

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL NIÑO

Dña. I. Zamora.

Son muchas e importantes las diferencias del tratamiento de la insuficiencia renal en el niño, comparada con el adulto. Es mi intención abordar algunas, que considero fundamentales y suficientemente expresivas para entender el distinto enfoque que, los nefrólogos infantiles, hacemos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

El primer hecho diferenciador es la incidencia y prevalencia, afortunadamente muy baja, de la insuficiencia renal terminal (IRT) en la población pediátrica. A nivel de CV la prevalencia es hasta 10 veces menor que para el total de pacientes, en datos del informe de 1996.

El siguiente hecho diferenciador es la etiología de la IRT. En el registro nacional pediátrico de insuficiencia renal crónica, observamos que hasta un 60% de los pacientes tienen como enfermedad de base una enfermedad congénita o hereditaria, siendo mínimo el porcentaje de niños con etiologías adquiridas y excepcional las no diagnosticadas.

Es decir que el porcentaje mayor de niños que entran en programa de IRT, presentan un grado variable de deterioro de la función renal desde el nacimiento, lo cual esta modulando su desarrollo, tanto desde el punto de vista físico como psicológico y emocional.

La necesidad de un adecuado control y tratamiento de las alteraciones metabólicas secundarias a la insuficiencia renal justifica que estos pacientes deban ser controlados por un nefrólogo infantil.

Esto es un hecho diferenciador importante frente a la población adulta. Habitualmente existe, en nuestro medio, un seguimiento y conocimiento del paciente a lo largo de toda su evolución de insuficiencia renal crónica lo que permite la planificación del tratamiento de la IRT.

En el niño el único tratamiento aceptable de la IRT es el trasplante. Ningún niño debiera estar excluido de una lista de trasplante en forma definitiva. Deberíamos cuestionarnos la inclusión de un niño en programa de diálisis, si por alguna razón, no fuese candidato al trasplante. Y esto es mas cierto cuando menor sea la edad del paciente.

De esta manera, los nefrólogos infantiles, consideramos la diálisis, en cualquiera de sus modalidades, como un periodo de tiempo, cuanto más breve mejor, hasta la realización del trasplante.

Así de hecho, a nivel nacional el 60% de los niños son trasplantados antes del año de diálisis y un porcentaje significativo lo hacen sin paso previo por diálisis. (Datos del Registro Nacional Pediátrico).

En cuanto al programa de diálisis, la tendencia en Nefrología pediátrica se dirige, mayoritariamente, a las técnicas de diálisis peritoneal, fundamentalmente las automáticas. Esta tendencia se observa de forma progresiva en los últimos años.

Son varias las justificaciones para esta elección, y de distinta índole. Podríamos destacar en primer lugar que la hemodiálisis es difícil, incluso imposible, para los pacientes más pequeños, por debajo de 12-15 Kg de peso. Otra justificación viene determinada por la planificación de la Nefrología infantil a nivel del estado. Hay pocos centros de diálisis pediátrica y por tanto la distancia entre el lugar de residencia y el centro de tratamiento favorece la indicación de la diálisis peritoneal.

Por otra parte la mayor rehabilitación del niño durante la fase de diálisis, será aquella técnica que permite una mayor escolarización y mayor tiempo libre. De nuevo parece que la

diálisis peritoneal automática nocturna es la indicación.

Referidos al trasplante, son múltiples las diferencias respecto a la edad adulta; todas ellas condicionadas por las características específicas del niño, en cuanto a peso, etiología de la insuficiencia renal, capacidad inmunológica etc.; incidiendo de forma más importante cuanto menor sea la edad del paciente.

Por tan solo hacer una referencia puntual, señalaré las sensibles diferencias entre el tratamiento inmunosupresor del niño con respecto al adulto. En forma general, la inmunosupresión es mucho más agresiva utilizando casi universalmente en los centros infantiles, la inmunosupresión secuencial con utilización de poli o monoclonales en inducción, y las dosis sensiblemente mayores de cualquier fármaco: ciclosporina, prograf etc., comparativamente con el adulto.

De esta manera con la adecuación del tratamiento según edad y peso del paciente, los resultados del trasplante son similares que en el adulto.

Por último quisiera hacer una referencia al hecho de que el niño es un organismo en crecimiento, desde el punto de vista físico, pero es también un ser en periodo de formación.

En los programas de diálisis y Transplante, nuestro objetivo no va a ser solo obtener los mejores resultados respecto a supervivencia de órgano y paciente, sino obtener la mayor rehabilitación, física, psicológica y social para conseguir que el paciente que inicia IRT en la infancia sean en un futuro, un adulto normal, integrado social y profesional mente.

El gran reto es no solo los mejores resultados en el tratamiento de la enfermedad renal, sino, considerando el paciente como "un todo", conseguir hacer del niño insuficiente renal, un adulto completamente integrado, social, físico y psicológicamente.