

Diálisis peritoneal pediátrica en España: análisis de supervivencia y datos epidemiológicos actuales

A. Alonso Melgar¹, A. Sánchez Moreno², M. J. Sanahuja³, G. Ariceta⁴, D. Morales⁵, R. Muley⁶, J. A. Camacho⁷, F. Santos⁸ y M. Gil⁹

Grupo Español de Diálisis Peritoneal Pediátrica. ¹Hospital Infantil La Paz. Madrid. ²Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ³Hospital La Fe. Valencia. ⁴Hospital de Cruces. Vizcaya. ⁵Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁷Hospital San Joan de Deu. Barcelona. ⁸Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁹Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Con objeto de conocer los datos demográficos de la población pediátrica incidente en diálisis peritoneal (DP) en España y analizar los factores de supervivencia del paciente y de la técnica se han estudiado todos los pacientes pediátricos que han iniciado tratamiento en nuestro país en los últimos cinco años mediante encuesta dirigida a todos los centros pediátricos que realizan tratamiento sustitutivo con dicha técnica.

PACIENTES

Durante el periodo evaluado (2002-2007) se han recogido datos de 129 pacientes (62% varones) de edad media $8 \pm 5,7$ años pero con una distribución bimodal, de tal forma que un 25% de los pacientes eran menores de dos años. La evolución media en DP fue de $10,31 \pm 9,29$ meses. La DP constituyó el primer tratamiento sustitutivo en el 73% de los pacientes; 13% procedía de la pérdida de un trasplante y 11% de hemodiálisis. El trasplante renal fue el destino final del 65% de los pacientes durante el periodo evaluado, permaneciendo en DP un 20%. El paso a hemodiálisis por fracaso de la técnica ocurrió en un 9%. La mortalidad global de la técnica fue de un 3%.

RESULTADOS

La supervivencia actuarial del paciente fue de del 98% y la de la técnica del 81%, ambas a los 19 meses de seguimiento. El fracaso de la técnica fue atribuida a déficit de ultrafiltración (21%), peritonitis (36%) y alteraciones de pared abdominal o catéter (33%). La presencia de gastrostomía incrementó el riesgo relativo (RR) de cambio de catéter (RR = 3,54), infección de orificio (RR = 2,86) y peritonitis (RR = 2,57), aunque no fue determinante en la supervivencia de la técnica, como tampoco lo fueron la edad, modalidad terapéutica, tipo de catéter, empleo de soluciones hipertónicas, talla y peso corporales iniciales y pérdida de función renal residual (FRR) durante el tratamiento con DP. En el análisis de supervivencia de riesgos múltiples de Cox se encontraron tan sólo dos variables que influían en el fracaso de la técnica: la presencia de infección de orificio ($p = 0,02$) y la ausencia inicial de FRR ($p = 0,034$) (fig. 1).

Correspondencia: Ángel Alonso Melgar
S. Nefrología Pediátrica
Hospital Universitario La Paz
Paseo de la Castellana, 261
28046 Madrid. España
aalonso.hulp@salud.madrid.org

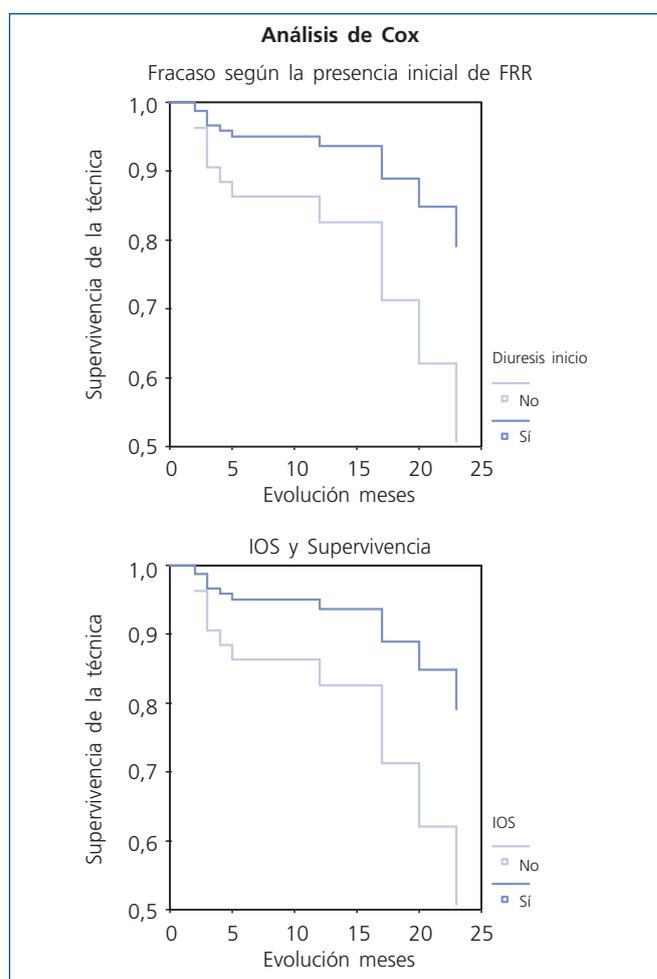


Figura 1. Influencia de la función renal residual inicial y de la presencia de infección de orificio de salida en la supervivencia de la técnica.

CONCLUSIONES

La incidencia media anual de pacientes en DP es de 25, siendo la enfermedad base y distribución por género similar a la de la población pediátrica emergente en IRT pero con una edad media inferior (25% menores de dos años). La mortalidad y el fracaso de la técnica son inferiores a otras series si bien la permanencia en la misma es corta gracias a la realización de un trasplante renal a corto plazo en un 71% de los pacientes. Predisponen al fracaso de la técnica la infección de orificio y la ausencia inicial de FRR.