

Pancreatitis de repetición en un paciente en diálisis peritoneal

Nefrología 2009;29(1):89.

Sr. Director:

Describimos el caso de un paciente en diálisis peritoneal que sufrió dos brotes de pancreatitis aguda en cuatro meses.

Varón de 27 años que acudió a la Unidad de Diálisis refiriendo epigastralgia de 12 horas de evolución y vómitos. Antecedentes personales: enfermedad renal crónica estadio 5 secundaria a nefropatía diabética. Peritonitis aguda por *Staphylococcus epidermidis* en septiembre, con recaída en octubre, tratada con vancomicina con negativización de los cultivos y normalización de los recuentos celulares.

En la exploración física destacaba epigastralgia marcada. Recuento celular: 50 leucocitos (65% PMN), amilasa 423 UI. Otros datos analíticos: leucocitosis 25.700 (92% de neutrófilos), urea 106 mg/dl, creatinina 9,4 mg/dl, PCR 24 g/l, amilasa 173 UI/l. Cultivos de líquido peritoneal negativos. Ante la presencia en líquido peritoneal de amilasas >100 UI/l y la sospecha clínica de pancreatitis, se efectuó Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal: rarefacción de grasa peripancreática y gran cantidad de líquido libre, fundamentalmente peripancreático y perihepático (figura 1). Inicialmente, evolucionó favorablemente. Se mantuvo en diálisis peritoneal y se descartaron causas metabólicas o infecciosas de la pancreatitis. Cuatro días después del ingreso, el paciente presentó fiebre y líquido peritoneal con más 100 leucocitos (80% PMN/amilasas <100 UI). Ante los antecedentes de una peritonitis previa por *Staphylococcus epidermidis* con recaída posterior, se decidió retirar catéter peritoneal y transferir a hemodiálisis. La evolución posterior fue favorable, con desaparición de la fiebre y mejoría clínica.

Dos meses después de la retirada del catéter, y por preferencia de la técnica, reinicia diálisis peritoneal. A los dos días, acude nuevamente con cuadro clínico compatible con pancreatitis aguda, confirmado con el recuento celular de leucocitos 153 (26% PMN), amilasa 418 y la presencia en TAC abdominal de pancreatitis aguda moderada. Al ingreso, se inicia tratamiento antibiótico, reposo digestivo y fluidoterapia. Se cesa la diálisis peritoneal y se transfiere a hemodiálisis. El paciente evolucionó favorablemente. Se realizó peritoneografía TAC, no objetivándose paso de contraste a retroperitoneo. Al alta, se suspendió definitivamente la diálisis peritoneal por su relación temporal con los episodios de pancreatitis. En la actualidad, el paciente lleva 14 meses en hemodiálisis, sin haber presentado nuevos episodios de pancreatitis.

La pancreatitis aguda es una complicación frecuente de los pacientes en diálisis peritoneal. Se han sugerido como factores causantes: anomalías metabólicas (absorción de glucosa y taponones del líquido de diálisis), estímulos infecciosos (brotes repetidos de peritonitis) o la irritación del páncreas a través del agujero epiploico, debido a su hipertonicidad o a su pH ácido.

Nuestro paciente no presentaba factores metabólicos o infecciosos reseña-



Figura 1.

bles y quizás debía existir una anomalía anatómica del páncreas que, junto con el estímulo infeccioso de la peritonitis, favorecían que el paciente sufriera pancreatitis de repetición.

1. Sombolos K, McNamee P, Mitwali A, Rabinovich S, Oreopoulos DG. Autopsy findings in patients treated by continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Perit Dial Bull* 1986;6:130-5.
2. Pannekeet MM, et al. Acute Pancreatitis during CAPD in the Netherlands. *Nephrol Dial Transplant* 1993;8:1376-81.
3. Bruno MJ, et al. Acute pancreatitis in peritoneal dialysis and hemodialysis: risk, clinical course, outcome and possible aetiology. *Gut* 2000;46:385.
4. Donnelly S, Levy M, Prichard S. Acute pancreatitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Perit Dial Int* 1988;8:187-90.
5. Gupta A, Vi Vuan Z, Balaskas E, Khanna R, Oreopoulos D. CAPD and Pancreatitis: No Connection. *Perit Dial Int* 1992;12:309-16.

E. Torregrosa de Juan, J. Hernández, R. Pons, H. García, C. Calvo, A. Rius, J.J. Sánchez, M.A. Fenolosa, E. Tamarit, I. Rico, T. Carbajo

Servicio de Nefrología. Hospital General de Castellón. Castellón.

Correspondencia: Eduardo Torregrosa
Servicio de Nefrología. Hospital General de Castellón. Castellón.
torregrosa_edu@gva.es

Serología vírica en los pacientes transeúntes en hemodiálisis. ¿Qué es razonable solicitar?

Nefrología 2009;29(1):89-90.

Sr. Director:

En las Guías Clínicas de la SEN sobre Centros de Hemodiálisis, en el capítulo 7 referente a la normalización de criterios para la atención de los pacientes de forma transitoria, se hace constar que las Unidades de Diálisis deben disponer de un procedimiento elaborado de admisión y remisión de los pacientes que

establezca, entre otros, «la definición de las características de los pacientes aceptables y no aceptables por la organización y los criterios de idoneidad para la admisión».¹

Uno de los aspectos más importantes a vigilar en los pacientes que se desplazan como transeúntes de unos centros a otros es la serología vírica de los mismos. Si bien este aspecto es de máxima importancia, muchos centros, en un «exceso de celo», solicitan que la serología vírica de los pacientes que se desplazan a sus centros tenga una antigüedad máxima de un mes, incluyendo en ella VHC, VHB y VIH.

Esta actitud tiene varias consecuencias. Por una parte, un perjuicio tanto para los centros emisores, ya que un elevado porcentaje de éstos son centros extrahospitalarios de hemodiálisis que no tienen facilidad para realizar estas determinaciones de manera urgente, como para los propios pacientes, puesto que algunos de ellos han visto impedida su posibilidad de viajar al no ser admitidos por este motivo, aparte de incurrir en un gasto innecesario.

Las guías de centros recomiendan una antigüedad máxima de tres meses a la serología vírica de los pacientes que se desplazan de un centro a otro.¹ En nuestra opinión, la antigüedad que se debe exigir es la antigüedad habitual de monitorización de las diferentes serologías víricas de un paciente de diálisis recomendadas en las guías de virus de la SEN² y en las guías de centros para pacientes estables en hemodiálisis.³

Ambas guías recomiendan la determinación de Ac-VHC semestral (recomendable) o trimestral (deseable); la determinación de Ag-HB, anualmente en pacientes con Ac-HB negativos y VIH anual.

Respecto al virus VIH, las guías de actuación ante enfermedades víricas dicen textualmente: «Todo enfermo que comienza tratamiento con hemodiálisis

debe tener un estudio serológico del VIH con la finalidad de ser filiado frente a dicho virus. Asimismo, cuando un paciente sea transferido definitivamente desde otra Unidad, debe ser estudiado frente a este virus. No son exigibles estudios serológicos posteriores, aunque en pacientes de riesgo puede considerarse la repetición semestral o anual». Puede que la confusión provenga de la recomendación de que todo paciente que inicie hemodiálisis y cualquier paciente que sea transferido a otra Unidad deben tener una determinación de VIH realizada. Una cosa es un paciente nuevo, no conocido, que inicia diálisis por primera vez en cualquier centro, y otra muy distinta es un paciente en programa de hemodiálisis de crónicos en una Unidad con una monitorización adecuada de serología, y probablemente con aislamiento, que se desplaza a otro centro de forma transitoria. Probablemente, en el caso del VIH, debería ser suficiente la última determinación de VIH realizada en el año. Por otra parte, este virus es de baja infectividad, y no es exigible el aislamiento del paciente, por lo que, en teoría, bastaría la estricta observación de las medidas universales de prevención de obligatorio cumplimiento en cualquier Unidad de Diálisis,^{4,6} y la verdadera causa de las infecciones nosocomiales.

En cuanto a la determinación del Ag-HB, las guías recomiendan la determinación anual a todo paciente en hemodiálisis (especialmente, en no respondedores a la vacuna frente al VHB) y a todo paciente que venga remitido de otra Unidad, con especial referencia a los periodos de vacaciones y Unidad de Agudos. Parece razonable admitir un paciente procedente de otra Unidad estable con Ag-HB realizado en los tres meses previos, o con Ac-HB aunque no disponga de Ag-HB. En estos casos, es vital conocer la serología, porque requiere aislamiento estricto en Unidades independientes. Lo mismo sucede con los Ac frente al VHC, cuya periodicidad de determinación recomendada en las guías es, al menos, semestral, y deseable cada tres meses.

En conclusión, en nuestra opinión, las determinaciones víricas que se deben exigir a los pacientes estables en hemodiálisis que se trasladan a otro centro en vacaciones no deberían superar las recomendaciones estipuladas por las guías en cuanto a monitorización de virus. Disponer de una analítica de serología vírica del último mes no garantiza que se anule la posibilidad de transmisión nosocomial, ya que los pacientes pueden encontrarse en periodo ventana, el cual puede ser de hasta seis meses desde el momento del contagio. La verdadera prevención de las infecciones víricas en las Unidades de Hemodiálisis se consigue asegurando que se cumplen estrictamente las precauciones universales ante cualquier paciente, sea positivo o negativo, que se dialice en la Unidad.

1. Pérez García R, Álvarez-Ude F, Fernández A. Guías de centros de hemodiálisis. Normalización de criterios para la atención de los pacientes de forma transitoria. *Nefrología* 2006;26(8):54-9.
2. Barril G, González Parra E, Alcázar R, Arenas MD, Campistol JM, et al. Guías de actuación ante enfermedades víricas en hemodiálisis. *Nefrología* 2004;24(2):43-66.
3. González Parra E, Arenas MD, Valencia J, Angoso M. Guías de centros de hemodiálisis. Monitorización del paciente en hemodiálisis. *Nefrología* 2006;26(8):34-53.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Update: Universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B virus and their bloodborne pathogens in health-care settings. *MMWR* 1988;37:377-82, 387-8.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in health-care setting. *MMWR* 2002;51(RR16):1-44.
6. Arenas MD, Sánchez-Paya J. Standard precautions in haemodialysis: the gap between theory and practice. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:823-5.

M.D. Arenas

Hospital Perpetuo Socorro. Alicante.

Correspondencia: María Dolores Arenas

Servicio de Nefrología.

Hospital Perpetuo Socorro. Alicante.

lola@olemiswebs.com
