

53 ROL DE LA TELEMONITORIZACIÓN REMOTA EN DPA. IMPACTO EN SONG-PD OUTCOMES. RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO RM-APD

FJ. CENTELLAS PÉREZ¹, A. ORTEGA CERRATO¹, R. DEVEZA SUCH², E. MUÑOZ DE BUSTILLO³, M. VERA⁴, J. CARO⁵, M. PRATS⁶, D. MANZANO⁷, M. MONTOMOLI⁸, J. PÉREZ MARTÍNEZ⁹

¹NEFROLOGÍA. CHUA (ALBACETE), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE (ALICANTE), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL JOAN XIII (TARRAGONA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRAIXACA (MURCIA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO VALENCIA (VALENCIA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Estudio Multicéntrico RM-APD

Introducción: El uso de la monitorización remota (RPM) en la diálisis peritoneal automatizada (DPA) ha mostrado menores tasas de hospitalización en aquellos pacientes que utilizaron esta técnica además una mayor supervivencia en la técnica. Sin embargo, los estudios publicados tienen limitaciones debido a su heterogeneidad. El presente estudio evaluó la asociación entre el uso de RPM y los resultados de SONG-PD standardized outcomes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico de cohortes que incluyó 232 pacientes en 16 hospitales españoles. Se utilizó RPM en 176 de los pacientes y 56 fueron tratados sin RPM. SONG-PD outcomes fueron definidos como: infección asociada a la DP; número de peritonitis por paciente durante el seguimiento. Enfermedad cardiovascular: la ocurrencia inscripción de la primera de las siguientes: angina de pecho o infarto agudo de miocardio coronario, ictus y eventos arteriales periféricos. Mortalidad: expresada como número de muertes durante el seguimiento. Supervivencia en técnica: evento compuesto como transferencia a HD >30 días o muerte. El tiempo de seguimiento fue al menos de 6 meses. Se utilizó propensity score matching (PSM) 1: 1 con 56 pacientes en cada grupo para evaluar la asociación de la exposición a RPM con los resultados.

Resultados: Las características basales y demográficas se muestran en la Tabla 1. Previo PSM, la DPA con RPM (n=176) vs sin RPM (n=56) se asoció con menor mortalidad (n=1 vs n=4) (HR (IC95%): (0,08 (0,01-0,69) (p=0,020) y con mejor supervivencia técnica (n=10 vs n=11) (HR (IC95%): (0,25 (0,11-0,59) p=0,001). Después de PSM, APD con RPM (n=56) vs sin RPM (n=56) continuó asociándose con mejor supervivencia técnica (n=3 vs n=11) HR (IC95%): 0,23 (0,06-0,83) (p=0,024).

Conclusiones: RPM DPA podría estar asociado a una mayor supervivencia en técnica en la muestra analizada, siendo una útil herramienta en estos pacientes.

Tabla 1.

Características basales	Muestra completa	APD-RPM	APD-sin RPM	P
	N=232	N=176	N=56	valor
Datos demográficos				
Edad, media (DE)	55,8 (15,3)	55,4 (14,7)	55,2 (15,5)	0,83
Sexo femenino, n (%)	85 (36,5)	61 (34,7)	19 (33,9)	0,62
Datos antropométricos				
Alcance glicémico, media (DE)	168,8 (39,0)	168,7 (38,7)	167,8 (39,7)	0,88
PM (kg), media (DE)	76,1 (16,9)	76,8 (16,8)	76,0 (17,2)	0,89
IMC (kg/m²), media (DE)	26,8 (4,5)	26,9 (4,4)	26,6 (4,8)	0,89
Información renal crónica				
Clase de eGFR, n (%)				
Estadio 1	39 (16,8)	38 (21,6)	1 (1,8)	0,03
Estadio 2	29 (12,5)	29 (16,5)	0	0,12
Estadio 3	35 (15,1)	33 (18,8)	1 (1,8)	0,03
Estadio 4	21 (9,1)	20 (11,4)	1 (1,8)	0,03
Estadio 5	5 (2,1)	4 (2,3)	1 (1,8)	0,83
Diagnóstico	46 (19,8)	34 (19,3)	12 (21,4)	0,37
Otros	38 (16,4)	33 (18,8)	5 (8,9)	0,07
Tratamiento general, n (%)				
Insulina	45 (19,4)	33 (18,8)	12 (21,4)	0,31
Diálisis	28 (12,1)	28 (15,9)	0	0,03
Diálisis + insulina	21 (9,1)	20 (11,4)	1 (1,8)	0,03
Diálisis + insulina + otros	21 (9,1)	20 (11,4)	1 (1,8)	0,03
Medicamentos para la hipertensión				
Diureticos	38 (16,4)	33 (18,8)	5 (8,9)	0,07
Antagonistas del calcio	21 (9,1)	20 (11,4)	1 (1,8)	0,03
Diureticos + antagonistas del calcio	21 (9,1)	20 (11,4)	1 (1,8)	0,03
Diureticos + antagonistas del calcio + otros	21 (9,1)	20 (11,4)	1 (1,8)	0,03
Seguimiento				
Tiempo de seguimiento, meses (media)	30,1 (2,9)	30,4 (2,8)	9,4 (5,3)	0,24
Tiempo de técnica, n (%)				
Interna	5 (2,1)	1 (0,6)	4 (7,1)	0,04
Residencia	20 (8,6)	19 (10,8)	1 (1,8)	0,03
Residencia + interna	25 (10,7)	20 (11,4)	5 (8,9)	0,03

RPM: monitorización remota del paciente; eGFR: estimación estimada; DP: diálisis peritoneal; BMC: índice de masa corporal; DP: diálisis peritoneal; AAE: diálisis peritoneal automatizada; eGFR: estimación renal crónica; PSM: propensity score matching; APD: paciente con diálisis.

54 EFICACIA Y SEGURIDAD DE ROXADUSTAT EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) DEPENDIENTE DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP): ANÁLISIS DE LOS DATOS AGREGADOS DE CUATRO ESTUDIOS FASE III

D. FLISER¹, S. BHANDARI², A. ORTIZ³, V. SANTOS⁴, A. JILETCOVIC⁵, T. AKIZAWA⁶

¹INTERNAL MEDICINE IV - NEPHROLOGY AND HYPERTENSION. SAARLAND UNIVERSITY MEDICAL CENTER Y SAARLAND UNIVERSITY (HAMBURGO, ALEMANIA), ²NEPHROLOGY. HULL UNIVERSITY TEACHING HOSPITALS NHS TRUST Y HULL YORK MEDICAL SCHOOL (YORK, REINO UNIDO), ³NEFROLOGÍA. IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (ESPAÑA), ⁴BIOSTATISTICS. ASTELLAS PHARMA, INC. (NORTHBROOK, IL. EE. UU.), ⁵MEDICAL AFFAIRS. ASTELLAS PHARMA, INC. (NORTHBROOK, IL. EE. UU.), ⁶DIVISION OF NEPHROLOGY, DEPARTMENT OF MEDICINE. SHOWA UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE (TOKIO, JAPÓN)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Estudio Multicéntrico RM-APD

Introducción: Roxadustat es un inhibidor oral de la HIF-PH para el tratamiento de la anemia asociada a ERC. Este análisis de datos agrupados examinó eficacia, necesidad de transfusiones y seguridad de roxadustat vs AEE en pacientes con anemia asociada a ERC en DP de los estudios globales fase III.

Métodos: Este análisis incluía datos de cuatro estudios aleatorizados y abiertos (PYRENEES, SIERRAS, HIMALAYAS, ROCKIES) donde se comparaba roxadustat vs AEE (epoetina alfa o darbepoetina alfa) en pacientes en DP. El objetivo de Hb (g/dL) para roxadustat fue de 10,0- 12,0, y el uso de AEE siguió las guías e indicaciones locales. Las variables evaluadas fueron cambio de Hb desde basal hasta semanas 28-36 (sin terapia de rescate; sin transfusión ni uso de AEE), cambio de Hb desde basal hasta semanas 28-52 (independientemente de terapia de rescate) y tiempo hasta terapia de rescate. Seguridad y tolerabilidad se evaluaron monitorizando los eventos adversos aparecidos durante el tratamiento (EAAT) desde primera administración del fármaco del estudio hasta 28 días tras la última dosis.

Resultados: 422 pacientes incluidos (215 de roxadustat, 207 de AEE). La media (DE) de Hb basal fue 9,8 (1,2) para pacientes tratados con roxadustat y 9,7 (1,2) para los tratados con AEE. Los pacientes con roxadustat alcanzaron un cambio mayor en la media de mínimos cuadrados (MMC) desde basal hasta las semanas 28-36 en la Hb sin terapia de rescate que los pacientes con AEE (MMC de roxadustat: 1,38; IC 95 %: 1,21-1,56; MMC de AEE: 0,97; IC 95 %: 0,78-1,16; Diferencia de MMC: 0,41; IC 95 %: 0,16-0,67; P = 0,0017) y en la Hb desde basal hasta las semanas 28-52 independientemente de terapia de rescate (MMC de roxadustat: 1,31; IC 95 %: 1,15-1,47; MMC de AEE: 1,00; IC 95 %: 0,82-1,17; Diferencia de MMC: 0,32; IC 95 %: 0,08-0,55; P = 0,0077). El riesgo de transfusiones para roxadustat fue menor que para AEE (HR: 0,49; IC 95 %: 0,25-0,93; P = 0,0304). Las tasas de incidencia por 100 pacientes-años de exposición para los EAAT generales (56,5 vs. 54,4), los de grado ≥3 (27,7 vs. 27,5) y los graves (37,2 vs. 35,8) fueron similares en los grupos de roxadustat y los AEE, respectivamente.

Conclusiones: Este análisis demuestra que roxadustat, medicamento oral, corrigió y mantuvo los niveles de Hb en pacientes con anemia asociada a ERC en DP de forma similar a los AEE con un perfil de seguridad comparable.

55 VALOR PRONÓSTICO Y MODIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEL TRANSPORTE PERITONEAL EN PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

P. JIMÉNEZ COSTA¹, L. BETANCOURT CASTELLANOS², C. COMAS MIR³, J. VIDIELLA MARTÍN⁴, S. PICO RUIZ⁵, M.J. GORDO GARCÍA⁶, C. BLASCO CABAÑAS⁷, M.P. CIVIT FRAILLE⁸, E. PONZ CLEMENTE⁹

¹NEFROLOGÍA. CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAU LL (SABADELL)

Introducción: El test de equilibrio peritoneal (TEP) define el tipo de transporte Peritoneal (TP) y es esencial para ajustar la prescripción en diálisis peritoneal (DP). Históricamente se han clasificado en 4 grupos según Twardowski, con glucosa 2,27% y líquido peritoneal convencional. Actualmente el cambio de metodología y diferencias genéticas de los pacientes en DP, pueden alterar la normalidad establecida en algunas poblaciones.

Objetivos: Comparar la distribución y valor pronóstico del TP inicial en nuestra población entre la clasificación del Twardowski y reclasificación con la media ± una desviación estándar (DE).

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de TEP basal. Se excluyeron enfermos con infección peritoneal (IP) o trasplantes previos. Registro de variables clínicas y relacionadas con la DP. Se establecieron dos clasificaciones: Según Twardowski y reclasificación con la media ± DE. Se analizó la supervivencia de la técnica según las dos clasificaciones.

Resultados: Total 122 pacientes, edad media 61,75±14,41 años, 70,5% varones, 39,3% diabéticos. Media de seguimiento 27 meses (± 21 meses). Media del D/Pcr 4h de 0,74±0,09 (0,5-0,98), ultrafiltración (UF) media de 392±309 mL (-660 - 1385). Grupos según la clasificación de Twardowski: transportadores rápidos (TR) (D/Pcr4h >0,80) 27,9%; transportadores medios-rápidos (TMR) (0,65-0,80) 55,7%; transportadores medios-lentos (TML) (0,50-0,64) 16,4%; transportadores lentos (TL) (D/Pcr4h <0,50) 0%. Grupos según la media ± DE de la muestra: TR (DP Cr >0,83) 16,4%; TMR (0,74-0,83) 34,4%; TML (0,65-0,73) 32,8%; TL (DP Cr <0,65) 16%. De los 34 pacientes TR según Twardowski, 14 fueron reclasificados como TR y los 20 pacientes clasificados como TML se reclasificaron como TL. Al analizar las Curvas de Kaplan-Meier con la nueva clasificación: La mediana del tiempo de supervivencia de la técnica fue: TL 61,1 meses (IC 37-85), TML 40,5 (IC 32-48), TMR 48,9 (IC 24-75), TR 49,8 (IC 41-54) con p<0,01. Destacando mayor supervivencia al inicio de la técnica en los TL. El resto de grupos presentaron curvas superponibles con supervivencias muy similares.

Conclusiones:

- En nuestra serie, se generan nuevos puntos de corte de clasificación según el TP.
- La clasificación de Twardowski sobrealora el porcentaje de transportadores rápidos.
- Los transportadores lentos tienen mayor supervivencia de la técnica en los primeros años. Los altos transportadores no presentaron peor pronóstico en nuestro grupo de pacientes.

56 TRAYECTORIA DE LOS CAMBIOS EN LA ELIMINACIÓN PERITONEAL Y URINARIA DE SODIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL. EVOLUCIÓN SOBRE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

M. GONZÁLEZ RICO¹, R. DE LA ESPRIELLA JUAN², D. GONZÁLEZ SANCHEZ³, M. MONTOMOLI⁴, M.J. PUCHADES MONTESA⁵, F. MONCHO FRANCES⁶, E. PEREZ BERNAT⁷, MF. ALVARADO VELASQUEZ⁷, J. NUÑEZ VILLOTA⁷, JL. GORRIZ TERUEL⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ³DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA)

Introducción: La retención renal de sodio y agua juega un papel importante en la patogénesis de la insuficiencia cardiaca (IC). La diálisis peritoneal (DP) permite eliminar más sodio que explicaría el efecto beneficioso observado en estos pacientes. Nos propusimos examinar la trayectoria temporal de la eliminación de sodio urinario, peritoneal y su suma en una cohorte de pacientes con IC tratados con DP. Además explorar su asociación con el riesgo de mortalidad y episodios de empeoramiento de IC.

Materiales y métodos: Estudio observacional sobre pacientes con IC refractaria inscritos en un programa de DP. Analizamos la eliminación de sodio peritoneal, urinario y total al inicio y durante el programa. Mediante un modelo conjunto de datos longitudinales y de supervivencia calculamos las trayectorias temporales de los valores de sodio urinario, dializado y su combinación y su efecto pronóstico sobre episodios de empeoramiento de IC y mortalidad. Además, analizamos si había variaciones impulsadas por el tiempo sobre estos efectos pronósticos.

Resultados: 66 pacientes con edad media 72,8±8,4 años y TFGe de 28,5±14,3 mL/min/1,73m² al inicio del tratamiento con DP. La mediana de eliminación de sodio urinario al inicio fue de 2,34 g/día (1,40-3,55). A una mediana de seguimiento de 2,93 (1,93-3,72) años, registramos 0,28 muertes y 0,24 episodios de empeoramiento de IC por persona-año. En comparación con el inicio (urinario), la DP produjo aumento de la excreción de sodio (urinario más dializado) desde la primera visita (p<0,001). Durante el seguimiento, las mediciones repetidas de la eliminación de sodio total se asociaron con menor riesgo de muerte y episodios de empeoramiento de IC.

Conclusiones: La DP permite la eliminación de sodio en pacientes con IC refractaria y, junto con la natriuresis, aumenta el balance negativo. La eliminación elevada de sodio se asocia con menor riesgo de mortalidad y empeoramiento de IC y permite identificar a aquellos pacientes con mejor respuesta al tratamiento.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

57

SUPERVIVENCIA DE LA TÉCNICA DE DIALISIS PERITONEAL (DP). ANÁLISIS EVOLUTIVO A LOS LARGO DE TRES DÉCADAS

M. BLANCO PARDO¹, C. RODRÍGUEZ MAGARIÑOS¹, S. CALETA COBOS¹, D. SIERRA CASTRO¹, E. SÁNCHEZ BOTANA¹, D. ASTUDILLO JARRÍN¹, M. DELGADO CORDOVA¹, T. GARCÍA FALCÓN¹, A. RODRÍGUEZ-CARMONA DE LA TORRE¹, M. PÉREZ FONTÁN¹¹NEFROLOGÍA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (ESPAÑA)

Introducción: En las tres últimas décadas se han producido avances en la práctica de la DP, que se han traducido en mejoras en algunos resultados (supervivencia de los pacientes o tasas de infección). Sin embargo, no está claro que esto haya resultado en una mejor supervivencia de la técnica.

Material y métodos: estudiamos retrospectivamente la incidencia de fallo de la técnica de DP, global FTe y precoz (primer año)(FPTc) y sus factores causales y de riesgo en pacientes que iniciaron DP en 1990-99 (n=306)(Grupo 1), 2000-09 (n=305)(Grupo 2) y 2010-22 (n=429). Los principales causas del Grupo 1 eran más a menudo mujeres (p=0,035) y diabéticos (p=0,017), con mayor frecuencia de selección negativa p<0,0005), y presentaban mayores niveles de colesterol (p<0,0005) y menores de hemoglobina (p<0,0005) y función renal (p<0,0005) que los otros dos. Los pacientes del grupo 3 habían recibido más a menudo inmunosupresión (p=0,015). Análisis estadístico mediante ANOVA, tablas de contingencia, Kaplan Meier y regresión logística binaria.

Resultados: La tasa acumulada de FTe fue 16,0% (0,43 por 100 paciente-meses (x100 pm), 18,7% (0,51 x100 pm) y 12,3% (0,45 x100 pm) (Grupos 1 a 3, p=0,087), y la de FPTc, 4,3% (0,31 x100 pm), 5,0% (0,37 x100 pm) y 4,4% (0,31 x100 pm), respectivamente (p=0,98). Las principales causas de FTe fueron peritonitis (35,8%), inadecuación (25,4%) y sociales (15,4%), y las de FPTc, peritonitis (45,7%) y procesos abdominales, incluyendo hidrotórax (42,8%). Observamos tendencia a menor tasa de FTe por causas sociales con el tiempo, sin diferencias para las demás causas. El análisis de supervivencia mostró mejoría progresiva en la mortalidad (p=0,009, log rank) y tasas de infección de catéter (p=0,0005). La tasa de peritonitis mejoró (p<0,0005), aunque no la supervivencia a primer episodio. Tampoco observamos diferencia en la supervivencia pura de la técnica (p=0,76). El análisis univariante mostró que FTe se asociaba a sexo femenino, peritonitis, menor comorbilidad e inmunosupresión. El FPTc se asociaba a los mismos factores más selección negativa para DP (P=0,029). El análisis de regresión logística identificó la presencia de peritonitis como predictor más potente de FTe y FPTc, mientras que no se observó efecto ajustado del período de inicio de DP.

Conclusiones: Nuestros datos muestran baja incidencia tanto de FTe como de FPTc, pero también la dificultad para mejorar estos parámetros. Las infecciones peritoneales se configuran como diana preferente, por su alta incidencia e impacto, así como por su efecto persistente en el tiempo.

58

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE INGRESO HOSPITALARIO Y MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CARDIORRENALES CON CONGESTIÓN REFRACTARIA QUE RECIBIERON ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL

J.C. QUEVEDO REINA¹, A. SANTANA QUINTANA¹, Y. DARUIZ D'ORAZIO¹, S. ALADRO ESCRIBANO¹, M. GALVÁN RUIZ², M. GROBA MARCO², R. GALLEGO SAMPERR¹, E. BAAMONDE LABORDA¹, A. GARCÍA QUINTANA², P. PÉREZ BORGES¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

Introducción: El manejo del síndrome cardiorenal (SCR) y de la congestión refractaria (CR) sigue en continuo crecimiento. El papel de la nefrología en el tratamiento médico de este síndrome, y como servicio responsable de la ultrafiltración peritoneal (UFP) en el manejo de la congestión refractaria, está cada vez más en auge.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia en el manejo de la CR mediante UFP (que definiremos como una bolsa nocturna de icodextrina) y analizar los factores de riesgo (FR) de ingreso hospitalario y mortalidad en estos pacientes.

Material y métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes con SCR que recibieron UFP para el manejo de la CR. Se analizó variables demográficas, así como variables analíticas, ecocardiográficas (valvulopatías, fracción de eyección y miocardiopatía), biomarcadores, tratamiento farmacológico, supervivencia, ingresos y descompensaciones por insuficiencia cardiaca.

Resultados: Nuestra muestra constó de 22 pacientes con edad media de 70,3 años, de los cuales un 72,7% (n=16) eran hombres. El 50% (n=11) tenía diabetes mellitus tipo 2, mientras el 68,2% (n=15) cardiopatía isquémica como antecedente médico relevante. La función ventricular izquierda era reducida en un 63,6% (n=14), presentando una miocardiopatía dilatada un 54,5% del total de pacientes. Aproximadamente la mitad de los pacientes recibieron tanto inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), como antagonistas del receptor de aldosterona. Menos de la mitad de los pacientes (n=10, 45,5%) precisó algún ingreso hospitalario durante el seguimiento. El 63,6% de nuestra muestra fue éxito con un tiempo medio hasta el mismo de 19,9 meses. Se analizó posibles factores de riesgo de ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca y de éxitos, encontrándose asociación estadística con mayor mortalidad con la presencia de miocardiopatía dilatada y la ausencia de tratamiento con iSGLT2. Dado el carácter retrospectivo de nuestra serie y el relativo reciente uso de iSGLT2, se analizó como posible factor de confusión si aquellos con iSGLT2 llevaban menor tiempo en UFP, no encontrándose diferencias a este respecto. Además, estratificamos a los pacientes en función del grado de fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) (preservada versus reducida), encontrando la menor mortalidad asociada al uso de iSGLT2 únicamente en el grupo de FEVI reducida.

Conclusiones: El tratamiento de la congestión refractaria con UFP supone una alternativa en el manejo de estos pacientes. Sin embargo, sigue siendo una patología con una elevada mortalidad (hasta un 60% al año y medio en nuestra serie), siendo la miocardiopatía dilatada y el no uso de los iSGLT2, las variables que empeora el pronóstico en este grupo de pacientes.

59

COMPARACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR, BIOIMPEDANCIA Y DIÁMETRO DE VENA CAVA INFERIOR CON NT-proBNP Y CA 125 PARA EVALUAR LA CONGESTIÓN PULMONAR EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

M. LADO FUENTES¹, MA. MUNAR VILA¹, IF. GARCÍA MÉNDEZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES (PALMA)

Introducción: La congestión pulmonar (CP) afecta frecuentemente a los pacientes en diálisis peritoneal (DP) empeorando su pronóstico y mortalidad. La evaluación del estado hídrico en estos pacientes supone un reto ya que este se basa frecuentemente en parámetros clínicos subjetivos. La ecografía pulmonar (EP) es una herramienta diagnóstica complementaria que detecta la CP más precozmente que la radiografía torácica y permite monitorizar la respuesta a terapias diuréticas/dialíticas. El Lung Ultrasound Score (LUS) otorga una puntuación según el número de líneas B visualizadas en cada región pulmonar y se relaciona con la gravedad de la CP.

Material y métodos: Se recogieron los datos de 20 pacientes durante su control rutinario en gabinete de DP durante los meses de enero y febrero 2023. Se analizaron los parámetros séricos hemoglobina, creatinina, sodio, albúmina, NT-proBNP y CA-125. Se obtuvo un registro de BCM y una ecografía para evaluar líneas B pulmonares y medir el diámetro de VCI. Se recogieron las variables sexo, edad, IMC, DM2, diuresis residual, meses en DP y sobrehidratación clínica subjetiva. Se evaluó la normalidad de las variables con el test Shapiro-Wilk. Se aplicó la correlación de Pearson (BCM, diámetro VCI) y Spearman (resto de variables). Se compararon los niveles séricos de NT-proBNP y CA-125 con el grado de hidratación corporal estimado por bioimpedancia (BCM) y con los resultados de la EP y diámetro de vena cava inferior (VCI).

Resultados: Se encontró correlación estadísticamente significativa entre LUS con número total líneas B (p=0,982, P<0,01), diámetro VCI (p=0,704, P<0,001), BCM (p=0,515, P<0,05) y NT-proBNP (p=0,479, P<0,05). También entre diámetro VCI con número total líneas B (p=0,672, P<0,001), BCM (r=0,487, P<0,029) y NT-proBNP (p=0,637, P<0,05), así como entre NT-proBNP con número total líneas B (p=0,547, P<0,05) y entre sobrehidratación por BCM con número total de líneas B (p=0,522, P<0,05). No se encontró correlación estadísticamente significativa entre CA-125 y el resto de variables.

Discusión: No existe mucha evidencia en DP en relación con EP y de VCI. Nuestro estudio revela correlación significativa entre BCM, EP y de VCI. La correlación entre NT-proBNP con LUS, líneas B totales y diámetro VCI apoya la utilidad de la EP para predecir el estado hídrico del paciente en DP, en concordancia con datos obtenidos en otros estudios. A pesar de que los datos ecográficos (LUS, líneas B, diámetro VCI) no correlacionan con CA-125, ambas herramientas pueden ser de utilidad complementaria en el diagnóstico de congestión pulmonar y sobrehidratación hídrica.

60

USO DE MIDIALISIS APP EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

A. FRÍAS GONZÁLEZ¹, A. GONZÁLEZ-BERMÚDEZ², J. CARO¹, L. BERGESIO², C. GONZÁLEZ-GARCÍA¹, P. HERNÁNDEZ-VELASCO¹, E. MORALES¹, AM. BERNARDO¹, C. YUSTE¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA), ²INFORMATION PROCESSING AND TELECOMMUNICATION CENTER. UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La innovación tecnológica aplicada a la salud ha revolucionado la asistencia sanitaria. Las personas en diálisis peritoneal (DP) son el paradigma de paciente dispuesto a utilizar la telemedicina para reducir sus visitas hospitalarias, justificando el renovado interés por mejorar su seguimiento remoto.

Material y métodos: Estudio piloto observacional prospectivo para evaluar la viabilidad y aceptación de uso de MiDiálisis App en personas en DP en un centro de tercer nivel. MiDiálisis App, desarrollada de forma independiente, integra datos básicos de autocuidado (como tensión arterial, ultrafiltración y peso) incluidos manualmente por el paciente, y los organiza y representa "en tiempo real" en gráficos y tablas. Además, MiDiálisis incorpora un chat de comunicación asincrónica entre paciente-nefrólogo y actualizaciones sobre su terapia.

Resultados: Se ofreció el uso de MiDiálisis App a 10 pacientes, de los cuales 3 (2 hombres) no llegaron a usar (NU) la aplicación alegando problemas técnicos para su descarga. Finalmente 7 pacientes utilizaron (U) MiDiálisis durante una mediana de 9 [4-11] meses. La mayoría eran varones (n=6) y en la modalidad DP automatizada (n=6). Se contabilizaron 278 (96-334) días con interacción/paciente, lo que supone 6,3 (5,6-6,7) días con interacción/semana. La mediana de tiempo en DP al inicio fue de 30 (15-38) meses. Los pacientes que no usaron la MiDiálisis App eran discretamente más ancianos (U 61 [54-69] años vs NU 68 [34-75] años, p=0,5), con mayor comorbilidad (medida con índice Charlson U 5 [4-7] puntos vs NU 7 [3-9] puntos, p=0,5) y fragilidad (medida con índice Frail U 2 [1-2] puntos vs NU 3 [2-4] puntos, p=0,067). Seis pacientes contestaron una encuesta de satisfacción después de usar MiDiálisis. El 100% percibió una mejora en la comunicación con su nefrólogo y en la precisión de los datos guardados respecto a su método de registro anterior (libreta de papel). Todos ellos introdujeron los datos ellos mismos, no necesitaron ayuda para interactuar con la aplicación, y opinaron que tanto el aprendizaje como el uso de MiDiálisis fue fácil. El 83% la consideró útil para su salud y bienestar. El 100% se sintió seguro empleándola. Un 67% consideró que sus hábitos de autocuidado habían cambiado de manera significativa y el 83% refirió haber adquirido una mayor consciencia sobre su estado de salud. Todos ellos recomendarían la aplicación a otros pacientes.

Conclusiones: MiDiálisis App es aplicable y cuenta con buena aceptación entre las personas en DP. Se perfila como una herramienta de gran utilidad, que puede mejorar el autocuidado, la adherencia y la comunicación con estos pacientes.

61

FACTORES IMPLICADOS EN EL TIPO DE TRANSPORTE PERITONEAL INICIAL DE SOLUTOS Y DE AGUA EN ENFERMOS EN DIÁLISIS PERITONEAL COMO PRIMERA TÉCNICAP. JIMÉNEZ COSTA¹, L. BETANCOURT CASTELLANOS¹, C. COMAS MIR¹, J. VIDIELLA MARTÍN¹, S. PICO RUIZ¹, M.J. GORDO GARCÍA¹, C. BLASCO CABAÑAS¹, M.P. CIVIT FRAILE¹, E. PONZ CLEMENTE¹¹NEFROLOGÍA. CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ (SABADELL)

Introducción: El Test de Equilibrio Peritoneal (TEP) estudia el transporte peritoneal (TP), fundamental en seguimiento en diálisis peritoneal (DP). Los líquidos peritoneales biocompatibles (LPB) actualmente ofrecen ventajas. Hay factores individuales implicados y pocas series de TEP con LPB y glucosa 3.86 % en nuestro ámbito.

Objetivo: Estudiar factores demográficos y clínicos relacionados con el TP en pacientes incidentes en DP. Valorar la relación del D/PCr4h con la Ultrafiltración (UF) y la evolución en DP. Evaluar la influencia del sobrellenado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de TEP basal (LPB, glucosa 3.86%), primera técnica DP, sin peritonitis previa. Se analizaron variables relacionadas con D/PCr4h y UF. Se consideró el sobrellenado (tara, extracciones, cebado). Fallo UF.

Resultados: 122 pacientes, edad media 61.75±14.41 años, 70.5% varones, 39% diabéticos. D/PCr4h medio 0.74±0.09(0.5-0.98), UF media 392±309 mL (-660-1385). La mediana de tiempo desde el inicio DP hasta el primer TEP fue 3.04 meses (2.1-4.7). Revisión cálculo de UF: error por exceso sobrellenado (peso de bolsa, extracciones y cebado). A mayor D/PCr4h, menor UF4h (p<0.001), Transporte de Agua Libre (p=0.007) y Dip Na (p<0.001). El transporte rápido se relacionó con el género masculino (p<0.016), mayor estatura (p<0.001), menos albumina (p=0.012), mayor pérdida de proteínas y mayor uso de Icodextrina (p=0,003). No hubo asociación con la edad, la diabetes y la comorbilidad. Un 53% tuvieron fallo UF inicial. Al corregir por el sobrellenado (+94 mL), el fallo UF se redujo al 41 %. Si añadimos +70 mL por déficit de UF por LPB, el fallo de UF quedó en un 31 %. Los pacientes con menor UF tenían mayor DP/Creat (p<0.001), más pérdida de proteínas peritoneales (<0.05), mayor altura (p<0.05). Los enfermos con fallo UF utilizaban más Icodextrina (p<0.05). Ni el transporte de solutos ni la UF del TEP inicial tuvieron relación con la supervivencia del enfermo y la técnica.

Conclusiones: Un mayor TP de solutos se relaciona con menor UF y peor transporte de agua. No hubo relación entre el TP rápido, la edad o las comorbilidades, si con el género masculino. La UF hizo presentar errores sistemáticos. Nuestra alta tasa de fallo de UF nos hizo revisar el cálculo del sobrellenado y reducirlo al ajustarlo por el mismo.

Un TP de solutos y de agua inicial desfavorable no se relaciona con peor pronóstico. Las mejores opciones terapéuticas (Extraneal y DP automática) podrían explicar estos resultados.

62

RELACIÓN ENTRE PRESIÓN INTRAPERITONEAL Y PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS. LA GRASA TAMBIÉN IMPORTAA. SOBRINO PÉREZ¹, V. PÉREZ DÍAZ¹, L. SÁNCHEZ GARCÍA², S. SANZ BALLESTEROS³, C. FELIPE FERNÁNDEZ⁴, E. HERNÁNDEZ GARCÍA⁵, V. OVIEDO GÓMEZ⁶, M.J. FERNÁNDEZ-REYES LUIS⁷, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ⁸, R. DE TORO CASADO⁹

¹DEPARTAMENTO MÉDICO. FRESINIUS MEDICAL CARE (MADRID/ESPAÑA), ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA), ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁴SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁵SERVICIO DE NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA/ESPAÑA), ⁶SERVICIO DE NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA (PALENCIA/ESPAÑA), ⁷SERVICIO DE NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA (SEGOVIA/ESPAÑA), ⁸SERVICIO DE NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: en nombre del grupo de trabajo PIPDPCyL

Introducción: A la hora de prescribir en Diálisis Peritoneal (DP), es aconsejable conocer la presión intraperitoneal (PIP) del paciente para evitar su elevación por encima del límite considerado como seguro. En adultos estables, se consideran aceptables valores entre 10 y 16 cmH2O con volumen intraperitoneal (VIP) de 2L. Sabemos que factores como el índice de masa corporal (IMC) están relacionados con un aumento de la PIP, asumiendo que son los pacientes más obesos los que presentan PIP más elevadas. Analizamos este hecho en profundidad, estudiando su relación con los parámetros de composición corporal (sobrehidratación (OH), índice de tejido magro (LTI) e índice de tejido graso (FTI)).

Material y métodos: Estudiamos 79 pacientes en DP a los que se les realizó dos Pruebas de Equilibrio Peritoneal (PET), con 1 y 2L de VIP, separadas una semana. Previamente a cada PET, se realizó una medida de la composición corporal mediante bioimpedancia y se recogieron los parámetros antropométricos. Se midió la PIP con abdomen vacío y lleno, tanto al inicio como al final del intercambio, y se analizó su relación con las variables antropométricas. Para el análisis multivariante, se dividió a los pacientes en dos grupos tomando como punto de corte PIP con VIP de 2L = 16 cmH2O.

Resultados: La PIP en vacío al inicio y al final del intercambio y su media en ambos PET (7,65±3,06 cmH2O) no fueron estadísticamente distintas. La PIP aumentó 2,46±1,58 cmH2O con 1L y 4,34±2,32 cmH2O con 2L de VIP, en línea con los resultados publicados. La PIP con abdomen vacío presentó correlación positiva con IMC (r=0,566; p<0,001), peso (r=0,479; p<0,001) y superficie corporal (SC) (r=0,399; p<0,001), pero no con la talla. Con respecto a la composición corporal, la PIP mostró correlación positiva con FTI (r=0,392; p<0,001), sin relación con OH ni LTI. La PIP con VIP 2L mantenía todas estas correlaciones, excepto con la SC. Dentro de los parámetros de composición corporal, se encontró una correlación negativa entre LTI y FTI (r=-0,647; p<0,001). En el análisis multivariante, ajustado por sexo, presencia de poliquistosis, SC, LTI y OH, solo el FTI se mostró como factor de riesgo independiente para PIP >16 cmH2O (OR=1,329; p=0,021).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio confirman la hipótesis de que los pacientes más obesos (y no los mejor nutridos) presentan mayor PIP. Existen estudios que relacionan tanto la elevación de FTI como de PIP con mayor riesgo de mortalidad, por lo que tanto la medida periódica de la PIP como una valoración nutricional completa son relevantes en la monitorización de los pacientes en DP.

63

DIALISIS PERITONEAL INCREMENTAL. IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA. RESULTADOS INICIALES DEL ESTUDIO DIALYSISS. BLAS GÓMEZ¹, R. GONZÁLEZ CANO¹, I. GARCÍA ALFARO¹, A. APARICIO SIMÓN¹, F.J. CENTELLAS PEREZ¹, J. PÉREZ MARTÍNEZ¹, A. ORTEGA CERRATO¹, RE. PÉREZ MORALES¹, P. CAPPALLESO²

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ³CARDIOLOGÍA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) supone el 9% del total de las terapias renales sustitutivas (TRS) y el 11% de las terapias dialíticas en todo el mundo siendo habitualmente elegida de pacientes que mantienen función renal residual (FRR) capaz de eliminar agua y solutos.

Actualmente, en Europa, la dosis estándar de diálisis incluye su realización durante los 7 días de la semana. Sin embargo, surgen algunos estudios que exploran los posibles beneficios de una terapia dialítica menor en pacientes seleccionados, denominada DP incremental y entendida como una pauta inferior a la estándar. En nuestra unidad los pacientes inician DP con la dosis habitual por lo que nos proponemos evaluar la variación de la eficacia dialítica y la calidad de vida en pacientes que reducen su terapia a 6 días/semana.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que evalúa la variación de parámetros analíticos y calidad de vida en pacientes de nuestro centro con Kt/V>2 y diuresis residual >1L/día que reducen su terapia a 6 días/semana durante la práctica clínica. Se recogen datos analíticos (urea, creatinina, calcio, fósforo, PTH, pH, bicarbonato y hemoglobina) previos al cambio y posteriores con periodicidad de dos meses y diferencias en el tratamiento médico del metabolismo calcio-fósforo, hiperpotasemia, anemia e hipertensión. Evaluamos calidad de vida mediante el cuestionario EuroQoL antes y después del cambio, así como las variaciones en áreas específicas no incluidas en este como la vida social o familiar.

Resultados: Presentamos resultados preliminares de 10 pacientes, 20% mujeres y 80% varones con una edad media de 57 años (DS 18.47) con una comorbilidad media de 6.7 puntos (DS 3.43) según el Índice de Charlson. Realizamos la prueba de Wilcoxon sin evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros analíticos evaluados antes y después del cambio de pauta y manteniendo, en la mayoría de los casos, el mismo tratamiento médico evaluado sin variaciones. Ninguno de ellos presentó peritonitis posteriormente ni otras complicaciones o ingresos. Por otro lado, si se aprecian diferencias estadísticamente significativas (p=0.007) en calidad de vida medida por EuroQoL. Además, el 70% de los pacientes mejora su vida social y familiar, el 60% realiza más viajes y el 80% dedica más tiempo a otras actividades como el deporte.

Conclusiones: Como parecen apoyar nuestros resultados, la disminución de un día de tratamiento en pacientes seleccionados no parece actuar en detrimento de sus variables clínicas y analíticas, pero sí impacta de manera significativa en su calidad de vida con sus beneficios asociados.

64

CONTROL TENSIONAL A LARGO PLAZO EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL Y LOS FACTORES RELACIONADOSA. TINOCO-ARANDA¹, A. DOMÍNGUEZ-GUASCH¹, J. EL BACHOUTI¹, G. BERNÁ¹, V. COLL-BRITO¹, JM. DÍAZ-GÓMEZ¹, LL. GUIRADO-PERICH¹, MA. HERREROS-GARCÍA¹, S. BENITO-GARCÍA¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA, ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular representa la primera causa de muerte en la enfermedad renal crónica, siendo la hipertensión arterial (HTA) el principal factor de riesgo. Por este motivo, en los pacientes en diálisis peritoneal (DP), un control tensional adecuado teniendo en cuenta las particularidades de la técnica es un objetivo principal.

Objetivos: Describir el control tensional a 24 meses de los pacientes >18 años que iniciaron DP y permanecieron en dicha técnica durante al menos un año en nuestro centro entre 2016-2020 y evaluar qué factores influyen en su control.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes (51% mujeres, edad media de 57±12 años). La causa principal de ERC era la diabetes (23%). El control tensional (objetivo ≤140/90 mmHg) mejoró del 53% al 69% a los 6 meses de iniciar la DP, con el 60% de los pacientes permaneciendo en rango durante los dos años de seguimiento. Los pacientes controlados presentaban mayor ultrafiltración (1,100 vs 630 mL/24hrs, p=0,01), diuresis (960 vs 1300 mL/24hrs, p=0,1) y función renal residual (aclaramiento total urea-creatinina en orina) (8 vs 4 mL/min, p=0,03). A pesar de lograr un mejor control tensional, el número de fármacos antihipertensivos utilizados no varió significativamente durante el estudio, manteniéndose con >3 fármacos el 60% de los pacientes. Los factores de riesgo para un mal control tensional fueron IMC>25 (p=0,001), diabetes (p=0,002) y una bioimpedancia >1L (p=0,02).

Conclusiones:

- En nuestro estudio, el control tensional de los pacientes en DP es superior al reportado en otras series y alcanza su punto máximo a los 6 meses del inicio de DP.
- La hipervolemia y la pérdida de función renal residual son los factores de riesgo más importantes en el control tensional.
- Como ya se ha demostrado en otras series, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades continua ambulatoria (DPCA) y cíclica continua (DPCC).

Resúmenes

Diálisis peritoneal

65 ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DEL CATETER DE DIALISIS PERITONEAL SEGÚN LA TÉCNICA DE IMPLANTACIÓN UTILIZADA

MG. GERARD¹, SA. ABRANTE GARCÍA¹, JQ. QUINTANA BUBU¹, JA. ABELLAN FERNANDEZ², AA. ALONSO BETHENCOURT², EM. MARTIN IZQUIERDO², CR. RODRIGUEZ ALVAREZ², MR. REGUERA CARMONA², ND. DEL CASTILLO RODRIGUEZ², MM. MACIA HERAS²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (ESPAÑA); ²CIROLOGIA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (ESPAÑA)

Introducción: Una adecuada colocación del catéter de diálisis peritoneal (CDP) minimiza el riesgo de complicaciones que pueden llevar a su fracaso. Existen dos técnicas de implantación del CDP, el laparoscópico mínimamente invasivo bajo visualización directa y la vía percutánea a ciegas. Se compararán las complicaciones asociadas a las técnicas mencionadas en el primer mes tras el implante.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo entre los años 2017 a 2021, dividiendo las cohortes según la técnica de implantación del CDP. La elección de la técnica utilizada fue basada en criterios clínicos por parte del nefrólogo responsable. Se registraron datos clínicos y la aparición de complicaciones relacionadas al acceso peritoneal en el primer mes tras el implante.

Resultados: Se analizó una muestra de 112 paciente con primer implante de catéter peritoneal, de los cuales 45 (40%) eran quirúrgicos y 67 (60%) percutáneos. La cohorte quirúrgica con 64% hombres, con una media de edad de 57 años, 44% diabéticos, 26% obesos y 58% con cirugías previas. En la cohorte de catéter percutáneo fueron 80% hombres, con una media de edad de 60 años, 46% diabéticos, 31% obesos y 38% con cirugías previas. Se analizaron las complicaciones infecciosas (infección de orificio, tunelitis y peritonitis), mecánicas (fugas, hernias, hidrotórax e hidrocele) y los atrapamientos con recolocación; detectadas al mes tras la implantación del catéter en ambos grupos. La complicación más frecuente fue la infecciosa, siendo del 13,3% en el grupo quirúrgico vs 7,4% en el percutáneo (p=0.30; IC 95%). Se hallaron 6,6% de complicaciones mecánicas en el grupo quirúrgico vs 7,4% en el percutáneo (p=0.87; IC 95%). Hubo un 4% de atrapamientos y recolocación en el grupo quirúrgico vs 1,4% en el percutáneo (p=0.34; IC 95%). Ninguna de las complicaciones estudiadas mostró diferencias estadísticamente significativas. Se realizó un subanálisis estudiando las complicaciones asociadas a la modalidad, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) vs diálisis peritoneal automatizada (DPA) en el período de seguimiento del estudio; en el que se observó un 18,5% de fugas asociadas a DPCA vs 47% a DPA (p=0.036; IC 95%).

Conclusiones: En el estudio realizado no observamos diferencias en las complicaciones estudiadas asociadas al empleo de la técnica quirúrgica vs percutánea en el primer mes tras la implantación. Por lo tanto, concluimos que se debe recomendar una valoración individualizada en cada caso para la indicación de la técnica apropiada de implantación.

66 PREFRAGILIDAD EN LA DIALISIS PERITONEAL

P. DELGADO GÜMIL¹, E. GARCÍA MENÉNDEZ¹, D. JANEIRO MARÍN¹, P. LÓPEZ SANCHEZ¹, M. LLÓPEZ CARRATALA¹, J. RELEA PUJOL¹, A. MARTÍNEZ PERAL¹, E. DOMÉNECH HERRÁNZ¹, J. PORTOLÉS PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (MADRID / ESPAÑA)

La fragilidad es un síndrome multidimensional asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y alteración de la homeostasis. La Enfermedad renal crónica favorece un estado inflamatorio crónico, que conduce a la senescencia acelerada, incluso en aquellos pacientes que por edad no entren en rango de población geriátrica. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de la fragilidad y prefragilidad en pacientes prevalentes en diálisis peritoneal (DP).

Material y métodos: estudio transversal y descriptivo en pacientes prevalentes en DP, para evaluar fragilidad. Escalas utilizadas: Short Physical Performance Battery (SPPB), Índice de Desnutrición (MIS), Escala FRAL, Bioimpedancia (BIS) y análisis de laboratorio.

Resultados: 35 pacientes analizados, 62.86% varones, edad media 59 años. 42.86% diabéticos, 85.71% hipertensos, 31.4% Insuficiencia Cardiaca (IC), 5.7 % enfermedad cerebrovascular (ECV) y 37.14% cardiopatía isquémica (CI). Con SPPB, 45% robustos, 22.86% prefrágiles y 31.43% frágiles. En grupo prefrágil 50% menor de 65 años. Por FRAL 48.57% prefrágil y 31.43% frágil, existiendo correlación negativa entre SPPB y FRAL (p 0.001). Los pacientes mayores son más frágiles o prefrágiles (p<0.005). En los menores de 65 años 33.34% frágil o pre frágil por SPPB y 73.4% por FRAL. Las escalas para clasificar prefragilidad SPPB y FRAL no coinciden en 9 pacientes. Pacientes frágiles diagnosticados por SBBP mayor porcentaje ICC 63.64%, CI 72.3%, FA 72.73 % (p< 0.05). No diferencias por etiología o sexo. Respecto al índice de malnutrición-inflamación, 5.71% sin riesgo, 28.57 riesgo leve y 65.71 % riesgo moderado, sin diferencias significativas.

Conclusión: existe una considerable prevalencia de fragilidad en DP, con mayor riesgo en pacientes ancianos, aunque con un importante porcentaje en pacientes menores de 65 años. Es fundamental el uso de varias escalas diferentes, que ayuden a diferenciar pacientes prefrágiles, para establecer estrategias de intervención tempranas.

Figura 1.

	SPPB <= 6 Frágil (n=11)	SPPB 7-9 Prefrágil (n=8)	SPPB 10-12 Robusto (n=16)	p
Edad (años)	73.62 (SD 12.88)	65.12 (SD 5.96)	57.40 (SD 17.21)	0.22
FRR (ml/min/1.73)	4.40 (SD 5.03)	6.04 (SD 6.81)	5.67 (SD 3.44)	0.73
Angulo de fase (grados)	3.46 (SD 0.7)	4.42 (SD 0.72)	5.03 (SD 1.08)	< 0.05
nPCR (g/kg/D)	0.91 (SD 0.29)	0.93 (SD 0.21)	0.96 (SD 0.23)	0.88
IMC (kg/m ²)	24.17 (SD 4.7)	31.51 (SD 3.25)	22.24 (SD 3.68)	<0.05
FTI (kg/m ²)	13.38 (SD 6.25)	17.81 (SD 4.63)	8.41 (SD 4.7)	<0.05
LTI (kg/m ²)	9.55 (SD 2.04)	12.65 (SD 2.48)	13.17 (SD 3.43)	<0.05
Hb (g/dl)	10.98 (SD 1.36)	11.59 (SD 1.35)	11.79 (SD 1.28)	0.30

Variables según el grado de fragilidad medido por el SPPB. FTI: índice de tejido graso, LTI: índice de tejido magro. Hb: Hemoglobina FRR: Función renal residual.

67 APLICACIÓN DEL ULTRASONIDO COMO CRIBADO DE SARCOPEIA EN DIALISIS PERITONEAL

PE. DOMÉNECH HERRANZ¹, E. GARCÍA MENÉNDEZ¹, D. JANEIRO MARÍN¹, R. LLOPEZ CARRATALA¹, P. LÓPEZ SÁNCHEZ¹, P. DELGADO GÜMIL¹, A. MARTÍNEZ PERAL¹, J. PORTOLÉS PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (MADRID, ESPAÑA)

La sarcopenia se define como el descenso progresivo de la masa muscular y fuerza que se presenta con el envejecimiento y en enfermedades crónicas. En la actualidad existen numerosos predictores para la detección de sarcopenia: BCM, escalas y/o parámetros analíticos. El ultrasonido se ha propuesto como herramienta para evaluar la composición corporal, siendo una técnica fácil, barata y no invasiva. Nuestro objetivo es valorar si el ultrasonido es buen estimador de sarcopenia en diálisis peritoneal.

Material y métodos: analizamos 30 pacientes en diálisis peritoneal. Utilizamos como test el área bajo la curva (AUC) para establecer las mejores variables de clasificación. Definimos como grupo de riesgo de sarcopenia a la presencia de handgrip bajo.

Resultados: la edad media de la población estudiada era de 63.8 años. El 26,6% presentaban SPPB ≥8 y handgrip disminuido. Las diferentes características de los grupos se observan en la tabla 1. Los mejores parámetros de clasificación para sarcopenia son LTI (AUC 0.86 IC 95% [0.73-1.0]), ángulo de fase (AUC 0.86[0.73-1.0]), EjeY (AUC 0.77[0.56-0.97]) y RACSC (AUC 0.71[0.51-0.91]).

Conclusiones: El ultrasonido para el estudio morfológico y estructural de la masa muscular es una técnica emergente. Se necesitan más estudios clínicos para establecer estándares de evaluación y poder correlacionar con resultados de morbimortalidad.

Tabla 1. Datos analíticos, parámetros nutricionales y ecográficos según el riesgo de Sarcopenia.

	No datos negativos de Sarcopenia n=22	SPPB < 8 & handgrip bajo n=8	Total n=30	p-valor
Edad (años)	63.0 (15.7)	71.5 (10.5)	63.8 (15.3)	0.09
Hombre (%)	63.6	50.0	60.0	0.5
Tiempo diálisis (años)	2.6 (3.1)	2.2 (1.7)	2.5 (2.7)	0.7
Diabéticos (%)	27.3	50	33.3	0.2
HTA (%)	86.4	75	85.3	0.5
FA (%)	18.2	75	33.3	0.004*
IC (%)	13.6	62.5	26.7	0.007*
Peso (kg)	73.2 (15.3)	69.9 (19.6)	70.8 (16.2)	0.8
IMC (kg/m ²)	25 (5.3)	24.8 (6.7)	25 (5.7)	0.9
Escala FRAL	1.3 (1.2)	3.3 (1.3)	1.8 (1.5)	0.001*
MIS	6.5 (4)	10.5 (5.3)	7.6 (4.7)	0.04*
Área RAC (cm ²)	3.5 (1.1)	2.8 (1)	3.3 (1.3)	0.1
Eje x (mm)	35.6 (8)	36.8 (9)	35.9 (8.2)	0.7
Eje y (mm)	11.2 (2.6)	8.5 (2.6)	10.5 (2.8)	0.02*
RAC (cm ² /m ²)	2 (0.6)	1.6 (0.5)	1.8 (0.6)	0.1
RAC _{mus} (cm ² /m ²)	1.2 (0.3)	1 (0.3)	1.2 (0.4)	0.1
LTI (kg/m ²)	13.2 (3.1)	9.7 (1.9)	12.3 (3.2)	0.006*
FTI (kg/m ²)	11 (6.2)	14.3 (7.6)	11.9 (6.6)	0.2
Ángulo de fase (grados)	4.8 (1)	3.7 (0.6)	4.5 (1)	0.007*
Hemoglobina (g/dl)	12.1 (1.7)	10.6 (1.4)	11.7 (1.7)	0.03*
Ferritina (ng/ml)	675.8 (305.9)	130.4 (118.1)	796.1 (292.7)	0.02*
Transferrina (ng/ml)	179.3 (21.2)	185.5 (55.1)	180.4 (33.6)	0.7
Kt/v	2.6 (0.5)	2.4 (0.8)	2.5 (0.5)	0.5
FRR (ml/min/1.73)	5.2 (3.4)	3.7 (5.2)	4.8 (3.9)	0.4
nPCR (g/kg/D)	1 (0.2)	0.9 (0.1)	1 (0.2)	0.2
Urea (mg/dl)	117.2 (16)	117.3 (20)	117.6 (19.4)	0.9
Urea (mg/dl)	5.9 (1)	4.6 (0.9)	5.5 (1.1)	0.004*
Calcosterol total (mg/dl)	135.4 (17.4)	126.1 (25.9)	132.9 (19.9)	0.3
LDL (mg/dl)	66 (15.3)	57.8 (21)	63.8 (17)	0.2
Triglicéridos (mg/dl)	110 (41.9)	140.6 (90.3)	118.2 (58.6)	0.2
Albúmina (g/dl)	3.7 (0.4)	3.6 (0.5)	3.7 (0.4)	0.4
Prealbúmina (mg/dl)	33.1 (7.7)	33.1 (18.1)	33.1 (10.7)	0.9
Proteínas totales (g/dl)	6 (0.5)	6.2 (1)	6 (0.7)	0.4
Fósforo (mg/dl)	4.8 (0.8)	4.2 (1.5)	4.7 (1.1)	0.1
Proteína C reactiva (mg/L)	5.7 (5.3)	20.4 (27.8)	9.6 (15.8)	0.02*
Linfocitos (x10 ³ /microl.)	1.5 (0.7)	2.5 (2.9)	1.7 (1.6)	0.1

FA: Filtración uremica residual; FRR: función renal residual; FTI: índice de masa grasa; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca; IMC: índice de masa corporal; FTI: índice de masa magra; MIS: malnutrición-inflamación score; RAC: recto anterior cuadriceps; SC: superficie corporal.

68 INFECCIONES DE ORIFICIO DE CATETER EN PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL Y LA INMERSIÓN EN EL MAR Y/O PISCINA. ¿CON O SIN PROTECCIÓN?

J. EL BACHOUTI¹, A. DOMÍNGUEZ¹, A. TINOCO¹, S. BENITO¹, S. PEÑA¹, S. ARRANZ², JM. DÍAZ¹, L. GUIRADO¹, MA. HERREROS¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA, FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA); ²ENFERMERÍA DE DIALISIS PERITONEAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA, FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

Introducción: Los pacientes en diálisis peritoneal (DP) pueden sumergirse o nadar con ciertas recomendaciones de limpieza y cuidado del catéter. En estos casos, no hay evidencia en la literatura sobre la necesidad de protección del catéter de DP y orificio de salida.

Objetivo: Describir si existen diferencias en el número de infecciones de orificio de salida (IOS) del catéter de DP entre los pacientes que usan dispositivos de protección frente a los que no utilizan ningún tipo, al sumergirse en el mar o piscinas públicas en etapa estival.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico analizando pacientes en programa de DP entre 2015 y 2022 los cuales se hayan sumergido en el mar o piscinas públicas. Se definieron las características generales de los individuos, a destacar la presencia de IOS y tipo de germen.

Resultados: Se estudiaron 156 pacientes con una edad media de 61.4 años, 67.3% (n=105) hombres con un tiempo medio en programa de DP de 20.2 meses. Los pacientes que no se sumergieron (57.7%, n=90) presentaron un 16.6% (n=15) de IOS en verano, los que sí realizaron inmersión (42.3%, n=66) tuvieron IOS el 9% (n=6), sin observarse diferencias significativas (p >0.05). En ambos casos siendo el germen más frecuente Pseudomonas Aeruginosa (50%), seguido de Staphylococcus aureus. Un 42.4% (n=28) utilizaron dispositivo de protección con un 25% (n=7) de IOS, frente al 57.6% (n=38) sin protección con un 16% (n=6) de IOS (p >0.05).

Conclusiones: El uso de dispositivos de protección en el catéter peritoneal durante las inmersiones no está asociado a la disminución del número de IOS frente a los que no usan protección. Esta información podría ser relevante para recomendar el baño sin necesidad de dispositivo de protección.

69

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUNELITIS EN DIÁLISIS PERITONEALN. MENÉNDEZ GARCÍA¹, L. MUÑOZ HERNANDO¹, N. LÓPEZ RODRÍGUEZ¹, R.G. BERREZUETA BERREZUETA¹, D. GARCÍA COUSILLAS¹, N. MOLINA ÁLVAREZ¹, S. AMOZA PAÍS², R. RODRÍGUEZ URÍA², E. ASTUDILLO CORTÉS¹¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO, ESPAÑA), ²CIRUGÍA GENERAL. HUCA (OVIEDO, ESPAÑA)

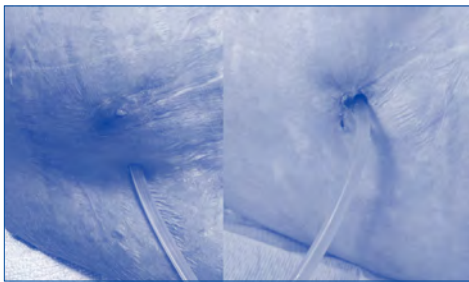
Introducción: La terapia de heridas con presión negativa (THPN) es una técnica no invasiva de cicatrización que se utiliza para el tratamiento de una amplia gama de heridas complejas. Consiste en la colocación de un apósito adhesivo conectado a una bomba de vacío que succiona el exudado de la herida, lo que crea un entorno que favorece la cicatrización. Se ha estudiado su aplicabilidad en el cuidado postoperatorio del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal (DP), de cara a prevenir la infección local. El objetivo de nuestro estudio es examinar la eficacia de la THPN en el tratamiento de infecciones del orificio de salida y las tunelitis del catéter de DP.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo, en el que reclutamos a siete pacientes con infecciones complicadas del orificio de salida del catéter de DP, con mala respuesta a tratamiento antibiótico tópico y sistémico. Se les practicó una limpieza quirúrgica del orificio retirando el tejido de granulación y se aplicó la THPN.

Resultados: Estudiamos a 7 pacientes con infección del orificio de salida del catéter de DP y mala evolución tras tratamiento antibiótico tópico y sistémico. En todos ellos se realizó limpieza quirúrgica del orificio y aplicación de la THPN. La cura de la infección, entendida como el cierre total de la herida quirúrgica, se produjo en una media de tiempo de un mes. Ninguno de estos pacientes presentó peritonitis ni precisó la retirada del catéter de DP.

Conclusiones: Las infecciones del orificio de salida y las infecciones del túnel del catéter son los principales factores predisponentes de la peritonitis relacionada con la DP. En nuestra experiencia, añadir la THPN aporta un mayor beneficio terapéutico en el tratamiento de infecciones complicadas del orificio de salida del catéter de DP que la limpieza quirúrgica aislada.

■ Figura 1.



70

ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE HERNIAS INGUINALES E HIDROCELES EN NUESTRAS PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL, ASÍ COMO DE LAS ESTRATEGIAS LLEVADAS A CABOP. MORA LOPEZ¹, B. CAMPOS GUTIERREZ¹, D.J. ALADREN GONZALVO¹, VA. VILLA AYALA¹, D. BELTRAN MALLEN¹, LS. LÓPEZ ROYO¹, C. MEDRANO VILLARROYA¹, LM. LOU ARNAL¹¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNINVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Introducción: Las hernias y los hidroceles son complicaciones de diálisis peritoneal con una incidencia alrededor del 12-20% que pueden llegar a limitar la técnica. Además de los factores de riesgo convencionales, se añade la presencia de un líquido abdominal no fisiológico el cual produce un aumento de la presión intrabdominal. Pueden provocar alteraciones en la calidad de vida y de la dosis de diálisis por lo que es necesario un diagnóstico precoz, así como crear circuitos que permitan agilizar la reparación quirúrgica, siempre y cuando no suponga un riesgo vital. La finalidad es evitar una transferencia a hemodiálisis. Hasta su reparación definitiva es importante crear estrategias en las que se usen menos volumen para disminuir la sintomatología pero que a la vez se logren dosis de diálisis adecuadas.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de 79 pacientes que han iniciado diálisis peritoneal en nuestro servicio del 2017 al 2021. Se han analizado factores de riesgo y medidas tomadas respecto a la diálisis peritoneal hasta que se realizaba la cirugía o se mantenía en tratamiento conservador, así como el manejo de la diálisis tras la intervención quirúrgica.

Resultados: La prevalencia de hernia/hidrocele fue de 14 pacientes (17,72%). Dentro de ellos 13 fueron hombres, el IMC medio fue de 28,29. Previamente habían presentado hernias 6 de ellos. El tiempo medio de aparición fue de 203 días, dos de ellos comenzaron los síntomas al mes de la colocación. 4 en DPA, 9 en DPCA. Dentro del tipo de hernia, 9 fueron hernia indirecta, 2 directa, 1 umbilical, 2 hidroceles y 1 edema de la pared. Solo uno la cirugía y el diagnóstico se hizo de urgencia por una hernia incarcerada. Respecto a la actitud terapéutica la mayoría fueron quirúrgicos con un tiempo de espera medio de 3 meses. Las estrategias para mantener la técnica, así como de su reinicio, fueron individualizadas optándose entre DPA día seco o un intercambio manual nocturno. En 3 pacientes se decidió un tratamiento conservador debido al alto riesgo quirúrgico. Solo un paciente se transfirió a hemodiálisis por sumarse una peritonitis recidivante.

Conclusión: Podemos confirmar que los factores de riesgo y la prevalencia es similar a los de la población general pero que en nuestros pacientes puede limitar la permanencia, empeorando la calidad de vida por lo que el diagnóstico, la reparación y las maniobras que permitan continuar la peritoneal son esenciales. Sería interesante crear circuitos de actuación ágiles con el Servicio de cirugía y anestesia a fin de asegurar la continuidad en el programa de diálisis peritoneal.

71

RESULTADOS SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL MEDIANTE TÉCNICA CIEGA PERCUTÁNEA CON TRÓCAR TENCKHOFF EN NUESTRO CENTROP. MORA LOPEZ¹, D.J. ALADREN GONZALVO¹, D. BELTRAN MALLEN¹, VA. VILLA AYALA¹, LS. LOPEZ ROYO¹, C. MEDRANO VILLARROYA¹, LM. LOU ARNAL¹, B. CAMPOS GUTIERREZ¹¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNINVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Introducción: La colocación del catéter peritoneal permite a los nefrólogos mayor rapidez y autonomía en la gestión de sus pacientes con respecto a un circuito realizado por un servicio externo. En la literatura existen numerosos estudios que comparan tanto las técnicas llevadas a cabo por los nefrólogos como las realizadas por un equipo quirúrgico a través de visión directa del peritoneo. En dichos análisis se observa que los resultados son similares en tasas de complicaciones.

Métodos: Hemos analizado de manera retrospectiva las complicaciones y las tasas de éxito de la colocación del catéter peritoneal llevada a cabo por el servicio de nefrología de nuestro centro mediante técnica ciega percutánea con trócar Tenckhoff durante los años 2017 y 2021.

Resultados: De 80 pacientes analizados 41 de ellos han presentado un funcionamiento del catéter al año del procedimiento sin incidencias. Solo tres de ellos tuvieron complicaciones importantes relacionadas con la colocación e imposibilidad del seguimiento al año. Un paciente por perforación intestinal y dos por atrapamiento del epiplón. El resto no llegaron al año del seguimiento por causas ajenas a la colocación como son el trasplante, éxitus o peritonitis recidivantes. Mediante dicha colocación nuestras tasas de catéteres no funcionante al año son inferiores a un 10%, cumpliendo de esta manera los estándares de las recomendaciones de la Sociedad Española de Diálisis Peritoneal. 8 de ellos requirieron una técnica alfa de recolocación del catéter en el primer mes. No hemos tenido ningún caso de perforación vesical, ni de útero/trompas. Tampoco hemos tenido incidencia en cuanto perforación de arteria epigástrica, quíloperitoneo e implantación fuera de la pelvis menor (excluyendo la perforación intestinal). En cuanto las infecciones en el primer mes dos pacientes tuvieron episodio de peritonitis y cuatro infecciones del orificio.

Por otra parte, destacar que la técnica se realiza mediante anestesia local con sedación ligera. Dentro de las posibles complicaciones, ajenas al acto quirúrgico en sí, destaca un paciente que tuvo un episodio de cardiopatía isquémica durante el procedimiento.

Conclusión: La técnica de colocación del catéter peritoneal mediante técnica ciega con trócar Tenckhoff tiene baja tasas de complicaciones y buenos resultados. Permitiendo mayor autonomía en cuanto a la programación e inicio de la técnica, así como la mayor implicación por parte del nefrólogo en una adecuada colocación y funcionamiento del catéter.

72

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL (PIP) EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL DE NUESTRO HOSPITAL: VARIABLES RELACIONADAS Y COMPLICACIONESC. AHEDO MARTÍN¹, LC. LÓPEZ ROMERO¹, H. ROJAS MANCILLA¹, DF. VINUEZA ESPINOSA¹, C. MARTÍNEZ VILLANUEVA¹, S. BEA GRANELL¹, A. GALÁN SERRANO¹¹NEFROLOGÍA. CHGUV (VALENCIA)

Introducción: Aunque la monitorización de la PIP no se realiza de forma sistematizada en las unidades de diálisis peritoneal, puede ser útil para una prescripción individualizada. La PIP elevada se ha relacionado con disconfort, aparición de hernias, fugas y problemas en la ultrafiltración. El objetivo de este trabajo fue describir las variables potencialmente relacionadas con la medida de la PIP, así como las complicaciones derivadas de su aumento y las conductas tomadas para minimizarlas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se recogió el valor más elevado de la PIP (2018-2021) mediante el método de Durand, los factores potencialmente asociados con su aumento, las complicaciones relacionadas y las medidas tomadas para evitarlo, en los pacientes de nuestra unidad. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

Resultados: De los 53 pacientes, 7 presentaron PIP elevada, siendo la media de 13,54 cmH₂O. El volumen medio de líquido de diálisis fue de 1702 ml y el 18,9% presentó fallo de ultrafiltración. La mayoría padecían sobrepeso y pocos de ellos presentaron complicaciones asociadas como hernias, fugas o disconfort abdominal. Para mitigar las posibles complicaciones derivadas de una PIP elevada, en la mayoría de casos no fue necesario realizar ningún cambio de tratamiento, pero un 31,8% precisó cambio a DPA o reducción del volumen infundido en los recambios, y otros pacientes paso a hemodiálisis, cambio de agente osmótico o suspensión de la terapia diurna. En el análisis multivariante resultó significativa la relación entre PIP elevada e IMC. De los 7 pacientes que presentaron una PIP elevada, la mayoría sufrían estreñimiento e HTA. También se evidenció que los pacientes hipertensos tenían valores de PIP más elevados (p 0,02), ultrafiltraciones menores (p 0,04) y mayor sobrecarga hídrica en bioimpedancia (p 0,03). En ningún caso una PIP elevada se relacionó con la presencia de organomegalias o fugas. Además, se observó que los pacientes con mayor volumen de líquido peritoneal desarrollaron fallo de UF con más frecuencia (p 0,02) y que los pacientes con hernias tenían una mayor sobrecarga de volumen en la bioimpedancia (p 0,05).

Conclusiones: A pesar de que no existe la suficiente evidencia científica para incluir la medición rutinaria de la PIP en las unidades de DP, se trata de un método sencillo e inocuo muy útil para adecuar la prescripción a cada paciente, detectar de forma precoz alteraciones y así, evitar complicaciones que conlleven el abandono de la técnica.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

73 ANALIZANDO LA SUPERVIVENCIA DE LA TÉCNICA EN LOS PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

MB. GARCÍA JIMÉNEZ¹, P. PUERTO TORREGROSA², A. FERNÁNDEZ GARCÍA³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA (JEREZ DE LA FRONTERA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA (JEREZ DE LA FRONTERA/ESPAÑA)

El alto recambio de pacientes en las unidades de diálisis peritoneal hace que la incidencia y las salidas anuales sean parámetros dinámicos y de mayor significación que la prevalencia. Esto se explica en gran parte por el perfil del paciente en la técnica y la alta tasa de trasplante renal como causa de salida. El objetivo del siguiente estudio consiste en analizar a los pacientes incidentes en nuestra unidad de diálisis peritoneal, así como las causas de finalización de la técnica.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluye a todos los pacientes incidentes en diálisis peritoneal desde enero de 2020 hasta abril de 2023 (40 meses). Se recogieron datos epidemiológicos (hombre/mujer, edad), estancia media y causas de finalización de la técnica (trasplante, transferencia a hemodiálisis o éxitus).

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes a lo largo de 40 meses, de los cuales 8 se incluyeron en 2020, 12 en 2021, 13 en 2022 y 7 hasta abril de 2023. El 63% eran hombres y el 37% mujeres. Los pacientes que continúan en la técnica tienen una edad media de 64 años, los pacientes trasplantados de 56 años, aquellos que se transfirieron a HD 53 años, mientras que los que fallecieron tenían una edad media de 73 años. La etiología principal de la enfermedad renal crónica fue la nefropatía diabética (25%), continuada por la glomerulonefritis crónica (20%) y la poliquistosis renal (12.5%). El 40% de los pacientes continúan a día de hoy en diálisis peritoneal, el 30% se trasplantaron, el 23% fueron transferidos a hemodiálisis (8 HD en centro y 1 HD domiciliaria), de los cuales, 4 fueron a razón de disfunción del catéter peritoneal, 2 por mal manejo del volumen, 2 por claudicación familiar y 1 por infradiálisis; y el 7% resultó en éxitus (1 de etiología cardiovascular y 2 de causa infecciosa). La estancia media en la técnica de diálisis peritoneal fue de 261 días, resultando en los pacientes que han permanecido en la técnica hasta el día de hoy de 300 días, y en aquellos que precisaron transferencia a hemodiálisis de 203 días.

Conclusiones: En nuestra unidad, la mayoría de los pacientes incidentes han continuado en la técnica. El trasplante representa la principal causa de cese de la diálisis peritoneal. Considerar la hemodiálisis domiciliaria para pacientes con agotamiento de DP y deseo de continuar con TRS domiciliaria. Tras la caída de la incidencia por la pandemia COVID, se están recuperando las cifras en los 2 últimos años. El agotamiento de la técnica por las distintas causas, permiten a aquellos pacientes que aún no han podido optar al trasplante, su transferencia a HD.

74 INFLUENCIA DEL VOLUMEN PERITONEAL EN LA VALORACIÓN DE LA VOLEMIA MEDIANTE ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA O «POINT-OF-CARE ULTRASONOGRAFÍA» (PoCUS) EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

M. MUÑOZ RINCÓN¹, D. BARBIERI MERLO¹, V. LÓPEZ DE LA MANZANARA PÉREZ¹, C. RIAZA ORTIZ¹, A.S. AIFFIL MENESES¹, RK. LOAYZA LÓPEZ¹, C. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ¹, ND. VALENCIA MORALES¹, JA. HERRERO CALVO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La ecografía realizada a pie de cama o «Point-of-Care UltraSonography» (PoCUS) se ha convertido en una herramienta útil en la valoración del paciente con congestión hidrosalina tanto vascular como tisular. Sin embargo, actualmente existe poca evidencia científica acerca de su uso en pacientes en diálisis peritoneal (DP).

Objetivo: Estudiar las variaciones de los parámetros ecográficos de sobrecarga hidrosalina mediante PoCUS en pacientes en DP con peritoneo lleno y vacío y su correlación con parámetros clínicos.

Material y métodos: A los pacientes incluidos se les realiza PoCUS y se mide presión intraabdominal (PIA) con peritoneo lleno. Tras el drenaje, se realiza nuevo PoCUS y medición del estado de sobrehidratación mediante bioimpedancia (BIA). Los parámetros medidos mediante PoCUS fueron: Diámetro y porcentaje de colapsabilidad de la vena cava inferior (VCI) y presencia de líneas B de Kerley en ecografía pleuropulmonar.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes: 70.6% varones, edad media 66 +/- 9,5 años. La clase funcional media medida mediante escala NYHA fue 1,6 +/- 0,5; el 65% tuvieron una sobrecarga hidrosalina >1l por BIA. La PIA media fue 15 +/- 3,9mmHg.

El diámetro máximo de VCI con peritoneo lleno y vacío fue 1,44 +/- 0,35cm y 1,53 +/- 0,4 cm respectivamente, diferencia no significativa (p=0.179). El % de colapso de VCI con peritoneo lleno y vacío fue 49 +/- 23% y 47 +/- 13% respectivamente, diferencia no significativa (p=0.58). Las líneas B de Kerley con peritoneo lleno fueron 1,3 +/- 1,5 y con peritoneo vacío 0,71 +/- 1,16, siendo esta diferencia cercana a la significación estadística (p=0.063). Los mismos análisis en subgrupos de pacientes sobrecargados por BIA (OH>1 o OH/ECW>15%) no mostraron diferencias significativas. En el análisis de correlación de variables la PIA y el volumen de diálisis por m2 de superficie corporal no tuvieron correlación con los diámetros ni la colapsabilidad de VCI con peritoneo lleno ni vacío. El grado de sobrecarga por OH (L) se correlaciona con el colapso de VCI con peritoneo vacío (p Spearman= -0,43; p=0,08), al igual que la sobrecarga por OH/ECW (p Spearman= -0,61; p=0,02). Estas correlaciones desaparecen con peritoneo lleno (p>0,05). Los mismos análisis de correlación se realizaron en los subgrupos de pacientes con sobrecarga basal (OH>1L o OH/ECW>15%), y no fueron significativos ni con peritoneo lleno ni vacío.

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas en los parámetros de sobrecarga de volumen ecográficos con peritoneo lleno VS vacío en pacientes en DP, pero se objetivan datos indirectos que indican una peor sensibilidad del PoCUS a peritoneo lleno para sobrecarga hidrosalina.

75 RELACIÓN ENTRE HIPERTENSIÓN Y PARÁMETROS DE COMPOSICIÓN CORPORAL EN LOS PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL

L. LÓPEZ ARSUAGA¹, B. MILLÁN DÍAZ¹, C. PÉREZ MELÓN¹, B. ABAD GARCÍA¹, B. TEMES ÁLVAREZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (OURENSE)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la patología más frecuente en los pacientes de diálisis peritoneal (DP) y principal causa de muerte. Hay que tener en cuenta la hipervolemia como causante de hipertensión arterial (HTA) y disfunción endotelial que implica mayor riesgo cardiovascular. Al inicio de diálisis, la prevalencia de la HTA desciende por el control del volumen extracelular y la disminución de la sobrehidratación. Nuestro objetivo es conocer el estado de HTA y ritmo circadiano de los pacientes de DP mediante MAPA de 48 horas y analizar su relación con parámetros analíticos, de composición corporal obtenidos mediante bioimpedancia espectroscópica multifrecuencia (BCM) y parámetros de diálisis y la membrana peritoneal.

Material y métodos: Se analizan datos de 36 pacientes con edad media de 62,4 +/- 12,22 años y tiempo de permanencia en DP de 25(4-139) meses. Las etiologías más frecuentes fueron la glomerular, nefropatía diabética y desconocida. Todos los pacientes llevaban más de 3 meses en DP con líquido peritoneal biocompatible y sin haber presentado episodio de peritonitis de repetición ni estado expuestos a nefrotóxicos o contrastes yodados sin nefroprofilaxis.

Resultados: De los resultados obtenidos mediante MAPA, el 80% de los pacientes tienen un patrón no dipper con cifras medias de tensión arterial sistólica de 131,5 +/- 20,30 mmHg y diastólica de 72,5 +/- 10,77 mmHg. La edad de los pacientes se correlacionó de manera inversa con todas las cifras de TA obtenidas mediante MAPA. La ultrafiltración, el parámetro OH de la BCM y el porcentaje de glucosa en el líquido peritoneal presentaron correlación positiva. No hubo diferencias de cifras de TA entre los pacientes a tratamiento con furosemida (87.5% de los pacientes que mantenían diuresis residual > 250 mL/día) y los que no la tomaban. Tampoco encontramos diferencias de TA entre pacientes con icodextrina y los que no la tenían pautada.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro estudio determinan que un alto porcentaje de pacientes de DP presenta un patrón no dipper, relacionado con mayor riesgo cardiovascular. La mayoría de nuestros pacientes con patrón dipper pertenecen a la categoría óptima (< 120/80 mmHg) de las Guías Europeas de HTA y presentan menor líquido extracelular en BCM. Nuestros pacientes con HTA son más jóvenes, más hiperhidratados y obtienen mayor UF a expensas de mayor glucosa en líquido peritoneal para mantener la euvolemia. Por lo tanto, recomendamos la utilización periódica de MAPA y BCM para mejor control de los pacientes, ya que su combinación permite detectar la HTA volumen dependiente.

76 ¿ES ÚTIL LA APLICACIÓN DEL VEXUS SCORE EN LOS PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL?

K. RIVERO GARCÍA¹, L. CORREA MARCANO¹, G. GONZÁLEZ ZHINDON¹, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, A. TYSZKIEWICZ¹, A. FALCONI SARMIENTO¹, G. TABERNEIRO FERNÁNDEZ¹, G. DELGADO LAPEIRA¹, M. BLANC¹, P. FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (ESPAÑA)

Introducción: Diagnosticar de forma adecuada la congestión es un reto para el clínico. A lo largo del tiempo la exploración física es una herramienta básica que ha ayudado al manejo de la volemia. Actualmente contamos además con la bioimpedancia y la ecografía, que se ha convertido en los últimos años en una herramienta útil para complementar la exploración física y diagnosticar así a los pacientes con sobrecarga de volumen, permitiendo establecer una conducta terapéutica específica y dirigida.

Materiales y métodos: Se evaluaron a 30 pacientes en diálisis peritoneal (DP) según el grado de congestión que presentan. Se analizaron los datos demográficos, exploración física, el grado de congestión según VEXUS, midiendo ecografía en vena cava, doppler de la vena porta y renal; y se comparó el estado de hidratación según la bioimpedancia (BCM).

Resultados: El 85% de los pacientes eran varones. El total de los pacientes no congestivos por ecografía (VEXUS 0) no presentan signos de sobrecarga hídrica y se confirmó mediante bioimpedancia que estaban euvolémicos (OH de -0,2 +/- 0,8L). Por otra parte, el 38% de los pacientes con VEXUS 1 presentan a la exploración física datos de sobrecarga hídrica, con una BCM media de +2,5 +/- 1,2L (exceso de líquido). Finalmente, el 100% del grupo con VEXUS 2 presentó sobrecarga hídrica a la exploración y una BCM +4,1 +/- 0,5L. Ningún paciente de DP presentó datos de VEXUS 3 (Tabla 1).

Conclusiones: La realización de ecografía VEXUS es una herramienta útil para el abordaje integral en los pacientes en DP que presentan datos de congestión sistémica y permite optimizar el tratamiento y alcanzar la euvolemia del paciente. En nuestro estudio la ecografía VEXUS se correlaciona con el estado de hidratación según la bioimpedancia. Se precisa una mayor muestra poblacional para confirmar dicha correlación.

■ **Tabla 1.** Clasificación de pacientes según VEXUS.

VEXUS GRADO	n= 30 PACIENTES	EDAD	I CARDIACA	Sx SOBRECARGA VOLUMEN		BCM HIDRATACIÓN (OH: Litros)
				NO	SI	
VEXUS 0	17	62 ± 10	52%	100%	0%	-0,2 ± 0,8L
VEXUS 1	8	63 ± 15	88%	62%	38%	+2,5 ± 1,2L
VEXUS 2	5	64 ± 17	100%	0%	100%	+4,1 ± 0,5L
VEXUS 3	0	Ninguno	-	-	-	-

77 IMPACTO DE LA FRAGILIDAD SOBRE EL ESTADO DE MALNUTRICIÓN- INFLAMACIÓN, EL RIESGO DE SARCOPIENIA Y LA SUPERVIVENCIA A CORTO PLAZO EN PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL

C. GARCÍA DE LA VEGA GARCÍA¹, S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN¹, A. ROCHA RODRIGUES¹, E. JIMÉNEZ MAYOR¹, MM. ACOSTA ROJAS¹, MS. GALLEGO DOMÍNGUEZ¹, JL. DEIRA LORENZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES/ESPAÑA)

Introducción: Fragilidad, desnutrición, inflamación y sarcopenia son síndromes multidimensionales con una elevada prevalencia en pacientes en diálisis y relacionados con resultados de salud adversos y mayores costes sanitarios.

Materia y método: Estudio longitudinal de cohortes prospectivo unicéntrico. El objetivo ha sido valorar el impacto de la fragilidad sobre la supervivencia a 3 meses en pacientes prevalentes en diálisis peritoneal (DP) y su asociación con el estado de malnutrición-inflamación y sarcopenia. Hemos utilizado la escala de fragilidad clínica (CFS) y los siguientes cuestionarios de cribado: MNA "Mini Nutritional Assessment", MUST "Malnutrition Universal Screening Tool", SARC-F y MIS "malnutrition inflammation score". Hemos medido y analizado variables clínicas, analíticas y de adecuación y recopilado los datos de biomediancia en un periodo de 3 meses desde la valoración de las escalas. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v21.

Resultados: Hemos incluido 35 pacientes (DPCA 34,3%, DPA 65,7%), 64,8 años de media, la mayoría varones. El 94,3% presentaban parámetros de adecuación en objetivo, tiempo medio en DP 43,4 meses. La puntuación de fragilidad por la CFS fue de 1-3 en el 82,8% de pacientes, de 4-6 en el 11,4%, y de 7-9 en el 5,7%. En el análisis estadístico, fragilidad se asoció a: mortalidad, hipoalbuminemia (<3,5 mg/dL) e inflamación, medida por PCR (rango >20-25 mg/L) y ferritina (rango >300-350 mg/dL). No observamos relación entre fragilidad y edad, comorbilidad, modalidad de DP, adecuación, anemia, control del metabolismo óseo-mineral, composición corporal, hospitalización, atención en urgencias, infección por covid, riesgo de desnutrición o sarcopenia. Respecto a los test de cribado, observamos una correlación lineal directa estadísticamente significativa entre fragilidad y riesgo de malnutrición (MNA) y entre malnutrición (MNA) y riesgo de sarcopenia (SARC-F). No hemos hallado relación entre riesgo de malnutrición o sarcopenia con el resto de variables. El estado de desnutrición-inflamación por MIS se correlacionó con riesgo de malnutrición (MNA), sarcopenia y consulta a los servicios de urgencias. Valores bajos de transferrina (<140 mg/dL) se asociaron a malnutrición (MNA) y riesgo alto de desnutrición (MUST).

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes frágiles en DP tienen mayor riesgo de desnutrición y una elevada mortalidad a corto plazo. Fragilidad, desnutrición, inflamación y sarcopenia son estados comórbidos coexistentes y relacionados entre sí. Actualmente disponemos de test de cribado rápidos y sencillos para su evaluación, que nos pueden orientar para instaurar medidas de prevención e intervención encaminadas a mejorar su pronóstico.

78 ULTRAFILTRACIÓN EN DP. ENSAYO PRELIMINAR DE UNA NUEVA PAUTA DE SCPD, DIÁLISIS PERITONEAL CON CONCENTRACIÓN ESTABLE, EN COMPARACIÓN A GLUCOSA HIPERTÓNICA (4.25%/3.86%)

V. PÉREZ-DÍAZ¹, L. SÁNCHEZ-GARCÍA², A. SOBRINO-PÉREZ³, AL. VALENCIA-PELÁEZ⁴, V. OVIEDO-GÓMEZ⁵, E. HERNÁNDEZ-GARCÍA⁶, S. SANZ-BALLESTEROS⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID/ESPAÑA), ³DEPARTAMENTO MÉDICO. FRESENIUS MEDICAL CARE (MADRID/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA (PALENCIA/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: La sobrecarga hídrica constituye un problema en DP que se combate modulando la duración de los intercambios, aumentando su concentración, o utilizando icodextrina en intercambios largos. Nosotros hemos desarrollado la SCPD, diálisis peritoneal de concentración estable, que aumenta la ultrafiltración (UF) manteniendo estable la concentración intraperitoneal mediante el aporte lento y continuo de glucosa (20g/h) durante el periodo de permanencia. Para que la UF no se frene a sí misma al aumentar la presión intraperitoneal (PIP), hemos disminuido el volumen de infusión y la duración total del intercambio respecto a la pauta original y añadido drenajes parciales de 300 ml cada hora. Presentamos un estudio preliminar de esta nueva pauta en comparación a un intercambio similar con glucosa hipertónica (4.25%/3.86%).

Métodos: A dos pacientes en DP con sobrecarga hídrica se les realizó consecutivamente dos intercambios de 3 horas con 1500 ml, uno con solución de glucosa 4.25%/3.86% y el otro con la pauta de SCPD con glucosa 2.3%/2.27% e infusión continua de solución de glucosa 50% a 20g/hora, que se interrumpió cada hora para drenar 300 ml. Se comparó la UF de ambos intercambios.

Resultados: (Tabla 1) La UF fue muy superior en SCPD respecto a glucosa 4.25%/3.86%. La PIP basal fue muy diferente en ambos pacientes siendo la UF siempre inferior en el paciente con mayor PIP. La SCPD mantuvo concentración intraperitoneal de glucosa inferior. El drenaje horario de 300 ml en SCPD siempre mantuvo volúmenes intraperitoneales cercanos a 1.5L suficientes para el contacto peritoneal y dilución de la infusión hipertónica.

Conclusiones: La nueva pauta de SCPD consigue UF mucho mayores que los intercambios con glucosa hipertónica 4.25%/3.86% y con concentraciones intraperitoneales de glucosa inferiores. Los drenajes horarios de 300 ml permiten mantener volúmenes peritoneales suficientes para optimizar la UF y diluir la infusión continua de solución hipertónica.

Tabla 1.

	Paciente 1	Paciente 2
IMC	26.09	27.29
PIP con 1500 ml (cmH ₂ O)	7.50	15.00
UF (ml) SCPD	934	592
UF (ml) 4.25%/3.86%	550	409
% UF SCPD vs 4.25%/3.86%	70%	45%
Conc. max. SCPD (mg/dl)	2 901	2 270
Conc. max. 4.25%/3.86% (mg/dl)	3 860	3 860
Vol. IP mínimo SCPD (ml)	1 500	1 375
Vol. IP mínimo 4.25%/3.86% (ml)	1 500	1 500

79 REVISIÓN DE PERITONITIS EN 20 AÑOS DE PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MS. GALLEGO DOMÍNGUEZ¹, S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN¹, A. ROCHA RODRIGUES¹, C. GARCÍA DE LA VEGA GARCÍA¹, E. JIMÉNEZ MAYOR¹, ME. DAVIN CARRERO¹, F. FERNÁNDEZ VIVAS¹, MM. BERNAL CURTO¹, M.J. GUERRA MASTRE¹, JL. DEIRA LORENZO¹

¹NEFROLOGÍA. H.SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES (CÁCERES/ESPAÑA)

Introducción: La peritonitis es una de las complicaciones más importantes en diálisis peritoneal (DP).

Materia y método: El objetivo del estudio ha sido analizar la prevalencia y epidemiología de peritonitis en busca de estrategias de mejora. Hemos incluido los pacientes incidentes en el programa de DP de nuestro centro en 20 años (2000-2019). Estudio descriptivo, hemos dividido la muestra en 4 periodos de 5 años y hemos evaluado globalmente y por periodo: la tasa de peritonitis, la epidemiología y evolución de los episodios en cada uno de los periodos.

Resultados: Se recogieron 311 pacientes. Edad 55.6±15.2 años (18-88), 65% varones. Etiología: 6.7% vascular, 28.2% glomerular, 22.7% nefropatía diabética, 13.2% poliquistosis, 11.8% no filiada, 4.8% sistémica, 6.1% nefropatía túbulo-intersticial crónica y 6.5% otras. Se registraron un total de 312 episodios de peritonitis. Las características en los periodos definidos se muestran en la tabla 1. Hemos tenido una media de 1 peritonitis/paciente. La tasa de peritonitis permaneció estable en los 4 periodos, en valores que recomienda la International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD). No se registraron éxitos. Los Staphylococcus coagulans negativos son la causa más frecuente de peritonitis (26%), seguido de otros géneros gram positivos o negativos (20,5% vs 19,6%). La presencia de cultivos negativos sigue elevada, aunque < al 20% a nivel global.

Conclusiones: La peritonitis sigue siendo el talón de Aquiles de la DP. A lo largo de los años la tasa de peritonitis se ha mantenido estable por debajo de los 0.4 episodios/paciente/año. La curación se produce en 3 de cada 4 pacientes, no siendo desdeñable la frecuencia de recidivas con necesidad de retirada de catéter peritoneal. En los últimos 10 años han disminuido el porcentaje de peritonitis fúngicas. Siguen siendo necesarios esfuerzos en el avance terapéutico y estrategias en la prevención de la peritonitis en los programas de DP.

Tabla 1. Características y epidemiología de las peritonitis a lo largo del tiempo en un programa de diálisis peritoneal. Evaluación por quinquenios.

	PERIODOS					TOTAL
	P1 (2000-2004)	P2 (2005-2009)	P3 (2010-2014)	P4 (2015-2019)	T (2000-2019)	
PACIENTES						
Pacientes (n)	53	60	62	54	231	
Edad	67 (±13)	58 (±10)	58 (±13)	58 (±14)	58 (±13)	
Sexo (% varones)	51%	57%	54%	58%	55%	
PERITONITIS						
Peritonitis (n)	29	66	92	58	245	
Tasa peritonitis por paciente/año	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6	
Etiología						
Staphylococcus aureus	4 (13.8%)	8 (12%)	20 (21.7%)	4 (6.9%)	36 (14.7%)	
Staphylococcus coagulans	11 (38%)	19 (28.8%)	27 (29.3%)	24 (41.4%)	81 (33.2%)	
Gram	4 (13.8%)	18 (27.3%)	22 (23.9%)	17 (29.3%)	61 (25.0%)	
Other Gram +	4 (13.8%)	15 (22.7%)	16 (17.4%)	29 (49.9%)	64 (26.3%)	
Peritonitis fúngicas	3 (10.3%)	6 (9.1%)	9 (9.8%)	1 (1.7%)	19 (7.7%)	
Cultivos negativos	3 (10.3%)	19 (28.8%)	14 (15.2%)	14 (24.1%)	60 (24.5%)	
Peritonitis polimicrobianas	0 (0%)	6 (9.1%)	13 (14.1%)	6 (10.3%)	25 (10.2%)	
Peritonitis DP exitosa del 0%	1 (3.4%)	4 (6.1%)	4 (4.3%)	1 (1.7%)	10 (4.1%)	
EVOLUCIÓN EPISODIOS						
Curación	22 (75.9%)	63 (95.6%)	69 (75%)	42 (72.5%)	236 (96.3%)	
Recidiva/Recidiva catéter peritoneal	1 (3.4%)	4 (6.1%)	6 (6.6%)	5 (8.6%)	20 (8.2%)	
Recidiva/Catéter	2 (6.9%)	8 (12.1%)	5 (5.4%)	7 (11.9%)	22 (9.0%)	
Recidiva/catéter peritoneal	1 (3.4%)	14 (21.2%)	10 (10.9%)	11 (18.9%)	36 (14.7%)	

80 SÍNDROME CARDIORRENAL Y DIÁLISIS PERITONEAL: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INCIDENTES DE FORMA URGENTE

D. LUIS RODRIGUEZ¹, P. COUTO COMBA², A. ALONSO BETHENCOURT³, EM. MARTÍN IZQUIERDO¹, R. HERNÁNDEZ LUIS⁴, MF. DÁVILA RAMOS⁵, JJ. GRILLO PÉREZ⁶, ML. MACÍJA HERAS⁷

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE), ³MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: Diálisis Peritoneal (DP) en el Síndrome Cardiorrenal (SCR) se ha posicionado como una herramienta eficaz en el control del estado congestivo, permitiendo disminuir el número de hospitalizaciones y mejorando la calidad de vida. Las Unidades Cardiorrenales (UCR) deben ser las encargadas de evaluar y decidir de forma preferiblemente programada el inicio de esta técnica. Sin embargo, en muchas ocasiones, este hecho transcurre de forma precipitada.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con SCR incidentes de forma urgente en el programa de diálisis peritoneal.

Materia y método: Estudio descriptivo de 10 pacientes incidentes de forma urgente en el periodo comprendido entre Julio 2021 y Abril 2023.

Resultados: De los pacientes estudiados, 9 procedían de la planta de Cardiología y 1 de Medicina Interna, todos ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC). El 90% eran varones y diabéticos. La media de edad fue 72 ± 4,5 años. El 40% tenía cardiopatía isquémica, 20% inducida por arritmias, 20% hipertensiva, 10% valvular y 10% tóxica. Presentaban disfunción sistólica del VI 9 de los 10 pacientes (6 FEVIr y 3 FEVImr), 8 de ellos disfunción del VD (media TAPSE 13 ± 3 mm y S' 8 ± 2 cm/s). Todos tenían hipertensión pulmonar (moderada-severa en el 80%). El Índice de Charlson era elevado (11 moda (9,12)). Los pacientes presentaban ERC (80 % estadio 4 y 5; 70% albuminuria) pero el motivo de inicio DP fue resistencia a diuréticos en el 90% de ellos. El tratamiento cardioprotector recibido antes del ingreso era escaso (80% betabloqueantes; 40% ARM; 20% ARNI) y en solo 1 caso se combinó más de 2 fármacos. La moda de ingresos por IC previo al inicio de DP fue de 2 (1,5). Ninguno de estos pacientes fue valorado previamente en la UCR. El 50% de los pacientes falleció, con una media de 4 ± 3 meses de seguimiento (80% de causa cardíaca). De los pacientes que permanecen en el programa, ninguno ha vuelto a ingresar por IC. No encontramos diferencias entre los pacientes éxitos con respecto a los que no, salvo para HTP severa en el grupo de fallecidos (80% vs 0%, X²=0,018), valor de ferritina (239,4 ± 265 vs 208,6 ± 147, p=0,035) y tendencia no significativa a tener menos diuresis residual (1090 ± 532 vs 1860 ± 134, p=0,074). De los 58 pacientes en seguimiento en la UCR durante el mismo periodo, hubo 3 éxitos (1 muerte súbita, 1 cuidados paliativos, 1 infección por SARS-COV-2); 1 inicio DP y 4 pacientes recibieron trasplante cardíaco sin necesidad de diálisis.

Conclusiones: La DP es una técnica útil en el manejo del SCR. Estos pacientes deben tener acceso y disponer de un seguimiento estrecho en UCR con tal de optimizar el tratamiento y minimizar el inicio urgente de esta técnica, hecho que podría tener consecuencias positivas en el pronóstico.

Resúmenes

Dialísis peritoneal

81 ESTUDIO DE BIOMARCADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

GE. PAZ ROMERO¹, CP. GUTIÉRREZ RIVAS¹, J. ESTRUCH GARCÍA¹, C. SILLERO LÓPEZ¹, V. DE LA FUENTE FERNÁNDEZ¹, SJ. POLANCO CANDELARIO¹, SN. ROSTI¹, CL. ZAPATA VIZCAINO¹, B. DIEZ OJEA¹

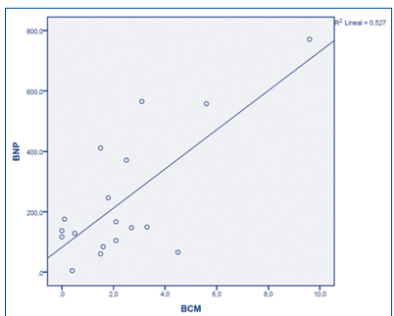
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVEJIA (TORREVEJIA)

Introducción: La Insuficiencia cardiaca (ICC) es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel global. En los últimos años varios han sido los estudios en busca de biomarcadores que permitan una mejor valoración del estado congestivo. En los enfermos renales estos parámetros muchas veces se encuentran alterados de forma basal, generando dudas en cuanto a su fiabilidad, por lo que decidimos realizar este estudio con el objetivo de identificar el biomarcador más veraz en estos pacientes.

Material y métodos: Realizamos un corte transversal en la revisión rutinaria de pacientes con ERC G5 en diálisis peritoneal (DP), estables clínicamente. Se excluyeron aquellos en DP por ICC refractaria y en tratamiento con sacubitril/valsartán. Recogimos datos epidemiológicos, antropométricos, analíticos, bioimpedancia, y diuresis.

Resultados: Analizamos 18 pacientes, con 29,2 meses (1-77) en DP, de 63±17,3 años, 50% diabéticos, con índice de comorbilidad de Charlson 6,1±2,6. Dos eran anúricos. El 44,4% había presentado ICC, el 44% estaban en DP automática y el 55,6% con icodextrina. El valor medio de ProBNP fue 12531,72 pg/ml (338-35000), el BNP 211,6 pg/ml (5,2-37,1), y el Ca 125 21,20 UI/ml (3,3-97,2). No se observaron diferencias significativas entre los biomarcadores y la presencia de ICC o la necesidad de icodextrina. Encontramos correlación significativa entre los valores de BNP y sobrehidratación medida por BCM (r=0,726; p=0,001, gráfico 1), e inversamente proporcional entre el proBNP

■ **Figura 1. Correlación entre BNP y bioimpedancia en pacientes en DP.**



y el volumen de diuresis (r=-0,522; p=0,026). No hallamos significación con la proteína C reactiva, el sodio sérico, ni la hemoglobina.

Conclusiones: En pacientes en DP que no reciben sacubitril/valsartán, parece que el BNP puede arrojar información más específica respecto a la sobrehidratación. Son necesarios más estudios en pacientes en diálisis para esclarecer qué biomarcador sería de mayor utilidad en esta población.

82 NIVELES DE VANCOMICINA EN DIÁLISIS PERITONEAL

L. BOIX I SOLER¹, E. NOGUE PUJADAS², N. MARTÍN ALEMANY¹, CM. CASTILLO DEVIA¹, JJ. ÁLVAREZ SALTOS¹, GM. GONZÁLEZ SUÁREZ¹, L. GARCÍA CANTALEJO¹, J. CALABIA MARTÍNEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR JOSEP TRUETA (ESPAÑA); ²FARMACOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR JOSEP TRUETA (ESPAÑA)

Introducción: La vancomicina frecuentemente se utiliza como terapia empírica de primera línea en peritonitis asociadas a diálisis peritoneal. Las pautas de tratamiento recomendadas por las guías han cambiado recientemente, ajustando la dosis de vancomicina según las características clínicas y de modalidad de tratamiento dialítico. El objetivo de este estudio se centra en conocer si el tratamiento con vancomicina de los pacientes con peritonitis asociada a diálisis peritoneal de nuestro centro se adecua a les guías actuales (ISPD 2022), e identificar variables que influyen en el supra/infra-tratamiento con las posibles consecuencias en recidivas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en adultos con peritonitis asociada a diálisis peritoneal entre julio 2022 y febrero 2023 en nuestro centro, a quien se realizó niveles de vancomicina séricos previa la administración de la 3a dosis. Se administró una dosis intraperitoneal de carga media de 2g y una dosis de mantenimiento media de 1g a los 4 días, indicándose en ambas un mínimo de 6h de permanencia.

Resultados: Se analizaron 12 pacientes con 21 episodios, 100% hombres, edad media 67años, todos con diuresis residual (>100ml/d). Se obtiene cultivo negativo en 47% y sensible para cocos gram positivos en 82%. Sólo se obtienen niveles correctamente en 14 episodios. Las dosis medias de carga fueron 24.1mg/kg +/- 4.96DS, y las dosis de mantenimiento obtenidas fueron de 15.11mg/kg +/- 3.47DS. Los niveles de vancomicina medios obtenidos con dichas dosis fueron de 10.34mg/kg +/- 4.42DS.

Conclusiones: A pesar que las dosis de carga fueran adecuadas, las dosis de mantenimiento fueron inferiores a les recomendadas hasta en el 50% de los episodios, pero aún así no podemos concluir que exclusivamente los niveles infraterapéuticos impacten en las recaídas de los pacientes, pues hubo quienes sin alcanzar niveles no presentaron recaídas y viceversa. Falten muchos estudios de farmacodinamia y farmacocinética para determinar cuáles son las dosis óptimas de tratamiento en estos pacientes, y qué otros factores influyen.

83 IMPORTANCIA DEL ÍNDICE DE RESISTENCIA A LA ERITROPYETINA (IRE) EN LA VALORACIÓN DE LA ANEMIA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

A. ALEDO ULTRA¹, I. LLAMAS SARRIA², D. MANZANO SÁNCHEZ¹, A. MARTÍNEZ LOSA¹, PP. ORTUÑO LÓPEZ¹, JL. ALBERO DOLÓN¹, M. DE LARA GIL¹, JB. CABEZUELO ROMERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA/ESPAÑA); ²ALUMNA. UNIVERSIDAD DE MURCIA (MURCIA/ESPAÑA)

Introducción y objetivos: La anemia (hemoglobina (Hb) menor de 12g/dL en mujeres y de 13g/dL en hombres) es una complicación de la enfermedad renal crónica (ERC) con prevalencia en DP del 83%. El tratamiento con ferroterapia y estimuladores de la eritropoyesis (AEE) tiene por objetivo niveles de Hb entre 10-12g/dL. Un 10% de los pacientes presenta resistencia a AEE secundaria al bloqueo del hierro mediado por hepcidina en los estados inflamatorios.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo con el objetivo de determinar factores relacionados con el IRE en nuestra población en DP. Variables recogidas: edad, sexo, causa de ERC, IMC, tiempo en DP, diuresis, creatinina (Cr), albúmina, proteína C reactiva (PCR), PTH, filtrado glomerular (GFR), aclaramiento de creatinina semanal (ClCr), KTV, Hb, ferritina, índice de saturación de transferrina (IST) y tratamiento con AEE. Medimos IRE: dosis semanal de AEE (UI) peso (kg) x Hb (g/dL). Dividimos la población según mediana del IRE y realizamos un análisis comparativo (significancia p < 0,05).

Resultados: N=69, 64% hombres. Edad 61±15 años. Etiología de ERC más frecuente 29% glomerulonefritis. Diuresis residual 1282±827,3 (0-3800) ml. Tiempo en DP 18 (6-37) meses. Hb 11,01±1,39g/dL. Mediana de ferritina 344 (246) ng/ml e IST 24 (15,2)%. 63 pacientes (91,3%) con anemia: • 12 (19,3%) con Hb<10g/dL; • 85,7% tratados con AEE. Dosis mediana: 4000 (6800) UI/semana y 8800 (214800) UI/año

No se halló significancia estadística entre mayor IRE y valores demográficos, diuresis, albúmina, PTH y PCR pero sí correlación con mayores niveles de Cr y ferritina y correlación inversa con valores de GFR y ClCr semanal (tabla 1: Análisis categorizado según IRE).

Conclusiones: La asociación de los niveles de IRE y ferritina reflejan el papel de los procesos inflamatorios en la resistencia a los AEE. Pacientes con mejor función renal residual y mejor eficacia de diálisis presentan menor IRE. Los inhibidores de la proil-droxilasa podrían mejorar el control de la anemia en la población con aumento de IRE.

■ **Tabla 1. Análisis comparativo del IRE en relación con los factores de riesgo para la anemia.**

IRE (UI EPO/kg/g Hb)	Menor de 5,72 (n=27)	Mayor de 5,72 (n=27)	Valor p
VARIABLES DEMOGRÁFICAS			
Edad (años)	64,44 ± 14,58	58,11 ± 17,67	0,157
Sexo varón/mujer	18 (66,7%) / 9 (33,3%)	18 (66,7%) / 9 (33,3%)	0,999
IMC (kg/m ²)	28,078 ± 4,51	26,46 ± 4,10	0,173
Tiempo en DP (meses)	18 (18)	20(42)	0,467
PARÁMETROS CLÍNICOS			
Diuresis (ml)	1346,3 ± 691,42	1000 ± 767,86	0,088
Creatinina (mg/dL)	7,05 ± 2,31	8,81 ± 2,67	0,012
Albúmina (mg/dL)	3,83 ± 0,42	3,69 ± 0,46	0,249
PTH (ng/dL)	256,304 ± 153,24	331,448 ± 338,39	0,298
PCR (mg/dL)	0,33 (0,48)	0,59 (1,95)	0,071
PARÁMETROS ANALÍTICOS DE ANEMIA			
Hemoglobina (g/dL)	11,15 ± 0,80	10,27 ± 1,36	0,006
Ferritina (ng/ml)	265 (142)	398 (284)	0,005
IST (%)	23 (13,6)	42 (25)	0,716
PARÁMETROS DE FRR Y EFICACIA DE DP			
GFR (ml/min)	4,65 (5,25)	2,82 (4,58)	0,006
ClCr (L/sem)	81,89 (40,18)	65,74 (26,12)	0,004
KTV	2,23 (0,77)	2,12 (0,42)	0,07

Los valores son número (%) para las variables cualitativas; media ± DE en las cuantitativas de distribución normal; y mediana (RIC: rango intercuartílico) en las de distribución no normal. ClCr: aclaramiento de creatinina; DP: diálisis peritoneal; GFR: índice de filtrado glomerular; IRE: índice de resistencia a la eritropoyetina; IMC: índice de masa corporal; IST: índice de saturación de transferrina; PCR: proteína C reactiva; PTH: paratohormona; VCM: volumen corpuscular medio.

84 DIALISIS Y ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y CONGESTIÓN REFRACTARIA

M. ALONSO MOZO¹, Y. GALLEGO BAZÁN², F. CANDANEDO OCAÑA³, C. ÍÑIGUEZ VILLALÓN³, P. QUIRÓS GANGA²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ/ ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL (PUERTO REAL/ ESPAÑA); ³CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL (PUERTO REAL/ ESPAÑA)

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC), problema creciente de salud pública, ha aumentado su prevalencia e incidencia en los últimos años. Es una enfermedad crónica en la que signos y síntomas congestivos marcan su curso. La ultrafiltración peritoneal (UFP) ha demostrado ser tratamiento eficaz para la congestión refractaria.

Objetivos: Evaluar los beneficios de la diálisis peritoneal (DP) en el tratamiento de la IC con síntomas de congestión refractaria.

Material y métodos: Serie de casos de 13 pacientes con IC avanzada incluidos en programa de DP desde 2018-2022 a los que se realizó seguimiento clínico.

Resultados: El 61,5% eran hombres y la edad media 66 años. Un 61,5% tenía antecedente de FA y el 46,2% cardiopatía isquémica. La IC con fracción de eyección conservada fue más prevalente, en un 53,8% de pacientes. El 46,2% presentó disfunción de ventrículo derecho. La cardiopatía isquémica (38,5%) seguida de la enfermedad valvular (23,1%) fueron las etiologías más frecuentes de IC. Solo un 7% de los pacientes estaban en tratamiento con iSGLT2, un 46,7% con ARNI y un 92% con betabloqueantes. El 92,3% presentaba ERC con filtrado glomerular medio de 25,8 ml/min/1.73m² al inicio. Un 61,5% iniciaron terapia mediante UFP y el resto DP. La media de tiempo de tratamiento fue 20,9 meses. Un 53,8% fallecieron durante el seguimiento y más de la mitad por causa independiente a la IC y técnica de DP. Un 92,3% mejoró su clase funcional en el seguimiento. Al inicio solo un paciente se encontraba en clase NYHA I-II, a los 3 meses 8 (66,6%), a los 6 meses 10 (83,3%) y al año 11 (91,6%). El 61% de los pacientes presentaban ascitis al inicio que desapareció en el 100% al año. La media de ingresos/paciente/año por IC en el año previo al inicio del tratamiento fue de 2 y tras el primer año de seguimiento 0,46. Un 53% presentó complicaciones de la técnica, siendo la infección del catéter la más frecuente (44%) seguida de fuga peritoneal (27%) y solo se describió un caso de peritonitis bacteriana, único caso mortalidad relacionada con la técnica.

Conclusión: La DP y UFP son terapias útiles en pacientes con IC y síntomas de congestión refractaria, disminuyendo la morbilidad y mejorando su pronóstico.

85 RECOLOCACION RADIOSCÓPICA DEL CATETER DE DIALISIS PERITONEAL POR PARTE DEL NEFROLOGO EN HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON

M. VILLANUEVA CHULVI¹, RA. ARLANDIS GALLEGO¹, E. MARTINEZ SEVILLA¹, J. SANCHEZ CANEL², MJ. PASCUAL FELIP³, MT. ESTEVE ALGORA¹, S. ALOS GUIMERA¹, C. TARONGI VIDAL¹, M. CASANOVA APARICIO¹, R. CORDOBA¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CASTELLON (GENERALITAT VALENCIANA),²NEFROLOGIA. HOSPITAL PROVINCIAL CASTELLON (GENERALITAT VALENCIANA), ³NEFROLOGIA. GENERALITAT VALENCIANA (GENERALITAT VALENCIANA)

Introducción: El catéter de diálisis peritoneal es fundamental para el éxito y la supervivencia de la técnica. Las disfunciones del catéter son una causa frecuente de salida de la técnica sobre todo al inicio (3.9-33%). Las más importantes son: disfunción del flujo de entrada y salida por acodamientos, obstrucción endoluminal por fibrina/coágulos, de salida por malas posiciones, atrapamientos por el epiplón, adherencias.

Objetivo: El propósito de nuestro estudio será determinar la eficacia y seguridad de la recolocación radioscópica de los catéteres tenckhoff recto (TR) y autoposicionantes (AP) de un cuff de diálisis peritoneal por parte del nefrólogo e identificar la prevalencia de los factores relacionados.

Método: Revisión retrospectiva en nuestro hospital de los pacientes en programa de diálisis peritoneal a los que se les ha realizado una manipulación con radioscopia desde el 1 enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Durante el periodo de estudio hemos realizado 41 recolocaciones de catéter peritoneal a 31 pacientes. Edad media: 61,5 ± 14,55 años. El índice de masculinidad es del 54,8%, el IMC 27,95 ± 5,2 Kg/m² y la causa de nefropatía más frecuente fue vascular 32.2%. El 87.1% de las recolocaciones fueron por drenaje lento o insuficiente y el 12.9% restante por disfunción de entrada y salida. El 42% de las puntas de los catéteres se encontraba desplazado a la mitad superior del abdomen, el 35.4% en la mitad inferior y el 22.6% en la posición adecuada en la radiografía. Hemos encontrado unos resultados superiores a los estudios revisados con 70 % de recolocaciones inicialmente exitosas. El 30% de éstas precisaron una nueva recolocación e incluso en un caso una tercera recolocación. El catéter se mantuvo funcionando al mes del procedimiento en el 51.6% y a los 6 meses del 35% de los pacientes. El 38.7% preciso recambio del cateter y dos pacientes decidieron retirada definitiva. Cinco de los quince pacientes en los que no se resolvió inicialmente la disfunción presentaban una obstrucción extraluminal por atrapamientos por omento o adherencias. Los otros diez pacientes presentaban el cateter libre durante el procedimiento del recambio. No presentamos ninguna complicación durante el procedimiento, con excepción de molestia abdominal que preciso analgesia.

Conclusiones: La manipulación fluoroscópica es un tratamiento eficaz y seguro para los catéteres de DP que han migrado y no responden al tratamiento médico. Los resultados muestran que esta técnica presenta un elevado porcentaje de éxitos de restauración de la posición correcta y resolución de las disfunciones reduciendo las necesidades de retirada o recolocación quirúrgica sobre todo en catéteres que presentaban previamente un adec.

86 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS PERITONITIS POR PSEUDOMONA EN DIÁLISIS PERITONEAL

RA. ARLANDIS GALLEGO¹, M. VILLANUEVA CHULVI¹, MJ. PASCUAL FELIP¹, J. SANCHEZ CANEL², MT. ESTEVE ALGORA¹, S. ALOS GUIMERA¹, B. GOMILA SARD¹, C. TARONGI VIDAL¹, M. CASANOVA APARICIO¹, R. CORDOBA¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CASTELLON (CASTELLON / ESPAÑA),²NEFROLOGIA. HOSPITAL PROVINCIAL CASTELLON (CASTELLON / ESPAÑA)

Introducción: Las peritonitis en diálisis peritoneal continúan siendo una de las principales causas de fracaso de la técnica y de morbi- mortalidad de los pacientes. Alrededor del 20% de las peritonitis son causadas por microorganismos gramnegativos, entre los cuales Pseudomona spp son los más frecuentes. Las peritonitis por Pseudomona spp. suelen presentar una evolución clínica complicada. Algunos autores indican la retirada del catéter como única medida curativa, mientras que otros presentan resultados satisfactorios con la administración de doble antibiotico-terapia antipseudomónica.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es analizar nuestra experiencia en cuanto a tratamiento y pronóstico de las peritonitis por Pseudomona spp.

Método: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que revisamos la incidencia y evolución de las peritonitis por Pseudomona en 328 pacientes prevalentes en nuestra Unidad desde 1 enero de 2007 a 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Durante los dieciséis años revisados se han diagnosticado 323 casos de peritonitis en nuestra Unidad. Veintiún pacientes (dieciséis hombres y cinco mujeres con una media de 58,84 años) tuvieron 24 peritonitis causadas por Pseudomona spp. (7.43 % del total). De las especies recogidas, quince fueron Ps.Aeruginosa, tres Ps.Stutzeri, tres Ps.Putida, uno Ps.Alcaligenes, uno Ps. Olevorans y otro Ps.Fluorescens. El tratamiento de elección fue la combinación de una cefalosporina de 3ª generación intraperitoneal (Ceftazidima) con una quinolona oral (Ciprofloxacino) durante 21 días. En ninguno de los casos hemos empleado tratamiento antibiótico en monoterapia ni carbapenems. La evolución fue favorable con curación en 16 de los 21 pacientes (76 %) sólo con antibioterapia. En ocho de los paciente (38%) fue necesaria la retirada del catéter, dada la refractariedad al tratamiento, recidiva tras la curación o la infección del orificio de salida (IOS) concomitante. En todos los casos en que fue necesaria la retirada del catéter se pasó a hemodiálisis temporalmente, reiniciando la técnica posteriormente en cuatro pacientes sin incidencias posteriores. No registramos ningún fallecimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la evolución clínica de las peritonitis por Pseudomona spp. ha sido favorable, con la curación en casi el 80% de los pacientes con el uso de antibioterapia combinada de larga duración. Aquellos pacientes con IOS han precisado la retirada del catéter. Las peritonitis por Pseudomona pueden ser tratadas satisfactoriamente sin retirar el catéter y en caso de retirada, el reinicio de la técnica es posible tras descanso temporal.

87 DISFUNCION DEL CATETER PERITONEAL Y CIRUGIA LAPAROSCOPICA. REVISION DE NUESTRA EXPERIENCIA

A. ERASO NÁJERA¹, MV. TORRES JARAMILLO¹, C. GARCÍA PAREJO¹, B. MARTÍN ÁLVAREZ¹, LG. SÁNCHEZ GARCÍA¹, B. ALAGUERO DEL POZO¹, N. MARTÍNEZ TEJEDA¹, DA. TICONA ESPINOZA¹, AY. ROSARIO VARGAS¹, B. GÓMEZ GIRALDA¹

¹NEFROLOGÍA. H.U.RÍO HORTEGA (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: El malfuncionamiento del catéter peritoneal es una complicación frecuente de la diálisis peritoneal (DP), que precisa resolución rápida para permitir el adecuado tratamiento con esta técnica. Las causas pueden ser migración del catéter, malposición de la punta, obstrucción por fibrina, atrapamiento por epiplón o adherencias intraperitoneales. Los métodos no invasivos para resolverlo incluyen laxantes, infusión de uroquinasa para lisar el trombo o vaina de fibrina, o manipulación externa con guía metálica (maniobra alfa). En ocasiones éstos no son eficaces, precisando intervenir quirúrgicamente.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogen datos de disfunción de catéter peritoneal sin respuesta a maniobras conservadoras, de los 134 pacientes que han recibido DP entre 2012 y 2023 en nuestro centro. Evaluamos tipo de catéter, tiempo de aparición de disfunción, antecedentes de cirugía abdominal, hernias y peritonitis, modalidad de DP, complicaciones tras laparoscopia y evolución de la DP.

Resultados: 10 pacientes presentaron disfunción del catéter peritoneal que precisó cirugía laparoscópica. El tiempo de aparición de disfunción fue desde los lavados iniciales hasta 98 días. El tipo de catéter: Tenckhoff doble cuff, recto en 3 casos y en 9 curvo. 5 tenían antecedente de cirugía abdominal y 4 presentaban hernia simultánea a la disfunción. Solo 2 habían tenido peritonitis. Modalidad de DP: Manual en 6 pacientes y automatizada en 4. El diagnóstico se realizó demostrando el desplazamiento del catéter en RX, persistente a pesar de laxantes o maniobra alfa. Con la cirugía laparoscópica se confirmó la causa y se resolvió el malfuncionamiento, encontrando en un caso adherencias de fibrina, y en el resto obstrucción parcial o total por epiplon con adherencias fibroepiteliales en alguno de ellos. 2 precisaron transferencia temporal a hemodiálisis, 2 se mantuvieron sin DP gracias a una función renal residual considerable. 3 reiniciaron DP, 1 pasó a DPA por aparición de hernia incisional. 5 salieron de DP: 4 por paso a HD tras recidiva del malfuncionamiento, 1 por recuperación de la función renal. 4 presentaron pequeñas hernias postlaparoscopia sin complicación.

Conclusiones: La laparoscopia es el tratamiento de elección en la disfunción del catéter peritoneal, permite la identificación de la causa simultáneamente a la resolución del problema, así como el reinicio temprano de la DP en la mayoría de casos. No está exenta de complicaciones, aunque en nuestros pacientes se han manejado sin mayores problemas. Es fundamental la buena relación y coordinación con el servicio de Cirugía para realizar el abordaje correcto y a tiempo de esta complicación de la DP.

88 EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MECÁNICAS EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL EN DIÁLISIS PERITONEAL

PB. BARRIOS CARMONA¹, AM. SOLDEVILA ORIENT¹, JH. DEVESA SUCH², PS. SANCHEZ PEREZ², MM. MOMPÓ RAMOS³, EC. CHOLBI VIVES³, IV. VIEJO BOYANO², FM. MARQUES ORTEGA², FV. VALERO MENA², JH. HERNANDEZ JARAS²

¹NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE (VALENCIA),²NEFROLOGIA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA)

Introducción: La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente y la 5ª causa de inicio de tratamiento sustitutivo renal en nuestro país, iniciándose éste en la mitad de los casos entre la 4 y 5 décadas de la vida. Clásicamente, la diálisis peritoneal (DP) no era el tratamiento de elección en PQRAD por temor a mayor tasa de complicaciones mecánicas y peritonitis entéricas en relación con una mayor presión intraabdominal. Sin embargo, la DP es la técnica de reemplazo renal idónea en jóvenes por mejorar su calidad de vida.

Objetivo: Evaluar las complicaciones mecánicas en nuestros pacientes con PQRAD y DP

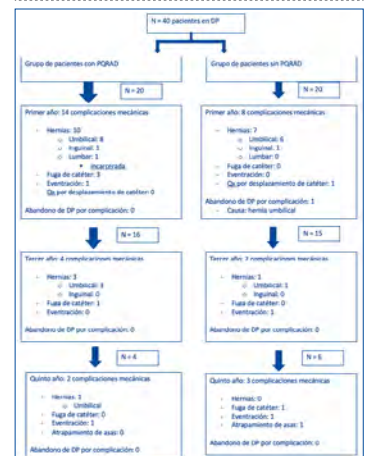
Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo con dos grupos, de los pacientes en DP de nuestro centro desde el año 2013 hasta el 2023. Se emparejó a cada paciente con PQRAD con un paciente sin enfermedad poliquística, atendiendo a variables de edad, sexo y año de inicio de DP. Se comparó el número total de complicaciones mecánicas, así como su incidencia al primer, tercer y quinto año de inicio de DP en 20 pacientes con diagnóstico de PQRAD y 20 pacientes sin PQRAD.

Resultados: La edad media de nuestra muestra fue de 51 años, siendo la mayoría hombres.

La supervivencia en la técnica fue similar en ambos grupos (25 meses para PQRAD frente a 24 para los no poliquísticos). El número de complicaciones mecánicas fue mayor en pacientes con PQRAD. Sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas (p-valor >0.05, test utilizado: U de Man Whitney). Figura 1.

Conclusiones: Las complicaciones mecánicas de los pacientes con PQRAD en DP fueron leves, la mayoría pudieron manejarse de manera conservadora y en ningún caso motivaron el abandono de la DP, siendo la supervivencia en la técnica similar en ambos grupos. Es por ello por lo que la DP es una buena técnica de reemplazo renal en estos pacientes.

Figura 1.



Resúmenes

Diálisis peritoneal

89 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL Ca125 Y CONGESTIÓN HÍDRICA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

LM. MORANTES¹, J. OLLÉ¹, V. VILLEGAS¹, J. BROSETA¹, V. ESCUDERO¹, LM. RODAS¹, M. VERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: La homeostasis de volumen es extremadamente importante en el paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en diálisis peritoneal. Dado que la congestión afecta significativamente la clase funcional, los ingresos hospitalarios y la supervivencia. El antígeno carbohidrato 125 (CA125) una glicoproteína sintetizada por las células mesoteliales, se eleva en respuesta al aumento de las presiones venosas hidrostáticas y/o estímulos inflamatorios, por lo tanto es un marcador subrogado de congestión clínica. El objetivo de este estudio fue comparar la relación entre CA125 y los datos de sobrehidratación dados por la impedanciometría en pacientes en diálisis peritoneal.

Material y métodos: Este es un estudio observacional prospectivo unicéntrico que incluyó 34 pacientes estables, en programa crónico de diálisis peritoneal, de los cuales 9 pacientes (26.4%) realizan DPA, 25 pacientes realizan DPCA (73.5%), ningún paciente tiene antecedente de insuficiencia cardíaca en los 6 meses previos al estudio. A todos los pacientes del programa se les realizó una bioimpedanciometría multifrecuencia durante la visita rutinaria de seguimiento y coincidiendo con el control analítico, la determinación de CA125. Se definió hiperhidratación cuando el valor de OH era > 2.5 litros y/o la relación OH/ECW > 15%, usando el dispositivo BCM®. En el caso del CA125 se tomó como valor eleva una cifra superior a 35 U/mL.

Resultados: La edad media fue de 61,3 +/- 20,7 años, 14 (41% eran mujeres) y 20 (59% eran hombres), 11 pacientes tenían diagnóstico de cardiopatía (32.3%) 29 tenían diuresis residual (85.2%) y 20 tenían prescrito algún diurético (59%). El número de pacientes que cumplieron los criterios de sobrecarga hídrica (OH > 2.5 litros y/o la relación OH/ECW > 15%) fueron 4 (11.7%). Al intentar establecer correlación entre CA125 elevado (> 35 U/mL) con los pacientes que cumplían criterios por impedanciometría de hiperhidratación (OH > 2.5L y/o OH/ECW > 15%) encontramos que no cumplen una correlación estadísticamente significativa p= 0.77 y p= 0.54.

Conclusiones: Aunque en la literatura los estudios establecen una asociación entre el CA125 y los parámetros clínicos de congestión (ingurgitación yugular, edema periférico, hepatomegalia, ortopnea, crepitanes) en nuestro estudio no encontramos relación entre CA125 y los marcadores de sobrecarga dados por impedanciometría multifrecuencia. Probablemente sea necesario aumentar el tamaño de la población de estudio.

90 RELACIÓN ENTRE ALTO TRANSPORTE PERITONEAL Y SOBREHIDRATACIÓN EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL: IMPLICACIONES CLÍNICAS

DA. RODRÍGUEZ FUENTES¹, C. RODELO HAADI¹, C. NOVAS MORENO¹, C. MOYANO PEREGRÍN¹, R. OJEDA LÓPEZ¹, S. SORIANO CABRERA¹

¹NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (HURS) (CÓRDOBA)

Introducción: En diálisis peritoneal la volemia depende de la eliminación peritoneal de agua y solutos. Los pacientes altos transportadores suelen presentar una baja capacidad de ultrafiltración (UF). Sin embargo, los factores de riesgo implicados en la relación entre alto transporte peritoneal y sobrehidratación (OH) no están definidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes incluidos en programa de diálisis peritoneal (N=26) que se han realizado bioimpedanciometría por BCM y estudio de transporte peritoneal de 4 horas (PET) durante primer año en la técnica. Se recogieron variables clínico-demográficas, analíticas y test de equilibrio peritoneal (PET creatinina D/P 4h). Se utilizaron modelos de regresión lineal para valorar los determinantes de la sobrehidratación.

Resultados: De los 26 pacientes analizados, el 53.8% eran varones (n=14). La modalidad de diálisis peritoneal más frecuente es la diálisis peritoneal automatizada (DPA) con un 61.5% (n=16). Solo un 23.1% (n=6) utilizaban icodextrina al momento de realizar la cinética peritoneal. 61.5% mostraban PET de Medio-Alto/Alto transportadores (n=16). La Ultrafiltración peritoneal media fue 742.81+/-407.62 ml. La sobrehidratación (OH) media fue de 1.33+/-2.03 L correspondiente a 6.87%+/-10.05%. Se observó correlación significativa positiva entre OH y PET (r= 0.53; p=0.006). También se observó correlación negativa entre PET y K_Tv semanal, albúmina y natremia. No observamos correlación entre PET y diuresis residual, UF peritoneal o proteína C-reactiva. Los sujetos con mayor OH tenían más anemia e hipoalbuminemia (r=-0.51; p=0.007) al tiempo que requerían mayores dosis de agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE) (r=-0.56; p=0.01). El PET se asoció de manera independiente en el modelo de regresión lineal multivariante a la OH (beta 0.49; IC al 95% 1.18-15.1, p<0.001).

Conclusión: En nuestro estudio, el alto transporte peritoneal se asoció de forma independiente a una mayor hidratación. Como consecuencia, estos sujetos tienen más anemia, hipoalbuminemia y requieren mayores dosis de AEE.

91 CARBOXIMALTOSA FÉRRICA: EXPERIENCIA, EFICACIA Y SEGURIDAD EN DIÁLISIS PERITONEAL

A. ALONSO BETHENCOURT¹, EM. MARTÍN IZQUIERDO¹, S. ABRANTE GARCÍA¹, M. GERARD¹, MJ. REGUERA CARMONA¹, C. RODRÍGUEZ ÁLVAREZ¹, O. SIVERIO MORALES¹, D. LUIS RODRÍGUEZ¹, M. MACÍÁ¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: La eficacia de carboximaltosa férrica(CMF) endovenosa se ha demostrado en varios estudios de pacientes en hemodiálisis y no diálisis, pero no hay demasiados estudios de su eficacia en pacientes en diálisis peritoneal (DP). El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia con la administración de CMF en una cohorte de pacientes en DP.

Material y métodos: Estudio analítico, cuasiexperimental, mediante ensayo "antes-después", que incluyó pacientes en técnica de DP en nuestro hospital que recibieron al menos una dosis de CMF en el periodo enero/2021-abril/2022, tras haberse diagnosticado déficit absoluto o relativo de hierro (índice de saturación de transferrina(IST) <20% o ferritina y que no hubieran sido tratados previamente con hierro endovenoso. Se estudiaron parámetros férricos y hemoglobina basales (previo a administración de CMF) y su evolución a los 2-4-6-12 meses de la administración de CMF. Se analizó la variación de ingresos por insuficiencia cardíaca(IC) pre/postadministración de CMF.

Resultados: 22 pacientes(72% hombres) con una mediana de edad de 68 años. 50% diabéticos, 86,4% hipertensos. Las etiologías de ERC fueron: nefroangioesclerosis(22,7%), enfermedad renal diabética(18,2%) y no filiada(18,2%). La técnica de DP más empleada era la diálisis peritoneal automatizada(77,27%). El 86,3% recibió dos dosis de CMF. No se recogieron efectos secundarios de la administración de CMF. La mediana y análisis estadístico de los parámetros férricos, hemoglobina, albúmina y dosis de agentes estimulantes de eritropoyetina(AEE) basales, y durante el seguimiento, se recogen en la tabla I. Tras la administración de CMF, se encontraron diferencias significativas en hierro sérico (p<0,001;IC 95%), IST (p<0,001;IC 95%), Hb (p<0,002;IC 95%), albúmina (p<0,018;IC 95%) y AEE (p=0,014). No se encontraron diferencias significativas entre el número de ingresos por IC preadministración/postadministración de CMF (p=0,68;IC 95%).

Conclusión: La administración de CMF en nuestros pacientes de DP fue efectiva y segura, produciéndose mejoría significativa de parámetros férricos, nivel de hemoglobina y disminución de dosis de AEE necesaria.

Tabla 1.

	Basal	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	p-valor
Hierro sérico (µg/dl)	44,75	53,95	76,05	76,55	70,6	<0,001
IST (%)	16	23,7	29,75	32,6	35,67	<0,001
Transferrina (mg/ dl)	191	200	250	225	209	ns
Ferritina (ng/ml)	223	293	383	672	681	ns
Hemoglobina (g/dl)	11,3	12,35	12,75	12,75	12,6	<0,002
Albúmina (g/dl)	3,9	3,7	3,8	4	4,1	<0,018
Dosis AEE semanal (UI)	3000	3000	2000	2000	2000	0,014

92 ANÁLISIS DE LAS PERITONITIS FÚNGICAS EN DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN 20 AÑOS

PF. FERNÁNDEZ NAVARRO¹, JC. QUEVEDO REINA¹, CA. SANTANA QUINTANA¹, S. ALADRO ESCRIBANO¹, D. MEDINA GARCÍA¹, Y. DARUIZ D'ORAZIO¹, R. GALLEGO SAMPER¹, R. SANTANA ESTUPIÑÁN¹, F. GONZÁLEZ CABRERA¹, P. PÉREZ BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

Introducción: Las peritonitis asociadas a la diálisis peritoneal (DP) siguen suponiendo una de las principales complicaciones en el paciente en DP. En concreto, las peritonitis fúngicas (PF) son especialmente relevantes en cuanto a transferencia a hemodiálisis y aumento de la morbimortalidad del paciente en DP.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia en cuanto a la incidencia y manejo de las PF en una unidad de DP en los últimos 20 años.

Material y métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de las PF diagnosticadas entre el año 2002 y 2022 en nuestro centro. Se analizaron variables demográficas de los pacientes, así como el análisis microbiológico, tiempo en terapia, actitud terapéutica y supervivencia del paciente tras el episodio de PF.

Resultados: Se registraron un total de 8 peritonitis fúngicas de un total de 775 pacientes (0,010%) en nuestra unidad; de las cuales, el 75% (n=6) fueron por C.Parapsilosis y el restante 25% (n=2) por C.glabrata. La media de edad fue de 69 años, siendo el 75% varones. Todos los pacientes se encontraban en modalidad de diálisis peritoneal automatizada (DPA). El tiempo medio en terapia hasta el episodio de PF fue de 5,3 años. El 38% de los pacientes se sometieron a una cirugía abdominal en el año previo a la PF. En el mes previo al desarrollo de la PF, el 63% recibió antibioterapia sistémica (precisando el 38% de ellos ingreso hospitalario) y el 50% tuvieron una peritonitis bacteriana. Salvo un caso, el resto se trató con flucitossina intraperitoneal y, tras la retirada del catéter, continuaron con flucitossina oral domiciliaria. Durante el episodio agudo de PF, un paciente falleció; precisando el resto retirada de catéter peritoneal (88%). El tiempo medio en hemodiálisis de los pacientes transferidos fue de 7,25 meses, pudiendo volver dos de ellos (29%) a DP. Actualmente, dos del total de pacientes con PF (25%) continúan vivos.

Conclusiones: La PF supone una de las complicaciones infecciosas con mayor morbimortalidad, aun siendo infrecuente en los pacientes en DP. La gran mayoría precisó retirada de catéter peritoneal y transferencia a hemodiálisis. El 100% de nuestras peritonitis fueron causadas por Candida spp. El 25% pudo volver a DP y continúan en técnica.

93

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CARDIORRENAL QUE RECIBE ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL PARA EL MANEJO DE LA CONGESTIÓN REFRACTARIAY. DARUIZ D'ORAZIO¹, J. QUEVEDO REINA¹, C. SANTANA QUINTANA¹, S. ALADRO ESCRIBANO¹, D. MEDINA GARCÍA¹, P. FERNÁNDEZ NAVARRO¹, E. OLIVA DAMASO¹, F. VALGA AMADO¹, J. FERNÁNDEZ¹, P. PÉREZ BORJES¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRIN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

Introducción: El síndrome cardiorenal (SCR) implica el manejo fino tanto del especialista de Cardiología como Nefrología. De esta manera, surge la creación de las unidades cardiorenales y el papel de la Ultrafiltración Peritoneal (UFP) en pacientes en situación de congestión refractaria, como parte complementaria al tratamiento de éste grupo complejo de pacientes, que puede significar una reducción en la clase funcional, posibles reingresos y hospitalizaciones.

Material y métodos: Análisis, observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes con SCR que recibieron UFP para el manejo de la congestión refractaria en nuestro centro.

Resultados: Durante el seguimiento de los pacientes, se obtuvo una muestra total de 22 pacientes con una media de edad de 70 años y siendo un 72.7% hombres. Un 27% (n=6) de los pacientes fueron incluidos previamente a 2019, mientras que el resto de los pacientes se incluyeron a partir de este año, destacándose un 40,9% (n=9) de pacientes incluidos en los dos últimos años (2022 y 2023), siendo el catéter tipo Tenchoff el mayormente utilizado (n=19, 86,4%). Un 63,6% (n=14) presentaron algún episodio de descompensación por insuficiencia cardiaca, mientras que menos de la mitad de los pacientes (n=10, 45,5%) precisó algún ingreso hospitalario durante el seguimiento. El 63,6% de nuestra muestra fue exitus con un tiempo medio hasta el mismo de 19,9 meses. Un 22,7% (n=5) presentaron algún episodio de peritonitis y 9,1% (n=2) cambio de modalidad a hemodiálisis por fracaso de la técnica. Un 22,7% (n=5) precisó pasar a modalidad DPA con cicladora y día húmedo para el manejo de la congestión por pérdida de la función renal residual.

Conclusiones: Hoy en día se busca con la creación de las Unidades cardiorenales, lograr optimizar y seguir estrechamente a este grupo de pacientes. De ésta manera se busca optimizar el manejo y tratamiento del mismo incluyendo en el arsenal la UFP como parte del mismo con el objetivo de disminuir ingresos y poder manejar a estos pacientes de forma ambulatoria. En nuestra serie se obtuvo pocos eventos infecciosos (peritonitis) asociadas a la técnica, así como pocas transferencias a hemodiálisis (menos de un 10%). La UFP puede ser una alternativa segura para el manejo ambulatorio de estos pacientes y tratar de alargar la supervivencia de los mismos, aunque se necesitan más estudios para confirmar dicha hipótesis.

94

MOTIVOS DE TRANSFERENCIA DE DIÁLISIS PERITONEAL A HEMODIÁLISIS EN NUESTRA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOSL. ESPINEL¹, MT. NAYA¹, J. MARTINS¹, A. DE LORENZO¹, I. CARMENA¹, A. CUBAS¹¹NEFROLOGÍA. H.U. DE GETAFE (MADRID)

Introducción: Es bien conocido que, a lo largo del seguimiento de un paciente en diálisis peritoneal, puede haber diversas causas que obliguen a su transferencia a hemodiálisis, que pueden ser temporales o definitivas. Si bien, con la mejoría de las conexiones y materiales, las tasas de peritonitis han disminuido, ésta es considerada el primer motivo de dicha transferencia. Hemos querido evaluar cuál ha sido la principal causa de transferencia de D.peritoneal a hemodiálisis en nuestra unidad en los últimos 8 años.

Material y métodos: Del total de pacientes en D.peritoneal en los últimos 8 años, analizamos los que tuvieron que ser transferidos en algún momento. Recogimos datos referentes a edad, sexo, modalidad de inicio DP, meses en DP antes de la transferencia, motivo de la transferencia, si fue temporal o definitiva, Kt/v y PET a la salida y a la vuelta (en aquellas transferencias que fueron temporales).

Resultados: De 42 pacientes en nuestro programa de DP en últimos 8 años, el 33.3% fueron transferidos a HD (14 pacientes) con las siguientes características (tabla):

- El principal motivo de 1ª transferencia a HD fue la peritonitis; en 4 de 5 casos, fue motivo de transferencia definitiva. En segundas transferencias, el principal motivo fue la infradiálisis y/o fallo de UF.
- En el 50% de los casos que volvieron de una 1ª transferencia, el PET había cambiado.
- Entre aquellos con una 2ª transferencia, en el 40% cambió su PET durante su estancia en diálisis peritoneal entre la 1ª y 2ª transferencia.
- Un paciente tuvo una 3ª transferencia a HD, ya definitiva.

Conclusiones: La peritonitis fue el principal motivo de transferencia a HD en nuestra unidad, mientras que la infradiálisis y/o fallo de UF fue el principal motivo de segundas transferencias. Las peritonitis pueden ser causas de transferencias definitivas. Hay que insistir en la adecuada realización de las conexiones y reentrenamientos para minimizar episodios de peritonitis.

Hombres/Mujeres	64.3% (9) / 35.7% (5)
Diabéticos	7.14% (1)
Edad media pacientes	61.8 años
Modalidad de inicio en DP	64.3% DPCA (9) / 35.7% DPA (5)
Media de meses en DP antes de 1ª transferencia	18.9 meses
Principal motivo transferencia	35.7% peritonitis
TT: transferencia temporal / TD: definitiva	64.3% (9) / 35.7% (5)
Kt/v medio a la salida	2.36
PET a la salida	Medio-alto (60%)
Media de meses en HD en TT	3.5 meses
Kt/v medio a la vuelta en TT	2.2
PET a la vuelta en TT	Medio-alto (50%)
Pacientes con una 1ª TT, que tienen una 2ª transferencia	66.6%
Media de meses en DP antes de 2ª transferencia	13.8 meses
Principal motivo 2ª transferencia	33.3% (fallo UF y/o infradiálisis)
TT: transferencia temporal / TD: definitiva	50% (3) / 50% (3)
Kt/v medio en la 2ª salida	1.91
PET en la 2ª salida	Medio-alto (60%)
Media de meses en HD en 2ª TT	5.3 meses