

DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (CAPD) EN LA INFANCIA *

A. López, A. Costa, E. Tornay, R. García, C. Santos, A. Moreno

Servicio de Nefrología. Hospital infantil. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social
«Virgen del Rocío». Sevilla

INTRODUCCION

Desde que en 1976 Popovich y Moncrief (1) introdujeran la modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) como tratamiento de la insuficiencia renal terminal (IRT), el método ha ido adquiriendo progresivamente aceptación y extensión en la mayoría de Centros nefrológicos.

La primera publicación en enfermos pediátricos se debe a Alexander (2), en 1980, y auguraba un buen futuro de este método terapéutico por las posibilidades de eliminar los accesos vasculares, punciones repetidas, restricciones dietéticas, etc. Recientemente, Baum y cols. (3), en su experiencia con 16 enfermos pediátricos, encuentran un alto índice de complicaciones respecto a un grupo control de 20 pacientes sometidos a hemodiálisis (HD), de manera que la mayoría de los nefrólogos pediátricos contemplan la CAPD en la infancia como método alternativo ante la imposibilidad de realizar HD.

En el presente trabajo hacemos una revisión de nuestra experiencia en este tipo de tratamiento con 6 enfermos pediátricos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudian 6 niños tratados durante un período global de 28 meses. La edad de comienzo (comprendida entre 27 meses y 12 años, con una media de 6,3 años), la nefropatía causal, peso, sexo y tiempo de control o seguimiento de los pacientes son recogidos en la tabla I. La selección de los mismos se hizo en base a un difícil acceso vascular (2 casos) o bien por elección familiar.

Los datos técnicos y plazos de enseñanza se recogen en la tabla II.

Los niños se mantuvieron con dieta no restringida respecto a proteínas, líquidos y sal, y los valores de depuración se obtuvieron de la media de determinaciones mensuales cuando acuden a revisión y cambio de líneas.

Ninguno de nuestros pacientes recibió medicación hipotensora durante el tiempo de permanencia en CAPD.

RESULTADOS

Depuración. En la tabla III se recogen los valores del hematocrito, urea, creatinina, sodio, potasio y calcio previos a la instauración de la CAPD y tras un período mínimo de tratamiento de 1 mes.

Necesidades transfusionales. Sólo dos pacientes requirieron transfusión de glóbulos concentrados: en uno de 2 unidades y en el otro de 1 unidad. El resto de pacientes, cuatro, no recibieron transfusiones en un período global de 23 meses.

Nutrición y crecimiento (tabla IV). La velocidad de crecimiento en aquellos pacientes con

un período de seguimiento superior a 6 meses fue normal en dos de ellos y nula en otro.

En lo que respecta al estado nutricional se observó, en cinco de los pacientes seguidos por un tiempo superior a 1 mes, peso estable en todos salvo en el de 27 meses de edad, que sufrió una severa desnutrición (si bien ha recuperado 3 Kg en 8 meses de control).

Los niveles de albúmina se mantuvieron por encima de 3 gs/dl en 4 de los pacientes.

Complicaciones (tabla V).

Ninguno de los pacientes ha sufrido complicaciones que le hayan hecho abandonar el método hasta la fecha.

DISCUSION

Todos los familiares fueron capaces de aprender y adaptarse a la técnica sin que, por el momento, el nivel intelectual y social haya sido un inconveniente insalvable para la práctica de la CAPD. Es de destacar que el paciente de 12 años de edad se hizo cargo de la misma personalmente, si bien con supervisión materna de los cambios.

Los controles de uremia y balance hídrico resultaron muy satisfactorios, pues ninguno de los pacientes necesitó tratamiento hipotensor, mientras que dos de ellos lo tenían instaurado anteriormente, así como restricción en sal y líquidos. No hubo necesidad de resinas de intercambio catiónico: sin embargo, no se pudo prescindir del aporte de quelantes de fósforo, al igual que describen otros autores (4).

Las necesidades transfusionales son claramente inferiores a las requeridas con otro tipo de tratamiento substitutivo.

Se ha publicado repetidamente que la peritonitis es la complicación más seria que presenta el método de la CAPD. Pues bien, en nuestros casos la incidencia de la misma ha sido de un 50 % (tres de los pacientes en 28 meses). Creemos que un factor importante para explicar esta baja incidencia es el que no hemos utilizado métodos extras de drenaje, alcanzando para ello - en ocasiones- volúmenes superiores a 50 cc/kg en cada intercambio. En dos casos de peritonitis se identificó el germen responsable (estafilococo epidermis). En todos ellos, en la totalidad, la evolución fue favorable, registrándose cultivo estéril a las 48 horas de tratamiento intraperitoneal coincidente con la desaparición de los síntomas.

En nuestra experiencia la complicación más importante ha sido desnutrición y anorexia. En dos pacientes nos vimos obligados a recurrir a alimentación parenteral a débito continuo. Ambos se trataban de dos enfermos con síndrome nefrótico de larga evolución que llegaron a la situación de IRT en un estado de franca desnutrición.

En general la aceptación del método por familiares y enfermos ha sido buena y hemos podido apreciar franca rehabilitación (valorada fundamentalmente por el rendimiento escolar) en cuatro de los pacientes (excluidos los menores de tres años). En cambio en uno de los casos los padres muestran claros signos de angustia por la responsabilidad contraída.

CONCLUSIONES

Para nosotros, y a tenor de todo lo expuesto anteriormente, la CAPD no es un método alternativo de la HD en el tratamiento de la IRT de la infancia, sino el primer método a elegir en espera del transplante renal, que continúa siendo hoy el tratamiento de elección.

TABLA I

	Sexo	Edad co.	Nefropatía causal	Peso	Tiempo seguí.
N.º 1	V	12 a.	Hipoplasia-Displasia	22,5 Kg	7 meses
N.º 2	V	8 a.	Cistinosis	16 Kg	6 meses
N.º 3	V	6 a.	Esclerosis glomerular focal	16,5 Kg	4 meses
N.º 4	V	2,5 a.	Esclerosis glomerular	9 Kg	8 meses
N.º 5	V	3 a.	IRC. Acidosis orgánica	10,2 Kg	2 meses
N.º 6	H	7 a.	Cistinosis	12 Kg	1 mes

TABLA II

	Cáteter	Vol/Kg	N.º de cambios	Plaza enseñanza
N.º 1	TW ₁₁	45 c.c.	4/1,5 % 1/4,25 %	10 días
N.º 2	TW ₁₁	60 c.c.	4/1,5 % 1/4,25 %	8 días
N.º 3	TW ₁₁	60 c.c.	2/1,5 % 2/4,25 %	10 días
N.º 4	TENCKOFF TW ₁₁	50 c.c.	4/1,5 % 1/4,25 %	7 días
N.º 5	TW ₁₁	30 c.c.	5/11,5 %	8 días
N.º 6	TW ₁₁	40 c.c.	4/1,5 % 1/4,25 %	10 días

TABLA III

	Hto (%)	Urea (g %)	Creat (mg %)	Na (mEq/l)	K (mEq/l)	Ca (mg %)
	Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post
N.º 1	17/23	2,8/0,99	10,2/7,4	140/140	6,3/4,7	8,7/8,9
N.º 2	20/26	2,6/1,40	7,3/5,3	135/139	3,5/4,2	8,5/10
N.º 3	18/27	2,7/1,15	10,8/8,7	140/136	5,2/5,1	8,9/9
N.º 4	22/30	1,04/0,88	3,2/5,2	146/131	5,8/5	9/9
*N.º 5	41/40	0,12/0,15	0,9/0,9	135/140	3,9/4,9	9,5/9,7
N.º 6	20/20	2,8/0,84	5,6/3	135/140	4,5/4,1	9,5/9,1

(*) El paciente n.º 5 forma parte del programa de CAPD por acidosis metabólica e insuficiencia renal moderada.

TABLA IV

	Velocidad crecim.	Albúmina
N.º 1	1 cm/año	4,32 gr/dl
N.º 2	6 cm/año	4,28 gr/dl
N.º 3		< 3 gr/dl
N.º 4	8 cm/año	3,56 gr/dl

TABLA V

Complicaciones

Tipo	N.º de veces
Peritonitis	3
Fuga de líquido	1
Cambio de catéter	1
Obstrucción por epiplon	1
Infección de puerta de entrada	1
Desnutrición y anorexia	2