

CALIDAD DE VIDA Y BENEFICIOS SOCIALES DE LA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (CAPD) FRENTE A LA HEMODIALISIS EN LA INFANCIA

A. López, A. Costa, E. Tornay, R. García

Servicio de Nefrología. Hospital Infantil.
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCION

Desde su publicación por Alexander, en 1980, el método de la CAPD en la infancia ha sido considerado por la mayoría de autores como una alternativa importante a la hemodiálisis (HD) en el tratamiento de la insuficiencia renal terminal crónica (IRTC) con aspectos muy favorables sobre calidad de vida y costos.

Nosotros hemos tenido oportunidad de estudiar tres enfermos sometidos a ambos métodos de tratamiento y hemos comparado su respectiva incidencia sobre costos, calidad de vida y beneficios sociales.

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes cuyas edades, peso, nefropatía causal y tiempo de seguimiento se recogen en la tabla I, estuvieron 45 meses sometidos a tratamiento en HD y 26 meses en CAPD.

En dos casos el cambio de terapia fue indicado por dificultad en el acceso vascular y en el tercero se indicó por anemia microangiopática no filiada que cedió en la tercera semana de CAPD.

Los **datos analíticos** recogidos en la tabla II se obtuvieron de la media de controles mensuales en ambos métodos terapéuticos.

Durante su estancia en HD los niños estuvieron sometidos a dieta restringida a 2 gr/día de proteínas y limitada en sal y líquidos; en cambio durante la estancia en CAPD se les permitió dieta libre.

Los **datos técnicos** de HD y CAPD se recogen en las tablas III y IV, La implantación del catéter fue siempre quirúrgica y los pacientes no requirieron en ningún caso métodos extras de drenaje.

En HD se usó unipunción de manera rutinaria.

La **calidad de vida** se evaluó por la puntuación de una serie de parámetros, de 1 a 3 (malo, regular o bueno), realizadas por -al menos- tres personas.

Debemos señalar que la puntuación de hemodiálisis se realizó «a posterior» y que los parámetros valorados fueron:

Sueño (tranquilo, profundo, pesadillas...)

Autosuficiencia (capacidad para vestirse, independencia...).

Relaciones con padres, hermanos y familiares.

Humor.

Apetito.

Escolarización (juzgada como rendimiento escolar y no sólo asistencia).

La puntuación global se recoge en la tabla V.

Los **costos y beneficios sociales** se evaluaron de la siguiente forma:

Costos directos, derivados del propio método terapéutico en sí mismo.

Costos indirectos, generados por los medios necesarios para recibir el tratamiento.

Los resultados se recogen en las tablas VI, VII y VIII.

Precios y salarios fueron facilitados por la administración del Hospital. No se incluyeron salarios del personal médico ni gastos de análisis periódicos o de tratamientos intercurrentes. Todos los cálculos fueron realizados en períodos de estabilización de la insuficiencia renal y en ausencia de complicaciones que requiriesen hospitalización.

Los beneficios sociales se calcularon valorando el número de horas mensuales que el tratamiento separó al enfermo y a 1 miembro de la familia del hogar, así como de las propias manifestaciones de los padres. Se estimó una media de 2 horas de desplazamiento desde el lugar habitual de residencia al Centro.

DISCUSION

En nuestros pacientes la CAPD ofreció una eficacia del control de la uremia similar a la hemodiálisis. La calidad de vida mejoró de forma objetiva, como lo demuestra la mayor puntuación que arrojan los parámetros evaluados en la tabla V. Es importante reseñar el fallo reflejado en la escolarización (no está incluido el paciente menor de tres años); la asistencia escolar mejoró notablemente, pero no el rendimiento, puesto que la prolongada inasistencia previa durante el período de hemodiálisis situaba a los niños en inferioridad de condiciones respecto a sus compañeros, dificultando así su integración.

Al contrario de lo esperado y a pesar de tener libre acceso a todo tipo de alimentación, no se produjo mejoría en el apetito. Para nosotros esto podría explicarse por la intensa ferropenia presente en dos de los pacientes, ya que tras la corrección de la misma mostraron mejoría en su apetito.

Los beneficios sociales fueron evidentes si se piensa que cada paciente y 1 familiar estuvieron ausentes del hogar una media de 104 horas mensuales durante su estancia en CAPD.

Tanto los padres como los dos niños mayores eligieron la CAPD como menos traumático para su vida social.

El costo global de la CAPD se estimó como un 79 % del de la HD, lo que supone un ahorro de 29.107 pesetas por paciente al mes.

CONCLUSIONES

- 1°. La CAPD ofrece mejor calidad de vida a los niños afectos de IRCT que la hemodiálisis.
- 2°. Índice menos sobre el núcleo familiar.
- 3°. Es discretamente más barata.
- 4°. Por todo ello, a igualdad de eficacia, debería ser el primer método terapéutico a ofrecer en la IRCT de la infancia.

BIBLIOGRAFIA

Alexander: Early clinical experience with CAPD in infants and children; abstracted. Clin. Res., 28:131 A, 1980.

TABLA 1. - Datos clínicos

Edad	Nefrop. Causal	Peso	Meses estancia CAPD	Meses estancia HD
27 m.	Esclerosis glomerular	10 kg	8	4
9a.	Uropatia obstructiva	21,5 kg	11	25
12a.	Hipoplasia Displasia	24 kg	7	16

TABLA II. -Resultados

	CAPD/HD	CAPD/HD	CAPD/HD	
Urea (g %)	1,69/1,1	1,05/1,12	1,98/2,26	NS
Creat. (mg %)	5,4/6	7,4/10,2	11/9,2	NS
Na (mEq/l)	136/141	143/140	140/141	NS
K (mEq/l)	6/4,9	4,8/5,9	5,4/6,6	NS
11 Ca (mg %)	9,5/9,2	8,4/9,1	10,8/8,9	NS
p (mg %)	6,3/3,9	5,7/6,6	5,6/6,9	NS
Hto (%)	26/16	24,3/16,2	25/15	< P 0,005

TABLA III.- Datos técnicos HD

Dializador de placas
0,5-1 m² superficie
18 hora por semana
Acceso vascular
FAV
PTFE
SHUNT

TABLA IV.-Datos técnicos CAPD

TENCKOFF
TWII
Intercambios:
4.....2
5.....1
Volumen: 30-50 c.c./kg

TABLA V

	CAPD	HD
Sueño	7,5	4,5
Relación familiar	7,75	4,5
Autosuficiencia	8,75	6
Escolarización	2	2
Apetito	5	4,5
Humor	7,75	3
Total	38,75	24,5

TABLA VI**Costos directos (en ptas.)**

CAPD		
Sesiones 30...../3404		102.120
ambio líneas tnsf.		374
Personal (40'/mes/ATS)		540
		<hr/>
		103.034
HD		
Sesiones 13...../4660		60.580
Personal ATS		22.744
Aux		18.027
		<hr/>
		101.351

TABLA VII

Costos indirectos (en ptas.)		
CAPD		
Catéter		8.300
Titanio		54.635
Adaptador		402
		<hr/>
		63.337
Mes/paciente		9.744
HD		
Transporte		
(precio medio)		40.620

TABLA VIII

Costos totales (en ptas.)		
HD		141.971
CAPD		112.864
	Porcentaje: 79 %	
	SHMERLING y KOHAUT: 66 %	