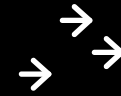


# 7º Congreso Argentino de Nefrología Pediátrica



En el marco de la Semana de Congresos y Jornadas  
Nacionales 2018



# Programa de Diálisis Peritoneal crónica en neonatos y niños pequeños

Lic. Laura Edith Mendoza

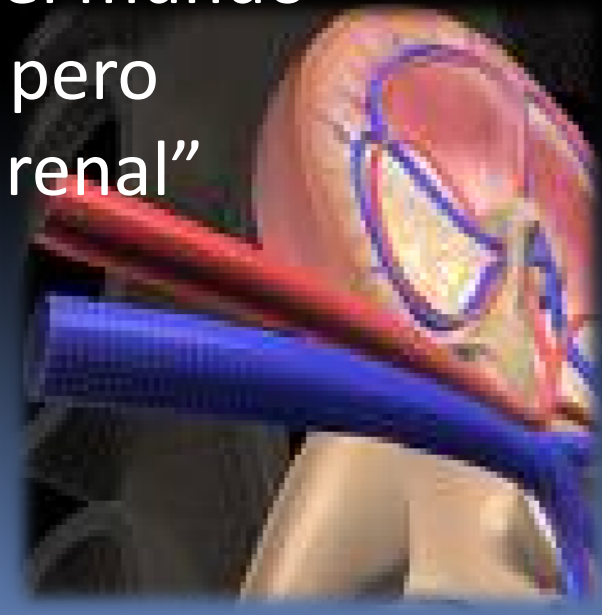
Nefrología Pediátrica



# La diálisis peritoneal

Es la principal terapia de soporte en recién nacidos y niños pequeños con Insuficiencia renal

- Es un método efectivo para el tratamiento de niños con insuficiencia renal aguda y crónica
- Es la modalidad dialítica más utilizada por los nefrólogos pediátricos en todo el mundo como así también en nuestro país, pero siempre priorizando el “trasplante renal”





## Causas de ERCT en el 1er mes de vida

- Displasia renal con o sin uropatía
- Síndrome Nefrótico Congénito
- Necrosis Cortical
- Poliquistosis renal autosómica recesiva

# Beneficios de la diálisis peritoneal en neonatos y niños pequeños

- Rápido inicio
- Continuo
- Estabilidad hemodinámica
- Fuente de calorías extras
- No requiere anticoagulación
- Mejor reclutamiento de la superficie peritoneal en posición supina

# El catéter



Neonatal (cód. 283/115) → 1kg 1/2 a 5kg

Pediátrico (cód. 315/115) → hasta 40/45 kg

## ***Acceso diálisis peritoneal***

- Mayor riesgo de disfunción del catéter por obstrucción (omentectomía parcial)
- Aumento de presión intra abdominal filtraciones-hernias
- Localización por encima del pañal, lejos de ostomías
- Inmovilizar el catéter
- Cirujano con experiencia

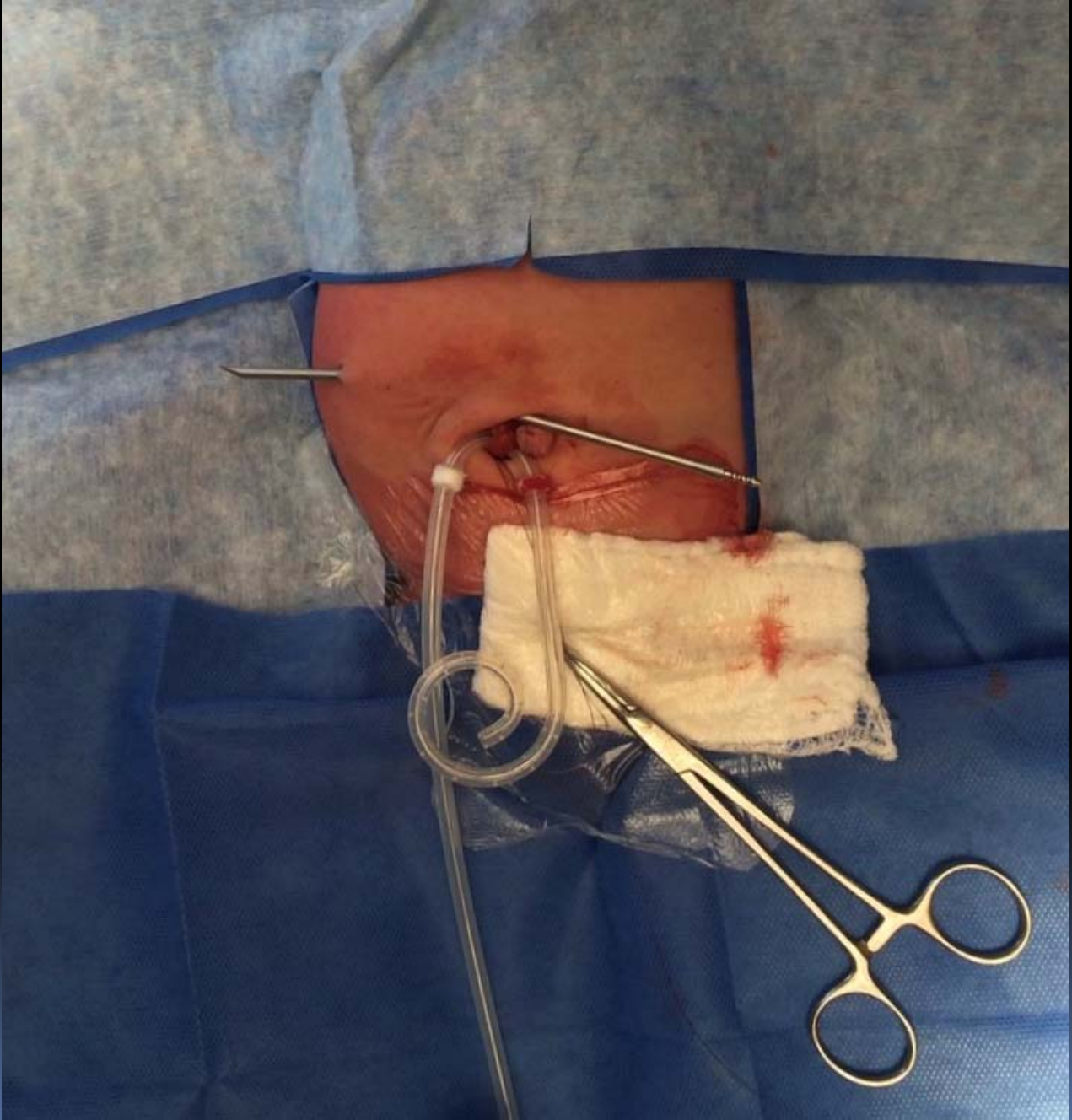
# Colocación del catéter



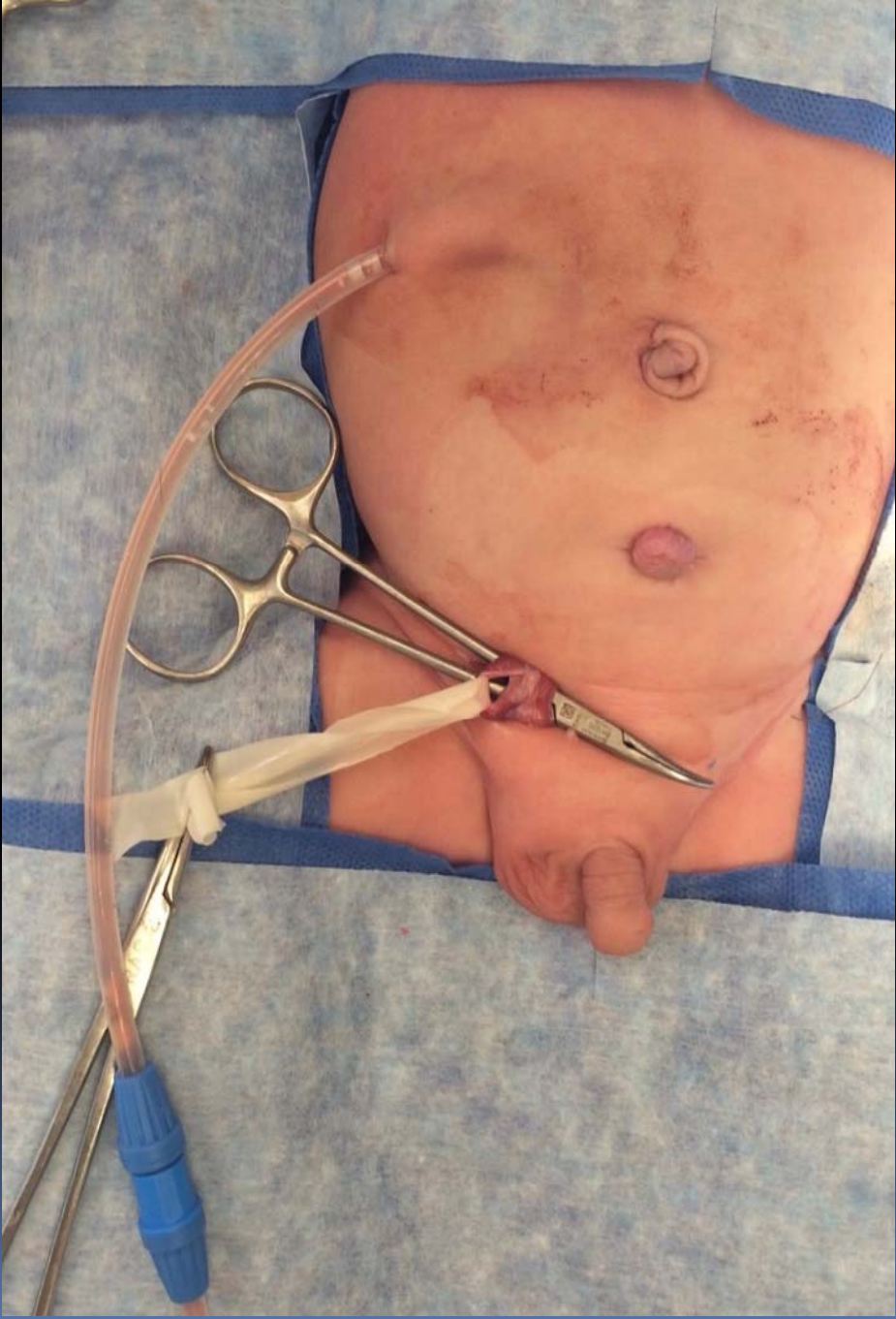








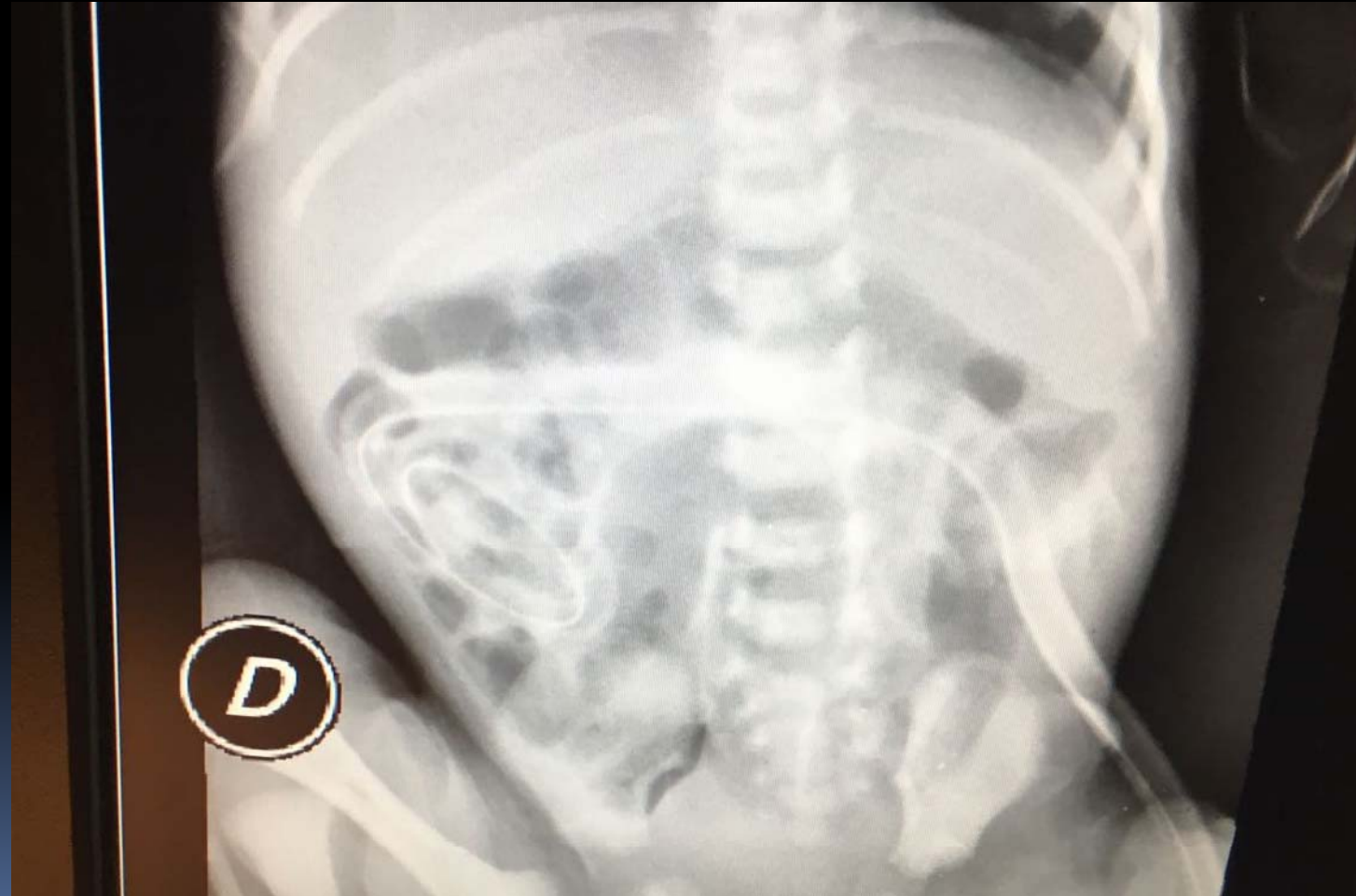




# Catéter bien posicionado



# Migración del catéter

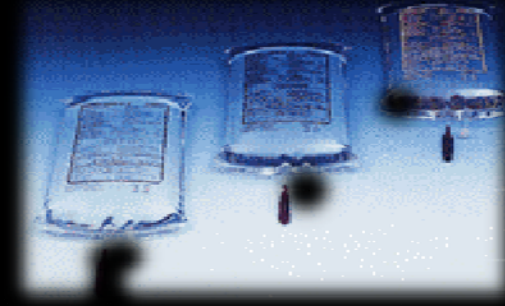








# Solución para Diálisis Peritoneal



Componentes	Mosm/l
pH	5.5
Sodio	134
Potasio	0
Magnesio	0.5
Calcio	1.75
Cloro	103.5
Lactato	35

Concentración glucosa/100 ml	Osmolaridad Mosm/l
<b>1.5</b>	358
<b>2.3</b>	401
<b>4.25</b>	511

# Sistema manual PD Paed

- Fase Inicial 10 a 20 ml / Kg peso
- Fase posterior 30 a 50 ml? Kg peso









# Factores que aumentan la morbi-mortalidad

- Infecciones
- Disfunción del catéter
- Deshidratación
- Cirugía del tracto urinario
- Trastornos metabólicos
- Cambio de modalidad (HD)
- Requerimientos de nutrición forzada (SNG – gastrostomía)





# *PD Paed en servicio de neonatología*





# PD Paed en sala general pediátrica



## *PD Paed en domicilio*



## Sistema automatizado - Cicladora

- Aumentar el numero de ciclos
- Realizar ciclos cortos 30-40 minutos
- Optimizar la ultrafiltración
- Flujo alto de dializante
- Volumen elevado de dializante
- Compensar la hiperpermeabilidad
- Compensar la reabsorción de glucosa





## Sistema automatizado - Cicladora



## *Prescripción en niños menores de 1 año*

- Volumen de Infusión: 600- 800 ml/m<sup>2</sup> SC  
(para prevenir hernias, filtraciones, reflujo, trastornos respiratorios)
- Duración del Tratamiento 12 hs
- Nº de intercambios 10-16
- Utilizar la menor concentración de glucosa posible

# Objetivos de enfermería

- Lograr un adecuado tratamiento del niño con insuficiencia renal crónica terminal a la espera del tx renal



## *Preparación del paciente*

- Visita al domicilio/fotos
- Juguetes
- Contacto con otras familias en la misma situación y de niños de edad similar
- Búsqueda de portación de estafilococo aureus



## *Programa de entrenamiento*

- Entrenamiento con PD Paed o cicladora PD Nigth
- Cuidados del sitio de salida del catéter
- Reconocimiento de los signos y síntomas de peritonitis
- Toma de presión arterial





## *Programa de entrenamiento*

- Monitoreo de balance de líquidos y peso
- Colocación de medicación intra-peritoneal
- Concurrencia al jardín, deporte, vacaciones, viajes, pileta
- Evaluación del entrenamiento a los familiares/cuidadores



# ***Fase de seguimiento***

## ***Controles y cuidados durante el tratamiento***

- Evaluación del crecimiento
- Control de presión arterial
- Control del sitio de salida del catéter de DP
- Evaluación nutricional
- Evaluación psicosocial para evaluar burnout

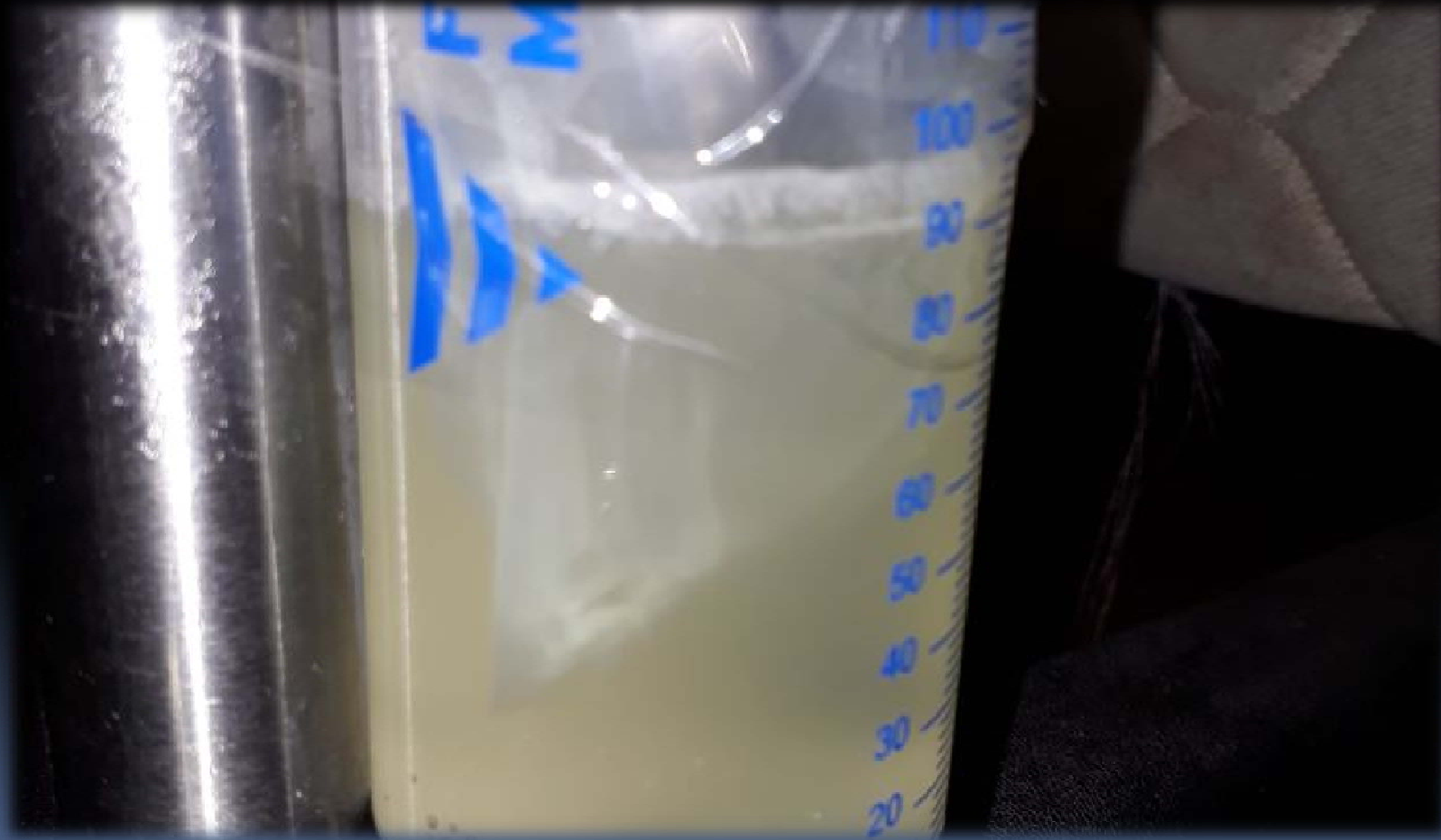




# *Complicaciones*



# Peritonitis



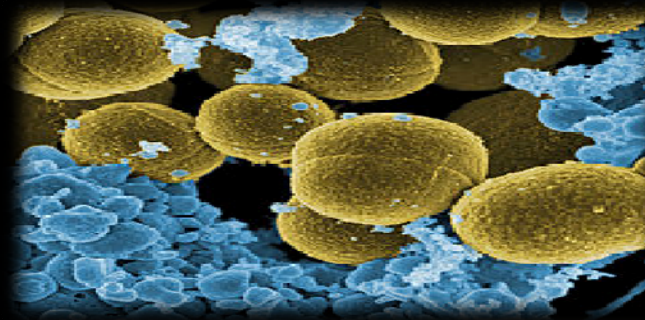
## ***Peritonitis en niños menores de 1 año***

- LIQUIDO TURBIO
- RECUENTO DE CÉLULAS  $>100\text{mm}^3$
- PMN  $>50\%$
- CULTIVO POSITIVO

***Es mas importante salvar el peritoneo que salvar el catéter***

- Las tasas de peritonitis son mas altas
- Las peritonitis por gérmenes Gram son mas frecuentes

- Peritonitis
- Infección de sitio de salida
- Infección del túnel subcutáneo

























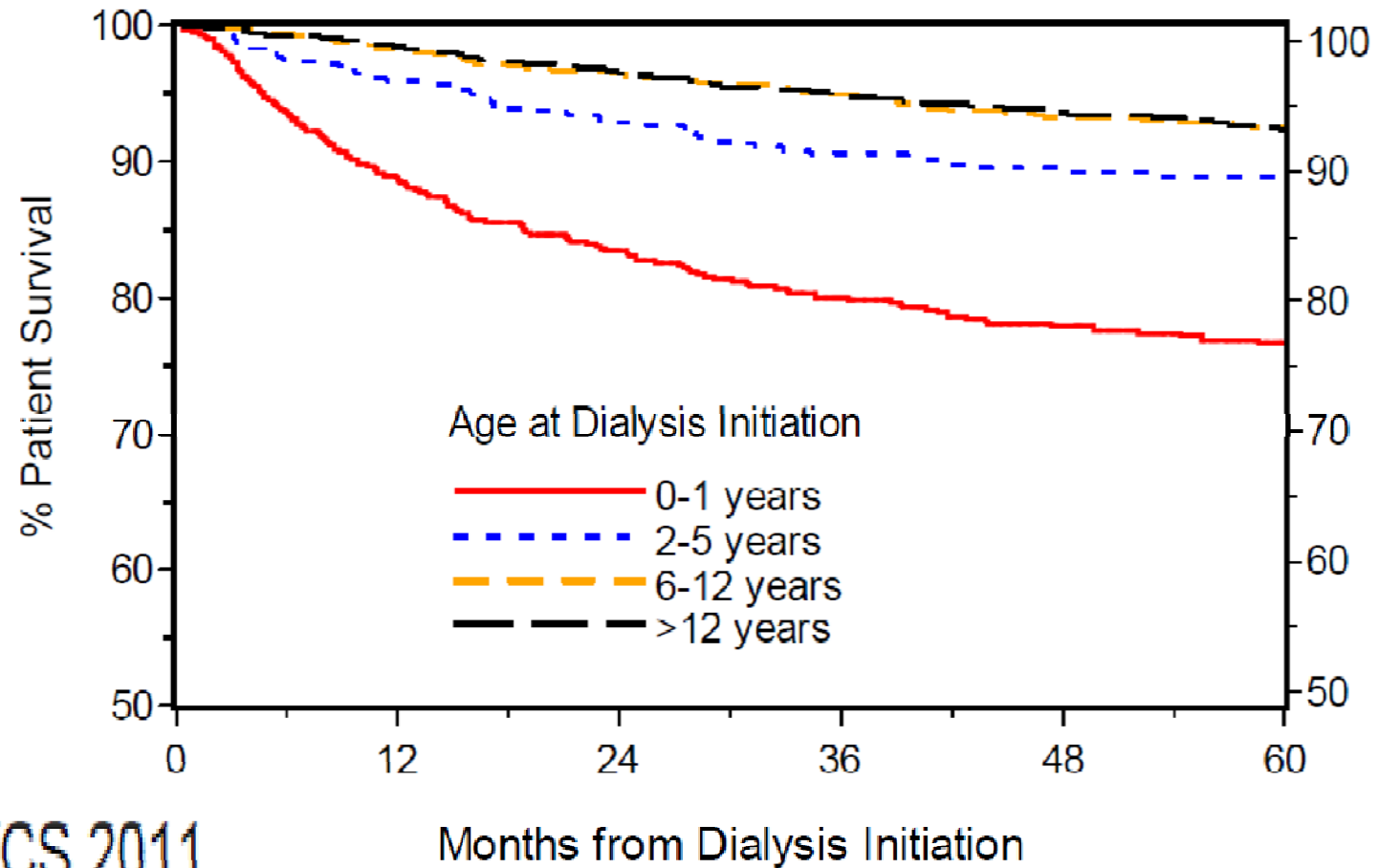




## Interrogantes del equipo de salud....

- *Deberíamos iniciar TRR en este neonato?*
- *Deberíamos tener en cuenta la opinión de sus padres?*
- *Cuales son las probabilidades de sobrevivida y de evolucionar a un adecuado desarrollo madurativo y pondo estatural?*
- *Estamos en condiciones de realizarlo desde el punto de vista tecnico?*

EXHIBIT 1.10  
PATIENT OVERALL SURVIVAL



NAPRTCS 2011

*Dialysis*

# PRONOSTICO Y SOBREVIVENCIA DE NIÑOS MENORES DE 3 MESES QUE REALIZARON DIÁLISIS CRÓNICA

Coccia P; Vazquez A. ; Lopez L. ; Contreras Salgado M. ; Adragna M.

- Hospital Italiano de Buenos Aires
- Hospital Municipal De Niños De San Justo
- Hospital De Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan






## Objetivos

- Evaluar las características, sobrevida y pronóstico de niños que requirieron TRR en forma crónica antes de los 3 meses de vida.

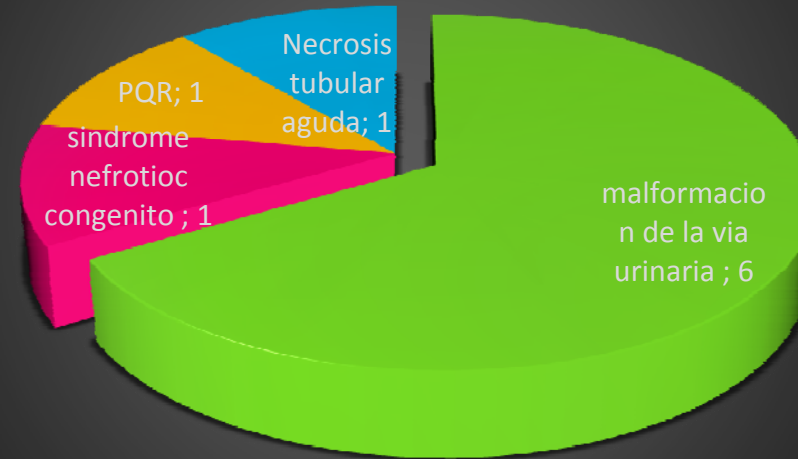
## Material y métodos

- Estudio colaborativo entre tres centros de diálisis pediátricos de Buenos Aires.
  - Se registro en forma prospectiva datos de todos los pacientes menores de 3 meses que iniciaron TRR.
- 

# Resultados:

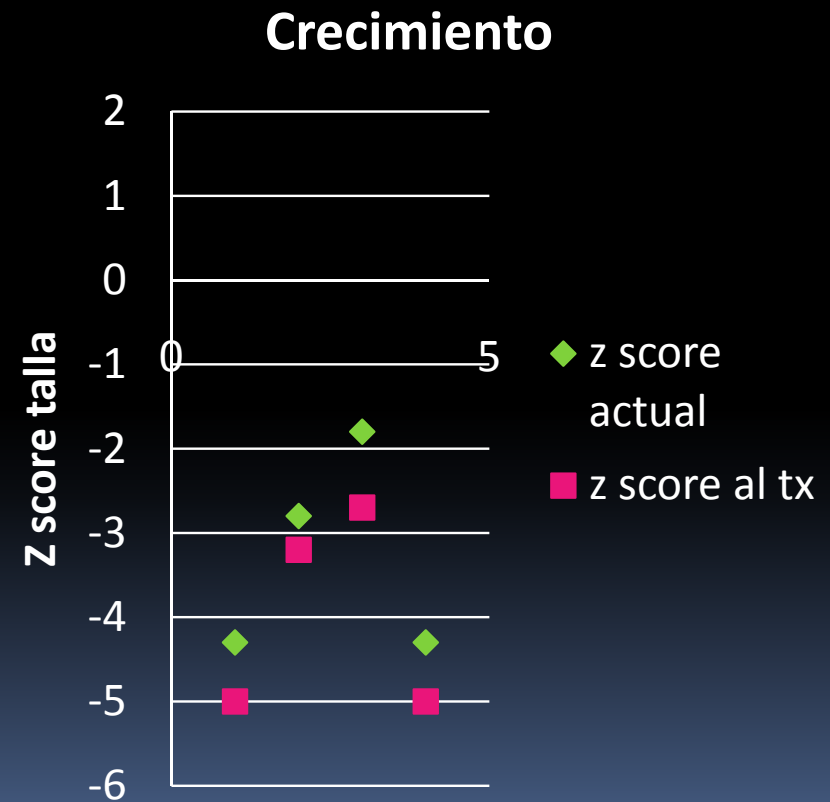
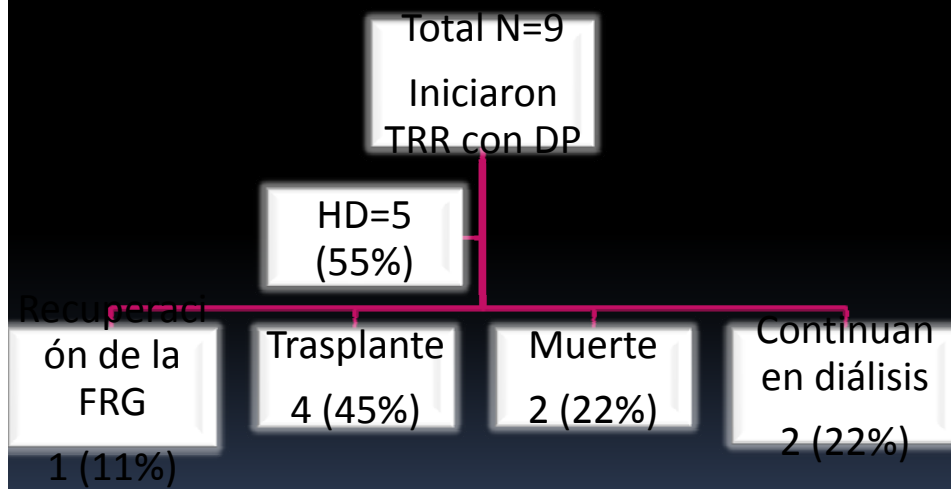
Características	Media	rango
Edad al inicio de TRR(días)	39	2-90
Genero (varones)	6	
Peso al inicio de TRR (gr)	3.070	2.100-3.800
Diuresis residual	150	(0-300)
Dp	9 (100%)	
HD	5 (55%)	
Edad al trasplante (años)	2	1.5-3

## Causa de ERCT



Comorbilidades		Complicaciones	
Cardiovasculares	2/9	Infecciones	9/9
Retraso del desarrollo leve	3/9	Retraso de crecimiento	9/9
		HTA	5/9
		Trombosis de accesos vasculares (HD)	2/9

# Pronostico y Sobrevida



# Conclusiones

- La TRR crónica en niños menores 3 meses es posible y logra ser un puente al trasplante renal en aproximadamente la mitad de los pacientes,
- Las comorbiliades que se presentan a lo largo del tratamiento continúan siendo un desafío importante.





