

CARTAS AL DIRECTOR

¿Peritonitis en DPCA o... cuestión de confianza?

M.^a C. Miguélez, I. Nebreda, A. de Paula y A. Molina

Sección de Nefrología. Hospital del Río Hortega. Valladolid.

Señor director:

Desde el comienzo del uso de la DPCA como modalidad dialítica en 1976 el talón de Aquiles de la técnica ha estado netamente definido: las infecciones peritoneales repetidas provocadas por la falta de defensas de una cavidad no prevista inicialmente por la Naturaleza para tal fin.

No es extraño, por tanto, que los profesionales dedicados a la DPCA desgasten incontables esfuerzos y energía básicamente en dos misiones:

1.^a Preventiva: evitar que la infección se desencadene.

2.^a Curativa: aplicar el tratamiento indicado con la mayor rapidez y eficacia posibles.

Presentamos en este contexto el caso de un paciente víctima del prejuicio que sobre la DPCA hace gravitar su evidente talón de Aquiles.

C. O. S. de sesenta y nueve años, inicia DPCA en julio de 1989 por padecer IRCT en el seno de una poliquistosis renal del adulto. Se elige el sistema NDS de Fresenius, instruyéndole en el manejo de la técnica según protocolo estándar.

Quince días después del alta el paciente acude con el líquido del drenaje de la noche turbio. No presenta ningún otro signo o síntoma y el recuento celular muestra un total de 560 leucocitos/mm³ con un 85 % de polinucleares. Se inicia tratamiento convencional de peritonitis, siendo la evolución de ésta excelente. Este hecho, junto con el crecimiento en los cultivos de un *Estafilococo epidermidis*, nos orienta hacia una posible contaminación externa accidental en el sistema, por lo que se reeduca al paciente, remitiéndole posteriormente a su domicilio.

Un mes más tarde acude por segunda vez con el líquido del drenaje nocturno turbio. Como en el episodio anterior, hay ausencia de cualquier otro signo o síntoma. Pensando en una nueva contaminación accidental, iniciamos tratamiento protocolizado de peritonitis pese a que el recuento celular inicial es de 5 leucocitos/mm³.

En los días sucesivos analizamos repetidamente el efluente peritoneal, encontrando que, pese a la turbidez mantenida, los recuentos celulares no son patológicos y la bioquímica del líquido se revela anodina, correspondiéndose con la de un efluente peritoneal normal.

A pesar de la falta de clínica, pero ante la persistencia del líquido turbio, realizamos repetidas exploraciones complementarias intentando descartar causas poco frecuentes de esta anomalía como eosinofilia en el líquido, hemoperitoneo, ascitis quillosa, etc.

El resultado de todo ello es negativo.

Finalmente, la visita de otro paciente que acudía para estudio de idéntico problema nos aportó la solución. La explicación era tan simple como benigna: por un defecto en la fabricación el plástico de ambas caras de la bolsa de drenaje era OPACO. Ello hacía que a su través no pudieran apreciarse con nitidez los perfiles de las letras de la cara grabada, observación que recomendamos practicar a los enfermos para descartar la aparición de turbidez en las soluciones (fig. 1).

El caso finalizó bien: el peritoneo del paciente recuperó la confianza en sí mismo. El paciente recuperó la confianza en la técnica. La familia del paciente recuperó la confianza en el paciente. Los nefrólogos recuperamos la confianza en todos: peritoneo, paciente, familia y análisis de laboratorio.

En definitiva: cuestión de confianza. En la DPCA, claro.

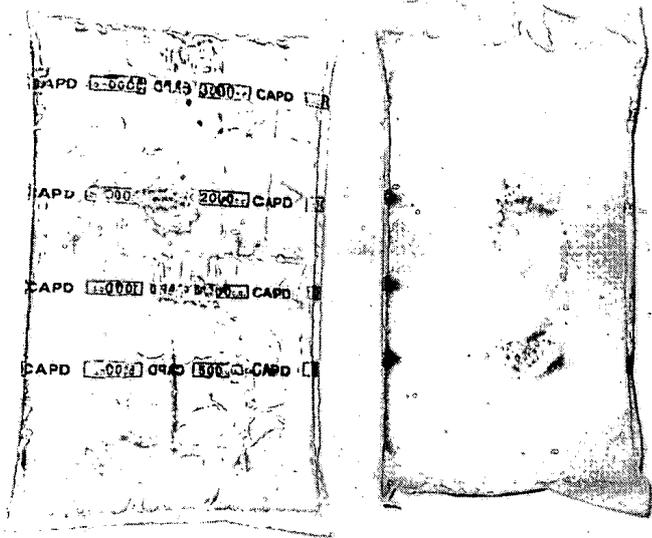


Fig. 1.—Bolsas de drenaje. La de la derecha presenta ambas caras opacas.

Correspondencia: Dra. C. Miguélez Hernández.
Hospital del Río Hortega.
Servicio de Nefrología.
47010 Valladolid.