENTRADA LIQUIDO.
SALIDA LIQUIDO.
SALIDA CATETER.
EROSION DE LAS CAMISAS DE FIJACION.
FUGA DE LIQUIDO.
HERNIAS.
OCLUSION INTESTINAL.
ADHERENCIAS PERITONEALES.
OTROS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERITONITIS.
SINTOMAS.
DETECCION. LIQUIDO TURBIO.
FIEBRE.
DOLOR ABDOMINAL.
IRRITACION PERITONEAL.
OBSTRUCCION PARCIAL.
CELULARIDAD.
CULTIVOS.
VIA CONTAMINACION.
TRATAMIENTOS.

RETIRO DEL CATETER.
MOTIVO.
HALLAZGOS.
CULTIVOS CATETER.

REINSTALACIONES.

DATOS CLINICOS.
PRESION ARETRIAL.
PESO.
REHABILITACION.
REMISION DE LOS SINTOMAS.
APETITO.
LIBIDO.
MENSTRUACION.
EMBARAZO.
DEPORTES.

DATOS LABORATORIO.
HEMOGLOBINA.
HEMATOCRITO.
LEUCOCITOS.
UREA.
CREATININA.
ACIDO URICO.
GLUCOSA.
ALBUMINA.
SODIO.
POTASIO.

MOTIVO EGRESO PROGRAMA.
FECHA EGRESO.

DEFUNCION.
CAUSAS.
NECROPSIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* EDAD Y SEXO.

DE LOS 30 PACIENTES ESTUDIADOS, 18 FUERON HOMBRES (60%) Y 12 MUJERES (40%), LA EDAD PROMEDIO FUE DE 48.9 SIENDO EL MAS JOVEN DE 13 AÑOS Y EL MAYOR DE 78. (TABLA 4).

* MEDIO SOCIOECONOMICO.

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE TRABAJO SOCIAL, SE CLASIFICO A LOS PACIENTES SEGUN SU CONDICION SOCIOECONOMICA EN: BAJO 66% (20 PACIENTES), MEDIO 26.6% (8) Y ALTO 6.6% (2).

* ETIOLOGIA.

LA TABLA 5, MUESTRA LAS CAUSAS DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DE LOS ENFERMOS ESTUDIADOS EN ESTE TRABAJO.
CABE SEÑALAR EL HECHO DE QUE LA MAYORIA DE LOS ENFERMOS SON PORTADORES DE NEFROPATIA DIABETICA. 17 ENFERMOS (56.5%).

* TRATAMIENTO PREVIO.

DE LOS ENFERMOS ESTUDIADOS 22 (73.3 %), SE ENCONTRABAN EN DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE CON CATETER RIGIDO TEMPO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4. EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DPCA.

NO.	PACIENTE.	SEXO.	EDAD.
1	C.A.J.A.	M.	13.
2	C.B.G.	F.	67.
3	G.M.R.E.	F.	18.
4	C.A.G.A.	M.	28.
5	G.G.E.	M.	67.
6	N.P.E.	M.	58.
7	M.S.M.	F.	65.
8	C.M.M.R.	F.	78.
9	G.F.E.	F.	24.
10	S.B.J.	M.	63.
11	C.R.L.C.	F.	63.
12	D.I.R.	M.	48.
13.	T.O.M.L.	F.	15.
14.	G.H.A.	M.	58.
15.	H.F.R.M.	F.	31.
16.	B.P.J.	M.	34.
17.	C.M.J.	M.	57.
18.	A.M.J.	M.	63.
19.	C.Z.P.	M.	68.
20.	Z.T.A.	M.	46.
21.	P.F.R.	M.	62.
22.	C.V.T.	F.	38.
23.	G.J.M.	F.	50.
24.	J.E.A.	F.	36.
25.	S.O.E.	M.	39.
26.	C.R.J.M.	M.	60.
27.	N.R.A.	M.	52.
28.	P.R.M.	F.	43.
29.	V.M.M.	M.	63.
30.	C.V.R.	M.	60.

EDAD PROMEDIO. 48.9
DESVIACION ESTANDAR 17.6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RAL, 7 (31.8 %), PERTENECIAN AL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA INTRAHOSPITALARIA Y 1 (3.3 %), HABIA SIDO TRANS= PLANTADO Y CURSABA CON RECHAZO CRONICO.

ASI, EL MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA FUE DE LA SIGUIENTE MANERA: PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL (IRCT), 20 = (66.6 %), ENFERMOS CON DIFICIL ACCESO VASCULAR PERIFERICO 6 = (20 %), NIÑOS 2 = (6.6 %), PA==== CIENTES CON ANGOR 1 = (3.3 %) Y SUJETOS TRANSPLANTADOS = CON RECHAZO CRONICO 1 = (3.3 %).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5. ETIOLOGIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

DIAGNOSTICO.	NO. PTS.	%
DIABETES MELLITUS II.	17	56.55
GLOMERULONEFRITIS CRONICA.	5	16.66
PIELONEFRITIS CRONICA.	3	10.00
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.	1	3.33
NEFRITIS INTERSTICIAL HEREDITARIA.	1	3.33
CAUSA NO DOCUMENTADA.	3	10.00
TOTAL	30	100.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* TECNICA QUIRURGICA.

EN TODOS LOS CASOS ANALIZADOS, LA IMPLANTACION DEL CATETER FUE LLEVADA A CABO MEDIANTE ESTRICTA TECNICA QUIRURGICA, == TAL COMO SE DESCRIBE EN EL MANUAL DE TENCKHOFF. (125).
TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE INSTALACION, ASI COMO LOS DE RE TIRO SE REALIZARON EN LA SALA DE OPERACIONES, RESPETANDO == LOS PRINCIPIOS ELEMENTALES DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.
UN SOLO CIRUJANO SE ENCARGO DE TODOS LOS ACTOS QUIRURGICOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA DPCA, LO QUE DISMINUYO CONSI= DERABLEMENTE LAS COMPLICACIONES.
LA TECNICA EMPLEADA FUE COMO SIGUE:
PREOPERATORIO.

- EL CIRUJANO QUE REALIZA EL PROCESO, REEXPLORA AL ENFERMO, ENFATIZANDO EN LA PRESENCIA DE CICATRICES PREVIAS, HERNIA, ORGANOMEGALIAS, DISTENSION ABDOMINAL, ILEO, TUMORACIONES, ETC., QUE CONTRAINDIQUEN EL ACTO QUIRURGICO.
- EN CASO DE QUE EXISTAN HERIDAS DE PUNCIONES ABDOMINALES = PREVIAS, INFECTADAS O POTENCIALMENTE CONTAMINADAS, SE == POSPONE LA CIRUGIA.
- SI SE REQUIEREN PUNCIONES ABDOMINALES PARA DIALISIS DURAN TE ESTE PERIODO, ESTAS SE REALIZAN EN LOS FLANCOS, DE PRE FERENCIA EN EL IZQUIERDO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- SI NO ES POSIBLE RETARDAR LA CIRUGIA, LOS SITIOS CONTAMI= NADOS SE EVITAN EN UNA DISTANCIA DE 5 CM.
- EN LOS ENFERMOS CON MULTIPLES PUNCIONES ABDOMINALES PRE== VIAS DONDE LO ANTERIOR NO SEA POSIBLE, SE ESCOGE ALTERNA= TIVAMENTE EL CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO DEL ABDOMEN.
- SOLO EN ESOS CASOS SE UTILIZAN ANTIMICROBIANOS EN EL PREO= PERATORIO. NO SE USAN EN FORMA PROFILACTICA.
- EN SU UNIDAD, SE RASURA AL ENFERMO DESDE EL APENDICE XI== FOIDES HASTA EL PUBIS, POSTERIORMENTE ES LAVADO CON JABON ANTISEPTICO DE HEXACLOROFENO.
- SI ES NECESARIO SE ADMINISTRAN LAXANTES O MICROENEMAS Y = SE VERIFICA SU EFECTO.
- EN CASO DE POSIBLES FUENTES DE INFECCION, (COLOSTOMIAS,= ILEOSTOMIAS, QUEMADURAS, ETC.), ESTAS SE LAVAN CUIDADO== SAMENTE CON TECNICA ASEPTICA Y SE PROTEGEN MEDIANTE CU=== BIERTAS DE MATERIAL PLASTICO.
- EL ESTOMAGO DEBE ESTAR VACIO, POR LO QUE SE MANTIENE AL EN FERMO EN AYUNO ENTRE 8 Y 12 HORAS PREVIAS A LA CIRUGIA. = SI ES NECESARIO SE INSTALA SONDA DE LEVINE.
- SE VACIA LA VEJIGA SOLICITANDO AL ENFERMO QUE ORINE ANTES DE PASAR AL QUIROFANO, EN PACIENTES INCONCIENTES O COMA== TOSOS SE INSTALA SONDA VESICAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- SE ENVIA AL ENFERMO A LA SALA DE OPERACIONES.

TRANSOPERATORIO.

- NO SE UTILIZA SEDACION PREOPERATORIA.
- SOLO EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS, EN LOS PACIENTES COMATOSOS O EN SUJETOS POCO COOPERADORES, SE UTILIZA ANESTESIA GENE== RAL ENDOVENOSA, DEL TIPO BALANCEADA, PARA ASEGURAR LA ES= TERILIDAD DEL CAMPO OPERATORIO Y FACILITAR EL PROCEDIMIEN TO.
- SE REALIZA LAVADO MECANICO QUIRURGICO CON ISODINE ESPUMA.
- SE DELIMITA EL AREA QUIRURGICA, CON ISODINE SOLUCION.
- SE COLOCAN PAÑOS ESTERILES O STERI-DRAPE, EXPONIENDO UN = CAMPO OPERATORIO APROXIMADO DE 15 X 20 CM.
- SE INFILTRA EL SITIO DE LA INCISION CON LIDOCAINA AL 1% = SIMPLE.
- SE REALIZA INCISION MEDIA INFRAUMBILICAL A 3 CM., DE LA = CICATRIZ UMBILICAL, CON UNA LONGITUD DE 4 A 5 CM. (FIGURA 3.).
- SE DISECA EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y SE ABORDA LA APO NEUROSIS DE LOS MUSCULOS RECTOS ANTERIORES DEL ABDOMEN, = LA QUE SE INCIDE LONGITUDINALMENTE.(FIGURA 4).
- SE EXTIENDE LA INFILTRACION ANESTESICA A LOS PLANOS PRO== FUNDOS.
- A TRAVES DE LA INCISION EN LA LINEA ALBA, SE IDENTIFICA =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

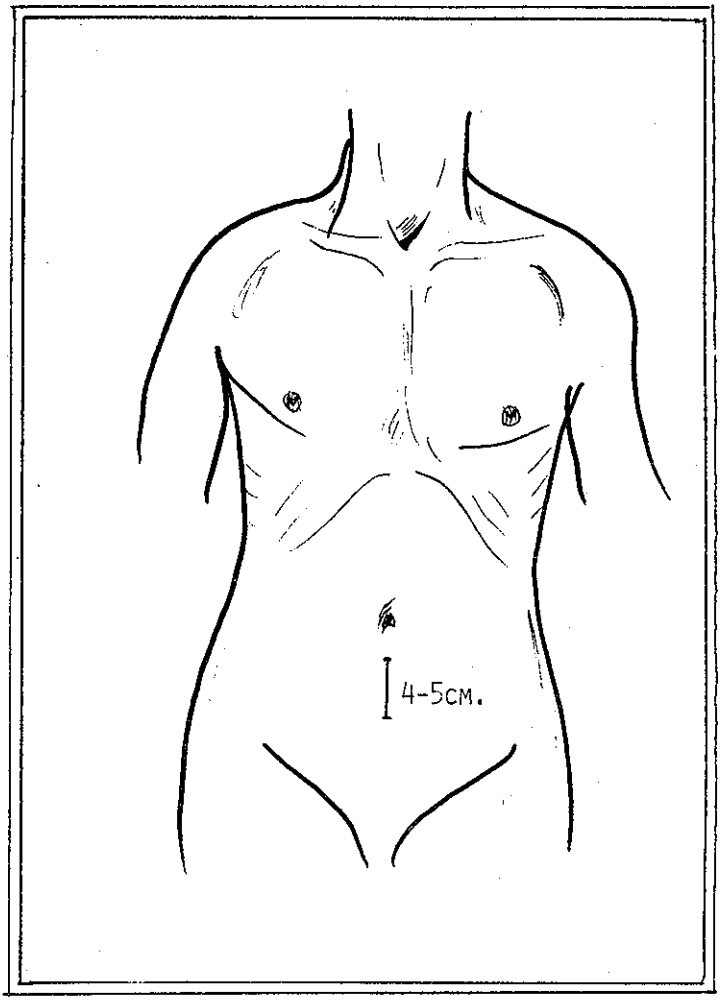
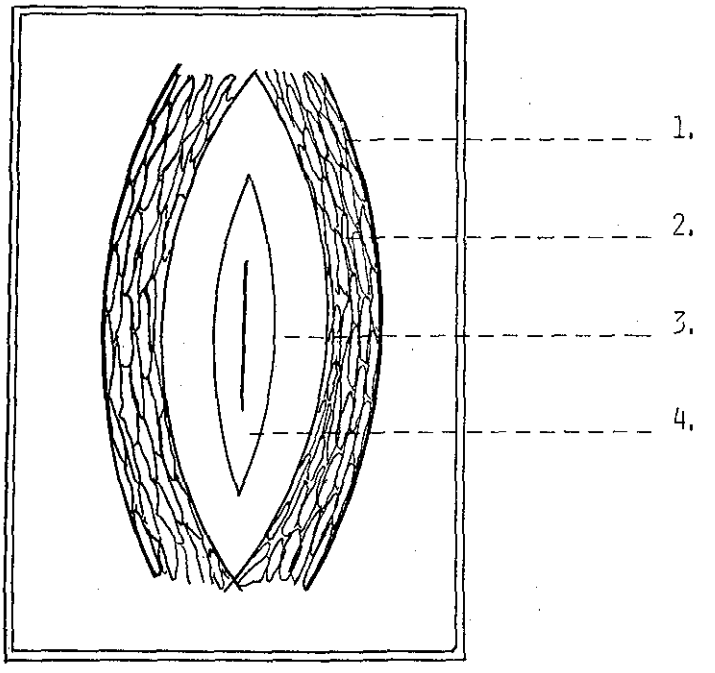


FIGURA 3. INCISION MEDIA INFRAUMBILICAL
PARA LA COLOCACION DEL CATETER DE TENCKHOFF.

FIGURA 4. INCISION DE APONEUROSIS E IDENTIFICACION DE LA MEMBRANA PERITONEAL.



1. PIEL.
2. TEJIDO CELULAR SUBCTUTANEO.
3. APONEUROSIS.
4. PERITONEO.

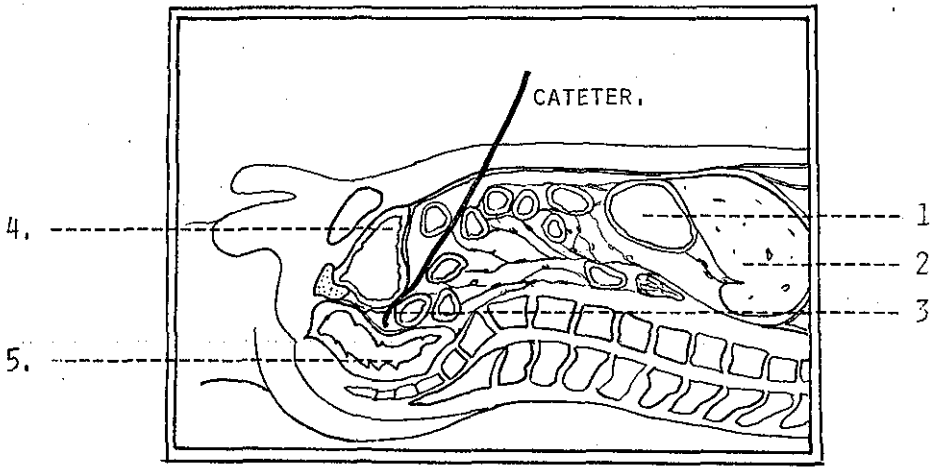
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EL PERITONEO, EL QUE SE TOMA ENTRE DOS PINZAS HEMOSTATI== CAS, SECCIONANDOSE APROXIMADAMENTE 1 CM., VERIFICANDO AN= TES LA AUSENCIA DE VISCERAS EN EL SITIO DE PINZAMIENTO.

- SE APLICA UNA JARETA DE CATGUT CROMICO 0, SOBRE EL SITIO INCIDIDO.
- CON AUXILIO DE UN ESTILETE DE CATETER RIGIDO DE WESTON == Y ROBERTS, EL QUE SE ANGULA APROXIMADAMENTE 120°, SE IN== SERTA EL CATETER A TRAVES DEL ORIFICIO PERITONEAL EN LA = DIRECCION DESEADA. SE PREFIERE EL HUECO PELVICO. (FIGURA 5).
- NO SE INSTILA NINGUNA SOLUCION INTRAPERITONEAL ANTES DE = LA INSERCION DEL CATETER.
- SIN MODIFICAR LA POSICION Y DIRECCION DEL CATETER, SE ANU DA LA JARETA, FIRMEMENTE, SIN APRETAR EL CATETER.
- SE VERIFICA QUE LA 1A. " CAMISA " DE DACRON, ESTE SITUADA JUSTO POR ENCIMA DEL PERITONEO.
- SE APLICA UN PUNTO SIMPLE DE FIJACION ENTRE EL PERITONEO Y EL ANILLO DE DACRON CON CATGUT CROMICO 0.
- SE VERIFICA LA PERMEABILIDAD, HERMETICIDAD Y FUNCIONA==== MIENTO DEL CATETER, INSTILANDO 2,000 CC., SOLUCION DE DIA LISIS PERITONEAL A 37°C., CERCIORANDOSE QUE NO EXISTAN FU GAS.
- SE EXTRAE EL LIQUIDO DE DIALISIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5. DIRECCION Y COLOCACION DEL CATETER .



1. ESTOMAGO.
2. HIGADO.
3. HUECO PELVICO.
4. VEJIGA.
5. RECTO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

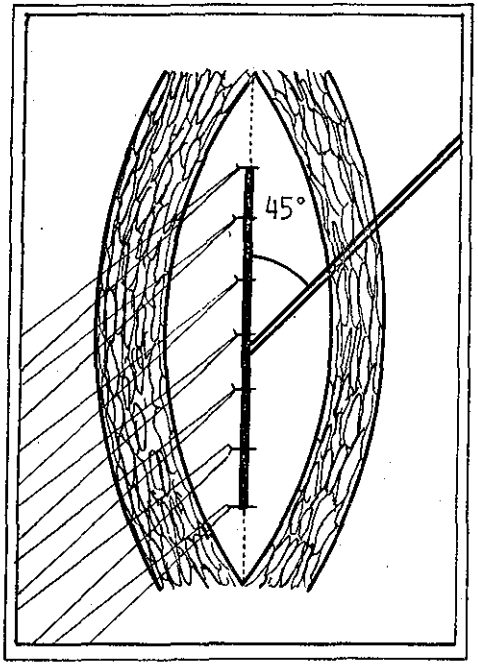
- MANTENIENDO UNA ANGULACION DE 45° ENTRE EL CATETER Y EL EJE LONGITUDINAL DEL PACIENTE, SE SUTURA LA APONEUROSIS CON PUNTOS SEPARADOS DE SEDA O PROLENE 0. (FIGURA 6).
- SE AMPLIA EL AREA INFILTRADA, Y SE REALIZA PREFERENTE=== MENTE EN DIRECCION CAUDAL EL TUNEL SUBCUTANEO, DE TAL == MANERA QUE EL 2o. ANILLO DE DACRON, QUEDE JUSTO POR DEBA JO DEL SITIO DE EMERGENCIA DEL CATETER.
- NO SE APLICAN SUTURAS EN EL SITIO DE SALIDA DEL CATETER= A TRAVES DE LA PIEL.
- SE SUTURA EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO CON CATGUT CROMI= CO 000, CON PUNTOS SEPARADOS.
- SE SUTURA LA PIEL CON PUNTOS SARNOFF Y DERMALON 000.
- SE COMPRUEBA UNA VEZ MAS LA PERMEABILIDAD Y HERMETICIDAD DEL SISTEMA.
- NO SE UTILIZA HEPARINA EN EL 1o. " BAÑO " DE DIALISIS.
- SE CUBRE LA HERIDA CON APOSITOS ESTERILES SECOS.
- EL CONECTOR Y EL EQUIPO DE TRANSFERECNIA SON INSTALADOS EN SUS SITIOS, Y SE CUBREN CON GASAS EMBEBIDAS EN ISODI= NE SOLUCION.
- SE TRANSLADA AL ENFERMO A SU UNIDAD DE PROCEDENCIA.

POSTOPERATORIO.

- NO ES NECESARIO NINGUN CUIDADO POSTOPERATORIO ESPECIAL.
- EL ENFERMO PUEDE INICIAR VIA ORAL CUANDO LO DESEE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 6. SUTURA DEL PLANO APONEUROTICO.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- SE INICIA LA DIALISIS DE INMEDIATO, CON RECAMBIOS DE 2,000 CC. DE SOLUCION DE DIALISIS, CADA UNO.
- DEBEN CORREGIRSE EN EL MISMO ACTO QUIRURGICO TODOS LOS DEFECTOS HERNIARIOS DE LA PARED ABDOMINAL. EN CUYO CASO LA DIALISIS SE INICIA DE 48 A 72 HORAS DE POSTOPERATORIO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* TECNICA DE DIALISIS.

EN NUESTRA UNIDAD, EL PROCEDIMIENTO DE DPCA, SE LLEVA A CABO, BASICAMENTE, COMO SIGUE: (24).

- EL ENFERMO Y-O SU FAMILIAR AYUDANTE SE ENTRENAN DURANTE LOS TRES DIAS POSTERIORES A LA INSTALACION DEL CATETER,= ASEGURANDOSE DE QUE OBSERVEN ESTRICTA ASEPSIA EN LA TEC= NICA, ANTES DE QUE EL ENFERMO SEA EGRESADO DEL HOSPITAL.
- SE CONECTA LA BOLSA DE SOLUCION DE DIALISIS, MEDIANTE EL ADAPTADOR DEL CATETER Y EL EQUIPO DE TRANSFERENCIA.
- LOS RECAMBIOS SON DE 2,000 CC. CADA UNO.
- LA SOLUCION SE ADMINISTRA A 37°C.
- EN LOS NIÑOS SE CALCULA EL VOLUMEN A ADMINISTRAR A RA=== ZON DE 15-30 CC. POR KG. DE PESO.
- SE UTILIZA SOLUCION DE DIALISIS CON DEXTROSA, EN UNA === CONCENTRACION AL 1.5 %, OCASIONALMENTE SE UTILIZAN SOLU= CIONES AL 2.5% Y 4.25%.
- NO SE USAN SOLUCIONES HIPERTONICAS EN ENFERMOS HIPERTEN= SOS.
- SE INSTILA LA SOLUCION Y LA BOLSA VACIA SE DOBLA Y SE COLOCA POR DEBAJO DE LA ROPA DEL ENFERMO.
- AL FINAL DEL PERIODO DE DIFUSION, EL LIQUIDO SE DRENA == POR GRAVEDAD, EN LA MISMA BOLSA, LA QUE AL LLENARSE SE =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESECHA Y SUBSTITUYE POR OTRA NUEVA.

- SE CAMBIA EL SISTEMA DE TRANSFERENCIA CADA SEMANA.
- LA MAYORIA DE LOS ENFERMOS REQUIEREN CUATRO BOLSAS DE 2,000 CC., AL DIA, POR LO QUE SE SUGIERE EL HORARIO: 8:00, 12:00, 16:00 Y 20:00 HRS., PARA EFECTUAR LOS RECAMBIOS.
- LOS PACIENTES CON CIFRAS DE CREATININA DE 10 MG./DL., O MENORES, UTILIZAN TRES BOLSAS AL DIA, Y LOS QUE TIENEN CREATININA SERICA DE 18 MG./DL. O MAS, REQUIEREN CINCO BOLSAS AL DIA (41).
- ANTES DE SER DADO DE ALTA, SE ADIESTRA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA, PARA LA DETECCION OPORTUNA DE PERITONITIS, MEDIANTE EL EXAMEN DEL LIQUIDO Y LA PRESENCIA DE SINTOMAS SUGESTIVOS.
- NO HAY RESTRICCION DE ACTIVIDAD FISICA DE LOS ENFERMOS.
- LAS RESTRICCIONES DIETETICAS SON MINIMAS, SE SUGIEREN DIETAS HIPERPROTEICAS.
- EL ENFERMO ASISTE PARA CONTROL UNA VEZ POR SEMANA A LA CONSULTA EXTERNA DE NEFROLOGIA.
- SEMANARIAMENTE SE REALIZA UNA SESION INTER-PACIENTES, CON LA COLABORACION DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA, PARA INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y PSICOTERAPIA DE GRUPO.
- EN CASO DE PERITONITIS DE DIFICIL MANEJO, SE RETIRA EL CATETER.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* MATERIALES.

LOS MATERIALES UTILIZADOS FUERON:

- CATETER DE TENCKHOFF, PARA DIALISIS PERITONEAL CRONICA,= TIPO ADULTO.
  PHYSIO CONTROL.
  (10129.01).

- ADAPTADOR DE TITANIO.
  BAXTER-TRAVENOL.
  (5 c 4168).

- EQUIPO DE TRANSFERENCIA PARA SOLUCIONES DE DPCA, CON CO= NECTOR LUER-LOCK.
  TRAVENOL.
  (5 c 4160).

- SOLUCION DE DIALISIS PERITONEAL DIANEAL, EN CONCENTRACIO NES DE DEXTROSA AL 1.5 %, 2.5 % Y 4.25 %.
  TRAVENOL.
  (ABB 5346).

- TAPON DE CIERRE HERMETICO PARA CATETER TENCKHOFF.
  BAXTER-TRAVENOL.
  (5 c 4169).

- ESTILETE TROCATH ADULTO.
  MC GAW.
  (M 7130).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS.

EN EL ESTUDIO SE ANALIZAN LOS SIGUIENTES PARAMETROS:

- DATOS CLINICOS. (REMISION DE SINTOMAS, PRESION ARTERIAL, MODIFICACIONES DE PESO CORPORAL Y REHABILITACION). LA - PRESION ARTERIAL SE INFORMA COMO PRESION ARTERIAL MEDIA Y LOS CAMBIOS PONDERALES SE ANOTAN COMO EL PROMEDIO DE - LA PERDIDA DE PESO DE LOS ENFERMOS, EN RELACION CON EL - PESO ANTES DE INCIAR EL PROGRAMA.
- DATOS DE LABORATORIO. (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, UREA,= CREATININA, ACIDO URICO, GLUCOSA, ALBUMINA, SODIO Y PO== TASIO).
- COMPLICACIONES. (INMEDIATAS Y TARDIAS).
- MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS SE INFORMAN EN 5 ETAPAS, ESTO ES= DE ACUERDO AL TIEMPO EN QUE LOS PACIENTES PERMANECIERON = EN EL PROGRAMA, DE ESTA FORMA, EXISTIERON 5 ESTADIOS:

ETAPA I.	AL INGRESO AL PROGRAMA.
ETAPA II.	A LOS DOS MESES.
ETAPA III.	A LOS SEIS MESES.
ETAPA IV.	AL AÑO.
ETAPA V.	A LOS DOS AÑOS O MAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EN LAS TABLAS DE RESULTADOS, LAS CIFRAS ANOTADAS SON EL == PROMEDIO DE LAS MUESTRAS ESTUDIADAS, CON UNA DESVIACION == ESTANDAR.

EL GRADO DE PROBABILIDAD (P) DE QUE LAS DIFERENCIAS OBSER= VADAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS AL COMPARARLAS CON LA ETA== PA DE INICIO, HAYAN SIDO SIGNIFICATIVAS, SE ESTUDIO CON LA PRUEBA (T) DE STUDENT.

SE CONSIDERARON SIGNIFICATIVAS LAS (P) MENORES DE 0.05.

EN LAS ETAPAS IV Y V, COMO EL NUMERO DE ENFERMOS FUE INSU= FICIENTE, NO SE OBTUVIERON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

(22) (25) (90) (97) (134) (143).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S .

SE INSTALARON 46 CATETERES EN 30 PACIENTES, EL TIEMPO QUI= RURGICO VARIO DE 20 A 60 MINUTOS CON UN PROMEDIO DE 32 MI= NUTOS .

DEL TOTAL DE 30 PACIENTES, 29 (96.6 %), COMPLETARON DOS MESES EN EL PROGRAMA CAPD, 16 ENFERMOS (53.3 %), ALCANZA RON 6 MESES EN EL ESTUDIO. 9 DE ELLOS (30 %), LLEGARON A LOS 12 MESES Y SOLO 3 PACIENTES (10 %), COMPLETARON 24 = MESES O MAS AL MOMENTO DE CONCLUIR EL TRABAJO.

EN LA TABLA 6 SE RESUMEN LOS RESULTADOS DE LOS DATOS CLI== NICOS ESTUDIADOS.

LA REMISION DE LOS SINTOMAS SE INFORMA COMO EL NUMERO DE = ENFERMOS SIN SINTOMAS, SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES DE CADA ETAPA.

LA PRESION ARTERIAL SE ANOTA COMO PRESION ARTERIAL MEDIA,- (PAM), CON UNA DESVIACION ESTANDAR.

EL PESO CORPORAL SE INFORMA COMO MEDIA EN KG. ± 1 DESVIA== CION ESTANDAR. LAS CIFRAS NEGATIVAS SIGNIFICAN DISMINUCION DE PESO.

EN LA TABLA 7, SE MUESTRAN LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO, EN LAS DIFERENTES ETAPAS, SE ANOTAN LOS PRO= MEDIOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR. LOS ASTERISCOS SEÑALAN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 6. DATOS CLINICOS DE LOS PACIENTES EN DPCA.

	ETAPA I.	ETAPA II.	ETAPA III.	ETAPA IV.	ETAPA V.
NO.PACIENTES.	30.	29.	16.	9.	3.
CONTROL DE SINTOMAS. ASINTOMATICOS/TOTAL.	0 / 30.	24 / 29.	13 / 16.	9 / 9.	3 / 3.
PRESION ARTERIAL MEDIA. EN MM/HG. MEDIA ± D.E.	131 ± 14.	110 ± 16.	107 ± 11.	107 ± 17.	112 ± 4.
PESO CORPORAL. MEDIA ± 1 D.E. EN KG.	0.	- 4.3 ± 3.3.	- 2.6 ± 2.3.	- 1.1 ± 2.3	- 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 7. DATOS DE LABORATORIO DE LOS PACIENTES EN DPCA, PROMEDIOS ± 1 D.E.

	ETAPA I.	ETAPA II.	ETAPA III.	ETAPA IV.	ETAPA V.
NUMERO DE PACIENTES.	30	29	16	9	3
HEMOGLOBINA. (G./DL.).	7.9 ± 1.5	9.2 ± 1.3 *	9.5 ± 1.4 *	8.8 ± 0.6	8.4 ± 0.5
HEMATOCRITO. (%).	25.6 ± 4.8	29.7 ± 3.4 *	29.9 ± 4	27.8 ± 1.9	27 ± 1.4
UREA. (MG./DL.).	230 ± 96	75 ± 29 *	79 ± 28 *	99 ± 6.9 *	106 ± 9.2
CREATININA. (MG./DL.).	11.9 ± 5.3	8.3 ± 2.9 *	8 ± 3 *	8 ± 2.1	10 ± 1.4
ACIDO URICO. (MG./DL.).	5.1 ± 1.6	3.9 ± 1.4 *	3.7 ± 1.4	4.6 ± 1.2	4 ± 0.7
GLUCOSA. (MG./DL.).	96 ± 16	85 ± 14	83 ± 14	83 ± 13	75 ± 14
ALBUMINA. (G./DL.).	3.6 ± 0.76	3.1 ± 0.5 *	3.2 ± 0.5	3.4 ± 0.4	3 ± 0.1
SODIO. (MEQ./L.).	137 ± 5.4	140 ± 4.4	141 ± 1.5	141 ± 2.5	139 ± 0.7
POTASIO. (MEQ./L.).	4.7 ± 0.9	4.8 ± 0.7	5.1 ± 0.9	5.2 ± 0.6	5.1 ± 0.8

* (P) MENORES DE 0.05.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SI HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS AL COMPARAR LOS RESULTA
DOS CON LOS DE LA ETAPA INICIAL., (P) MENORES DE 0.05.
12 PACIENTES (40 %), TRABAJARON NORMALMENTE DURANTE LA =
DPCA, 18 (60 %), NO SE REINTEGRARON A SUS ACTIVIDADES ==
NORMALES.
5 PACIENTES (16.6 %), EFECTUABAN LA DIALISIS POR ELLOS
MISMOS Y LOS 25 RESTANTES (63.3 %) REQUERIAN DE LA AYUDA
DE UN FAMILIAR.
DE LAS 12 MUJERES, 3 PRESENTARON MENSTRUACION NORMAL, DEN=
TRO DE LOS PRIMEROS 6 MESES DE DPCA. NINGUNA SE EMBARAZO.
PERITONITIS.
DE LOS 30 PACIENTES 25 (83.3 %), PRESENTARON ESTA COM===
PLICACION EN UNA OCASION, 18 (60 %), EN 2 Y 7 (23.3 %)
EN TRES O MAS OCASIONES.
15 PACIENTES NO RESPONDIERON AL TRATAMIENTO DE ELECCION, Y
FUE NECESARIO RETIRAR EL CATETER PARA EL CONTROL DE LA IN=
FECCION.
LA INFECCION SE DETECTO POR LIQUIDO TURBIO EN EL 92 % DE =
LOS CUADROS, DOLOR ABDOMINAL EN EL 88 %, FIEBRE 72 %, IRRI
TACION PERITONEAL EN 36 % Y OBSTRUCCION PARCIAL EN 8 %.
SE ACUMULARON UN TOTAL DE 270 MESES PACIENTE, Y SE DOCU==
MENTARON UN TOTAL DE 50 EPISODIOS DE PERITONITIS, LO QUE =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICA UN PERIODO DE INFECCION CADA 5.8 MESES PACIENTE.

LOS GERMENES MAS FRECUENTEMENTE AISLADOS FUERON: E.COLI = EN EL 92 % DE LOS CULTIVOS, KLEBSIELLA EN EL 32 %, ESTA=== FILOCOCO DORADO EN UN 16 %, PSEUDOMONA EN UN 16 % Y ACINE= TOBACTER EN EL 8 %.

NO FUE POSIBLE IDENTIFICAR LA VIA DE CONTAMINACION EN TO== DOS LOS CASOS.

EL TRATAMIENTO SE LLEVO A CABO EN EL 100 % DE LOS CASOS == CON AMPICILINA Y/O GENTAMICINA COMO ANTIMICROBIANOS DE 1A. OPCION. COMO ANTIBIOTICOS DE 2A. OPCION SE UTILIZARON CEFA LOSPORINAS EN 46 %. COMO YA SE SEÑALO, LA INFECCION PERSIS TENTE REBELDE A MANEJO O CON SINTOMATOLOGIA CLINICA SEVERA, INDICO EL RETIRO DEL CATETER.

(139) (140) (141) (142).

UN ENFERMO SOLICITO POR MOTIVOS RELIGIOSOS QUE SE LE RETI= RARA EL CATETER.

COMPLICACIONES INMEDIATAS.

DOS CATETERES FUERON COLOCADOS EN POSICION INCORRECTA, SIENDO NECESARIO REINSTALARLOS EN LAS PRIMERAS 24 HRS., DE POSTO= PERATORIO.

UN ENFERMO PRESENTO INTOXICACION SEVERA CON XILOCAINA, DE= SENCADENO ARRITMIA CARDIACA Y FALLECIO EN LAS PRIMERAS HO= RAS DE POSTOPERATORIO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNA PACIENTE POCO COOPERADORA, REQUIRIO ANESTESIA GENERAL, SE UTILIZO ALFADOLONA-ALFAXOLONA Y PRESENTO DEPRESION RES= PIRATORIA IMPORTANTE, QUE SE MANEJO CON VENTILACION ASIS== TIDA, DURANTE 35 HORAS.

UNA HERIDA SE CONTAMINO POR LA PRESENCIA DE UN ABSCESO EN= TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, Y FUE NECESARIO DESBRIDARLA Y = RETIRAR EL CATETER EN LAS PRIMERAS 48 HRS., DE POSTOPERA== TORIO.

COMPLICACIONES TARDIAS.

UN ENFERMO A LOS DOS MESES DE TRATAMIENTO Y OTRO A LOS 9,= PRESENTARON OBSTRUCCION AL FLUJO DE SALIDA DEL LIQUIDO DE= DIALISIS, COMPROBANDOSE EN AMBOS CASOS MEDIANTE CATETERO== GRAFIA CON FLUOROSCOPIA, LA EXISTENCIA DE MECANISMO DE VAL VULA POR INTERFERENCIA MECANICA DEL EPIPLON, EN LOS DOS PA CIENTES SE RETIRO EL CATETER Y POSTERIORMENTE SE LES INSTA LO UNO NUEVO.

UNA PACIENTE CURSO CON OCLUSION INTESTINAL A LOS 6 MESES = DE TRATAMIENTO, AMERITO LAPAROTOMIA EXPLORADORA, IDENTIFI== CANDOSE UNA HERNIA UMBILICAL COMPROMETIDA, LA QUE SE REPA== RO, INSTALANDOSE AL MISMO TIEMPO OTRO CATETER.

UN ENFERMO REPORTO SALIDA ESPONTANEA DEL CATETER A LOS 45 = DIAS DE INSTALADO, SE RECOLOCO UNO NUEVO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SOLO TRES ENFERMOS CURSARON CON LUMBALGIA, SE MANEJARON A = BASE DE FISIOTERAPIA.

TODOS LOS ENFERMOS PRESENTARON HIPOALBUMINEMIA, SE INSISTIO EN APORTE ADECUADO DE PROTEINAS EN LA DIETA. NUNCA SE UTILIZO NUTRICION PARENTERAL TOTAL NI ADICION DE AMINOACIDOS EN LA SOLUCION DE DIALISIS.

MORTALIDAD.

AL CONCLUIR EL ESTUDIO, HAN FALLECIDO 18 ENFERMOS (60 %), Y VIVEN 12 (40 %).

LA TABLA 8 INFORMA DE LAS CAUSAS DE DEFUNCION DE LOS ENFERMOS FALLECIDOS DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO, LA FUENTE DE OBTENCION DE LOS DIAGNOSTICOS SON LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION DE LOS PACIENTES. NO SE HIZO NINGUNA NECROPSIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. CAUSAS DE DEFUNCION DE LOS ENFERMOS EN DPCA.

DIAGNOSTICO.	NO.PACIENTES	%	TIEMPO EN DPCA.*
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.	3.	16.6%	1,3,8.
EDEMA AGUDO PULMONAR.	2.	11.1%	3,9.
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL.	2	11.1%	1,4.
PERITONITIS NO TRATADA.	2	11.1%	8,16.
SANGRADO TUBO DIGESTIVO ALTO.	2	11.1%	1,3.
NECROBIOSIS DIABETICA MS. IS.	1	5.5%	9.
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.	1	5.5%	1.
INTOXICACION POR XILOCAINA	1	5.5%	**
HIPERCALEMIA	1	5.5%	9. ***
POSTOPERATORIO COMPLICADO AMPUTACION.	1.	5.5%	5.
NO DOCUMENTADA.	2	11.1%	4,4.

* MESES.
** POSTOPERATORIO INMEDIATO.
*** PACIENTE QUE SOLICITO RETIRO VOLUNTARIO DEL CATETER POR RELIGION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D I S C U S I O N .

EN EL ESTUDIO RETROSPECTIVO REALIZADO, SE ANALIZAN 30 EN== FERMOS RENALES, EN PROGRAMA DE DPCA, POR UN PERIODO DE 29= MESES, EN EL HOSPITAL GENERAL 1o. DE OCTUBRE DEL ISSSTE.

SE LOGRO REMISION DE LOS SINTOMAS DEL SINDROME UREMICO EN= UN 82,7 % DE LOS ENFERMOS, A LOS 2 MESES DE INICIADA LA === DPCA.

SE LOGRO UN CONTROL ADECUADO DE LA PRESION ARTERIAL, EN LA DPCA, CON LA AYUDA DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LOS ENFERMOS == CON HIPERTENSION RENO-VASCULAR.

LA PERDIDA DE PESO DE LOS ENFERMOS EN DPCA, PUEDE ATRI=== BUIRSE A LA POCA INGESTA DE PROTEINAS EN LA DIETA Y A LA = ELIMINACION DE PROTEINAS A TRAVES DE LA DIALISIS.

EL 40% DE LOS ENFERMOS DEL PROGRAMA, LOGRO REINTEGRARSE A= SUS ACTIVIDADES NORMALES, SIN QUE EL TRATAMIENTO EN SI IN== TERFIRIERA CON SUS LABORES COTIDIANAS.

SE DEMOSTRO EN 5 ENFERMOS QUE EL TRATAMIENTO PUEDE SER MA= NEJADO POR EL MISMO PACIENTE, SIN PROBLEMAS.

AL IGUAL QUE LA MAYORIA DE LOS AUTORES, ENCONTRAMOS QUE == LA PERITONITIS ES LA COMPLICACION MAS FRECUENTE DE LA DPCA, OBSERVAMOS QUE LA INFECCION PERSISTENTE ES INDICE DE MAL = PRONOSTICO Y QUE EN ESOS CASOS SOLO EL RETIRO DEL CATETER

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MAS EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO HACEN REMITIR EL CUADRO.
LA FRECUENCIA DE INFECCION EN NUESTRO GRUPO, DE UN PERIODO DE INFECCION CADA 5.8 MESES-PACIENTE, ES INTERMEDIA SI LA= COMPARAMOS CON LA DE POPOVICH DE UNA INFECCION CADA 10 SE= MANAS-PACIENTE Y LA DE OREOPOULOS QUE REPORTA UNA PERITONI TIS CADA 10 MESES-PACIENTE.
LA COLOCACION INCORRECTA DEL CATETER, CONDICIONA SIN REME= DIO SU MAL FUNCIONAMIENTO, SIENDO NECESARIO EN ESOS CASOS= UNA VEZ DEMOSTRADA LA ANOMALIA MEDIANTE CATETEROGRAFIA, == LA RECOLOCACION DEL MISMO.
DEBE ENFATIZARSE EN LA NECESIDAD DEL USO DE ANESTESIA LO== CAL, LO QUE EVITA COMPLICACIONES SECUNDARIAS SEVERAS A LOS ANESTESICOS GENERALES DE CUALQUIER TIPO, QUE SON ACUMULA== DOS EN ESTE TIPO DE ENFERMOS.
LA EXISTENCIA DE SITIOS POTENCIALMENTE CONTAMINADOS EN LA= PARED, FACILITA LA INFECCION DE LA HERIDA, Y EL PROGRAMA = DEBE INTERRUMPIRSE, RETIRANDO EL CATETER.
EN NUESTRO TRABAJO, LOGRAMOS DISMINUIR CONSIDERABLEMENTE = LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA INMEDIATA, GRACIAS AL == USO DE ADECUADAS TECNICAS QUIRURGICAS Y LA OBSERVANCIA DE= RIGUROSA ASEPSIA.
EN CUANTO A LA MORBILIDAD TARDIA, NUESTROS HALLAZGOS SON = SIMILARES A LOS DE LA MAYORIA DE LOS AUTORES, A EXCEPCION=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DE QUE EN NUESTRA SERIE, HAY UN CASO DE SALIDA INEXPLICA==
BLE DEL CATETER EN FORMA ESPONTANEA, Y EL INDICE DE PRESEN
TACION DE LUMBALGIA, SECUNDARIA A LOS CAMBIOS DEL ORTOSTA=
TISMO POR LA PRESENCIA DEL LIQUIDO DE DIALISIS EN LA CAVI=
DAD ABDOMINAL, FUE DE SOLO 3 CASOS; SIENDO MUCHO MAYOR EN
LA MAYORIA DE LOS REPORTES.

LA HIPOALBUMINEMIA SE PRESENTO EN LA MAYORIA DE LOS ENFER=
MOS, OCASIONADA POR UN DOBLE MECANISMO, PERDIDA URINARIA =
DE PROTEINAS A TRAVES DEL RIÑON EN PACIENTES CON NEFROPA==
TIA DIABETICA Y ELIMINACION DE PROTEINAS A TRAVES DEL PE=
RITONEO, DURANTE LA DIALISIS.

NO FUE POSIBLE ESTABLECER UNA RELACION ENTRE LAS CAUSAS ==
DE FALLECIMIENTO Y EL PROGRESO DEL PROGRAMA, POR LAS DE===
FICIENCIAS DE INFORMACION EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS.

LOS RESULTADOS CLINICOS Y DE LABORATORIO DEMUESTRAN QUE ==
LA DPCA ES UN METODO EFICIENTE PARA EL MANEJO DE LOS ENFER
MOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL.

SE OBSERVO MEJORIA EN LAS DETERMINACIONES DE HEMOGLOBINA Y
HEMATOCRITO A MEDIDA QUE LOS ENFERMOS AVANZABAN EN EL PRO=
GRAMA, SIN TRANSFUSIONES NI ANABOLICOS HORMONALES.

SE LOGRO MANTENER CIFRAS DE GLUCOSA SERICA DENTRO DE LIMI=
TES NORMALES, NUNCA SE APLICO INSULINA EN LA SOLUCION DE =
DIALISIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LAS CIFRAS DE SODIO Y POTASIO SE MANTUVIERON PRACTICAMENTE SIN ALTERACIONES, NO SE ADMINISTRO POTASIO EN LAS SOLUCIO= NES DE DIALISIS Y PRACTICAMENTE NO HUBO RESTRICCION DE LA INGESTA DE SODIO.

SE OBSERVO DESCENSO NOTABLE DE LAS CIFRAS DE AZOADOS EN == LAS ETAPAS II, III Y IV, EXISTIENDO UN NUEVO AUMENTO EN LA ETAPA V.

LO ANTERIOR PUEDE EXPLICARSE POR VARIOS MOTIVOS:

- DISMINUCION DE LA DIALIZANCIA DEL PERITONEO, EN ETAPAS = TARDIAS DE DPCA. NO SE DOCUMENTO PERITONITIS ESCLEROSAN= TE EN NINGUN CASO.
- ADMINISTRACION DE PROTEINAS EN LA DIETA, SIN RESTRICCIO= NES.
- LA SENSACION DE BIENESTAR QUE PRESENTAN LOS ENFERMOS, HA CE QUE DESCUIDEN SU TRATAMIENTO Y REALICEN SUS DIALISIS EN FORMA MENOS ADECUADA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

1) LA DPCA HA DEMOSTRADO SER UN METODO UTIL EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL, LOGRANDO ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA UREMICA, DE LA PRESION ARTERIAL Y DE LA QUIMICA SANGUINEA.

2) EL METODO PUEDE SER UTILIZADO COMO ALTERNATIVA DE HEMODIALISIS CRONICA, EN AQUELLOS PACIENTES QUE POR ALGUNA CAUSA NO PUEDAN INGRESAR A ELLA.

3) UN BUEN NUMERO DE PACIENTES, AL EXPERIMENTAR REMISION DE LOS SINTOMAS, LOGRAN REINTEGRARSE A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

4) CON EL USO DE TECNICA QUIRURGICA ADECUADA PARA LA INSTALACION DE LOS CATETERES PARA ACCESO CRONICO A LA CAVIDAD ABDOMINAL, Y LA OBSERVACION DE ESTRICTAS RUTINAS DE ASEPSIA, SE LOGRAN ABATIR AL MINIMO LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS DE ESTOS PROCEDIMIENTOS.

5) HASTA AHORA, LA COMPLICACION MAS GRAVE Y FRECUENTE DE LA DPCA, ES LA INFECCION PERITONEAL, SU DETECCION OPORTUNA Y SU TRATAMIENTO TEMPRANO, IMPEDIRAN QUE EL PROGRAMA FRA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASE. EN EL FUTURO SE DEBERA HACER ENFASIS EN EL ESTU== DIO DE TECNICAS QUE PREVENGAN ESTA COMPLICACION.

6) LA DPCA, DEBE FORMAR PARTE DE LOS PROCEDIMIENTOS TERA== PEUTICOS CON LOS QUE CUENTA EL NEFROLOGO PARA EL MANEJO DE LOS ENFERMOS RENALES TERMINALES.

7) EL CIRUJANO GENERAL DEBE FAMILIARIZARSE CON ESTE TIPO = DE TECNICAS, PARA PODER INTEGRARSE A LOS SISTEMAS MUL== TIDISCIPLINARIOS DE MANEJO DE ESTOS ENFERMOS.

8) LA DECISION OPORTUNA DE INGRESAR AL ENFERMO AL PROGRAMA, EL MEJORAMIENTO Y DEPURACION DE LAS TECNICAS Y LA COOPE RAACION DEL PACIENTE, GARANTIZAN EL EXITO DE LA DPCA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

1.
ALEXANDER S., TANK S.
ASPECTS OF CAPD IN INFANTS.
J UROL. 1982. 127. 501.

2.
AMAIR P., GREGORIADIS A., RODELLA H.
CREATININA EN SUERO EN PACIENTES EN CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 11.

3.
AMAIR P., KHANNA R., LEIBEL B.
CAPD IN PATIENTS WITH END STAGE RENAL DISEASE.
N E J M. 1982. 306. 625.

4.
ANDERSEN K., DAAMGAARDMORCH P.
CATHETEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CATHETER FAILURE IN CAPD.
CLIN NEPHROL. 1981. 16. 142.

5.
ARFANIA D., EVERET E., NOLPH K.
UNCOMMON CAUSES OF PERITONITIS IN PATIENTS UNDERGOING CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
ARCH INTERN MED. 1981. 141. 61.

6.
BACKENROTH-MAAYAN R., LONGNECKER R., KAMBOROO D.
FAILURE OF THE PERITONEAL MEMBRANE DURING CHRONIC INTERMITTENT PERITONEAL DIALYSIS.
ADVANCES IN PERITONEAL DIALYSIS.
EXCERPTA MEDICA. 1981. 1. 209.

7.
BALFE W., VIGNEAUX A., WILLUMSEN J.
THE USE OF CAPD IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH END STAGE RENAL DISEASE.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 35.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.
BARRY K., SAHAMBAUGH G., GOLER D.
A NEW CANNULA AND SEAL TO PROVIDE PROLONGED ACCESS TO THE =
PERITONEAL CAVITY.
J UROL. 1963. 90. 125.

9.
BERNAT J., CULVER C., GERT B.
ON THE DEFINITION AND CRITERION OF DEATH.
ANN INT MED. 1981. 94. 389.

10.
BIGELOW P., OREOPOULOS D., DE VEBER G.
USE OF THE DEANE PROSTHESIS IN PATIENTS ON LONG-TERM PERITO
NEAL DIALYSIS.
C M A J. 1973. 109. 999.

11.
BLUMENKRANTZ M., KOPPLE J., GUTMAN R.
METHODS FOR ASSESSING NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH =
RENAL FAILURE.
AM J CLIN NUTR. 1980. 33. 1567.

12.
BLUMENKRANTZ M., ROBERTS C., CARD B.
NUTRITIONAL MANAGEMENT OF THE ADULT PATIENT UNDERGOING PE==
RITONEAL DIALYSIS.
J AM DIABETIC ASSOC. 1978. 73. 251.

13.
BLUMENKRANTZ M., ROBERTS C. SCHMIDT R.
NUTRITIONAL MANAGEMENT OF THE CAPD PATIENT.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 22.

14.
BOEN S.
PERITONEAL DIALYSIS IN CLINICAL MEDICINE.
CHARLES C THOMAS. ED. SPRINGFIELD ILL. 1964. 11.

15.
BOEN S., MION C., CURTIS F.
PERIODIC PERITONEAL DIALYSIS USING THE REPEATED PUNCTURE ==
TECHNIQUE AND AN AUTOMATIC CYCLING MACHINE.
T A S A I O. 1964. 10. 409.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16.
BOEN S., MULINAIR A., DILLARD D.
PERIODIC PERITONEAL DIALYSIS IN THE TREATMENT OF CHRONIC =
UREMIA.
T A S A I o. 1962. 8. 256.

17.
BULGIN R.
COMPARATIVE COSTS OF VARIOUS DIALYSIS TREATMENTS.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 88.

18.
BURTON B.
END STAGE RENAL DISEASE: BETTER TREATMENT AT LOWER COST.
ANN INT MED. 1978. 88. 567.

19.
CANAUD B., SLINGENEYER A., MION C.
CAPD, TWO YEARS EXPERIENCE.
KYDNEY INT. 1981. 20. 428.

20.
CARDELLA C.
RENAL TRANSPLANTATION IN PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1980. 1. 12.

21.
CATTMAN D., BENZIE R.
PREGNANCY IN A CAPD PATIENT.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 5.

22.
CLARKE G.
STATISTICS AND EXPERIMENTAL DESIGN.
EDWARD ARNOLD LTD. LONDON. 1979. 33. 39. 91. 102. 112. 132.

23.
CLAYTON S., FINER C., QUINTON C.
TRAINING PATIENTS FOR CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIA==
LYSIS AT THE TORONTO WESTERN HOSPITAL.
PROC. IST. SYMP. CAPD. PARIS.
EXCERPTA MEDICA. 1978. 1. 162.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

24.
CLAYTON S., QUINTON C., OREOPOULOS D.
UPDATE OF THE TWH TECHNIQUE FOR CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 38.

25.
COREY P.
AN APPROACH TO THE STATISTICAL ANALYSIS OF PERITONITIS DATA
FROM PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 29.

26.
COUNTS S., HICKMANN R., TENCKHOFF H.
CHRONIC HOME PERITONEAL DIALYSIS IN CHILDREN.
T A S A I O. 1973. 19. 167.

27.
COWARD R., MALLICK N.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS.
LANCET. 1981. 1. 594.

28.
COWARD R., UTTLEY L., MURRAY Y.
LA IMPORTANCIA DE LA SELECCION DE PACIENTES PARA LA CAPD.
PERIT DIAL BULL. 2. 1982. 8.

29.
DALE E., STEELE B., VIGNEAUX A.
IS SWIMMING SAFE FOR CAPD PATIENTS ?.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 40.

30.
DEITEL M., THOMPSON D., MOFFAT S.
PRINCIPLES OF ABDOMINAL SURGERY IN PATIENTS ON INTERMI=====
TTENT PERITONEAL DIALYSIS.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 146.

31.
DE NICCOLA R.
PERMANENT ARTIFICIAL (SILICONE)* URETHRA.
J UROL. 1950. 63. 168.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

32.
DE PAEPE M., BELPAIRE F., BOGAERT M.
GENTAMYCIN FOR TREATMENT OF PERITONITIS IN CAPD.
LANCET. 1981. 2. 424.

33.
DE SANTO N., CAPODICASA G.
THE PERITONEAL MEMBRANE, RECENT ADVANCES.
T A S A I O. 1981. 4. 155.

34.
ETTELDORF N., DOBBINS W., SWEENEY M.
IPD IN THE MANAGEMENT OF ACUTE RENAL FAILURE IN CHILDREN.
J PEDIATRICS. 1962. 60. 327.

35.
FALLER B., MARICHAL J.
LOSS OF ULTRAFILTRATION IN CAPD: CLINICAL DATA.
ADVANCES IN PERITONEAL DIALYSIS.
EXCERPTA MEDICA. 1981. 1. 227.

36.
FRANK H., FINE J., SELIGMAN A.
FURTHER EXPERIENCES WITH PERITONEAL IRRIGATION FOR ACUTE RE
NAL FAILURE.
ANN SURG. 1948. 128. 561.

37.
FRANK H., SELIGMAN A., FINE J.
TREATMENT OF UREMIA, AFTER ACUTE RENAL FAILURE, BY PERITO==
NEAL IRRIGATION.
JAMA. 1964. 130. 703.

38.
FENTON S.
CLINICAL ASPECTS OF PERITONITIS IN PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1981. 4. 22.

39.
FENTON S.
INITIAL EXPERIENCE WITH CAPD.
T A S A I O. 1979. 3. 206.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

40.
FENTON S., WU G., CATTRAN D.
NORMAS PARA LA SELECCION DE PACIENTES PARA DPCA.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 3.

41.
FORBES A., REED V., GOLDSHMID H.
CAPD, A SCHEME TO ALLOW REDUCTION OF DAILY BAG EXCHANGE.
CLIN NEPHROL. 1981. 15. 264.

42.
GANDHI V., HUMAYUN H., ING T.
SCLEROSING THICKENING OF THE PERITONEAL MEMBRANE IN MAINTE=
NANCE PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS.
ARCH OF INTERN MED. 1980. 140. 1201.

43.
GANTER G.
UBER DIE BESEITGUNG GIFTTIGER STOFFE AUS DEM BLUTE DURCH===
DIALYSE.
MUNCH MED WSCHR. 1923. 70. 1478.

44.
GARCIA LOAIZA R.
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.
HOSPITAL GENERAL 1o. OCTUBRE, ISSSTE. 1980. 26.

45.
GIORDANO C., DE SANTO N., CAPODICASA G.
AMINOACID LOSSES DURING CAPD.
CLIN NEPHROL. 1980. 14. 230.

46.
GOKAL R., MC HUGH M., FRYER R.
CAPD ONE YEARS EXPERIENCE.
B M J. 1980. 1. 474.

47.
GOODMAN C., HUSSEAL F.
ETIOLOGY, PREVENTION AND TREATMENT OF BACK PAIN IN PATIENTS
UNDERGOING CAPD.
PERIT.DIAL BULL. 1981. 3. 119.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

48.
GORDILLO G., MUÑOZ R., FEIMAN R.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
BOL MED HOSP INFANT MEX. 1981. 38. 379.

49.
GOTLOIB L., MINES M., GARMIZO L.
INTRAABDOMINAL PRESSURE IN PERITONEAL DIALYSIS.
PERIT DIAL BULL. 1. 1981. 41.

50.
GOTTSCHALK C.
REPORT OF THE COMITEE ON CHRONIC DISEASE TO THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF THE BUDGET.
WASHINGTON, D.C. 1967. 19.

51.
GROLLMAN A., TURNER L., MC CLEAN J.
INTERMITTENT PERITONEAL LAVAGE IN NEPHRECTOMIZED DOGS AND = ITS APPLICATION TO THE HUMAN BEING.
ARCH INT MED. 1951. 87. 379.

52.
GUSSESSING J.
ADDITION OF AMINOACID TO THE PERITONEAL DIALYSIS FLUID.
LANCET. 1968. 1. 812.

53.
GUTCH C.
PERITONEAL DIALYSIS.
T A S A I O. 1964. 10. 406.

54.
HANDA S., GREER S.
TEN YEARS EXPERIENCE WITH CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS AT A COMMUNITY HOSPITAL.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 124.

55.
HOOGHE L., BOUTON J., HALL M.
PERITONEAL CATHETERS FOR VERY SMALL CHILDREN.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 42.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

56.
JACOB G., DEANE N.
REPEATED PERITONEAL DIALYSIS BY THE CATHETER REPLACEMENT =
METHOD: DESCRIPTION OF TECHNIQUE AND A REPLACEABLE PROSTHE=
SIS FOR CHRONIC ACCESS TO THE PERITONEAL CAVITY.
PROC EUR DIAL TRANSPLANT ASSOC. 1967. 4. 136.

57.
KARANICOLAS S., OREOPOULOS D., DOMBROS N.
INTESTINAL OBSTRUCTION AND BOWEL PERFORATION IN PATIENTS =
UNDERGOING CAPD.
E D T A. 1979. 1. 16.

58.
KARANICOLAS S., OREOPOULOS D., PHYLYPCHUCK G.
HOME PERITONEAL DIALYSIS, THREE YEARS EXPERIENCE, IN TORON=
TO.
C M A J. 1977. 116. 266.

59.
KHANNA R., OREOPOULOS D., DOMBROS N.
CAPD AFTER THREE YEARS: STILL A PROMISING TREATMENT.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 24.

60.
KHANNA R., OREOPOULOS D., VAS J.
FUNGAL PERITONITIS IN PATIENTS UNDERGOING CAPD.
E D T A. 1980. 17. 291.

61.
KHAYE M., PASEL P., SOMERVILLLE P.
FOUR YEARS EXPERIENCE WITH CAPD IN THE ELDERLY.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 17.

62.
KOLFF W., BERK H., TERWELLE Z.
DE KUNSTMATIGE NIER: EEN DIALYSATOR MET GROOT APPERVLAK.
GEENEESK. 1943. 27. 27.

63.
LASKER N.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
PENNSYLV MED. 1971. 74. 67.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

64.
LINDER A., TENCKHOFF H.
NITROGEN BALANCE IN PATIENTS ON MAINTENANCE PERITONEAL DIA=
LYSIS.
T A S A I O. 1970. 16. 255.

65.
LINDHOLM B., ALVESTRAUD A., FURST P.
METABOLIC EFFECTS OF CAPD.
E D T A. 1980. 17. 61.

66.
LOW D., VAS S., OREOPOULOS D.
PERITONITIS WITH ENTERIC BACTERIA IN PATIENTS UNDERGOING ==
CAPD.
E D T A. 1980. 17. 63.

67.
LYNCH W.
HANDBOOK OF SILICONE RUBBER FABRICATION.
VAN NOSTRAND REINHOLD CO. NEW YORK. 1978. 64.

68.
MANIS T., FRIEDMAN E.
DIALYSIS THERAPY FOR IRREVERSIBLE UREMIA.
N E J M. 1979. 301. 1322.

69.
MARQUEZ J., DOMBROS N., OSMOND H.
HYPOTENSION IN PATIENTS ON CAPD.
EXCERPTA MEDICA. 1979. 1. 263.

70.
MAXWELL M., ROCKNEY R., KLEEMAN C.
PERITONEAL DIALYSIS: TECHNIQUE AND APPLICATIONS.
JAMA. 1959. 170. 917.

71.
MERRIL J., SABBAGA E., HENDERSON W.
THE USE OF AN INLYING PLASTIC CONDUIT FOR CHRONIC PERITONEAL
IRRIGATION.
T A S A I O. 1962. 8. 252.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

72.
MONCRIEF J., NOLPH K., RUBIN J.
ADDITIONAL EXPERIENCE WITH CAPD.
T A S A I O. 1978. 24. 476.

73.
NOLPH K.
CAPD.
AM J NEPHROL. 1981. 1. 1.

74.
NOLPH K., SORKIN M., MOORE H.
AUTOREGULATION OF SODIUM AND POTASSIUM REMOVAL DURING CAPD.
T A S A I O. 1980. 26. 334.

75.
NOLPH K., SORKIN M., RUBIN J.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS, THREE YEARS EXPE=
RIENCE AT ONE CENTER.
ANN INTER MED. 1980. 92. 609.

76.
ODEL H., FERRIS D., POWER M.
PERITONEAL LAVAGE AS AN EFFECTIVE MEANS OF EXTRA-RENAL EX==
CRETION.
AM J MED. 1950. 9. 63.

77.
OREOPOULOS D.
CAPD IN THE TREATMENT OF END STAGE RENAL DISEASE.
E D T A. 1976. 16. 171.

78.
OREOPOULOS D.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
CLIN NEPHROL. 1978. 9. 165.

79.
OREOPOULOS D.
¿ DEBERIAMOS DEJARLOS MORIR ?, EL DILEMA MORAL CREADO POR =
LAS RESTRICCIONES ECONOMICAS CON RESPECTO A LOS METODOS AR=
TIFICIALES PARA PROLONGAR LA VIDA.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

80.
OREOPOULOS D.
CAPD.
N E J M. 1980. 302. 755.

81.
OREOPOULOS D.
PERITONEAL MEMBRANE, HANDLE WITH CARE.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 111.

82.
OREOPOULOS D.
THE COMING AGE OF CAPD.
DIAL AND TRANSPLANT. 1979. 8. 460.

83.
OREOPOULOS D.
SELECTION CRITERIA AND CLINICAL RESULTS OF CAPD.
PROC. IST. INT SYMP. CAPD. PARIS.
EXCERPTA MEDICA. 1979. 1. 101.

84.
OREOPOULOS D., FUNK J.
CAPD.
ANN INT MED. 1978. 89. 1009.

85.
OREOPOULOS D., GOTLOIB L., CALDERARO V.
FOR HOW LONG PERITONEAL DIALYSIS CAN BE CONTINUED ?.
C M A J. 1981. 124. 12.

86.
OREOPOULOS D., KHANNA R.
THE PRESENT AND FUTURE ROLE OF CAPD.
AM J KYDNEY DISEASES. 1982. 1. 381.

87.
OREOPOULOS D., KHANNA R., MC READY W.
CAPD IN CANADA.
DIALYSIS AND TRANSPLANT. 1980. 9. 224.

88.
OREOPOULOS D., KHANNA R., WILLIAMS P.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS.
NEPHRON. 1982. 30. 289. 293.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

89.
OREOPOULOS D., ROBSON M., IZZATT S.
A SIMPLE AND SAFE TECHNIQUE FOR CONTINOUS AMBULATORY PERI==
TONEAL DIALYSIS. (C A P D).
T A S A I O. 1978. 24. 484.

90.
OREOPOULOS D., WILLIAMS P., KHANNA R.
TREATMENT OF PERITONITIS.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 17.

91.
OREOPOULOS D., ZELLERMAN G., IZZATT S.
THE TORONTO WESTERN HOSPITAL PERMANENT PERITONEAL CATHETER
FOR CAPD CONNECTOR.
PROC 1ST. INT SYMP. CAPD. PARIS.
EXCERPTA MEDICA. 1979. 1. 234.

92.
PACIFICO A., LASKER N., FRANK M.
CARDIOVASCULAR FUNCTION IN PERITONEAL DIALYSIS.
T A S A I O. 1965. 11. 86.

93.
PALMER R.
CAPD.
2ND. INT SYMP CAPD. BERLIN.
EXCERPTA MEDICA. 1982. 1. 24.

94.
PALMER R.
PERITONEAL DIALYSIS INDWELLING CATHETER FOR CHRONIC RENAL =
FAILURE, 1963- 1968 .
C M A J. 1971. 105. 376.

95.
PALMER R., QUINTON W., GRAY J.
PROLONGED PERITONEAL DIALYSIS FOR CHRONIC RENAL FAILURE.
LANCET. 1964. 1. 700.

96.
PARSON I., HAFFEJEE A., NAICKER S.
INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO ADHESIONS COMPLICATING CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 43.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

97.
PIERRATOS A., AMAIR P., COREY P.
ANALISIS ESTADISTICO DE LA PERITONITIS EN LA CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 1. 32.

98.
PONCE S., PIERRATOS A., IZZATT S.
COMPARISON OF THE SURVIVAL AND COMPLICATIONS OF THREE PERMA
NENT PERITONEAL DIALYSIS CATHETERS.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 82.

99.
POPOVICH R., MONCRIEF J.
KINETIC MODELING PERITONEAL TRANSPORT.
CONTROVERSIES IN NEPHROLOGY. KARGER & BASED. USA. 1979. 17.
59. 72.

100.
POPOVICH R., MONCRIEF J., DECHERD J.
THE DEFINITION OF A NOVEL PORTABLE/WEARABLE EQUILIBRIUM PE=
RITONEAL DIALYSIS TECHNIQUE.
T A S A I O. 1976. 5. 64.

101.
POPOVICH R., MONCRIEF J., NOLPH K.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS. CAPD.
ANN INTERN MED. 1978. 88. 449.

102.
PRICE J.
PERSONAL COMUNNICATION EN COMO ERA EN EL PRINCIPIO.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 51.

103.
PUCKETT W., BURNS R., SHENOUDA A.
OCLUSION INTESTINAL AGUDA COMO COMPLICACION DE LA CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 51.

104. PUTNAM T.
THE LIVING PERITONEUM AS A DIALYZING MEMBRANE.
AM J PHYSIOL. 1923. 63. 548.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

105.
QUINTON W.
PERSONAL COMMUNICATION EN COMO ERA EN EL PRINCIPIO.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 16.

106.
RANDERSON D., FARRELL P.
ANALYSIS OF PERITONITIS IN CAPD.
2ND. INT SYMP. CAPD. BERLIN.
EXCERPTA MEDICA. 1981. 1. 52.

107.
ROBSON M., OREOPOULOS D.
CAPD A REVOLUTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC RENAL FAIEURE.
DIAL AND TRANSPLANT. 1978. 7. 999.

108.
ROBSON M., OREOPOULOS D., IZZATT S.
THE INFLUENCE OF EXCHANGE VOLUME AND DIALYSATE FLOW RATE ==
ON SOLUTE CLEARANCE IN PERITONEAL DIALYSIS.
AM SOC NEPRHOL MEETING. WASHINGTON D.C. 1977. 134.

109.
RUBIN J.
CAN A FEMALE ON CAPD BECOME PREGNANT ?.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 44.

110.
RUBIN J., ADAIR C., RAJU S.
COMPLICATIONS OF THE TENCKHOFF CATHETER.
T A S A I O. 1982. 11. 63.

111.
RUBIN J., ARFANIA D., NOLPH K.
PERITONEAL CLEARANCES AFTER 6 - 12 MONTHS ON CAPD.
T A S A I O. 1979. 25. 104.

112.
RUBIN J., OREOPOULOS D., BLAIR R.
CAPD IN THE MANAGEMENT OF DIABETICS WITH TERMINAL RENAL ==
FAILURE.
NEPHRON. 1977. 19. 265.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

113.
RUBIN J., ROGERS W., TAYLOR M.
PERITONITIS DURING CAPD.
ANN INTERN MED. 1980. 92. 7.

114.
SCHEFF R., ZUCHERMAN G., HARTER H.
DIVERTICULAR DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILU==
RE DUE TO POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE.
ANN INTERN MED. 1980. 92. 202.

115.
SCHREIBER M., VIDT D.
CAPD.
CLEVE CLIN Q. 1980. 47. 285.

116.
SCHUMACHER R., RIDOLFO A., MARTZ B.
PERIODIC PERITONEAL DIALYSIS FOR CHRONIC RENAL FAILURE.
ANN INTERN MED. 1964. 60. 296.

117.
SCRIBNER B., BURI R., CANEZ J.
THE TREATMENT OF UREMIA BY MEANS OF INTERMITTENT HEMODIALY=
SIS, A PRELIMINAR REPORT.
T A S A I O. 1960. 6. 114.

118.
SEGAR W., GIBSON R., RHAMY R.
PERITONEAL DIALYSIS IN INFANTS AND CHILDREN.
PEDIATRICS. 1961. 27.603.

119.
SELIGMAN A., FRANK J., FINE J.
TREATMENT OF EXPERIMENTAL UREMIA BY MEANS OF PERITONEAL IRRI
GATION.
J C I. 1946. 25. 211.

120.
SINGER H., RAPOPORT A., CRASSWELLER P.
A CASE OF TERMINAL RENAL DISEASE MAINTAINED FOR 134 DAYS BY =
INTERMITTENT PERITONEAL DIALYSIS.
C M A J. 1964. 90. 1318.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

121.
SINGH S., DALE A., MORGAN B.
CAPD, WHICH CATHETER ADAPTER ?.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 152.

122.
SLINGENEYER A., CANAUD B., MOURAD G.
SCLEROSING PERITONITIS: LATE AND SEVERE COMPLICATION OF LONG TERM HOME PERITONEAL DIALYSIS.
T A S A I O. 1983. 12. 64.

123.
SORKIN M., LUGER A., PROWAT B.
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS Y FUNCIONALES DEL PERITONEO EN = UN PACIENTE DIABETICO, DESPUES DE 34 MESES EN CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 24.

124.
STEPHANIDIS J., BALFE G., ARBUS B.
RENAL TRANSPLANTATION IN CHILDREN TREATED WITH CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 5.

125.
TENCKHOFF H.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS, A MANUAL FOR PATIENTS, DIALYSIS PERSONNEL AND PHYSICIANS.
UNIVERSITY OF WASHINGTON PRESS. 1974. 81.

126.
TENCKHOFF H.
PERITONEAL DIALYSIS TODAY, A NEW LOOK.
NEPHRON. 1974. 12. 420.

127.
TENCKHOFF H., CURTIS F.
EXPERIENCE WITH MAINTENANCE PERITONEAL DIALYSIS IN THE HOME.
T A S A I O. 1970. 16. 90.

128.
TENCKHOFF H., SCHECHTER H.
CAPD EN COMO ERA EN EL PRINCIPIO.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 16.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

129.
TENCKHOFF H., SCHECHTER H.
A BACTERIOLOGICALLY SAFE PERITONEAL ACCESS DEVICE.
T A S A I O. 1968. 14. 185.

130.
TENCKHOFF H., SHILIPETAR G., BOEN S.
ONE YEARS EXPERIENCE WITH PERITONEAL HOME DIALYSIS.
T A S A I O. 1965. 11. 11.

131.
TENCKHOFF H., SHILIPETAR G., VAN PAASCHEN W.
A HOME PERITONEAL DIALYSIS DELIVERY SISTEM.
T A S A I O. 1969. 15. 103.

132.
TENCKHOFF H., WESTON B., SHILIPETAR G.
A SIMPLIFIED AUTOMATIC PERITONEAL DIALYSIS SYSTEM.
T A S A I O. 1972. 18. 436.

133.
VALLI A., CRESCIMANO V., MIDIRI K.
EIGHTEEN MONTHS EXPERIENCE WITH A NEW (VALLI) CATHETER FOR PERITONEAL DIALYSIS.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 22.

134.
VAS S.
INDICATIONS FOR REMOVING THE PERITONEAL CATHETER.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 145.

135.
VAS S.
PERITONITIS DURING CAPD. A MIXED BAG.
PERIT DIAL BULL. 198L. 1. 47.

136.
VIDT D., SOMERVILLE J., SCHULTZ R.
A SAFE PERITONEAL ACCESS DEVICE FOR REPEATED PERITONEAL = DIALYSIS.
JAMA 1970. 214. 2293.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

137.
WEGNER G.
CHIRURGISCHE BEMERKUNGEN UBER DIE PERITONEALHOHLE, MIT BE==
SONDERER BERUCKSICHTIGUNG DER OVARIOTOME.
ARCH OF KLIN CHIR. 1877. 20. 51.

138.
WESTON R., ROBERTS M.
CLINICAL USE OF STYLET-CATHETER FOR PERITONEAL DIALYSIS.
ARCH INTERN MED. 1965. 115. 659.

139.
WILLIAMS P.
LOADING DOSES OF SECOND LINE ANTIBIOTICS FOR TREATMENT OF =
PERITONITIS.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 45.

140.
WILLIAMS P., CATTRAN D., FENTON J.
PERITONITIS ON CAPD. THREE YEARS EXPERIENCE IN TORONTO.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 7.

141.
WILLIAMS P., KHANNA R., OEOPOULOS D.
TREATMENT OF PERITONITIS ON CAPD. NO LONGER CONTROVERSY.
DIAL AND TRANSPLANT. 1981. 1. 272.

142.
WILLIAMS P., KHANNA R., VAS S.
TREATMENT OF PERITONITIS IN PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1980. 3. 14.

143.
WILLOUGHBY S.
PROBABILIDAD Y ESTADISITCA.
CONCACYT,MEXICO. 1969. 101. 123.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, == (DPCA), SE INICIO EN NUESTRO HOSPITAL EN JULIO DE 1979, Y A LA FECHA DE CONCLUSION DE ESTE ESTUDIO, DICIEMBRE DE 1983. SE HAN INSTALADO UN TOTAL DE 74 CATETERES DE TENCKHOFF, EN 57 PACIENTES, CONSIDERANDO QUE A UN MISMO ENFERMO Y POR DI== VERSAS CAUSAS QUE ANALIZAREMOS MAS ADELANTE, PUDIERON IM=== PLANTARSELE UNO O MAS CATETERES.

PARA LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO, SE RECABO INFORMACION DE VARIAS FUENTES, ESTO ES: ARCHIVOS CLINICOS, REGISTROS DE LOS SERVICIOS DE NEFROLOGIA Y CIRUGIA GENERAL DE LA UNIDAD Y ANOTACIONES PERSONALES DEL AUTOR.

DE LOS 57 EXPEDIENTES ORIGINALES, 26 NO CUMPLIERON LOS RE== QUISITOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION RETROSPECTIVA Y POR LO TANTO NO SE INCLUYEN EN EL REPORTE.

ASI, SE ANALIZAN LOS RESULTADOS Y EVOLUCION CLINICA DE LOS CASOS DE 30 ENFERMOS, CON UN TOTAL DE 46 INSTALACIONES.

NO SE UTILIZO NINGUN CRITERIO RIGIDO DE SELECCION DE LOS == CASOS, POR LO QUE ESTA ES UNA MUESTRA ALEATORIA.

LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS, UTILIZADA EN EL PROTOCO= LO, SE DESCRIBE A CONTINUACION:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA CAPD.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

NO.
NOMBRE.
CEDULA.
SEXO.
EDAD.
OCUPACION.
ESTADO CIVIL.
ESCOLARIDAD.
MEDIO SOCIOECONOMICO.
PACIENTE TRABAJADOR.
ENFERMO AUTOSUFICIENTE PARA TRATAMIENTO.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

DIAGNOSTICO.
TIEMPO DE EVOLUCION.
SINTOMAS PRINCIPALES.
TRATAMIENTO PREVIO.
CRITERIOS DE SELECCION DE INGRESO.
MOTIVO DEL CAMBIO A DPCA.

FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA.
FECHA DE INSTALACION DEL CATETER.
FECHA INICIO DIALISIS.
VOLUMEN DE SOLUCION DE DIALISIS DE INICIO.

INSTALACION.
CATETER.
CONECTOR.
BOLSA.
SOLUCION.
GUIA.
EQUIPO TRANSFERENCIA.

CIRUJANO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TECNICA QUIRURGICA.
INCISION.
DIMENSIONES.
SITIO.
ANESTESIA.
ASEPSIA-ANTISEPSIA.
MATERIAL DE SUTURA.
SITIO DE DIRECCION DEL CATETER.
TUNEL SUBCUTANEO.
TIEMPO QUIRURGICO.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS.
DOLOR.
MAL FUNCIONAMIENTO.
ENTRADA LIQUIDO.
SALIDA LIQUIDO.
HEMORRAGIA.
INFECCION.
SALIDA DEL CATETER.
DEHISCENCIA.
FUGA DE LIQUIDO.
PERFORACION DE ORGANOS INTRAABDOMINALES.
CATETER ACODADO.
CATETER EN POSICION INCORRECTA.
ANESTESIA.
OTRAS.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDIAS.
DOLOR.
LUMBALGIA.
MAL FUNCIONAMIENTO.
ENTRADA LIQUIDO.
SALIDA LIQUIDO.
SALIDA CATETER.
EROSION DE LAS CAMISAS DE FIJACION.
FUGA DE LIQUIDO.
HERNIAS.
OCLUSION INTESTINAL.
ADHERENCIAS PERITONEALES.
OTROS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERITONITIS.
SINTOMAS.
DETECCION. LIQUIDO TURBIO.
FIEBRE.
DOLOR ABDOMINAL.
IRRITACION PERITONEAL.
OBSTRUCCION PARCIAL.
CELULARIDAD.
CULTIVOS.
VIA CONTAMINACION.
TRATAMIENTOS.

RETIRO DEL CATETER.
MOTIVO.
HALLAZGOS.
CULTIVOS CATETER.

REINSTALACIONES.

DATOS CLINICOS.
PRESION ARETRIAL.
PESO.
REHABILITACION.
REMISION DE LOS SINTOMAS.
APETITO.
LIBIDO.
MENSTRUACION.
EMBARAZO.
DEPORTES.

DATOS LABORATORIO.
HEMOGLOBINA.
HEMATOCRITO.
LEUCOCITOS.
UREA.
CREATININA.
ACIDO URICO.
GLUCOSA.
ALBUMINA.
SODIO.
POTASIO.

MOTIVO EGRESO PROGRAMA.
FECHA EGRESO.

DEFUNCION.
CAUSAS.
NECROPSIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* EDAD Y SEXO.

DE LOS 30 PACIENTES ESTUDIADOS, 18 FUERON HOMBRES (60%) Y 12 MUJERES (40%), LA EDAD PROMEDIO FUE DE 48.9 SIENDO EL MAS JOVEN DE 13 AÑOS Y EL MAYOR DE 78. (TABLA 4).

* MEDIO SOCIOECONOMICO.

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE TRABAJO SOCIAL, SE CLASIFICO A LOS PACIENTES SEGUN SU CONDICION SOCIOECONOMICA EN: BAJO 66% (20 PACIENTES), MEDIO 26.6% (8) Y ALTO 6.6% (2).

* ETIOLOGIA.

LA TABLA 5, MUESTRA LAS CAUSAS DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DE LOS ENFERMOS ESTUDIADOS EN ESTE TRABAJO.
CABE SEÑALAR EL HECHO DE QUE LA MAYORIA DE LOS ENFERMOS SON PORTADORES DE NEFROPATIA DIABETICA. 17 ENFERMOS (56.5%).

* TRATAMIENTO PREVIO.

DE LOS ENFERMOS ESTUDIADOS 22 (73.3 %), SE ENCONTRABAN EN DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE CON CATETER RIGIDO TEMPO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4. EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DPCA.

NO.	PACIENTE.	SEXO.	EDAD.
1	C.A.J.A.	M.	13.
2	C.B.G.	F.	67.
3	G.M.R.E.	F.	18.
4	C.A.G.A.	M.	28.
5	G.G.E.	M.	67.
6	N.P.E.	M.	58.
7	M.S.M.	F.	65.
8	C.M.M.R.	F.	78.
9	G.F.E.	F.	24.
10	S.B.J.	M.	63.
11	C.R.L.C.	F.	63.
12	D.I.R.	M.	48.
13.	T.O.M.L.	F.	15.
14.	G.H.A.	M.	58.
15.	H.F.R.M.	F.	31.
16.	B.P.J.	M.	34.
17.	C.M.J.	M.	57.
18.	A.M.J.	M.	63.
19.	C.Z.P.	M.	68.
20.	Z.T.A.	M.	46.
21.	P.F.R.	M.	62.
22.	C.V.T.	F.	38.
23.	G.J.M.	F.	50.
24.	J.E.A.	F.	36.
25.	S.O.E.	M.	39.
26.	C.R.J.M.	M.	60.
27.	N.R.A.	M.	52.
28.	P.R.M.	F.	43.
29.	V.M.M.	M.	63.
30.	C.V.R.	M.	60.

EDAD PROMEDIO. 48.9
DESVIACION ESTANDAR 17.6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RAL, 7 (31.8 %), PERTENECIAN AL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA INTRAHOSPITALARIA Y 1 (3.3 %), HABIA SIDO TRANS= PLANTADO Y CURSABA CON RECHAZO CRONICO.

ASI, EL MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA FUE DE LA SIGUIENTE MANERA: PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL (IRCT), 20 = (66.6 %), ENFERMOS CON DIFICIL ACCESO VASCULAR PERIFERICO 6 = (20 %), NIÑOS 2 = (6.6 %), PA==== CIENTES CON ANGOR 1 = (3.3 %) Y SUJETOS TRANSPLANTADOS = CON RECHAZO CRONICO 1 = (3.3 %).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5. ETIOLOGIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

DIAGNOSTICO.	NO. PTS.	%
DIABETES MELLITUS II.	17	56.55
GLOMERULONEFRITIS CRONICA.	5	16.66
PIELONEFRITIS CRONICA.	3	10.00
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.	1	3.33
NEFRITIS INTERSTICIAL HEREDITARIA.	1	3.33
CAUSA NO DOCUMENTADA.	3	10.00
TOTAL	30	100.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* TECNICA QUIRURGICA.

EN TODOS LOS CASOS ANALIZADOS, LA IMPLANTACION DEL CATETER FUE LLEVADA A CABO MEDIANTE ESTRICTA TECNICA QUIRURGICA, == TAL COMO SE DESCRIBE EN EL MANUAL DE TENCKHOFF. (125).
TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE INSTALACION, ASI COMO LOS DE RE TIRO SE REALIZARON EN LA SALA DE OPERACIONES, RESPETANDO == LOS PRINCIPIOS ELEMENTALES DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.
UN SOLO CIRUJANO SE ENCARGO DE TODOS LOS ACTOS QUIRURGICOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA DPCA, LO QUE DISMINUYO CONSI= DERABLEMENTE LAS COMPLICACIONES.
LA TECNICA EMPLEADA FUE COMO SIGUE:
PREOPERATORIO.

- EL CIRUJANO QUE REALIZA EL PROCESO, REEXPLORA AL ENFERMO, ENFATIZANDO EN LA PRESENCIA DE CICATRICES PREVIAS, HERNIA, ORGANOMEGALIAS, DISTENSION ABDOMINAL, ILEO, TUMORACIONES, ETC., QUE CONTRAINDIQUEN EL ACTO QUIRURGICO.
- EN CASO DE QUE EXISTAN HERIDAS DE PUNCIONES ABDOMINALES = PREVIAS, INFECTADAS O POTENCIALMENTE CONTAMINADAS, SE == POSPONE LA CIRUGIA.
- SI SE REQUIEREN PUNCIONES ABDOMINALES PARA DIALISIS DURAN TE ESTE PERIODO, ESTAS SE REALIZAN EN LOS FLANCOS, DE PRE FERENCIA EN EL IZQUIERDO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- SI NO ES POSIBLE RETARDAR LA CIRUGIA, LOS SITIOS CONTAMI= NADOS SE EVITAN EN UNA DISTANCIA DE 5 CM.
- EN LOS ENFERMOS CON MULTIPLES PUNCIONES ABDOMINALES PRE== VIAS DONDE LO ANTERIOR NO SEA POSIBLE, SE ESCOGE ALTERNA= TIVAMENTE EL CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO DEL ABDOMEN.
- SOLO EN ESOS CASOS SE UTILIZAN ANTIMICROBIANOS EN EL PREO= PERATORIO. NO SE USAN EN FORMA PROFILACTICA.
- EN SU UNIDAD, SE RASURA AL ENFERMO DESDE EL APENDICE XI== FOIDES HASTA EL PUBIS, POSTERIORMENTE ES LAVADO CON JABON ANTISEPTICO DE HEXACLOROFENO.
- SI ES NECESARIO SE ADMINISTRAN LAXANTES O MICROENEMAS Y = SE VERIFICA SU EFECTO.
- EN CASO DE POSIBLES FUENTES DE INFECCION, (COLOSTOMIAS,= ILEOSTOMIAS, QUEMADURAS, ETC.), ESTAS SE LAVAN CUIDADO== SAMENTE CON TECNICA ASEPTICA Y SE PROTEGEN MEDIANTE CU=== BIERTAS DE MATERIAL PLASTICO.
- EL ESTOMAGO DEBE ESTAR VACIO, POR LO QUE SE MANTIENE AL EN FERMO EN AYUNO ENTRE 8 Y 12 HORAS PREVIAS A LA CIRUGIA. = SI ES NECESARIO SE INSTALA SONDA DE LEVINE.
- SE VACIA LA VEJIGA SOLICITANDO AL ENFERMO QUE ORINE ANTES DE PASAR AL QUIROFANO, EN PACIENTES INCONCIENTES O COMA== TOSOS SE INSTALA SONDA VESICAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- SE ENVIA AL ENFERMO A LA SALA DE OPERACIONES.

TRANSOPERATORIO.

- NO SE UTILIZA SEDACION PREOPERATORIA.
- SOLO EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS, EN LOS PACIENTES COMATOSOS O EN SUJETOS POCO COOPERADORES, SE UTILIZA ANESTESIA GENE== RAL ENDOVENOSA, DEL TIPO BALANCEADA, PARA ASEGURAR LA ES= TERILIDAD DEL CAMPO OPERATORIO Y FACILITAR EL PROCEDIMIEN TO.
- SE REALIZA LAVADO MECANICO QUIRURGICO CON ISODINE ESPUMA.
- SE DELIMITA EL AREA QUIRURGICA, CON ISODINE SOLUCION.
- SE COLOCAN PAÑOS ESTERILES O STERI-DRAPE, EXPONIENDO UN = CAMPO OPERATORIO APROXIMADO DE 15 X 20 CM.
- SE INFILTRA EL SITIO DE LA INCISION CON LIDOCAINA AL 1% = SIMPLE.
- SE REALIZA INCISION MEDIA INFRAUMBILICAL A 3 CM., DE LA = CICATRIZ UMBILICAL, CON UNA LONGITUD DE 4 A 5 CM. (FIGURA 3.).
- SE DISECA EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y SE ABORDA LA APO NEUROSIS DE LOS MUSCULOS RECTOS ANTERIORES DEL ABDOMEN, = LA QUE SE INCIDE LONGITUDINALMENTE.(FIGURA 4).
- SE EXTIENDE LA INFILTRACION ANESTESICA A LOS PLANOS PRO== FUNDOS.
- A TRAVES DE LA INCISION EN LA LINEA ALBA, SE IDENTIFICA =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

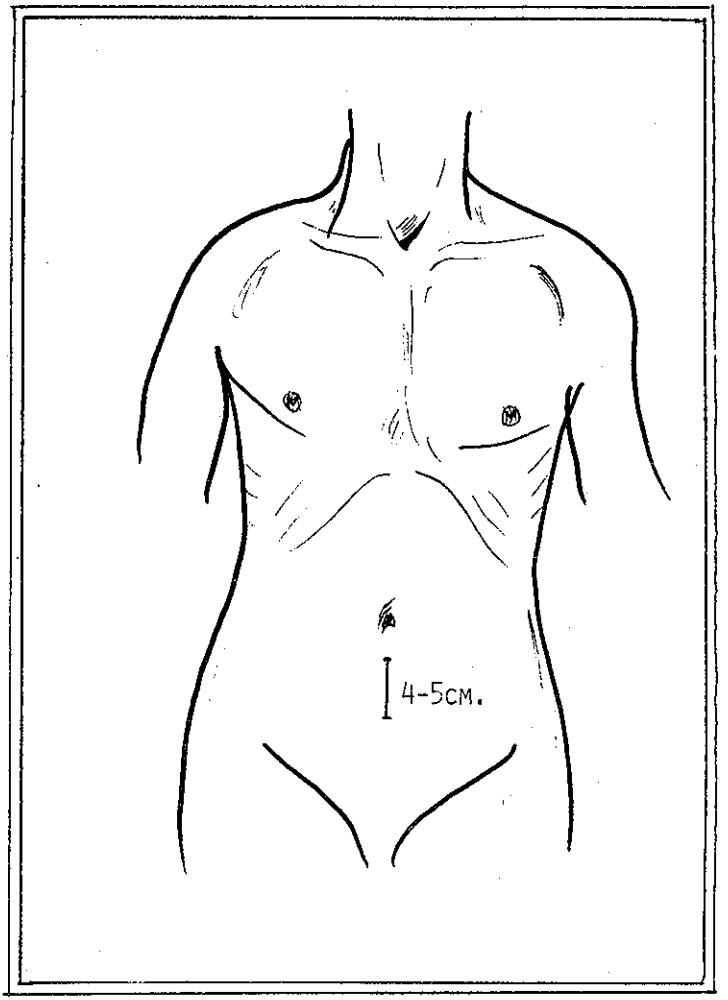
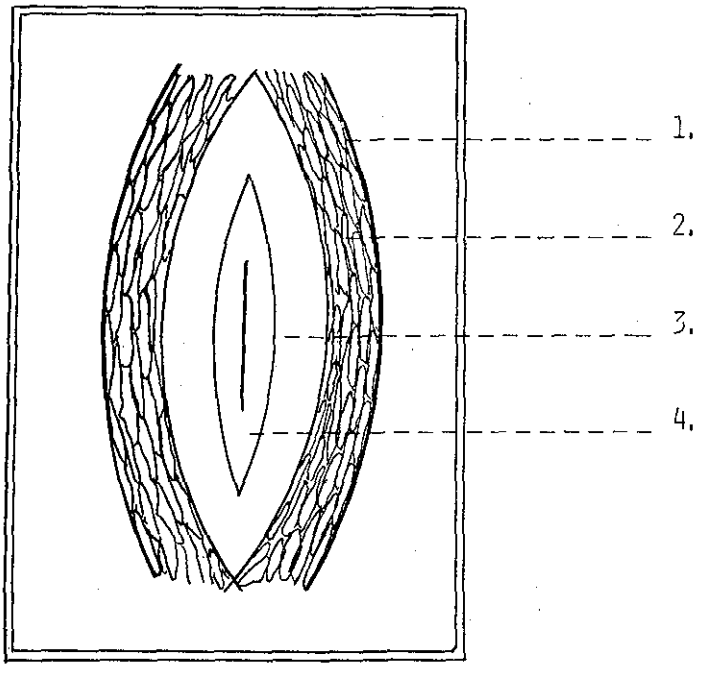


FIGURA 3. INCISION MEDIA INFRAUMBILICAL
PARA LA COLOCACION DEL CATETER DE TENCKHOFF.

FIGURA 4. INCISION DE APONEUROSIS E IDENTIFICACION DE LA MEMBRANA PERITONEAL.



1. PIEL.
2. TEJIDO CELULAR SUBCTUTANEO.
3. APONEUROSIS.
4. PERITONEO.

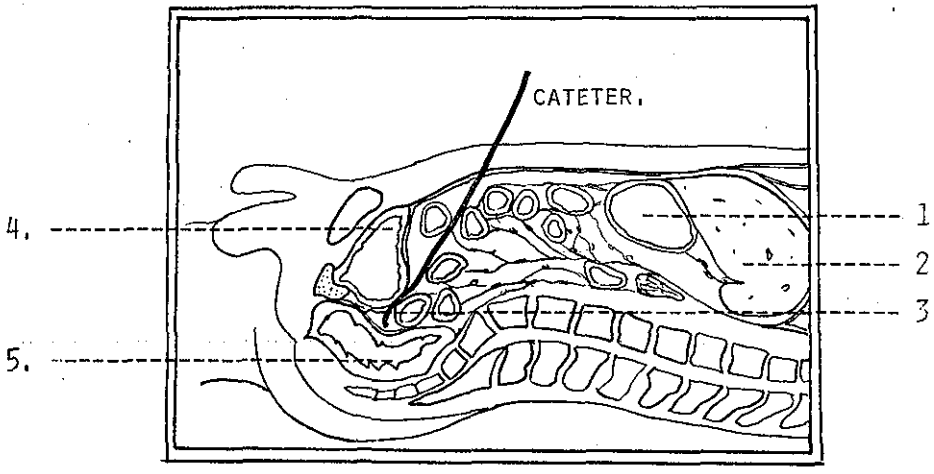
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EL PERITONEO, EL QUE SE TOMA ENTRE DOS PINZAS HEMOSTATI== CAS, SECCIONANDOSE APROXIMADAMENTE 1 CM., VERIFICANDO AN= TES LA AUSENCIA DE VISCERAS EN EL SITIO DE PINZAMIENTO.

- SE APLICA UNA JARETA DE CATGUT CROMICO 0, SOBRE EL SITIO INCIDIDO.
- CON AUXILIO DE UN ESTILETE DE CATETER RIGIDO DE WESTON == Y ROBERTS, EL QUE SE ANGULA APROXIMADAMENTE 120°, SE IN== SERTA EL CATETER A TRAVES DEL ORIFICIO PERITONEAL EN LA = DIRECCION DESEADA. SE PREFIERE EL HUECO PELVICO. (FIGURA 5).
- NO SE INSTILA NINGUNA SOLUCION INTRAPERITONEAL ANTES DE = LA INSERCION DEL CATETER.
- SIN MODIFICAR LA POSICION Y DIRECCION DEL CATETER, SE ANU DA LA JARETA, FIRMEMENTE, SIN APRETAR EL CATETER.
- SE VERIFICA QUE LA 1A. " CAMISA " DE DACRON, ESTE SITUADA JUSTO POR ENCIMA DEL PERITONEO.
- SE APLICA UN PUNTO SIMPLE DE FIJACION ENTRE EL PERITONEO Y EL ANILLO DE DACRON CON CATGUT CROMICO 0.
- SE VERIFICA LA PERMEABILIDAD, HERMETICIDAD Y FUNCIONA==== MIENTO DEL CATETER, INSTILANDO 2,000 CC., SOLUCION DE DIA LISIS PERITONEAL A 37°C., CERCIORANDOSE QUE NO EXISTAN FU GAS.
- SE EXTRAE EL LIQUIDO DE DIALISIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5. DIRECCION Y COLOCACION DEL CATETER .



1. ESTOMAGO.
2. HIGADO.
3. HUECO PELVICO.
4. VEJIGA.
5. RECTO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

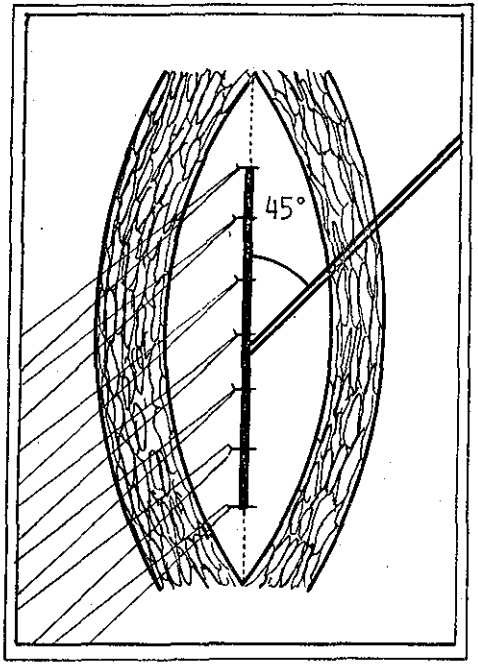
- MANTENIENDO UNA ANGULACION DE 45° ENTRE EL CATETER Y EL EJE LONGITUDINAL DEL PACIENTE, SE SUTURA LA APONEUROSIS CON PUNTOS SEPARADOS DE SEDA O PROLENE 0. (FIGURA 6).
- SE AMPLIA EL AREA INFILTRADA, Y SE REALIZA PREFERENTE=== MENTE EN DIRECCION CAUDAL EL TUNEL SUBCUTANEO, DE TAL == MANERA QUE EL 2o. ANILLO DE DACRON, QUEDE JUSTO POR DEBA JO DEL SITIO DE EMERGENCIA DEL CATETER.
- NO SE APLICAN SUTURAS EN EL SITIO DE SALIDA DEL CATETER= A TRAVES DE LA PIEL.
- SE SUTURA EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO CON CATGUT CROMI= CO 000, CON PUNTOS SEPARADOS.
- SE SUTURA LA PIEL CON PUNTOS SARNOFF Y DERMALON 000.
- SE COMPRUEBA UNA VEZ MAS LA PERMEABILIDAD Y HERMETICIDAD DEL SISTEMA.
- NO SE UTILIZA HEPARINA EN EL 1o. " BAÑO " DE DIALISIS.
- SE CUBRE LA HERIDA CON APOSITOS ESTERILES SECOS.
- EL CONECTOR Y EL EQUIPO DE TRANSFERECNIA SON INSTALADOS EN SUS SITIOS, Y SE CUBREN CON GASAS EMBEBIDAS EN ISODI= NE SOLUCION.
- SE TRANSLADA AL ENFERMO A SU UNIDAD DE PROCEDENCIA.

POSTOPERATORIO.

- NO ES NECESARIO NINGUN CUIDADO POSTOPERATORIO ESPECIAL.
- EL ENFERMO PUEDE INICIAR VIA ORAL CUANDO LO DESEE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 6. SUTURA DEL PLANO APONEUROTICO.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- SE INICIA LA DIALISIS DE INMEDIATO, CON RECAMBIOS DE 2,000 CC. DE SOLUCION DE DIALISIS, CADA UNO.
- DEBEN CORREGIRSE EN EL MISMO ACTO QUIRURGICO TODOS LOS DEFECTOS HERNIARIOS DE LA PARED ABDOMINAL. EN CUYO CASO LA DIALISIS SE INICIA DE 48 A 72 HORAS DE POSTOPERATORIO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* TECNICA DE DIALISIS.

EN NUESTRA UNIDAD, EL PROCEDIMIENTO DE DPCA, SE LLEVA A CABO, BASICAMENTE, COMO SIGUE: (24).

- EL ENFERMO Y-O SU FAMILIAR AYUDANTE SE ENTRENAN DURANTE LOS TRES DIAS POSTERIORES A LA INSTALACION DEL CATETER,= ASEGURANDOSE DE QUE OBSERVEN ESTRICTA ASEPSIA EN LA TEC= NICA, ANTES DE QUE EL ENFERMO SEA EGRESADO DEL HOSPITAL.
- SE CONECTA LA BOLSA DE SOLUCION DE DIALISIS, MEDIANTE EL ADAPTADOR DEL CATETER Y EL EQUIPO DE TRANSFERENCIA.
- LOS RECAMBIOS SON DE 2,000 CC. CADA UNO.
- LA SOLUCION SE ADMINISTRA A 37°C.
- EN LOS NIÑOS SE CALCULA EL VOLUMEN A ADMINISTRAR A RA=== ZON DE 15-30 CC. POR KG. DE PESO.
- SE UTILIZA SOLUCION DE DIALISIS CON DEXTROSA, EN UNA === CONCENTRACION AL 1.5 %, OCASIONALMENTE SE UTILIZAN SOLU= CIONES AL 2.5% Y 4.25%.
- NO SE USAN SOLUCIONES HIPERTONICAS EN ENFERMOS HIPERTEN= SOS.
- SE INSTILA LA SOLUCION Y LA BOLSA VACIA SE DOBLA Y SE COLOCA POR DEBAJO DE LA ROPA DEL ENFERMO.
- AL FINAL DEL PERIODO DE DIFUSION, EL LIQUIDO SE DRENA == POR GRAVEDAD, EN LA MISMA BOLSA, LA QUE AL LLENARSE SE =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESECHA Y SUBSTITUYE POR OTRA NUEVA.

- SE CAMBIA EL SISTEMA DE TRANSFERENCIA CADA SEMANA.
- LA MAYORIA DE LOS ENFERMOS REQUIEREN CUATRO BOLSAS DE 2,000 CC., AL DIA, POR LO QUE SE SUGIERE EL HORARIO: 8:00, 12:00, 16:00 Y 20:00 HRS., PARA EFECTUAR LOS RECAMBIOS.
- LOS PACIENTES CON CIFRAS DE CREATININA DE 10 MG./DL., O MENORES, UTILIZAN TRES BOLSAS AL DIA, Y LOS QUE TIENEN CREATININA SERICA DE 18 MG./DL. O MAS, REQUIEREN CINCO BOLSAS AL DIA (41).
- ANTES DE SER DADO DE ALTA, SE ADIESTRA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA, PARA LA DETECCION OPORTUNA DE PERITONITIS, MEDIANTE EL EXAMEN DEL LIQUIDO Y LA PRESENCIA DE SINTOMAS SUGESTIVOS.
- NO HAY RESTRICCION DE ACTIVIDAD FISICA DE LOS ENFERMOS.
- LAS RESTRICCIONES DIETETICAS SON MINIMAS, SE SUGIEREN DIETAS HIPERPROTEICAS.
- EL ENFERMO ASISTE PARA CONTROL UNA VEZ POR SEMANA A LA CONSULTA EXTERNA DE NEFROLOGIA.
- SEMANARIAMENTE SE REALIZA UNA SESION INTER-PACIENTES, CON LA COLABORACION DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA, PARA INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y PSICOTERAPIA DE GRUPO.
- EN CASO DE PERITONITIS DE DIFICIL MANEJO, SE RETIRA EL CATETER.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* MATERIALES.

LOS MATERIALES UTILIZADOS FUERON:

- CATETER DE TENCKHOFF, PARA DIALISIS PERITONEAL CRONICA,= TIPO ADULTO.
  PHYSIO CONTROL.
  (10129.01).

- ADAPTADOR DE TITANIO.
  BAXTER-TRAVENOL.
  (5 c 4168).

- EQUIPO DE TRANSFERENCIA PARA SOLUCIONES DE DPCA, CON CO= NECTOR LUER-LOCK.
  TRAVENOL.
  (5 c 4160).

- SOLUCION DE DIALISIS PERITONEAL DIANEAL, EN CONCENTRACIO NES DE DEXTROSA AL 1.5 %, 2.5 % Y 4.25 %.
  TRAVENOL.
  (ABB 5346).

- TAPON DE CIERRE HERMETICO PARA CATETER TENCKHOFF.
  BAXTER-TRAVENOL.
  (5 c 4169).

- ESTILETE TROCATH ADULTO.
  MC GAW.
  (M 7130).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS.

EN EL ESTUDIO SE ANALIZAN LOS SIGUIENTES PARAMETROS:

- DATOS CLINICOS. (REMISION DE SINTOMAS, PRESION ARTERIAL, MODIFICACIONES DE PESO CORPORAL Y REHABILITACION). LA - PRESION ARTERIAL SE INFORMA COMO PRESION ARTERIAL MEDIA Y LOS CAMBIOS PONDERALES SE ANOTAN COMO EL PROMEDIO DE - LA PERDIDA DE PESO DE LOS ENFERMOS, EN RELACION CON EL - PESO ANTES DE INCIAR EL PROGRAMA.
- DATOS DE LABORATORIO. (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, UREA,= CREATININA, ACIDO URICO, GLUCOSA, ALBUMINA, SODIO Y PO== TASIO).
- COMPLICACIONES. (INMEDIATAS Y TARDIAS).
- MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS SE INFORMAN EN 5 ETAPAS, ESTO ES= DE ACUERDO AL TIEMPO EN QUE LOS PACIENTES PERMANECIERON = EN EL PROGRAMA, DE ESTA FORMA, EXISTIERON 5 ESTADIOS:

ETAPA I.	AL INGRESO AL PROGRAMA.
ETAPA II.	A LOS DOS MESES.
ETAPA III.	A LOS SEIS MESES.
ETAPA IV.	AL AÑO.
ETAPA V.	A LOS DOS AÑOS O MAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EN LAS TABLAS DE RESULTADOS, LAS CIFRAS ANOTADAS SON EL == PROMEDIO DE LAS MUESTRAS ESTUDIADAS, CON UNA DESVIACION == ESTANDAR.

EL GRADO DE PROBABILIDAD (P) DE QUE LAS DIFERENCIAS OBSER= VADAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS AL COMPARARLAS CON LA ETA== PA DE INICIO, HAYAN SIDO SIGNIFICATIVAS, SE ESTUDIO CON LA PRUEBA (T) DE STUDENT.

SE CONSIDERARON SIGNIFICATIVAS LAS (P) MENORES DE 0.05.

EN LAS ETAPAS IV Y V, COMO EL NUMERO DE ENFERMOS FUE INSU= FICIENTE, NO SE OBTUVIERON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

(22) (25) (90) (97) (134) (143).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S .

SE INSTALARON 46 CATETERES EN 30 PACIENTES, EL TIEMPO QUI= RURGICO VARIO DE 20 A 60 MINUTOS CON UN PROMEDIO DE 32 MI= NUTOS .

DEL TOTAL DE 30 PACIENTES, 29 (96.6 %), COMPLETARON DOS MESES EN EL PROGRAMA CAPD, 16 ENFERMOS (53.3 %), ALCANZA RON 6 MESES EN EL ESTUDIO. 9 DE ELLOS (30 %), LLEGARON A LOS 12 MESES Y SOLO 3 PACIENTES (10 %), COMPLETARON 24 = MESES O MAS AL MOMENTO DE CONCLUIR EL TRABAJO.

EN LA TABLA 6 SE RESUMEN LOS RESULTADOS DE LOS DATOS CLI== NICOS ESTUDIADOS.

LA REMISION DE LOS SINTOMAS SE INFORMA COMO EL NUMERO DE = ENFERMOS SIN SINTOMAS, SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES DE CADA ETAPA.

LA PRESION ARTERIAL SE ANOTA COMO PRESION ARTERIAL MEDIA,- (PAM), CON UNA DESVIACION ESTANDAR.

EL PESO CORPORAL SE INFORMA COMO MEDIA EN KG. ± 1 DESVIA== CION ESTANDAR. LAS CIFRAS NEGATIVAS SIGNIFICAN DISMINUCION DE PESO.

EN LA TABLA 7, SE MUESTRAN LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO, EN LAS DIFERENTES ETAPAS, SE ANOTAN LOS PRO= MEDIOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR. LOS ASTERISCOS SEÑALAN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 6. DATOS CLINICOS DE LOS PACIENTES EN DPCA.

	ETAPA I.	ETAPA II.	ETAPA III.	ETAPA IV.	ETAPA V.
NO.PACIENTES.	30.	29.	16.	9.	3.
CONTROL DE SINTOMAS. ASINTOMATICOS/TOTAL.	0 / 30.	24 / 29.	13 / 16.	9 / 9.	3 / 3.
PRESION ARTERIAL MEDIA. EN MM/HG. MEDIA ± D.E.	131 ± 14.	110 ± 16.	107 ± 11.	107 ± 17.	112 ± 4.
PESO CORPORAL. MEDIA ± 1 D.E. EN KG.	0.	- 4.3 ± 3.3.	- 2.6 ± 2.3.	- 1.1 ± 2.3	- 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 7. DATOS DE LABORATORIO DE LOS PACIENTES EN DPCA, PROMEDIOS ± 1 D.E.

	ETAPA I.	ETAPA II.	ETAPA III.	ETAPA IV.	ETAPA V.
NUMERO DE PACIENTES.	30	29	16	9	3
HEMOGLOBINA. (G./DL.).	7.9 ± 1.5	9.2 ± 1.3 *	9.5 ± 1.4 *	8.8 ± 0.6	8.4 ± 0.5
HEMATOCRITO. (%).	25.6 ± 4.8	29.7 ± 3.4 *	29.9 ± 4	27.8 ± 1.9	27 ± 1.4
UREA. (MG./DL.).	230 ± 96	75 ± 29 *	79 ± 28 *	99 ± 6.9 *	106 ± 9.2
CREATININA. (MG./DL.).	11.9 ± 5.3	8.3 ± 2.9 *	8 ± 3 *	8 ± 2.1	10 ± 1.4
ACIDO URICO. (MG./DL.).	5.1 ± 1.6	3.9 ± 1.4 *	3.7 ± 1.4	4.6 ± 1.2	4 ± 0.7
GLUCOSA. (MG./DL.).	96 ± 16	85 ± 14	83 ± 14	83 ± 13	75 ± 14
ALBUMINA. (G./DL.).	3.6 ± 0.76	3.1 ± 0.5 *	3.2 ± 0.5	3.4 ± 0.4	3 ± 0.1
SODIO. (MEQ./L.).	137 ± 5.4	140 ± 4.4	141 ± 1.5	141 ± 2.5	139 ± 0.7
POTASIO. (MEQ./L.).	4.7 ± 0.9	4.8 ± 0.7	5.1 ± 0.9	5.2 ± 0.6	5.1 ± 0.8

* (P) MENORES DE 0.05.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SI HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS AL COMPARAR LOS RESULTA
DOS CON LOS DE LA ETAPA INICIAL., (P) MENORES DE 0.05.
12 PACIENTES (40 %), TRABAJARON NORMALMENTE DURANTE LA =
DPCA, 18 (60 %), NO SE REINTEGRARON A SUS ACTIVIDADES ==
NORMALES.
5 PACIENTES (16.6 %), EFECTUABAN LA DIALISIS POR ELLOS
MISMOS Y LOS 25 RESTANTES (63.3 %) REQUERIAN DE LA AYUDA
DE UN FAMILIAR.
DE LAS 12 MUJERES, 3 PRESENTARON MENSTRUACION NORMAL, DEN=
TRO DE LOS PRIMEROS 6 MESES DE DPCA. NINGUNA SE EMBARAZO.
PERITONITIS.
DE LOS 30 PACIENTES 25 (83.3 %), PRESENTARON ESTA COM===
PLICACION EN UNA OCASION, 18 (60 %), EN 2 Y 7 (23.3 %)
EN TRES O MAS OCASIONES.
15 PACIENTES NO RESPONDIERON AL TRATAMIENTO DE ELECCION, Y
FUE NECESARIO RETIRAR EL CATETER PARA EL CONTROL DE LA IN=
FECCION.
LA INFECCION SE DETECTO POR LIQUIDO TURBIO EN EL 92 % DE =
LOS CUADROS, DOLOR ABDOMINAL EN EL 88 %, FIEBRE 72 %, IRRI
TACION PERITONEAL EN 36 % Y OBSTRUCCION PARCIAL EN 8 %.
SE ACUMULARON UN TOTAL DE 270 MESES PACIENTE, Y SE DOCU==
MENTARON UN TOTAL DE 50 EPISODIOS DE PERITONITIS, LO QUE =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICA UN PERIODO DE INFECCION CADA 5.8 MESES PACIENTE.

LOS GERMENES MAS FRECUENTEMENTE AISLADOS FUERON: E.COLI = EN EL 92 % DE LOS CULTIVOS, KLEBSIELLA EN EL 32 %, ESTA=== FILOCOCO DORADO EN UN 16 %, PSEUDOMONA EN UN 16 % Y ACINE= TOBACTER EN EL 8 %.

NO FUE POSIBLE IDENTIFICAR LA VIA DE CONTAMINACION EN TO== DOS LOS CASOS.

EL TRATAMIENTO SE LLEVO A CABO EN EL 100 % DE LOS CASOS == CON AMPICILINA Y/O GENTAMICINA COMO ANTIMICROBIANOS DE 1A. OPCION. COMO ANTIBIOTICOS DE 2A. OPCION SE UTILIZARON CEFA LOSPORINAS EN 46 %. COMO YA SE SEÑALO, LA INFECCION PERSIS TENTE REBELDE A MANEJO O CON SINTOMATOLOGIA CLINICA SEVERA, INDICO EL RETIRO DEL CATETER.

(139) (140) (141) (142).

UN ENFERMO SOLICITO POR MOTIVOS RELIGIOSOS QUE SE LE RETI= RARA EL CATETER.

COMPLICACIONES INMEDIATAS.

DOS CATETERES FUERON COLOCADOS EN POSICION INCORRECTA, SIENDO NECESARIO REINSTALARLOS EN LAS PRIMERAS 24 HRS., DE POSTO= PERATORIO.

UN ENFERMO PRESENTO INTOXICACION SEVERA CON XILOCAINA, DE= SENCADENO ARRITMIA CARDIACA Y FALLECIO EN LAS PRIMERAS HO= RAS DE POSTOPERATORIO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNA PACIENTE POCO COOPERADORA, REQUIRIO ANESTESIA GENERAL, SE UTILIZO ALFADOLONA-ALFAXOLONA Y PRESENTO DEPRESION RES= PIRATORIA IMPORTANTE, QUE SE MANEJO CON VENTILACION ASIS== TIDA, DURANTE 35 HORAS.

UNA HERIDA SE CONTAMINO POR LA PRESENCIA DE UN ABSCESO EN= TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, Y FUE NECESARIO DESBRIDARLA Y = RETIRAR EL CATETER EN LAS PRIMERAS 48 HRS., DE POSTOPERA== TORIO.

COMPLICACIONES TARDIAS.

UN ENFERMO A LOS DOS MESES DE TRATAMIENTO Y OTRO A LOS 9,= PRESENTARON OBSTRUCCION AL FLUJO DE SALIDA DEL LIQUIDO DE= DIALISIS, COMPROBANDOSE EN AMBOS CASOS MEDIANTE CATETERO== GRAFIA CON FLUOROSCOPIA, LA EXISTENCIA DE MECANISMO DE VAL VULA POR INTERFERENCIA MECANICA DEL EPIPLON, EN LOS DOS PA CIENTES SE RETIRO EL CATETER Y POSTERIORMENTE SE LES INSTA LO UNO NUEVO.

UNA PACIENTE CURSO CON OCLUSION INTESTINAL A LOS 6 MESES = DE TRATAMIENTO, AMERITO LAPAROTOMIA EXPLORADORA, IDENTIFI== CANDOSE UNA HERNIA UMBILICAL COMPROMETIDA, LA QUE SE REPA== RO, INSTALANDOSE AL MISMO TIEMPO OTRO CATETER.

UN ENFERMO REPORTO SALIDA ESPONTANEA DEL CATETER A LOS 45 = DIAS DE INSTALADO, SE RECOLOCO UNO NUEVO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SOLO TRES ENFERMOS CURSARON CON LUMBALGIA, SE MANEJARON A = BASE DE FISIOTERAPIA.

TODOS LOS ENFERMOS PRESENTARON HIPOALBUMINEMIA, SE INSISTIO EN APORTE ADECUADO DE PROTEINAS EN LA DIETA. NUNCA SE UTILIZO NUTRICION PARENTERAL TOTAL NI ADICION DE AMINOACIDOS EN LA SOLUCION DE DIALISIS.

MORTALIDAD.

AL CONCLUIR EL ESTUDIO, HAN FALLECIDO 18 ENFERMOS (60 %), Y VIVEN 12 (40 %).

LA TABLA 8 INFORMA DE LAS CAUSAS DE DEFUNCION DE LOS ENFERMOS FALLECIDOS DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO, LA FUENTE DE OBTENCION DE LOS DIAGNOSTICOS SON LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION DE LOS PACIENTES. NO SE HIZO NINGUNA NECROPSIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. CAUSAS DE DEFUNCION DE LOS ENFERMOS EN DPCA.

DIAGNOSTICO.	NO.PACIENTES	%	TIEMPO EN DPCA.*
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.	3.	16.6%	1,3,8.
EDEMA AGUDO PULMONAR.	2.	11.1%	3,9.
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL.	2	11.1%	1,4.
PERITONITIS NO TRATADA.	2	11.1%	8,16.
SANGRADO TUBO DIGESTIVO ALTO.	2	11.1%	1,3.
NECROBIOSIS DIABETICA MS. IS.	1	5.5%	9.
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.	1	5.5%	1.
INTOXICACION POR XILOCAINA	1	5.5%	**
HIPERCALEMIA	1	5.5%	9. ***
POSTOPERATORIO COMPLICADO AMPUTACION.	1.	5.5%	5.
NO DOCUMENTADA.	2	11.1%	4,4.

* MESES.
** POSTOPERATORIO INMEDIATO.
*** PACIENTE QUE SOLICITO RETIRO VOLUNTARIO DEL CATETER POR RELIGION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D I S C U S I O N .

EN EL ESTUDIO RETROSPECTIVO REALIZADO, SE ANALIZAN 30 EN== FERMOS RENALES, EN PROGRAMA DE DPCA, POR UN PERIODO DE 29= MESES, EN EL HOSPITAL GENERAL 1o. DE OCTUBRE DEL ISSSTE.

SE LOGRO REMISION DE LOS SINTOMAS DEL SINDROME UREMICO EN= UN 82,7 % DE LOS ENFERMOS, A LOS 2 MESES DE INICIADA LA === DPCA.

SE LOGRO UN CONTROL ADECUADO DE LA PRESION ARTERIAL, EN LA DPCA, CON LA AYUDA DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LOS ENFERMOS == CON HIPERTENSION RENO-VASCULAR.

LA PERDIDA DE PESO DE LOS ENFERMOS EN DPCA, PUEDE ATRI=== BUIRSE A LA POCA INGESTA DE PROTEINAS EN LA DIETA Y A LA = ELIMINACION DE PROTEINAS A TRAVES DE LA DIALISIS.

EL 40% DE LOS ENFERMOS DEL PROGRAMA, LOGRO REINTEGRARSE A= SUS ACTIVIDADES NORMALES, SIN QUE EL TRATAMIENTO EN SI IN== TERFIRIERA CON SUS LABORES COTIDIANAS.

SE DEMOSTRO EN 5 ENFERMOS QUE EL TRATAMIENTO PUEDE SER MA= NEJADO POR EL MISMO PACIENTE, SIN PROBLEMAS.

AL IGUAL QUE LA MAYORIA DE LOS AUTORES, ENCONTRAMOS QUE == LA PERITONITIS ES LA COMPLICACION MAS FRECUENTE DE LA DPCA, OBSERVAMOS QUE LA INFECCION PERSISTENTE ES INDICE DE MAL = PRONOSTICO Y QUE EN ESOS CASOS SOLO EL RETIRO DEL CATETER

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MAS EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO HACEN REMITIR EL CUADRO.
LA FRECUENCIA DE INFECCION EN NUESTRO GRUPO, DE UN PERIODO DE INFECCION CADA 5.8 MESES-PACIENTE, ES INTERMEDIA SI LA= COMPARAMOS CON LA DE POPOVICH DE UNA INFECCION CADA 10 SE= MANAS-PACIENTE Y LA DE OREOPOULOS QUE REPORTA UNA PERITONI TIS CADA 10 MESES-PACIENTE.
LA COLOCACION INCORRECTA DEL CATETER, CONDICIONA SIN REME= DIO SU MAL FUNCIONAMIENTO, SIENDO NECESARIO EN ESOS CASOS= UNA VEZ DEMOSTRADA LA ANOMALIA MEDIANTE CATETEROGRAFIA, == LA RECOLOCACION DEL MISMO.
DEBE ENFATIZARSE EN LA NECESIDAD DEL USO DE ANESTESIA LO== CAL, LO QUE EVITA COMPLICACIONES SECUNDARIAS SEVERAS A LOS ANESTESICOS GENERALES DE CUALQUIER TIPO, QUE SON ACUMULA== DOS EN ESTE TIPO DE ENFERMOS.
LA EXISTENCIA DE SITIOS POTENCIALMENTE CONTAMINADOS EN LA= PARED, FACILITA LA INFECCION DE LA HERIDA, Y EL PROGRAMA = DEBE INTERRUMPIRSE, RETIRANDO EL CATETER.
EN NUESTRO TRABAJO, LOGRAMOS DISMINUIR CONSIDERABLEMENTE = LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA INMEDIATA, GRACIAS AL == USO DE ADECUADAS TECNICAS QUIRURGICAS Y LA OBSERVANCIA DE= RIGUROSA ASEPSIA.
EN CUANTO A LA MORBILIDAD TARDIA, NUESTROS HALLAZGOS SON = SIMILARES A LOS DE LA MAYORIA DE LOS AUTORES, A EXCEPCION=

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DE QUE EN NUESTRA SERIE, HAY UN CASO DE SALIDA INEXPLICA==
BLE DEL CATETER EN FORMA ESPONTANEA, Y EL INDICE DE PRESEN
TACION DE LUMBALGIA, SECUNDARIA A LOS CAMBIOS DEL ORTOSTA=
TISMO POR LA PRESENCIA DEL LIQUIDO DE DIALISIS EN LA CAVI=
DAD ABDOMINAL, FUE DE SOLO 3 CASOS; SIENDO MUCHO MAYOR EN
LA MAYORIA DE LOS REPORTES.

LA HIPOALBUMINEMIA SE PRESENTO EN LA MAYORIA DE LOS ENFER=
MOS, OCASIONADA POR UN DOBLE MECANISMO, PERDIDA URINARIA =
DE PROTEINAS A TRAVES DEL RIÑON EN PACIENTES CON NEFROPA==
TIA DIABETICA Y ELIMINACION DE PROTEINAS A TRAVES DEL PE=
RITONEO, DURANTE LA DIALISIS.

NO FUE POSIBLE ESTABLECER UNA RELACION ENTRE LAS CAUSAS ==
DE FALLECIMIENTO Y EL PROGRESO DEL PROGRAMA, POR LAS DE===
FICIENCIAS DE INFORMACION EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS.

LOS RESULTADOS CLINICOS Y DE LABORATORIO DEMUESTRAN QUE ==
LA DPCA ES UN METODO EFICIENTE PARA EL MANEJO DE LOS ENFER
MOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL.

SE OBSERVO MEJORIA EN LAS DETERMINACIONES DE HEMOGLOBINA Y
HEMATOCRITO A MEDIDA QUE LOS ENFERMOS AVANZABAN EN EL PRO=
GRAMA, SIN TRANSFUSIONES NI ANABOLICOS HORMONALES.

SE LOGRO MANTENER CIFRAS DE GLUCOSA SERICA DENTRO DE LIMI=
TES NORMALES, NUNCA SE APLICO INSULINA EN LA SOLUCION DE =
DIALISIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LAS CIFRAS DE SODIO Y POTASIO SE MANTUVIERON PRACTICAMENTE SIN ALTERACIONES, NO SE ADMINISTRO POTASIO EN LAS SOLUCIO= NES DE DIALISIS Y PRACTICAMENTE NO HUBO RESTRICCION DE LA INGESTA DE SODIO.

SE OBSERVO DESCENSO NOTABLE DE LAS CIFRAS DE AZOADOS EN == LAS ETAPAS II, III Y IV, EXISTIENDO UN NUEVO AUMENTO EN LA ETAPA V.

LO ANTERIOR PUEDE EXPLICARSE POR VARIOS MOTIVOS:

- DISMINUCION DE LA DIALIZANCIA DEL PERITONEO, EN ETAPAS = TARDIAS DE DPCA. NO SE DOCUMENTO PERITONITIS ESCLEROSAN= TE EN NINGUN CASO.
- ADMINISTRACION DE PROTEINAS EN LA DIETA, SIN RESTRICCIO= NES.
- LA SENSACION DE BIENESTAR QUE PRESENTAN LOS ENFERMOS, HA CE QUE DESCUIDEN SU TRATAMIENTO Y REALICEN SUS DIALISIS EN FORMA MENOS ADECUADA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

1) LA DPCA HA DEMOSTRADO SER UN METODO UTIL EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL, LOGRANDO ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA UREMICA, DE LA PRESION ARTERIAL Y DE LA QUIMICA SANGUINEA.

2) EL METODO PUEDE SER UTILIZADO COMO ALTERNATIVA DE HEMODIALISIS CRONICA, EN AQUELLOS PACIENTES QUE POR ALGUNA CAUSA NO PUEDAN INGRESAR A ELLA.

3) UN BUEN NUMERO DE PACIENTES, AL EXPERIMENTAR REMISION DE LOS SINTOMAS, LOGRAN REINTEGRARSE A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

4) CON EL USO DE TECNICA QUIRURGICA ADECUADA PARA LA INSTALACION DE LOS CATETERES PARA ACCESO CRONICO A LA CAVIDAD ABDOMINAL, Y LA OBSERVACION DE ESTRICTAS RUTINAS DE ASEPSIA, SE LOGRAN ABATIR AL MINIMO LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS DE ESTOS PROCEDIMIENTOS.

5) HASTA AHORA, LA COMPLICACION MAS GRAVE Y FRECUENTE DE LA DPCA, ES LA INFECCION PERITONEAL, SU DETECCION OPORTUNA Y SU TRATAMIENTO TEMPRANO, IMPEDIRAN QUE EL PROGRAMA FRA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASE. EN EL FUTURO SE DEBERA HACER ENFASIS EN EL ESTU== DIO DE TECNICAS QUE PREVENGAN ESTA COMPLICACION.

6) LA DPCA, DEBE FORMAR PARTE DE LOS PROCEDIMIENTOS TERA== PEUTICOS CON LOS QUE CUENTA EL NEFROLOGO PARA EL MANEJO DE LOS ENFERMOS RENALES TERMINALES.

7) EL CIRUJANO GENERAL DEBE FAMILIARIZARSE CON ESTE TIPO = DE TECNICAS, PARA PODER INTEGRARSE A LOS SISTEMAS MUL== TIDISCIPLINARIOS DE MANEJO DE ESTOS ENFERMOS.

8) LA DECISION OPORTUNA DE INGRESAR AL ENFERMO AL PROGRAMA, EL MEJORAMIENTO Y DEPURACION DE LAS TECNICAS Y LA COOPE RAACION DEL PACIENTE, GARANTIZAN EL EXITO DE LA DPCA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

1.
ALEXANDER S., TANK S.
ASPECTS OF CAPD IN INFANTS.
J UROL. 1982. 127. 501.

2.
AMAIR P., GREGORIADIS A., RODELLA H.
CREATININA EN SUERO EN PACIENTES EN CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 11.

3.
AMAIR P., KHANNA R., LEIBEL B.
CAPD IN PATIENTS WITH END STAGE RENAL DISEASE.
N E J M. 1982. 306. 625.

4.
ANDERSEN K., DAAMGAARDMORCH P.
CATHETEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CATHETER FAILURE IN CAPD.
CLIN NEPHROL. 1981. 16. 142.

5.
ARFANIA D., EVERET E., NOLPH K.
UNCOMMON CAUSES OF PERITONITIS IN PATIENTS UNDERGOING CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
ARCH INTERN MED. 1981. 141. 61.

6.
BACKENROTH-MAAYAN R., LONGNECKER R., KAMBOROO D.
FAILURE OF THE PERITONEAL MEMBRANE DURING CHRONIC INTERMITTENT PERITONEAL DIALYSIS.
ADVANCES IN PERITONEAL DIALYSIS.
EXCERPTA MEDICA. 1981. 1. 209.

7.
BALFE W., VIGNEAUX A., WILLUMSEN J.
THE USE OF CAPD IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH END STAGE RENAL DISEASE.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 35.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.
BARRY K., SAHAMBAUGH G., GOLER D.
A NEW CANNULA AND SEAL TO PROVIDE PROLONGED ACCESS TO THE =
PERITONEAL CAVITY.
J UROL. 1963. 90. 125.

9.
BERNAT J., CULVER C., GERT B.
ON THE DEFINITION AND CRITERION OF DEATH.
ANN INT MED. 1981. 94. 389.

10.
BIGELOW P., OREOPOULOS D., DE VEBER G.
USE OF THE DEANE PROSTHESIS IN PATIENTS ON LONG-TERM PERITO
NEAL DIALYSIS.
C M A J. 1973. 109. 999.

11.
BLUMENKRANTZ M., KOPPLE J., GUTMAN R.
METHODS FOR ASSESSING NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH =
RENAL FAILURE.
AM J CLIN NUTR. 1980. 33. 1567.

12.
BLUMENKRANTZ M., ROBERTS C., CARD B.
NUTRITIONAL MANAGEMENT OF THE ADULT PATIENT UNDERGOING PE==
RITONEAL DIALYSIS.
J AM DIABETIC ASSOC. 1978. 73. 251.

13.
BLUMENKRANTZ M., ROBERTS C. SCHMIDT R.
NUTRITIONAL MANAGEMENT OF THE CAPD PATIENT.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 22.

14.
BOEN S.
PERITONEAL DIALYSIS IN CLINICAL MEDICINE.
CHARLES C THOMAS. ED. SPRINGFIELD ILL. 1964. 11.

15.
BOEN S., MION C., CURTIS F.
PERIODIC PERITONEAL DIALYSIS USING THE REPEATED PUNCTURE ==
TECHNIQUE AND AN AUTOMATIC CYCLING MACHINE.
T A S A I O. 1964. 10. 409.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16.
BOEN S., MULINAIR A., DILLARD D.
PERIODIC PERITONEAL DIALYSIS IN THE TREATMENT OF CHRONIC =
UREMIA.
T A S A I o. 1962. 8. 256.

17.
BULGIN R.
COMPARATIVE COSTS OF VARIOUS DIALYSIS TREATMENTS.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 88.

18.
BURTON B.
END STAGE RENAL DISEASE: BETTER TREATMENT AT LOWER COST.
ANN INT MED. 1978. 88. 567.

19.
CANAUD B., SLINGENEYER A., MION C.
CAPD, TWO YEARS EXPERIENCE.
KYDNEY INT. 1981. 20. 428.

20.
CARDELLA C.
RENAL TRANSPLANTATION IN PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1980. 1. 12.

21.
CATTMAN D., BENZIE R.
PREGNANCY IN A CAPD PATIENT.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 5.

22.
CLARKE G.
STATISTICS AND EXPERIMENTAL DESIGN.
EDWARD ARNOLD LTD. LONDON. 1979. 33. 39. 91. 102. 112. 132.

23.
CLAYTON S., FINER C., QUINTON C.
TRAINING PATIENTS FOR CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIA==
LYSIS AT THE TORONTO WESTERN HOSPITAL.
PROC. IST. SYMP. CAPD. PARIS.
EXCERPTA MEDICA. 1978. 1. 162.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

24.
CLAYTON S., QUINTON C., OREOPOULOS D.
UPDATE OF THE TWH TECHNIQUE FOR CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 38.

25.
COREY P.
AN APPROACH TO THE STATISTICAL ANALYSIS OF PERITONITIS DATA
FROM PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 29.

26.
COUNTS S., HICKMANN R., TENCKHOFF H.
CHRONIC HOME PERITONEAL DIALYSIS IN CHILDREN.
T A S A I O. 1973. 19. 167.

27.
COWARD R., MALLICK N.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS.
LANCET. 1981. 1. 594.

28.
COWARD R., UTTLEY L., MURRAY Y.
LA IMPORTANCIA DE LA SELECCION DE PACIENTES PARA LA CAPD.
PERIT DIAL BULL. 2. 1982. 8.

29.
DALE E., STEELE B., VIGNEAUX A.
IS SWIMMING SAFE FOR CAPD PATIENTS ?.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 40.

30.
DEITEL M., THOMPSON D., MOFFAT S.
PRINCIPLES OF ABDOMINAL SURGERY IN PATIENTS ON INTERMI=====
TTENT PERITONEAL DIALYSIS.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 146.

31.
DE NICCOLA R.
PERMANENT ARTIFICIAL (SILICONE)* URETHRA.
J UROL. 1950. 63. 168.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

32.
DE PAEPE M., BELPAIRE F., BOGAERT M.
GENTAMYCIN FOR TREATMENT OF PERITONITIS IN CAPD.
LANCET. 1981. 2. 424.

33.
DE SANTO N., CAPODICASA G.
THE PERITONEAL MEMBRANE, RECENT ADVANCES.
T A S A I O. 1981. 4. 155.

34.
ETTELDORF N., DOBBINS W., SWEENEY M.
IPD IN THE MANAGEMENT OF ACUTE RENAL FAILURE IN CHILDREN.
J PEDIATRICS. 1962. 60. 327.

35.
FALLER B., MARICHAL J.
LOSS OF ULTRAFILTRATION IN CAPD: CLINICAL DATA.
ADVANCES IN PERITONEAL DIALYSIS.
EXCERPTA MEDICA. 1981. 1. 227.

36.
FRANK H., FINE J., SELIGMAN A.
FURTHER EXPERIENCES WITH PERITONEAL IRRIGATION FOR ACUTE RE
NAL FAILURE.
ANN SURG. 1948. 128. 561.

37.
FRANK H., SELIGMAN A., FINE J.
TREATMENT OF UREMIA, AFTER ACUTE RENAL FAILURE, BY PERITO==
NEAL IRRIGATION.
JAMA. 1964. 130. 703.

38.
FENTON S.
CLINICAL ASPECTS OF PERITONITIS IN PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1981. 4. 22.

39.
FENTON S.
INITIAL EXPERIENCE WITH CAPD.
T A S A I O. 1979. 3. 206.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

40.
FENTON S., WU G., CATTRAN D.
NORMAS PARA LA SELECCION DE PACIENTES PARA DPCA.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 3.

41.
FORBES A., REED V., GOLDSHMID H.
CAPD, A SCHEME TO ALLOW REDUCTION OF DAILY BAG EXCHANGE.
CLIN NEPHROL. 1981. 15. 264.

42.
GANDHI V., HUMAYUN H., ING T.
SCLEROSING THICKENING OF THE PERITONEAL MEMBRANE IN MAINTE=
NANCE PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS.
ARCH OF INTERN MED. 1980. 140. 1201.

43.
GANTER G.
UBER DIE BESEITGUNG GIFTTIGER STOFFE AUS DEM BLUTE DURCH===
DIALYSE.
MUNCH MED WSCHR. 1923. 70. 1478.

44.
GARCIA LOAIZA R.
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.
HOSPITAL GENERAL 1o. OCTUBRE, ISSSTE. 1980. 26.

45.
GIORDANO C., DE SANTO N., CAPODICASA G.
AMINOACID LOSSES DURING CAPD.
CLIN NEPHROL. 1980. 14. 230.

46.
GOKAL R., MC HUGH M., FRYER R.
CAPD ONE YEARS EXPERIENCE.
B M J. 1980. 1. 474.

47.
GOODMAN C., HUSSEAL F.
ETIOLOGY, PREVENTION AND TREATMENT OF BACK PAIN IN PATIENTS
UNDERGOING CAPD.
PERIT.DIAL BULL. 1981. 3. 119.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

48.
GORDILLO G., MUÑOZ R., FEIMAN R.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
BOL MED HOSP INFANT MEX. 1981. 38. 379.

49.
GOTLOIB L., MINES M., GARMIZO L.
INTRAABDOMINAL PRESSURE IN PERITONEAL DIALYSIS.
PERIT DIAL BULL. 1. 1981. 41.

50.
GOTTSCHALK C.
REPORT OF THE COMITEE ON CHRONIC DISEASE TO THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF THE BUDGET.
WASHINGTON, D.C. 1967. 19.

51.
GROLLMAN A., TURNER L., MC CLEAN J.
INTERMITTENT PERITONEAL LAVAGE IN NEPHRECTOMIZED DOGS AND = ITS APPLICATION TO THE HUMAN BEING.
ARCH INT MED. 1951. 87. 379.

52.
GUSSESSING J.
ADDITION OF AMINOACID TO THE PERITONEAL DIALYSIS FLUID.
LANCET. 1968. 1. 812.

53.
GUTCH C.
PERITONEAL DIALYSIS.
T A S A I O. 1964. 10. 406.

54.
HANDA S., GREER S.
TEN YEARS EXPERIENCE WITH CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS AT A COMMUNITY HOSPITAL.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 124.

55.
HOOGHE L., BOUTON J., HALL M.
PERITONEAL CATHETERS FOR VERY SMALL CHILDREN.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 42.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

56.
JACOB G., DEANE N.
REPEATED PERITONEAL DIALYSIS BY THE CATHETER REPLACEMENT =
METHOD: DESCRIPTION OF TECHNIQUE AND A REPLACEABLE PROSTHE=
SIS FOR CHRONIC ACCESS TO THE PERITONEAL CAVITY.
PROC EUR DIAL TRANSPLANT ASSOC. 1967. 4. 136.

57.
KARANICOLAS S., OREOPOULOS D., DOMBROS N.
INTESTINAL OBSTRUCTION AND BOWEL PERFORATION IN PATIENTS =
UNDERGOING CAPD.
E D T A. 1979. 1. 16.

58.
KARANICOLAS S., OREOPOULOS D., PHYLYPCHUCK G.
HOME PERITONEAL DIALYSIS, THREE YEARS EXPERIENCE, IN TORON=
TO.
C M A J. 1977. 116. 266.

59.
KHANNA R., OREOPOULOS D., DOMBROS N.
CAPD AFTER THREE YEARS: STILL A PROMISING TREATMENT.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 24.

60.
KHANNA R., OREOPOULOS D., VAS J.
FUNGAL PERITONITIS IN PATIENTS UNDERGOING CAPD.
E D T A. 1980. 17. 291.

61.
KHAYE M., PASEL P., SOMERVILLLE P.
FOUR YEARS EXPERIENCE WITH CAPD IN THE ELDERLY.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 17.

62.
KOLFF W., BERK H., TERWELLE Z.
DE KUNSTMATIGE NIER: EEN DIALYSATOR MET GROOT APPERVLAK.
GEENEESK. 1943. 27. 27.

63.
LASKER N.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
PENNSYLV MED. 1971. 74. 67.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

64.
LINDER A., TENCKHOFF H.
NITROGEN BALANCE IN PATIENTS ON MAINTENANCE PERITONEAL DIA=
LYSIS.
T A S A I O. 1970. 16. 255.

65.
LINDHOLM B., ALVESTRAUD A., FURST P.
METABOLIC EFFECTS OF CAPD.
E D T A. 1980. 17. 61.

66.
LOW D., VAS S., OREOPOULOS D.
PERITONITIS WITH ENTERIC BACTERIA IN PATIENTS UNDERGOING ==
CAPD.
E D T A. 1980. 17. 63.

67.
LYNCH W.
HANDBOOK OF SILICONE RUBBER FABRICATION.
VAN NOSTRAND REINHOLD CO. NEW YORK. 1978. 64.

68.
MANIS T., FRIEDMAN E.
DIALYSIS THERAPY FOR IRREVERSIBLE UREMIA.
N E J M. 1979. 301. 1322.

69.
MARQUEZ J., DOMBROS N., OSMOND H.
HYPOTENSION IN PATIENTS ON CAPD.
EXCERPTA MEDICA. 1979. 1. 263.

70.
MAXWELL M., ROCKNEY R., KLEEMAN C.
PERITONEAL DIALYSIS: TECHNIQUE AND APPLICATIONS.
JAMA. 1959. 170. 917.

71.
MERRIL J., SABBAGA E., HENDERSON W.
THE USE OF AN INLYING PLASTIC CONDUIT FOR CHRONIC PERITONEAL
IRRIGATION.
T A S A I O. 1962. 8. 252.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

72.
MONCRIEF J., NOLPH K., RUBIN J.
ADDITIONAL EXPERIENCE WITH CAPD.
T A S A I O. 1978. 24. 476.

73.
NOLPH K.
CAPD.
AM J NEPHROL. 1981. 1. 1.

74.
NOLPH K., SORKIN M., MOORE H.
AUTOREGULATION OF SODIUM AND POTASSIUM REMOVAL DURING CAPD.
T A S A I O. 1980. 26. 334.

75.
NOLPH K., SORKIN M., RUBIN J.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS, THREE YEARS EXPE=
RIENCE AT ONE CENTER.
ANN INTER MED. 1980. 92. 609.

76.
ODEL H., FERRIS D., POWER M.
PERITONEAL LAVAGE AS AN EFFECTIVE MEANS OF EXTRA-RENAL EX==
CRETION.
AM J MED. 1950. 9. 63.

77.
OREOPOULOS D.
CAPD IN THE TREATMENT OF END STAGE RENAL DISEASE.
E D T A. 1976. 16. 171.

78.
OREOPOULOS D.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS.
CLIN NEPHROL. 1978. 9. 165.

79.
OREOPOULOS D.
¿ DEBERIAMOS DEJARLOS MORIR ?, EL DILEMA MORAL CREADO POR =
LAS RESTRICCIONES ECONOMICAS CON RESPECTO A LOS METODOS AR=
TIFICIALES PARA PROLONGAR LA VIDA.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

80.
OREOPOULOS D.
CAPD.
N E J M. 1980. 302. 755.

81.
OREOPOULOS D.
PERITONEAL MEMBRANE, HANDLE WITH CARE.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 111.

82.
OREOPOULOS D.
THE COMING AGE OF CAPD.
DIAL AND TRANSPLANT. 1979. 8. 460.

83.
OREOPOULOS D.
SELECTION CRITERIA AND CLINICAL RESULTS OF CAPD.
PROC. IST. INT SYMP. CAPD. PARIS.
EXCERPTA MEDICA. 1979. 1. 101.

84.
OREOPOULOS D., FUNK J.
CAPD.
ANN INT MED. 1978. 89. 1009.

85.
OREOPOULOS D., GOTLOIB L., CALDERARO V.
FOR HOW LONG PERITONEAL DIALYSIS CAN BE CONTINUED ?.
C M A J. 1981. 124. 12.

86.
OREOPOULOS D., KHANNA R.
THE PRESENT AND FUTURE ROLE OF CAPD.
AM J KYDNEY DISEASES. 1982. 1. 381.

87.
OREOPOULOS D., KHANNA R., MC READY W.
CAPD IN CANADA.
DIALYSIS AND TRANSPLANT. 1980. 9. 224.

88.
OREOPOULOS D., KHANNA R., WILLIAMS P.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS.
NEPHRON. 1982. 30. 289. 293.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

89.
OREOPOULOS D., ROBSON M., IZZATT S.
A SIMPLE AND SAFE TECHNIQUE FOR CONTINOUS AMBULATORY PERI==
TONEAL DIALYSIS. (C A P D).
T A S A I O. 1978. 24. 484.

90.
OREOPOULOS D., WILLIAMS P., KHANNA R.
TREATMENT OF PERITONITIS.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 17.

91.
OREOPOULOS D., ZELLERMAN G., IZZATT S.
THE TORONTO WESTERN HOSPITAL PERMANENT PERITONEAL CATHETER
FOR CAPD CONNECTOR.
PROC 1ST. INT SYMP. CAPD. PARIS.
EXCERPTA MEDICA. 1979. 1. 234.

92.
PACIFICO A., LASKER N., FRANK M.
CARDIOVASCULAR FUNCTION IN PERITONEAL DIALYSIS.
T A S A I O. 1965. 11. 86.

93.
PALMER R.
CAPD.
2ND. INT SYMP CAPD. BERLIN.
EXCERPTA MEDICA. 1982. 1. 24.

94.
PALMER R.
PERITONEAL DIALYSIS INDWELLING CATHETER FOR CHRONIC RENAL =
FAILURE, 1963- 1968 .
C M A J. 1971. 105. 376.

95.
PALMER R., QUINTON W., GRAY J.
PROLONGED PERITONEAL DIALYSIS FOR CHRONIC RENAL FAILURE.
LANCET. 1964. 1. 700.

96.
PARSON I., HAFFEJEE A., NAICKER S.
INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO ADHESIONS COMPLICATING CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 43.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

97.
PIERRATOS A., AMAIR P., COREY P.
ANALISIS ESTADISTICO DE LA PERITONITIS EN LA CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 1. 32.

98.
PONCE S., PIERRATOS A., IZZATT S.
COMPARISON OF THE SURVIVAL AND COMPLICATIONS OF THREE PERMA
NENT PERITONEAL DIALYSIS CATHETERS.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 82.

99.
POPOVICH R., MONCRIEF J.
KINETIC MODELING PERITONEAL TRANSPORT.
CONTROVERSIES IN NEPHROLOGY. KARGER & BASED. USA. 1979. 17.
59. 72.

100.
POPOVICH R., MONCRIEF J., DECHERD J.
THE DEFINITION OF A NOVEL PORTABLE/WEARABLE EQUILIBRIUM PE=
RITONEAL DIALYSIS TECHNIQUE.
T A S A I O. 1976. 5. 64.

101.
POPOVICH R., MONCRIEF J., NOLPH K.
CONTINOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS. CAPD.
ANN INTERN MED. 1978. 88. 449.

102.
PRICE J.
PERSONAL COMUNNICATION EN COMO ERA EN EL PRINCIPIO.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 51.

103.
PUCKETT W., BURNS R., SHENOUDA A.
OCLUSION INTESTINAL AGUDA COMO COMPLICACION DE LA CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 51.

104. PUTNAM T.
THE LIVING PERITONEUM AS A DIALYZING MEMBRANE.
AM J PHYSIOL. 1923. 63. 548.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

105.
QUINTON W.
PERSONAL COMMUNICATION EN COMO ERA EN EL PRINCIPIO.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 16.

106.
RANDERSON D., FARRELL P.
ANALYSIS OF PERITONITIS IN CAPD.
2ND. INT SYMP. CAPD. BERLIN.
EXCERPTA MEDICA. 1981. 1. 52.

107.
ROBSON M., OREOPOULOS D.
CAPD A REVOLUTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC RENAL FAIEURE.
DIAL AND TRANSPLANT. 1978. 7. 999.

108.
ROBSON M., OREOPOULOS D., IZZATT S.
THE INFLUENCE OF EXCHANGE VOLUME AND DIALYSATE FLOW RATE ==
ON SOLUTE CLEARANCE IN PERITONEAL DIALYSIS.
AM SOC NEPRHOL MEETING. WASHINGTON D.C. 1977. 134.

109.
RUBIN J.
CAN A FEMALE ON CAPD BECOME PREGNANT ?.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 44.

110.
RUBIN J., ADAIR C., RAJU S.
COMPLICATIONS OF THE TENCKHOFF CATHETER.
T A S A I O. 1982. 11. 63.

111.
RUBIN J., ARFANIA D., NOLPH K.
PERITONEAL CLEARANCES AFTER 6 - 12 MONTHS ON CAPD.
T A S A I O. 1979. 25. 104.

112.
RUBIN J., OREOPOULOS D., BLAIR R.
CAPD IN THE MANAGEMENT OF DIABETICS WITH TERMINAL RENAL ==
FAILURE.
NEPHRON. 1977. 19. 265.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

113.
RUBIN J., ROGERS W., TAYLOR M.
PERITONITIS DURING CAPD.
ANN INTERN MED. 1980. 92. 7.

114.
SCHEFF R., ZUCHERMAN G., HARTER H.
DIVERTICULAR DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILU==
RE DUE TO POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE.
ANN INTERN MED. 1980. 92. 202.

115.
SCHREIBER M., VIDT D.
CAPD.
CLEVE CLIN Q. 1980. 47. 285.

116.
SCHUMACHER R., RIDOLFO A., MARTZ B.
PERIODIC PERITONEAL DIALYSIS FOR CHRONIC RENAL FAILURE.
ANN INTERN MED. 1964. 60. 296.

117.
SCRIBNER B., BURI R., CANEZ J.
THE TREATMENT OF UREMIA BY MEANS OF INTERMITTENT HEMODIALY=
SIS, A PRELIMINAR REPORT.
T A S A I O. 1960. 6. 114.

118.
SEGAR W., GIBSON R., RHAMY R.
PERITONEAL DIALYSIS IN INFANTS AND CHILDREN.
PEDIATRICS. 1961. 27.603.

119.
SELIGMAN A., FRANK J., FINE J.
TREATMENT OF EXPERIMENTAL UREMIA BY MEANS OF PERITONEAL IRRI
GATION.
J C I. 1946. 25. 211.

120.
SINGER H., RAPOPORT A., CRASSWELLER P.
A CASE OF TERMINAL RENAL DISEASE MAINTAINED FOR 134 DAYS BY =
INTERMITTENT PERITONEAL DIALYSIS.
C M A J. 1964. 90. 1318.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

121.
SINGH S., DALE A., MORGAN B.
CAPD, WHICH CATHETER ADAPTER ?.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 152.

122.
SLINGENEYER A., CANAUD B., MOURAD G.
SCLEROSING PERITONITIS: LATE AND SEVERE COMPLICATION OF LONG TERM HOME PERITONEAL DIALYSIS.
T A S A I O. 1983. 12. 64.

123.
SORKIN M., LUGER A., PROWAT B.
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS Y FUNCIONALES DEL PERITONEO EN = UN PACIENTE DIABETICO, DESPUES DE 34 MESES EN CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 24.

124.
STEPHANIDIS J., BALFE G., ARBUS B.
RENAL TRANSPLANTATION IN CHILDREN TREATED WITH CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 5.

125.
TENCKHOFF H.
CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS, A MANUAL FOR PATIENTS, DIALYSIS PERSONNEL AND PHYSICIANS.
UNIVERSITY OF WASHINGTON PRESS. 1974. 81.

126.
TENCKHOFF H.
PERITONEAL DIALYSIS TODAY, A NEW LOOK.
NEPHRON. 1974. 12. 420.

127.
TENCKHOFF H., CURTIS F.
EXPERIENCE WITH MAINTENANCE PERITONEAL DIALYSIS IN THE HOME.
T A S A I O. 1970. 16. 90.

128.
TENCKHOFF H., SCHECHTER H.
CAPD EN COMO ERA EN EL PRINCIPIO.
PERIT DIAL BULL. 1982. 2. 16.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

129.
TENCKHOFF H., SCHECHTER H.
A BACTERIOLOGICALLY SAFE PERITONEAL ACCESS DEVICE.
T A S A I O. 1968. 14. 185.

130.
TENCKHOFF H., SHILIPETAR G., BOEN S.
ONE YEARS EXPERIENCE WITH PERITONEAL HOME DIALYSIS.
T A S A I O. 1965. 11. 11.

131.
TENCKHOFF H., SHILIPETAR G., VAN PAASCHEN W.
A HOME PERITONEAL DIALYSIS DELIVERY SISTEM.
T A S A I O. 1969. 15. 103.

132.
TENCKHOFF H., WESTON B., SHILIPETAR G.
A SIMPLIFIED AUTOMATIC PERITONEAL DIALYSIS SYSTEM.
T A S A I O. 1972. 18. 436.

133.
VALLI A., CRESCIMANO V., MIDIRI K.
EIGHTEEN MONTHS EXPERIENCE WITH A NEW (VALLI) CATHETER FOR PERITONEAL DIALYSIS.
PERIT DIAL BULL. 1983. 3. 22.

134.
VAS S.
INDICATIONS FOR REMOVING THE PERITONEAL CATHETER.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 145.

135.
VAS S.
PERITONITIS DURING CAPD. A MIXED BAG.
PERIT DIAL BULL. 198L. 1. 47.

136.
VIDT D., SOMERVILLE J., SCHULTZ R.
A SAFE PERITONEAL ACCESS DEVICE FOR REPEATED PERITONEAL = DIALYSIS.
JAMA 1970. 214. 2293.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

137.
WEGNER G.
CHIRURGISCHE BEMERKUNGEN UBER DIE PERITONEALHOHLE, MIT BE==
SONDERER BERUCKSICHTIGUNG DER OVARIOTOME.
ARCH OF KLIN CHIR. 1877. 20. 51.

138.
WESTON R., ROBERTS M.
CLINICAL USE OF STYLET-CATHETER FOR PERITONEAL DIALYSIS.
ARCH INTERN MED. 1965. 115. 659.

139.
WILLIAMS P.
LOADING DOSES OF SECOND LINE ANTIBIOTICS FOR TREATMENT OF =
PERITONITIS.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 45.

140.
WILLIAMS P., CATTRAN D., FENTON J.
PERITONITIS ON CAPD. THREE YEARS EXPERIENCE IN TORONTO.
PERIT DIAL BULL. 1981. 1. 7.

141.
WILLIAMS P., KHANNA R., OEOPOULOS D.
TREATMENT OF PERITONITIS ON CAPD. NO LONGER CONTROVERSY.
DIAL AND TRANSPLANT. 1981. 1. 272.

142.
WILLIAMS P., KHANNA R., VAS S.
TREATMENT OF PERITONITIS IN PATIENTS ON CAPD.
PERIT DIAL BULL. 1980. 3. 14.

143.
WILLOUGHBY S.
PROBABILIDAD Y ESTADISITCA.
CONCACYT,MEXICO. 1969. 101. 123.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN