

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia de Recomendaciones Guía de Práctica Clínica Peritoneodiálisis de 2010

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la GPC Diálisis Peritoneal, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Diálisis Peritoneal, 2010, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

Etap 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la GPC Diálisis Peritoneal, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factible de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 12 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etap 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE, ver detalle en Anexo 02.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2018, de la GPC Diálisis Peritoneal año 2010	
1.	La DP está indicada en todos los pacientes con ERC etapa 5 excepto en los que tienen evidente contraindicación.
2.	Son preferibles los catéteres de dos cuff respecto a los de un solo cuff y con cuello de cisne.
3.	La salida del catéter debe ser en dirección caudal, por debajo de la zona de implantación. El orificio de salida del catéter debe quedar a 1,5 – 2 cm del cuff externo.
4.	Se debe considerar el retiro del catéter cuando coexisten infección del orificiotúnel y peritonitis por el mismo germen, excepto si es por <i>Staphylococcus epidermidis</i> .
5.	La dosis mínima de DP administrada debe ser un Kt/Vurea de 1,7 semanal.
6.	La profilaxis antibiótica en la inserción del catéter disminuye la incidencia de peritonitis.
7.	La profilaxis con antifúngicos (fluconazol) tras el uso de antibióticos de amplio espectro prolongados puede prevenir peritonitis fúngica.
8.	En los procedimientos digestivos la profilaxis con antibióticos puede evitar la aparición de peritonitis.
9.	El tratamiento empírico de la peritonitis se debe realizar mediante la combinación de antibióticos de amplio espectro contra gérmenes Gram positivos y Gram negativos. Cada centro debe evaluar la flora local.
10.	Se sugiere retirar el catéter en las siguientes situaciones clínicas: peritonitis catéter dependiente, recurrente, refractaria, fúngica, fecaloídea y tuberculosa
11.	Toda hernia debe ser reparada antes o en el momento de la inserción del catéter DP para evitar complicaciones.
12.	En Pediatría deben corregirse las hernias y realizar omentectomía al insertar el catéter para evitar atrapamientos.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones de la GPC Diálisis Peritoneal del año 2010

Recomendaciones	Nivel de certeza	Resultado de la evaluación metodológica ¹
Los pacientes con ERC, etapa 4 (VFG estimada < 30 ml/min/m ²) deben recibir información sobre TSR: HD, DP y TR.	B	Formulación inadecuada
Los pacientes con ERC etapa 5 (VFG estimada < 15 ml/min/m ²) deben ser evaluado para iniciar TSR. Se deben considerar algunas situaciones clínicas que requieren inicio de DP en ERC etapa 4.	B	Formulación inadecuada
La DP está indicada en todos los pacientes con ERC etapa 5 excepto en los que tienen evidente contraindicación.	C	Formulación adecuada
En general no hay diferencia en la supervivencia de los pacientes entre la HD y DP, pero en los 2-3 primeros años de tratamiento es mejor en DP.	B	Formulación inadecuada
Al incrementar el número de pacientes en un centro de DP, disminuye la tasa de mortalidad de los pacientes y la tasa de fracaso de la técnica.	B	Formulación inadecuada
La relación costo-beneficio es más favorable para DP como tratamiento para pacientes que pueden ser tratados tanto con DP como con HD.	B	Formulación inadecuada
Son preferibles los catéteres de dos cuff respecto a los de un solo cuff y con cuello de cisne.	C	Formulación adecuada
La salida del catéter debe ser en dirección caudal, por debajo de la zona de implantación. El orificio de salida del catéter debe quedar a 1,5 – 2 cm del cuff externo.	C	Formulación adecuada
La erradicación de los portadores nasales de Staphylococcus aureus nasal reduce la infección del orificio/túnel.	A	Formulación inadecuada
Se debe considerar el retiro del catéter cuando coexisten infección del orificio/túnel y peritonitis por el mismo germen, excepto si es por Staphylococcus epidermidis.	B	Formulación adecuada
La dosis mínima de DP administrada debe ser un Kt/Vurea de 1,7 semanal.	A	Formulación adecuada
La prescripción de DP debe ser individualizada, se deben usar soluciones con concentración de dextrosa lo más bajas posible.	C	Formulación inadecuada

La concentración de calcio en el dializado debe ser individualizada, se debe usar bajo calcio en los pacientes con hipercalcemia, se debe monitorizar la calcemia para evitar su descenso.	A	Formulación inadecuada
La FRR aporta significativamente en el aclaramiento y eliminación de volumen total.	A	Formulación inadecuada
El TEP, SC, FRR se deben considerar para la adecuación de la DP.	B	Formulación inadecuada
La enseñanza de la técnica de DP influye en la incidencia de peritonitis.	B	Formulación inadecuada
El menor número de conexiones en DPA puede reducir la incidencia de peritonitis.	B	Formulación inadecuada
La profilaxis antibiótica en la inserción del catéter disminuye la incidencia de peritonitis.	B	Formulación adecuada
La profilaxis con antifúngicos (fluconazol) tras el uso de antibióticos de amplio espectro prolongados puede prevenir peritonitis fúngica.	C	Formulación adecuada
En los procedimientos digestivos la profilaxis con antibióticos puede evitar la aparición de peritonitis.	C	Formulación adecuada
Diagnóstico de Peritonitis: - Clínico: Turbidez del líquido drenado, dolor abdominal, fiebre, alteraciones intestinales. Laboratorio: Rcto. Celular > 100 leucocitos, > 50 % PMN. Microbiológico: Tinción de Gram, cultivo y antibiograma en líquido peritoneal con permanencia > 2 horas en el abdomen.	B	Formulación inadecuada
El tratamiento empírico de la peritonitis se debe realizar mediante la combinación de antibióticos de amplio espectro contra gérmenes Gram positivos y Gram negativos. Cada centro debe evaluar la flora local.	B	Formulación adecuada
Se sugiere retirar el catéter en las siguientes situaciones clínicas: Peritonitis catéter dependiente, recurrente, refractaria, fúngica, fecaloídea y tuberculosa.	C	Formulación adecuada
Para diagnosticar falla de membrana peritoneal se debe descartar todas las causas corregibles de sobrecarga de volumen.	C	Formulación inadecuada
Toda hernia debe ser reparada antes o en el momento de la inserción del catéter DP para evitar complicaciones.	C	Formulación adecuada
La mayoría de los pacientes en DP mantienen el bicarbonato sérico sin fluctuaciones y en límites aceptables.	B	Formulación inadecuada

Los pacientes en DP muestran un perfil lipídico más aterogénico que los pacientes en HD.	B	Formulación inadecuada
Las pérdidas proteicas en el dializado peritoneal y la continua exposición a glucosa son los principales factores que influyen en el empeoramiento de la dislipidemia de los pacientes en DP. El grado de resistencia a la insulina es un modulador de la severidad de la dislipidemia en DP.	C	Formulación inadecuada
En Pediatría deben corregirse las hernias y realizar omentectomía al insertar el catéter para evitar atrapamientos.	C	Formulación adecuada
Una buena velocidad de crecimiento en los niños refleja una diálisis adecuada.	B	Formulación inadecuada
La fosfemia en los niños es superior que la de los adultos por lo que debe ser referida a valores fisiológicos para la edad ósea.	B	Formulación inadecuada
La prescripción dietética inicial debe ser reevaluada de acuerdo a parámetros nutricionales, es importante la talla y su Z score, peso seco estimado y perímetro craneal en los menores de 3 años.	B	Formulación inadecuada
No hay contraindicación para el uso de DP tras el fracaso de un TR.	A	Formulación inadecuada
Recomendaciones nutricionales: Ingesta calórica, 35 kcal/kg/día: Hidratos de carbono, 50-60% del total calórico, Lípidos, 30 %, Proteínas, 10-15%.	C	Formulación inadecuada
Recomendaciones nutricionales: Ingesta proteica diaria; 1,2-1,5 g/kg/día, ajustada a la edad y al ejercicio físico; aumentar a 1,8 g/kg/día si hay inflamación aguda o caquexia.	C	Formulación inadecuada

¹ **Formulación adecuada:** la formulación de la recomendación está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica GPC Diálisis Peritoneal, año 2010

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
1. Los pacientes con ERC, etapa 4 (VFG estimada < 30 ml/min/m ²) deben recibir información sobre TSR: HD, DP y TR.	No vigente
2. Los pacientes con ERC etapa 5 (VFG estimada < 15 ml/min/m ²) deben ser evaluado para iniciar TSR. Se deben considerar algunas situaciones clínicas que requieren inicio de DP en ERC etapa 4.	No vigente
3. La DP está indicada en todos los pacientes con ERC etapa 5 excepto en los que tienen evidente contraindicación.	Vigente
4. En general no hay diferencia en la sobrevida de los pacientes entre la HD y DP, pero en los 2-3 primeros años de tratamiento es mejor en DP.	No vigente
5. Al incrementar el número de pacientes en un centro de DP, disminuye la tasa de mortalidad de los pacientes y la tasa de fracaso de la técnica.	No vigente
6. La relación costo-beneficio es más favorable para DP como tratamiento para pacientes que pueden ser tratados tanto con DP como con HD.	No vigente
7. Son preferibles los catéteres de dos cuff respecto a los de un solo cuff y con cuello de cisne.	Vigente
8. La salida del catéter debe ser en dirección caudal, por debajo de la zona de implantación. El orificio de salida del catéter debe quedar a 1,5 – 2 cm del cuff externo.	Vigente
9. La erradicación de los portadores nasales de Staphylococcus aureus nasal reduce la infección del orificio/túnel.	No vigente
10. Se debe considerar el retiro del catéter cuando coexisten infección del orificiotúnel y peritonitis por el mismo germen, excepto si es por Staphylococcus epidermidis.	Vigente
11. La dosis mínima de DP administrada debe ser un Kt/Vurea de 1,7 semanal.	Vigente
12. La prescripción de DP debe ser individualizada, se deben usar soluciones con concentración de dextrosa lo más bajas posible.	No vigente
13. La concentración de calcio en el dializado debe ser individualizada, se debe usar bajo calcio en los pacientes con hipercalcemia, se debe monitorizar la calcemia para evitar su descenso.	No vigente
14. La FRR aporta significativamente en el aclaramiento y eliminación de volumen total.	No vigente
15. El TEP, SC, FRR se deben considerar para la adecuación de la DP.	No vigente

16. La enseñanza de la técnica de DP influye en la incidencia de peritonitis.	No vigente
17. El menor número de conexiones en DPA puede reducir la incidencia de peritonitis.	No vigente
18. La profilaxis antibiótica en la inserción del catéter disminuye la incidencia de peritonitis.	Vigente
19. La profilaxis con antifúngicos (fluconazol) tras el uso de antibióticos de amplio espectro prolongados puede prevenir peritonitis fúngica.	Vigente
20. En los procedimientos digestivos la profilaxis con antibióticos puede evitar la aparición de peritonitis.	Vigente
21. Diagnóstico de Peritonitis: - Clínico: Turbidez del líquido drenado, dolor abdominal, fiebre, alteraciones intestinales. Laboratorio: Rcto. Celular > 100 leucocitos, > 50 % PMN. Microbiológico: Tinción de Gram, cultivo y antibiograma en líquido peritoneal con permanencia > 2 horas en el abdomen.	No vigente
22. El tratamiento empírico de la peritonitis se debe realizar mediante la combinación de antibióticos de amplio espectro contra gérmenes Gram positivos y Gram negativos. Cada centro debe evaluar la flora local.	Vigente
23. Se sugiere retirar el catéter en las siguientes situaciones clínicas: Peritonitis catéter dependiente, recurrente, refractaria, fúngica, fecaloídea y tuberculosa.	Vigente
24. Para diagnosticar falla de membrana peritoneal se debe descartar todas las causas corregibles de sobrecarga de volumen.	No vigente
25. Toda hernia debe ser reparada antes o en el momento de la inserción del catéter DP para evitar complicaciones.	Vigente
26. La mayoría de los pacientes en DP mantienen el bicarbonato sérico sin fluctuaciones y en límites aceptables.	No vigente
27. Los pacientes en DP muestran un perfil lipídico más aterogénico que los pacientes en HD.	No vigente
28. Las pérdidas proteicas en el dializado peritoneal y la continua exposición a glucosa son los principales factores que influyen en el empeoramiento de la dislipidemia de los pacientes en DP. El grado de resistencia a la insulina es un modulador de la severidad de la dislipidemia en DP.	No vigente
29. En Pediatría deben corregirse las hernias y realizar omentectomía al insertar el catéter para evitar atrapamientos.	Vigente
30. Una buena velocidad de crecimiento en los niños refleja una diálisis adecuada.	No vigente
31. La fosfemia en los niños es superior que la de los adultos por lo que debe ser referida a valores fisiológicos para la edad ósea.	No vigente
32. La prescripción dietética inicial debe ser reevaluada de acuerdo a parámetros nutricionales, es importante la talla y su Z score,	No vigente

peso seco estimado y perímetro craneal en los menores de 3 años.	
33. No hay contraindicación para el uso de DP tras el fracaso de un TR.	No vigente
34. Recomendaciones nutricionales: Ingesta calórica, 35 kcal/kg/día; Hidratos de carbono, 50-60% del total calórico, Lípidos, 30 %, Proteínas, 10-15%.	No vigente
35. Recomendaciones nutricionales: Ingesta proteica diaria; 1,2-1,5 g/kg/día, ajustada a la edad y al ejercicio físico; aumentar a 1,8 g/kg/día si hay inflamación aguda o caquexia.	No vigente

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológica (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso).
/ **No vigente:** La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).

Miembros del equipo elaborador que evaluaron la vigencia clínica de la GPC:

Nombre	Profesión	Instituciones
Ana Mireya Ortiz Mejias	Médico	Sociedad Chilena de Nefrología Pontificia Universidad Católica de Chile
Angélica Rojo Lozano	Médico	Hospital Exequiel Gonzalez Cortés Clínica Las Condes
Antonella Sandretti Reyes	Enfermera	Hospital Sotero del Rio
José Cristian Plaza Plaza	Químico Farmecutico	Facultad de Química Universidad Católica de Chile
Karina Muñoz Navarrete	Médico	Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF) Cesfam Dr. Alberto Allende Jones, Talagante
Karina Lara Martínez	Enfermera	Hospital Sotero del Rio
Laura Bustamante Rojas	Nutricionista	Hospital Clínico San Borja Arriarán
Leticia Elgueta Segura	Médico	Sociedad Chilena de Nefrología
Ludovina Correa Rosas	Enfermera Matrona	Clínica Dávila
Macarena Arancibia García	Nutricionista	Diálisis Ñuñoa
María del Pilar Hevia Juricic	Médico	Sociedad Chilena de Nefrología

Patricia Gallegos Adio	Enfermera	Hospital Sotero del Rio
Ruth Díaz Vargas	Médico	Hospitla Clínico Fusat (Fundación de Salud El Teniente)
Tomás Fernandez Goycoolea	Empresario	Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile