



Diálisis y Trasplante

www.elsevier.es/dialis



COMUNICACIONES ORALES/PÓSTERS

XXXVI Congreso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante. Cartagena, Murcia, 15-17 de mayo de 2014



XXXVI Congress of the Spanish Society of Dialysis and Transplantation. Cartagena, Murcia, 15-17 May 2014

Disponible en Internet el 5 de mayo de 2014

COMUNICACIONES ORALES

MESA 1. Enfermedad renal crónica avanzada- Trasplante

1. AUTOEVALUACIÓN DE NUESTRA ACTIVIDAD. TÉCNICAS EN NEFROLOGÍA

Ana Suárez Laurés^a, Luis Quiñones Ortiz^a, Montserrat Pablos de Pablo^a, Julia Megido Moro^b

^a Servicio de Nefrología, Hospital de Cabuñes, Gijón, Asturias, España

^b Hospital Cruz Roja, Gijón, Asturias, España

E-mail: anamaria.suarez@sespa.princast.es

Nuestra área sanitaria presta cobertura asistencial a una población superior a los 300.000 habitantes. La hemodiálisis es la única opción de tratamiento sustitutivo, con 2 unidades: hospitalaria y concertada. La inserción de catéteres venosos temporales y tunelizados y las biopsias renales son realizadas por el nefrólogo.

Treinta y cuatro pacientes iniciaron programa en 2013: 21 hombres y 13 mujeres; edad media, 66,9 años. El 26,4% tenían FAV madura y el 41,15% iniciaron tratamiento con catéter permanente. Índice de comorbilidad de Charlson: 7.

Prevalencia a 31 de diciembre: 91; edad media, 68 años; 67,03% hombres y 32,97% mujeres. Tiempo medio en hemodiálisis: 39,3 meses. Tasa bruta de mortalidad: 11,9, con 3 defunciones en los primeros 6 meses de programa.

Veintiún pacientes se trasladaron del centro concertado, cuya prevalencia fue de 118, con edad media de 66,7 años y tiempo medio en programa de 73,7 meses.

Diez pacientes cambiaron de modalidad terapéutica (8 diálisis peritoneal y 4 trasplante). El 39,5% de las sesiones fueron terapias convectivas con hemodiafiltración on line posdilucional en 2001.

Se colocaron 33 catéteres tunelizados sin ninguna complicación destacable, y 61 temporales. Se realizaron 34 biopsias.

Reflexiones

1. El bajo porcentaje de pacientes con FAV madura al inicio del programa precisa un análisis multidisciplinar.
2. La tasa de mortalidad es baja, pero 3 muertos en los primeros 6 meses. En un paciente la inclusión en programa era clara; en 2, dada la comorbilidad asociada, dudosa. Se precisa una evaluación integral de cada paciente y dedicar esfuerzos en programas de colaboración nefrología-atención primaria-unidad de paliativos.
3. La diferencia de tiempo en diálisis es fácilmente explicable por la mayor comorbilidad de los pacientes de la unidad hospitalaria.
4. Creación de unidad de diálisis peritoneal. Precisamos ayuda de la administración.
5. Ausencia de complicaciones en la colocación del CVC tunelizado por el nefrólogo.

2. HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA Y EN DIÁLISIS: RELACIÓN CON HIDRATACIÓN, NUTRICIÓN E INFLAMACIÓN

Rosa María de Alarcón, Susana Roca, Cristina Carmen Jimeno, María Soledad Ros, Gracia María Álvarez, María José Navarro, Florentina María Pérez, María de los Ángeles García, Manuel Molina
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2014.04.104>

1886-2845/© 2014 SEDYT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

E-mail: rmalarcon.rosa@gmail.com

Introducción: La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es un marcador independiente de mortalidad cardiovascular. Malnutrición, inflamación y sobrehidratación favorecen el síndrome MIA, HVI y morbimortalidad en la enfermedad renal crónica (ERC).

Objetivo: Evaluar la HVI en una cohorte de pacientes con ERC avanzada y en diálisis, y su relación con hidratación, nutrición e inflamación.

Material y métodos: Estudio observacional pacientes prevalentes con ERC (n=112): 34 diálisis peritoneal (DP), 38 hemodiálisis (HD) y 40 con MDRD < 20 ml/min/1,73 m² (ERCA).

VARIABLES: FRCV, bioquímica, proBNP; bioimpedancia mono-frecuencia, índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI) y grosor parietal (GP) por ecocardiografía. Análisis estadístico: SPSS 13.0.

Resultados: Entre los 3 grupos no hay diferencias en edad, parámetros antropométricos, sexo, etiología, FRCV, PA ni edemas. El IMVI es mayor en HD (130,45) y en los pacientes con índice de hidratación < 1 (p=0,008). Frecuencia de HVI: HD (47,36%), DP (32,35%) y ERCA (22,5%) (p=0,066). Hay diferencias en tipo HVI (p=0,036), siendo la HVI excéntrica más frecuente en HD (36,8%) y la HVI concéntrica en DP (17,64%). Hay correlación entre GP y proBNP (r=0,201, p=0,034) y entre IMVI con masa celular BCM (r=-0,213, p=0,024). Los pacientes con HVI (n=38) son añosos (61,7 vs 58,5 años, p=0,005), presentan menor BCM (p=0,002), menor ángulo de fase y menor prealbúmina, albúmina, proteínas totales y transferrina. Los pacientes con HVI presentan, sin diferencias estadísticas, mayor proBNP (4.438,8 ± 7.867,2 vs 2.514,1 ± 4.664,2) y mayores niveles de PCR (1,24 ± 1,9 vs 0,8 ± 1,5 mg/dl) y ferritina (325,8 ± 264,6 vs 243,82 ± 211 mg/dl).

Conclusión: HVI es frecuente en la población con ERC. La HVI excéntrica es más frecuente en HD y la concéntrica en DP, siendo edad, sobrehidratación, malnutrición, inflamación y proBNP factores relacionados.

3. RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ENTRE NO NEFRÓLOGOS. ¿ESTÁ TODO HECHO AHORA QUE TENEMOS UN CONSENSO?

Jorge Estefan^a, Alberto Morán^b, Jose Luis Mostaza^b, Elena Astudillo^a, José González^a, Igor Romaniouk^a, Mario Prieto García^b, Benjamín de León^a, Arancha Sastre^a, Mario Prieto Velasco^a

^a *Servicio de Nefrología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España*

^b *Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España*

E-mail: jorgekasabji@gmail.com

Objetivos: 1. Evaluar el grado de difusión de las recomendaciones del «Consenso SEN-SEMFYC sobre ERC» entre médicos de atención primaria (MAP) de nuestra área.

Describir el grado de conocimiento y aplicación de algunas de las recomendaciones en la práctica clínica. 2. Evaluar el reconocimiento de la ERC en los informes de alta en un área de hospitalización (servicio de Medicina Interna, MI) en pacientes de alto riesgo.

Métodos: Encuesta administrada a 98 MAP (área de salud León) y revisión de 199 informes de alta de MI.

VARIABLES: ¿Conocimiento de MAP del documento SEN-SEMFYC-ERC? ¿Considera de utilidad las recomendaciones sobre derivación a nefrología? ¿Las utiliza en la práctica clínica? Para el diagnóstico de ERC, ¿utiliza MDRD y/o cociente albúmina creatinina en orina, ACRO? ¿Existe el diagnóstico de ERC en altas hospitalarias en pacientes con MDRD < 60?

Resultados: En AP: el 53% de MAP conocen el documento SEN-SEMFYC. El 42% lo utilizan en la práctica clínica. El 33% no saben el significado de MDRD. El 25% tienen en cuenta el MDRD a la hora de prescribir tratamiento. El 65% no utiliza ACRO en cribado de ERC.

En hospitalización: 199 altas hospitalarias (diabéticos 32,1%, hipertensos 63,8%). El 47,2% tenían MDRD < 60 (E3a 17%, E3b 11,5%, E4 18,5%). En el 19% de altas no figuraba el MDRD en el informe. Solo el 16,6% tenían cuantificada la proteinuria. El 52,1% de pacientes con ERC no aparecen diagnosticados como tales y no son remitidos a nefrología. Solo en el 19,3% de los pacientes DM + HTA + ERC tenían cuantificado el cociente ACRO.

Conclusión: La ERC continúa siendo poco conocida. Los nefrólogos debemos mejorar en nuestra labor de difusión de la ERC y la repercusión que tiene sobre la morbimortalidad.

4. SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN DIÁLISIS SEGÚN LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO.

Jordi Espí, Ángel García, Julio Hernández, Íñigo Sánchez
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

E-mail: jordiespireig@gmail.com

Introducción: La inclusión de un paciente en diálisis se realiza a partir de criterios clínico-analíticos definidos por el aclaramiento de Cr y las complicaciones derivadas de la ERC. Diferentes estudios han demostrado que un seguimiento previo de la enfermedad renal de base consigue mejor estado clínico al inicio de la diálisis.

Metodología: Análisis descriptivo retrospectivo de 166 pacientes que inician diálisis entre diciembre de 2010 y septiembre de 2012 según su procedencia desde consultas externas de nefrología (13), enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) (78), trasplante renal (32) y pacientes que inician diálisis de forma no programada (43).

Se realiza comparación de variables analíticas, como valores de hemoglobina, tasa de filtrado glomerular estimado (MDRD-4), fósforo, calcio, PTH, potasio, bicarbonato; variables clínicas como índice de Charlson, patología cardiovascular, diabetes, acceso vascular, tratamiento con eritropoyetina, uso de quelantes de fósforo y vitamina D dentro de cada uno de los grupos.

El análisis de datos se ha llevado a cabo con las siguientes técnicas estadísticas: ANOVA con comparación múltiple

mediante Tukey HSD para variables cualitativas y cuantitativas, t de Student para comparación entre variables cualitativas dicotómicas y cuantitativas, y chi-cuadrado estudio de 2 variables cualitativas.

Resultados: Los resultados de la comparativa de las distintas variables mostraron diferencias estadísticamente significativas para hemoglobina, calcio, fósforo, PTH y GFR, así como diferencias en el inicio de diálisis según diferentes comorbilidades, como diabetes, patología cardiovascular e índice de Charlson.

Conclusiones: Tras el análisis de los resultados se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados. Se observa un mejor control de Hb, calcio, fósforo y PTH en los pacientes en seguimiento frente a los que inician diálisis de forma no programada, lo que repercute en el estado global de salud en la entrada en diálisis. También se observa que son los pacientes diabéticos los que inician diálisis de forma más precoz.

5. PERFIL DEL DONANTE RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Yngrid Marroquín, María Palacios, María Pérez, Pilar Pascual, Guadalupe Rodríguez, Susana Valenciano, María Aller, Beatriz Fernández, Alicia Mendiluce, Jesús Bustamante
Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

E-mail: marroquincontreras@outlook.com

Introducción: Desde el primer trasplante renal (TR) que se realizó en España con éxito en 1965, en Barcelona, hasta hoy, España se ha constituido como uno de los países más trasplantadores. En nuestro hospital el porcentaje de TR ha aumentado en un 45% en los últimos 3 años.

Objetivos: Describir las características generales de 247 TR de los últimos 3 años en nuestro hospital.

Metodología: Estudio observacional transversal retrospectivo en 247 trasplantes de donante cadáver, entre 2009 y 2013. Los datos se obtuvieron por revisión retrospectiva y transversal de las historias clínicas y fueron realizados por el mismo equipo de cirujanos.

Resultados: La primera causa de enfermedad renal crónica (ERC) fue la glomerulonefritis (24,6%), seguida de nefropatía no filiada y poliquistosis hepatorenal, ambas con el 18%; a continuación, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), nefropatía tubulointersticial (16%) e hipertensión arterial (HTA), con el 14%. Se trasplantaron varones (55,6%) y mujeres (44,4%). En el 86% se trató del primer trasplante, y la técnica de depuración extrarrenal que usaban fue la hemodiálisis. La mediana del tiempo de isquemia fría fue de 12,2 h. Los receptores tuvieron una prevalencia de riesgo cardiovascular importante (dislipidemia: 58,7%; HTA: 58,7%; diabetes mellitus tipo 2: 25,4%). Se realizó biopsia de riñones de donantes en el 20,2%.

Discusión: El perfil del donante-receptor ha sido dinámico, y a diferencia de los últimos 10 años, en el 13,6% de pacientes se ha incrementado con la incorporación de trasplante de riñón con criterios expandidos (TRCE).

Conclusiones: Tanto el perfil del donante como el del receptor de riñón han sido dinámicos en los últimos años, y según parece lo seguirán siendo debido a la práctica cada vez mayor de los centros de realizar TRCE.

6. PATRONES MORFOFUNCIONALES CARDIACOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL EN FASE ERCA

María José Espigares Huete, Manuel Manjón García, Amanda Rocío González, Osuna Ortega Antonio
Unidad de Gestión Intercentros de Nefrología, Granada, España

E-mail: mespigaresh@senefro.org

Introducción: Las cardiopatías en pacientes con ERCA son un importante predictor de morbimortalidad, pero han sido escasos los estudios realizados en esta fase de prediálisis.

Propósitos: Evaluar la prevalencia y las correlaciones clínicas de las alteraciones ecocardiográficas en pacientes con ERC en fase de ERCA.

Material y métodos: Se estudiados 125 pacientes (77 varones y 48 hembras), con una edad media de $65,5 \pm 13$ años y que presentaban ERC fases IV y V (MDRD-4, $x: 15,7 \pm 6,9$). Se realizó ecocardiograma 2-D modo M Doppler, midiendo GPP, GTVI y IMVI (para valorar HVI), DAL, DDVI y FE (cardiopatía dilatada y disfunción sistólica), y relación de las ondas E y A (disfunción diastólica). Se describen valvulopatías y calcificaciones vasculares. Estos datos se relacionaron entre sí y con parámetros habituales de seguimiento.

Resultados:

1. Ecocardiográficos.

- HVI.
- $GPP/GTVI \geq 12$ mm (72%).
- IMVI (hombres > 130, mujeres > 100).
- $x: 123,5 + 38$, 71 pacientes (67%).
- Los pacientes con hemoglobina < 11 g% tienen mayor IMVI ($p < 0,05$).
- Cardiopatía dilatada.
- $DDVI > 55$ mm + FE < 55% (4%).
- Disfunción sistólica.
- FE < 45% (5,6%).
- Disfunción diastólica.
- Relación E/A < 1 (63%), patrón pseudonormalizado (4,8%).
- Valvulopatías (12,8%).
- Insuficiencia (88%).
- Estenosis (6%).
- Calcificaciones valvulares (31,1%), con mayor incidencia de cardiopatía dilatada ($DDVI > 55$ mm, $p < 0,005$, FE < 55%, $p < 0,005$) y HVI ($p < 0,001$).

2. Correlaciones significativas

- MVI con edad ($r: 0,3, 0,01$), FE ($r: -0,2, 0,05$) y DDVI ($r: +0,4, 0,0001$).
- FE con IMVI, DDVI ($r: -0,1, 0,05$) y E/A ($r: +0,5, 0,05$).

Conclusiones: Las alteraciones ecocardiográficas más frecuentemente encontradas han sido la disfunción diastólica (63%) y la hipertrofia ventricular izquierda (72%).

La alta incidencia de calcificaciones, con su repercusión sobre la función cardiaca, hace necesaria la mayor atención posible en el manejo en el tratamiento de la EOM. La corrección de la anemia puede mejorar el perfil cardiaco de nuestros pacientes.

Parece necesaria la realización de un ecocardiograma a los pacientes en esta fase de la enfermedad, dada la alta prevalencia de alteraciones.

7. MICROALBUMINURIA Y TRATAMIENTO CON HIPOLIPEMIANTES: RESULTADOS DEL ESTUDIO HERMEX

Emilio Sánchez-Casado, Guadalupe García Pino, Nicolás Roberto Robles, Francisco Javier Félix, Luis Lozano, Isabel Miranda, Daniel Fernández-Berges

Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España. Estudio HERMEX, Grupo de Investigación GRIMEX

E-mail: emiliosanchezcasado@gmail.com

Objetivos: Los estudios ERICABEL y CIMEX han demostrado en pacientes atendidos en consultas de atención primaria que el uso de estatinas se asocia a un aumento de la prevalencia de microalbuminuria. Hemos estudiado esta asociación en la población general seleccionada en el estudio HERMEX.

Material y métodos: Estudio observacional, de corte sagital, descriptivo, realizado mediante muestreo trietápico. Se seleccionaron 2.831 personas entre 25 y 82 años residentes en el Área de Salud de Don Benito-Villanueva de la Serena. Se registraron los datos antropométricos y los factores de riesgo cardiovascular. En todos los pacientes se determinaron creatinina, urea y hemograma completo, así como cociente microalbuminuria/creatinina en orina de primera hora de la mañana.

Resultados: La prevalencia de microalbuminuria fue del 4,1% para los pacientes que no estaban tomando estatinas frente al 7,2% para los que sí las tomaban ($p=0,004$; χ^2 test). El odds ratio fue de 1,81 (IC 95%: 1,21-2,71, $p=0,005$, Mantel-Haenszel test). La microalbuminuria media era menor en el grupo sin estatinas ($12,6 \pm 95,2$ mg/g frente a $14,1 \pm 66,2$; $p<0,001$, Wilcoxon test). La regresión multivariante confirmó la relación independiente entre microalbuminuria y tratamiento con estatinas, así como edad, sexo masculino, cintura, diabetes mellitus, PAS y PAD. **Conclusiones:** El uso de estatinas puede asociarse a un incremento de la excreción urinaria de albúmina, y esto debería tenerse en cuenta al valorar el perfil cardiovascular del paciente.

8. PLAN DE CRÓNICOS PARA LA ERC: ES POSIBLE

E. Baro Salvador^{a,b}, M.A. Medina Martínez^a, M.C. Gil Collados^a, F. Puerta Fernández^b

^a *Hospital de Torre Vieja, Torre Vieja, Alicante, España*

^b *Hospital de Vinalopó, Elche, Alicante, España*

E-mail: ebaro@torrevieja-salud.com

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema emergente que el estudio EPIRCE estimó que afectaba al 10% de la población adulta. Dicha prevalencia en nuestra población —los departamentos de Torre Vieja y Vinalopó— asciende a más de 40.000 personas y objetiva la necesidad de adaptar el modelo sanitario al nuevo escenario donde el aumento en los procesos de cronicidad obliga a dirigir la atención hacia esas necesidades. Aunque en diversas enfermedades crónicas se han desarrollado planes de crónicos, no ha sido así en el caso de la ERC, dado que precisa una serie de requisitos indispensables como son la continuidad asistencial entre primaria y especializada, que rara vez se da. Nosotros hemos desarrollado un plan de atención al paciente crónico según la pirámide de Kaiser, que estratifica a la población según niveles de cronicidad. La correlación entre estos niveles de cronicidad y los estadios de la ERC ha permitido la elaboración de un plan de abordaje para la ERC que recoge desde la prevención de la enfermedad hasta la gestión del caso en los niveles de mayor complejidad.

Objetivo: Realizar un plan integral para diagnóstico, tratamiento y seguimiento óptimo de la enfermedad renal en sus diferentes estadios, desde la prevención hasta la enfermedad renal terminal (ERT) de forma homogénea, e implementarlo en 2 departamentos de salud (16 centros de salud y 2 hospitales).

Resultados: En febrero de 2013 se realizó la presentación en cascada a todos los profesionales sanitarios de ambos departamentos (gerencia, direcciones, facultativos y enfermeras). En marzo se inició el programa oficialmente y esperamos hacer un análisis de resultados inicial en agosto, aunque la detección de casos nuevos solo en el nivel 3 ya asciende en 40 días a 500 casos nuevos.

9. PLAN DE ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE RIBERA SALUD GRUPO

M. Carmen Gil Collados

Hospital de Vinalopó, Elche, Alicante, España

E-mail: mcgil@vinaloposalud.com

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema emergente en todo el mundo, y aproximadamente el 10% de la población adulta sufre de algún grado de ERC. En 2012, 207 pacientes con enfermedad renal terminal (ERT) recibieron tratamiento sustitutivo en las unidades de diálisis de los departamentos de Torre Vieja y Vinalopó, gestionados por Ribera Salud Grupo, y supusieron un coste de más de 6 millones de euros.

Estos datos objetivan la necesidad de adaptar el modelo sanitario a un nuevo escenario donde el aumento en los procesos de cronicidad obliga a reorientar la atención sanitaria y a utilizar herramientas de gestión que garanticen la sostenibilidad del sistema sanitario. Ribera Salud Grupo desarrolla un Plan de abordaje para la ERC que recoge desde la prevención de la enfermedad hasta la gestión del caso en los niveles de mayor complejidad. Es en este nivel de complejidad donde se pone en marcha un «Call Center Renal» para todos los pacientes en estadios 4 y 5 de la ERC que ofrece

atención 24 h/365 días y es gestionado por la enfermera de guardia de diálisis. Se han definido algoritmos de actuación para dar respuesta a las complicaciones más frecuentes de los pacientes con ERC.

Objetivos:

- Atención continuada.
- Detectar precozmente complicaciones del paciente.
- Disminuir derivaciones innecesarias a urgencias.
- Reducir costes sanitarios.

Resultados. Cuarenta y seis llamadas atendidas, el 45,60% resueltas con consejo telefónico, el 47,80% con aviso al nefrólogo de guardia y el 6,50% derivadas al servicio de urgencias.

Conclusiones: El desarrollo del plan de abordaje de la ERC conseguirá la mejora en el manejo de la enfermedad, una atención integral, humanizada y una reducción en los costes sanitarios.

MESA 2. Diálisis

10. PARÁMETROS NUTRICIONALES E INFLAMATORIOS EN LA HEMODIAFILTRACIÓN ON LINE CON LÍQUIDO DIALIZANTE CON CITRATO VERSUS ACETATO

Gracia María Álvarez, Susana Roca, Rosa María de Alarcón, Cristina Jimeno, María Soledad Ros, María José Navarro, Florentina María Pérez, María de los Ángeles García, Manuel Molina
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: manuel.molina4@carm.es

Introducción: El líquido dializante con acetato (LDA) se ha descrito como menos biocompatible, generando estrés oxidativo e inflamación por la producción de citoquinas. Por el contrario, la diálisis con citrato (LDC) se ha referido con propiedades antiinflamatorias y antioxidantes.

Objetivo: Comparar ambos LD en pacientes en hemodiafiltración on-line (HDFOL).

Material y métodos: Estudio prospectivo cruzado en HDFOL > 3 meses y 24 semanas. 35 pacientes (33, un trasplante, un fallecimiento), 57,4 años, 55% hombres, 54,1 meses de permanencia. Etiología glomerular (28%), seguida de vascular (18%). 79% FAVI, 18% catéter tunelizado, 3% prótesis. 2.376 sesiones. Primeras 12 semanas, 17 pacientes LDC (1 mmol/l) y 16 LDA (3 mmol/l). Doce semanas siguientes, se cruzan. Pacientes con LDA calcio 1,25 (42,4%) y 1,50 (57,6%). LDC, 1,50 y 1,65 mmol/l.

Variables: Albúmina, PCR, beta-2 microglobulina (B2MCG), índice de resistencia (IRE) a darbepoetina, parámetros de impedancia (monofrecuencia): ángulo de fase (AF), masa celular (BCM). Todas las determinaciones al finalizar las semanas 12 y 24.

Análisis estadístico: Prueba K-S; t de Student; W-Wilcoxon. Significación: $p < 0,05$.

Resultados: Se aprecian diferencias significativas ($p < 0,001$) en albúmina (LDC 3,87 [0,31] vs LDA 3,64 [0,34]), PCR (LDC 0,8 [0,75] vs LDA 1,92 [2,56] mg/dl) y B2MCG (LDC 22,51 [6,20] vs LDA 25,02 [6,05] $\mu\text{g/l}$). Tanto BCM ($p = 0,001$) como AF ($p = 0,002$) son mayores con LDC (27,65 [8,08] y 5,69 [1,31], respectivamente) que con LDA (25,01 [7,15] y 5,06 [0,91], respectivamente). Sin diferencias en IRE.

Conclusiones: La diálisis con citrato se muestra más biocompatible, con menor inflamación y mejoría de parámetros nutricionales. Estos resultados deben ser confirmados por estudios con mayor tamaño muestral y mayor periodo de seguimiento.

11. EFICACIA DIALÍTICA EN LA HEMODIAFILTRACIÓN ON-LINE CON LIQUIDO DIALIZANTE CON CITRATO

Manuel Molina, Gracia María Álvarez, Susana Roca, Rosa María de Alarcón, María Soledad Ros, Cristina Carmen Jimeno, María José Navarro, Florentina María Pérez, María de los Ángeles García
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: manuel.molina4@carm.es

Introducción: El citrato es un conocido anticoagulante que actúa de forma temprana sobre el calcio en la cascada de coagulación. El empleo de líquido dializante con citrato (LDC) puede incrementar la eficacia dialítica del dializador, tanto por reducción de la trombogenicidad como por la menor precipitación de sales cálcicas.

Objetivo: Comparar la eficacia dialítica en hemodiafiltración on-line (HDFOL) posdialitacional de LDC versus líquido dializante con acetato (LDA).

Material y métodos: Estudio prospectivo de 24 semanas cruzado en HDFOL > 3 meses. 35 pacientes (33, un trasplante, una defunción), 57,4 años, 55% hombres, 54,1 meses de permanencia. Etiología glomerular (28%), seguida de vascular (18%). 79% FAVI, 18% catéter tunelizado, 3% prótesis. 2.376 sesiones. Primeras 12 semanas, 17 pacientes LDC (1 mmol/l) y 16 LDA (3 mmol/l). Doce semanas siguientes, se cruzan. Pacientes con LDA calcio 1,25 (42,4%) y 1,50 (57,6%). LD citrato, 1,50 y 1,65 mmol/l. Sin variación en dializador (poliamida, 2,1 m²) ni dosis de heparina.

Variables: Kt, volumen de reinfusión (VTR), PTTA, tiempo de hemostasia, estado de cámaras y dializador.

Análisis estadístico: SPSS 13.0 para Windows. Prueba K-S; t de Student; W-Wilcoxon. Significación: $p < 0,05$.

Resultados: Kt significativamente ($p < 0,001$) mayor con LDC que con LDA (58,44 [3,37] versus 56,94 [3,18] l), sin diferencias en flujo sanguíneo (386,01 [23,41] versus 382,92 [32,97] ml/min) ni tiempo efectivo (252,64 [3,27] versus 252,89 [3,21] min). Sin diferencias en VTR. PTTA (1,53 [0,37] versus 1,49 [0,36]) y tiempo de hemostasia (14,37 [5,01] versus 14,19 [5,35] min) mayores con LDC, sin diferencias significativas. Cámaras y dializador más limpios con LDC, sin diferencias significativas.

Conclusiones: El uso del LDC en la HDFOL mejora la eficacia dialítica.

12. LÍQUIDO DIALIZANTE CON CITRATO EN HEMODIAFILTRACIÓN ON-LINE: STATUS ÁCIDO-BASE, TOLERANCIA Y BALANCE DE CALCIO

Susana Roca, Gracia María Álvarez, Rosa María de Alarcón, María Soledad Ros, Cristina Carmen Jimeno, María José Navarro, Florentina María Pérez, María de los Ángeles García, Manuel Molina
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España

E-mail: botipablo@gmail.com

Introducción: Se ha descrito que el uso de líquido dializante con citrato (LDC) mejora el equilibrio ácido-base (efecto tampón), así como la tolerancia (mayor estabilidad cardiovascular). El citrato es un quelante del calcio, por lo que su uso puede disminuir el calcio iónico.

Objetivo: Evaluar el estatus ácido-base, la tolerancia y el balance de calcio en hemodiafiltración on-line (HDFOL) empleando LDC versus líquido dializante con acetato (LDA).

Material y métodos: Estudio prospectivo de 24 semanas cruzado en HDFOL > 3 meses: 35 pacientes (33, un trasplante, una defunción), 57,4 años, 55% hombres, 54,1 meses de permanencia. 79% FAVI, 18% catéter tunelizado, 3% prótesis. Doce semanas LDC (1 mmol/l) y 16 LDA (3 mmol/l). Doce semanas siguientes se cruzan. Pacientes con LDA calcio 1,25 (42,4%) y 1,50 (57,6%). LD citrato, 1,50 y 1,65 mmol/L.

Variables: pH, bicarbonato, calcio iónico (Ca⁺⁺) pre y posdiálisis, sesiones con hipotensión.

Análisis estadístico: Prueba K-S; t de Student; W-Wilcoxon. Significación: p < 0,05.

Resultados: Sin diferencias significativas en pHpre, pHpost y bicarbonato prediálisis. El bicarbonato posdiálisis es significativamente (p < 0,001) menor con LDC (27,97 [0,70] mmol/l) que con LDA (29,32 [0,87] mmol/l). Tanto Ca⁺⁺pre (4,52 [0,28] versus 4,61 [0,31] mg/dl) como Ca⁺⁺post (4,51 [0,21] versus 4,93 [0,25] mg/dl) son significativamente menores con LDC. Aunque no existen diferencias significativas, el número de sesiones con hipotensión (3,94 [6,58] versus 2,85 [2,76]) son mayores con LDC.

Conclusiones: El uso de LDC en HDFOL no mejora la tolerancia; reduce el bicarbonato posdiálisis, haciéndolo más fisiológico; pese a la corrección del calcio en el baño, el calcio iónico es menor tanto pre como posdiálisis, permaneciendo estable con LDC.

13. MONITORIZACIÓN DEL ACCESO VASCULAR: IMPORTANCIA DEL FLUJO INTRAACCESO

María Soledad Ros^a, David Contreras^b, Ana Vanessa Fernández^a, Susana Roca^a, Cristina Carmen Jimeno^c, Elena Zarcos^a, Lourdes Dorransoro^b, Rosa Ramos^d, José Ignacio Merello^d, Manuel Molina^e

^a Centro de Diálisis FMC Services, Cartagena, Murcia, España

^b Servicio de Radiología Intervencionista, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^c Centro de Diálisis FMC Services, San Pedro del Pinatar, Murcia, España

^d FMC Services, Murcia, España. ^e Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: lavane281280@hotmail.com

Introducción: La monitorización del acceso vascular es fundamental para reducir el número de trombosis. Los parámetros clásicos de monitorización son en general poco útiles. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de la medición del flujo intraacceso (Qa) en la monitorización del acceso vascular.

Material y métodos: 61 fistulografías en 2013, 40 pacientes (18 fístulas arteriovenosas [FAV] antebraquiales, 16 FAV braquiales, 6 prótesis PTFE). Monitorización: clínica (CL), eficacia dialítica (ED) por Kt y litros de sangre dializada; recirculación (RE) medida por termodilución (BTM, ST 5008, FMC); presiones venosas (PV) con carácter mensual. Determinación de Qa (termodilución, ST 5008, FMC) mensualmente en PPTFE, trimestralmente en FAV. Indicación de fistulografía: Qa500 ml/min o descenso de 20%, disminución 25% ED, aumento RE, aumento PV, datos clínicos (edema, resangrado, infradesarrollo).

Resultados: 82% fistulografías patológicas (50 de 61); 46 angioplastias, 2 cirugía, 2 no reparables. Diferencias significativas por método de valoración (p < 0,001): indicación por Qa (bajo o descenso o ambas), 76% (38/50); por disminución de eficacia dialítica, 16% (8/50); por recirculación, 44% (22/50); por presiones venosas, 24% (12/50); por datos clínicos, 12% (6/50). Diferencias significativas en falsos positivos (p = 0,024): Qa 54,5% (6/11); eficacia dialítica, 0% (0/11); recirculación, 9% (1/11); presiones venosas, 36% (4/11); datos clínicos, 9% (1/11).

Conclusiones: La monitorización del Qa es un método de detección de disfunción del acceso vascular altamente sensible pero poco específico. Por el contrario, la reducción de la eficacia dialítica y el aumento de la recirculación son muy específicos pero poco sensibles. Por ello, es necesaria la combinación de parámetros clínicos, clásicos y Qa en un programa de detección precoz de malfunción del acceso vascular.

14. CARBONATO DE LANTANO EN 66 PACIENTES DURANTE 6 MESES

Jordi Carreras, Teresa Olaya, Paz Pereyra, Gustavo Villalobos, Mabel Bolos, Omar Taco, Andreu Foraster
Diaverum Baix Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

E-mail: jordicarreras@comb.cat

Objetivo: Conversión de los pacientes que eran tratados con carbonato de lantano comprimidos o carbonato de

sevelamer por carbonato de lantano en la presentación de polvo oral con un seguimiento de 6 meses.

Material y método: Pacientes en tratamiento de más de 3 meses tomando Renvela® o Fosrenol® comprimidos. Se reinició tratamiento quelante con Fosrenol® polvo oral durante 6 meses con la misma dosis que tomaban antes de Fosrenol® comprimidos y un factor de conversión de Renvela® 800 mg = 500 mg Fosrenol®. Se ajustó la dosis de quelante según la fosforemia del paciente completando el seguimiento de 6 meses. Seguimiento de dosis de quelante, datos bioquímicos/hematología (Ca, P, CaxP, Alb, Kt/V, pcr, Hb), encuesta síntomas gastrointestinales (GSRs) y de opinión sobre el Fosrenol®.

Resultados: Estudiamos a 66 pacientes: 32 tomaban Fosrenol® comprimidos y 34, Renvela®. Datos basales de Ca $8,7 \pm 0,6$ mg/dl, P $4,6 \pm 1,1$ mg/dl, PTH-i 346 ± 286 pg/ml, Alb $38 \pm 2,5$ g/l. La dosis inicial de Fosrenol® polvo oral fue de 2.219 ± 904 g (mediana 2 g); a los 3 meses, 1.639 ± 637 g (mediana 2 g), y a los 6 meses, 1.556 ± 633 g (mediana 2 g). En el 41%, presentación de 750 mg sobres, y en el 59%, de 1.000 g sobres.

En el periodo de tratamiento con Fosrenol® polvo oral el fósforo a los 3 meses fue de $4,6 \pm 1,0$ mg/dl ($2,5-5,5 = 78\%$, $< 2,5 = 0\%$, $> 5,5 = 22\%$), y a los 6 meses de $4,5 \pm 1,1$ mg/dl ($2,5-5,5 = 82\%$, $< 2,5 = 2\%$, $> 5,5 = 16\%$).

El 82% (54 pacientes) acabaron tomando Fosrenol®, el 11% (7) se cambiaron de quelante, el 3% (2) trasplante renal, en el 3% (2) se suspendió el quelante y el 1%(1) se trasladaron de centro.

Conclusiones: El carbonato de lantano es un buen quelante del fósforo y obtiene un buen control en el 84% de pacientes. Con buena aceptación en polvo oral en el 70% y del 30% en comprimidos masticables. El 11% pacientes se cambió de tipo de quelante por presentar síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, acidez, náuseas/vómitos).

15. ¿CÓMO PREDECIR LA MORTALIDAD DE NUESTROS PACIENTES ANTES DE INICIAR HEMODIÁLISIS?

María Palacios Parada^a, Mariby Marroquín Contreras^a, Beatriz Fernández Carbajo^a, Jesús Núñez^a, Carmen Aller Aparicio^a, Raquel Gordillo^a, Guadalupe Rodríguez^a, Susana Valenciano^a, María Muñoz^b, Jesús Bustamante Bustamante^a
^a Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Unidad de Investigación, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

E-mail: nefro2014congresos@gmail.com

Introducción: La poca supervivencia en hemodiálisis crónica (HDC) exige identificar factores pronóstico de morbimortalidad susceptibles de tratar precozmente.

Objetivo: Identificar factores pronóstico de supervivencia en pacientes que iniciaron HDC en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en 2008-2012.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, comparativo de supervivencia a 10 años e inicio tardío de HDC

(según MDRD-4), variables demográficas, clínicas (incluyen índice de comorbilidad de Charlson [ICC]), analíticas y de la técnica. Revisamos informes clínicos y Nefrosoft. Análisis estadístico: SPSS 20.

Resultados: Analizamos 51 pacientes (26 vivos, 25 muertos). Los vivos: 19 hombres (73,3%), con 59,5 años al iniciar HDC (33,3% on line), con MDRD-4 $\leq 10,5$ ml/min/1,73 m² (80%) por FAVI (80%). Hipertensos (86,7%), diabéticos (28,5%). Todos con mediana de ICC: 5,7 puntos. El 33,3% con 0% de supervivencia a 10 años. ERC secundaria a diabetes (13,3%), hipertensión (13,3%) y sin filiar (33,3%). Media de 3 accesos vasculares (AV). Los fallecidos: 20 hombres (80%), con 69,3 años al iniciar HD estándar; con MDRD $\leq 10,5$ ml/min/1,73 m² (73,3%), por FAVI (86,7%). Hipertensos (80%) y diabéticos (33,3%). El 100% con ICC: 7 puntos. El 60% con 0% de supervivencia a 10 años. ERC secundaria a hipertensión (26,8%), diabetes (20%) e intersticial (13,3%), con mediana de 3 AV desde el primero. Las causas principales de fallecimiento fueron: muerte súbita (50%), sepsis (32%) e infecciones pulmonares (18%). Encontramos asociación significativa de morir según tipo de HD, ICC y porcentaje de supervivencia a 10 años, pero no significativa con HTA, diabetes, origen de ERC, tipo de AV y variables analíticas al iniciar HDC (MDRD-4, hemoglobina, albúmina, microalbuminuria, VSG).

Conclusiones: La estrategia de HD on line mejora la supervivencia, encontrando diferencias estadísticamente significativas. El menor porcentaje de supervivencia a 10 años presenta una asociación estadísticamente significativa en pacientes con edad muy avanzada y puntuación elevada del ICC. La no asociación significativa en la comparación de medias con otras variables analizadas puede deberse a la variabilidad muestral, y por la limitación de criterios clínicos, no solo analíticos, que muchas veces justifican en el programa de HD crónica.

16. CONTROL DE LA TASA DE INFECCIÓN DEL ACCESO VASCULAR MEDIANTE UN PROGRAMA CENTRALIZADO DE VIGILANCIA

María Quero^a, Nuria Montero^a, Andreu Foraster^b, Miquel Pujol^a, Amparo Fernandez^c, Itziar Navarro^d, Pilar Ruiz^e, Gloria Martín^f, Josep Maria Cruzado^a, Miguel Hueso^a
^a Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Diaverum Baix Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Fresenius, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Fresenius, Vilanova i la Geltrú, Barcelona, España

^e Hospital Sant Joan Despí, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^f Diaverum Aristides Mayol, Barcelona, España

E-mail: mariaquero@gmail.com

Introducción: La infección del acceso vascular es una causa importante de morbimortalidad. Las KDOQI recomiendan un programa de vigilancia de infecciones y los centros de diálisis aplican medidas protocolizadas para disminuir las tasas de infección.

Objetivo: Instaurar un programa centralizado de vigilancia de la infección del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis ambulatoria a fin de reducir la tasa de infecciones.

Metodología: Estudio prospectivo de pacientes en hemodiálisis en centros que dependen del Hospital de Bellvitge. Se han evaluado 3 tipos de eventos: 1) bacteriemia relacionada con acceso vascular; 2) infección local del acceso, y 3) inicio de tratamiento antibiótico intravenoso por sospecha de infección del acceso vascular. Se han estratificado los eventos según el tipo de acceso y se han ajustado las tasas por cada 100 pacientes-mes. Se han introducido los resultados en una base de datos informatizada del Departament de Salut de Catalunya.

Resultados: Durante el periodo enero-septiembre de 2013 han participado 6 centros con un total de 6.606 pacientes-mes. Se han declarado 95 eventos en 54 pacientes (tasa media incidencia = 1,44/100 pacientes-mes) que incluyen 25 bacteriemias (tasa media = 0,38/100 pacientes-mes), 34 episodios de infección local (tasa media = 0,51/100 pacientes-mes) y 36 casos de tratamiento antibiótico (tasa media = 0,54/100 pacientes-mes). Teniendo en cuenta el acceso vascular, el número de eventos/100 pacientes-mes fueron: 2,46 en catéteres temporales, 1,14 en catéteres tunelizados, 0,64 en FAVs protésicas y ningún episodio en FAVs nativas. Entre los centros de diálisis se ha observado gran variabilidad tanto en la tasa de infección global (0,73-2,21/100 pacientes-mes, $p=0,056$) como en la tasa de bacteriemias (0-0,67/100 pacientes-mes, $p=0,07$) y en la tasa de infección local (0,16-1,44/100 pacientes-mes, $p=0,0001$).

Conclusiones: Un programa centralizado de vigilancia de infecciones del acceso vascular es útil para identificar variaciones en las tasas de infección y permitiría detectar factores de riesgo y poner en marcha protocolos comunes de prevención.

17. ESTADO DE HIDRATACIÓN EN HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL: ¿IMPORTA CÓMO SE MIDA?

José Edgardo González, Mario Prieto, Benjamín de León, George Stifan, Aranzazu Sastre, Carmen Cobelo, Elena Astudillo, Igor Romaniouk
Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

E-mail: josue_ga52@hotmail.com

Introducción: El ajuste del peso seco y la normohidratación en diálisis son elementos clave para disminuir la morbimortalidad.

Objetivo: Comparar el estado de hidratación absoluto (OH) de pacientes en hemodiálisis (HD) vs diálisis peritoneal (DP) medido mediante bioimpedanciometría eléctrica multifrecuencia (BIA). Comparar la hidratación media prediálisis-posdiálisis (TAFO) en HD vs OH en DP. Analizar

la relación entre el estado de hidratación medido con ambas técnicas y la presión arterial sistólica (PAS).

Resultados: La media de litros de OH en el grupo de HD fue de $1,378 \pm 1,18$ l; en DP, de $0,708 \pm 1,31$ l, siendo mayor en HD con respecto a DP ($p=0,0039$). La media de TAFO en HD fue de $0,262 \pm 1,78$ l, significativamente menor que la media de OH de HD ($p=0,00020$). No existe diferencia significativa entre TAFO de HD con respecto al OH de los pacientes en DP, $p=0,072$. Los pacientes sobrehidratados en HD cuantificados como TAFO fueron 10,2% y cuantificados como OH fueron 42,8%; en DP fueron el 20,83%.

La PAS media en pacientes HD hiperhidratados, según OH, fue de $158,33 \pm 11,89$ mmHg, en DP $149 \pm 3,46$ mmHg ($p=0,129$). En pacientes HD hiperhidratados, según TAFO, la PAS media fue de $159,16 \pm 14,33$, sin diferencias significativas respecto a DP ($p=0,171$).

Conclusiones: En nuestra unidad, los pacientes en DP no están más sobrehidratados que los pacientes en HD. No hay diferencia en las cifras tensionales de los pacientes hiperhidratados hipertensos según el tipo de tratamiento dialítico, y la forma en que midamos el estado de hidratación no influye en los resultados. La manera en que estimemos el estado de hidratación en hemodiálisis tiene implicaciones, y existen diferencias entre la estimación como TAFO y/o OH.

18. OPTIMIZANDO LAS DOSIS DE HEMODIÁLISIS

Ana Isabel Morales García, María José Torres Sánchez, María Peña Ortega, Gaspar Balaguer Alberti
Centro de Hemodiálisis Nevada, Granada, España

E-mail: amoralesg@senefro.org

Introducción: Para optimizar la dosis de hemodiálisis debemos actuar sobre el aclaramiento de urea (K), que depende, entre otros, del flujo sanguíneo (Qb). Enfermería suele comenzar la sesión con Qb más bajos a los prescritos en los pacientes con FAV. Hemos cuantificado el tiempo que se mantienen los Qb bajos en nuestra unidad, analizado la mejora en la dosis de hemodiálisis si el Qb es máximo desde el inicio.

Método: Realizamos un ensayo controlado no aleatorizado. Criterios de inclusión: pacientes estables, FAV de larga evolución y ubicados en monitores con biosensor de dialisancia iónica. Criterios de exclusión: portadores de CVC, FAV recientes o con dificultades de canalización. Analizamos los Kt de 2 sesiones consecutivas en 30 pacientes. En la primera sesión, el personal actuó como habitualmente lo hace en 15 pacientes (grupo A), y en la otra mitad intervinimos poniendo el Qb al máximo desde el inicio (grupo B). En la siguiente sesión, todos los Qb estaban al máximo flujo prescrito desde el inicio. Los datos se analizaron con SSPSS 15.0. Se hizo comparación de medias para muestras apareadas.

Resultados: El 10% de las FAV presentaban el Qb prescrito desde el inicio de la sesión. En el día 1 el grupo A presenta Qb inicial medio de $292 \pm 43,12$ frente a $393 \pm 25,81$ ml/min final. El tiempo que permaneció el Qb bajo variaba de 5 a 30 min (media $21 \pm 8,7$ min). El Kt mejoró de $51,2 \pm 4,52$ a $57,6 \pm 5,62$ l en el grupo A ($p < 0,0001$), mientras que en el grupo B los Kt en ambos días fueron prácticamente superponibles.

Conclusiones: La dosis de hemodiálisis mejora un 11,6% si el Qb está al máximo desde el inicio. Estas pequeñas intervenciones son cruciales para optimizar la dosis de diálisis.

PÓSTERS DIÁLISIS 1

19. IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA CONDUCTUAL EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Susana Roca^a, Francisco Horrillo^b, Ana Vanessa Fernández^a, Cristina Jimeno^b, Rhoda Pallares^a, María Jose Espinosa^b, Manuel Molina^c

^a Centro de Hemodiálisis FMC Services, Cartagena, Murcia, España

^b Centro de Hemodiálisis FMC Services, San Pedro del Pinatar, Murcia, España

^c Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: manuel.molina4@carm.es

Introducción: Dada la importancia del control por los pacientes con ERC5D de su ingesta y de la correcta toma de la medicación, hemos realizado un «Programa de Educación Sanitaria» con el fin de introducir cambios en el estilo de vida, adecuándolos al proceso de su enfermedad. Estudiando las alternativas de la literatura en cuanto a modelos educativos conductuales, hemos adaptado estos a modelos educativos de nuestros pacientes, estratificándolos en 3 etapas: «Captación (F1)», «Educación (F2)» y «Reforzamiento (F3)», a partir de los conocimientos, la intencionalidad y el grado de cumplimiento terapéutico.

Objetivo: Analizar la evolución de parámetros de conocimiento, analíticos y adherencia a la medicación tras la aplicación del programa.

Material y métodos: Estudio prospectivo sobre 134 pacientes en HD. Variables: conocimiento, adherencia farmacológica, grado de sobrecarga hídrica, parámetros analíticos y cribado de ansiedad/depresión de Goldberg. Clasificamos a los pacientes en F1, F2 y F3 según su etapa y aplicando intervenciones adecuadas a cada fase usando un sistema de «tutor», desde enero (P1) a marzo (P2) de 2013. Análisis estadístico: SPSS 13.0. Significación: $p < 0,05$.

Resultados: Encontramos diferencias estadísticamente significativas en: estratificación de pacientes entre P1 y P2, disminuyendo los que siguen en captación; mejoría de puntuación en escalas de ansiedad/depresión; conocimientos sobre fósforo, potasio y agua/sodio; adherencia farmacológica a quelantes del fósforo, del potasio y calcimiméticos, y porcentaje de cumplidores de $P < 4,5 \text{ mg/dl}$. Sin diferencias en adherencia a medicación antihipertensiva, valores de fósforo y potasio y PTH, sobrehidratación, ganancia y presión arterial.

Conclusiones: Observando las diferencias en conocimientos, adherencia y mejora de ansiedad/depresión, llegamos a la conclusión de que la aplicación de un programa de

educación sanitaria conductual capacita al paciente para conseguir unos resultados que a corto plazo son beneficiosos. El hecho de adecuar las intervenciones a las etapas de cambio facilita la adaptación del paciente a su enfermedad

20. EVALUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LOS ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS MEDIANTE LA ECOGRAFÍA

Javier Hernández-López, Juan Manuel Mayor. *Enfermería de Diálisis, Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao, Bizkaia, España.*

E-mail: javier.hernandezlopez@osakidetza.net

La técnica de punción tiene una relación directa con la aparición en el tiempo de complicaciones en los accesos vasculares. Deberemos seguir los cuidados previos a la punción: la observación, la palpación y la auscultación. Creemos que la ecografía doppler es una herramienta importante para la enfermería, ya previamente entrenada para su utilización, por permitir la valoración de la FAVI en el momento, por ser un procedimiento no invasivo, por proporcionar información con relación a la permeabilidad arterial y venosa, el sentido del flujo, la profundidad existente entre la superficie de la piel y la pared del vaso, el diámetro del vaso y la posibilidad de hacer la punción dirigida. Hemos analizado con ecografía la punción con sus cuidados especiales y técnicos de pinchazo en los diferentes accesos vasculares para hemodiálisis.

21. HEMODIÁLISIS LARGA CON FILTRO DE ALTO PORO EN EL FRACASO RENAL AGUDO DEL RIÑÓN DE MIELOMA

M.A. Carretón Ballester, R.J. Noguera Torregrosa, S. Baldoví Granell, C. Sillero López, B. Díez Ojea, R. Ruiz Ferrús, E. Baró Salvador *Servicio de Nefrología, Hospital de Torrevieja, Torrevieja, Alicante, España*

E-mail: macarret@torrevieja-salud.com

Introducción: Trabajos recientes han demostrado que la reducción rápida de los niveles de cadenas ligeras libres (CLL), con tratamiento combinado con quimioterapia y depuración extracorpórea, se asocia a la recuperación de la función renal en el fracaso renal agudo del riñón de mieloma. La eficacia de la plasmaféresis es incierta y no probada a la luz de los datos contradictorios de un pequeño número de trabajos con pocos pacientes. Además, sabemos que la plasmaféresis solo aclara el espacio intravascular (17%), y además no se puede prolongar por mucho tiempo. Por todos estos motivos, desde 2007 se ha propuesto el uso de hemodiálisis largas con membranas permeables a las proteínas, para aumentar la extracción de CLL hasta en un 90% en 3 semanas.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 78 años con fracaso renal agudo y mieloma múltiple (MM), con CLL elevadas

Tabla 1

| HD-Alto poro | Cr | FG | CLL K pre | CLL K post | Alb | P | Mg |
|--------------------------|------|----|-----------|------------|-----|-----|-----|
| 1. ^a 21/02/12 | 4,11 | 10 | 2.370 | ? | 3,7 | 6,9 | 1,9 |
| 2. ^a 22/02/12 | 2,78 | 16 | ? | 167 | 3,2 | 4,6 | 2,2 |
| 3. ^a 23/02/12 | 1,77 | 28 | 1680 | 135 | 3,5 | 3 | 2,1 |
| 4. ^a 24/02/12 | 1,55 | 32 | 959 | 147 | 3,2 | 4,5 | 2,1 |
| 5. ^a 25/02/12 | 1,66 | 30 | 622 | 153 | 3,2 | 3,2 | 1,9 |
| 6. ^a 1/03/12 | 2,73 | 17 | 459 | 133 | 3,1 | 2,7 | 1,8 |
| 7. ^a 9/03/12 | 2,02 | 24 | 582 | 97 | 4,3 | 2 | ? |

en sangre y en orina, a la que realizamos tratamiento con hemodiálisis larga con filtro de alto poro.

Material y métodos: Mujer de 78 años con antecedentes clínicos de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, que consulta por dolor lumbar y fracaso renal agudo. En la exploración física destacaba ligera palidez mucocutánea. En las determinaciones analíticas objetivamos una Hb 9,1, Cr 5,92, VSG 120, Ca 10,2, proteinuria de 3,4 g/24 h y MAU de 54,4 mg/24 h. El proteinograma mostró la presencia de una banda monoclonal en zona gamma, y en la inmunolectroforesis (IEF) en sangre existía banda monoclonal de IgG tipo kappa, en la IEF en orina una intensa banda monoclonal de cadenas ligeras tipo kappa. Se cuantificaron las cadenas ligeras tipo kappa en sangre, estando elevadas a 12.500 mg/l, y en orina a 143 mg/l. La serie ósea mostró lesiones osteolíticas craneales y en la columna dorsolumbar. En la RMN fractura-hundimiento de cuerpos vertebrales D5, D7 y D9.

Ante estos hallazgos se consultó con Hematología, realizando un AMO que mostró infiltración plasmocitaria masiva del 65%, siendo diagnosticada de MM tipo IgG Kappa estadio IIIB.

Se instauró tratamiento de soporte con hidratación intravenosa y retirada de nefrotóxicos, quimioterápico con bortezomib y dexametasona y depuración extracorpórea de CLL con un total de 7 sesiones de HD de 4-6 h de duración, con filtros de alto poro Theralite 2,1 m², monitor de HD estándar, a flujos bajos Qb 200-250 ml/min, Qd 500 ml/min, líquido de diálisis ultrapuro, heparina sódica 3.000 UI-10 UI/h, y con reposición de 2 viales de albúmina al 20% tras cada sesión.

Resultados: Obtuvimos una reducción progresiva de los niveles de cadenas ligeras tipo kappa en sangre, y una progresiva mejoría de función renal, hasta la recuperación total de la misma (tabla 1).

Conclusiones: Aún no hay evidencia probada de que la hemodiálisis con filtros de alto poro mejore la supervivencia de pacientes con MM y nefropatía por cilindros y que sea superior a la plasmaféresis, la cual tampoco tiene demostrada su eficacia. Son necesarios nuevos estudios futuros.

Como limitaciones del tratamiento encontramos, sin duda, su elevado coste, pero teniendo en cuenta que la recuperación de la función renal y la ausencia de necesidad de tratamiento renal sustitutivo, se traduce en un aumento de la esperanza de vida y un importante ahorro de costes, al evitar la hemodiálisis crónica.

Con los resultados disponibles en este momento nos parece razonable su indicación en pacientes con MM, con niveles séricos de CLL > 500 y FRA secundario a nefropatía por cilindros.

22. FÍSTULA ARTERIOVENOSA ESPONTÁNEA COMO ACCESO VASCULAR DE UN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

Gracia Álvarez, Rosa María de Alarcón, Susana Roca, Cristina Carmen Jimeno, María Soledad Ros, María José Navarro, Florentina María Pérez, María de los Ángeles García, Manuel Molina
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: alvarez.gracia@gmail.com

Introducción: La fístula arteriovenosa (FAV) espontánea es infrecuente en las extremidades superiores. El objetivo de la descripción de este caso es documentar la posibilidad de tratamiento dialítico por FAV espontánea.

Material y métodos: Hombre de 56 años con ERC no filiada, en programa de tratamiento sustitutivo renal en diciembre de 2010, inicialmente mediante diálisis peritoneal (DP), con transferencia a hemodiálisis (HD) en diciembre de 2011. Como antecedentes, presenta HTA, fumador y lesión exofítica en el labio superior, con diagnóstico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de laringe supraglótica, tratado con cirugía y radioterapia.

Resultados: En diciembre de 2010 inicia DP a través de catéter peritoneal. Al mes presentó peritonitis por *Acinetobacter*, resuelta con tratamiento antibiótico. A los 3 meses, episodio de peritonitis por *Pseudomonas aeruginosa*, con varias recidivas que obligaron a retirada del catéter y transferencia a HD. En noviembre de 2011, inserción de catéter tunelizado en la luz yugular izquierda para HD. Tras 6 meses comienza con edema progresivo en la extremidad superior izquierda. La flebografía muestra trombosis de la vena subclavia izquierda distal, tronco braquiocefálico y vena yugular izquierda distal. Se realiza trombectomía, con mejoría significativa, aunque persiste trombosis parcial en el tronco braquiocefálico y en la yugular izquierda. En el mismo acto se retira el catéter yugular y se coloca catéter permanente femoral izquierdo, iniciándose anticoagulación oral. Un mes después de detectar la trombosis se detecta pulso y *thrill* en el antebrazo izquierdo, y tras ser valorado por el cirujano vascular, clínicamente y con eco-Doppler de la extremidad, se comprueba que se trata de una FAV apta para su uso en HD. Se practica fistulografía que confirma la presencia de FAV. Se hace punción sin dificultades, obteniéndose dosis de diálisis adecuadas, situación que persiste en la actualidad.

Conclusión: Se presenta un caso de FAV espontánea como acceso vascular para HD. Como factores de riesgo asociados tenemos HTA, numerosas venoclisis, trombosis del tronco braquiocefálico y anticoagulación.

23. EFECTO DE DENOSUMAB SOBRE EL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN UN PACIENTE DE HEMODIÁLISIS

Carlos Sillero López^a, M. Antonia Carretón Ballester^a, Sonia Baldoví Granell^a, Beatriz Díez Ojea^a, Raúl Noguera Torregrosa^a, Rosalía Ruiz Ferrús^b, Eva Baró Salvador^{a,b}
^a Servicio de Nefrología, Hospital de Torre Vieja, Torre Vieja, Alicante, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital de Vinalopó, Elche, Alicante, España

E-mail: csillero@torrevieja-salud.com

Introducción: Denosumab es un anticuerpo monoclonal contra el *receptor activator of NF-κB ligand* (RANKL) que disminuye la resorción ósea y ha demostrado eficacia en la reducción de fracturas osteoporóticas y metastásicas, aunque su seguridad y su eficacia no están claras en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 78 años en hemodiálisis que desarrolló, tras la administración del fármaco y de forma severa, hipocalcemia y elevación de la parathormona intacta (PTHi), con un calcio mínimo de 6,5 mg/dl y una PTHi máxima de 1.853 pg/ml. Requirió ajuste de los aportes de calcio, aumentando la dosis de derivados de la vitamina D, captadores cálcicos del fósforo y calcio del baño de diálisis. Incluso requirió el inicio de calcimiméticos. Sin embargo, no fue posible un control óptimo de los valores analíticos, decidiendo la suspensión indefinida del fármaco. Tras la suspensión de denosumab los valores del calcio y la PTH volvieron a sus valores basales estables, siendo posible la reducción de la medicación para el control del hiperparatiroidismo secundario.

Discusión: Denosumab es el primer fármaco comercializado que actúa específicamente sobre RANKL impidiendo la normal función del osteoclasto y la resorción ósea. Este anticuerpo está indicado como tratamiento de la prevención de fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas y está aprobado también por la FDA para prevenir eventos óseos relacionados con la presencia de metástasis óseas secundarias a tumores sólidos. No es necesaria la monitorización de dosis ni su ajuste en situación de disfunción renal o hepática. Comparado con bifosfonatos, ha demostrado ser al menos igual de eficaz, y los efectos adversos de toxicidad renal son menores. Sin embargo, tiene aproximadamente el doble de riesgo de ocasionar hipocalcemia, siendo este efecto adverso más frecuente y severo en pacientes con nefropatía.

Ante la falta de estudios y evidencia del beneficio terapéutico del uso del fármaco en pacientes con ERC en diálisis, hasta no tener más datos de seguridad y eficacia en enfermedad renal terminal parece razonable no recomendar su uso de forma generalizada.

24. NUEVAS INDICACIONES EN AFÉRESIS TERAPÉUTICA

Gracia María Álvarez, Rosa María de Alarcón, Susana Roca, Cristina Carmen Jimeno, María Soledad Ros, María José Navarro, Florentina María Pérez, María de los Ángeles García, Manuel Molina
 Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: alvarez.gracia@gmail.com

Introducción: La aféresis terapéutica (AT) comprende un grupo de técnicas de reciente implantación, altamente costosas, con indicaciones crecientes.

Objetivo: Describimos 2 casos de indicación dudosa de AT.

Material y métodos: *Caso 1.* Hombre de 31 años con síndrome de Stiff-Person o del hombre rígido en 2009, enfermedad invalidante caracterizada por rigidez de la espalda y extremidades, y espasmos episódicos. En su desarrollo participan anticuerpos dirigidos contra proteínas propias del organismo implicadas en la vía GABAérgica, dando lugar a un efecto negativo de la neurotransmisión. Cuatro escalones terapéuticos: primero fármacos que incrementan GABA; segundo fármacos antiespásticos; tercero terapias inmunomoduladoras; cuarto plasmaféresis (PF) recomendación 2C. *Caso 2.* Hombre de 49 años con xantomatosis cerebrotendinosa en 1995, enfermedad debida a deficiencia de la enzima 27-hidroxilasa, con acumulación tisular de colesterol y colestanol, y formación de xantomias, nódulos y placas en SNC, piel, tendones, pulmones y huesos. Presenta polineuropatía por depósito, degeneración espinocerebelosa, ataxia de la marcha y deterioro cognitivo. El pilar principal terapéutico es el ácido quenodesoxicólico. Las estatinas se utilizan en combinación con el anterior, y es costosa su utilización (podrían exacerbar la disfunción mitocondrial).

Resultados: *Caso 1.* Fármacos en los 2 primeros escalones (esteroides e inmunoglobulinas) sin ninguna respuesta. Abril de 2013: PF, primera semana días alternos y posteriormente 2 sesiones semanales. Junio de 2013: rápida mejoría, pudiendo adoptar la bipedestación, caminando con normalidad, tras la retirada de cistostomía, obteniendo micción espontánea y normal. En la actualidad con una sesión de PF cada 3 semanas. *Caso 2.* Tratamiento con ácido quenodesoxicólico, no estatinas (aumento de transaminasas). Niveles de colestanol elevados (20, rango 2,2-12,6) y empeoramiento progresivo de la clínica neurológica. Julio de 2013: se inicia doble filtración quincenal, con disminución de los niveles de colestanol (14) y mejoría clínica.

Conclusión: Nuevas entidades pueden beneficiarse de AT, especialmente ante el fracaso del tratamiento convencional.

25. ESCALA DE DESNUTRICIÓN INFLAMACIÓN (MIS), PRIMER PASO EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

M. Dolores Prados Garrido^a, C. Burbano Terán^a, M.L. Fernández Soto^b, M. López Peregrina^a, F. Rico Pérez^a, T.

Álvarez Alberdi^a, S. Leyva Martínez^b, M. Ramírez Gómez^a,
A. Ossorio Anaya^a, A. Osuna Ortega^a

^a UGC de Nefrología, Hospital Clínico San Cecilio,
Granada, España

^b UGC de Endocrino, Hospital Clínico San Cecilio, Granada,
España

E-mail: pragarr@gmail.com

Introducción: La desnutrición en pacientes renales tiene una alta prevalencia e importante repercusión en la morbilidad y mortalidad. La valoración del estado nutricional debe ser incluida en el proceder habitual de su seguimiento.

Objetivos: Valorar el estado nutricional de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis mediante cuestionarios de cribado estructurados.

Material y métodos: Cribado de malnutrición mediante la escala de desnutrición-inflamación (MIS) en pacientes de ambos sexos con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis. Se valora: 1) Historia (cambio de peso, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, comorbilidad). 2) Examen físico (peso, talla, pliegues [tricipital y circunferencia del brazo]). 3) Parámetros bioquímicos: albúmina, transferrina. En total 10 variables, cada una de 0 a 3 puntos: 30 puntos.

Se clasifican según la puntuación alcanzada en MIS:

| Desnutrición leve | Desnutrición moderada | Desnutrición severa |
|-------------------|-----------------------|---------------------|
| De 0 a 10 | De 11 a 20 | De 21 a 30 |

Una vez detectado algún grado de malnutrición, se completa el estudio en la unidad de nutrición y se realiza una intervención nutricional aportado suplemento nutricional específico o suplementación con nutrición parenteral intradiálisis (NPID).

Se realiza seguimiento de todos los pacientes de la unidad cada 6 meses.

Resultados: Se ha valorado mediante MIS el total de los pacientes de la unidad: 65 pacientes (42 hombres y 23 mujeres). Edad media: 64,8 años. El 35% de los pacientes tienen algún grado de desnutrición, siendo de leve en el 7%. La edad media de los pacientes con algún grado de malnutrición es de 71 años, y de ellos el 67% son diabéticos. El 60% son mujeres. El 50% llevan más de 5 años en diálisis. El grupo con malnutrición grave tiene una edad media de 75 años, son un grupo con importante comorbilidad, el 60% son mujeres. El 80% lleva más de 5 años en diálisis.

Conclusiones: Podemos considerar factores de riesgo para presentar malnutrición: la edad, la diabetes, el tiempo en diálisis así como la presencia de comorbilidad. El trabajo del equipo multidisciplinario mejora la atención recibida. El personal de enfermería juega un importante papel en la valoración nutricional. La detección precoz de la malnutrición en hemodiálisis puede mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad.

26. FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS INTERNAS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. MANTENIMIENTO Y COMPLICACIONES.

María Moya Nicolás^a, María Ruiz López^b, Elvira Jiménez Navarro^b, Alejandro Merlos Moya^c

^a Universidad de Murcia, Murcia, España

^b Universidad de Alicante, Alicante, España

^c Universidad Católica de San Antonio, Guadalupe, Murcia, España

E-mail: maria.moya3@um.es

Introducción: Las FAV, desde el punto de vista meramente teórico, consisten en la unión de una arteria y una vena, cuya unión se lleva a cabo para desarrollar hemodiálisis de los enfermos crónicos. Debido al aumento del número de enfermos de esta clasificación durante los últimos años, el uso de FAV se ha desarrollado considerablemente debido a una incidencia menor de complicaciones y de mantenimiento. Sin embargo, a pesar del gran avance que experimentan las técnicas en nuestra sociedad, las FAV no se encuentran exentas de complicaciones, las cuales comprometen la vida de las mismas y, en última instancia, del paciente. De esta forma, un adecuado mantenimiento y unos cuidados generales son fundamentales para el correcto funcionamiento de las mismas, llegando a durar una media de 10 años. Nuestro objetivo fue analizar el mantenimiento de las FAV y sus principales complicaciones.

Material y método: Búsqueda bibliográfica en bases de datos virtuales, como Dialnet, ElSevier, Pubmed y la Biblioteca Virtual de Salud durante los años 2005 a 2013.

Resultados: Dentro de los cuidados de mantenimiento encontramos la higiene corporal como base que fundamenta un funcionamiento correcto de la fístula. También evitar golpes y rozaduras, comprobar diariamente su funcionamiento, no puncionar ni tomar la presión arterial, bajo ninguna circunstancia, en el brazo portador.

Las principales complicaciones pueden aparecer de forma tanto inmediata como tardía. Las inmediatas son la hemorragia producida por el desgarro de la aguja, el engrosamiento de la zona y la manifestación de un hematoma, aunque las de mayor gravedad y tardías son la trombosis, el aneurisma o las infecciones.

Conclusiones: El cuidado y el mantenimiento de las FAV evitan complicaciones que comprometen la vida de las propias fístulas y la del paciente. Los enfermeros, desde un cuidado cercano y centralizado en el paciente, son los encargados de desarrollar esta tarea.

27. ENFERMERÍA DE PERITONEAL, NUEVOS ROLES.

Elena Gisbert Rosique^a, Antonia Gil Gil^b, Eva Baró Salvador^{c,d}

^a Supervisora de diálisis, Hospital de Torrevieja, Torrevieja, Alicante, España

^b Enfermera de diálisis peritoneal, Hospital de Torrevieja, Torrevieja, Alicante, España

^c Jefa de servicio de diálisis, Hospital de Torrevieja, Torrevieja, Alicante, España

^d Jefa de servicio de diálisis, Hospital de Vinalopó, Elche, Alicante, España

E-mail: egisbert@torrevieja-salud.com

Introducción: Las enfermeras de peritoneal desarrollan un nuevo rol en el proceso integral de la diálisis peritoneal, con una participación más activa, con más autonomía y con nuevas responsabilidades.

La diálisis peritoneal es gestionada en el 80% por la enfermera peritoneal en los procesos de gestión, educación, intervención y control del proceso de diálisis peritoneal. Se destaca la protocolización consensuada con la parte médica de intervenciones rutinarias desvinculadas de la parte médica y cuyo seguimiento será realizado exclusivamente por enfermería.

Objetivos: Demostrar que la diálisis peritoneal es un servicio gestionado casi integralmente por parte de enfermería y que se puede realizar con un soporte semipresencial de la parte médica. Los resultados alcanzan las metas de calidad.

Material y método

Investigación y acción. Mediante espacios de debate y reuniones en el servicio de diálisis de Torrevieja se establecen una serie de circuitos y procedimientos que optimizan los recursos humanos destinados a la consulta de peritoneal, dejando siempre como eje central y prioritario el bienestar y la excelencia de los cuidados para el paciente.

Intervenciones

- o Control y seguimiento del proceso integral de atención al paciente de peritoneal (cuadro de mando, cuadro de actividad y calidad).
- o Reuniones mensuales en ambos hospitales.
- o Seguimientos analíticos de enfermería (exudados nasales en busca de MARSAs, seguimiento de cultivos de orificio de salida, etc.).

Resultados: Enfermería gestiona el 80% de la consulta de peritoneal. Control de nuevas actividades. Se cumplen los criterios de calidad enunciados por la SEN/SEDEN con un ratio de peritonitis en 2013 de 0,9 y de infecciones del OS 2013 paciente/mes de 1. Evaluación y reajuste de los resultados en función de nuestros indicadores. Trabajo en equipo según las últimas evidencias científicas.

Líneas de mejora: Evaluación de la satisfacción de nuestros pacientes de peritoneal. Validar un cuestionario especialmente establecido para los pacientes de peritoneal.

28. PAPEL DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA Y DEL SÍNDROME CARDIORRENAL

Diana Manzano Sánchez, Adoración Martínez Losa, Francisco Morales Caravaca, Isabel María Villegas Pérez, María Elisa Morales Albuja, Florentina Rosique López, Margarita Cacho Pérez, Manuel Lanuza Luengo, Luisa Jimeno García
Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

E-mail: m.lanuza@hotmail.com

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) se define como la suma de síntomas (disnea, edemas...) y signos típicos (ingurgitación yugular, crepitantes, hepatomegalia...) asociados a evidencia de anomalía estructural o funcional del corazón. La hipoperfusión renal por el bajo gasto cardiaco produce vasoconstricción renal y sistémica, con aumento de la reabsorción de agua y sodio, empeorando la sintomatología cardiaca y teniendo un efecto en la progresión de la IC y asociando la presencia de disfunción renal a un peor pronóstico. El tratamiento de la IC va encaminado a mejorar la contractilidad cardiaca y eliminar la sobrecarga hídrica. Además del uso de métodos farmacológicos, se han buscado nuevas estrategias, como el uso de ultrafiltración con hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP). Dadas las evidencias sobre el beneficio de la DP en pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria, se ha decidido iniciar en nuestro servicio un programa de ultrafiltración peritoneal.

Resultados: Hemos incluido según nuestro protocolo un total de 3 pacientes. El primer paciente, en seguimiento desde hace 9 meses, con disfunción cardiaca por cardiopatía isquémica crónica y enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5, presenta en su evolución mejoría de la sobrecarga hídrica, buena diuresis, mejoría de la anemia, mejoría de la función renal y sin reingresos por descompensación. El segundo paciente, en seguimiento de 4 meses, con miocardiopatía dilatada isquémica y ERC estadio 3 con disminución de la sobrecarga hídrica, buena diuresis, leve empeoramiento de la función renal y estabilidad de la anemia, sin reingresos. El tercer paciente, en seguimiento desde hace un mes, con cardiopatía secundaria a síndrome de Emery-Dreifuss con ERC estadio 3, con buena evolución por el momento.

Conclusiones: La DP disminuye la sobrecarga hídrica, mantiene la diuresis, sin reingresos por descompensación de la insuficiencia cardiaca y sin complicaciones de la técnica.

DIÁLISIS 2

29. ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS: ¿QUÉ HACEMOS CUANDO NO HAY NADA QUE HACER?

María Soledad Ros^a, David Contreras^b, Elena Zarcos^a, Mercedes Albaladejo^a, Lourdes Díaz^b, Rosa María de Alarcón^a, Susana Roca^a, Cristina Carmen Jimeno^a, Manuel Molina^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^b Servicio de Radiología Intervencionista, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: mari.sol.ros@hotmail.com

Introducción: Los accesos vasculares para hemodiálisis son un problema de difícil resolución en aquellos pacientes cuyo capital venoso se ha agotado. Nuestro objetivo es presentar 2 vías de abordaje inusual para colocación de catéteres permanentes para hemodiálisis.

Pacientes y resultados: *Caso 1.* Varón de 58 años en hemodiálisis desde 2008, con agotamiento del capital venoso. Portador de numerosos catéteres centrales con múltiples complicaciones por trombosis a pesar de anticoagulación oral. En la última complicación se objetiva oclusión completa de vena cava superior tras ácigos y vena ácigos dilatada. Se decide implantación de catéter con extremo en vena ácigos con tunelización en hemitórax superior izquierdo, siendo su acceso vascular en la actualidad. *Caso 2.* Mujer de 28 años en hemodiálisis desde 2009, con agotamiento del capital venoso. Portadora de múltiples catéteres centrales retirados por complicaciones infecciosas y trombosis, a pesar de anticoagulación oral, con imposibilidad de canalización de vena cava superior e inferior por lugares habituales, por lo que se utiliza la vena suprahepática como vía de acceso para implantación de catéter permanente en cava inferior y tunelización en abdomen, siendo su acceso vascular en la actualidad.

Conclusiones: El uso de vías de abordaje no convencionales para la colocación de catéter permanente para hemodiálisis puede ser una alternativa válida como acceso definitivo en pacientes con agotamiento del lecho vascular e imposibilidad de canalización de catéteres centrales en lugares habituales y cuya única opción de tratamiento renal sustitutivo es la hemodiálisis.

30. INTOXICACIÓN POR FENITOÍNA EN HEMODIÁLISIS: A PROPOSITO DE UN CASO

María Soledad Ros^a, Mercedes Albaladejo^a, Elena Zarcos^a, Cristina Carmen Jimeno^a, Susana Roca^a, Rosa María de Alarcón^a, María Muros^b, María de los Ángeles García^a, Manuel Molina^a
^a *Hospita General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*

^b *Centro de Hemodiálisis FMC Services, San Pedro del Pinatar, Murcia, España*

E-mail: mari.sol.ros@hotmail.com

Introducción: La determinación de fenitoína sérica proporciona un valor suma del fármaco unido a albúmina (90%) y libre (10%), que es la farmacológicamente activa.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un varón de 42 años en hemodiálisis, seguido por neurología por epilepsia focal sintomática en tratamiento con fenitoína, valproato y carbamacepina que, pese tener niveles séricos de fenitoína infraterapéuticos, presentaba clínica de intoxicación por fenitoína (nistagmo, temblor, diplopía, inestabilidad y alteraciones gastrointestinales) que empeoraba en el periodo largo sin hemodiálisis y mejoraba en la primera hora de la sesión, lo que no era esperado ante la toxicidad de un fármaco unido en un 90% a albúmina en un paciente sin hipoalbuminemia. Con la suspensión del fármaco desapareció la sintomatología.

Discusión: Esta situación la explicamos porque en nuestro paciente la fracción libre de fenitoína se encontraba aumentada y, pese aplicar las fórmulas de corrección para aclaramiento de creatinina < 10 ml/min, persistía en rango

infraterapéutico. Revisando el tema vimos que la polimedición con valproato y salicilato era una de las causas, y está descrito que en pacientes con fallo renal existe, entre otros factores, acumulación de un ligando endógeno (CMPF) que inhibe la unión a proteínas plasmáticas.

Conclusión: En nuestro paciente la medición de fenitoína libre (la cual no se usa en la práctica clínica habitual) hubiera sido más adecuada y segura a la hora de monitorizar la terapia y evitar la toxicidad, lo cual es probable que se pueda extender a otros fármacos con la misma farmacocinética.

31. TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA (FERINJECT®) EN HEMODIÁLISIS POR INTOLERANCIA AL HIERRO SACAROSA (FERIV®)

Jordi Carreras, Teresa Olaya, Paz Pereyra, Gustavo Villalobos, Mabel Bolos, Omar Taco, Andreu Foraster
Diaverum Baix Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

E-mail: jordicarreras@comb.cat

En la insuficiencia renal crónica (IRC) para el tratamiento de la anemia se utilizan AAEE y ferroterapia.

Paciente de 78 años afectada de IRC grado 5D secundaria a nefropatía intersticial por analgésicos. Inicio de HD el 29/4/2004 (9 años), trasplante renal el 26/5/2005, desde el 31/1/2012 reinicia programa de HD por rechazo crónico de injerto renal, a través de FAVi en antebrazo izquierdo (I.Q. 17/06/2003).

Antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, hernia de hiato, TEP LM y LID (enero 2012), signos de HT pulmonar. La paciente había presentado reacciones adversas (náuseas, mal estado general, distermia y disnea de varias horas de duración) a la administración de hierro sacarosa (Feriv®). En tratamiento por vía oral con ferrimanitol 40 mg/día y darbepoetina 100 µg/semana por vía i.v. Darbepoetina 100 µg; IMC: 30; índice de Charlson: 6; pauta de HD: HDF, 420 min/semana. Kt/V 1,79; PTH-i 130 pg/ml; Alb 40 g/dl; Al 6,8 µg/L. Prueba sangre oculta en heces: negativa. Ecografía abdominal: normal.

Octubre/2012: por presentar una disminución de la ferritina 18 ng/ml, saturación de transferrina 22% y Hb 9,5 g/dl, se cambió el tratamiento de ferrimanitol por hierro carboximaltosa (Ferinject®) con una dosis inicial de 1.600 mg administrada en un mes (dosis de 200 mg/HD), consiguiendo una corrección de la anemia (Hb 13,3 g/dl) y la ferritina (692 ng/ml), saturación de transferrina 61%. A los 3 meses, con una dosis de Aranesp 30 µg/semana (disminución del 70% de la dosis inicial), se alcanzó una Hb 12 g/dl, ferritina 302 ng/ml y saturación de transferrina 26%.

Conclusión: El hierro carboximaltosa (Ferinject®) nos ha permitido aumentar el valor de ferritina, saturar la transferrina y corregir a valores normales la Hb en un paciente en hemodiálisis con una disminución del 70% de la dosis de AAEE.

32. ANÁLISIS DEL GRADO DE DEPENDENCIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

María Inmaculada Poveda García, Remedios Garófano López, Mercedes Alfaro Tejeda, M. Dolores del Pino y Pino, David Sánchez Martos, M. Carmen Prados Soler
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

E-mail: inmapoved@hotmail.com

Objetivo: Las características de los pacientes que se incluyen en programa hemodiálisis (HD) han cambiado en los últimos años, habiendo aumentado la edad y la comorbilidad, lo que tiene implicaciones no solo en lo referente a morbimortalidad, sino también sobre otros aspectos funcionales, dada la necesidad de ayuda que requieren estos pacientes.

El objetivo es evaluar el grado de dependencia de pacientes en HD hospitalaria.

Material y método: Estudio prospectivo descriptivo en 52 pacientes mayores de 65 años en programa de HD hospitalaria.

Para la evaluación del grado de dependencia se utilizó el test Delta. Se seleccionó este test porque es fácil de cumplimentar y está validado en este tipo de pacientes. Este test consta de 3 escalas: dependencia en general, deficiencia física y deficiencia psíquica.

Resultados: Se analizaron 52 pacientes mayores de 65 años, con edad media de $75,6 \pm 4,2$ años. El 69,3% presentaban algún tipo de dependencia. Cerca del 53% de la muestra necesitaban algún tipo de ayuda en cuanto a movilización, deambulación y desplazamiento, aseo y vestido. El 39% precisaban ayuda en la administración de tratamientos y el 62% precisaban mayores cuidados de enfermería.

El 48% presentaban dificultades para mantener la estabilidad, el 54% tenían alteraciones del aparato locomotor y el 62%, del aparato respiratorio y cardiovascular. La visión y la audición representaban un problema en el 28%.

Las mayores alteraciones encontradas en el área de deficiencia psíquica fue la alteración del sueño (71%).

Conclusión: Los pacientes de edad avanzada con patología crónica presentan mayor grado de dependencia, por lo que es importante individualizar los cuidados a las necesidades de cada paciente.

33. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES ANCIANOS EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

María Inmaculada Poveda García, María Ángeles Esteban Moreno, M. Dolores del Pino y Pino, Remedios Garófano López, Mercedes Alfaro Tejeda, David Sánchez Martos
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

E-mail: inmapoved@hotmail.com

Introducción: La enfermedad renal crónica en estadio V, que incluye tratamiento renal sustitutivo, está aumentando considerablemente en los países desarrollados, con un

incremento que oscila entre el 5 y el 10% anual. Entre las razones más importantes que pueden explicar este ascenso se encuentra el envejecimiento de la población y el aumento de la diabetes tipo 2.

El envejecimiento de la población no únicamente se traduce en un aumento de la prevalencia de la enfermedad renal crónica, sino también en una importante cantidad de factores comórbidos asociados, fundamentalmente de naturaleza cardiovascular, nutricionales, neurológicos, osteoarticulares y sociales.

Método: Estudio observacional retrospectivo desde enero a julio de 2013 de pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de hemodiálisis del Hospital Torrecárdenas (Almería) mediante el análisis de historias clínicas del Programa Nefrosoft. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

Resultados: Cuarenta y ocho pacientes mayores de 65 años, con una edad media de $75,4 \pm 5,5$ años. El 56% fueron mujeres y el 44%, varones. El 82% de los pacientes presentaban hipertensión arterial (cifras superiores a 140/90 prediálisis). Cerca del 35% de los pacientes presentaban diabetes mellitus, el 28% de ellos con complicaciones. Cada paciente presentaba una o más comorbilidades.

Se midió la polimedicación como el número de comprimidos al día, obteniendo una media de $7,1 \pm 2,4$.

La etiología de la enfermedad renal fue: 32,8% desconocida, 21% nefropatía diabética, 16% nefroangioesclerosis, 14,5% glomerulonefritis sin control histológico, 11,8% intersticial, 2,2% vascular, 1,7% neoplasia.

Conclusiones: Insistir en que uno de los campos de trabajo del personal sanitario de las unidades de hemodiálisis, a la hora de mejorar la calidad de vida del paciente anciano, debe ser la insistencia en aconsejar e intentar una integración y aceptación lo más completa posible del proceso de diálisis en la cotidianidad y una entera participación social de estos enfermos.

34. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA INMUNITARIA A LA VACUNA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

María Inmaculada Poveda García, Mercedes Alfaro Tejeda, Remedios Garófano López, M. Dolores del Pino y Pino, David Sánchez Martos, M. Carmen Prados Soler
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

E-mail: inmapoved@hotmail.com

Introducción: El virus de la hepatitis B es un virus ADN de transmisión fundamentalmente parenteral. Tiene una incidencia escasa, de alrededor del 1%.

El objetivo de este trabajo consiste en analizar la respuesta inmunitaria a la vacuna de la hepatitis B en un grupo de pacientes en programa de hemodiálisis vacunados en la unidad de hemodiálisis del Hospital Torrecárdenas de Almería.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 58 pacientes con ERC estadio 5D en programa de hemodiálisis. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, así

como la respuesta inmunitaria a la vacunación frente a la hepatitis B.

Resultados: Describimos 58 casos: 57% varones y 43% mujeres, con una media de edad de 59,7 años. El tiempo medio en programa de hemodiálisis fue 47,3 meses. La etiología de la enfermedad renal fue: 32,8% desconocida, 17,2% glomerulonefritis, 13,8% diabetes, 12% nefroangioesclerosis, 13,8% intersticial, 5,2% vasculitis, 3,4% vascular, 1,7% neoplasia.

De los 58 pacientes, el 100% presentaban HBsAg negativo, y el título medio de HBsAc medio fue de 193,64 mUI/ml.

Solo el 6,9% de los pacientes presentaban título elevado de HBsAc (> 100 mUI/ml) al año de la vacunación. El 15,5% presentaban un título de HBsAg 10-100 mUI/ml, precisando dosis de recuerdo, y el 100% de los pacientes fueron respondedores.

El 50% de los pacientes presentaron un título HBsAg < 10 mUI/ml, por lo que precisaron revacunación completa, respondiendo con un título > 100 mUI/ml a los 6 meses el 29% de los pacientes.

El 27,6% presentaban inmunidad natural (HBsAg negativo, antiHBc positivo y antiHBs positivo).

Conclusiones: De los resultados del presente estudio observamos que, a pesar de una adecuada vacunación frente al VHB, un alto porcentaje de pacientes requieren dosis de recuerdo o nueva vacunación.

Por ello, concluir en la importancia de realizar un control exhaustivo y seguimiento de los títulos de AgHBs, así como la administración de dosis de recuerdo y revacunación si fuera preciso.

35. ESTABILIZACIÓN DE LOS VALORES DE LABORATORIO EN LOS PRIMEROS MESES EN HEMODIÁLISIS

Enrique Fernández, Diego Giráldez, Reiner Moya, M. Rosa Gea, Inés Palomares
Fresenius Medical Care, España

E-mail: ines.palomares@fmc-ag.com

Introducción: El tratamiento de la enfermedad crónica terminal con hemodiálisis (HD) está mediatizado por el estado clínico con el que acceden los pacientes al mismo. Este estado es modificable en gran manera mediante un seguimiento adecuado de los pacientes en las consultas de ERCA. Conocer los datos que conducen a este periodo de «inestabilidad» inicial, y su evolución en el tiempo, ayudaría a su comprensión y mejora.

Objetivo: Realizar un descriptivo gráfico de la evolución de los parámetros básicos (Hb, P, Ca, iPTH, EPO, peso, tipo de acceso vascular, albúmina) de pacientes incidentes en hemodiálisis del 2008 al 2014 (N basal: 4.280 pacientes) y describir las medias de dichos parámetros a lo largo de 4 años, con cortes a los 1-3-6-9-12-24-36-48 meses.

Resultados y discusión: Tres meses es tiempo suficiente para estabilizar los valores iniciales y eliminar el efecto alterado de los parámetros propios de la IRC previa a la HD. Valores bajos de Hb, dosis elevadas de EPO, P mayor, albúminas menores, son valores peores en pacientes con catéter desde el inicio, debido a un distinto perfil de paciente,

que no parecen recuperarse o superar a los de la fistula ni aun pasados 48 meses. Queda pendiente valorar la correcta elección de AV en la consulta de ERCA. Hombres y mujeres parten de unas medidas basales diferentes, pero el comportamiento a largo plazo es semejante. Las diferentes edades se comportan de manera semejante, partiendo de valores basales muy diferentes según el cuartil en el que estén. Todas estas hipótesis, surgidas de la observación de estas tendencias, serán analizadas con mayor profundidad para comparar con la población de fallecidos y ver en qué punto el comportamiento de la población previo al fallecimiento podría alejarse de la media poblacional.

36. KT/V POR DIALISANCIA IÓNICA Y KT/V OBTENIDOS POR DETERMINACIONES ANALÍTICAS: BUSCANDO UNA CORRELACIÓN ENTRE ELLOS

María José Torres Sánchez^a, María Peña Ortega^b, María Ramírez Gómez^b, Ana Morales García^a, Gaspar Balaguer Alberti^a

^a Centro de Hemodiálisis Nevada, Granada, España. ^b Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

E-mail: mjtosan@gmail.com

Introducción: La determinación de dosis de diálisis precisa se suele realizar en base a Kt/V 2.^a G Daugirdas (Kt/Vm) y Kt/V equilibrado (Kt/Ve), necesitando exámenes sanguíneos antes y después de cada sesión. Existe la posibilidad de utilizar el Kt/V por dialisancia iónica (Kt/VDI), que es determinado por la máquina de diálisis sin coste adicional, por lo que se puede usar en cada sesión. El objetivo de este estudio es comprobar la correlación existente entre los Kt/V realizados de forma convencional y el Kt/VDI. Para ello se realizaron en una misma sesión de hemodiálisis las 3 determinaciones de Kt/V a 68 pacientes.

Resultados: De los pacientes estudiados, el 60,3% eran varones con media de edad 65,9 ± 14,94 años y de tiempo en hemodiálisis de 52,1 ± 53,05 meses. El 25% se dializaban mediante técnica de HDF on-line. El 80,9% dializaban FAV. Se dializaban 3 veces por semana con una duración por sesión de entre 3 h (2,9%) y 4 h (76,5%). La media de resultado de Kt/V fueron: Kt/Vm 1,70 ± 0,311, Kt/Ve 1,46 ± 0,256 y Kt/VDI 1,38 ± 0,250. En el estudio de correlación, el coeficiente de correlación intraclase entre el KT/Ve y el KT/VDI fue de 0,777 (p < 0,0001); entre el KT/Vm y el KT/VDI fue de 0,872 (p < 0,0001), y entre el KT/Ve y el KT/V 2.^a generación fue de 0,977 (p < 0,0001).

Mediante un modelo de regresión lineal obtuvimos sendas maneras para calcular el Kt/V real a partir del Kt/VDI: para estimar el KT/Ve partir del Kt/VDI, se haría con la ecuación: $KT/Ve = 0,374 + (KT/VDI) \times 0,791$

Para estimar el KT/Vm sería:

$$KT/Vm = 0,372 + (KT/VDI) \times 0,963.$$

Conclusiones: Existe una buena correlación entre el KT/VDI que permite estimar el método Diascan, incorporado en muchos modelos de monitores de hemodiálisis actuales, y el KT/V real (KT/Vm o KT/Ve). El establecimiento de una ecuación de regresión lineal individual para cada enfermo

permite estimar el KT/V real del mismo, simplificado, en tiempo real y evitando extracciones sanguíneas, con el consiguiente ahorro de recursos.

37. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN MURCIA Y SUS CAMBIOS AL NORMOHIDRATARLOS

Fouad Rifai, Tomás Ortuño, Sandra Castellano, Inés Palomares, Diego Giráldez
Fresenius Medical Care, España

E-mail: sandra.castellano@fmc-ag.com

Introducción: La sobrehidratación supone un importante factor de riesgo cardiovascular para los pacientes en hemodiálisis (HD).

Actualmente existen nuevas herramientas, como el BCM (*Body Composition Monitor*, Fresenius Medical Care) para valorar y monitorizar la situación hídrica de los pacientes. De hecho, y según la literatura, una sobrehidratación relativa (AvROH) por BCM mayor al 15% se asocia a mayor mortalidad. Diagnosticar la hiperhidratación, identificar sus causas, así como prevenirla y corregirla, debe formar parte de nuestra práctica clínica, y para ello también debemos conocer las características de nuestros pacientes.

Nuestro objetivo es conocer las características de composición corporal, sobrehidratación y parámetros analíticos de los pacientes en HD, así como identificar los cambios que conlleva corregir la hiperhidratación.

Resultados: Se revisan 631 pacientes en hemodiálisis de los 8 centros de diálisis NephroCare en Murcia durante el año 2012.

Vemos que existen diferencias en las características epidemiológicas, analíticas y de composición corporal de los pacientes según el centro.

Corregir el AvROH inicial mayor al 15% a niveles no patológicos según la literatura mediante la monitorización del estado hídrico empleando el BCM, se acompaña de una reducción significativa de la presión arterial y del número de antihipertensivos, así como del consumo de agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE).

Conclusiones: Lograr la euvolemia en pacientes en HD debe formar parte de nuestra práctica clínica por el riesgo que la hiperhidratación conlleva por sí misma y por su efecto sobre la presión arterial.

En aquellos pacientes en que logramos corregir la sobrehidratación (AvROH > 15%) vemos un descenso de la presión arterial y del consumo de hipotensores, así como del uso de AEE, manteniendo la hemoglobina en niveles recomendados. Para ello debemos individualizar el tratamiento medicamentoso y dialítico a las características del paciente.

38. INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Rosa María Gea, Leonardo Virgüez, Sandra Castellano, Inés Palomares, Norma Venegas
Fresenius Medical Care, España

E-mail: sandra.castellano@fmc-ag.com

Introducción: La malnutrición supone un importante factor de riesgo en hemodiálisis; por otro lado, los estados proinflamatorios pueden alterar el estado de nutrición de los pacientes. A pesar de todo, sigue sin existir un *gold standard* para valorar la situación nutricional en diálisis. El objetivo del trabajo es encontrar un indicador fácil de usar para monitorizar el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis y ver su correlación con parámetros clásicos como son la albúmina y la creatinina plasmáticas.

Resultados: Estudio transversal de 1.369 pacientes con al menos una medición de BCM al mes en la que comparamos parámetros nutricionales analíticos y de bioimpedancia espectroscópica.

Se recogen datos epidemiológicos, antropométricos, analíticos, datos de BCM, presión arterial y medicación antihipertensiva.

Vemos que el índice de tejido magro (LTI) y el índice de tejido graso (FTI) aportados por el BCM (*Body Composition Monitor*, Fresenius Medical Care) se correlacionan con parámetros tradicionales de nutrición tales como albúmina plasmática y con indicadores de inflamación, entre los que destaca el índice de resistencia a la eritropoyesis (IRE) y el logPCR (proteína C reactiva), y no se ven alterados por circunstancias que influyen en los parámetros bioquímicos como es la situación hídrica del paciente.

Conclusiones: Parámetros como el LTI y el FTI aportados por el BCM, dada su correlación con indicadores clásicos y su fácil manejo, son indicadores de nutrición-inflamación fiables que no se ven alterados por la situación hídrica del paciente. Además, su seguimiento y su monitorización nos pueden ayudar a detectar situaciones de riesgo para nuestros pacientes.

39. APLICACIONES Y UTILIDAD DE LA PLASMAFÉRESIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA EN EL PERIODO 2012-2013

Francisco Morales Caravaca, Diana Manzano Sánchez, Isabel María Villegas Pérez, María Elisa Morales Albuja, Adoración Martínez Losa, Margarita Cacho Pérez, Manuel Lanuza Luengo, Luisa Jimeno García
Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

E-mail: m.lanuza@hotmail.com

Introducción: El objetivo de la plasmaféresis es eliminar del plasma determinadas sustancias implicadas en la fisiopatología y en los síntomas de determinadas enfermedades. Se usa con diversos grados de evidencia en algunas patologías neurológicas, hematológicas y nefrológicas. Realizamos un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las plasmaféresis realizadas en nuestro servicio durante el periodo 2012-2013. Se recogen edad, sexo, patología que origina la indicación, complicaciones y respuesta

Resultados: Se realizaron 567 sesiones de plasmaféresis en 54 pacientes (23 varones y 31 mujeres) con edades

comprendidas entre los 21 y los 84 años. Por patologías, el mayor número de pacientes procedían del área neurológica (50%), y la respuesta en la mayoría de los casos fue favorable/parcial. El área nefrológica representó el 30% (por patología glomerular con respuesta parcial y más frecuente por rechazo humoral en pacientes trasplantados renales). El 14% de las plasmaféresis realizadas correspondió al área hematológica (pacientes con PTT/SUH, respuesta favorable) y el 0,05% de la técnica se llevó a cabo en el área cardiológica. Las principales complicaciones fueron de carácter leve en relación con la puesta/manipulación del catéter.

Conclusión: La plasmaféresis es una técnica fácil de llevar a cabo y segura. Sus indicaciones abarcan enfermedades de etiopatogenia distinta. Nuestra serie de casos abarca pacientes neurológicos, nefrológicos, hematológicos y cardiológicos. Los resultados son favorables en la mayoría de los casos.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA-Clinica

40. UNA DÉCADA DE CONSULTA ERCA. EVALUACIÓN Y AUTOCRÍTICA.

Ana Suarez Laurés, Montserrat Pablos de Pablo, Luis Quiñones Ortiz
Hospital de Cabuñes, Gijón, Asturias, España

E-mail: anamaria.suarez@sespa.princast.es

Área sanitaria con más de 300.000 habitantes, con unidad de hemodiálisis pero no de diálisis peritoneal. El desarrollo de la consulta de enfermería renal crónica avanzadas (ERCA) data de 2002, con solo 2 pacientes. Evaluamos datos desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2013.

Total de incidentes: 490 (mínimo de 31 en 2003 y máximo de 56 en 2012).

En cuanto a la modalidad de tratamiento sustitutivo, la mayoría optaron por hemodiálisis. Solo en el 11,5% la diálisis peritoneal (DP) fue la primera opción: en 2003 el 4,6%, con un máximo del 19,1% en 2013. El primer trasplante preventivo fue en 2009, y le han seguido otros 7.

El total de fallecidos sin iniciar tratamiento sustitutivo fue de 24.

Del total de pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo, tenían seguimiento en ERCA entre el 38,4% en 2006 y el 86,6% en 2010. En 2013 fueron el 64,5%. En este año solo el 26,4% de los pacientes que iniciaron hemodiálisis tenían fístula madura.

Reflexiones:

1. Modalidad de diálisis: la diferencia sigue siendo muy amplia. Todos los pacientes reciben información oral, folletos informativos y se les invita a visitar la unidad de peritoneal del centro de referencia. ¿Influye el cambio de área sanitaria en la elección? ¿Mejorarían los resultados si dispusiéramos de unidad en nuestro hospital? Creemos que sí.
2. Trasplante preventivo sobre todo de donante vivo. Se oferta esta opción a todos los candidatos a trasplante. Precisamos el apoyo de la administración para acortar los tiempos de espera en pruebas complementarias.

3. Pacientes que inician tratamiento sustitutivo sin seguimiento en ERCA. Los resultados nos obligan a un riguroso análisis de las causas y aportar soluciones por parte de todos los implicados en el tratamiento del enfermo renal.

41. PILARES DIAFRAGMÁTICOS COMO CAUSA DE HTA RENOVASCULAR

Elena Zarcos^a, David Contreras^b, María Soledad Ros^a, Mercedes Albaladejo^a, Cristina Carmen Jimeno^a, Rosa María de Alarcón^a, Susana Roca^a, María de los Ángeles García^a, Manuel Molina^a
^a *Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.* ^b *Servicio de Radiología Intervencionista, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*

E-mail: elenazpedrinaci@hotmail.com

Introducción: La etiología de la hipertensión renovascular es en el 90% de los casos la aterosclerosis de arterias renales, en el 0,4% la displasia fibromuscular y muy raramente compresiones extrínsecas (anomalías de inserción de fibras musculotendinosas/bandas del diafragma o del psoas).

Caso clínico: Paciente de 36 años que inicia estudio de HTA e insuficiencia renal (exploración: 1,38 mg/dl, filtrado glomerular: 56 ml/min). Creatinina normal. Sistema de orina de 24h sin alteraciones. Fondo de ojo, electrocardiograma, ecografía abdominal y ecocardiografía normales. Eco-doppler sugestivo de estenosis arterial renal derecha. AngioTAC: estenosis bilateral, siendo crítica en la arteria renal izquierda. Se realiza angioplastia de arteria renal izquierda, con resultado fallido. Se procede a aortografía y arteriografía bilateral selectiva: estenosis bilateral renal, con plicatura bilateral, por tracción caudal que conforman ángulo recto. Oclusión completa en la hepática común. Sospechando atrapamiento de arterias renales por pilares diafragmáticos que se confirma por angioRMN, se opta por tratamiento descompresivo quirúrgico, liberando ambas arterias renales y mesentérica superior y doble by-pass aorto-renal de safena. Presenta 2 días después trombosis bilateral del injerto + síndrome de isquemia reperusión con fallo multiorgánico, y fallece.

Conclusión: La HTA renovascular por atrapamiento diafragmático es una causa rara de estenosis arterial renal. Precisa alta sospecha clínica: jóvenes hipertensos, sin factores de riesgo cardiovascular. El cribado se realiza con eco-doppler renal y la confirmación con angioRMN en inspiración-espriación. La actitud terapéutica requiere individualización en cada caso: farmacológico o quirúrgico (descompresivo o bypass de injerto aorto-renal) y manejo multidisciplinar. Una alternativa es la angioplastia, con menos complicaciones pero menos efectiva.

42. INFARTO RENAL DE ORIGEN CARDIOEMBÓLICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Consuelo Martínez, Sara Álvarez, Paula Martín, Carlos Ruiz, Esther Hernández, Victoria Oviedo, Fernando Sousa

Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

E-mail: cmartinezzarco@yahoo.es

Introducción: El infarto renal es una entidad rara. La frecuencia del infarto renal es probablemente mayor de la que se reporta, dado que su presentación clínica remeda otras entidades más comunes.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 51 años con antecedentes de fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol, enfermedad cerebrovascular con infarto isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha sin secuelas y miocardiopatía dilatada de etiología no filiada y enfermedad renal crónica estadio III secundaria a fallo de bomba que acude al servicio de urgencias por un dolor en flanco izquierdo de 13 h de evolución. Analíticamente destacaban urea 106 mg/dl, creatinina 1,89 mg/dl, LDH 1.030 UI/l, GOT 145 UI/l, GPT 88 UI/l, cTroponina I 5.358 ng/ml, leucocitos $13,4 \times 10^9/l$ (85% neutrófilos), INR 2,4. Ante la sospecha de infarto renal se realiza escáner abdominal con contraste intravenoso, hallándose un riñón derecho con captación correcta y en riñón izquierdo áreas no captantes de localización anterior y corticales posteriores con arteria y vena renales permeables en todo su trayecto. Confirmado el diagnóstico, se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular subcutánea y optimización del tratamiento con acenocumarol.

Discusión: El infarto renal tiene como principales causas la fibrilación auricular, la lesión sobre la arteria renal (diseción, por ejemplo) y estados de hipercoagulabilidad. Las 2 entidades clínicas que pueden remedar al infarto renal son el cólico renal y la pielonefritis aguda, aunque ninguna de las 2 eleva la LDH sérica. El diagnóstico se realiza con escáner con administración de contraste intravenoso. El tratamiento óptimo es incierto, aunque parece el tratamiento con heparina y acenocumarol en este caso.

Conclusión: A pesar de la baja frecuencia de esta entidad, hay que tenerla en cuenta ante el diagnóstico diferencial del dolor lumbar y fibrilación auricular.

43. ESCUELA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Benjamín de León, Ana Aguilera, Jorge Estefan, Aránzazu Sastre, Elena Astudillo, José González, Igor Romaniuk, Mario Prieto

Servicio de Nefrología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

E-mail: bendeleongomez@gmail.com

La Escuela de pacientes es un proyecto que nació en el año 2010 (llevamos 8 ediciones, 60 pacientes) para cumplir 2 objetivos: educar y activar al paciente con ERC avanzada (MDRD < 20 ml/m), así como incorporarlo a la toma de decisión en la elección de modalidad de tratamiento. La metodología está basada en los beneficios pedagógicos de la enseñanza multidisciplinar en grupo.

El equipo multidisciplinar está integrado por nefrólogos, enfermeras/os, farmacéutico, nutricionista, psicóloga,

fisioterapeuta, asistente social, paciente mentor, asociación de enfermeros y profesor de hostelería que imparten, en sesiones de quincenas alternas de 90 min, fuera del horario laboral, 3 temas relacionados con la enfermedad. El grupo lo forman 10 pacientes y sus familiares y/o acompañantes. Duración: 8 jornadas. Dos ediciones anuales.

Resultados: Evaluados mediante encuesta de satisfacción (puntuación 9,6 sobre 10), encuesta de conocimientos inicial-final (nota media inicial de $6,9 \pm 1,18$ puntos y final de $9,3 \pm 0,23$ $p = 0,004$), inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) al inicio y al final del curso (40% pacientes menor ansiedad, 36% igual y 24% mayor al final), media de pérdida de FGe respecto a pacientes controles, sin intervención grupo, seguidos en consulta ERCA ($0,28 \pm 0,27$ ml/mes vs $0,62 \pm 0,6$ ml/mes, $p = 0,009$), técnica de elección inicial de TSFR (45,7% HD, 40% DP y 14,3% TX anticipado).

La Escuela de pacientes es altamente satisfactoria para el paciente. Contribuye a mejorar sus conocimientos sobre la enfermedad, puede disminuir su nivel de ansiedad, probablemente enlentece el deterioro de la función renal, y a la vez facilita una distribución más eficiente del tratamiento sustitutivo. Por otra parte, puede aportar al personal sanitario mayor visibilidad y reconocimiento social de su trabajo.

44. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

Mercedes Alfaro Tejada, María Inmaculada Poveda García, Remedios Garófano López, M. Dolores del Pino y Pino, David Sánchez Martos, M. Carmen Prados Soler
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

E-mail: piedadgr@hotmail.es

Introducción: El trasplante renal constituye la mejor alternativa de tratamiento para los pacientes con ERC.

Objetivos: Conocer la evolución del trasplante renal en los receptores mayores de 60 años, sus características clínicas y epidemiológicas.

Materiales y métodos: Estudio transversal de trasplantados renales mayores de 60 años entre 2000 y 2012. Se seleccionaron según edad del receptor (60-69 años vs igual o mayor de 70 años) y según edad de donante (menores de 60 y mayores de 60 años). Se analizaron variables clínicas y analíticas y se compararon en cada grupo la supervivencia del injerto, la supervivencia del paciente y la supervivencia del injerto paciente a 1, 5 y 10 años postrasplante.

Resultados: De 200 trasplantados renales > 60 años, el 65% eran hombres y el 74,7% tuvieron función retardada del injerto. La causa principal de muerte del receptor fueron las infecciones (27,9%), seguida de tumores (18,6%) y enfermedad cardiovascular (16,6%). La principal causa de pérdida del injerto fue la muerte con injerto funcional. El 10,5% presentaron algún tipo de rechazo, de los cuales el 19% antes del primer año postrasplante. Creatinina media al alta 2,1 mg/dl, primer año: 1,6 mg/dl; tercer año: 1,5 mg/dl. Supervivencia global del injerto a un año: 93,6%; a 5 años: 91,3%; a 10 años: 82%. Supervivencia paciente a un año: 90,9%; a 5 años: 82,1%; a 10 años: 57,8%.

Supervivencia injerto-paciente a un año: 87,6%; a 5 años: 77,9%; a 10 años: 49,2%. Al analizar los subgrupos, con receptor > 70 años la supervivencia del paciente a un año: 89,5%; a 3 años: 79,5%; a 5 años: 63,3%. Cuando el donante tenía > 60 años, supervivencia del injerto a un año: 92,3%; a 5 años: 91%; a 10 años: 80,2%, y supervivencia del paciente a un año: 91,9%; a 5 años: 82,2%; a 10 años: 62,4%. No hubo significación estadística en la supervivencia comparada por edad de donante o edad del receptor.

Conclusión: El trasplante renal en pacientes seleccionados mayores de 60 años constituye un tratamiento eficaz y seguro de la insuficiencia renal crónica, con niveles adecuados de supervivencia del injerto y del paciente a corto y a largo plazo.

45. PRESENTACIÓN INUSUAL DE LA AFECTACIÓN RENAL EN LA ENFERMEDAD POR DEPÓSITOS DE CADENAS LIGERAS (EDCL)

María Palacios Parada, Mariby Marroquín Contreras, Damaris Vázquez Blandino, Josefina Martín Gago, Carmen Aller Aparicio, Sandra Sanz Ballesteros, Jesús Bustamante Bustamante
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

E-mail: casperalways@gmail.com

El mieloma múltiple (MM), una gammapatía monoclonal maligna cuya manifestación más frecuente de daño renal es el «riñón de mieloma», seguida de la amiloidosis y la EDCL, es una entidad rara, con el 80% de depósito en la membrana basal de cadenas ligeras kappa. La glomerulosclerosis nodular (GESN) es la lesión característica. Describimos este caso porque su inusual presentación clínica nos parece de interés.

Varón de 67 años, hipertenso. Ingresó en Medicina Interna para estudio por 3 meses de síndrome constitucional y pérdida de 10 kg, y ante la normalidad de pruebas realizadas recibe el alta. A los 8 meses reingresa por edema palpebral y de extremidades inferiores. Nos interconsultan por: creatinina, 4,1 mg/dl; proteínas totales, 4,8 g/dl; albúmina, 2,9 g/dl; proteinuria, 14 g/l. Ante la sospecha inicial de MM, solicitan proteinograma en sangre: hipogammaglobulinemia, B-2 microglobulina, 11,9 mg/l; proteinograma en orina con banda monoclonal de cadenas ligeras kappa, 20%; la TAC y la RM toracoabdominales muestran múltiples lesiones osteolíticas en escápula derecha y vértebras

dorsales. Derrame pleural negativo a malignidad. Biopsia renal con GESN, descartando amiloidosis (rojo Congo negativo), sugiriendo EDCL o DM (pero no era diabético). Aspirado de médula ósea: 30% de células plasmáticas; citogenética con translocación 11;14. Fenotipo de células plasmáticas CD56 y CD38. Diagnosticamos como MM complicado con nefropatía por EDCL kappa. Inició quimioterapia con bortezomib/dexametasona, y tras 5 días ingresa en la UVI por insuficiencia respiratoria por neumonía e inicia hemodiálisis. Evolución tórpida, a los 22 días fallece.

Discusión: Se trata de un caso de EDCL de presentación atípica, pues no detectamos cadenas ligeras monoclonales en plasma como en el 90% de casos. Sin embargo, sí las detectamos en orina, contrariamente a lo descrito. Nuestro paciente tuvo una supervivencia corta desde su diagnóstico, coincidiendo con múltiples estudios que sugieren que la EDCL en el MM es mortal.

TRASPLANTE-NEFROLOGÍA-MISCELÁNEA

46. FACTORES IMPLICADOS EN LA ELECCIÓN DEL PACIENTE DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

Rosa María de Alarcón, Susana Roca, Gracia María Álvarez, Cristina Carmen Jimeno, María Soledad Ros, María José Navarro, Florentina María Pérez, María de los Ángeles García, Manuel Molina
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

E-mail: rmalarcon.rosa@gmail.com

Introducción: El proceso de información y elección de tratamiento sustitutivo renal (TSR) en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) constituye un derecho del paciente y una etapa clave para su tratamiento.

Objetivo: Valorar qué factores influyen en la elección del paciente en una consulta de ERCA (CERCA).

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional pacientes CERCA 2009-2012. Variables: demográficas, MDRD inicial, opción de TSR inicial y final y FRCV asociados. Análisis estadístico: SPSS13.0.

Resultados: 59,4% hombres; edad 67,7 años; etiología vascular (37%). MDRD inicial $16,7 \pm 6,9$ ml/min/1,73 m²; Charlson $8,45 \pm 3,53$. El 97,5% HTA, el 77,7% DM, el 34,5% IMC > 30, el 44,2% fumadores y el 70,6% dislipidemia.

| TSR inicial | HD 102 (52%) | DP 31 (16%) | TC 40 (20%) | ND 24 (12%) |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Edad ($p < 0,001$) | $65,8 \pm 12,7$ | $56,5 \pm 13,5$ | $77,2 \pm 8,9$ | $74,6 \pm 6,5$ |
| MDRD ($p < 0,001$) | $15,12 \pm 6,02$ | $15,86 \pm 5,95$ | $16,82 \pm 6,93$ | $23,75 \pm 7,87$ |
| Charlson ($p < 0,001$) | $8,09 \pm 3,02$ | $6,26 \pm 3,71$ | $10,10 \pm 3,70$ | $10,04 \pm 3,17$ |
| N.º FRCV (ns) | $2,93 \pm 1,14$ | $3,13 \pm 1,02$ | $2,55 \pm 1,11$ | $3,00 \pm 0,93$ |
| Sexo H (ns) | 61,8% | 67,7% | 47,5% | 58,3% |
| Etiología ($p = 0,016$) | 67,7% DM | | 40,5% vascular | |
| TSR fin | 92 HD 9 TC 1 DP | 22 DP 9 HD | 35 TC 4 HD 1 DP | |

Conclusiones: Los pacientes en CERCA son hombres, añosos y asocian elevada comorbilidad. Los pacientes con mayor MDRD no deciden TSR al inicio. Los pacientes que optan por DP son más jóvenes y con menor IMC, con más FRCV. Los que eligen TC son añosos, con IMC elevado, mujeres con etiología vascular/HTA. El 14% cambian su elección inicial, fundamentalmente los que eligen DP (29,1%). No encontramos factores diferenciables, salvo el MDRD, mayor en el grupo que cambia.

47. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL DONANTE DE ÓRGANOS

María Moya Nicolás^a, Alejandro Merlos Moya^b, Elvira Jiménez Navarro^c, María Ruiz López^c

^a Universidad de Murcia, Murcia, España. ^b Universidad Católica de San Antonio, Guadalupe, Murcia, España. ^c Universidad de Alicante, Alicante, España

E-mail: maria.moya3@um.es

Introducción: La definición de muerte encefálica (ME) es un concepto controvertido en nuestros días. En la actualidad los profesionales de la salud nos regimos por los criterios neurológicos, iniciándose con ello un proceso que atañe a todo un equipo multidisciplinar.

El objetivo es conocer las medidas y los métodos de mantenimiento del donante de órganos desde el punto de vista enfermero.

Material y método: Revisión bibliográfica en las bases: ISI Web of Knowledge, Medline, LILACS, CINAHL, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, entre otras. El periodo de publicaciones analizadas comprende desde el año 2005 al 2013.

Resultados: Tras el diagnóstico de ME y la aportación del consentimiento informado por parte de la familia se inicia el protocolo de mantenimiento terapéutico de los órganos. El paciente requiere una estricta monitorización y una terapia intensivista centrada en:

Estabilización hemodinámica. Corregir el estado de hipotensión del paciente mediante la infusión rápida de Ringer, albúmina y trasfusión de concentrados de hemáties y plasma.

Mantenimiento de oxigenación. Mantener unos valores de hemoglobina y hematocrito adecuados para facilitar el transporte de oxígeno y el gasto cardiaco, junto con ventilación mecánica.

Parámetros ideales en el donante de órganos

Frecuencia cardiaca igual o inferior a 100 lat/min

Presión arterial igual o superior a 100 mmHg

PVC: 10-12 cmH₂O

PCP: 8-14 mmHg

Diuresis: superior a 1 cc/kg en los adultos y 2 cc/kg en niños

Temperatura superior a 35°C

Gasometría arterial:

pH: 7,35-7,45

PaCO₂: 35-45 mmHg

PaO₂: igual o superior a 100 mmHg

Conclusiones: El beneficio de protocolos de tratamiento ha demostrado un aumento de probabilidad de éxito tanto de extracciones viables como de funcionalidad.

48. PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE RECEPTOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO

María Moya Nicolás^a, Elvira Jiménez Navarro^b, Alejandro Merlos Moya^c, María Ruiz López^b

^a Universidad de Murcia, Murcia, España. ^b Universidad de Alicante, Alicante, España. ^c Universidad Católica de San Antonio, Guadalupe, Murcia, España

E-mail: maria.moya3@um.es

Introducción: La preparación del paciente está envuelta por momentos apremiados para el equipo de salud a causa del tiempo y las necesidades del paciente antes de iniciar el trasplante. Cualquier alteración del proceso puede significar la suspensión del trasplante. Es por ello imprescindible regirnos por un protocolo que facilite el trabajo de los enfermeros y del propio paciente. El objetivo fue crear un protocolo de preparación del paciente detectado como posible candidato de trasplante hepático.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica de bases de datos nacionales para conocer las técnicas y el procedimiento que se aplicaba en las investigaciones desarrolladas entre 2007 y 2013. Posteriormente se procedió a la recogida y lectura de los protocolos sobre trasplante hepático de la Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Resultados: El protocolo de actuación presenta las siguientes gestiones: valoración del equipo médico en la consulta de hepatología, explicación al paciente sobre el proceso de trasplante, los riesgos, las dificultades, los beneficios que este conlleva y los cuidados póstumos al trasplante. Resaltamos la importancia de considerar las características individuales de cada paciente que pueden suponer alguna variación en el protocolo de preparación. Una vez que el paciente encuentra un posible donante se procede a la aplicación del protocolo en sí mismo, el cual está compuesto por:

- Identificación del receptor.** Etiqueta identificativa, nombre del paciente, número de historia clínica, alergias, etc.
- Pruebas preoperatorias.** Radiografía de tórax, ECG, canalización de vía periférica y analítica.
- Preparación del paciente.** Dieta absoluta, rasurado del campo quirúrgico, ducha con Betadine jabonoso, pintada del campo quirúrgico con Betadine, administración de medicación.

Conclusiones: El proceso de trasplante es un hecho que con lleva un gran número de recursos. La labor conjunta del equipo de salud y las directrices de un protocolo de actuación son la base de su éxito.

49. UTILIDAD DE LA MAPA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

Mercedes Alfaro Tejeda, Remedios Garófano López, María Inmaculada Poveda García, M. Dolores del Pino y Pino, David Sánchez Martos, M. Carmen Prados Soler
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

E-mail: piedadgr@hotmail.es

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es considerada la principal causa de morbimortalidad en los pacientes trasplantados renales, y afecta negativamente la supervivencia injerto-paciente.

Antecedentes personales: NAMC. HTA pretrasplante renal. ERC secundaria a poliquistosis hepatorenal. Trasplante renal de donante cadáver. Dislipidemia. Calcificaciones vasculares aorto-iliaca.

Enfermedad actual: Trasplantada renal hace 7 meses. Refiere mal control de la presión arterial (PA), con diferencias importantes en la PA medida en domicilio y la medida en consulta. Se decide realizar monitorización ambulatoria de la PA (MAPA).

Examen físico: PA: 158/95 mmHg, FC: 72 lpm, saturación de O₂: 98%, IMC: 29,2. Resto de exploración sin hallazgos significativos

Datos analíticos: Hb 13,6 g/dl, leucocitos 5.800, PMN 67,3%, L 20,7%, M 8,4, plaquetas 180.000, Cr 1,28 m/dl, urea 46 mg/dl, MAU 2 mg/24 h, ácido úrico 6,5 mg/dl, colesterol total 207 mg/dl, glucemia 105 mg/dl, niveles de tacrolimus basal: 8 ng/μl.

Plan de actuación: Perfil tiroideo normal. La ecografía del injerto describe un injerto renal normal. Los niveles de tacrolimus fueron de 8,5 ng/μl basales y a la hora de 15 ng/μl.

Se realiza MAPA de 24 h informado como patológico, con patrón no dipper (descenso inferior al 10% de la PA nocturna/diurna). Índices de carga sistólica de 36%. Índice de carga diastólica de 38%.

Evolución: Tras descartar estenosis de arteria renal del injerto y ajustar dosis de tacrolimus por niveles elevados a la hora de la administración, se ajusta el tratamiento antihipertensivo cronológicamente según resultado de MAPA, reforzando el tratamiento previo a la hora de acostarse. En visitas sucesivas se obtienen cifras de PA controladas, así como en controles de MAPA, no evidenciándose ningún episodio de hipotensión.

Conclusión: El control efectivo de la PA a lo largo de 24 h puede optimizar las estrategias terapéuticas y su seguimiento. El objetivo principal es reducir la lesión al riñón trasplantado y evitar las complicaciones cardiovasculares derivadas del daño endotelial, lo que puede disminuir la mortalidad.

50. DIÁLISIS Y TRASPLANTE (DIAL TRASPL.). BIBLIOMETRÍA DE UNA REVISTA RENAL

Julen Ocharan-Corcuera, Jordi Bover, Javier Fuentes
Consejo de Redacción, Diálisis y Trasplante, Elsevier, España

E-mail: julenocharan@yahoo.es

DIÁLISIS Y TRASPLANTE (Dial Traspl.) es la revista oficial de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante (SEDYT), publicación trimestral, decana de las revistas médicas en temas de España, en formato imprenta y electrónico, de contenido interdisciplinario dentro de diálisis y trasplante, editada por

Elsevier, que se edita en español e inglés con resúmenes en los 2 idiomas y sus palabras claves. Su contenido científico, de forma regular, está dedicado a la publicación de manuscritos originales, editoriales, revisiones, notas clínicas, notas tecnológicas, artículos de contenido especial, cartas al director, críticas de libros e información de actividades científicas. Son características fundamentales de esta publicación el rigor científico y metodológico de sus artículos, la actualidad de los temas y sobre todo su sentido práctico, buscando siempre que la información sea de mayor utilidad en la práctica clínica.

Durante el proceso editorial, el equipo de redacción de la revista mantiene la correspondencia con el autor que haya sido designado para tal fin y confirma la existencia de conflicto de intereses. Una vez el manuscrito ha sido aceptado para su publicación, se remite la prueba de composición al autor de correspondencia, que debe revisarla. Se ha incluido en los más prestigiosos y selectos índices bibliográficos y se exponen los datos bibliométricos correspondientes. Asimismo, la visión de apoyo y desarrollo de los países latinoamericanos, unidos por vínculos lingüísticos y de cultura, la hacen una herramienta necesaria y complementaria para la difusión de los avances en patología renal.

Concluimos que Dial Traspl. es una revista biomédica que aporta atención específica a las terapias renales y se concretan en diálisis y trasplante. Todo su contenido histórico está incluido en la Web de la sociedad (www.sedyt.org). Está incluida en diferentes bases de datos biomédicas.

51. WWW.SEDYT.ORG. METODOLOGÍA DE PROYECTO DE UNA NUEVA PÁGINA WEB CIENTÍFICA

Julen Ocharan-Corcuera, Javier Fuentes, Jordi Bover, MCN Espinosa Furlong, Junta Directiva SEDYT
SEDYT, Vitoria-Gasteiz, España

E-mail: julenocharan@yahoo.es

La Sociedad Española de Diálisis y Trasplante (SEDYT) es una asociación científica que engloba a los especialistas que se ocupan de las enfermedades del riñón y sus terapias. Fundada el 23 de febrero de 1977, congrega a los médicos nefrólogos e interesados en el estudio y la atención del paciente en su patología renal con diálisis y/o trasplante. Sus fines son estimular y divulgar la investigación en los campos de la enfermedad renal crónica, la diálisis y sus diferentes modalidades, la nefrología, la aféresis y el trasplante renal, así como otras materias afines. Su independencia de intereses sectoriales y coyunturales la ha convertido en una entidad asesora en organizaciones de la comunidad.

Los profesionales que la integran aportan su esfuerzo solidario en pos de los objetivos de la sociedad ligada a la causa de la patología renal. La SEDYT, a través de su cooperación con otros organismos internacionales y su integración a la EDTA-ERA, participa del movimiento renal europeo. La Sociedad cuenta con el invaluable apoyo de la Fundación Española de Diálisis (FED) para el desarrollo de sus actividades. La web de la SEDYT pretende favorecer la información,

la comunicación y la cooperación entre sus asociados, y de estos con el resto del mundo científico.

La clasificación de los apartados de la web son: Inicio (Novedades), Televisión SEDYT, Formación: Casos clínicos, Hazte socio, Beneficios, Centro de Diálisis, Calculadores); SEDYT (Carta del Presidente, Junta Directiva, Hazte socio, Estatutos, Secretaría, FED); Revista (1979 hasta 2013); Becas-Premios (Convocatoria premios Cartagena 2014); Congresos SEDYT (Próximo Congreso, Anteriores); Guías Clínicas; University (Novedades bibliográficas, Formación: Casos clínicos, Cursos); Bolsas de empleo; Centro de Diálisis; Tvsedyt; Enlaces; Noticias; Contacto.

Destacamos la inclusión de los vídeos de formación dentro del formato Tvsedyt.

Concluimos: nuestra web está en continua actualización y renovación con las nuevas aportaciones que facilitan y fomentan el contacto, el intercambio científico y el trabajo entre todos los profesionales. Sé bienvenido a nuestra página, donde te recibimos con satisfacción y con la esperanza de poder construir contigo más que un equipo. Esperamos que tus sugerencias y aportaciones hagan esta nueva página web más activa y útil para todos.