

Diálisis y Trasplante

Fundada en 1979

Indexada en SCOPUS, EMBASE, Scirus, Science Direct e IME

Vol. 44, nº2. Año 2023

www.sedyt.org

COMUNICACIONES ORALES



Sociedad Española de
Diálisis y Trasplante
www.sedyt.org



Zamora, 11 al 13 de mayo de 2023



Elaboración de un Modelo de Gemelo Digital en Hemodiálisis mediante algoritmos de Machine Learning (ML), con datos del Registro SICATA.

BENITEZ SANCHEZ, MANUEL¹

HOSPITAL JUAN RAMON JIMENEZ. HUELVA (1)

Palabras clave / Términos relevantes:

Machine Learning, gemelo digital, supervivencia, hemodiálisis, registro, SICATA.

1. RESUMEN

Introducción: De manera ortodoxa un gemelo digital es una simulación por computadora de un individuo, "in silico", y en tiempo real. Un gemelo digital también puede ser elaborado con los datos que de cada uno de nosotros existen en la "nube".

Objetivo: Es la elaboración de un modelo de gemelo digital de supervivencia utilizando algoritmos de Machine Learning utilizando los datos del registro andaluz SICATA.

Pacientes y Métodos: La base de datos estaba compuesta de 29189 registros en el momento del análisis y contiene variables de las áreas de comorbilidad, anemia, eficacia del tratamiento renal sustitutivo (TRS), y enfermedad ósea renal.

Los algoritmos utilizados fueron: - XG Boost , AdaBoost , Cat boost. KNN, Random Forest, Arboles de decisión, Regresión Logística, Staking. Se desarrolló un modelo de supervivencia con cada algoritmo de ML y posteriormente todos los modelos, se agruparon en conjunto mediante Staking.

Se tuvo en cuenta la métrica de los modelos: precisión, calibración, exactitud. El software empleado fue Orange basado en Python y Rattle basado en R.

Se realizó una explicación de los modelos tipo "caja negra" mediante SHAP (valores de Shapley) basado en la teoría de juegos.

Resultados: Se asociaron con aumento de mortalidad: no ser incluido en lista de espera de Trasplante Renal. Mayor edad, mayores niveles de Hb, y mayores dosis de Eritropoyetina, menores niveles de Hematocrito, de albúmina y menor valor de IMC (desnutrición).

Conclusiones: Las características que tendría el gemelo digital que hemos modelado con la mayor supervivencia son: 1. Edad igual o inferior a 45 años, 2. Estar incluido en lista de espera de trasplante renal. 3. Mayor tiempo de duración de la sesión de hemodiálisis. 4. Dosis bajas de Eritropoyetina. 5. Niveles séricos normales o altos de albúmina. 6. IMC > 21.

COMUNICACIÓN PLEURO-PERITONEAL. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL EN EL ÚLTIMO AÑO.

García Chumillas, Vanesa¹; Ramírez Gómez, María¹; González Martínez, Miguel Ángel¹; Peña Ortega, María¹;

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (1)

Palabras clave / Términos relevantes:

Comunicación pleuro-peritoneal, hidrotórax, diálisis peritoneal.

1. RESUMEN

Introducción: La comunicación pleuro-peritoneal o hidrotórax es una complicación infrecuente de la diálisis peritoneal (DP) cuya prevalencia varía entre 1,6-10%. Puede ser congénita o adquirida por aumento de la presión intraabdominal, aunque también se han descritos casos secundarios. Más frecuente en sexo femenino, hemitórax derecho y en los primeros meses tras iniciar la técnica.

Resultados

Caso 1: Mujer de 31 años con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefropatía IgA e inicio de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA). A destacar 3 episodios de infección peritoneal (IP) por *S.epidermidis* resueltas. Acudió por disnea y fallo de ultrafiltración tras esfuerzo físico al año de inicio de la técnica, objetivándose derrame pleural masivo derecho en radiografía de tórax. Se realizó peritoneograma que confirmó el diagnóstico. Preciso toracocentesis evacuadora. Tras reposo peritoneal y reinicio de DPA, nueva recidiva precisando transferencia definitiva a hemodiálisis.

Caso 2: Varón de 75 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca (IC) y ERC secundaria a nefropatía membranosa con inicio de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en julio 2021. Consultó por aumento de disnea y edematización en febrero 2022, compatible con descompensación hídrica de su IC. Se objetivó derrame pleural moderado derecho por radiografía de tórax. No precisó toracocentesis. El diagnóstico definitivo se realizó mediante peritoneograma. Tras decisión conjunta con el paciente se realizó paso a hemodiálisis.

Conclusiones

- La comunicación pleuro-peritoneal es una complicación rara, pero se debe sospechar en pacientes en DP con hallazgos clínicos y/o radiológicos compatibles. En nuestra experiencia, tras confirmación diagnóstica, no ha sido posible el reinicio de DP precisando transferencia a hemodiálisis.
- Los episodios recurrentes de IP podrían considerarse factores predisponentes, siendo el peritoneograma la técnica de elección para la confirmación diagnóstica.
- El tratamiento puede incluir: reposo peritoneal, pleurodesis mecánica o química y reparación quirúrgica, sin que hayan demostrado superioridad alguna de ellas.

ALCALOSIS METABÓLICA SEVERA Y HEMODIÁLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Rubio Rubio, María Victoria¹; Álamo Caballero, Concepción¹; Berni Wennekers, Ana¹; Juárez Mayor, Paula¹; Pujol I Samuell, Mireia¹; Guzman Vasquez, Melisa¹; Ferreras Gascó, José Antonio¹; Peña Porta, José María¹; Iñigo Gil, Pablo¹;

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ (1)

Palabras clave / Términos relevantes:

alcalosis metabólica, hemodiálisis, vómitos

1. RESUMEN

Introducción: La alcalosis metabólica se define como una elevación primaria de la concentración plasmática de bicarbonato. A pesar de ser un trastorno frecuente, no suele ser valorada clínicamente, aunque se asocia en sus valores extremos con una importante morbimortalidad (80% con pH > 7,65). Presentamos un caso clínico de alcalosis metabólica severa, su diagnóstico y estrategia terapéutica.

Resultados: Varón de 41 años. Toxicómano. Es trasladado a urgencias tras ser encontrado en la vía pública. Saturación de oxígeno basal 85%; frecuencia respiratoria 28 rpm; tensión arterial y frecuencia cardiaca con cifras óptimas; Gasglow 15. Consciente, desorientado en esfera personal, imposibilidad de nominación y comprensión de órdenes complejas, si de simples. Impresiona de importante inatención. No disartria. No focalidad del resto de pares craneales ni de vías largas. No signos meníngeos. Anúrico. En pruebas complementarias destaca: Creatinina (Cr) 4.23 mg/dl (Cr basal 1) Urea 143 mg/dl Sodio 130 mEq/l Potasio 3.5 mEq/l Cloro 70 mEq/l pH 7.60 pCO₂ 59 mmHg bicarbonato 57.9 mmol/L. Tóxicos en orina positivo en anfetaminas y benzodiazepinas. TAC cerebral sin alteraciones.

Ante alcalosis metabólica severa con fracaso renal agudo anúrico; se decide realizar hemodiálisis urgente con concentraciones bajas de bicarbonato. A la hora y media de la sesión de hemodiálisis, se objetiva mejoría clínica notable con pH 7.39, pCO₂ 52 mmHg y bicarbonato 30.9 mmol/L. Se realiza nueva anamnesis al paciente y refiere clínica de 9 días de evolución caracterizado por vómitos incoercibles.

Conclusiones:

- En la coexistencia de alcalosis metabólica severa con repercusión clínica y fracaso renal agudo anúrico concomitante, como en nuestro caso, no serán efectivas las terapias destinadas a aumentar la excreción urinaria de bicarbonato, por lo que es en estos casos donde será necesaria la realización de hemodiálisis urgente con baño de baja concentración de bicarbonato que mejorará rápidamente la alcalosis.

EMPLEO DE MEMBRANAS CELULÓSICAS EN HEMODIÁLISIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Chumillas, Vanesa¹; Barrales Iglesias, Miriam²; González Martínez, Miguel Ángel³; Prados Garrido, María Dolores⁴;

(1) MIR 4 NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA. (2) FEA NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA. (3) MIR 3. NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA. (4) FEA NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Palabras clave / Términos relevantes:

hemodiálisis, membranas celulósicas, triacetato de celulosa

1. RESUMEN

Introducción: Las membranas sintéticas de hemodiálisis se asocian con frecuencia a reacciones de hipersensibilidad. Se han relacionado con el uso de PVP (sustancia alergénica utilizada para hidrofilar la membrana), que desaparecen con el cambio a una membrana celulósica sin PVP, como triacetato de celulosa.

Resultados: Varón de 69 años con antecedentes de HTA, EPOC, SAHOS y ERC G3aA2, que ingresó en UCI por insuficiencia cardio-respiratoria en contexto de sobreinfección respiratoria precisando VMNI/ONAF, vasoactivos y hemodiafiltración venovenosa continua durante 48 horas por ERC reagudizada oligoanúrica. Tras estabilización, dada la persistencia de oligoanuria se realizó hemodiálisis convencional mediante dializador Helixona®plusFX-80 sufriendo deterioro respiratorio y hemodinámico a los 10 minutos de iniciar la sesión requiriendo VMNI. Se descartaron causas de hipersensibilidad durante la diálisis como uso de IECAs, esterilizantes (óxido de etileno), endotoxinas en líquido de diálisis (cultivos negativos) y reacciones al látex y hierro intravenoso (sin cambios clínicos tras suspensión). Se realizó nueva sesión de diálisis con dializador NF-2.1U® y se administró medicación prediálisis con antihistamínicos y corticoides, reapareciendo la clínica. En la analítica destacaba marcada eosinofilia, trombocitopenia y niveles de triptasa sérica elevados. Posteriormente, se realizó nueva sesión de diálisis con dializador de triacetato de celulosa junto medicación prediálisis presentando buena tolerancia. En las sucesivas sesiones, se mantuvo el nuevo dializador sin medicación, apreciándose descenso progresivo de eosinofilia hasta su normalización y ausencia de clínica.

Conclusiones: Las reacciones de hipersensibilidad en hemodiálisis son complicaciones que suelen aparecer en la primera semana de exposición al dializador y primeros 30 minutos de la conexión. Se debe sospechar ante clínica intradiálisis no explicada por otras causas, siendo útil la presencia de eosinofilia, hipocomplementemia o elevación de triptasa sérica.

Las membranas celulósicas de triacetato de celulosa provocan menor activación del complemento y pueden resultar una alternativa a las membranas sintéticas en casos como el expuesto.

AFECTACIÓN RENAL E HIPERCALCEMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Chumillas, Vanesa¹; Varillas Caso, Dora Angelica¹; Ramírez Gómez, María¹; Prados Garrido, María Dolores¹; Mañero Rodríguez, Carlos Alberto¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Hipercalcemia, fracaso renal agudo, carcinoma mamario.

1. RESUMEN

Introducción: La hipercalcemia es una alteración electrolítica grave que aparece en 20%-30% de pacientes con cáncer. Se asocia a tumores sólidos y neoplasias hematológicas, siendo más frecuentes el carcinoma mamario, renal, pulmonar-células escamosas y mieloma múltiple. Se trata de una causa infrecuente y escasamente documentada de fracaso renal agudo (FRA).

Resultados: Mujer de 54 años sin antecedentes personales, que acudió a Urgencias por dolor óseo lumbar de dos meses de evolución tratado de forma diaria con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). A la exploración física destacaba hipertensión arterial y masa mamaria retroareolar izquierda de 7 cm. En analítica sanguínea se objetivó: creatinina 2.22mg/dl, urea 100mg/dl, calcio corregido 15.2mg/dl, fósforo 4.7mg/dl, PTH 12.2pg/ml, calcidiol 11.7ng/ml, sodio 139mEq/l y potasio 2.8mEq/l. Resto sin hallazgos a destacar. En análisis urinario: sodio 46mEq/l, potasio 30mEq/l, calcio 29.9 mEq/l, creatinina 29.5 mg/g. Se inició tratamiento con sueroterapia, furosemida, corticoterapia intravenosa y calcitonina intramuscular. Presentó adecuada respuesta al tratamiento logrando descenso progresivo de calcemia con mejoría de función renal, por lo que se suspendió corticoterapia y se asoció ácido zoledrónico intravenoso hasta normalización de parámetros analíticos. Se descartaron procesos mieloproliferativos (proteinuria de Bence Jones negativa, sin componente monoclonal) y se realizó biopsia de aguja gruesa de lesión mamaria con diagnóstico definitivo de carcinoma ductal infiltrante. Por último, se completó estudio de extensión objetivándose diseminación metastásica multiorgánica.

Conclusiones:

- * La aparición de hipercalcemia tumoral se relaciona con mayor gravedad y peor pronóstico.
- * En nuestro paciente, el desarrollo de FRA secundario a hipercalcemia permitió el diagnóstico etiológico de carcinoma mamario.
- * La afectación renal debida a hipercalcemia no se conoce con exactitud. En nuestro caso se vio favorecida por daño túbulointersticial previo por ingesta crónica de AINEs.
- * La instauración de tratamiento médico precoz permitió restablecimiento del medio interno con resolución del fallo renal sin requerir terapia renal sustitutiva.

USO DEL CATÉTER PERITONEAL PARA EL MANEJO DE LA ASCITIS EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Martínez, Miguel Ángel¹; Delgado Ureña, Ana¹; García Chumillas, Vanesa¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, paliativo, peritoneal.

1. RESUMEN

Introducción: La prevalencia de ascitis en pacientes con insuficiencia renal debido a la cirrosis y otras causas sigue siendo incierta. Dentro de los tratamientos encaminados al mejoramiento de esta condición se encuentra la paracentesis terapéutica, procedimiento médico cuya técnica se hace mediante drenaje y que en ocasiones se requiere practicar de manera repetitiva, pudiendo ser un síntoma refractario que conlleva al requerimiento de la implantación de un catéter peritoneal como una medida paliativa para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Caso clínico: Paciente de 77 años en programa de hemodiálisis hospitalaria secundario a ERC3bA2 de etiología desconocida, probable glomerulonefritis, con antecedentes personales de HTA, hiperuricemia, flutter auricular y cardiopatía hipertensiva. Además, se encuentra en seguimiento por parte de Hematología en contexto de neoplasia mieloproliferativa crónica. Ingreso reciente en Hematología, por mal estado general del paciente, presentando ascitis rápidamente recidivante y derrame pleural izquierdo. Se suspende, tras un total de 3 ciclos, azacitidina y se inicia Ruxolitinib los días de hemodiálisis. Se procede a realizar paracentesis evacuadora con drenaje de 12 litros en varias ocasiones durante hemodiálisis. Actualmente, dado el mal pronóstico del paciente a corto plazo, se solicita colocación de catéter peritoneal para realización de paracentesis evacuadora de manera crónica.

Conclusiones: La presencia de ascitis dificulta en numerosas ocasiones el manejo del paciente con disfunción renal. Suelen tratarse de pacientes hipervolémicos en general, pero tienen bajo volumen efectivo de sangre arterial, por lo que la eliminación rápida de líquido del compartimento intravascular durante la HD puede producir hipovolemia severa e hipotensión. Esto puede impedir la ultrafiltración adecuada y resultar en eliminación insuficiente de líquidos, sobrecarga de volumen progresiva y empeoramiento de la ascitis. Además, la inestabilidad hemodinámica puede requerir la terminación temprana de HD, comprometiendo así la depuración adecuada de solutos y estado urémico predisponente.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://www.congresosedyt.com/uploads/app/1635/formsuploads/file1677092280.pdf>

ANÁLISIS SOBRE EL IMPACTO DE LA CALIDAD DE LA HEMODIÁLISIS JUNTO AL RIESGO CARDIOVASCULAR

González Martínez, Miguel Ángel¹; García Chumillas, Vanesa¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, diabetes, HTA.

1. RESUMEN

Introducción: Son muchas las causas de la enfermedad renal crónica (ERC). Las dos causas más comunes, la diabetes y la hipertensión arterial (HTA), son responsables de dos tercios de los casos de ERC. Se ha realizado un estudio observacional analítico retrospectivo de pacientes en programa de hemodiálisis hospitalaria, con el objetivo describir la frecuencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y de enfermedades cardiovasculares (ECV), así como analizar la relación entre la calidad de la hemodiálisis, por medio del KT/V equilibrado, y la presencia de dichas variables a estudio.

Resultados: La muestra a estudio se compone de 74 pacientes; 63 pacientes (85.1%) presentaban HTA. Por otro lado, se observó que la gran mayoría de pacientes, 25 pacientes (33.8%), necesitaron de hasta 2 antihipertensivos para control de HTA. En cuanto al tipo de antihipertensivo, 42 pacientes (56.8%) no presentaban en su tratamiento IECA/ARA2, mientras que 31 pacientes (41.9%) sí lo tenían prescrito.

Se objetivó que 30 pacientes (40.5%) eran diabéticos, 20 pacientes (27%) presentaban insuficiencia cardiaca y 14 pacientes (18.9%) tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. La mediana de IMC era de 25.23 Kg/m², asociado a que 29 pacientes (39.2%) necesitaban de estatinas, mientras que el resto de los pacientes, 42 pacientes (56.8%), no lo necesitaban.

Por último, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la calidad de hemodiálisis (valor de KT/V) con la presencia de HTA ($p=0.719$), insuficiencia cardiaca ($p=0.660$) y cardiopatía isquémica ($p=0.680$).

Conclusiones: En conclusión, la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular así como enfermedades cardiovasculares es muy elevada en nuestra población de pacientes en hemodiálisis. Por todo ello, es fundamental un enfoque precoz y agresivo en lo referente al manejo y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, con el objetivo de intentar reducir la elevada morbimortalidad cardiovascular que presentan estos pacientes.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891677092769.pdf>

USO DEL VEXUS EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

González Martínez, Miguel Ángel¹; Delgado Ureña, Ana¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, ecografía, congestión.

1. RESUMEN

Introducción: La presencia de disnea, ortopnea, ingurgitación yugular, edemas y crepitantes son de ayuda para el diagnóstico del cuadro clínico de congestión pulmonar, aunque su sensibilidad es limitada y su interpretación compleja. Además de la estimación del peso seco y la bioimpedancia, la ecografía es una herramienta útil para estimar el estado de la volemia. El protocolo VEXUS es un sistema de clasificación por ultrasonido del exceso venoso destinado a cuantificar la congestión venosa sistémica (medición de vena cava inferior, doppler pulsado de vena hepática, vena porta y vena renal).

Caso clínico: Varón de 72 años con antecedentes personales de HTA, diabetes mellitus 2, dislipemia y enfermedad renal crónica IV de etiología multifactorial, sin diagnóstico histológico. Seguimiento en Cardiología por una miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Ingreso por ICC descompensada, presentando deterioro de la función renal junto a hiponatremia en relación con patología de base (Sd Cardiorrenal tipo 2). Presenta escasa respuesta a diuréticos por lo que precisa inicio de Hemodiafiltración. Se programa sesiones de ultrafiltración en base a resultados de protocolo VexUS-POCUS (**Imagen 1**). Durante su estancia hospitalaria, favorable evolución clínica y analítica (NT-proBNP 23700 pg/ml > 8730 pg/ml), tras 4 sesiones de HD con ultrafiltración de 2500-3000 ml. Finalmente el paciente queda incluido en programa de hemodiálisis crónica debido a que no recupera la función renal y persiste la situación de oligoanuria.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes en hemodiálisis presentan alteración del manejo del volumen. La ecográfica permite valorar la congestión tisular y vascular; personalizar la terapia descongestiva de manera rápida, dinámica y reproducible en cualquier escenario. Es decir, se trata de un manejo multiparamétrico para evaluar la lesión orgánica congestiva e integrar en una sola exploración la valoración de la circulación venosa que es la responsable del compromiso funcional de órganos como el riñón.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891677093533.pdf>

ESTUDIO COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO DEL FLUJO EN UNA FÍSTULA ANASTOMÓTICA, Y UNA FÍSTULA ARTIFICIAL. FUTURAS APLICACIONES CLÍNICAS

Caballero Varón, Valeriano¹; García Gimenez, José Luis¹; Medina Bessó, Pascual²; Bahamonde Romano, José Ángel³;

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA. FACULTAT DE MEDICINA Y ODONTOLÓGIA UNIVERSITAT DE VALENCIA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA INCLIVA. (2) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA. FACULTAT DE MEDICINA Y ODONTOLÓGIA. UNIVERSITAT DE VALENCIA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA INCLIVA. (3) SERVICIO DE CIR. CARDIOVASCULAR - H. CLÍNICO UNIVERSITARIO VALENCIA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA INCLIVA.

Palabras clave / Términos relevantes:

Fístula arteriovenosa, hemodiálisis, anastomosis

1. RESUMEN

Introducción: El acceso vascular (AV) para hemodiálisis, es esencial para el enfermo renal crónico, tanto por su morbilidad asociada, como por su repercusión en la calidad de vida. El AV mediante fístulas arteriovenosas (FAV) radiocefálicas realizadas quirúrgicamente, aumentan el flujo sanguíneo, pero ocasiona problemas físicos y psicológicos en el paciente. Actualmente, 13'5 millones de personas, están en proceso de tratamiento renal sustitutorio.

Los objetivos del trabajo fueron diseñar y fabricar un dispositivo para la realización de una FAV artificial, mediante bioimpresión con materiales biocompatibles, y evaluar y comparar in silico, el flujo de una FAV artificial con el de las FAV anastomóticas.

Resultados: Mediante modelado in silico se diseñó una FAV en forma de "H", que mostró un caudal homogéneo y constante, frente a la FAV en forma de "X" adoptada por las fístulas radiocefálicas anastomóticas.

La simulación mostró que el flujo en el puente de una FAV anastomótica es turbulento y desordenado, con valores de vorticidad entre 1.900 y 10.000 vórtices/s, mientras que en la FAV artificial es laminar, con valores entre 100 y 900 vórtices/s.

La presión en el puente de la FAV artificial es uniforme y continua, con valores que van de 90 a 15 mmHg, frente a la anastomosis que es convexa con una presión máxima de 26,4 mmHg.

Los resultados experimentados con distintas fístulas artificiales varían con el radio y dimensiones del puente; indicando que las FAV anastomóticas, pueden ser mejoradas por las fístulas artificiales.

Conclusiones: El modelado in silico, mostró que la FAV en forma de "H", mantiene un caudal homogéneo y constante, frente a la forma en "X", adoptada por las fístulas anastomóticas. Hoy en día, conseguir un biomaterial adecuado para fabricar estas fístulas, supone un reto y una limitación para su utilización en la práctica clínica.

DIFERENCIAS EN EL ACCESO VASCULAR SEGÚN EL GÉNERO DE LOS PACIENTES INCIDENTES EN HEMODIÁLISIS

Roca-Tey, Ramon¹; Comas, Jordi²; Tort, Jaume²;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARI MOLLET, BARCELONA (2) ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENTS (OCATT), SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA

Palabras clave / Términos relevantes:

Género, acceso vascular, hemodiálisis

1. RESUMEN

Objetivos: Analizar el acceso vascular (AV) de 22.859 pacientes incidentes en hemodiálisis en función del sexo según el Registro catalán (1997-2021).

Resultados: Diferente AV para iniciar hemodiálisis en hombres (n=14.921) vs mujeres (n=8038) ($p < 0,001$): fístula nativa FAV (46,1% vs 41,3%), fistula protésica (0,8% vs 1,7%), catéter tunelizado (20,4% vs 23%). Probabilidad ajustada de iniciar hemodiálisis por FAV: asociada independientemente con el sexo masculino (odds ratio 1,32, $p < 0,001$).

Hazard ratio (HR) para trasplante renal (Tx) según AV (FAV vs catéter): 1,82 ($p < 0,001$) para hombres y 2,32 ($p < 0,001$) para mujeres. En comparación con los hombres incidentes por FAV, HR para Tx de las mujeres con FAV: 1,12 ($p=0,002$). En comparación con las mujeres incidentes por catéter, HR para Tx de los hombres con catéter: 1,13 ($p=0,007$).

HR de mortalidad según AV (catéter vs FAV): 1,55 ($p < 0,001$) para hombres y 1,95 ($p < 0,001$) para mujeres. En comparación con los hombres incidentes por catéter, HR de muerte para las mujeres con catéter: 1,01 ($p=0,81$). En comparación con las mujeres incidentes por FAV, HR de muerte para los hombres con FAV: 1,26 ($p < 0,001$).

Conclusiones: 1) Aunque la FAV fue el AV predominante para iniciar hemodiálisis en ambos sexos, su porcentaje fue menor en mujeres a expensas de fistula protésica y catéter tunelizado. 2) El sexo masculino se asoció con una probabilidad 32% mayor de iniciar hemodiálisis por FAV que el femenino. 3) Las mujeres incidentes por FAV tuvieron mayor probabilidad de Tx que los hombres con FAV. 4) Hombres y mujeres compartieron la misma probabilidad de morir tras iniciar hemodiálisis con catéter. 5) Los hombres incidentes por FAV tuvieron mayor probabilidad de morir que las mujeres con FAV. 6) Independientemente del sexo, iniciar hemodiálisis por catéter se asoció con menor probabilidad de Tx y mayor probabilidad de morir en comparación con FAV.

GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA EN RELACIÓN A PÓLIPO INTESTINAL.

López-González Gila, Juan de Dios¹; Aguilar Jaldo, María del Pilar²; Mañero Rodríguez, Carlos Alberto¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO.

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome nefrótico, nefropatía membranosa, pólipos colónicos.

1. RESUMEN

La proteinuria en rango nefrótico se asocia a una afectación glomerular aguda, generalmente asociada a fenómenos autoinmunes, entre los que se encuentra como una de las principales etiologías la glomerulonefritis membranosa. Entre los desencadenantes de esta nefropatía, la causa idiopática predomina en prevalencia sobre las demás, si bien, en un porcentaje importante de casos encontramos una neoplasia que puede ser incipiente o permanecer asintomática hasta años después de la afectación renal.

Presentamos el caso de un paciente que desarrolla una proteinuria en rango nefrótico junto con deterioro de la función renal, sin encontrar una causa descrita en la bibliografía tras un estudio pormenorizado, pero presentando una resolución completa del cuadro tras la extirpación de un pólipo colónico sin datos de malignidad, siendo, según nuestro conocimiento, el primer caso descrito de síndrome nefrótico secundario a un adenoma colónico único. Tal y como describen algunos estudios, la aparición de glomerulonefritis membranosa precede en ocasiones la aparición de una neoplasia, existiendo un riesgo elevado de aparición de las mismas a largo plazo. Si consideramos la potencial transformación maligna de los pólipos colónicos, este caso apoya esta asociación entre nefropatía membranosa y cáncer.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ESPONDILODISCITIS, ENDOCARDITIS Y ABSCESOS CEREBRALES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN SENSIBLE EN PACIENTE CON TERAPIA RENAL SUSTITIVA

Varillas Caso, Dora Angélica¹; Barrales Iglesias, Miriam²; García Chumillas, Vanesa³;

(1) MIR 2 NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA. (2) FEA NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA. (3) MIR 4. NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, endocarditis, espondilodiscitis, Staphylococcus aureus

1. RESUMEN

Introducción: La endocarditis infecciosa es una complicación grave en hemodiálisis, siendo el Staphylococcus aureus, el microorganismo más frecuentemente aislado. La necesidad de punciones vasculares repetidas, presencia de catéteres o injertos, diabetes y el estado inmunocomprometido de estos pacientes se combinan como factores de riesgo de difícil manejo.

Caso clínico: Mujer de 73 años con FRCV y ERCG5 en hemodiálisis mediante FAVI (ex-trasplantada renal). El mes previo, se realizó embolización del injerto renal presentando pielonefritis del injerto. Acudió a Urgencias por cuadro de febrícula, dolor en fosas renales y disnea. Se realizó POCUS dónde se evidenciaron datos de congestión tisular y vascular. Analíticamente destacaba PCR 423, procalcitonina 2.14, NTproBNP 7010pg/ml, láctico 2.2mg/dl y leucocitosis con neutrofilia. Se aisló Staphylococcus aureus meticilin-sensible en hemocultivo y se inició cobertura antibiótica con cloxacilina y daptomicina iv. Al inicio del ingreso, evolucionó de forma tórpida con febrícula, dolor lumbar e incremento de RFA, por lo que se realizó RMN lumbosacra con imágenes de espondilodiscitis infecciosa en L1-L2. Ante dicho hallazgo, se realizó ETE evidenciándose endocarditis infecciosa sobre válvula mitral nativa. Al completar el estudio con PET-TC y RMN craneal se evidenciaron múltiples embolismos cerebrales de pequeño tamaño. Se planteó en sesión médico-quirúrgica y se decidió no intervenir debido al alto riesgo quirúrgico y considerable mejoría del estado clínico con descenso de RFA tras ajuste de antibioterapia. Tras 10 días, se realizó ETT con mejoría ecocardiográfica. Finalmente, la paciente presentó evolución favorable siendo dada de alta con tratamiento antibiótico entre 6-12 semanas.

Conclusiones: Se debe sospechar endocarditis infecciosa ante episodio febril en hemodiálisis, teniendo en cuenta antecedentes y factores de riesgo, aunque el cuadro clínico no sea típico.

Resulta importante realizar una estratificación del riesgo quirúrgico. En este caso, a pesar de tener indicación quirúrgica, presentó evolución favorable con antibioterapia.

GLOMERULONEFRITIS POSTESTREPTOCÓCICA TRAS UNA INFECCIÓN DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR; SÍNDROME NEFRÓTICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INFRECUENTE

Ferreras Gascó, José Antonio¹; Juárez Mayor, Paula¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Babara, Axenia¹; Peña Porta, José María¹; Albines Fiesta, Zoila¹; Guzmán Vasquez, Melisa¹; Torrecilla Idoipe, Nerea¹; Íñigo Gil, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras clave / Términos relevantes:

Glomerulonefritis, Síndrome Nefrótico, Glomerulonefritis postestreptocócica.

1. RESUMEN

Introducción: La glomerulonefritis postestreptocócica (GNPS) es la causa más común de nefritis aguda en niños a nivel mundial, tiende a ocurrir principalmente en países en vías de desarrollo. Ocurre posterior a una infección del tracto respiratorio superior o cutánea por cepas nefritogénicas específicas del estreptococo betahemolítico del grupo A (GAS, por sus siglas en inglés). El riesgo de GNPS aumenta en pacientes de edad avanzada y la presentación clínica esta entidad varía desde hematuria microscópica asintomática hasta el síndrome nefrítico agudo completo; el síndrome nefrítico representa menos del 5 por ciento de los casos.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 59 años que presentó insuficiencia renal aguda en el contexto de un síndrome nefrítico tras una infección respiratoria de vías altas. En la analítica sanguínea se objetivó una hipocomplementemia C3 marcada. La biopsia renal mostró una glomerulonefritis proliferativa y exudativa difusa con proliferación endocapilar prominente y la inmunofluorescencia directa reflejó positividad mesangial y capilar para C3 (+++) e IgG (++) . La función renal se mantuvo estable durante el ingreso. Con tratamiento diurético se logró eliminar por completo el exceso de líquido detectado por bioimpedancia

Conclusiones: Debemos ser conscientes de este tipo de presentación atípica de GNPS en pacientes adultos para asegurar el diagnóstico correcto y, por tanto, las actuaciones pertinentes.

1. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891677611095.pdf>

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS POSTRASPLANTE RENAL DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

ALADRÉN GONZALVO, DANIEL JOAQUÍN¹; MEDRANO VILLARROYA, CRISTINA¹; MORA LÓPEZ, PAULA¹; VILLA AYALA, VERONICA ALEXANDRA¹; BELTRAN MALLÉN, DAVID¹; LOPEZ ROYO, LUZIA SESCUN¹; GUTIERREZ DALMAU, ALEX¹; LOU ARNAL, LUIS MIGUEL¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA

Palabras clave / Términos relevantes:

Trasplante renal, diabetes mellitus, prevención

1. RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus postrasplante renal presenta una incidencia elevada, presentando un 50% de los receptores de trasplante renal algún trastorno del metabolismo de la glucosa a los 3 años. En el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza se emplea, desde el año 2014, un protocolo para la prevención y manejo de esta patología. Se comparó la incidencia de desarrollo de diabetes mellitus postrasplante al año de seguimiento en pacientes a los que se aplicó el protocolo frente a los que no.

Resultados: Se incluyeron 197 receptores de trasplante renal entre los años 2012 y 2016. No se encontraron diferencias significativas para el desarrollo de DMPT al año tras el trasplante entre grupos, 22.1% en el grupo experimental frente al 12.7%, en el grupo control ($p=0.082$).

Conclusiones: No se encontraron diferencias en cuanto al desarrollo de DMPT al año de seguimiento, al comparar receptores de trasplante renal a los que se aplicó el protocolo a estudio frente a los que no. Pudiera ser conveniente un estudio con tiempo de seguimiento mayor para encontrar estas diferencias.

CISTINURIA COMO CAUSA DE LITIASIS RENAL RECURRENTE; IMPLICACIONES DE IMPORTANCIA MÁS ALLÁ DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Ferrerias Gascó, José Antonio¹; Juárez Mayor, Paula¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Babara, Axenia¹; Peña Porta, José María¹; Albines Fiesta, Zoila¹; Guzmán Vasquez, Melisa¹; Íñigo Gil, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras clave / Términos relevantes:

Cistinuria, cistina, litiasis

1. RESUMEN

Introducción: La cistinuria es un defecto autosómico recesivo en el transporte y reabsorción de cistina y los aminoácidos dibásicos ornitina, arginina y lisina del líquido luminal del túbulo proximal renal e intestino delgado. La única manifestación fenotípica de esta entidad es la urolitiasis de cistina, que a menudo se repite a lo largo de la vida del individuo afectado. El diagnóstico se realiza mediante análisis de cálculos y examen microscópico de la orina. Aunque la intervención quirúrgica suele ser necesaria, los pilares del tratamiento son la prevención dietética y médica de la formación recurrente de cálculos. Los mecanismos fisiopatológicos deletéreos para la función renal en pacientes afectados de esta entidad son relacionados con la insolubilidad del aminoácido cistina en orina que conlleva a una obstrucción de los conductos papilares añadido a fibrosis intersticial y glomeruloesclerosis. Estos pacientes presentan una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) que el de la población general.

Resultados: Presentamos el caso de una femenina de 34 años que es derivada a nuestro centro para estudio de enfermedad renal crónica (ERC) y manejo de la HTA en contexto de litiasis renal recidivante. Al examen físico destacaba HTA como único hallazgo relevante. Realizadas pruebas complementarias se objetivan signos de cronicidad y afectación en órganos diana; con el análisis urinario se confirma el diagnóstico de cistinuria. Dos meses tras la valoración inicial presenta una emergencia hipertensiva que tendría como consecuencia un ictus hemorrágico.

Conclusiones: Presentamos un caso poco habitual que evidencia el reto que puede ser llegar al origen de la HTA y ERC. Como aprendizaje fundamental destaca la importancia de establecer tratamiento precoz y estudiar a fondo otras causas con aparente escasa relación, con fines de evitar un desenlace fatídico.

Respuesta humoral a la vacunación frente al SARS-COV2 en pacientes sometidos a hemodiálisis de mantenimiento

Delgado Ureña, Ana¹; Delgado Ureña, Ana¹; Hernández García, Elena¹;

(1) HOSPITAL SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Respuesta humoral, hemodiálisis, vacunación, SARS-COV2

1. RESUMEN

Introducción: La pandemia por SARS-COV-2 ha resultado un auténtico desafío para hospitales y Unidades de Hemodiálisis. La infección por SARS-COV-2 incluye desde cuadros asintomáticos o leves hasta neumonía grave e inclusive fallo multiorgánico. Los pacientes en HD son más susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.

Resumen: Se trata de un estudio descriptivo donde se han recogido datos de 74 pacientes en programa crónico de HD. Todos, a excepción de un paciente que no recibió ninguna dosis. Se administraron tres tipos de vacuna: Pfizer-BioNTech, Astrazeneca y Moderna. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas y analíticas, se utilizaron como variables: edad, sexo, diabetes, hepatitis B, candidatura a trasplante, tipo de acceso de diálisis, dosis de diálisis mediante kt/V, tipo de vacuna y número de dosis, entre otras. Se utilizó chi cuadrado con prueba exacta de Fisher para compararlas con positividad en la respuesta humoral. Se utilizó IBM SPSS Statistics, versión 22 para todos los análisis estadísticos. El 97% de pacientes tuvo una serología positiva contra el SARS-COV-2, solo un 3% no llegó a tener inmunidad, aun habiendo recibido una pauta completa de vacunación. Resultados: de los 38 pacientes que recibieron la vacuna Pfizer-BioNTech, 37 desarrollaron serología positiva, 33 pacientes recibieron la vacuna MODERNA el 100% desarrolló serología positiva, al igual que los 2 pacientes vacunados con ASTRAZENECA. Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre el número de dosis recibidas y el desarrollo de respuesta humoral con $p=0,0001$. A destacar, uno de los sujetos que no desarrolló respuesta se encontraba en tratamiento con rituximab.

Conclusión: Los pacientes en HD crónica desarrollaron una respuesta inmune humoral sustancial después de la dosis completa de vacunación. Este hallazgo es tranquilizador y debería animar a los pacientes en HD y a sus cuidadores a recibir la vacuna.

HERNIAS INGUINALES E HIDROCELES COMO COMPLICACIÓN EN LA DIALISIS PERITONEAL

Mora López, Paula¹; Aladrén Gonzalvo, Daniel Joaquín¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Beltran Mallen, David¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Medrano Villarroya, Cristina¹; Lou Arnal, Luis Miguel¹; Campos Gutiérrez, Belén¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Hernias inguinales, hidrocele, diálisis peritoneal

1. RESUMEN

Las hernias o hidroceles son una de las complicaciones más frecuentes de la diálisis peritoneal, estimándose en torno un 12-20% según las series. Dicha patología puede ser la causa de un fallo de la técnica peritoneal. Los factores de riesgos son muchos, entre ellos la edad, sexo, volumen del líquido peritoneal, presión intrabdominal, cirugías previas. La intervención de cada centro de diálisis peritoneal es diferente, pero se debe fomentar el mantener en técnica de diálisis peritoneal hasta la cirugía mediante estrategias como puede ser DPA día seco, bajos volúmenes, volúmenes únicamente nocturnos si el paciente mantiene diuresis. En los casos en los que el paciente se encuentra anúrico puede ser necesario una transferencia a hemodiálisis. Es importante la creación de circuitos junto con el servicio de cirugía general para que no se demore el tratamiento y poder realizar un tratamiento óptimo para el paciente. Otra de las preguntas que surgen es, una vez intervenido el paciente, cuándo detener el reposo peritoneal y reiniciar la técnica. Hemos analizado 80 pacientes del año 2017 al 2021 en el que 14 pacientes han presentado hernia, describimos qué estrategias hemos realizado con cada uno de los pacientes, cómo hemos reiniciado la técnica y las dificultades que nos hemos encontrado.

COMPLICACIONES EN NUESTRO CENTRO DE COLOCACIÓN CATÉTER PERITONEAL MEDIANTE TÉCNICA A CIEGAS CON TROCAR

Mora López, Paula¹; Aladrén Gonzalvo, Daniel Joaquín¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Beltrán Mallen, David¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Campos Gutiérrez, Belén²; Lou Arnal, Luis Miguel¹; Medrano Villarroya, Cristina¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (2) HOSPIATL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Diálisis peritoneal, técnica percutánea, trocar Tenckhoff

1. RESUMEN

La colocación percutánea de los catéter peritoneales mediante técnica ciega con trocar Tenckhoff permite a los nefrólogos mayor rapidez y autonomía en la gestión de los pacientes con respecto a la colocación por minilaparotomía o laparoscopia llevada a cabo por un servicio quirúrgico. En la literatura existen estudios que observan la misma tasa de resultados y complicaciones.

Hemos analizado las complicaciones en la colocación de catéteres mediante técnica ciega con trocar Tenckhoff en nuestro centro, en pacientes incidentes de año 2017 al 2021 n=81. Complicaciones tales como perforaciones de vísceras, infecciones en los primeros treinta días tras la colocación, atrapamiento del epiploon, fugas pericatóter complicadas, mal funcionamiento precisando técnica alfa, Se ha observada una tasa dentro de catéteres no funcionantes al año menor a un 10%, dentro de los estándares de las recomendaciones de la Sociedad Española de Diálisis Peritoneal.

DIFERENCIAS EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y MORTALIDAD ENTRE PACIENTES AÑOSOS Y MUY AÑOSOS

GARCIA-PRIETO, ANA¹; NOBLEJAS, ALICIA²; GOICOECHEA, MARIAN¹;

(1) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN (2) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN

Palabras clave / Términos relevantes:

Progresión, Enfermedad renal crónica, Ancianos

1. RESUMEN

Introducción: La progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) es menor en los pacientes añosos, de hecho, a veces se confunde con la pérdida fisiológica del filtrado glomerular (FG). El objetivo es analizar la progresión de la ERC y mortalidad en pacientes añosos y muy añosos.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo que incluye 368 pacientes con edad ≥ 65 años con FGe entre 15 y 60 ml/min/1,73 m² vistos en la consulta de nefrología desde octubre del 2011 hasta abril del 2012 y seguidos durante una media de 41,7 \pm 19 meses. Los pacientes se dividieron en dos grupos: grupo 1 (entre 65 y 79 años) y grupo 2 (≥ 80 años) analizando la progresión de la ERC medida como la caída del FG a los 3,5 y 8 años y el inicio de terapia renal sustitutiva (TRS).

Resultados: 57 pacientes del grupo 1 (23,4%) vs 6 (4,8%) del grupo 2 inician terapia renal sustitutivo a lo largo del seguimiento ($p < 0,001$). Las variables predictoras de inicio de TRS fueron la albuminuria (HR 1,000, $p = 0,022$), tener menos de 80 años (HR: 3,88, $p = 0,02$) y el FG basal (HR 0,931, $p = 0,001$) independientemente de la etiología y del género. 99 pacientes (79%) en el grupo 1 vs 137 (56%), $p < 0,001$ fallecieron. La mortalidad fue similar entre los pacientes que inician TRS y los que no (19% vs 13%). El índice de comorbilidad de Charlson es la única variable predictora de mortalidad ajustado para función renal, albuminuria, edad, etiología y género (HR 1,139, $p = 0,011$).

Conclusiones: la progresión a TRS de los pacientes mayores de 65 años depende de la albuminuria independientemente de la etiología y del género. La mayor parte de los pacientes mayores de 80 años fallecen antes de iniciar TRS por su elevada comorbilidad.

¿ES IMPORTANTE LA ETIOLOGÍA EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) Y MORTALIDAD?

GARCIA-PRIETO, ANA¹; NOBLEJAS, ALICIA¹; GOICOECHEA, MARIAN¹;

(1) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN

Palabras clave / Términos relevantes:

Progresión, enfermedad renal crónica, etiología

1. RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio fue analizar el papel del género, edad y etiología en la progresión de la ERC en una cohorte de pacientes vistos y seguidos en consultas externas de nefrología.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo que incluye 515 pacientes de edad media $69,8 \pm 12,8$ años y con FGe entre 15 y 60 ml/min/1,73 m² vistos en la consulta de nefrología desde octubre del 2011 hasta abril del 2012 y seguidos durante un tiempo medio de $44,5 \pm 21$ meses. Se excluyeron los pacientes con etiología de ERC hereditaria, enfermedades sistémicas y no filiada. Se analizó la caída del filtrado glomerular a los 3,5 y 8 años, el inicio de terapia renal sustitutivo (TRS) y la mortalidad.

Resultados: Las diferencias basales demográficas, analíticas, antecedentes personales y la caída del FGe a los 3,5 y 8 años se muestran en la tabla 1. La caída del filtrado glomerular a los 3, 5 y 8 años fue mayor en la nefropatía diabética y glomerular, pero no había diferencias significativas con la nefropatía vascular e intersticial. Los factores asociados con inicio de TRS fueron la menor edad (HR: 0,959, $p < 0,001$), el menor filtrado glomerular basal (HR: 0,934, $p < 0,001$) y la albuminuria (HR: 1,000, $p < 0,001$) independientemente del género y de la etiología de la ERC. A igual albuminuria, sigue siendo la edad y el menor filtrado glomerular basal los predictores de progresión. En relación con la mortalidad tampoco etiología y género fueron predictivos, siendo la mayor edad (HR 1,043, $p < 0,001$) y la mayor comorbilidad medida por Charlson (HR: 1,140, $P=0,001$) los factores asociados con mayor mortalidad de cualquier causa.

Conclusiones: Independientemente de la etiología de la ERC y del género, la albuminuria y la menor edad son los principales predictores de ERC y la comorbilidad y la mayor edad de mortalidad.

RELACIÓN DEL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON LA TASA DE REINGRESO Y MORTALIDAD DURANTE UN AÑO DE SEGUIMIENTO

GARCIA-PRIETO, ANA¹; MELERO, ROSA¹; RODRIGUEZ BENITEZ, PATROCINIO¹; PERVAN, EMINA¹; ENCALADA, MIGUEL ANGEL¹; VILLA, MIGUEL²; GARCÍA-GRANERO, MIGUEL¹; ANSO, NATALIA¹; BARBIERI, DIEGO³; GOICOECHEA, MARIAN¹;

(1) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN (2) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN (3) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Palabras clave / Términos relevantes:

Fracaso renal agudo, mortalidad, terapia renal sustitutiva

1. RESUMEN

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es una complicación frecuente entre los paciente hospitalizados y está relacionado con un incremento de los días de hospitalización, las tasas de reingreso y la mortalidad. El objetivo del presente estudio es analizar la tasa de reingresos y mortalidad de pacientes con FRA en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional que incluyó pacientes hospitalizados con FRA valorados por Nefrología durante su estancia hospitalaria desde marzo de 2021 hasta febrero de 2022. Se recogieron variables demográficas, el grado de FRA según la clasificación de AKIN y la necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS) durante el ingreso. Así mismo, se registraron los reingresos y la mortalidad durante el año posterior al ingreso.

Resultados: Se incluyeron un total de 149 pacientes (68.5% varones), con una edad media de 68+/-14 años. El 59% presentaba enfermedad renal crónica estadio 3A o superior previo al ingreso. La causa más frecuente de FRA fue la prerrenal (74.3%), seguida de la parenquimatosa (23%). La distribución según la clasificación AKIN fue: AKIN III 54.2%, AKIN II 21.5%, AKIN I 24.3%. 38 pacientes (25.5%) requirieron TRS durante su estancia. 55 pacientes (36.9%) fallecieron durante el año de seguimiento, de los cuales 32 durante la hospitalización. La mortalidad entre los paciente con AKIN III fue superior que la de los pacientes con AKIN I+II (34.6% vs 7%; $p < 0.001$). Las diferencias persistieron a pesar de la presencia o ausencia de ERC previa ($p < 0.05$). Entre los pacientes que se fueron de alta el 41% reingresó y el 19.6% falleció durante el año de seguimiento. El estadio de la clasificación de AKIN no resultó predictor de reingreso ni mortalidad en nuestra cohorte.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el FRA se asoció a una elevada mortalidad y tasa de reingreso durante el primer año de seguimiento.

INFLUENCIA DEL TIPO DE INMUNOSUPRESIÓN EN EL TRASPLANTE RENAL PARA EL DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS POST-TRASPLANTE. NUESTRA EXPERIENCIA.

Medrano Villarroya, Cristina¹; Aladrén Gonzalvo, Daniel¹; Mora Lopez, Paula¹; Villa Ayala, Verónica¹; Beltrán Mallén, David¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Gutiérrez Dalmau, Aléx¹; Lou Arnal, Luis Miguel¹;

(1) SERVICIO NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Trasplante renal, diabetes post-trasplante, inmunosupresión

1. RESUMEN

Introducción y objetivos: El desarrollo de diabetes mellitus en los pacientes tras someterse a un trasplante renal, es una cuestión relevante y que puede ensombrecer su evolución. Los estudios avalan el efecto de los fármacos inmunosupresores utilizados en la prevención del rechazo en el desarrollo de esta patología. En nuestro estudio pretendemos concretar la influencia del tipo de inmunosupresión de inducción y de mantenimiento con la aparición de diabetes en la evolución post-trasplante.

Material y método: Estudio de cohortes histórico prospectivo, en el que se recogen pacientes sometidos a trasplante renal en el período entre 1 enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 en el Hosp. Miguel Servet. Seguimiento de los pacientes durante 12 meses. Se analiza el desarrollo de diabetes mellitus en función del tipo de inmunosupresión utilizada en la inducción y en el mantenimiento, así como su relación con las dosis de corticoides utilizadas.

Resultados: Se incluyen 197 pacientes. Hubo un mayor porcentaje de pacientes con desarrollo de diabetes en la inducción con baxilisimab versus timoglobulina, sin ser un resultado estadísticamente significativo. No hubo diferencias significativas en cuanto al uso de tacrolimus y micofenolato frente al uso de tacrolimus con inhibidor de mTOR. Las dosis mayores de prednisona sí presentaron mayor porcentaje de desarrollo de diabetes, pero sin significancia estadística.

Conclusiones: En nuestra muestra, no encontramos diferencias significativas en cuanto al uso concreto de un tipo de inmunosupresión de inducción y mantenimiento y el desarrollo de diabetes, sin embargo hay una tendencia de mayor riesgo en la inducción con baxilisimab. El mantenimiento de dosis de prednisona más elevadas también parecen conceder un mayor riesgo de diabetes en el post-trasplante.

DESARROLLO DE DIABETES TRAS EL TRASPLANTE RENAL: ¿TIENE EFECTO EN LA EVOLUCIÓN DE FUNCIÓN RENAL A CORTO PLAZO?

Medrano Villarroya, Cristina¹; Aladrén Gonzalvo, Daniel¹; Mora Lopez, Paula¹; Beltrán Mallén, David¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Gutiérrez Dalmau, Aléx¹; Lou Arnal, Luis Miguel¹;

(1) SERVICIO NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Trasplante renal, diabetes post-trasplante, función del injerto

1. RESUMEN

Introducción y objetivos: A consecuencia del trasplante renal, sobre todo en relación a la medicación inmunosupresora utilizada, se produce el desarrollo de diabetes en pacientes que previamente no eran diabéticos. Mediante nuestro estudio pretendemos ver si hay un efecto negativo en cuanto a evolución del injerto a corto plazo en pacientes que desarrollan diabetes.

Material y método: Estudio de cohortes histórico prospectivo, en el que se recogen pacientes sometidos a trasplante renal en el período entre 1 enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 en el Hosp. Miguel Servet. Seguimiento de los pacientes durante 12 meses. Se determinan variables analíticas para establecer el diagnóstico de diabetes a lo largo del seguimiento, así como de evolución de función renal. Se realiza análisis estadístico.

Resultados: Se incluyen 197 pacientes. Un 17,3% de los pacientes (34) desarrollaron diabetes a lo largo del seguimiento. Sus cifras basales de glucemia a lo largo del seguimiento fueron significativamente mayores que en los pacientes no diabéticos. Estos pacientes presentan en el seguimiento cifras medias de creatinina algo mayores que los no diabéticos, sin embargo, no se halló significancia estadística.

Conclusiones: En nuestro estudio, la evolución de función renal de los pacientes trasplantados que desarrollaron diabetes, fue similar a los que no desarrollaron esta complicación. Sin embargo, el seguimiento se limita al primer año de evolución post-trasplante. Sería de interés valorar, ampliando la duración del seguimiento, si puede haber un efecto negativo en la evolución del injerto renal más a largo plazo.

LA INGESTA DE DIOXIDO DE CLORO NO PARECE UNA BUENA IDEA.

Pérez Urra, Claudia¹; Martín Escuer, Paula¹; Álvarez Tundidor, Sara¹; Calderón González, Carmen¹; Lorenzo Chapatte, Arturo¹; Oviedo Gómez, María Victoria¹; Ampuero Anachuri, Karina¹; Velasco Pilar, Rubén¹; Sanz Ballesteros, Sandra¹; Hernández García, Esther¹;

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

Palabras clave / Términos relevantes:

Dióxido de cloro, fracaso renal agudo, SARS-COV2

1. RESUMEN

Introducción el dióxido de cloro se utiliza como agente blanqueador o desinfectante de agua y superficies. Su potencia oxidante no discrimina entre proteína microbiana y humana, generando daño celular directo de manera inespecífica. Se comercializa fuera del canal farmacéutico y se promociona a través de internet para la prevención y tratamiento de diferentes patologías entre las que se incluye SARS-COV-2.

Caso clínico: presentamos un paciente que acude a urgencias por diarrea y fiebre. La familia comenta que tomaba dióxido de cloro (mezcla de clorito de sodio con ácido clorhídrico) comprado por Internet. Presenta fracaso renal agudo en probable relación a nefropatía intersticial aguda (urea 300, Cr 10.8 mg/dL), hiponatremia 121 mmol/L y acidosis metabólica (pH 7.2 y bicarbonato 16 mmol/L). Proteinuria en 24 horas: 1.14 gramos. Sistemático: hematíes 20-30/campo, y leucocitos. Estudio de autoinmunidad negativo. En ecografía se descarta componente obstructivo y destaca signos de enteritis (en relación al tóxico ingerido)

Durante el ingreso se intensifica el tratamiento con sueroterapia y bicarbonato, corrigiendo los niveles de sodio y la acidosis metabólica y obteniendo diuresis eficaz, no precisando tratamiento renal sustitutivo. La evolución clínica es satisfactoria con mejoría progresiva de la función renal tras fase poliúrica, al alta Cr de 1.2 mg/dL. Proteinuria negativa y ausencia de microhematuria. Presenta hiperglucemias mantenidas y resueltas al alta, con autoinmunidad de DM negativa, en relación a componente inflamatorio del páncreas por la intoxicación. Bradipsiquia en relación a encefalopatía toxico-metabólica. Fibrilación auricular con buena tolerancia hemodinámica. Hiperemia conjuntival bilateral, en relación a conjuntivitis por gases.

Conclusiones: La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios advierte que no existe evidencia científica que avale la eficacia ni la seguridad del consumo de soluciones de dióxido de cloro y de clorito de sodio, lo que supone un grave riesgo para la salud y no se recomienda su consumo.

BROTE Y REBROTE TRAS VACUNACIÓN FRENTE AL COVID 19

Lorenzo Chapatte, Arturo¹; Álvarez Tundidor, Sara¹; Martín Escuer, Paula¹; Calderón González, Carmen¹; Oviedo Gómez, María Victoria¹; Ampuero Anachuri, Karina¹; Velasco Pilar, Rubén¹; Sanz Ballesteros, Sandra¹; Pérez Urra, Claudia¹; Hernández García, Esher¹;

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

Palabras clave / Términos relevantes:

GN focal y segmentaria, Vacuna ARNm, SARS COV19

1. RESUMEN

Introducción: Nos encontramos en la literatura un aumento de casos que vinculan las vacunas contra COVID 19 con repuesta inmunitaria intensificada, que conduce a un desarrollo de Glomerulonefritis de novo o Glomerulonefritis recidivante, y donde la mayoría de los casos se asocian a vacunas con ARNm. Presentamos 3 casos clínicos: una Glomeruloesclerosis focal y segmentaria de novo, y dos brotes de Glomerulonefritis Mesangial IgM y de GN Cambios mínimos tras administración de la vacuna Pfizer-BioNtech.

Caso 1: Mujer de 39 años derivada por aparición de edemas generalizados, que aparecieron varios días tras administración de segunda dosis de vacuna Pfizer-BioNtech. En analítica se objetiva una proteinuria de 13.15g/24h, con función renal normal y estudio de autoinmunidad negativo. Se realizó biopsia renal con diagnóstico de cambios morfológicos sugestivo de glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Se inició tratamiento con prednisona 1mg/Kg objetivándose disminución progresiva de la proteinuria.

Caso 2: Mujer de 33 años, diagnosticada de Glomerulonefritis Cambios Mínimos biopsiada en 2005, manteniendo proteinuria menor de 1 gramo. La paciente es remitida, porque tras recibir primera dosis de vacuna Pfizer-BioNtech ha comenzado con aumento de peso y de edemas. Al realizar analítica se observa proteinuria 5.19g/24h motivo por el que se sube dosis de Ciclosporina, consiguiéndose una desaparición de proteinuria.

Caso 3: Mujer de 50 años diagnosticada de Glomerulonefritis mesangial IgM ciclosporindependiente en remisión. Acude a urgencias por aparición de diarrea y edemas tras administración de primera dosis de Pfizer-BioNtech. En analítica presenta proteinuria de 5.92g/24h. Aumentamos dosis de ciclosporina, desapareciendo la proteinuria.

Discusión: Los mecanismos por los que se producen glomerulonefritis secundarias a vacuna SARS-Cov-2 son desconocidos. El riesgo de brote tras vacunación es probablemente más bajo que el riesgo de enfermedad glomerular por infección por COVID-19, motivo por el que pese a dichos efectos es importante la vacunación en estos pacientes.

PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PRURITO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Núñez Fernández, M^a Teresa¹; CAMPANO PASCUAL, ANA¹; GONZALEZ FERRERAS, MARIA DEL MAR¹; MARTÍNEZ CAÑIBANO, LAURA¹; RODRIGUEZ PRIETO, LAURA¹; GARCÍA SÁNCHEZ, CRISTINA¹;

(1) HOSPITAL DE BENAVENTE

Palabras clave / Términos relevantes:

Itch, Nurses, Treatment

1. RESUMEN

Introducción: varón de 40 años que acude a Hemodiálisis lunes, miércoles, viernes en turno de mañana debido a una Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Comenzó las sesiones de diálisis de 3 horas de duración el 20/01/2023 por fístula arteriovenosa radiocefálica. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo I, nefropatía diabética, fumador, hipertensión arterial. Tras terminar la sesión de Hemodiálisis (HD), refería tener prurito de distribución heterogénea, que afecta de forma importante a su calidad de vida, alterando su capacidad física, dificultando la realización de las tareas básicas de la vida diaria y favoreciendo la aparición de trastornos del sueño.

Objetivo: evaluar la prevalencia del prurito en los pacientes en tratamiento con HD en el Hospital de Benavente y compararlo con el caso clínico presentado para proporcionar cuidados de enfermería adecuados.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el prurito en pacientes hemodializados en diferentes bases de datos, así mismo se realizaron encuestas a los pacientes para valorar el grado de prurito.

Resultados: se ha intentado demostrar a través de numerosas teorías el origen del prurito, pero no se ha podido demostrar un único origen, se cree que hay múltiples factores que pueden contribuir a su aparición como metabolismo calcio/fósforo, malnutrición, neuropatía, deshidratación de la piel, adecuación de la diálisis.

Conclusiones: el prurito es una complicación que aparece frecuentemente en los pacientes hemodializados como consecuencia del deterioro de la función renal. El momento de aparición, localización e intensidad son variables e interfiere en las actividades de la vida diaria de los pacientes, su fisiopatología es desconocida y los tratamientos junto con las medidas coadyuvantes adoptadas son diversos y consiguen mejorías transitorias. Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas entre los valores del producto calcio/fósforo y la concentración de urea de los pacientes con y sin prurito.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891677848271.pdf>

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS

CAMPANO PASCUAL, ANA¹; NUÑEZ FERNANDEZ, MARIA TERESA¹; GONZALEZ FERRERAS, MARIA DEL MAR¹; MARTÍNEZ CAÑIBANO, LAURA¹; RODRIGUEZ PRIETO, LAURA¹; GARCÍA SÁNCHEZ, CRISTINA¹;

(1) HOSPITAL DE BENAVENTE

Palabras clave / Términos relevantes:

Nurses, Hemodialysis, Life Quality.

1. RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es conocida como una epidemia silenciosa por su alto impacto en la Salud Pública y el desconocimiento de la población acerca de ésta. Es un conjunto de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible. Tener ERC conlleva un aumento del riesgo de sufrir enfermedad vascular y un deterioro progresivo de la función renal, lo que sobrelleva al paciente a necesitar tratamiento renal sustitutivo entre los que se encuentra la hemodiálisis.

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional

Objetivo: evaluar la perspectiva de los pacientes sobre la calidad de vida con el tratamiento de hemodiálisis.

Metodología: se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Y se han utilizado diferentes buscadores bibliográficos para la información sobre la hemodiálisis.

Resultados: se ha demostrado que la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, en comparación con su vida previa, ha empeorado considerablemente.

Conclusión: Valorando diferentes ítems a través de las encuestas, se puede concluir e interpretar que mayoritariamente los pacientes en hemodiálisis tienen una perspectiva de calidad de vida media-baja; teniendo en cuenta que la edad, el género y el tiempo en tratamiento no presentan un factor estadístico significativo en relación con la calidad de vida. Por lo contrario, los pacientes refieren que con el apoyo social y familiar aumenta su calidad de vida.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891677848389.pdf>

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS POSTRASPLANTE RENAL

ALADRÉN GONZALVO, DANIEL JOAQUÍN¹; MEDRANO VILLARROYA, CRISTINA¹; MORA LÓPEZ, PAULA¹; GUTIERREZ DALMAU, ALEX²; VILLA AYALA, VERONICA ALEXANDRA¹; BETRAN MALLEN, DAVID¹; LOPEZ ROYO, LUZIA SESCUN¹; LOU ARNAL, LUIS MIGUEL¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA

Palabras clave / Términos relevantes:

Trasplante renal, diabetes mellitus, factores de riesgo

1. RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus postrasplante renal (DMPT) presenta una incidencia elevada, presentando un 50% de los receptores de trasplante renal algún trastorno del metabolismo de la glucosa a los 3 años. En cuanto a su abordaje, resulta imprescindible una adecuada prevención, para lo cual hay que identificar los factores de riesgo, tanto previos como tras el trasplante renal, que puedan influir en el desarrollo de esta entidad. Se diferencian factores de riesgo de desarrollo de DMPT entre los receptores de trasplante renal en el Hospital Universitario Miguel Servet en los años 2012 y 2016, al año de seguimiento.

Resultados: Se analizaron 196 trasplantados renales. Presentaron mayor incidencia de DMPT los pacientes con mayor edad (62.62 frente a 54.08 años, $p < 0.001$), con mayor IMC (27.94 frente a 25.88 Kg/m², $p=0.014$), los que presentaban hiperglucemia pre trasplante (OR 7.904; IC95% 1.258-49.651) y los que procedían de donantes con HTA ($p=0.011$). No se encontró asociación con otros factores como etiología de ERC, HTA y dislipemia en receptores, hipoalbuminemia previa, inmunosupresión empleada o diagnóstico de diabetes y obesidad en donantes.

Conclusiones: Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de DMPT. Detectar estos factores de riesgo en nuestros pacientes resulta fundamental en el abordaje de esta entidad, tanto en prevención como en manejo posterior.

ALTERACIONES IÓNICAS Y DEL EQUILIBRIO ÁCIDO BASE EN EL FRACASO RENAL AGUDO ESTABLECIDO

Juárez Mayor, Paula¹; Ferreras Gascó, José Antonio¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Babara, Axenia¹; Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Guzmán Vásquez, Melisa¹; Peña Porta, José María¹; Íñigo Gil, Pablo Javier¹;

(1) HCU LOZANO BLESA (ZARAGOZA)

Palabras clave / Términos relevantes:

"Fracaso renal agudo", "alteraciones iónicas", "equilibrio ácido-base".

1. RESUMEN

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es un síndrome reversible, definido por un deterioro de la función renal en horas o días, originado por múltiples causas. Es una patología muy frecuente a nivel extra e intrahospitalario que puede desarrollarse sobre riñón sano y sobre enfermedad renal crónica (ERC). Como el riñón es el responsable del mantenimiento de la homeostasis, su alteración puede condicionar alteraciones a ese nivel.

El objetivo principal del estudio fue analizar los datos demográficos y las alteraciones iónicas y del equilibrio ácido-base en pacientes con FRA de origen extrahospitalario. Además, se analizó la mortalidad intrahospitalaria y la tasa de supervivencia tras el alta asociada a cada variable.

Metodología: Es un estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo de pacientes diagnosticados de FRA extrahospitalario según la definición de las guías KDIGO (2012) en el Servicio de Nefrología del HCU Lozano Blesa entre 2010 y 2017.

Resultados: La muestra presenta 639 pacientes: 61,7% varones, con una media de edad de 72,93±13,38 años. 436 (68,2%) presentaban antecedente de ERC. La mayoría padecieron FRA prerrenal (72,1%) y el estadio más frecuente fue el 3 (73,1%). Las alteraciones iónicas más frecuentes fueron la hiperpotasemia (53,05%), la hipocalcemia (49,6%), el bicarbonato bajo (78,3%) y el pH bajo (51,4%). Se demostró aumento de la mortalidad intrahospitalaria y peor supervivencia en los casos de hipernatremia (37,5%), hiperpotasemia (12,7%) e hiperfosfatemia (13%). La hipocalcemia y la presencia de varias alteraciones simultáneas presentaron peor supervivencia al alta. El cloro y el fósforo fueron predictores independientes de mortalidad. El sodio, el potasio y el fósforo influyeron negativamente sobre la supervivencia tras el alta.

Conclusiones: Las alteraciones iónicas implican un aumento de la morbimortalidad dentro del FRA, independientemente de la función renal previa. Su manejo influye en el pronóstico de los pacientes durante el ingreso y tras el alta.

UTILIDAD DEL CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HIPERPOTASEMIA CRÓNICA REAGUDIZADA

Pervan González, Emina¹; García Prieto, Ana María¹; Melero Martín, María Rosa¹; Rodríguez Benitez, Patrocinio¹; Encala Landires, Miguel Angel¹; Torres Ortiz, Jorge Armando¹; Sánchez Sánchez, Gema¹; Villa Valdés, Miguel¹; Nava Sánchez, Coraima Claudia¹; Goicoechea Diezhandino, María Angeles¹;

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Palabras clave / Términos relevantes:

"Hiperpotasemia, ciclosilicato de sodio y zirconio, enfermedad renal crónica

1. RESUMEN

Introducción: La hiperpotasemia es una urgencia nefrológica frecuente. El ciclosilicato de sodio y zirconio (CSZ) es un nuevo quelante aprobado para hiperpotasemia crónica. Este estudio analiza la evolución de hiperpotasemia crónica reagudizada de pacientes hospitalizados tras añadir a medidas antihiperpotasemia habituales CSZ.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Incluye adultos con hiperpotasemia crónica ($K > 5$ mmol/L) reagudizada valorados por Nefrología durante el ingreso, tratados con medidas habituales y CSZ. Excluye pacientes en diálisis y en tratamiento con patiomer. Recoge variables demográficas y analíticas previas al ingreso, durante el mismo y al alta, también la necesidad de depuración extrarrenal.

Resultados: Presentamos resultados de 9 pacientes, 5 mujeres (55.6%) y 4 varones (44.4%). 88.9% hipertensos y 66.7% diabéticos. 55.6% recibía tratamiento habitual con IECAs, 22.2% ARA2 y 10% espironolactona. Todos presentaban enfermedad renal crónica (filtrado glomerular medio 28.3ml/min/1.73m² previo al ingreso y 24.4ml/min al momento de hiperpotasemia).

Potasio (K) medio previo al ingreso 5.1mmol/L y 6.3mmol/L al momento de valoración por Nefrología, con pH venoso medio 7.27 y bicarbonato medio 24mmol/L. Dosis de CSZ administrada fue 5g si $K < 6$ mmol/L y 10g si $K > 6$ mmol/L.

K sérico tras tiempo medio de 12 horas de primera administración de CSZ fue 5.3mmol/L de media. La disminución del K tras primera administración de CSZ fue 1.01mmol/L (IC 95% 0.58-1.43mmol/L; $p < 0.001$). La disminución media de K sérico desde primera valoración por Nefrología hasta el alta fue 1.65mmol/L (IC 95% 1.16-2.14mmol/L; $p < 0.000$). 100% presentaba normokalemia al alta (K medio al alta 4.6mmol/L) con dosis media acumulada 9g. No encontramos diferencias en niveles de bicarbonato pre y post tratamiento. Un paciente precisó hemodiálisis por sobrecarga hídrica, habiendo normalizado previamente kalemia tras 10g de CSZ.

Conclusiones: El tratamiento con CSZ añadido al resto de medidas consigue controlar eficaz y rápidamente la kalemia en hospitalizados con hiperpotasemia crónica reagudizada.

TOXICIDAD POR BACLOFENO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Pujol Saumell, Mireia¹; Juárez Mayor, Paula¹; Ferreras Gascó, Jose Antonio¹; Babara, Axenia¹; Peña Porta, Jose Maria¹; Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Guzman Vasquez, Melisa¹; Iñigo Gil, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Palabras clave / Términos relevantes:

Baclofeno, intoxicación, enfermedad renal crónica

1. RESUMEN

Presentamos 3 casos de toxicidad por Baclofeno con afectación neurológica en contexto de enfermedad renal crónica (ERC). Caso 1: varón de 70 años con ERC estadio 3 y lesión medular en tratamiento con Baclofeno por espasticidad. Ingresó por deterioro de la función renal y debilidad generalizada con somnolencia, desorientación y arreactividad por lo que, tras realizar TC craneal sin alteraciones y ante la sospecha de intoxicación por Baclofeno, se realizó hemodiálisis urgente con consecuente resolución de los síntomas. Caso 2: varón de 49 años con ERC en diálisis peritoneal y paraplejia postraumática que ingresó en unidad de cuidados intensivos por cuadro confusional, que mejoró tras intensificación de diálisis. Tras descartar otras causas, fue atribuido a intoxicación por Baclofeno pautado por mioclonías, sin ajuste de función renal. Caso 3: mujer de 69 años con ERC en diálisis peritoneal que tras administración de Baclofeno por clínica digestiva durante su ingreso hospitalario, presentó cuadro de debilidad generalizada, somnolencia y vómitos, los cuales cesaron tras lavado del fármaco mediante diálisis peritoneal y retirada del mismo.

Como otros fármacos, el Baclofeno se elimina principalmente por vía renal y debe ser ajustado para evitar su intoxicación. En pacientes con filtrado menor de 60ml/min, en dosis superiores a 5 mg/día se han observado manifestaciones clínicas de encefalopatía tóxica (confusión, desorientación, somnolencia y disminución del nivel de consciencia) y entre un 5-20% convulsiones, bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria y coma. La hemodiálisis está indicada en toxicidad por dosis terapéuticas en pacientes con ERC y síntomas graves. El Baclofeno es un ejemplo de la importancia de ajustar correctamente los fármacos a la función renal para evitar su toxicidad.

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE SIMULACRO PARA BIOPSIA RENAL: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 1 AÑO

Delgado Ureña, Ana¹; Hernández García, Elena¹; Delgado Ureña, Ana¹; Barrales Iglesias, Miriam¹;

(1) HOSPITAL SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

BIOPSIA RENAL, SIMULACRO, PROTEINURIA, MICROHEMATURIA

1. RESUMEN

Introducción: La biopsia renal percutánea (PRB) es fundamental en la práctica clínica de Nefrología. El uso de la ecografía en tiempo real y las agujas automatizadas ha simplificado y mejorado la seguridad del procedimiento, sin embargo se trata de una técnica invasiva y no está exenta de complicaciones.

En 2022 en nuestro Hospital se ha implantado una consulta para realización de simulacro de biopsia renal (SimPRB) por parte de un nefrólogo.

Método: Durante 1 año se ha realizado SimPRB a 35 pacientes, todos de riñones nativos. De ellos se han considerado no aptos a 17 pacientes (48.57%). Las causas más frecuentes que contraindican la biopsia son: adelgazamiento cortical, hidronefrosis y mala tolerancia a la posición prono. El sexo más frecuente fue el masculino (71%) y la edad media de 54.4 años. También se tuvo en cuenta el desajuste riesgo-beneficio del paciente, incluyendo alto riesgo de sangrado, mejoría de la función renal y proteinuria. La indicación más habitual para la PBR fue la proteinuria y microhematuria. Se realizó a 18 pacientes y se detectaron complicaciones post PRB únicamente en 1 paciente consistente en hematoma perirrenal que recibió tratamiento conservador.

Conclusión: La realización de SimPRB estructurado previo al procedimiento real por parte del nefrólogo permite una selección óptima del sitio de punción. Es útil para impedir la realización de PRB en caso de anomalías, intolerancia a la técnica o bajo potencial diagnóstico. En nuestra experiencia el SimPRB mejora la seguridad del paciente y evita ingresos innecesarios. También mejora la confianza del paciente y aumenta la cooperación. Por ello en nuestra Unidad el SimPRB se incluye como parte de la rutina de los protocolos previos a PRB.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891677951888.pdf>

PACIENTE CON PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO E HIPOURICEMIA RENAL HEREDITARIA ¿COEXISTENCIA CASUAL O HAY RELACIÓN ENTRE AMBAS PATOLOGÍAS?

Plata Sánchez, Rosa María¹; Borrego García, Elena¹; Peña Ortega, María¹; Prados Garrido, María Dolores¹; García Chumillas, Vanesa¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO DE GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Pseudoxantoma, elástico, hipouricemia

1. RESUMEN

El pseudoxantoma elástico (PXE) es un trastorno genético en el que se produce calcificación y fragmentación de las fibras elásticas en la piel y capa media arterial. Las manifestaciones clínicas extracutáneas más habituales son: hipertensión, ictus, claudicación intermitente, hemorragia digestiva alta, estrías angioides retinianas y piel engrosada. Existe probable asociación con otras enfermedades autoinmunes pero no con trastornos del metabolismo del ácido úrico. Presentamos el caso de una paciente en seguimiento por nefropatía lúpica IV y crioglobulinemia mixta tipo III. Inicia cuadro de lesiones papulares amarillentas en cuello. Sospechando PXE se confirma mediante biopsia de piel y estudio genético (mutación heterocigótica c.3662G>A (p.R1221H) en el gen ABCC6) En controles analíticos se objetivó hipouricemia en 2,3mg/dl y excreción fraccional de ácido úrico en 12,95%.El estudio genético demostró mutación heterocigótica c.1400C>T (p.T467M) en el gen SLC22A12 (URAT1) diagnosticándose hipouricemia renal hereditaria (HRH).Sabemos que el PXE es un trastorno multisistémico caracterizado por depósito ectópico de hidroxapatita cálcica. Producido probablemente como consecuencia de la ausencia de actividad ABCC6 en el hígado lo que reduce los factores circulantes necesarios para prevenir la mineralización aberrante de calcio y fosfato. Por otra parte, la HRH es una patología rara caracterizada por un defecto de reabsorción del ácido úrico a nivel del túbulo proximal. Debe sospecharse ante uricemias menores de 2 mg/dl y fracción de excreción de úrico mayor del 10%.Se han descrito dos tipos:tipo 1 (OMIM 220150) con pérdida de función en el gen SLC22A2 que codifica el transportador URAT1 y la hipouricemia renal tipo 2 (OMIM 612076) con mutaciones en el gen SLC2A9 que codifica el transportador GLUT9.No hemos encontrado reportes en la literatura que relacionen PXE y trastornos del metabolismo del ácido úrico por lo que presentamos este caso para demostrar la importancia de continuar profundizando en el PXE y en las posibles asociaciones con otras patologías así como distintas manifestaciones clínico-analíticas en las que pudiera presentarse.

CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Wu, Julie¹; Gómez Puerta, Jose Antonio¹;

(1) CENTRO DE HEMODIÁLISIS AVERICUM CÁDIZ

Palabras clave / Términos relevantes:

Orejuela izquierda, fibrilación auricular, anticoagulación oral, hemodiálisis

1. RESUMEN

Introducción: La fibrilación auricular (FA) de origen no valvular es la arritmia más frecuente en hemodiálisis. La efectividad y seguridad de los anticoagulantes orales (ACO) en estos pacientes es controvertida. Los nuevos ACO se han convertido en una alternativa, sin embargo, su uso no ha sido analizado en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. La orejuela izquierda (OI) es la principal fuente de formación de trombos, por lo que su exclusión se presenta como una alternativa terapéutica definitiva.

Objetivo: Evaluar el cierre percutáneo de la OI, en pacientes en hemodiálisis con FA de alto riesgo tromboembólico, en los cuales no podía emplearse la anticoagulación oral crónica.

Material y métodos: 10 varones de 73.2 años de edad media con CHA₂DS₂-VASc > 5.5 y HAS-BLED > 4.5. Todos estaban en tratamiento con ACO por FA no valvular y se contraindicó por sangrado grave en 6 pacientes, por calcifilaxis en 1 paciente y por INR de difícil control y tendencia al sangrado en otros 2 pacientes.

Resultados: La tasa de éxito del implante del dispositivo fue del 100%. Hubo una parada cardiorrespiratoria recuperada en uno de los pacientes que evolucionó favorablemente. El régimen de tratamiento antiagregante posterior se valoró individualmente. Se realizó seguimiento con ecocardiografía transesofágica a los 3 y 6 meses, en los que se objetivaron 7 dispositivos normoposicionados y 3 con fuga residual de 2,3 y 5 mm. No se documentaron trombos. Ningún paciente ha presentado eventos cardioembólicos o hemorragias durante el seguimiento posterior.

Conclusiones: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda es un procedimiento seguro (aunque no exento de complicaciones), eficaz y nos permite prescindir de la anticoagulación crónica. La experiencia en pacientes en hemodiálisis es corta. Son necesarios más estudios para determinar el tipo de dispositivo a emplear, el pronóstico del implante a largo plazo y la antiagregación posterior.

ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Plaza Lara, Eva¹; Rangel Hidalgo, Gema¹; Romero Ramírez, Esther¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Presión intraocular, glaucoma, hemodiálisis

1. RESUMEN

Introducción y objetivos: El glaucoma es la principal causa de ceguera irreversible a nivel mundial. La elevación de la presión intraocular es el factor más importante para desarrollar glaucoma y pérdida visual secundaria. Durante la hemodiálisis puede aumentar la presión intraocular en pacientes con una capacidad de salida del humor acuoso reducida. Esto se produce por el desequilibrio de la osmolaridad entre la sangre y el humor acuoso, que hace que este se vuelva hipertónico con respecto a la sangre, aumentando la presión intraocular.

Métodos: Mujer 57 años con glaucoma primario bilateral crónico de ángulo cerrado. Presentaba a partir de la última hora de sesión de hemodiálisis pérdida de agudeza visual en ojo derecho, hiperemia, visión borrosa y dolor intenso periocular.

Resultados: Se realizó un estudio de la presión intraocular pre y post diálisis, aumentando de media tras 4 mediciones un 56.25% en ojo derecho. Se realizaron modificaciones en la conductividad del sodio y bicarbonato y se redujo el flujo de bomba de sangre para reducir la velocidad del cambio en la osmolaridad plasmática. Posteriormente, se realizaron 4 nuevas mediciones de la presión ocular pre y post diálisis aumentando únicamente un 6.67%. Excelente respuesta clínica.

Conclusiones: Debemos considerar la elevación de la presión intraocular como una posible etiología de la cefalea, los cambios visuales o los síntomas oculares durante las sesiones de hemodiálisis. Una elevación significativa e inadvertida podría resultar en daño glaucomatoso del nervio óptico con una consecuente pérdida visual irreversible. Además del tratamiento oftalmológico, se ha sugerido reducir el desequilibrio osmolar entre el plasma y el humor acuoso para evitar aumentar la presión intraocular. En pacientes con glaucoma o con predisposición a ángulos estrechos, u ojos con alteración del flujo acuoso, la posibilidad de aumento de la presión intraocular durante la hemodiálisis podría ser mucho más frecuente.

HIPERTENSION ARTERIAL EN HEMODIÁLISIS: INCIDENCIA, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN TRAS INICIO DE DIALISIS

Fijó Prieto, Ana¹; Gándara Martínez, Argimiro¹; López-Peláez Hamann, Lucía¹; Canto Calviño, Adriana Milagros¹; Santaclara Pousada, Belén¹; Fernández Cusicanqui, Jeanette Nora¹; Fernández Fleming, Francisco¹; Lamas Barreiro, Jose Maria¹;

(1) HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO (VIGO)

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, hipertensión arterial, tratamiento

1. RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es frecuente en los pacientes en hemodiálisis. Puede ser volumen dependiente o precisar tratamiento farmacológico para su control.

Puesto que en nuestra Unidad de Diálisis desconocemos la incidencia de HTA y su evolución tras el inicio de la terapia, realizamos un estudio observacional retrospectivo con el objetivo de evaluar la incidencia, tratamiento, grado de control y evolución de la presión arterial (PA) tras el inicio de hemodiálisis (HD) y a los tres meses del inicio, en los pacientes prevalentes en la Unidad y en aquellos incidentes entre junio de 2015 y diciembre de 2020.

Resultados: La prevalencia de HTA en nuestra unidad en pacientes prevalentes y estables fue del 40%. De estos, un 17% se controlan con fármacos.

Los pacientes incidentes, padecían HTA al inicio de la HD un 63%, precisando control farmacológico el 13% de ellos. Esta prevalencia disminuyó significativamente tras tres meses en hemodiálisis, pudiéndose reducir el número de fármacos hipotensiones empleados y coincidiendo con el ajuste del peso seco.

Tanto los pacientes diabéticos como aquellos con enfermedad cardiovascular (ECV) presentan una prevalencia más elevada de HTA al iniciar hemodiálisis. Esta diferencia desaparece tras tres meses de tratamiento renal sustitutivo, igualándose entonces la prevalencia de HTA en ambos grupos.

Conclusiones: Este estudio pone de manifiesto la significativa mejoría en el control tensional de los pacientes en HD con respecto a su situación al inicio de la terapia, probablemente relacionada con el adecuado manejo de la sobrecarga de volumen, permitiendo el descenso de fármacos hipotensores. No obstante, a los tres meses en diálisis casi un tercio de pacientes padecen HTA mal controlada a pesar del tratamiento (especialmente pacientes no diabéticos y sin ECV) lo que requerirá un esfuerzo adicional para lograr un adecuado control de la misma.

USO DE BIOIMPEDANCIA PARA VALORAR LA SOBRECARGA DE VOLUMEN SUBCLÍNICA

Plaza, Eva¹; Ossorio Anaya, Álvaro¹; RANGEL HIDALGO, GEMA¹; GOMEZ GOMEZ, ROSA¹; ROMERO RAMIREZ, ESTHER¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

HEMODIALYSIS, BIOIMPEDANCE, ARTERIAL HYPERTENSION

1. RESUMEN

La hipertensión arterial intradiálisis (HTID) aumenta la morbimortalidad de los pacientes en hemodiálisis (HD). La patogenia no está clara, pero se sugiere que puede ser reflejo de una sobrecarga de volumen subclínica. Además, el tipo de antihipertensivos utilizados puede jugar un papel importante por su aclaramiento en diálisis, por la supresión del eje renina-angiotensina y por su influencia sobre la disfunción endotelial.

El **objetivo** del estudio fue evaluar la prevalencia de HTID en nuestra unidad, la sobrehidratación medida por bioimpedancia, y describir el tipo de antihipertensivo utilizado en estos pacientes.

Incluimos pacientes en HD crónica en la unidad hospitalaria. Definimos HTID como un aumento mayor o igual al 10% en la TAS final con respecto a la prediálisis. Evaluamos variables clínicas, sobrehidratación medida por bioimpedancia, hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en el ecocardiograma, ultrafiltración y composición del baño, así como variables analíticas y tipo de antihipertensivos domiciliarios.

De un total de 60 pacientes, 15 (25%) tenían HTID, con una edad media de 57.27 ± 21.06 años. Un 60% eran varones. Todos estaban sobrehidratados según bioimpedancia (3.18 ± 2.29 L), pero solo 3 estaban diagnosticados de insuficiencia cardiaca (posible sobrehidratación subclínica). Presentaban HVI el 66.7% y un 40% tenían función renal residual. Ninguno de los pacientes tomaba fármacos dializables.

En nuestro estudio la HTID no se relacionó con la UF, es decir, más ultrafiltración no implica mayor HTID. Encontramos que el riesgo de HTID aumenta al menos en un 30% en aquellos pacientes con cifras de bicarbonato en sangre mayores. Además, niveles más altos de Hb y AEE no se relacionan con HTID.

Como **conclusión**, la HTID puede reflejar una sobrecarga de volumen subclínica, siendo la bioimpedancia una técnica segura y accesible para poder identificar a aquellos pacientes que se beneficien de ultrafiltración adicional.

FACTORES DE RIESGO EN DONANTE RENAL EN ASISTOLIA

Plaza, Eva¹; OSSORIO ANAYA, ALVARO¹; LUNA AGUILERA, ALICIA¹; RANGEL HIDALGO, GEMA¹; ROMER RAMIREZ, ESTHER¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Kidney transplant, asystole, risk factors

1. RESUMEN

El aumento de las listas de espera de trasplante renal ha llevado a promover planes de donación en asistolia. Este tipo de donantes, desde sus inicios, han sido muy controvertidos por las diferentes complicaciones que presentan debido a la mayor lesión por isquemia-reperusión. Sin embargo, en la actualidad, son muchos los estudios que defienden la supervivencia a largo plazo de este tipo de injerto renales.

Realizamos un estudio retrospectivo observacional con inclusión de 61 pacientes trasplantados renales de donantes en asistolia. El objetivo identificar factores de riesgo de este tipo de donación a través del análisis de las características de donantes, receptores y la evolución tras el trasplante.

Analizando los resultados de nuestra muestra a estudio, nos encontramos con que un 4,9% (n=3) presentaron un injerto nunca funcionante. La función retrasada del injerto (FRI) fue del 39,3%. Las cifras medias de creatinina al primer año eran de $1,79 \pm 0,7$ mg/dl. Por otro lado, el tipo de preservación (ECMO vs superrápida) se asocia significativamente con mayor riesgo de desarrollar FRI. Además, obtenemos que tanto el sexo del donante (que sea varón) como la existencia previa de FRI, son factores de riesgo con significación estadística para el desarrollo de rechazo agudo (RA) post trasplante.

En conclusión, el tipo de preservación es un factor modificable para mejorar la incidencia de la función retrasada del injerto en trasplante renal procedente de donante en asistolia. Controlando esto, según los resultados obtenidos, podríamos evitar en cierta medida la aparición de eventos inmunológicos, en la evolución tras el trasplante.

Rechazo agudo de células plasmáticas. Serie de casos

Plaza, Eva¹; OSSORIO ANAYA, ALVARO¹; HERNANDEZ GARCIA, ELENA²;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Donor-specific antibody, kidney transplantation, plasma cell-rich acute rejection

1. RESUMEN

El rechazo agudo de células plasmáticas (PCAR) se caracteriza por presencia de células plasmáticas maduras (> 10%), resultando similar morfológicamente al rechazo por células T (TCMR). Las series de casos de PCAR publicadas presentan datos histológicos de rechazo mediado por anticuerpos (AMR) o mixto de TCMR/AMR, con presencia de anticuerpos donante específico (ADE).

Caso 1: Paciente 27 años con ERC de etiología intersticial. Evolución postrasplante favorable. Destacar infección por virus BK e infecciones de orina frecuentes. A los ocho años, presenta deterioro brusco de función renal sumado a la aparición de ADE. El resultado de la biopsia renal fue un rechazo agudo celular, con abundantes células plasmáticas y glomerulopatía del trasplante. La respuesta al tratamiento fue parcial. Posteriormente, desarrolló un AMR que conllevó a un nuevo deterioro.

Caso 2: Paciente de 36 años con ERC secundaria a nefroangioesclerosis. Buena evolución. Destacar infección por CMV, infecciones urinarias de repetición y falta de adherencia al tratamiento. Deterioro brusco de función renal a los doce años junto con aparición de ADE. Biopsia renal rechazo agudo celular con componente de células plasmáticas. La respuesta al tratamiento fue parcial.

Caso 3: Mujer de 29 años con ERC secundaria a poliquistosis renal autosómica recesiva. Tras el trasplante, normalización de función renal. Presentó infección por CMV y ADE por falta de tratamiento. Biopsia renal se objetivó un rechazo agudo celular con infiltrado de células plasmáticas junto con un rechazo humoral inicial. La respuesta al tratamiento fue parcial.

Presentamos tres casos de rechazo agudo de células plasmáticas de aparición tardía, donde se postulan, sus posibles características transicionales entre un rechazo por células T con mal pronóstico y un rechazo mediado por anticuerpos, con aparición de ADE. En los casos descritos, existen factores de riesgo y posibles desencadenantes, revelándose la escasa respuesta al tratamiento y el pobre pronóstico existente.

PRESENTACIÓN DE UN CASO: SÍNDROME DE DRESS Y AFECTACIÓN RENAL

Varillas Caso, Dora Angélica¹; Ramírez Gómez, María¹; González Martínez, Miguel Ángel¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

SD DRESS, AFECTACIÓN RENAL

1. RESUMEN

Introducción: El síndrome de DRESS (reacción a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos) es una reacción adversa grave a un fármaco que se caracteriza por una erupción cutánea asociada con afectación sistémica y eosinofilia. Hasta en un 20% no se puede reconocer el fármaco desencadenante.

Caso Clínico: Se trata de una mujer de 36 años con antecedentes de enfermedad renal crónica por Enfermedad tubulointersticial autosómica dominante asociada el gen HNF1B, puérpera de 1 mes, sin otros antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por presentar lesiones cutáneas generalizadas de 3 semanas de evolución, fiebre y sensación de falta de aire. En analítica destaca un deterioro de la función renal Cr 3,54 mg/dL (creatinina basal 2 mg/dL), Urea 108 mg/dL, iones en rango, acidosis metabólica, anemia, leucocitosis con 22% de eosinófilos, GGT 110, Fosfatasa alcalina 313. Al examen físico presentaba exantema maculopapular confluyente, con afectación de cara y con respeto de palmas y plantas y mucosas, sin recorte de diuresis. Se decide ingreso hospitalario, al interrogar sobre toma de medicación, paciente refiere que ha continuado con medicación habitual (paricalcitol, ferbisol, Aranesp) añadiendo en las últimas semanas la toma de Alopurinol 100 mg (tras finalización de embarazo). Ante la sospecha clínica de síndrome de DRESS por presentar exantema morbiliforme, pseudoangioedema con afectación de función renal, hepática y eosinofilia, paciente es tratada con bolos de metilprednisolona manteniendo una evolución favorable durante su ingreso. Tras tratamiento multidisciplinar entre nefrología y dermatología, se logra estabilización de paciente y es dada de alta para seguimiento ambulatorio

Conclusiones: El alopurinol, fármaco ampliamente utilizado en la práctica clínica, puede tener reacciones adversas como el síndrome de DRESS. Es importante el reconocimiento precoz y suspensión fármaco sospechoso, para evitar llegar a una presentación grave.

PAPEL DE LAS TÉCNICAS POR IMAGEN EN EL MANEJO DE LA ALTERACIÓN MINERO-ÓSEA EN LA ERC

López-González Gila, Juan de Dios¹; Villalba Moreno, Juan²; Aguilar Jaldo, María del Pilar³;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. (2) DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA. UNIVERSIDAD DE GRANADA. (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO.

Palabras clave / Términos relevantes:

Calcio, Fósforo, Radiografía Simple

1. RESUMEN

Antecedentes: los trastornos en el metabolismo óseo y mineral son extraordinariamente prevalentes –por no decir consustanciales– en la enfermedad renal crónica (ERC), y constituyen una importante causa de morbilidad, disminución de calidad de vida y de mortalidad cardiovascular. La disminución de la resistencia ósea, junto con las alteraciones de parámetros bioquímicos (calcio, fósforo, PTH y vitamina D), alteraciones en el remodelado óseo, trastornos de la mineralización del tejido óseo, alteraciones en el volumen y la microarquitectura ósea, alteraciones del crecimiento, calcificaciones vasculares y de otros tejidos blandos, forman en su conjunto la enfermedad ósea y mineral asociada a la ERC.

Objetivo: estudio de los nuevos avances y últimas actualizaciones del manejo del paciente renal crónico con alteración del metabolismo óseo mineral, destacando el papel del diagnóstico por imagen.

Materiales y Métodos: búsqueda en base de datos electrónicas, principalmente por el motor de búsqueda de bases de datos PubMed. La estrategia de búsqueda se ha realizado a través del MeSH introduciendo la siguiente terminología: (((("Kidney Failure, Chronic"[Mesh]) AND "Renal Insufficiency, Chronic"[Mesh]) AND "Calcium Metabolism Disorders"[Mesh]) AND "Phosphorus Metabolism Disorders"[Mesh]).

Desarrollo: Cuatro estudios se incluyeron en esta revisión sistemática, de los que tres eran ensayos clínicos aleatorizados doble ciego y, además, un metaanálisis. Destacar de cada uno de ellos, la importancia de hacer un abordaje de la enfermedad de manera integral: estructural, biológico y, en algunos casos, incluso histológico. Descripción de las nuevas incorporaciones terapéuticas, como análogos de vitamina D, calcimiméticos, nuevos quelantes de fósforo, etc...

Conclusiones: podríamos afirmar que las técnicas de diagnóstico por imagen nos permiten una evaluación de la repercusión estructural de la enfermedad ósea y mineral asociada a la ERC. Esta revisión podría ser de incentivo para la aparición de nuevos ensayos clínicos específicos que proporcionen mayor evidencia científica.

PAPEL DEL BELIMUMAB EN LA NEFRITIS LÚPICA

López-González Gila, Juan de Dios¹; Aguilar Jaldo, María del Pilar²; Ortego Centeno, Norberto³;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ÁREA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO.

Palabras clave / Términos relevantes:

Lupus Eritematoso Sistémico, Nefritis Lúpica, Belimumab

1. RESUMEN

Antecedentes: la nefritis lúpica es una entidad muy significativa del espectro del LES, dada su alta morbimortalidad y siendo la única manifestación que por sí sola es diagnóstica según los criterios actuales. Para su diagnóstico disponemos de pruebas de rutina como el deterioro acelerado del filtrado glomerular junto con una proteinuria persistente. El diagnóstico definitivo lo proporciona la biopsia renal. Dentro del tratamiento, la terapia convencional también se está replanteando a fin de reducir los efectos adversos de la misma y también actuar sobre aquellos que progresan a enfermedad renal terminal con necesidad de terapia renal sustitutiva. La tendencia de los nuevos ensayos clínicos va enfocada al uso de biológicos con otras dianas farmacológicas, entre los que el Belimumab adquiere un papel relevante.

Objetivo: estudio de los nuevos avances y últimas actualizaciones sobre el tratamiento de la nefritis lúpica, en especial del papel del Belimumab.

Materiales y Métodos: búsqueda en base de datos electrónicas, principalmente por PubMed. La estrategia de búsqueda se ha realizado a través del MeSH introduciendo la siguiente terminología: Lupus, Nephritis, Belimumab -amp; Treatment.

Desarrollo: Cuatro estudios se incluyeron en esta revisión sistemática, empezando por una revisión sistemática, un metaanálisis y un ensayo clínico reciente que podría suponer un cambio en los nuevos protocolos de tratamiento de la entidad. Por último, se hablará de una revisión que analiza el impacto económico del uso del Belimumab subcutáneo en el Sistema Nacional de Salud español.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de los estudios obtenidos hasta la fecha, los datos obtenidos son prometedores en el hecho de apoyar el uso de Belimumab en la nefropatía lúpica para la inducción o mantenimiento de respuesta renal. Ensayos adicionales examinan si Belimumab (en uniterapia o biterapia tras Rituximab) puede representar una opción terapéutica adicional en el tratamiento de la nefritis lúpica.

A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA RENOVASCULAR EN PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME SAPHO

Beltran Mallen, David¹; Villa Ayala, Veronica Alexandra¹; Mora Lopez, Paula¹; Aladren Gonzalvo, Daniel Joaquin¹; Lopez Royo, Luzia Sescun¹; Gracia Garcia, Olga¹; Parra Moncasi, Eduardo¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

SAPHO, Takayasu arteritis, Hypertension

1. RESUMEN

Introducción: Paciente de 16 años con antecedentes familiares (madre) de síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis). Diagnosticada según criterios de Kahn de síndrome SAPHO a los 10 años por osteomielitis crónica multifocal recurrente y lesiones cutáneas de psoriasis pustulosa, tratada con metotrexato, acitetrina y adalimumab. Ingresa por crisis hipertensiva (210/140 mmHg). Clínicamente presenta cefalea de días de evolución. La exploración física es anodina salvo por la hipertensión y por diferencia de cifras tensionales en extremidades superiores. Análíticamente destaca elevación de VSG, función renal conservada (Crp 0.71 mg/dl), iones séricos y hemograma sin alteraciones relevantes, sedimento urinario con proteinuria (2g/24h) sin hematuria y estudio endocrinológico sin hallazgos patológicos. La ecografía muestra atrofia de riñón derecho (96 mm), con riñón izquierdo compensador (130 mm). En la ecografía-doppler se aprecian índices de resistencia dentro de la normalidad. El angio-TC* muestra vasculitis de la aorta abdominal, que condiciona una obliteración casi completa de arteria mesentérica superior y arteria renal derecha. El ecocardiograma y la RM cardíaca son normales.

Objetivo: Incluir el síndrome SAPHO en el diagnóstico diferencial de hipertensión arterial secundaria en una paciente joven.

Resultados: La paciente es diagnosticada de Arteritis de Takayasu tipo IV según los criterios de EULAR/PRINTO. Se instaura tratamiento antihipertensivo, corticoideo 1mg/kg y con metotrexato 15 mg/semanal. A los 6 meses mantiene un buen control tensional y la función renal permanece estable, sin proteinuria. Se inicia tratamiento con tocilizumab (Inhibidor IL-6), reduciendo la dosis de corticoides y manteniendo metotrexato. El renograma demostró la abolución funcional del riñón derecho, estimando una función renal diferencial de RD 6% y RI 94%.

Conclusion: El síndrome SAPHO es una entidad que engloba varios desórdenes idiopáticos con características clínicas, radiológicas y patológicas comunes y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la HTA secundaria por su asociación con la arteritis de Takayasu.

2. ARCHIVO ADJUNTO:

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891678151814.pdf>

NEFRITIS INTERSTICIAL PRODUCIDA POR SARCOIDOSIS: DIAGNÓSTICO A PARTIR DEL ESTUDIO DEL FRACASO RENAL AGUDO.

Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Beltrán Mallén, David^d; Mora Lopez, Paula¹; Aladrén Gonzalvo, Daniel Joaquín¹; López Royo, Luzia Sescún¹; Medrano Villarroya, Cristina¹; Parra Moncasi, Eduardo¹; Gracia García, Olga¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Nefritis intersticial, Sarcoidosis renal, Fracaso renal agudo.

1. RESUMEN

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por la formación de granulomas. Entre las manifestaciones renales de la sarcoidosis se encuentran la nefrolitiasis y nefrocalcinosis, secundarias a la alteración del metabolismo del calcio y menos frecuente la nefritis intersticial aguda siendo esta la lesión renal clásica con formación de granulomas no necrotizantes. Presentamos el caso de un paciente con fracaso renal agudo (FRA), que tras su estudio se llega al diagnóstico de sarcoidosis pulmonar y renal.

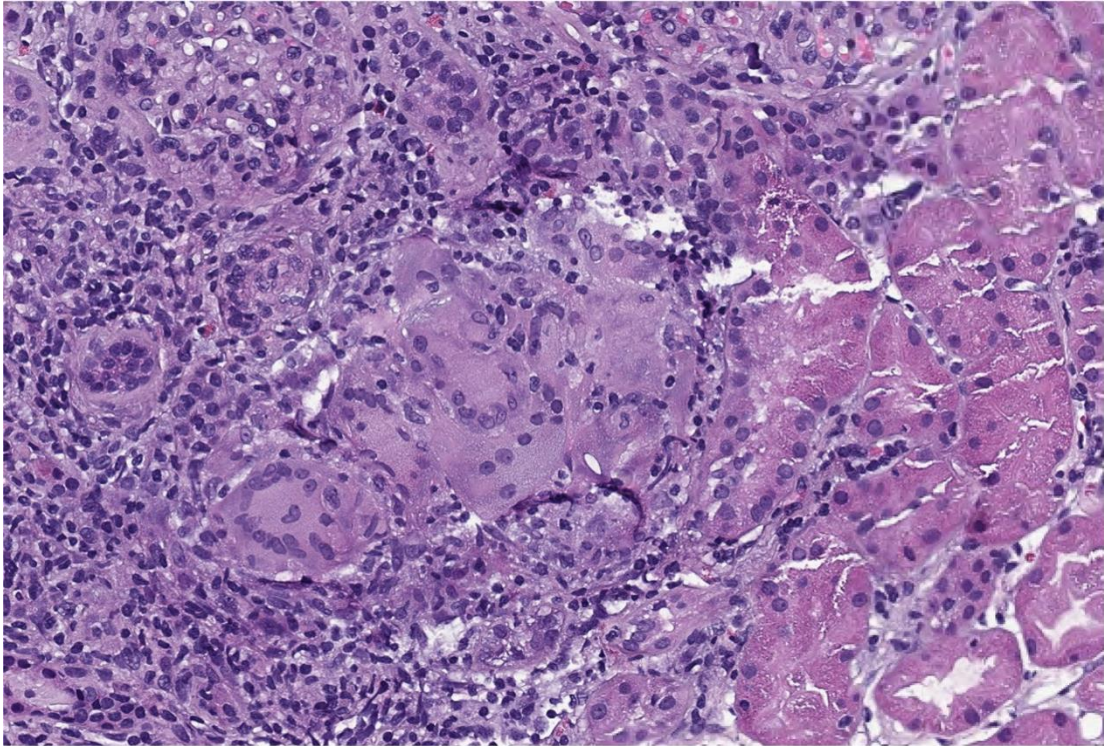
Varón de 66 años, con antecedentes de exfumador, dislipemia y apnea del sueño, que acude a urgencias por dolor abdominal y astenia de 5 días de evolución. En analítica se objetiva creatinina plasmática (Crp) 3.47 mg/dL. Se acompaña de anemia normocítica, elevación de reactantes de fase aguda y proteinuria de 200 mg en 24 horas con sedimento inactivo. El estudio serológico y de autoinmunidad resultó negativo.

Se objetivó en TAC adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales, así como patrón en vidrio deslustrado en parénquima pulmonar, alteraciones confirmadas mediante PET-TAC. Además, se evidenció elevación de ECA. Se realizó biopsia de una adenopatía, mostrando una linfadenitis granulomatosa no necrotizante con células gigantes. Todo ello compatible con sarcoidosis.

Ante deterioro de función renal y proteinuria, se decide realización de biopsia renal donde se apreció una nefritis intersticial con granulomas no caseificantes, compatible con sarcoidosis. Ante esto hallazgos y habiendo descartado otros procesos que justifiquen el cuadro renal, se instauró tratamiento con corticoides orales, con mejora de función renal en pocos días.

Conclusiones: La nefritis intersticial es una forma de manifestación sistémica poco frecuente de la sarcoidosis. Sin embargo, debe sospecharse ante un cuadro de deterioro de función renal con proteinuria. Una vez descartados otros procesos que justifiquen el cuadro, la biopsia renal es el método de confirmación. Los corticoides orales son el tratamiento de elección.

2. ARCHIVO ADJUNTO



EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Platas Santiso, Víctor¹; Méndez Santervás, María¹; Quintela Porro, Valle¹; Martín García, Paula¹; Serra Martínez, Cristina¹;

(1) HOSPITAL RIBERA POVISA

Palabras clave / Términos relevantes:

Riesgo, Hemodialysis, Calidad

1. RESUMEN

Justificación: Tanto las alteraciones clínicas de los pacientes como la complejidad de la asistencia, unida a la morbilidad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica crean un escenario idóneo en la Unidad de Hemodiálisis para la aparición de eventos adversos, comprometiendo la seguridad de los pacientes. Adoptamos el sistema de Gestión de Riesgos clínicos del Hospital, para elaborar un plan integral que consolide la cultura de seguridad en los procesos y minimice la aparición de eventos adversos.

Objetivos

- Integrar un sistema de mejora continua que garantice la seguridad del paciente.
- Reducir la aparición de eventos adversos.
- Mejorar la calidad de los procesos asistenciales.

Material y Métodos: Conformamos un equipo multidisciplinar (Enfermería, Nefrología, Radiología Intervencionista, Cirugía Vascular y Calidad), evaluamos oportunidades de mejora a partir de evidencias publicadas, know-how de profesionales, análisis de incidentes, opinión del paciente y recomendaciones de entidades externas como Joint Commission International.

Identificamos riesgos de forma proactiva aplicando el modelo AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), desarrollando planes de mejora en función del IPR (índice de prioridad de riesgo). Se somete a evaluación interna, realizando Feedback con los profesionales para incrementar la adherencia.

Resultados: Contemplamos un mapa de 8 riesgos relacionados con aspectos de seguridad: caídas, medicamentos de alto riesgo, riesgo biológico, complicación de accesos vasculares o déficit de autocuidado del paciente. Durante el 2021 y 2022 implementamos 18 planes de acción que comprenden procedimientos de manejo de accesos vasculares, check-list de seguridad prediálisis, circuito de Fístula Arteriovenosa, educación a pacientes, y formación a personal evaluando competencias. Descendiendo el IPR y la incidencia de eventos notificados de manera notable.

Conclusiones: El sistema integrado de Gestión de Riesgos en la Unidad de Hemodiálisis ha permitido disponer de una herramienta de mejora en la calidad de los procesos y generar cultura de seguridad en los profesionales.

IMPORTANCIA DEL MONITOREO CONTINUO DE LA DOSIS DE DIÁLISIS.

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Plaza Lara, Eva¹; Rangel Hidalgo, Gema¹; Romero Ramirez, Esther¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, fístula, estenosis

1. RESUMEN

Introducción: La fístula arteriovenosa (FAV) se considera el acceso vascular de elección en la mayoría de los pacientes de hemodiálisis. No obstante, una de las complicaciones más frecuentes es la disfunción causada por una estenosis secundaria a la hiperplasia intimal, en la zona yuxta anastomótica, en la anastomosis prótesis-vena, o debido a la punción repetitiva sobre una misma zona. Por otro lado, en el 80-90% de los casos, el principal factor predisponente para la trombosis de la FAV es la presencia de una estenosis venosa previa, siendo por tanto esencial tener un adecuado programa de monitoreo y seguimiento del acceso vascular.

Objetivos: Presentamos un varón de 74 años en programa de hemodiálisis On-line - postdilución, con 3 sesiones semanales durante 4 horas a través de una FAV húmero cefálica. Habitualmente con volumen convectivo total mayor de 25 litros, con flujo del acceso vascular 400-450 ml/min y presiones arteriales y venosas en rango. Buen control analítico. Ktve 1.25. Sin embargo, Kt en límite bajo y recirculación en monitor 35%. Realizamos ecografía donde observamos estenosis yuxta anastomótica con una reducción de la luz mayor al 50%. Se realizó una fistulografía que confirmó el diagnóstico previo y se reparó mediante angioplastia con excelente resultado.

Resultados: Recirculación 8-10%. KT mayor de 60. Volumen convectivo 26L. Ktve 1.5

Conclusiones: para evaluar una disminución de la dosis de diálisis, es preciso hacer una investigación sistemática de todos los aspectos. En estenosis yuxtaanastomóticas es frecuente que tengamos presiones de la FAV dentro de la normalidad con flujo adecuados y un volumen convectivo mayor a 20L, lo que nos puede hacer pensar que estamos realizando una diálisis adecuada. El monitoreo continuo de la dosis de diálisis mediante el Kt del monitor y la recirculación, permite detectar esta disminución de forma más rápida, evitando periodos de infradiálisis.

FENOTIPOS DE CONGESTIÓN Y PATRONES DE DESCONGESTIÓN EVALUADOS MEDIANTE POCUS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: ESTUDIO PILOTO

Cañameras Fugasot, Carles¹; Riera-Sadurní, Josep¹; Urrutia-Jou, Marina¹; Soler-Majoral, Jordi¹; Rodríguez-Chitiva, Néstor¹; Graterol-Torres, Fredzzia¹; Troya-Saborido, Maribel¹; Lanau, Maria²; Romero-González, Gregorio¹; Bover, Jordi¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Palabras clave / Términos relevantes:

PoCUS, congestión, hemodiálisis

1. RESUMEN

Introducción: La congestión es uno de los factores asociados a una mayor morbimortalidad en pacientes en hemodiálisis (HD). Recientemente, el uso del Point-of-care Ultrasonography (PoCUS) ha surgido como el quinto pilar de la exploración física convencional que permite la evaluación dinámica de la congestión y permite fenotiparla.

Objetivos: 1. fenotipar la congestión en pacientes en HD. 2. establecer patrones de descongestión según los cambios en los fenotipos a lo largo de una sesión de HD.

Método: Estudio descriptivo en unidades de HD de dos hospitales terciarios. Se incluyeron pacientes con más de tres meses en HD. Se excluyeron pacientes con una esperanza de vida corta o que presentaron una complicación aguda. Se realizó una evaluación mediante PoCUS al inicio y al final de la sesión de HD en intervalo de diálisis largo. Se establecieron cuatro fenotipos de congestión: A: ausencia de congestión, B: predominio de la congestión tisular, C: predominio de la congestión vascular y D: congestión mixta. Además, se establecieron 4 patrones de descongestión: 1: ausencia de congestión al principio y al final de la sesión de HD, 2: cambio de fenotipo de B, C o D a A, 3: cambio de fenotipo de congestión y 4: persistencia del mismo fenotipo de congestión.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes. El 75% alcanzaron el peso seco prescrito. Al final de la sesión de HD el 45% de los pacientes persistían con congestión ecográfica y el 45% de los pacientes persistió con algún fenotipo de congestión. No se encontró correlación entre el peso seco y la UF con los patrones de descongestión.

Conclusiones: Estos resultados muestran la persistencia de congestión ecográfica al final de la sesión de HD en un número significativo de pacientes, lo que sugiere que la congestión subclínica es más frecuente de lo que se observa clínicamente.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891679244689.pdf>

NEFROPATÍA POR ANTICOAGULANTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juárez Mayor, Paula¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Ferreras Gascó, José Antonio¹; Babara, Axenia¹; Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Guzmán Vásquez, Melisa¹; Álamo Caballero, Concepción¹; Peña Porta, José María¹; Íñigo Gil, Pablo Javier¹;

(1) HCU LOZANO BLESA (ZARAGOZA)

Palabras clave / Términos relevantes:

"Fracaso renal agudo", "nefropatía por anticoagulantes", "acenocumarol".

1. RESUMEN

Introducción: La nefropatía por anticoagulantes se define como la aparición de fracaso renal agudo (FRA) en el contexto de una anticoagulación excesiva por la toma anticoagulantes orales. Su diagnóstico definitivo es histológico, aunque en muchos casos no se realiza por riesgo de sangrado. Es más frecuente sobre enfermedad renal crónica, diabetes mellitus (DM), hipertensión (HTA) o edad avanzada. Se revisa esta patología a propósito de un caso.

Resultados: Mujer de 71 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, colitis ulcerosa, fibrilación auricular y portadora de prótesis mecánica en contexto de valvulopatía mitral, anticoagulada con acenocumarol. Acude a Urgencias por disnea de dos semanas de evolución, que se acompaña de anuria, hematoquecia y edemas en miembros inferiores desde hace 48 horas. Analíticamente, destaca creatinina sérica de 7,15mg/dL (siendo la previa de 0,68mg/dL un año antes), microhematuria, proteinuria e INR de 13,17. Ingresa en Nefrología, precisando de hemodiálisis urgente ante FRA oligoanúrico y de vitamina K y complejo de protrombina humana para controlar la coagulación. Se descartaron causas prerrenales y obstructivas. Se objetivó un descenso inicial de C3, que se resolvió durante el ingreso, siendo el resto de la autoinmunidad y de los virus (hepatitis B y C e inmunodeficiencia humana) negativos. Ante esta situación, la sospecha diagnóstica fue la nefropatía por anticoagulantes. Se decidió no realizar biopsia renal tras evaluar riesgos y beneficios. Dado que continuó en situación de oligoanuria durante el ingreso, fue incluida en programa de hemodiálisis crónica. Tras el alta, ha ido recuperando la diuresis y mejorando las cifras de creatinina, pero continúa realizando 3 sesiones semanales de hemodiálisis.

Conclusiones: La nefropatía por anticoagulantes es una entidad que debe sospecharse en casos de FRA que se acompañen de datos de anticoagulación excesiva. Su aparición puede condicionar una mayor mortalidad y el desarrollo de una lesión renal irreversible.

¿FRAGMENTO DE CATÉTER PERMANENTE EN VENA CAVA SUPERIOR? A PROPÓSITO DE UN CASO

Nava Rebollo, Álvaro¹; Mohamed Mehamed, Mehamed¹; Fidalgo, Veronica¹; Andrés Martín, Beatriz¹; Diego Martín, Julia¹; Herrera Gomez, Francisco¹; Escaja Muga, Cipriano¹; Ramos Muriel, José Manuel¹; Grande Villoria, Jesus¹;

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA

Palabras clave / Términos relevantes:

CATÉTER FIBRINA PERMANENTE

1. RESUMEN

Introducción: Las complicaciones relacionadas con la hemodiálisis se presentan de manera tardía y suelen ser producto de la disfunción del catéter por procesos trombóticos o desplazamiento del mismo, además del origen infeccioso al actuar como puerta de entrada a diversos microorganismos.

La trombosis intrínseca representa la principal complicación y la causa fundamental de pérdida del catéter, pero existe la posibilidad de la formación extrínseca de vainas de fibrina alrededor del mismo, y que pueden evidenciarse tras su retirada.

Material y método: Se revisa la historia clínica de paciente portador de catéter yugular permanente y prueba de imagen radiológica tras retirada del mismo.

Resultados: Se presenta el caso de un paciente en hemodiálisis por enfermedad renal crónica con hallazgo radiológico incidental compatible con tapón de fibrina tras retirada de catéter permanente yugular derecho en un paciente por mal funcionamiento del mismo durante más de 3 semanas e imposibilidad para recanalización debido a elevado riesgo de sangrado en contexto de antiagregación.

Conclusiones: Llama la atención en TAC de tórax la presencia de una estructura irregular con una morfología semejante al catéter retirado en vena cava y tronco braquiocefálico derecho de 6 cm de longitud, con polo caudal en inicio de la vena cava y el polo cefálico a nivel en inicio de la vena subclavia. Radiología insta a descartar obstrucción en el retorno venoso (en vena cava y tronco venoso braquiocefálico), que puede estar en relación con la estructura visualizada, siendo el tapón de fibrina la posibilidad más congruente en este contexto.

En la radiografía de tórax no se aprecia acodamiento ni otro defecto del catéter antes de su retirada, y este se halla bien posicionado en aurícula derecha.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891680112398.pdf>

Ocultamos o Conocemos el picor en Diálisis

Olaya, Teresa¹; Foraster Rosello, Andreu¹; Villalobos, Gustavo¹; Espinoza, Brenda¹; Carreras, Jordi¹; Alonso, Angela¹;

(1) CENTRO DE DIÁLISIS BAIX LLOBREGAT- DIAVERUM

Palabras clave / Términos relevantes:

Diálisis, picor

1. RESUMEN

Introducción: Siendo un síntoma que con cierta frecuencia se nos plantea, "Conocemos o preguntamos si los pacientes con IRC o en Diálisis tienen picores??"

Objetivos: Evaluar el impacto de la manifestación de picores crónicos, en los pacientes estables con Insuficiencia Renal Crónica en la unidad de hemodiálisis.

Resultados: Disponíamos de las encuestas del estudio CENSUS en el que no pudimos participar, pero sí que realizamos la encuesta voluntaria a todos los pacientes del centro.

Se recogieron con respuestas claras para su evaluación 141 encuestas de las que 40 pacientes manifestaron que tenían picores de tipo crónico.

Se evaluó personalmente para confirmar la encuesta si el picor era "Leve- Moderado o Intenso".

Todos estaban realizando Hemodiálisis on-line post dilucional, con filtros de alta permeabilidad, y con KTV > 1.67 y 4 horas de tratamiento 3 días semana.

Revisada la analítica de los últimos 6 meses de todos ellos, se descartaron aquellos que presentaban dentro del periodo mencionado PTH elevada > 600 pg/ml; Fósforo elevado superior a 5.5 mg/dl o Producto Ca x P elevado por encima de 55.

Cumplieron 32 pacientes (4 mujeres y 28 hombres) todos con más de 6 meses de diálisis (7 meses a 12 años) y rango de edad de entre 32 a 89 años.

Manifestaban: Picor Leve 8 p.; Picor Moderado 15 p.; Picor Intenso 9 p.

Constatamos que en nuestra unidad el 22,7 % de los pacientes tiene picores no justificados por alteraciones analíticas y de ellos el 17 % tiene picores que refieren de moderados a intensos que les ocasiona gran disconfor y les altera su calidad de vida.

Conclusión: Es un problema que si preguntamos existe y para el que faltan soluciones.

AVACOPAN, PLASMAFÉRESIS Y MUCHO MÁS EN PACIENTE CON MÚLTIPLES RECAÍDAS DE VASCULITIS ANCA – MIELOPEROXIDASA POSITIVA. SERÁ LA ÚLTIMA RECAÍDA?

Prados Soler, M^a del Carmen¹; Salmerón Rodríguez, María Dolores¹; Caba Molina, Mercedes²; Villegas Pérez, Isabel María¹; González Martínez, Francisco Javier¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA (2) SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Avacopan, plasmaféresis, vasculitis ANCA

1. RESUMEN

Introducción: La activación de la vía del complemento juega un papel importante en la patogénesis de las VAA. El avacopan es un potente antagonista de C5aR1.

Caso clínico: Mujer de 54 años, natural de Argentina, exfumadora, obesa, hipertensa y diabética. Diagnosticada en 2015 de Vasculitis sistémica asociada a p-ANCA (MPO) con afectación pulmonar (Neumonitis necrotizante – biopsia pulmonar), renal (Glomerulonefritis necrotizante – biopsia renal), cutánea (púrpura), sistema nervioso periférico (polineuropatía), sistema nervioso central (hipofisitis, que causa Diabetes Insípida) y ORL (neuritis vestibular).

Ha recibido tratamiento con: Metilprednisolona (MP), ciclofosfamida 500 mgr iv (12 ciclos) en 2015, posteriormente CE y azatioprina. Rituximab en 2018. Nuevo brote en 2019, de nuevo MP, ciclofosfamida (6 ciclos) y Rituximab iv (2 ciclos), seguido de Rituximab 500 mgr c/6 meses (última dosis en Julio/2021).

Tercer brote de vasculitis en Diciembre/2022, debutando como Síndrome pulmón-riñón, con insuficiencia respiratoria aguda por hemorragia alveolar, deterioro de función renal y hemorragia digestiva, anemia severa (Hb 6,6 gr/dl). ANCA-MPO: 420 U/ml.

Se inicia tratamiento con MP 3 bolos de 500 mgr, plasmaféresis (total 10 sesiones) y ciclofosfamida iv. Se asocia avacopan oral 30 mgr/12h. Actualmente, la paciente se encuentra clínicamente estable, con mejoría de función renal y de proteinuria y ANCA-MPO: 20 U/ml.

Discusión: La paciente presenta un alto riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus), aplastamientos vertebrales, antecedentes neurológicos junto con elevado riesgo de recaída. Avacopan actúa directamente sobre la inmunopatogénesis de las VAA, sin interferir en otras respuestas del sistema inmunitario, ayudando así a inducir la remisión. Por otro lado, permite disminuir el uso de CE.

Conclusión: La adición de avacopan al tratamiento estándar de las VAA contribuye a controlar la actividad clínica, mantener la remisión y minimizar el daño orgánico debido a los efectos adversos de los CE al permitir reducir la dosis de estos fármacos.

PLASMAFÉRESIS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS. CEGUERA REVERSIBLE TRAS PLASMAFÉRESIS

Prados Soler, M^a del Carmen¹; Salmerón Rodríguez, María Dolores¹; Caba Molina, Mercedes²; Villegas Pérez, Isabel María¹; González Martínez, Francisco Javier¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA (2) SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Plasmaféresis, enfermedades autoinmunes, nefrología

1. RESUMEN

Introducción: La aféresis terapéutica (AFT) es una técnica extracorpórea cuya finalidad es eliminar de la sangre los componentes patógenos asociados a una determinada enfermedad.

El **objetivo** fue realizar un análisis descriptivo de nuestra experiencia reciente.

Resultados: Durante el periodo desde Enero/2019 a Diciembre/2022 hemos realizado plasmaféresis a 49 pacientes (13 en el año 2019, 5 en 2020, 12 en el año 2021 y 19 en el año 2022), 35 hombres y 14 mujeres, con un rango de edad: 3 años - 80 años. El número total de sesiones han sido 392.

Hemos realizado AFT a pacientes con 16 Enfermedades diferentes, derivados de los siguientes Servicios hospitalarios:

- * Nefrología: Síndrome hemolítico urémico atípico, vasculitis (ANCA, por anticuerpos anti-membrana basal glomerular y Crioglobulinemia)
- * Ginecología: Síndrome de HELLP
- * Hematología: Púrpura trombótica trombocitopénica
- * Neurología: Miastenia Gravis, S.de Guillain-Barré, Neuritis óptica, Mielitis, Esclerosis Múltiple, S. de Fisher asociado a Lupus eritematoso sistémico
- * Medicina Interna – Digestivo: Hipertrigliceridemia – Pancreatitis aguda
- * Reumatología: Artritis Reumatoide

La mayoría de ellas fueron de origen neurológico (primer lugar) y nefrológico (segundo lugar).

Es de reseñar, que los resultados clínicos han sido significativamente muy satisfactorios en casi todas las enfermedades tratadas.

3 de los pacientes que debutaron con ceguera, recuperaron la visión.

De los 8 casos con Síndrome pulmón-riñón con hemorragia alveolar, 5 precisaron hemodiálisis aguda, de los cuales 3 pacientes recuperaron función renal y 2 pacientes fueron éxitos (una de ellas rechazó

continuar tratamiento con PF). El tratamiento con corticoides, ciclofosfamida, rituximab y en algunos casos avacopan ha sido fundamental para conseguir el éxito.

Tuvimos un total de 7 éxitos que fueron debidos a su patología de base.

Conclusión: La AFT es una opción terapéutica que está avalada por una extensa experiencia clínica y evidencia científica, con buenos resultados, en algunos casos milagrosos.

RITUXIMAB, PLASMAFÉRESIS Y MUCHO MÁS EN VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA. LUCHA INFINITA POR SOBREVIVIR

Prados Soler, Ma del Carmen¹; Salmerón Rodríguez, María Dolores¹; Caba Molina, Mercedes²; González Martínez, Francisco Javier¹; Villegas Pérez, Isabel María¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA (2) SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Plasmaféresis, vasculitis crioglobulinémica, hemorragia cerebral

1. RESUMEN

Introducción: La infección por el virus de hepatitis C (VHC) puede asociarse a enfermedades autoinmunes.

La vasculitis crioglobulinémica (VCG) puede persistir y reaparecer después de la curación del VHC.

En la biopsia renal el patrón más frecuente es la Glomerulonefritis (GN) membranoproliferativa (55%). El 10-15% progresa a ERC estadio 5.

Caso Clínico: Varón de 58 años, remitido a Consulta de Nefrología por macrohematuria, síndrome nefrótico, sobrecarga hídrica y deterioro de función renal.

Portador de varios tatuajes. En Junio/2022 se le diagnostica de Hepatitis C, recibe tratamiento, quedando con carga viral indetectable.

En analítica: Hb 13 g/dl, Cr 1,9 mgr/dl, proteínas totales 4,7, albúmina 2,7, Crioglobulinas: crioprecipitados a expensas de IgM 77% e IgG 24%, con pico monoclonal IgM, FR 8, C3: 48, C4 < 8, ANCA negativos, proteinuria 9.5 gr/24h, sedimento: > 50 Htíes/c.

Biopsia renal: Glomerulonefritis Crioglobulinémica membranoproliferativa y presencia de pseudotrombos.

Punción-biopsia de médula ósea: normal.

Se inicia tratamiento con MP iv 3 bolos de 1 gramo, luego prednisona oral en pauta descendente, 3 sesiones de plasmaféresis (PF) y Rituximab iv 2 dosis de 1 gr.

Un mes después, el paciente presenta mejoría de función renal pero de nuevo ingresa por plaquetopenia severa, empeoramiento del Síndrome nefrótico y una Aspergilosis pulmonar. Se reinician sesiones de PF. El paciente presenta un hematoma masivo y una trombosis pulmonar + trombosis alrededor del catéter central. Mejora siendo dado de alta pero de nuevo, ingresa en UCI por cuadro de Accidente cerebrovascular hemorrágico, siendo intervenido pero finalmente fue éxitus.

Conclusiones:

* La VCG puede persistir y reaparecer después de la eliminación del VHC

* El patrón histológico más frecuente es GN membranoproliferativa

* El tratamiento de elección incluye CE + Rituximab, con o sin PF, puede ser muy difícil sobre todo si coinciden en el tiempo trombosis y hematomas masivos.

Características del Síndrome Cardiorrenal en el paciente con ERC leve-moderada y fracción de eyección reducida (IC-FEr)

Mañero Rodríguez, Carlos Alberto¹; García Chumillas, V¹; López-González Gila, JD¹; Ramírez Gómez, M¹; Borrego García, E¹; Prados Garrido, MD¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HU. SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome Cardiorrenal, Fracción de eyección reducida, Diabetes

1. RESUMEN

Introducción: El Síndrome Cardiorrenal (SCR) es una situación patogénica cada vez más habitual en el medio hospitalario y en las consultas de riesgo vascular. Su vínculo con condicionantes como la DM2, obesidad, hipertensión (HTA), dislipidemia y sus tratamientos respectivos, genera dificultades en términos asistenciales integrales.

Material y métodos: 20 pacientes con SCR (IC-FEr por Simpson biplano < 50%) atendidos en la C. Nefrología y Riesgo Vascular (TFGe > 20ml/min). En ellos se evalúa la condición de diabético o no, y también: edad, IMC, tensión arterial, lípidos, función renal y niveles de kalemia (sin quelantes del potasio) tanto en la visita de selección como en la de control. Por otro lado, analizamos el NT-pBNP (pg/ml) y fracción de eyección (FEVI) individuales.

Resultados: Del total (ver tabla), 16 fueron hombres (80%) frente a 4 mujeres (20%), con edad media de 70.05 años (43-83 años). La Crs media fue de 1.76 mg/dl, CKD-EPI 39.85 ml/min, NT-pBNP 2034.65 pg/ml (182-8130) y FEVI de 38.75% (19-49). El sobrepeso fue una constante (75%) con IMC medio 27.92, así como la DM2 tuvo una prevalencia del 60% con HbA1c medio 7.31%. En la mayoría de DM, no se alcanzaron valores rango. Respecto a la TA estuvo controlada (< 130/80) en el 65% muestral en relación al empleo de iSGLT2, bbloq, antialdosterónicos y sacubitrilo-valsartán. La hipercolesterolemia solo obtuvo control en 10 pacientes (50%) y la hipertrigliceridemia en 13 (65%). Encontramos asociación significativa entre NT-pBNP y la doble condición diabetes/edad (p < 0.05).

Conclusiones: En el paciente con ERC en estadio intermedio y SCR estable, hay numerosos factores de riesgo no controlados como el sobrepeso, la DM2 y la dislipidemia. A pesar de prescribir numerosos fármacos, la función cardíaca estimada por FEVI y la medición del NT-pBNP, solo tuvo vínculo patogénico claro con la edad y la coexistencia de diabetes.

2. ARCHIVO ADJUNTO

<https://gruporic.servicioapps.com/uploads/app/1635/formsuploads/126659/file4528891681196146.pdf>

Perfil de prescripción en el Síndrome Cardiorrenal atendido en Consulta de Nefrología

Mañero Rodríguez, Carlos Alberto¹; Varillas Caso, A1; Plata Sánchez, R¹; Hernández García, E¹; Zarcos Pedrinaci, E¹; Barrales Iglesias, M¹; Prados Garrido, MD¹;

(1) S. NEFROLOGÍA. HU. SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome Cardiorrenal, iSGLT2, Sacubitrilo-valsartán

1. RESUMEN

Introducción: La IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr), constituye un factor comórbido en los pacientes con ERC. Las GPC proponen un abordaje terapéutico (con iSGLT2, ARM, sacubitrilo/valsartán -ARNI- y betabloqueantes), que pueden generar deterioro del filtrado y un disturbio hidroelectrolítico.

Material y métodos: Son seleccionados 20 pacientes de ambos sexos atendidos en C. Nefrología y Riesgo Vascular con TFGe > 20 ml/min. Todos ellos con IC-FEr estable (FEVI $< 50\%$ por Simpson biplano), sin nefrectomía ni quelantes del potasio, y al menos una revisión tras la selección. Se recogen: datos demográficos, creatinina -Crs-, CKD-EPI, potasio pre- y postselección, NT-pBNP, FEVI, así como la dosis y el tipo de fármaco para la IC.

Resultados: Predominio de afectación en hombres (n=16, 80%) frente a mujeres (n=4, 20%), con edad media de 70.05 años (43-83). La Crs fue 1.76mg/dl, CKD-EPI 39.85ml/min, NT-pBNP 2034.65pg/ml (182-8130) y FEVI de 38.75% (19-49). Respecto a los fármacos, el 90% tenían iSGLT2 (55% con dapagliflozina 10mg y 35% con empagliflozina 10mg), solo 13 pacientes (65%) con ARNI y a dosis baja 24/26mg c/12hrs, 12 enfermos (60%) con ARM (9 con eplerenona 25mg/día vs 3 con espironolactona 25mg/d) y el 50% con bbloqueantes. En la revisión postselección, solo un paciente tuvo K+ > 5 mEq/l (valores medios de 4.45mEq/l), y la función renal estable (Crs 1.67mg/dl menor que al inicio -p > 0.05 - con CKD-EPI 40.78ml/min superior al inicio -p > 0.05). Por último, la combinación de las 4 clases farmacológicas no asoció mejor CKD EPI (p < 0.05), ni NTpBNP (p < 0.05) aunque tampoco hiperkaliemia (p < 0.05).

Conclusiones: El tratamiento de la ERC leve-moderada con IC-FEr, no parece condicionar a dosis bajas mejores tasas de filtrado glomerular, ni tampoco un NTpBNP más reducido. Comprobando la escasa prevalencia de hiperkalemia, recomendable en estos pacientes generalizar la combinación de fármacos y fomentar una mejor titulación de sacubitrilo/valsartán

ACTIVIDAD LÚDICA EN HEMODIÁLISIS: BIBLIOTECA

Torío Mateos Silvia, Lago Feo Ana Isabel, Ríos Cotorruelo Almudena, Gómez Santos María Encarnación, Pérez Colás María Mercedes, Vaquero González María.

Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Zamora

1. RESUMEN

Introducción: La creación de una biblioteca en nuestro servicio de diálisis como actividad lúdica y cultural convierte el espacio dirigido al tratamiento de hemodiálisis en un espacio dinámico para el desarrollo y fomento de la lectura.

Nuestro **objetivo** consiste en desarrollar una experiencia de innovación bibliotecaria como alternativa para hacer más agradable la estancia en la sala de diálisis durante el tratamiento.

Resultados: El personal de diálisis organizamos un grupo de trabajo con el fin de crear una biblioteca en la unidad.

Empezamos con la recepción, registro y sellado de los libros recibidos. Los clasificamos según la temática. Proseguimos con el tejuelo de los libros etiquetándolos por colores en función del tema (novela, poesía, autoayuda...)

Se elaboró un catálogo con el nombre del autor, título y resumen de cada libro que fue el que posteriormente se facilitó a los pacientes.

Por último, los libros se colocaron en un armario con estanterías identificadas con los distintos temas en el pasillo de entrada a la sala de diálisis.

Conclusiones: Conseguimos crear una biblioteca con un listado de libros accesible a los pacientes de la unidad con el fin de dar una prestación de los mismos durante el tratamiento de hemodiálisis.

La biblioteca supone una alternativa lúdica para hacer más llevadera la sesión de hemodiálisis.

Referente a las limitaciones para poder realizar la actividad durante las sesiones de hemodiálisis cabe destacar, la edad avanzada de los pacientes, dificultades en la visión o mala tolerancia al tratamiento, que impide que puedan hacer uso de la biblioteca. En la actualidad, estamos trabajando en proyectos de humanización para ofrecer otras alternativas.

PRURITO ASOCIADO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Lago Feo Ana Isabel, Ríos Cotorruelo Almudena, Gómez Santos María Encarnación, Torío Mateos Silvia, Pérez Colás María Mercedes, Vaquero González María.

Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Zamora

Palabras clave / Términos relevantes:

Prurito, Hemodiálisis, Calidad de vida.

1. RESUMEN

Introducción: El prurito es uno de los síntomas más incómodos para los pacientes en hemodiálisis, con un gran impacto en la calidad de vida. La fisiopatología es desconocida y está infradiagnosticado.

El objetivo es valorar el impacto del prurito en la calidad de vida del paciente con picor asociado a enfermedad renal crónica (PA-ERC) sometido a hemodiálisis.

Resultados: Se realizó una encuesta anónima y voluntaria a 70 pacientes de la unidad de hemodiálisis. Mediante dos escalas:

Escala numérica de clasificación de intensidad del picor (WI-NRS) que consta de 11 puntos, de 0 a 10 donde 0 indica "sin picor" y 10 "el peor picor imaginable" en las últimas 24h. Obtuvimos como resultado que 31 pacientes no tenían picor (puntuación 0). 19 pacientes tenían picor leve (puntuación entre 1 y 3). 12 pacientes tenían picor moderado (puntuación entre 4 y 6). 8 pacientes tenían picor intenso (puntuación entre 7 y 9). Y ningún paciente con picor máximo (puntuación 10).

Escala de la gravedad de la enfermedad evaluada por el paciente (SADS) valora el impacto del prurito en la calidad de vida, permitiendo que los propios pacientes se clasifiquen como uno de los tres "tipos" paciente A (leve), paciente B (moderado) y paciente C (grave) en función de sus síntomas y signos. Se obtuvieron como resultados que el 78,57% se autclasificó como paciente A, el 17,14% como paciente B y el 4,28% como paciente C.

Conclusión: A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que el impacto del prurito en la calidad de vida de los pacientes de la muestra es bajo, ya que la mayoría no presentan picor o éste es leve y se autclasifican como paciente A, es decir, no tienen problemas para dormir, no se ponen nerviosos ni tienen marcas en la piel.

PSEUDOANEURISMA EN FÍSTULA ARTERIOVENOSA PROTÉSICA

Torío Mateos Silvia, Lago Feo Ana Isabel, Ríos Cotorruelo Almudena, Gómez Santos María Encarnación, Pérez Colás María Mercedes, Vaquero González María.

Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Zamora

1. RESUMEN

Introducción: El acceso vascular a considerar como primera opción es la fístula arteriovenosa autóloga. En el caso de que no existan venas adecuadas que permitan realizar un acceso vascular autólogo, habrá que utilizar una prótesis vascular.

Los pseudoaneurismas son dilataciones expansibles provocadas por el sangrado subcutáneo persistente a través de una pérdida de continuidad de la pared de la fístula o prótesis.

Los pseudoaneurismas son frecuentes en las prótesis de larga evolución del acceso.

Caso clínico: Varón de 50 años en tratamiento crónico con hemodiálisis 4 sesiones por semana con múltiples accesos vasculares fallidos.

En marzo de 2018 se realiza fístula arteriovenosa protésica húmero-axilar derecha de politetrafluoroetileno expandido (PTFE), con inicio de punción en abril de 2018.

En agosto de 2018, ante problemas para puncionar se intenta canalización de femoral sin éxito. En septiembre de 2019 se hace un hematoma perifístula por extravasación. En noviembre de 2019, se confirma con eco-doppler hematoma contenido en zona de anastomosis arterial con flujo solo en la zona anastomótica. No presenta erosión cutánea. Se sospecha estenosis en anastomosis venosa o proximal a ella.

En Mayo se canaliza catéter yugular ante la dificultad cada vez mayor de las punciones.

En Junio de 2020 ingresa para reparación de la fístula. Mediante eco-doppler previo a intervención se visualiza hematoma gigante (14x10cm) en cara medial del brazo con dos zonas de solución de continuidad de la pared protésica, con hematomas circundantes al mismo nivel, que coinciden con zonas de punción de la prótesis a nivel braquial.

Se realiza retirada de fístula arteriovenosa protésica devastada e injerto de PTFE de 6mm desde rodetes de la anterior.