



Diálisis y Trasplante

www.elsevier.es/dialis



Comunicaciones orales

XXXII Congreso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante.
Castelldefels 12-14 de mayo de 2010

National Congress of the Spanish Society of Dialysis and Transplantation.
Castelldefels 12-14 May 2010

BLOQUE 1. DIÁLISIS PERITONEAL

Cruzada preventiva contra las infecciones por pseudomonas en diálisis peritoneal

A. Morey Molina, E. Seren Couso, L. Castro Roper, C. Lima Comas

Hospital Universitario Son Sureta, Palma de Mallorca, España

Introducción: las pseudomonas (PS), bien adaptadas al medio acuoso, son responsables de procesos infecciosos graves en los pacientes tratados con diálisis peritoneal (DP). **Objetivo:** delimitar pautas profilácticas contra las infecciones por pseudomonas.

Método: estudio de intervención, prospectivo, con cohorte histórica, sobre pacientes (p) sometidos a DP entre 1987 y 2009. Analizamos las infecciones del orificio de salida (IOS) y peritonitis (P) en general y por ps desde 1987. Por períodos (pe): 1.º pe: 59 p 19 mujeres (m) y 40 varones (v), con edad media (em) de 54 ± 16 años. Desde 1987 a 31-12-1995. La cura del OS la realizaban durante la ducha diaria con jabón antiséptico. 2.º pe: 105 p 38 m y 67 v, em: 54 ± 13 años. Desde 1-1-1996 hasta 31-7-2003. Ducha diaria sin retirada del apósito que cubre el OS, posteriormente cura del OS con jabón antiséptico y agua previamente hervida. No cumplidores (incumplen la pauta más de 4 veces al mes) 22%. 3.º pe: 77 p 37 m y 40 v, em: 52 ± 15 años. Desde 1-8-2003 hasta 31-10-2009. Ducha diaria con apósito oclusivo sobre el habitual, posteriormente, retirada de ambos y cura del OS con agua previamente hervida y jabón antiséptico. No cumplidores 12%. 3.º pe c (restringido a cumplidores): 68 p 30 m y 38 v em: 51 ± 15 años.

Resultados: última Pps e IOSps: septiembre 2004 y 2007 respectivamente. Paciente/año (p/a). Si comparamos los 1.º pe con 3.º pe c, obtenemos las siguientes p: 0,01 para IOS/p/a, 0,003 para IOSps/p/a, 0,0001 para P/p/a y de 0,005 para Pps/p/a. Significación estadística test Mann-Whitney.

Conclusión: la exclusión del OS del agua doméstica, mediante apósitos oclusivos y posterior lavado con agua previamente hervida, son pautas efectivas en la prevención de las IOS y P en general y secundarias a pseudomonas.

Uso de metoxi-polietilenglicol epoetina beta (Mircera[®]) en diálisis peritoneal: resultados preliminares del estudio Capri

R. Ramos^a, M.T. González^b, M. Vera^c, Grupo de Diálisis Peritoneal de Cataluña y Baleares

^aHospital de la Vall Hebron, Cataluña y Baleares, España

^bHospital de Bellvitge, Cataluña y Baleares, España

^cHospital Clinic, Cataluña y Baleares, España

Objetivo: evaluar la efectividad de Mircera[®] en pacientes en DP para mantener los niveles de Hb en los rangos recomendados por las guías clínicas.

Métodos: estudio observacional a un año, prospectivo, multicéntrico, en pacientes tratados con DP, en Cataluña. Se han incluido un total de 112 pacientes, de los que se disponen datos a los 6 meses en 80 pacientes y a los 12 meses en 34.

Resultados: se han incluido 112 pacientes (64,3 6% varones, 35,7% mujeres, edad media de $58,2 \pm 15,4$ a). AEE previos: 63,56% darbepoetina (dosis semanal $42,8 \pm 24,4$), 22,19% EPO beta (dosis semanal 6.364 ± 5.745), 1,8% EPO alfa (dosis semanal 11.500 ± 9.192), y 22,3% no habían recibido AEE. La etiología de IRC más frecuente fue la nefropatía glomerular (29,1%). La DP fue el primer tratamiento sustitutivo en 69,6%, 16,1 procedían de HD y 16,14% de trasplante. En la tabla 1 se muestra la dosis inicial de Mircera en función del FEE al inicio. Dosis inicial Mircera. Todos (112) darbepoetina epoetina beta epoetina alfa sin AEE previo Media \pm d.t 112,6 \pm 55,2 126,2 \pm 62,3 100,0 \pm 39,3 125,0 \pm 35,4 89,0 \pm 38,2 En la tabla 2 y 3: evolución de la dosis de Mircera y de la Hb por rangos. Tabla 2 Basal (112) 2 meses (99) 4 meses (93) 6 meses (77) 8 meses (51) 10 meses (47) 12 meses (34) Media \pm d.t 112,6 \pm 55,2 113,8 \pm 54,7 117,8 \pm 60,5 120,2 \pm 60,2 112,2 \pm 54,6 117,6 \pm 60,3 111,5 \pm 55,3 Tabla 3 Hb Basal 2 meses 4 meses 6 meses 8 meses 10 meses 12 meses < 11 g/dl 32 (28,6) 28 (28,3) 24 (26,1) 18 (24,3) 12 (24,5) 10 (22,2) 9 (26,5) 11-11,99 g/dl 27 (24,1) 18 (18,2) 24 (26,1) 23 (31,1) 8 (16,3) 12 (26,7) 8 (23,5) 12-12,99 g/dl 33 (29,5) 28 (28,3) 19 (20,7) 16 (21,6) 19 (38,8) 13 (28,9) 10 (29,4) \geq 13 g/dl 20 (17,9) 25 (25,3) 25 (27,2) 17 (23,0) 10 (20,4) 10 (22,2) 7 (20,6). No se han recogido durante el período de seguimiento ningún acontecimiento adverso que pueda atribuirse al agente estimulante de la eritropoyesis.

Conclusiones: la administración mensual de Mircera mantiene los niveles de Hb dentro de los niveles recomendados por las

guías, mejorando el confort de los pacientes, sin provocar efectos secundarios indeseables.

Hidrotórax con peritonitis en diálisis peritoneal

V. Oviedo Gómez, L. Sánchez García, P. Martín Escuer, E. Hernández García, J. Martín Gago, J.M. Monfá Bosch, F. Sousa Pérez

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España

Resumen: la complicación más frecuente en la diálisis peritoneal es la peritonitis, de evolución clínica favorable gracias al diagnóstico y tratamiento precoz. Otra complicación, más rara, es el hidrotórax secundario. Presentamos el caso de una paciente en la que coinciden ambas.

Caso clínico: mujer de 76 años, con insuficiencia renal crónica 2.ª a nefropatía intersticial. Inicia diálisis peritoneal continua ambulatoria a través de catéter Tenckhoff doble cuff tras reposo peritoneal. 3 años después, aparece pequeña hernia umbilical y otra hernia abdominal (8 cm), que no interfieren con la diálisis. Tras valoración quirúrgica se decide modificación de la pauta de diálisis (más intercambios de menor volumen) y observación. Seis meses después presenta peritonitis (*bacteroides fragilis*), iniciándose protocolo antibiótico intraperitoneal. A las 24 h aparece disnea súbita. En RX tórax se detecta derrame pleural derecho que no disminuye a pesar del vaciamiento abdominal, precisando toracocentesis evacuadora. El análisis del líquido obtenido muestra una elevada concentración de glucosa, confirmando el diagnóstico de hidrotórax. Se sustituye la antibioterapia intraperitoneal por intravenosa, con evolución satisfactoria. Al presentar varios defectos en la pared abdominal, la paciente es transferida definitivamente al programa de hemodiálisis.

Discusión: el hidrotórax consiste en paso del líquido peritoneal al espacio pleural a través de un defecto estructural peritoneopleural, congénito o adquirido. La frecuencia de aparición es baja: entre 1,6% y 2,9%. Aparece con más frecuencia en mujeres y en hemitórax derecho, y suele manifestarse al inicio de la técnica. La interacción de episodios de peritonitis puede exacerbar defectos diafragmáticos congénitos, lo que explicaría la aparición de hidrotórax años después de iniciar la CAPD (como es nuestro caso). Existen varias opciones terapéuticas: hemodiálisis transitoria con retorno a diálisis peritoneal con volúmenes bajos, pleurodesis química y cirugía. A pesar de todo, las recidivas son elevadas.

El transporte peritoneal de proteínas durante la prueba de equilibrio peritoneal predice de manera más fiable que la excreción total en efluente de 24 h la evolución de los pacientes que inician diálisis peritoneal

A. Rodríguez-Carmona, M. Pérez Fontán, D. Barreda, N. Blanco Castro, M. Da Cunha Naveira, A. López Muñiz

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), A Coruña, España

Resumen: el transporte peritoneal de proteínas (TPP) es un marcador pronóstico potencial en pacientes que inician DP. La prueba de equilibrio peritoneal (PEP) podría permitir una valoración más precisa de esta correlación que la cuantificación en efluente de 24 h. Presentamos un estudio observacional sobre 269 pacientes que iniciaron DP 2000-08. Las variables principales fueron TPP durante PEP basal (TPP-PEP) y en efluente de 24 h

(TPP-24). Las variables de control incluyeron todas las esenciales demográficas, de laboratorio y adecuación. Las variables dependientes fueron: mortalidad [global, cardiovascular (CV) e infecciosa], eventos CV y riesgo de peritonitis. Aplicamos estrategias univariantes y multivariantes de análisis estadístico. TPP durante PEP mantuvo correlación significativa pero limitada con TPP en 24 h ($r=0,46/0,50$, $p<0,0005$). Al inicio de DP, TPP mostró correlación independiente con categoría de transporte (D/P240j— creatinina) y comorbilidad CV. TPP-PEP ($p<0,0005$, Δ global 59,4) predijo mortalidad de manera más fiable que TPP-24 ($p=0,04$, Δ 50,5). Además, TPP-PEP, pero no TPP-24, predijo de manera independiente los riesgos de mortalidad CV e infecciosa, y de peritonitis. Ni TPP-PEP ni TPP-24 fueron capaces de predecir eventos CV durante seguimiento. El TPP al inicio de DP mantiene correlación con comorbilidad CV acumulada, y constituye un potente marcador de supervivencia. La estimación del TPP durante PEP basal permite una valoración más fiable que la del TPP en 24 h, muestra buena capacidad predictiva tanto de mortalidad CV como infecciosa, y se correlaciona con el riesgo de peritonitis. La estimación del TPP durante PEP debe formar parte rutinaria de la valoración pronóstico de pacientes que inician DP. El TPP durante la PEP predice de manera más fiable que la excreción total en efluente de 24 h la evolución de los pacientes que inician diálisis peritoneal.

Experiencia del grupo español de evaluación del paricalcitol oral en pacientes en diálisis peritoneal

R. Ramos^a, M.T. González^b, M.A. Bajo^c, M. Pérez-Fontán^d, C. González^e, F. Barbosa^f

^aHospital de la Vall Hebron, Barcelona, España

^bHospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España

^cHospital La Paz, Madrid, España

^dHospital Juan Canalejo, A Coruña, España

^eHospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España

^fHospital del Mar, Barcelona, España

Introducción: paricalcitol es un activador del receptor de la vitamina D (ARVD) que regula de forma selectiva la concentración hormona paratiroidea (PTH). La nueva formulación en cápsulas orales permitió ampliar la indicación a pacientes en DP con hiperparatiroidismo secundario.

Objetivo: el objetivo fue valorar el efecto del paricalcitol oral sobre las alteraciones del metabolismo mineral en pacientes en DP.

Métodos: estudio multicéntrico español, retrospectivo y observacional en pacientes en DP que inician paricalcitol oral como tratamiento del hiperparatiroidismo secundario 2.º. Se valoraron datos demográficos y bioquímicos y dosis empleadas al inicio del tratamiento y a los 3 y 6 meses.

Resultados: se han incluido 105 pacientes (42 mujeres y 63 hombres), con una edad media de 61 ± 14 años; tiempo medio en DP: 24 ± 21 años y un índice de Charlson de 6 ± 2 . La etiología de la IRC fue: glomerulonefritis crónica: 24 (24%), vascular: 20%, nefropatía diabética: 18%, no filiada: 18%, nefritis intersticial crónica 12%, poliquistosis: 8%, enfermedad sistémica: 2%. Un 68,6% no recibía tratamiento previo con vitamina D, 29,5% recibía tratamiento con calcitriol oral y un 1,9% alfa-calcidol. BASAL MES 3 MES 6 Media (DT) Media (DT) Media (DT) Obs. válidas 102 67 52 PTH pg/ml 439,7(262,1) a 287,4(233,3) b 229,6(198,3) b $p = < 0,0001$. Dif entre Mes3-Basal y Mes6-Basal Obs. válidas 99 72 52 P mg/dl 4,86(1,02) 5,03(1,06) 4,88(1,04) $p = 0,55$ Obs. válidas 102 75 54 Ca mg/dl 9,08(0,72) b 9,29(0,63) ab 9,47(0,68) a $p = 0,00$. Dif entre

Mes3-Basal y Mes6-Basal Obs. válidas 88 64 49 FA UI/l 141,9(118,4) 120,5(93,8) 113,7(103,9) $p=0,271$ Obs. válidas 81 58 41 Kt/v 2,43(0,58) 2,49(0,60) 2,56 (1,06) $p=0,63$.

Conclusiones:

- Paricalcitol oral es un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento del hiperparatiroidismo secundario en pacientes con IRC en programa de DP, reduciendo la PTH en un 51,8% a los 6 meses de tratamiento.
- Paricalcitol oral, aunque produce un aumento significativo de la calcemia, ésta no supera los niveles recomendados en las guías.
- Paricalcitol oral no afecta los niveles de fósforo ni FA.
- La dosis de diálisis no influyó en el control de la PTH.

Polimorfismos del gen del receptor de AGE y su relación con el mantenimiento del KT/V urea peritoneal

V. Duarte^a, P. Alia^b, A. Padró^b, E. Salillas^b, F. Gruart^b, M.T. González^b

^aConsorti Sanitari de Terrassa-Hospital De Terrassa, Terrassa, España

^bHospital de Bellvitge, Barcelona, España

Resumen: al nefrólogo de DP peritoneal le preocupa mantener a sus pacientes en condiciones óptimas asegurando la supervivencia en la técnica elegida. Uno de los criterios de evaluación de la técnica es el mantenimiento del KT/V urea y creatinina total en rango adecuado. La pérdida de funcionalidad de la membrana peritoneal puede obligar al abandono de la técnica. Esta pérdida se debe a cambios estructurales causados entre otros por la neoangiogénesis. Los productos de degradación de la glucosa generados en la esterilización de los líquidos de DP promueven la formación de AGE. Inicialmente tendrían un efecto antiisquemia beneficioso, pero desencadenan neoangiogénesis responsable de cambios indeseados en la membrana. Los polimorfismos del receptor de AGE (AGER), entre ellos el -374T > A y el -429T > C, parecen relacionarse con la cantidad de receptores presentes en la membrana peritoneal. Se evalúan 40 pacientes prevalentes de una unidad de DP con la siguiente distribución genotípica: -374T > A: TT(47%) TA (50%) AA (2,6%); -429T > C:TT(83,8%) TC (13,5%) CC (2,7%). Se relacionan los distintos polimorfismos de AGER y el mantenimiento de la función de la membrana peritoneal entendida como mantenimiento de valores de KT/V peritoneal adecuados a lo largo del tiempo. Se calcula el área bajo la curva de los distintos valores de KT/V. El resultado se corrige en función de la glucosa total que el paciente ha recibido. Se comparan los valores obtenidos por genotipo y no se observan diferencias significativas para ninguno de los 2 polimorfismos, aunque tienden a ser valores mayores en individuos TT, es decir, los de la variante con menos expresión del receptor de AGE. Ocurre tanto en diabéticos como no diabéticos. Estudios posteriores con más pacientes podrían plasmar una relación entre los distintos polimorfismos de AGER y el mantenimiento de la función de la membrana peritoneal entendida como mantenimiento del KTV peritoneal.

BLOQUE 2. CASOS CLÍNICOS

Fracaso renal agudo secundaria a nefritis tubulointersticial aguda asociada a uveítis en paciente en edad adulta

A. Molina Ordas, A. Rodríguez Gómez, M. Heras Benito, M.J. Fernández-Reyes Luis, R. Sánchez Hernández, F. Álvarez-Ude Cotera

Hospital General de Segovia, Segovia, España

Introducción: el síndrome TINU es una enfermedad poco frecuente caracterizada por afectación ocular (uveítis bilateral) e insuficiencia renal secundaria a nefropatía túbulointersticial. Suele presentarse frecuentemente en pacientes infantiles o edad juvenil, con un claro predominio femenino. El pronóstico, tanto ocular como renal suele ser favorable, aunque suelen precisar terapéutica esteroidea tópica o sistémica, especialmente en edades adultas.

Caso clínico: varón de 54 años de edad que debutó con clínica de enrojecimiento ocular, dolor y fotofobia, siendo diagnosticado de uveítis bilateral. Se realizó estudio etiológico de uveítis, siendo negativo. A las pocas semanas el paciente comenzó con poliuria, nicturia, malestar general, realizándose una analítica en la que se objetivó una creatinina de 3,3 mg/dl, además de datos de disfunción tubular (glucosuria, hiperfosfaturia, proteinuria leve...) con eliminaciones urinarias incrementadas de inmunoglobulinas. Se realizó biopsia renal mostrando inflamación túbulointersticial, confirmando, por tanto el diagnóstico de síndrome TINU. Se inició tratamiento con esteroides orales mejorando la creatinina hasta 1,7 mg/dl. A las pocas semanas de cesar el tratamiento experimentó un empeoramiento de la función renal, que fue preludio de una recidiva ocular tratada eficazmente con esteroides tópicos. La creatinina (que previamente había ascendido hasta 1,9 mg/dl) volvió a disminuir a 1,6 mg/dl y la aparición previa de proteinuria había desaparecido. Posteriormente la función renal se ha mantenido estable con creatininas que oscilan entre 1,5 – 1,6 mg/dl.

Conclusión: el síndrome TINU es una entidad a considerar en aquellos casos de nefropatía túbulointersticial asociado a uveítis cuando el estudio etiológico es negativo. El pronóstico suele ser benigno en cuanto a la función renal, en nuestro caso sin embargo logramos solo una recuperación parcial. Ello refuerza la hipótesis, ya referida por varios autores, de un peor pronóstico de la enfermedad en pacientes adultos, en los que es mucho más infrecuente su aparición.

A propósito de un caso: gripe A en trasplante hepatorrenal

R. Garófano López, M.A. Rodríguez Martínez, M.C. Prados Soler, C. Moriana Domínguez, B. García Maldonado, I. Poveda García

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: el virus de la gripe A (H1N1) es un nuevo virus Influenza resultante de la asociación de segmentos de RNA de virus influenza de origen porcino, aviar y humano. Las complicaciones pueden consistir en descompensaciones de la enfermedad de base o desarrollo de una neumonía vírica, con insuficiencia respiratoria y síndrome de distrés respiratorio agudo.

Caso clínico: se trata de una paciente de 17 años con poliquistosis hepatorrenal autosómica recesiva, trasplantada de hígado y riñón en junio de 2006 y en tratamiento con tacrolimus micofenolato mofetilo y esteroides. Es remitida al hospital en julio de 2009 con una diarrea acuosa de 2 días de evolución sin productos patológicos, fiebre ni otra clínica sistémica acompañante, con anemia, leucopenia y deterioro ligero de la función renal. A su ingreso se reduce la dosis de MMF desapareciendo la diarrea en 48 h, siendo los coprocultivos y PCR-CVM negativos. El estado de la paciente se deteriora progresivamente al comenzar con fiebre elevada, deterioro severo de la función renal y pancitopenia moderada aunque con leucopenia severa que llega a precisar la suspensión del MMF y tratamiento con filgrastim, además de tratamiento antibiótico empírico. Los

hemocultivos y urocultivos son positivos a *E. coli*. El cuadro infeccioso de origen urinario remite con antibioterapia específica, desapareciendo la fiebre y mejorando la pancitopenia y función renal. Tres días después comienza con cuadro pseudogripal. La PCR para gripe A es informada como positiva el día que la paciente se marchaba de alta.

Conclusión: entre los grupos de riesgo de gripe A se incluyen pacientes con enfermedad renal moderada-grave y receptores de un trasplante. Las características más destacables de nuestro caso son la temprana aparición y la buena evolución de la infección, sin secuelas relevantes a pesar de la presencia de factores y complicaciones que pudieron dar lugar a ello.

Hiperparatiroidismo secundario por glándula ectópica

C. Moriana Domínguez, M.A. Rodríguez Martínez, M.C. Prados Soler, R. Garófano López, B. García Maldonado, I. Poveda García

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: el trasplante renal mejora la morbilidad urémica asociada al paciente en diálisis. Sin embargo, existe una incidencia de hiperparatiroidismo secundario de 30-50%, que se asocia a un aumento de la morbimortalidad en pacientes con trasplante renal.

Caso clínico: varón de 64 años con antecedentes de HTA, DMID y ERC secundaria a nefropatía intersticial. Inicia programa de hemodiálisis en octubre/1993 y recibe trasplante renal en enero/1996. En febrero/07 se diagnostica de HPTT secundario con hipercalcemia severa, realizándose ecografía y gammagrafía del cuello sin hallazgos patológicos. Ante la posibilidad de una glándula ectópica se solicita nueva gammagrafía con rastreo tóracoabdominal sin hallazgos. Se inicia tratamiento de la hipercalcemia. En diciembre/08 ante la persistencia de cifras elevadas de calcio y PTHi se repiten pruebas de imagen (ecografía y gammagrafía), evidenciando en ecografía una glándula paratiroidea agrandada. En enero/09: paratiroidectomía con exéresis de 2 glándulas paratiroides y un quiste tiroideo, sin encontrarse glándulas hiperplásicas ni adenomas. Tras la intervención persiste hipercalcemia y cifras de PTHi elevadas, realizándose TAC de cuello y tórax con hallazgo de glándula paratiroidea ectópica intratorácica en mediastino superior paratraqueal derecho de 30 x 20 mm, siendo extirpada en julio/09. El postoperatorio cursa con deterioro severo de función renal, hipocalcemia, anasarca, derrame pericárdico. Actualmente el paciente se ha recuperado totalmente, presentando Cr 2,8 mg/dl, Ca 10,2 mg/dl y PTHi 7,77 pg/ml.

Conclusiones: El control de HPPT persistente es un objetivo terapéutico importante después del trasplante renal. La causa suele ser un adenoma oculto, con una incidencia de glándulas paratiroides ectópicas entre un 6-25% y el 55% de esas glándulas estaba ubicado en el mediastino. La investigación preoperatoria con gammagrafía con Tc99m-MIBI y la TC pueden ayudar al cirujano a planificar el mejor abordaje quirúrgico inicial. Las complicaciones que pueden derivarse de la cirugía paratiroidea incluyen hipocalcemia y enfermedad ósea adinámica.

Valor de la troponina T como marcador de cardiopatía isquémica en pacientes en hemodiálisis. A propósito de un caso

M.C. Prados Soler^b, M.D. Del Pino^b y Pino, M.E. Palacios Gómez^b, D. Sánchez Torres^a, R. Garófano López^b, C. Moriana Domínguez^b

^aCentro de Hemodiálisis Los Arcos, Almería, España

^bComplejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: las troponinas cardíacas (Tn) son hoy en día los biomarcadores con mayor especificidad para el daño miocárdico. La determinación del valor basal de TnT en pacientes en hemodiálisis resulta de gran interés dada la mayor probabilidad de que estos pacientes presenten cifras basales elevadas.

Caso clínico: Se trata de un varón de 82 años, con ERC estadio V de etiología no filiada, en programa de hemodiálisis desde enero/2008. Antecedentes de HTA, DM e hipercolesterolemia. Cardiopatía isquémica: IAM (2003), con doble bypass coronario y portador de marcapasos. Los valores basales seriados de TnT: 0,06, 0,1 y 0,09 ng/ml. El 19/12/2009 ingresa en el servicio de cardiología por cuadro de disnea progresiva. A la exploración física nada que destacar. Marcadores cardíacos: elevación progresiva de TnT: 0,17-5,05-6,13 ng/ml. ECG: ritmo de marcapasos. Dx: IAM de localización no determinada. El 21/12/2009 es dado de alta. 48 h después, el paciente acude de nuevo al servicio de urgencias por cuadro de disnea súbita, sin dolor torácico. TA 180/100 mmHg. AR: crepitanes bibasales hasta campos medios. Marcadores cardíacos: mioglobina 202, TnT 6,71 ng/ml. ECG: sin cambios. Ecocardiografía similar a la previa.

Diagnóstico: edema agudo de pulmón. Se procede a sesión urgente de hemodiálisis ultrafiltración, siendo exitus a los 60 min de iniciar la sesión.

Conclusiones: en los pacientes en hemodiálisis, la medición basal de los niveles de TnT supone una estrategia de mejora pues en un paciente concreto con clínica de SCA, es fundamental poder comparar el valor de TnT en ese momento con su cifra basal. (Sería muy interesante realizar un protocolo conjunto con el servicio de cardiología.) La determinación basal de TnT tiene especial interés en pacientes portadores de marcapasos, pues en estos casos el ECG no es valorable.

Síndrome de vena cava superior secundario a catéter Permcath para hemodiálisis

M.C. Prados Soler, M.D. Del Pino y Pino, E. Diaz Lucas, M.E. Palacios Gómez, R. Garófano López, C. Moriana Domínguez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: la trombosis o estenosis de la vena cava superior y/o troncos braquiocefálicos, en pacientes portadores de catéteres centrales para hemodiálisis es una complicación relativamente frecuente y poco descrita. Los síntomas típicos son: edema en esclavina, disnea e ingurgitación de venas yugulares.

Caso clínico: paciente mujer de 72 años con enfermedad renal crónica estadio V, de etiología no filiada, en programa de hemodiálisis desde el año 2005, a través de catéter Permcath en vena yugular interna derecha. En enero/2005 cistectomía radical más derivación tipo Bricker por carcinoma vesical infiltrante. El 8/8/2007 precisó recambio del catéter permanente. En noviembre/2009, la paciente presenta disfunción del catéter por falta de flujo, por lo que se administró urokinasa, con éxito. A la exploración física destacaba: edema facial y cervical. Estudio de coagulación y de trombofilia normal. Se solicitó una cavografía superior, que objetivó: estenosis significativa de vena cava superior, trombosis del tronco braquiocefálico derecho y trombosis parcial de tronco braquiocefálico izquierdo. Dado que, para poder implantar la endoprótesis es preciso retirar el catéter permanente y que en este caso existe gran dificultad para conseguir otro acceso vascular, se decide inicialmente optar por tratamiento conservador: anticoagulación sistémica durante 6 meses. Posteriormente, se realizará un control para ver la evolución radiológica del caso y en función de ésta y de la

situación clínica se valorará la realización de tratamiento endoluminal.

Conclusiones: en el síndrome de vena cava superior, existen controversias en cuanto al tto de elección. El tto conservador mediante anticoagulación oral, puede ser una buena alternativa en algunos casos.-A tenor del aumento en la frecuencia en la utilización de catéteres venosos centrales para hemodiálisis durante largos periodos de tiempo y dado que las estenosis u oclusiones venosas suelen ser asintomáticas, es importante realizar un diagnóstico precoz que permita su resolución.

Linfadenitis masiva y fallo renal agudo en paciente joven

R. Palma^b, A. Navas-Parejo^b, D. Prados^b, M. Gómez^a, A. Polo^b, D. Barreda^b, E. Borrego^b

^aServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Cecilio de Granada, Granada, España

^bServicio de Nefrología, Hospital clínico San Cecilio de Granada, Granada, España

Introducción: la enfermedad de Rosai-Dorfman, es una enfermedad histiocítica proliferativa rara, definida por los hallazgos histológicos, se trata de linfadenopatías masivas de gran tamaño sobre todo cervicales, con afectación extraganglionar de cualquier órgano corporal. De causa desconocida aunque podría tratarse de una alteración inmune.

Caso clínico: hombre de 18 años con fiebre vespertina y dolor abdominal difuso. Antecedentes adenoidectomía bilateral exploración: febrícula. TA 130/75. Abdomen: doloroso a la palpación analítica: Hb 9,5 g/dl, 10.600 leucos con linfopenia. Elevación de IgG policlonal Creatinina 2,3 mg/dl. Proteinuria 1 gr/24 h. Ccr 67 ml/min (Cockcroft), serologías y marcadores tumorales negativos. TAC: múltiples adenopatías retroperitoneales y mesentéricas de pequeño tamaño. RNM facial: ocupación del seno maxilar derecho compatible con poliposis.

Discusión: diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda por salmonella, glomerulonefritis, linfoma, patologías de estirpe hematológico. Síndrome de Rosai-Dorfman. Evolución aumento de las cifras de creatinina sérica hasta 4,1 mg/dl así como la proteinuria hasta 4 gr/24 h. Se realiza biopsia renal. MO de infiltrado inflamatorio intersticial periglomerular, esclerosis glomerular, así como semilunar fibrosas y celulares. IF depósito de IgG en membranas basales glomerulares con patrón lineal, sugerente de enfermedad por Ac antimembrana basal. Tratamiento prednisona y ciclofosfamida.

Conclusiones: El Rosai-Dorfman puede producir un fallo renal agudo, las masas difusas que infiltran ambos riñones son el hallazgo histológico más común que puede explicar la alteración en la función renal. Describimos un caso atípico, en el cual esta patología rara, aparece asociada a un deterioro agudo de la función renal, sin afectación macroscópica inicial. Tras analizarse mediante biopsia se puso de manifiesto una glomerulonefritis extracapilar que pudo tratarse con acierto.

BLOQUE 3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA/HEMODIÁLISIS/ TRASPLANTE RENAL

La enfermedad renal que se oculta tras los ingresos: una oportunidad de mejora

M. Cuberes Izquierdo^b, B. Campos Gutiérrez^a, L.M. Lou Arnal^b, O. Gracia García^a, S. Bielsa Gracia^b, S. Sanjuán Hernández-Franch^b

^aHospital de Alcañiz, Alcañiz, Aragón, España

^bHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Aragón, España

Objetivos: identificar oportunidades de mejora en el proceso asistencial de pacientes con enfermedad renal hospitalizados en un hospital comarcal.

Material y método: audit. clínico: muestreo aleatorio sobre 200 ingresos. Fuentes de datos: historia clínica e informe de alta. Indicadores de deterioro de función renal: criterios RLIPT. Como indicadores de calidad del proceso consideramos: 1.) Porcentaje de pacientes en los que se realiza al menos una determinación de función renal en el ingreso. 2.) Porcentaje de pacientes que cumplen criterios de ERC y/o de deterioro de función renal y figura este diagnóstico en la Evolución Clínica. 3.) Porcentaje de pacientes que cumplen criterios de ERC y/o deterioro de función renal y figura este diagnóstico en el informe de alta hospitalaria.

Resultados: edad media $71,1 \pm 17$ años, 42% mujeres, 63% ingresados en áreas médicas y 37% en áreas quirúrgicas. Durante la estancia hospitalaria en 54 casos (27%) no se realizó ningún control durante el ingreso, especialmente en áreas quirúrgicas. Se constató ERC previa al ingreso en 50 pacientes (25%), aunque tan solo figura este diagnóstico en la historia clínica hospitalaria en 14 (28%), y en el informe de alta en 17 (34%). Detectamos deterioro de función renal en 68 pacientes de los 146 en que se realizó control durante el ingreso (un 46,5%). Este dato figura en la historia clínica tan solo en el 50% y en el informe de alta en el 33,8%.

Conclusiones: la incidencia de ERC previa al ingreso y de deterioro de función renal durante el mismo es elevada. Con frecuencia el diagnóstico de ERC o de su deterioro durante el ingreso no figura en la evolución clínica ni en el informe de alta, reflejo de una escasa conciencia del proceso por parte de nuestros compañeros. Es conveniente la implantación de un protocolo de práctica clínica y su difusión hospitalaria.

Trece años de intervencionismo nefrológico en nuestro servicio

A. Ortiz Carcamo, R. Abadía del Olmo, A. Berni Wenekers, R. Álvarez Lipe, J.A. Abascal Ruiz, F. Martín Marín

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Introducción: nuestro servicio de dispone de una unidad de técnicas de nefrología intervencionista. Desde hace 13 años y de forma pautada, se realizan todos los procedimientos necesarios para la asistencia integral a nuestros pacientes. Los objetivos son tanto la formación en esta área de nuestros médicos residentes como la gestión de la oferta para la realización de estas técnicas en otros servicios de nefrología, independientemente de área de adscripción y titularidad, así como el logro del aumento de confianza y personalización de la asistencia a los pacientes afectos de insuficiencia renal crónica terminal.

Material y métodos: en el tiempo estudiado (1995-2007) se han efectuado un total de 839 fístulas arteriovenosas primitivas; 316 biopsias percutáneas y 157 catéteres permanentes (tipo Tesio). Se han implantado también 716 catéteres no permanentes (técnica Shaldon). Un total de 1.793 pacientes, 1.090 hombres y 703 mujeres componen el universo poblacional.

Resultados: tras comprobar las características de la población, se realizan estudios descriptivos. Los valores promedios y su representación se transcriben en gráficos Jim,s. Se complementa el estudio con paquete estadístico SPSS versión 15.0 por la complejidad del tratamiento de los datos obtenidos. El seguimiento lo hemos circunscrito a pacientes provenientes de nuestra área sanitaria y que se han hemodializado en nuestra unidad (846

pacientes: 529 hombres y 317 mujeres). La edad media para realización de fístula es de 62,76 años catéter permanente: edad media de implantación 63,01. Media en días de Favi funcionando en nuestra área: 838,31. Media para hombres 775,50. Media en mujeres: 918,90 días. En pacientes de nuestra área se han hecho 521 fístulas arteriovenosas primitivas según técnica de Cimino-Brescia, 320 en hombres y 201 en mujeres. En 268 pacientes la vía ha resultado efectiva para todo el tratamiento.

Discusión: Los resultados son similares a los de unidades de cirugía.

Conclusiones:

1. Debemos plantear la necesidad de una unidad de nefrología intervencionista de referencia por ratio poblacional mínimo de millón de habitantes.
2. Los objetivos descritos pueden ser alcanzables.

Eficacia y seguridad del tratamiento con plasmaféresis en enfermedades sistémicas

D. Barreda Grande, R. López Hidalgo, R. Palma Barrio, C. Mañero Rodríguez, A. Navas-Parejo Casado, M.D. Prados Garrido, S. Cerezo Morales

Servicio de Nefrología, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

Material y métodos: estudio retrospectivo de pacientes sometidos a plasmaféresis en nuestro servicio entre noviembre de 2007 y junio 2009.

Definimos:

Respuesta completa: ausencia de síntomas con normalización de parámetros analíticos.

Respuesta parcial: mejoría en al menos el 50% de los parámetros analíticos, sin llegar a normalizarse.

Ausencia de respuesta: resto de casos.

Objetivos: Principal: valorar la eficacia del tratamiento mediante plasmaféresis en pacientes diagnosticados de enfermedades subsidiarias de dicha técnica.

Secundario: evaluación de efectos secundarios específicos del procedimiento aféretico.

Resultados

Enfermedad	N.º	Reposición	Tratamiento	Evoluc	N.º ses
PTT	2	PFC	RTX	RC	14
			RTX+CF	RC	14
SHU	3	PFC	CT	RC	6
			CT+CF iv	RP	6
			CT+MMF	RP	10
			CT+CF iv	RP	7
GMN pANCA	2	Alb	CT+CF iv	RP	8
			CT+CF iv	RP	8
Hemofilia	1	PFC	CT+CF iv+RTX	RC	8
Hiperviscos	2	Alb	CF+FD	RC	7
			CF+FD	RC	10
CAPS	1	PFC	CT+CF iv+RTX	RC	5
Miastenia gravis	1	Alb	Piridostigmina	RP	9
Pénfigo	1	Alb	Esteroides	Exitus	10
E.II	1	Alb	Adal+Mesal	RC	19
TOTAL	14				133

Adal: adalimumab; Alb: albúmina; CAPS: síndrome antifosfolípido catastrófico; CF iv: ciclofosfamida intravenosa; CT: corticoides; E.II: enfermedad inflamatoria intestinal; FD: fludarabina; Mesal: mesalazina; PFC: plasma fresco congelado. RC: remisión completa; RP: remisión parcial; RTX: rituximab.

Conclusiones: Globalmente los resultados en nuestro estudio muestran una elevada eficacia, remisión completa en 8/14 (57,14%), remisión parcial en 5/14 (35,7%) y un caso de exitus no atribuible al procedimiento dada la patología base.

La plasmaféresis es una técnica segura, habiéndose observado escasos efectos secundarios (1/133, <1%) atribuibles al procedimiento.

Estos resultados son concordantes con los observados en la literatura revisando cada patología.

Son necesarios más estudios y registros sobre aféresis terapéutica para establecer la eficacia de la misma en las diversas enfermedades empleadas.

La información de diálisis como ayuda a la elección de modalidad de tratamiento sustitutivo renal

L. Portela Rico, T. Pérez López, C. Bermúdez Liste, D. Salgado Silva, M. Mojón Barcia, A. Rodríguez-Carmona

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), A Coruña, España

Resumen: el paciente con insuficiencia renal severa se enfrenta a la necesidad de elección de modalidad de tratamiento sustitutivo renal (TSR). La ley de autonomía del paciente refleja el derecho a recibir información de los procesos terapéuticos invasivos y la obligación del personal sanitario de proporcionarla.

Objetivos: analizar el grado de desconocimiento del TSR y su posible mejoría tras recibir información y la influencia de nuestro protocolo sobre la elección de TSR.

Material y métodos: Realizamos un protocolo de información en 2 sesiones de 1h el día de revisión en la consulta externa. Disponemos de medios audiovisuales (cuaderno de demostración con gráficos, video, libro que se entrega para lectura posterior en su domicilio) y se facilita el encuentro con pacientes que realizan diálisis. Se registran los aspectos desconocidos al inicio del protocolo evaluando su grado de conocimiento posterior.

Resultados: Comenzamos a utilizar el protocolo actual en el año 1996 realizando una media de 60 informaciones al año. La mayoría de los pacientes tienen un alto grado de desconocimiento previo, al menos de una de las modalidades de TSR (60% hemodiálisis y 70% DP peritoneal), que mejora de forma significativa después de las informaciones. La modalidad de TSR más frecuentemente elegida es hemodiálisis. Los pacientes más jóvenes y con mayor conocimiento de las opciones de TRS eligen modalidades de DP automatizadas. El análisis de la forma final de TRS de los pacientes de nuestra área muestra diferencias significativas según haya recibido o no información protocolizada previa.

Conclusiones: el protocolo de información que empleamos aumenta el grado de conocimiento de nuestros pacientes y resulta útil para la toma de decisión del TSR. Creemos que debería generalizarse a todos los pacientes, incluidos los que comienzan de urgencia.

Adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis y relación con la calidad de vida

S. Bielsa, M. Cuberes, L. Arnaud, S. Etabaoudi, J. Pérez, A. Sanjuán

Hospital Universitario Miguel Server, Zaragoza, España

Antecedentes y objetivos: los pacientes en hemodiálisis son pacientes polimedicados, con elevada comorbilidad y deterioro de la calidad de vida percibida. En la actualidad, existen muy pocos estudios que analicen la adherencia al tratamiento en este grupo

de población, ni la implicación que ésta pueda tener en su calidad de vida.

Material y métodos: se llevó a cabo un estudio transversal, sobre 48 pacientes pertenecientes a la unidad de hemodiálisis de pacientes crónicos del Hospital Miguel Servet. Se estimó la adherencia al tratamiento mediante el cuestionario SMAQ y la calidad de vida percibida por los pacientes fue evaluada mediante la autoadministración del cuestionario KDQoL-SF36. Otros factores demográficos y clínicos (analíticos y parámetros de diálisis) fueron analizados con objeto de identificar factores relacionados con ambos aspectos.

Resultados: la media de comprimidos diarios fue de $13 \pm 5,5$. El 43,5% de los comprimidos diarios eran quelantes del fósforo. Un 34,8% de los pacientes resultó ser mal adherente al tratamiento. Se encontró asociación entre la calidad de vida percibida y los niveles de fósforo. La adherencia al tratamiento se correlacionó con las subescalas de sueño, rol emocional, satisfacción y situación laboral del cuestionario KDQoL SF36.

Conclusiones: el promedio de comprimidos que toman al día los pacientes en hemodiálisis es muy elevado, debido fundamentalmente a los captadores del fósforo. Dada la relación observada entre adherencia y calidad de vida, pensamos que fomentar una adecuada adherencia al tratamiento podría contribuir a mejorar la calidad de vida percibida por estos pacientes.

Acreditación de calidad de una unidad de hemodiálisis pública en Andalucía. Nuestra experiencia

M.C. Prados Soler, M.D. Del Pino y Pino, M.E. Palacios Gómez, M.A. Rodríguez Martínez, R. Garófano López, C. Moriana Domínguez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: en mayo/2006 se inauguró la actual unidad de hemodiálisis (HD), dotada de: 5 salas, 41 monitores, 26 puestos, 3 turnos diarios, 100 pacientes fijos, con 100% de ocupación y un total de 50 profesionales. La acreditación tiene como máximas: «Lo que no se registra no existe», «Lo que no se mide no puede mejorarse». Nuestro proceso de acreditación: el proceso de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) lo hemos realizado según lo previsto en el programa de acreditación de unidades de HD y tomando como referencia su manual de estándares. Se valoran un total de 86 estándares correspondientes a 4 bloques. Existen 3 niveles de acreditación, según su complejidad. Fase 1: fase de preparación; 26/marzo/2008

Fase 2: autoevaluación y plan de mejora interno; desde el 26/marzo/2008 hasta el 20/junio/2009.

Fase 3: evaluación externa; 9/julio/2009. Resolución del Comité de Certificación (30/7/2009): acreditación de calidad avanzada, siendo por tanto la única unidad de HD pública acreditada por la ACSA en Andalucía. La ACSA consideró como nuestros puntos fuertes, por cumplir más del 90% de los estándares, los referidos a: satisfacción, participación y derechos de los usuarios, accesibilidad y continuidad asistencial, actividades de promoción y programas de salud, estructura y equipamiento en cuanto a procesos generales, de soporte y seguridad.

Fase 4: autoevaluación de seguimiento, duración de 5 años, próxima visita por la ACSA en julio/2011. Actualmente, nos encontramos en esta fase.

Conclusiones: El ser la única unidad de HD pública acreditada por la ACSA ha supuesto un reconocimiento por las autoridades sanitarias, hemos superado su nivel de satisfacción, confianza y seguridad del paciente. No se trata solo de conseguir un nivel de

acreditación sino mantenerse y al mismo tiempo intentar conseguir un nivel superior. Animamos a acreditarse a las unidades de HD.

Hemodiafiltración on line versus hemodiálisis alto flujo, experiencia de 30 meses

J. Carreras, R. Gallo, T. Olaya, G. Villalobos, A. Foraster

DIAPERUM; Centre de Diàlisi Baix Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Catalunya, España

Introducción: hemos realizado el seguimiento de 66 pacientes afectos de insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis periódica ambulatoria durante 30 meses. De forma aleatoria los agrupamos en 33 pacientes que eran tratados con hemodiafiltración on line postdilución (HDF) y 33 pacientes continuaban con la pauta de hemodiálisis de alto flujo (HD).

Cada 3 meses hasta 30 meses se han recogido los siguientes datos: características de la sesión de HD (duración de la sesión, Qb, Qd, peso seco, % ganancia de peso, T.A. preHd/ post, acceso vascular, dializador, flujo de infusión) n.º fármacos para HTA y quelantes del fósforo, bioquímica (Creat-p, K, Alb, Ca, P, PTH-i, Hb, Sat, Ferritina), dosis EPO, Fe ev/sem, pcr, URR, Kt/V, pcr, complicaciones durante la sesión de diálisis (hipotensiones, arritmias, dolor torácico) e ingresos hospitalarios.

Resultados: Estudiamos a 66 pacientes (47 hombres y 16 mujeres) de una edad de 63 ± 11 años. En el grupo HDF on line 33 pacientes y en el grupo HD-alto flujo 33 pacientes. Los valores basales de fueron Kt/V $1,64 \pm 0,2$ y para la Hb $11,4 \pm 1,1$. A los 3 meses Kt/V $1,66 \pm 0,2$ (HDF) vs. $1,60 \pm 0,2$ (HD) y para la Hb $11,2 \pm 1,0$ (HDF) vs. $11,7 \pm 1,1$ (HD). A los 15 meses Kt/V $1,66 \pm 0,2$ (HDF) vs. $1,60 \pm 0,2$ (HD) y para la Hb $11,5 \pm 0,8$ (HDF) vs. $11,1 \pm 1,1$ (HD). Y a los 30 meses Kt/V $1,70 \pm 0,2$ (HDF) vs. $1,75 \pm 0,2$ (HD) y para la Hb $11,8 \pm 1,3$ (HDF) vs. $11,2 \pm 1,1$ (HD).

En el grupo HDF estuvieron ingresados en 18 ocasiones con una total de días de ingreso de 199 días (media 11 ± 9 días), en el grupo HD-alto flujo estuvieron ingresados en 22 ocasiones con un total de 306 días (media de 14 ± 15 días).

Tres pacientes del grupo HDF (9%) fueron exitus y 7 pacientes en el grupo HD-alto flujo (21,2%).

Ocho pacientes del grupo HDF abandonaron el estudio (6 trasplante renal, 1 cambio de centro, 1 por decisión del paciente) y 7 pacientes en el grupo HD-alto flujo (6 trasplante renal y 1 cambio de técnica).

Conclusiones: encontramos en el grupo de hemodiálisis de alto flujo un mayor número de días de ingreso hospitalario y un mayor número de muertes. No hay diferencias en eficacia de diálisis y nivel de Hb.

Hemodiafiltración on line sin heparina

J. Carreras, R. Gallo, T. Olaya, G. Villalobos, A. Foraster

DIAPERUM; Centre de Diàlisi Baix Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Catalunya, España

Objetivo: se puede dializar con HDF on line sin heparina con efectividad.

A 35 pacientes en tratamiento con hemodiafiltración (HDF) on line postdilución con control presión (HDFpost) que requerían de heparina para evitar la coagulación del circuito les realizamos un seguimiento con los datos de la sesión de HDF: Qb, litros totales

Qd, presión sistema, PTM, volumen infusión/min, litros totales de infusión y litros de convección. Además les realizamos un análisis de Kt/V en la sesión de la mitad de la semana. Observación del estado final del circuito: cámaras y dializador (puntuando con 0=limpio, 1=algún coagulo, 2=coagulado).

A estos mismos pacientes les realizamos una sesión de hemodiafiltración SIN HEPARINA en predilución y control volumen de 35l (HDFpre), recogiendo los mismos datos que en la primera parte. (HDFpost).

Resultados: no tenemos diferencias en Qb ni Qd. En el grupo HDFpost la media de heparina fue 2929 ± 7 UI antiXa, en el grupo HDFpre fue 0. Presión sistema en HDFpost fue $390 \pm 72/419 \pm 98$ mmHg y en HDFpre fue $298 \pm 38/299 \pm 44$ mmHg, La PTM en el grupo HDFpost fue $166 \pm 49/169 \pm 59$ y en HDFpre fue $67 \pm 13/86 \pm 30$, el volumen de infusión/min en el grupo HDFpost fue $113 \pm 14/99 \pm 15,2$ y en HDFpre fue $166 \pm 10/177 \pm 11$, litros de convección en el grupo HDFpost fue $24,7 \pm 2,5$ y en HDFpre fue $24,3 \pm 1,1$. El estado final de las cámaras en el grupo HDFpost fue 0=89%; 1=6% y en HDFpre fue 0=74%; 1=23% y del dializador en el grupo HDFpost fue 0=86%; 1=9% y en HDFpre fue 0=77%; 1=20%.

Los resultados de Kt/V en el grupo HDFpost fue $1,74 \pm 0,2$ vs. $1,63 \pm 0,1$ HDFpre, y la URR en el grupo HDFpost fue $0,77 \pm 0,04$ vs. $0,76 \pm 0,04$ HDFpre.

Conclusión: se puede realizar una hemodiálisis sin heparina con la técnica de hemodiafiltración *on line* en predilución con la seguridad de no coagulación del circuito y la garantías de efectividad.

Seguimiento evolutivo de pacientes mayores de 75 años que inician programa de hemodiálisis

G. Villalobos, J. Carreras, A. Foraster, R. Gallo, T. Olaya

DIAPERUM; Centre de Diàlisi Baix Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Catalunya, España

Introducción: el incremento de la incidencia y prevalencia de pacientes añosos en hemodiálisis es una realidad cada vez más frecuente. En la actualidad, una tercera parte de la población de nuestra unidad (32,5%) se encuentra por encima de los 75 años. Por este motivo y por ser la edad uno de los predictores de mortalidad precoz en hemodiálisis, realizamos un seguimiento evolutivo de 3 años de pacientes mayores de 75 años que inician tratamiento, valorando la morbilidad asociada, el tipo de acceso vascular y los parámetros más relevantes de diálisis adecuada.

Material y métodos: evaluamos 20 pacientes mayores de 75 años remitidos a nuestra unidad durante el año 2007 y realizamos su seguimiento evolutivo a 3 años, utilizando como fecha de corte del estudio el 31 de diciembre de 2009. Empleamos el índice de comorbilidad de Charlson corregido por la edad (ICCE), el modelo predictor de mortalidad en hemodiálisis durante el 1.º año, el registro de hospitalización y las analíticas periódicas de nuestros pacientes.

Objetivo del estudio: relacionar los diferentes factores de comorbilidad y el tipo de acceso vascular con la supervivencia del paciente anciano que inicia hemodiálisis.

Resultados: la media de edad de la muestra es de 79 (0,49) años. La distribución por sexo es 70 hombres y 30% mujeres; por grado de autonomía, 75 autónomos y 25% con alguna limitación de la misma; y por tipo de acceso vascular al inicio, 35 fístulas AV

y 65% catéteres, en sus respectivas modalidades. Durante el 1.º año los accesos vasculares se reconvierten en un 75 a fístulas AV y persiste un 25% de catéteres. El promedio de hospitalización es 17,85 (19,86) días y la predicción de mortalidad durante el 1.º año según el modelo es 22,6 (17,1)%. La supervivencia al finalizar el estudio es del 55%. La mortalidad global es del 45% y la mortalidad durante el 1.º año del 25%, siendo la principal causa de muerte (66,66%) la cardiaca. En el grupo de fallecidos hay un 44,44 de catéteres, un 55,55% tienen alguna limitación de su autonomía, el ICCE es 10 (2) y la media de hospitalización es de 30 (21) días. En el grupo de pacientes vivos, el 100 corresponde a fístulas AV, el 100% son autónomos, el ICCE es 9 (2) y la media de hospitalización es de 8 (12) días. En ambos grupos, aunque con diferencias, los parámetros de diálisis adecuada cumplen con las recomendaciones de las diferentes guías.

Conclusiones: el modelo predictor de mortalidad durante el 1.º año de hemodiálisis se cumple en la muestra de pacientes seleccionados. El tipo de acceso vascular al inicio y el grado de autonomía funcional constituyen los principales factores predictores de muerte precoz en pacientes mayores de 75 años que inician hemodiálisis.

Casos de gripe A en trasplantados renales en Almería

R. Garófano López, M.A. Rodríguez Martínez, M.C. Prados Soler, C. Moriana Domínguez, B. García Maldonado, I. Poveda García

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

Introducción: a fecha 1 de febrero de 2010, han sido registrados por la Sociedad española de nefrología 47 casos de gripe A en pacientes con trasplante renal. Nosotros reportamos 3 casos (6,4%) en este registro.

CASO 1. Paciente de 17 años con poliquistosis hepatorenal, trasplantada de hígado y riñón 37 meses antes. Ingresó en julio/09 por síndrome febril y diarrea. Durante el ingreso se le diagnosticó una pielonefritis aguda por E. coli, pancitopenia severa y deterioro agudo de la función renal. Tras la recuperación total previa al alta, comienza nuevamente con fiebre elevada y clínica respiratoria ligera, evolucionando bien sin tratamiento. El diagnóstico de gripe A se hace al recibir la PCR la mañana del alta hospitalaria.

CASO 2. Paciente de 38 años con IRC no filiada, trasplantada renal 9 meses antes. Ingresó en octubre/09 por síndrome febril y clínica respiratoria, presentando una neumonía bilateral extensa con insuficiencia respiratoria aguda severa que precisa ingreso en UCI. Allí permanece 5 días en tratamiento con oxigenoterapia intensiva, antibioterapia de amplio espectro y oseltamivir. La evolución es satisfactoria.

CASO 3. Paciente de 38 años con IRC de etiología no filiada, trasplantada renal 2,5 meses antes. Ingresó en noviembre/09 por fiebre, mialgias, malestar general, tos y expectoración. La paciente presenta además hemocultivos y urocultivos positivos a E. coli. Es tratada con un antibiótico según el antibiograma y oseltamivir. La evolución es satisfactoria.

Conclusión: Los 3 casos de gripe A en pacientes trasplantados renales registrados en la provincia de Almería se han producido en mujeres jóvenes, con un tiempo de evolución corto del trasplante renal y sin otros factores de riesgo adicionales más que los inherentes al propio trasplante. La evolución ha sido buena desde el punto de vista respiratorio y renal.