

234 DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MOTHER: ESTUDIO MULTICÉNTRICO, ABIERTO, PROSPECTIVO, ALEATORIZADO PARA EXPLORAR LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DIALIZADOS CON THERANOVA HDx EN COMPARACIÓN CON LA HEMODIAFILTRACIÓN EN LÍNEA

P. DE SEQUERA¹, A. VEGA², S. MARTÍNEZ-VAQUERA³, J.G. ACOSTA⁴, K. PÉREZ DEL VALLE⁵, M. FERNÁNDEZ-LUCAS⁶, MA. GARCÍA-RUBIALES⁷, I. CASTAÑO⁸, J. GARRO⁹, F. MADUPELL¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. DIAVERUM (ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. CLÍNICA DIÁLISIS RTS. (MURCIA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA), ⁷NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO (TOLEDO/ESPAÑA), ⁸NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (NAVARRA/ESPAÑA), ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII (BARCELONA/ESPAÑA), ¹⁰NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA)

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

Grupo de trabajo del estudio MOTHER

Introducción y objetivos: Los pacientes en diálisis tienen una elevada morbilidad cardiovascular. Son necesarios nuevos avances tecnológicos. La nueva generación de membranas de corte medio (MCO), permiten eliminar un mayor número de moléculas de tamaño medio en comparación con la hemodiálisis de alto flujo (HF-HD) pero reteniendo la albúmina. Theranova, una MCO tiene una mayor permeabilidad y también produce un alto volumen convectivo en forma de filtración interna. Por estas propiedades especiales, estas MCO han generado un nuevo concepto de terapia llamado HD expandida (HDx). Hasta ahora, la hemodiafiltración online (HDF-OL) postdilucional ha demostrado su superioridad en términos de supervivencia, frente a la HF-HD, sin embargo, la comparación entre OL-HDF y HDx es una cuestión no resuelta.

Métodos: El estudio MOTHER HDx (NCT03714386) es un ensayo abierto, multicéntrico, prospectivo, aleatorizado 1:1, de grupos paralelos, diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de HDx en comparación con HDF-OL postdilucional en pacientes con HD en España con un tiempo de seguimiento máximo de 36 meses.

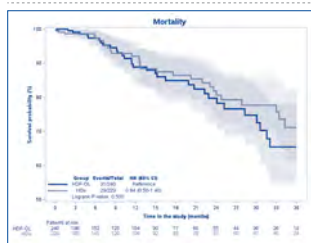
El criterio de valoración principal es determinar si la HDx no es inferior a HDF-OL en la reducción del resultado combinado de muerte por todas las causas y accidente cerebrovascular (isquémico o hemorrágico), síndrome coronario agudo (angina e infarto de miocardio), enfermedad arterial periférica (amputación o revascularización) y colitis isquémica (trombosis mesentérica).

Resultados: hasta abril del 2023 se han reclutado 513 pacientes, 44 excluidos y 469 aleatorizados. 229 fueron asignados a HDx y 240 a HDF-OL. No se encontraron diferencias en las características basales, hemodiálisis o tratamiento farmacológico, ni parámetros de laboratorio.

El tiempo de seguimiento fue similar en ambos grupos: 15,06(12,8) vs 13,73(11,51) meses [HR 0,84 (0,50-1,40)] sin diferencias en la mortalidad: 29(12,7%) vs 31(12,9%) [HR 0,89(0,54-1,40)] en HDx y HDF-OL respectivamente (Figura).

Conclusión: Estos resultados preliminares del estudio Mother respaldan que HDx no es inferior a la OL-HDF en la reducción del resultado de mortalidad por todas las causas.

Figura 1.



235 ESTUDIO DE TROMBOGENICIDAD DEL DIALIZADOR SOLÁCEA

MA. PUERTA CARRETERO¹, MA. JALDO RODRIGUEZ², PA. MUÑOZ³, SU. ELOOT⁴, RA. LUCENA⁵, RA. BARBA⁶, ES. VALLÉ⁷, VE. RUBIO⁸, MA. ORTEGA⁹, PA. SEQUERA¹⁰

¹NEFROLOGÍA. INFANTA LEONOR (MADRID), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL GHENT (BÉLGICA)

Introducción: La anticoagulación en Hemodiálisis (HD) está dirigida a prevenir la trombosis del circuito y optimizar el rendimiento depurativo de la técnica. Para ello y para evitar las complicaciones hemorrágicas, se utiliza la mínima dosis de heparina.

Existe evidencia que un número considerable de fibras del dializador pueden obstruirse antes de ser perceptible clínicamente, pudiendo influir en el transporte difusivo y convectivo.

Objetivos: El Solfa es un estudio prospectivo, multicéntrico, aleatorizado y con diseño cruzado realizado para comparar la trombogénesis de dializadores de uso habitual.

El objetivo principal es comparar la viabilidad de los circuitos extracorpóreos durante las sesiones cuando usamos triacetato de celulosa frente a otros dializadores sintéticos de alta permeabilidad, a la vez que vamos disminuyendo la dosis de heparina. Los objetivos secundarios son evaluar el efecto de la disminución de heparina sobre el tiempo de hemostasia y sobre la eficacia dialítica. En la primera fase de seis sesiones consecutivas los pacientes se dializaban según su pauta habitual. En la segunda fase los grupos se cruzan. La reducción de la dosis de heparina fue: primera sesión: 100%, segunda sesión: 75%, tercera sesión: 50%, cuarta sesión: 50%, quinta sesión: 25%, sexta sesión: sin heparina. Tras cada sesión dos enfermeras realizaban una inspección visual de la cámara y del dializador y asignaban una puntuación de acuerdo a un score.

En un subgrupo de ocho pacientes se analizaron por microTAC, los dializadores utilizados al inicio y al final de cada fase (cuatro por paciente).

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes. Los dializadores habituales son Elisio, Fx-Cordiox, poliflux.

En la primera sesión de diálisis con 100% de heparina no se observan diferencias entre ambos dializadores, si se observan diferencias en la última sesión: un 53.6% de las diálisis con triacetato de celulosa se realizan sin heparina frente a un 21.4% con el resto de las membranas (p<0.01). El número de sesiones completadas es mayor con triacetato de celulosa frente al resto de membranas 46,4% vs 7,1% (p<0.001).

Este dato concuerda con el score de coagulación del dializador; con membranas ATA, solo un 18% de los score obtenidos son 3/4, mientras que en el caso de membranas habituales es de 60.7%. En el análisis por microTAC de los dializadores analizados se observa un mayor número de fibras abiertas con triacetato de celulosa respecto a Poliflux o Fx800, como se demuestra en la figura.

Conclusiones: El triacetato de celulosa permite reducir la dosis de heparina y suprimirla, siendo una alternativa para pacientes de alto riesgo hemorrágico.

Figura 1.



236 ADECUACIÓN DE DEPURACIÓN DE UREA, Y MEDIANAS MOLÉCULAS CON HDF ONLINE A FLUJOS DE DIÁLISIS DE 300ML/MIN VS 500ML/MIN

G. BARRIL¹, P. SOBRINO¹, A. NUÑEZ², M. GIORGI¹, P. SANZ², N. PASCUAL², T. NIÑO¹, A. SANCHEZ¹, A. CABRERA¹, N. MONTES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID), ²LABORATORIO BIOQUÍMICA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID), ³U. EPIDEMIOLOGÍA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID)

Objetivo: Determinar la no inferioridad en la adecuación de depuración de urea y medianas moléculas con 300ml/min vs 500ml/min de líquido de diálisis.

Métodología: Hemos valorado 1406 sesiones de HDF online durante 3 meses en 56 pacientes en HDF online. 48 en diálisis alterna y 8 en HDF diaria.

Se cruzaron los datos online del módulo DDM del monitor Nikkisi DBB-EXA midiendo en el efuyente del dializado urea cada 20segundos por absorciometría con luz UV con la edad, sexo, dializador, DM, IMC. En laboratorio se midieron urea, B2microglobulina, mioglobina y prolactina a 300 y a 500ml/min calculando las tasas de reducción de urea y b2microglobulina. En 24 pacientes las sesiones se hicieron con líquido de diálisis a 300ml/min y otros 24 a 500ml/min durante 3 meses.

Excluimos los 8 pacientes de diaria por haber tenido el mismo flujo de líquido esos meses y analizamos los datos de 48 pacientes 24 con líquido de diálisis a 500ml/min y 24 a 300ml/min. Utilizaron el mismo dializador durante los 3 meses del estudio así como programación en tarjeta.

27 hombres, 21 mujeres, edad hombre 61.90años, edad mujeres 66.69años.

Resultados: Kt/V.- Las variables relacionadas con los valores de Kt/V a lo largo de las sesiones son:

Sexo: β -coeff = -0.079, P=10 -4. Las mujeres están relacionadas con valores inferiores de Kt/V respecto a los hombres. BMI: β -coeff = 0.005, P=10 -4 A mayor BMI mayor Kt/V.

DM: β -coeff = 0.034, P=0.073. Ser DM está relacionado con mayores valores de Kt/V. El dializador no tiene efecto en los valores Kt/V P>0.1.

El modelo multivariante incluyendo las variables anteriores más el flujo indica que el flujo (300 vs 500ml/min) no tiene ningún efecto en el valor de Kt/V (P=0.570).

eKt/V.- Las variables relacionadas con eKt/V son:

• Sexo: β -coeff = -0.105 P=10-4. Las mujeres están relacionadas con valores inferiores de eKt/V respecto a los hombres.

• BMI: β -coeff = 0.008 P=0.001 A mayor BMI mayor eKt/V El dializador no tiene efecto en los valores eKt/V P>0.1.

• El modelo multivariante incluyendo las variables anteriores más el flujo indica que el flujo (300 vs 500ml/min) no tiene ningún efecto en los valores de eKt/V (P=0.265).

Analizando los datos analíticos de tasa de reducción de urea, B2microglobulina, Mioglobina y prolactina 300ml/min vs 500ml/min no se encuentran diferencias significativas entre los dos flujos de baño. p>0,05.

Para volumen convectivo tampoco aparecen diferencias significativas.

Conclusión: La depuración de urea, B2-microglobulina, mioglobina y prolactina es adecuada tanto a 500ml/min como a 300ml/min.

237 EL MÓDULO DE SODIO DISMINUYE LA CARGA DIFUSIVA DE SODIO SIN OBSERVAR CAMBIOS EN LA DIETA

F. MADUPELL¹, J. BROSETA², D. RODRIGUEZ-ESPINOSA³, J. CASALS⁴, L. MORANTES⁵, V. ESCUDERO⁶, LM. RODAS⁷, M. ARIAS-GUILLÉN⁸, M. VERA⁹, N. FONTSERÉ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

Introducción: La prescripción del sodio (Na) en el dializado es clave para conseguir el equilibrio hidroelectrolítico y la tolerancia intradiálisis. Se recomienda habitualmente a los pacientes en HD una dieta baja en sodio. Recientemente, se han incorporado en los monitores de diálisis un módulo de Na que permite una prescripción individualizada y automatizada del Na del dializado para conseguir que el balance difusivo durante el tratamiento sea lo más cercano a cero. El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la activación del módulo de Na sobre el balance difusivo y, mediante el balance de Na total, estimar la ingesta de sal.

Material y métodos: Estudio prospectivo, 86 enfermos, de 67.0 ± 17 años, en programa de hemodiálisis. Cada paciente mantuvo sus parámetros habituales de diálisis, con monitor 6008 equipado con módulo de Na. Se compararon dos períodos de tratamiento: una con la prescripción fija de Na en el dializado y una con el módulo de Na activado para conseguir un balance difusivo cero, manteniendo unos márgenes de seguridad del Na del dializado entre 134-142 mmol/L, ajustándolos si presentaban algún episodio de calambres o hipotensión.

Resultados: Buena tolerancia al módulo de Na con muy pocos episodios de calambres o hipotensiones que se resolvieron aumentando el rango de Na. No hubo cambios significativos en la ganancia de peso interdiálisis ni en el control de la presión arterial. Cuando el módulo de Na se activó hubo una reducción significativa del balance difusivo de Na, de 89 ± 67 mmol a 42 ± 47 mmol, alcanzando el balance difusivo cero en el 46% de los pacientes. El principal determinante para alcanzar un balance neutro fue el valor de Na plasmático inicial (>95% cuando era superior a 140 mmol/L). Sin embargo, no se observaron diferencias en la ingesta diaria de Na, 115 ± 45 mmol vs 123 ± 53 mmol con el módulo activado. Sólo el 15% de los pacientes mantuvieron una dieta estricta sin sal (<5 g/d).

Conclusiones: La utilización del módulo de Na permitió una reducción significativa de la carga difusiva de Na intradiálisis sin cambios en la ingesta de Na. En consecuencia, en aquellos pacientes con una ingesta elevada de Na, será necesaria una intervención en las recomendaciones dietéticas para conseguir reducir la sed, la sobrecarga de volumen y control de la hipertensión arterial. El nuevo biosensor permitirá un seguimiento objetivo del cumplimiento o no de estas recomendaciones.

238 CORRELACIÓN DEL SODIO PLASMÁTICO DETERMINADO POR EL LABORATORIO Y EL DETERMINADO POR EL MONITOR

J. CASALS¹, J.J. BROSETA¹, R.M. FERNANDEZ², J. DEL RISCO¹, L.M. RODAS¹, N. RICO², F. MADUELL¹
¹NEFROLOGÍA I TRASPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA), ²CENTRO DIAGNÓSTICO BIOMÉDICO. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

Introducción: En pacientes en hemodiálisis (HD), la hiponatremia prediálisis se ha relacionado con mayor mortalidad. En consecuencia, resulta de gran interés conocer la concentración de sodio plasmático (Nap) de los pacientes en HD. Ante la disparidad de métodos de determinación de Nap en el laboratorio y la posibilidad de estimarlo por dialíscia iónica en el monitor de HD, el objetivo del presente estudio fue evaluar la correlación entre el Nap estimado por el monitor de HD y el determinado en el laboratorio.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo y unicéntrico de pacientes en programa crónico de HD. Se incluyeron 81 pacientes (49 varones y 32 mujeres) con una edad media de 68 ± 16 años. Todos los pacientes se dializaron con el monitor 6008, se mantuvieron constantes los parámetros dialíticos. Cada paciente recibió entre 2 y 5 sesiones de HD en las que se extrajeron muestras de sangre pre y postdiálisis para analizar la concentración de Nap mediante potencimetría directa. Simultáneamente, se registró el Nap determinado por el monitor de HD al inicio y al final de cada sesión.

Resultados: Se analizaron un total de 277 sesiones de diálisis. El Nap prediálisis medido en el laboratorio fue de 137.49 ± 3.3, mientras que el del monitor fue de 137.96 ± 2.91 mmol/L. En cuanto al postdiálisis, en el laboratorio fue de 137.08 ± 2.23 y el del monitor, 138.87 ± 1.88 mmol/L. Se obtuvo una correlación entre el Nap prediálisis por ambos métodos con un valor de R2=0.683 y una p<0,001. En cuanto al Nap postdiálisis, se obtuvo una correlación con un valor de R2=0.442 y una p<0,001. El diagrama de Bland-Altman mostró en el Nap prediálisis un error sistemático de 0.49 estimado por el monitor con un intervalo de confianza al 95% de -3.24 a 4.22 mmol/L. En el Nap postdiálisis el error sistemático fue de 1.79 estimado por el monitor con un intervalo de confianza de -1.64 a 5.22 mmol/L.

Conclusiones: En este estudio observacional se ha podido comprobar que existe una buena correlación entre el Nap medido por la máquina de HD mediante dialíscia iónica y el Nap medido por el laboratorio a partir de muestras de sangre venosa. Es importante destacar que en el caso del Nap prediálisis, la correlación es mejor que en el Nap postdiálisis. El nuevo biosensor ha permitido determinar en cada sesión el Nap en tiempo real y durante todo el tratamiento de hemodiálisis.

239 MONITORIZACIÓN DE LA RESTRICCIÓN EN LA INGESTA DE SAL CON EL NUEVO MÓDULO DE SODIO

L. MORANTES¹, E. CHOLBI¹, J.J. BROSETA¹, V. ESCUDERO¹, J. OLLÉ¹, L.M. RODAS¹, M. ARIAS-GUILLÉN¹, M. VERA¹, N. FONTSERÉ¹, F. MADUELL¹

¹NEFROLOGÍA I TRASPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

Introducción: La adherencia a una dieta baja en sodio (Na) es crucial en el tratamiento de hemodiálisis, mejora la salud cardíaca, reduce la sed y la ganancia de peso interdialítica. Se recomienda restringir la ingesta de sal a menos de 5 g/día. Aunque el apoyo de un nutricionista es importante, una ventaja adicional de utilizar el módulo de Na es que el balance de Na total proporciona información aproximada sobre la ingesta de sal de los pacientes, lo que permite ajustar con mayor precisión las recomendaciones dietéticas. El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de extremar durante una semana una dieta hiposódica monitorizada con el módulo de Na.

Material y métodos: Estudio prospectivo, 48 enfermos, de 65.98 ± 16 años de edad, en programa de hemodiálisis. Cada paciente mantuvo sus parámetros habituales de diálisis, con monitor 6008 con módulo de Na activado para conseguir un balance difusivo neutro, y recibió dos semanas de tratamiento dialítico. Se compararon dos períodos de tratamiento: una semana con su dieta habitual de restricción de Na y una semana en la que se extremaron las recomendaciones para reducir su ingesta de sal. Se recogieron aparte balance de Na total, el peso y el Na plasmático inicial y final, el balance difusivo y la presión arterial sistólica y diastólica.

Resultados: En este estudio observamos que la población a estudio partía de una dieta baja en sal (< 85 mmol/d) en un 8%, una dieta con ingesta de sal entre 85-150 mmol/d en un 54% y una dieta sin restricción de sal (>150 mmol/d) en un 38%. El resultado de insistir en reducir la ingesta de Na fue que el porcentaje de pacientes con dieta baja en sal se incrementó a un 44%, con una reducción promedio de 149 ± 54 mmol Na/d a 95 ± 49 mmol Na/d, una reducción en la ganancia de peso interdialítica de 460 ± 484 ml, una disminución del Na plasmático prediálisis y un incremento del balance difusivo intradiálisis. No se observaron cambios en la presión arterial.

Conclusiones: La utilización del módulo de Na permitió una monitorización objetiva de ingesta de Na, constatando que los pacientes redujeron más de 3 g de sal/d. La reducción de la ingesta de Na se acompañó de una disminución del Na plasmático prediálisis y una reducción en la ganancia de peso interdialítica. El nuevo biosensor ha permitido un seguimiento objetivo e individualizado del cumplimiento de las recomendaciones de una dieta hiposódica.

240 SISTEMA DE mHEALTH PARA EL AUTOCONTROL DE LA HIPERFOSFATEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC). ESTUDIO FOSFO-OK

M. HUESO¹, R. RODRIGUEZ-URQUIA², M. QUERO¹, R. ALVAREZ¹, G. VILLALOBOS³, D. MARÍ⁴, P. PUIG⁴, R. PEIRO-JORDÁN⁵, A. VELLIDO⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL BELLVITGE (L'HOSPITALET), ²DIÁLISIS. FMC-HOSPITALET (L'HOSPITALET), ³DIÁLISIS. DIAVERUM-BAIX (L'HOSPITALET), ⁴+D APLICADA. EURECAT (BARCELONA), ⁵NEFROLOGÍA. CSL VIFOR (BARCELONA), ⁶IDEAI. UPC (BARCELONA)

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

Grupo FOSFO-OK (Claudia Galofré, Andreu Foraster, Guillem Martínez-Illasca, Sara Manzanera).

Introducción: Las aplicaciones móviles (apps) destinadas a Salud (mHealth) son tecnologías accesibles que pueden permitir al paciente ejercer el autocontrol sobre su salud y su uso puede reducir el gasto en el tratamiento de pacientes crónicos. La hiperfosfatemia es un problema común en pacientes con ERC y se ha asociado a un riesgo elevado de morbimortalidad. Sin embargo, el control de la hiperfosfatemia es difícil y, a pesar de las diversas estrategias ensayadas, muchos pacientes no consiguen mantener sus niveles de fosfato bajo control, siendo un desafío constante para pacientes y nefrólogos. El objetivo principal es el diseño de una app de apoyo al paciente, de manera que él mismo sea capaz de auto-controlar sus niveles de fosfato y conocer las implicaciones correspondientes para su salud fomentando que el paciente tenga conciencia y control sobre el problema de la hiperfosfatemia.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con fosfato > 6 mg/dL y PTH<88 pmol/L. Los pacientes se randomizaron a recibir la app o bien seguir con el programa educacional habitual. Se permitían hacer cambios en el tratamiento quelante de fosfato y en los suplementos de vitamina D. Mensualmente se recogieron los resultados analíticos. Se evaluó en grado de satisfacción de pacientes y nefrólogos.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes (21 en cada grupo). Los niveles de fosfato basales fueron 6.94±1.43 mg/dL en el grupo que recibió la app vs 6.61±0.99 en el grupo control (p=ns). A los 3 meses de seguimiento el grupo con la app presentaba un fosfato de 5.64±1.73 mg/dL (81% de los pacientes disminuyeron los niveles de fosfato), mientras que en el grupo control solo el 57% de los pacientes consiguieron reducir el fosfato con unos niveles medios de 6.06±1.44 mg/dL (p=0.018). Estos resultados se mantuvieron a los 6 meses y el 82% de los pacientes con la app habían conseguido mejorar el fosfato respecto a solo el 56% de los pacientes que no contaron con la ayuda de la app.

Los pacientes que dispusieron de la app manifestaron que la herramienta les había sido útil. También los nefrólogos también mostraron satisfacción con la utilidad de la app.

Conclusiones: Los pacientes pueden beneficiarse de asistentes virtuales a través de su teléfono inteligente mediante un sistema integrado de medicina participativa, personalizada, predictiva y preventiva. Este estudio demuestra que tecnologías móviles que permiten un sistema de medicina participativa y personalizada pueden ayudar al paciente con ERC a controlar la hiperfosfatemia.

241 ESTUDIO COMPARATIVO DE PORCENTAJES DE REDUCCIÓN DE TÓXINAS URÉMICAS ENTRE SEIS DIALIZADORES EN HEMODIAFILTRACIÓN ONLINE

V. CAMARERO TEMIÑO¹, M. TERÁN REDONDO¹, B. HUAZI PRIETO¹, JI. DE TAPIA MAJADO¹, A. MARTÍN ROSIQUE¹, MJ. IZQUIERDO ORTIZ¹, MI. SAEZ CALERO¹, R. DIAZ-SARABIA RUIZ¹, S. GUNZID MENENDEZ², P. ABAIGAR LUQUIN³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA), ²ANÁLISIS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA)

Introducción: La hemodiafiltración online (HDF-OL) es actualmente una de las modalidades de diálisis que logra mejores resultados en la eliminación de toxinas urémicas y se ha demostrado que disminuye la mortalidad en comparación con la hemodiálisis convencional. En nuestro centro disponemos de varios dializadores, y hemos decidido realizar un estudio comparativo de la aclaramiento de pequeñas y medianas moléculas entre ellos en HDF-OL.

Material y métodos: Estudio prospectivo monocéntrico en pacientes en programa de HDF-OL. Incluíamos a seis pacientes, cada uno realizó tres sesiones de diálisis durante una semana con cada dializador (FxB0, Eliseo21H, ClearumHS22, ClearumHS20, Solacea, Eliseo25H). Se recogieron determinaciones plasmáticas pre y post en mitad de la semana de: urea, creatinina, B2-microglobulina, mioglobina y prolactina.

Se determinaron los porcentajes de reducción para cada una de las moléculas, y para las toxinas de mediano tamaño se corrigieron los valores por hemoconcentración según la pérdida de peso por la fórmula de Bergström y Wehle.

Resultados: Del total de la muestra el 83% eran varones con una mediana de edad de 71±10 años y una mediana de 45±24 meses en diálisis. No se hallaron diferencias significativas entre los porcentajes de reducción de urea, creatinina y fósforo. Se encontró un mayor porcentaje de reducción de B2-microglobulina con clearumHS22, eliseo21H en comparación con solacea, una mayor reducción de mioglobina con solacea en comparación con eliseo25H y por último, mayor aclaramiento de prolactina con clearumHS22 en comparación con eliseo25H. En la tabla 1 se observa los valores de reducción con cada dializador.

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas con ninguno de los dializadores estudiados, probablemente esto se deba al tamaño muestral. Aunque sí podemos decir, que todos nuestros dializadores son de alta eficacia en la reducción tanto de pequeñas y medianas moléculas en HDF-OL.

Tabla 1. Porcentajes de reducción de moléculas según los distintos dializadores.

	CLEARUM H22	ELISEO 21H	CLEARUM H20	SOLACEA	FXB0	ELISEO 25H
PTH	media	76.90	80.71	78.80	76.90	80.22
	desviación	32.99	33.27	44.58	33.29	35.37
	min	74.80	74.76	73.43	76.87	71.70
B2	media	83.33	83.87	85.38	85.62	87.93
	desviación	71.14	72.91	71.50	73.64	74.09
	min	68.48	67.14	68.84	69.23	65.87
PR	media	88.25	84.98	84.99	84.10	85.66
	desviación	60.10	61.89	58.64	61.25	66.17
	min	48.83	48.02	41.89	47.73	47.60
PR B2	media	77.67	79.26	69.90	75.60	77.12
	desviación	66.58	67.47	67.40	61.53	66.06
	min	62.36	63.39	60.12	78.76	62.83
PR min	media	83.34	83.07	85.26	82.09	84.05
	desviación	77.67	79.26	69.90	75.60	77.12
	min	66.58	67.47	67.40	61.53	66.06
PR prolact.	media	77.74	73.77	71.17	71.43	73.23
	desviación	45.66	45.68	47.43	46.90	46.65
	min	71.47	68.92	60.56	59.96	67.50

Resúmenes

Hemodiálisis - Técnica y adecuación de diálisis

242 ESTUDIO DE COMPARACIÓN ENTRE PORCENTAJES DE TOXINAS URÉMICAS ENTRE LA HDF-OL Y LA HEMODIÁLISIS CORTA DOMICILIARIA CON EL SISTEMA NX-STAGE M. TERÁN REDONDO¹, V. CAMARERO TEMIÑO¹, A. MARTÍN ROSIQUE¹, JI. DE TAPIA MAJADO¹, R. DE TORO CASADO¹, B. GONZÁLEZ DIEZ¹, ML. CARRASCO PRADO¹, M. LOPEZ RUIZ¹, S. GUNDIR MENENDEZ², P. ABAIGAR LUQUIN³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA); ²ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA)

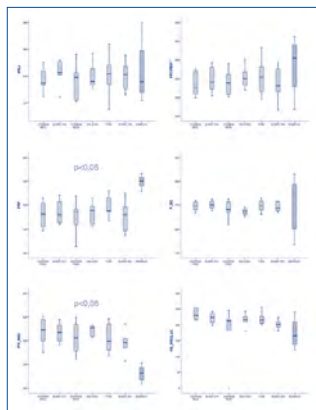
Introducción: EL uso de la diálisis domiciliaria(HDD) ha aumentado en la última década dado a la mejoría de los resultados y el aumento de la calidad de vida. En nuestro centro hemos realizado un estudio que compare el aclaramiento de pequeñas y medianas moléculas en la hemodiálisis online(HDF-OL) tres días por semana y la hemodiálisis corta domiciliaria por el sistema NxStage cinco veces por semana.

Material y métodos: Incluimos a 5 pacientes en HDD y 6 pacientes en HDF-OL. Los pacientes con HDD se realizaron muestra sanguínea pre y post en la tercera sesión semanal. A los pacientes en HDF-OL se realizó analítica el día en mitad de la semana durante 6 semanas (alternando distintos dializados semanalmente). Se recogieron en todos los pacientes determinaciones plasmáticas de: urea, creatinina, B2- microglobulina, mioglobina y prolactina; y se calculó el porcentaje de reducción de cada sustancia. Se aplicó un factor de corrección, multiplicando x3 los pacientes en HDF-OL y x5 los pacientes de HDD (según el número de sesiones por semana que se realizan para poder comparar los porcentajes).

Resultados: Los pacientes en HDD eran 100% varones con una edad media de 35±7 y una media de meses en diálisis de 31±31. En los pacientes en HDF-OL 83% varones, con una edad media de 71±10 y una media de meses en diálisis de 45±24. En la imagen 1 se observa los resultados de la comparación del porcentaje de reducción de cada molécula.

Conclusiones: La HDD es significativamente mejor en el control del fósforo y peor en el control de medianas moléculas como la mioglobina en comparación con la HDF-OL. Por tanto, concluimos que ambas técnicas son muy efectivas, y deberíamos individualizar a los pacientes según sus preferencias y características.

Figura 1. Porcentaje de reducción de moléculas en la HDF-OL en comparación con HDD.



243 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA FRENTE A LA HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA: UNA VISIÓN HACIA EL FUTURO

M. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, E. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, A. DELGADO UREÑA¹, M. PRADOS GARRIDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA/ESPAÑA)

Introducción: La Hemodiálisis Domiciliaria (HDD) presenta beneficios tanto clínicos como sociales, como son el mantenimiento de la función renal residual, mejoría de la tolerancia de las sesiones, mejor control de tensión arterial y del metabolismo óseo mineral, así como del metabolismo de las anemias y el estado nutricional, todo ello gracias a la realización de sesiones de diálisis más frecuentes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, que tiene como objetivo evaluar el impacto sobre la función renal residual y otros parámetros, en pacientes de HDD tras su traspaso desde la hemodiálisis hospitalaria, realizado en un único centro. Se han recopilado datos de 6 pacientes.

Resultados: El 83.3% son varones y un 16.7% son mujeres. La mediana de edad fue 41 años. La mediana de tiempo en hemodiálisis hospitalaria fue 15.50 meses y la mediana de tiempo en HDD 23.50 meses.

Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al Kt/V, presentando mejores parámetros en HDD (p valor=0.027).

El 100% de los pacientes presentaron "menos requerimientos de antihipertensivos". En cuanto a los requerimientos de la EPO, en un 66.7% se disminuyeron y un 33.3% precisaron de mayores requerimientos. Además, 66.7% requirieron menos quelantes del fósforo, 16.7% requirió el mismo número y 16.7% necesitó mayor número de quelantes.

Se evaluó la calidad de vida de los pacientes (cuestionario KDQOL-36), del que el 67% presentó "mejoría de calidad de vida" en 3 de los ítems medidos en el test.

Conclusiones: La HDD es una alternativa eficaz del tratamiento renal sustitutivo que debería ofrecerse a todos los pacientes candidatos. En nuestro estudio, podemos observar cómo los paciente en HDD presentaron una disminución de los requerimientos de la EPO, quelantes de fósforo y antihipertensivos, valores de Kt/V estándar mayores, así como una mejoría de la calidad de vida.

Tabla 1.

	Hemodiálisis Hospitalaria	Hemodiálisis Domiciliaria
Kt/V estándar	1,79	2,99
Diuresis residual	2500 ml	2150 ml
Hemoglobina	10,90 g/dl	11,25 g/dl
Albumina	4,10 mg/dl	4,05 mg/dl
PCR	3,70 mg/dl	3,45 mg/dl
Calcio	9,30 mg/dl	9,25 mg/dl
Fósforo	4,55 mg/dl	4,65 mg/dl
PTH	323,5 mg/dl	307 mg/dl
Vitamina D	28,20 mg/dl	35,45 mg/dl

244 VARIACIONES DE LA PRESIÓN TRANSMEMBRANA (PTM) RELACIONADO CON EL CAMBIO DE NUEVA GENERACIÓN DE MÁQUINAS

J. OLLÉ¹, L. MORANES¹, A. CHANDU¹, E. CHOLBI¹, M. MARTINEZ-CHILLARÓN¹, V. ESCUDERO¹, J. CASALS¹, J. DEL RISCO¹, J. BROSETA¹, F. MADUÉLL¹

¹NEFROLOGÍA I TRASPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

Introducción: La PTM es una medida que proporcionan todos los monitores de diálisis, pero hay variaciones entre ellos, unos lo miden en 4 puntos y otros en 3 puntos. El objetivo del estudio fue comparar la PTM entre el monitor 5008 y la nueva generación 6008, ambos lo cuantifican con 3 puntos (presión sanguínea venosa, presión a la entrada y salida del líquido de diálisis).

Material y métodos: Estudio prospectivo, en 116 enfermos en programa de hemodiálisis. Cada enfermo recibió 2 sesiones de tratamiento dialítico, en el que sólo se varió el monitor de diálisis, manteniendo la misma pauta de diálisis (tiempo de diálisis, 319 ± 71 min, flujo sangre (Qb) 419 ± 33 min, flujo del baño de diálisis (Qd) 366 ± 76 ml/min, modalidad hemodiafiltración en el 95% y diálisis extendida en el 5% restante. En cada sesión se recogió el peso inicial y final, litros de sangre depurada, litros de sustitución HDF, hematocrito pre y postdiálisis, presión arterial, presión venosa y PTM.

Resultados: Entre ambas sesiones de diálisis comparadas, no se observaron diferencias significativas en duración real, peso inicial y final, ganancia de peso interdialisis, sangre total depurada, hematocrito pre y postdiálisis. Hubo cambios en la presión arterial -212 ± 24 (monitor 5008) vs 220 ± 38 (monitor 6008), P<0.016; en la presión venosa 188 ± 30 (monitor 5008) vs 204 ± 33 (monitor 6008), P<0.001. Se observó un cambio significativo en la PTM tanto en hemodiálisis, 29.2 ± 5.8 (5008) vs 22.5 ± 4.2 (6008), P<0.025; como en hemodiafiltración 198 ± 48 (5008) vs 152 ± 51 (6008) mmHg, P<0.001, sin cambios en el volumen de reposición 29.4 ± 10.4 L (monitor 5008) vs 29.6 ± 10.8 L (monitor 6008).

Conclusiones: El cambio de monitor de 5008 a 6008 se asocia a una disminución de la PTM manteniendo el mismo volumen convectivo. Estos resultados sugieren que el cálculo de la PTM es diferente entre ambas máquinas obteniendo resultados de ultrafiltración y volumen convectivo total similares. Para poner más en valor este parámetro, relacionado con el coeficiente de ultrafiltración, sería recomendable la estandarización de esta medición, que permitiera una comparación objetiva entre los distintos monitores de diálisis.

245 SEGUIMIENTO DE ADECUACIÓN EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA MEDIANTE ACLARAMIENTOS CONTINUOS: RESULTADOS CLÍNICOS

J. GASCÓ¹, M. CASTILLO², P. LIVIANOS³, JA. DELGADO³, MF. GARCÍA⁴, M. LADO⁵, E. MAS⁶, F. OJEDA⁶, MA. BAUZA⁶, I. GARCÍA MÉNDEZ⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES. FACULTAT DE MEDICINA UIB. INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SANITÀRIA ILLES BALEARS (PALMA, MALLORCA, ILLES BALEARS); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES (PALMA, MALLORCA, ILLES BALEARS); ³ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES (PALMA, MALLORCA, ILLES BALEARS)

Introducción: la adecuación y personalización del tratamiento con hemodiálisis (HD) crónica mediante el modelo cinético de la urea (MCU) mejora con la aplicación de aclaramientos continuos semanales que pueden aplicarse a esquemas de tratamiento con diferentes frecuencias. El MCU permite el modelado del Kt/V standard semanal normalizado a superficie corporal (SANStdKt/V) a partir de generación de urea (G) y CmUrea (media de los picos prehemodiálisis), y del equivalente de aclaramiento renal de Casino (EKRU) a partir de G y TACUrea (concentración media de urea), ambos incorporando aclaramiento residual de la urea (KRU).

Métodos: estudio observacional en cohorte prospectiva de pacientes (P) de una unidad de HD crónica hospitalaria, seguimiento medio de 12 meses. Determinación trimestral de MCU por Solute-Solver y KRU en pacientes con diuresis residual >50ml/24h con SANStdKt/V, y EKRU normalizado a V urea monocompartmental 40 L. Análisis de evolución de resultados de toxicidad urémica con CmUrea, TACUrea, vacío aniónico (AG), fósforo (P) y β2microglobulina (β2M) como variables (v) dependientes; SANStdKt/V y EKRU como v predictoras categorizadas (superior o igual, o inferior a la media), test de Wilcoxon. Estudio de correlaciones de G y PCRn (proteín catabolic rate normalizado) con CmUrea y TACUrea por sexos, y entre variables cinéticas.

Resultados: 43 p (30 HDF/12 HD alto flujo/1 HDx)(media 60 años). Charlson 7,8. 46,5% mujeres. Sesiones(s)/semana: 33 p 3 s (7 p 4h 15 min, 8 p 4h 30 min), 3 p 4 s, 2 p 2 s. 15 p (34%) diuresis residual durante algún período del seguimiento con KRU 2,6±2,5 (media±DS) ml/min/1,73m2. Supervivencia actuarial 12 meses 82,5%. Medias±ES: SANStdKt/V 2,85±0,06, EKRU 16,4±0,3ml/min/40L, Kt 50,56±1,21 L, CmUrea 127,33±5,5 mg/dl, TACUrea 73,16±2,9 mg/dl, G(sp) 4,37±0,22 mg/min, PCRn(sp) 1,08±0,04 g/kg/día, AG 17,4±0,3 mmol/L, P 4,6±0,1 mg/dl, β2M 25,2±0,9 mg/L. Evolución de variables dependientes: 1) SANStdKt/V≥2,85<2,85; CmUrea inicial 140,67±8,49/115,16±8,93, CmUrea final 126,11±8,08/127,29±14,17 (Wilcoxon p=0,1); TACUrea inicial 78,98±5,5/66,18±6,16, TACUrea final 68,85±4,7/67,12±6,95 (Wilcoxon p=0,09); β2M inicial 24,62±1,45/26,16±2,13, β2M final 24,2±1,19/25,72±1,77. 2) EKRU≥16,4/<16,4 ml/min/40L: CmUrea inicial 130,76±9,46/130,02±8,63, CmUrea final 126,01±10,41/127,44±10,05; TACUrea inicial 69,6±5,07/75,5±7,18; TACUrea final 65,85±5,48/70,96±6,69; β2M inicial 25,85±1,28/24,5±2,29, β2M final 24,35±0,82/25,82±2,02. Sin diferencias en la evolución de AG y P según niveles de aclaramientos continuos. Correlaciones de PCRn (hombres/mujeres) con CmUrea r2 0,89/0,85, TACUrea r2 0,64/0,75; y de G (hombres/mujeres) con CmUrea r2=0,65/0,76, TACUrea r2= 0,75/0,85. Correlaciones entre variables cinéticas (r): SANStdKt/V-EKRU 0,79, EKRU-Kt 0,46, SANStdKt/V-Kt 0,21.

Conclusiones: SANStdKt/V ha ofrecido mejor predicción de la evolución de concentraciones de molécula pequeña que EKRU, SANStdKt/V ≥ 2,85 se ha asociado con evolución de Cm y TACUrea con mayor pendiente de reducción que EKRU ≥16,4ml/min/40L. Correlación muy fuerte de PCRn con CmUrea en ambos sexos y de G con TACUrea en mujeres. Kt correlación débil con SANStdKt/V.

246 CÁLCULO DE LA DOSIS DE DIÁLISIS EN PACIENTES EN HD DOMICILIARIA. NUESTRA EXPERIENCIA CON EL MODELO 2-POOL UREA KINETIC MODELING OF SOLUTE SOLVER

S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN¹, S. GALLEGÓ DOMÍNGUEZ¹, A. ROCHA RODRIGUES¹, C. GARCÍA DE VEGA GARCÍA¹, E. JIMÉNEZ MAYOR¹, E. DAVIN CARRERO¹, J.C. AGUILAR AGUILAR¹, F. CASINO², J. DEIRA LORENZO³

¹NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES (CÁCERES/ESPAÑA), ²DIVISION OF NEPHROLOGY. MIULLI GENERAL HOSPITAL (ACQUAVIVA DELLE FONTI/ ITALY)

Introducción: La hemodiálisis domiciliaria (HDD) permite una individualización y flexibilización máxima del esquema de diálisis, pudiéndose establecer desde pautas convencionales hasta regímenes intensivos. Por su variabilidad y las características (flujos, membranas, frecuencia) la dosis de diálisis adecuada es un terreno pobremente explorado. El cálculo preciso de la dosis de diálisis precisa de una herramienta validada, actualizada y recomendada por las guías; para ello nosotros utilizamos Solute Solver, aprobado por las directrices KDOQI 2015, que recomienda un sKt/V de 2,1-2,3 para esquemas de HD distintos de 3 sesiones/semana. Es gratuito y está disponible en www.ureakinetics.org.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre la adecuación de diálisis en una cohorte de pacientes en HDD de nuestro centro. Utilizamos el modelo 2-pool Urea Kinetic Modeling (UKM), versión 2.14 de Solute Solver. El programa calcula los principales parámetros de la UKM. Debemos introducir 35 inputs, entre los que se encuentran: BUN pre y post HD, UUN y volumen urinario, peso pre y post HD, flujos de sangre, dializado y tiempo de sesión, días de sesiones/semanales y de la extracción analítica, así como peso, talla, género, acceso vascular y KoA del dializador. Con los outputs obtenidos podemos ajustar la dosis de diálisis a través de las variables habituales, hacer la función renal residual (mediante el KrU), y las distintas variables antropométricas.

Resultados: Incluimos 71 registros de adecuación de 14 pacientes. Procedían de HD en centro 8, de DP 4 y de ERCA 2. La edad media 53 ± 13 años, 64% varones, IMC medio 37 ± 39 Kg/m² e índice de Charlson 4 ± 2 . El 50% eran autónomos para la técnica.

El esquema de diálisis inicial fue: 5 sesiones/semana en 10 pacientes, 4 sesiones en 1 y 3 sesiones en 3. Los flujos medios de bomba fueron 331 ± 33 ml/min, del baño 174 ± 19 ml/min y un tiempo medio de sesión de 156 ± 13 min. Un 71% portaban catéter venoso, un 50% tenían diuresis residual. Todos utilizaban un monitor de Physidia 35. Los valores medios de adecuación fueron: eKt/V $0,69\pm 0,2$, $PCRn2p$ $1,11\pm 0,3$ g/Kg/día, $V2p$ $30,2\pm 8$ L, $EKR35L$ $12,2\pm 2,5$ ml/min, $KRUN35L$ $1,45\pm 2,6$ ml/min, $stdKt/V$ $2,90\pm 0,6$. Todos cumplían sKt/V objetivo, un 25% por encima de 2,3.

Conclusiones: Solute Solver es una herramienta útil y precisa para el cálculo de adecuación en HDD.

Su utilización permitiría trabajar con un método estandarizado, facilitando la realización de estudios multicéntricos en el ámbito de la adecuación en HDD.

247 EXPERIENCIA DE DIÁLISIS INCREMENTAL EN UN CENTRO DE DIÁLISIS PERIFÉRICO

CM. PÉREZ BAYLACH¹, FM. LARA TEJADA²

¹HEMODIÁLISIS. BBRAUN VALNEFRON MASSAMAGRELL (VALENCIA), ²HEMODIÁLISIS. BBRAUN NE-FROVALL VILLARREAL (VILLARREAL)

Introducción: No hay indicación sobre en qué momento empezar con la HD.

No se sabe el régimen óptimo pero se piensa que 3 sesiones semanales en incidentes con función renal residual (FRR) conservada contribuya a acelerar su pérdida.

La FRR tiene muchos beneficios: mejora la calidad de vida, reduce la inflamación... Interviene en la depuración de moléculas y toxinas urémicas unidas a proteínas. Así, el componente depurativo renal (KRU renal), tiene mayor peso clínico que el KRU obtenido por diálisis.

Materiales y métodos: Seleccionamos de los 86 pacientes de la clínica, los que tuvieran diuresis mayor de 500 ml. Fueron 11 pacientes con edad media 72,45 años. Se hicieron analíticas mensuales con orina de 24 horas. Obtuvimos KRU, KRU_n y prescripción de diálisis sumando Kt/V renal+ diálisis buscando un Kt/V std de 2,3 volúmenes por semana, utilizando el programa SPEEDY.

Se excluyeron los pacientes que no podían recoger la orina, tenían unas ganancias interdiálíticas mayores del 4% de su peso y los inestables. Para el análisis estadístico se utilizó el test t de muestras emparejadas.

Resultados: Los pacientes mantuvieron durante los 6 meses la diuresis residual y el KRU renal se mantuvo estable. La dosis de diálisis disminuyó de forma estadísticamente significativa con una p de 0,043, y la albúmina mejoró de forma significativa con una p de 0,0035. El resto de parámetros bioquímicos se mantuvieron.

Conclusiones: Es necesario la implementación de medidas que busquen preservar la FRR. El estudio del KRU y el cálculo de la dosis de diálisis ha demostrado mejorar la albúmina sin empeorar los valores analíticos del potasio, fósforo, bicarbonato... Los pacientes han disminuido las horas de tratamiento semanal de forma significativa mejorando con esto la calidad de vida y han mejorado sus niveles de albúmina.

Tabla 1. Media y desviación estándar de los parámetros al principio y a los 6 meses.

	Mes 0	Mes 6
GID (kg)	1,05 (1,2)	1,38 +/-1
KRU (ml/min)	5,4 (2)	5,8 +/- 3,4
KRUN (35 l)	4,9 (1,7)	4,9 (2,72)
DIURESIS (ml)	1627 (498)	1809 (965)
TPO HD (min)	208 (33)	155,4 (79)
Hb (gr/dl)	10,5 (1,5)	11,6 (1,39)
Albúmina (gr/dl)	3,39 (0,26)	3,65 (0,29)
PCR (mg/dl)	27,3 (42)	13,4 (22,6)
Bicarbonato (mmol/l)	21 (2,7)	20 (4,3)
Potasio (mEq/l)	4,8 (0,57)	4,94 (0,5)
Fósforo (mg/dl)	4,18 (0,77)	4,8 (1,4)

248 ¿PODRÍA MEJORAR LA TOLERANCIA A LAS SESIONES DE NUESTROS PACIENTES EL NUEVO BIOCONTROL DE SODIO DEL MONITOR 6008?

R. LUCENA¹, N. BEGOÑA¹, YS. DARUIZ¹, FL. PROCACCINI¹, MT. JALDO¹, M. PUERTA¹, L. MEDINA¹, JA. MARTÍN¹, E. VALLE¹, P. DE SEQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID)

La utilidad del nuevo biocontrol de sodio es describir la cantidad de sodio eliminado/suministrado por difusión/convección (mmol/L), así como adecuar el balance de sodio a las necesidades de nuestros pacientes. Todo esto con el fin de obtener mejoría en la tolerancia intradiálisis o el control de la tensión arterial, así como reducir los gradientes de pérdida o ganancia de sodio para realizar una hemodiálisis más óptima e individualizada.

Objetivos:

- Describir el balance de sodio, las tensiones arteriales y el descenso de volumen sanguíneo en el Monitor 6008 tanto en sesiones con el biocontrol de sodio activo como inactivo.
- Analizar las diferencias encontradas en estos parámetros entre los pacientes en los que se usó el biocontrol y los que no.

Material y métodos: Se analizan 37 sesiones de diálisis realizadas en Monitor 6008 de Fresenius Medical Care. En 17 se realizan con el Biocontrol de sodio Na management activo y en 19 con el biocontrol desactivado. Se extrajeron muestras sanguíneas de bioquímica prediálisis en las que se midieron sodio plasmático pre/post y glucosa.

Resultados: La edad media de los pacientes $69,11$ SD $17,10$ años. Hipertensos son el 91,67% y cardiopatas 52,78%. Ganancia interdiálítica $1,7$ SD $0,99$ kgs. Ultrafiltración $2,05$ SD $0,84$ l. Técnica: HDF OL $76,78\%$, Alto flujo $22,22\%$. Volumen de reposición medio $28,75$ SD $6,87$ L. No hubo diferencias entre BVS final respecto al mínimo: p $0,92$. Tener el biocontrol activo supuso un BVS min menor con una p $0,036$. Tener el biocontrol activo supuso también un nadir de BVS final menor con una p $0,048$.

Conclusiones: El nuevo biocontrol de sodio disponible en monitores 6008 puede mejorar la tolerancia hemodinámica a la pérdida de volumen en la diálisis de nuestros pacientes y prevenir hipotensiones dado que se observa un menor descenso del volumen relativo sanguíneo.

249 EL ETERNO RETORNO DEL KT/V: UN ANÁLISIS Y REVISIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL OBJETIVO DE $sPKtV$ POR DIÁLISIS

FJ. MARQUES-ORTEGA¹, M. PERIS-FERNÁNDEZ², M. GAVILÁ-CHORNET³, A. FERRI-CORTÉS¹, R. DEVE-SA-SUCH¹, MP. SÁNCHEZ-PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE (ESPAÑA)

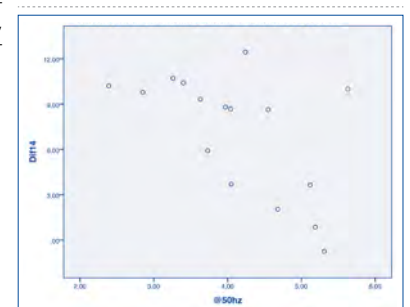
Introducción: En la actualidad, los métodos de análisis mediante diálisis iónica permiten calcular el aclaramiento de urea en cada sesión de hemodiálisis, lo que facilita un seguimiento más preciso de la adecuación de la diálisis. En este estudio en nuestra unidad de diálisis, comparamos diferentes métodos de cálculo del volumen de distribución y revisamos la evidencia disponible para determinar el mejor método de establecer un objetivo de KT.

Material y método: Realizamos una comparación entre el cálculo del objetivo de KT según la normalización de Lowry, el objetivo de KT según el volumen de distribución calculado mediante la fórmula de Watlory y el volumen de distribución de urea según los resultados del Monitor de Composición Corporal (BCM® de Fresenius Medical Care). Los resultados fueron analizados utilizando SPSS Statistics IBM®.

Resultados: El volumen de distribución de urea según BCM proporciona consistentemente objetivos de KT más bajos. En el modelo de correlaciones bivariadas, la disminución del ángulo de fase por bioimpedancia predice hasta la mitad de las diferencias de KT entre el objetivo según la normalización de Lowry y el objetivo de KT según la bioimpedancia. Esta correlación no se observa en las mujeres, donde las diferencias son mayores. En el análisis multivariante, la masa magra es el factor que mejor predice las diferencias tanto en el objetivo de KT como en las diferencias entre el volumen de distribución de urea según BCM y la fórmula de Watson.

Conclusiones: Basarse en la bioimpedancia para establecer el objetivo de $sPKtV$ implica aceptar dosis de diálisis más bajas en mujeres y pacientes con riesgo de desnutrición, lo cual contradice la evidencia disponible.

Figura 1. Correlación entre las diferencias del KT objetivo establecido según bioimpedancia y normalización de LOWRY.



Resúmenes

Hemodiálisis - Técnica y adecuación de diálisis

250 INICIO DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO DESDE CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

M. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, V. GARCÍA CHUMILLAS¹, D. VARILLAS CASO¹, E. MORALES RODRÍGUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA/ESPAÑA)

Introducción: La consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es fundamental para retrasar la progresión de la enfermedad renal y preparar un óptimo inicio en tratamiento renal sustitutivo (TRS), iniciándose el proceso de información, deliberación y toma de decisiones compartida. En general, el tiempo ideal de referencia a la consulta de ERCA debería ser antes de los 6 meses del inicio estimado en TRS. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en nuestro centro en la preparación de inicio de TRS desde consulta de ERCA.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes en TRS de nuestra unidad que inician técnica de depuración extrarrenal desde consulta de ERCA. Evaluamos datos demográficos, comorbilidades, técnica de TRS elegida, tiempo de seguimiento en ERCA, presencia de diuresis residual, medicación y filtrado glomerular previo al inicio, así como inicio agudo o programado en TRS.

Resultados: Se evaluaron 75 pacientes (64% varones). Edad: mediana 67 años. Etiología ERCA: 30.7% nefropatía diabética, 18.7% glomerulopatías, 16% causa vascular, 34.6% otras causas. Comorbilidades presentes: 45.3% diabetes mellitus, 69.3% dislipemia, 21.3% insuficiencia cardíaca, 18.7% enfermedad vascular periférica, 9.3% fumadores activos, 26.7% exfumadores. Método de TRS elegido: 65.3% hemodiálisis, 33.3% diálisis peritoneal (DP), 1.3% hemodiálisis domiciliaria. Mediana de seguimiento en unidad de ERCA de 14 meses. Se evaluó el tratamiento en el momento de inicio de TRS: 33.3% IECA/ARAI, 6.7% ISRAA, 53.3% estatinas, 63.3% AEE, 61.3% diuréticos, 5.3% i-SGLT2, 5.3% a-GLP1, 2.7% sacubitril/valsartan, 45.3% feroterapia. El 98.7% de los pacientes conservaba diuresis residual y el 53.3% presentaba acidosis metabólica. 60 pacientes (80%) iniciaron TRS de forma programada y el resto (20%) inició hemodiálisis aguda mediante catéter venoso central (CVC). De los 15 pacientes con inicio de HD aguda, 5 pacientes (6.7%) se transfirieron a DP. El 80% de los casos iniciaron TRS con un filtrado glomerular (FG) mayor o igual a 7ml/min/1,73m² y el 20% restante con FG menor a 7ml/min/1,73m².

Conclusiones: La existencia de consulta de ERCA mejora la morbilidad y supervivencia a largo plazo y disminuye los costes. Se ha demostrado menor supervivencia y mayor morbilidad en aquellos pacientes que inician TRS urgente, sin acceso vascular ni seguimiento adecuado. En nuestro estudio, la mediana de seguimiento en ERCA fue de 14 meses, el FG al inicio de TRS fue mayor o igual a 7ml/min/1,73m² en el 80% de los pacientes y solo el 20% de los casos inició hemodiálisis aguda de forma no programada.

251 INICIO DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO PRECOZ VS TARDÍO DESDE CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

E. MORALES RODRÍGUEZ¹, V. GARCÍA CHUMILLAS¹, M. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, D. VARILLAS CASO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA/ESPAÑA)

Introducción: El momento óptimo para iniciar tratamiento renal sustitutivo (TRS) no está claro. Se inicia con filtrado glomerular (FG) 8-10ml/min/1,73m², siendo el límite inferior 6ml/min/1,73m². El objetivo de este trabajo es realizar un análisis descriptivo entre pacientes con inicio de TRS precoz y tardío desde consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes que iniciaron TRS de forma precoz o tardía desde consulta de ERCA. Se definió inicio TRS precoz con FG mayor o igual a 7ml/min/1,73m²; y tardío con FG menor a 7ml/min/1,73m². Evaluamos en cada grupo datos demográficos, comorbilidades, técnica TRS elegida, tiempo ERCA, diuresis residual, medicación, así como inicio agudo o programado.

Resultados: Se evaluaron 75 pacientes (64% varones). Edad: mediana 67 años. El 80% inició TRS precoz y 20% TRS tardío. La nefropatía diabética fue etiología de ERCA más frecuente en ambos grupos, representando el 40% del grupo de TRS tardío. Las comorbilidades estudiadas en ambos grupos resultaron más frecuentes en el TRS tardío: DM 53.3/43.3%; dislipemia 80/66.7%; enfermedad vascular periférica 20/18.3%; tabaco 13.3/8.3%; salvo insuficiencia cardíaca 13.3/23.3%. La hemodiálisis resultó la técnica elegida con mayor frecuencia en ambos grupos. Mediana de seguimiento en ERCA 14-19 meses. Se evaluó tratamiento al inicio de TRS en ambos grupos: 31.7/40% IECA/ARAI, 8.3/0% ISRAA, 61.7/60% estatinas, 56.7/40% AEE, 43.3/53.3% feroterapia, 63.3/53.3% diuréticos, 6.7/0% i-SGLT2, 6.7/0% a-GLP1, 3.3/0% ARNI. Inicio agudo de TRS en 46.7% de pacientes con TRS tardío y 30% con TRS precoz.

Conclusiones: El tiempo ideal de seguimiento en ERCA es al menos 6 meses. Mediana de seguimiento en nuestro centro 14-19 meses. Sin embargo, 46.7% con TRS tardío y 30% con TRS precoz iniciaron diálisis de forma aguda. Los pacientes con TRS tardío resultaron más comórbidos, presentando DM el 53.3%.

Tabla 1

	TRS precoz (FG>=7 ml/min/1,73 m ²) N=60	TRS tardío (FG<7 ml/min/1,73 m ²) N=15	TRS precoz (FG>=7 ml/min/1,73 m ²) N=60	TRS tardío (FG<7 ml/min/1,73 m ²) N=15
FG (ml/min/1,73m ²)	9,17	6,43	2000	1720
Edad (años)	66	71	75,6	69
Sexo (H/M)	38/22	10/5	140/77	146/75
Tiempo en ERCA (meses)	14	19	30	46,7
Etiología ERCA	DM 28,3% GIMN 20% Vascular 16,7% Otras 35%	DM 40% GIMN 13,3% Vascular 13,3% Otras 33,4%	DM 43,3% Dislipemia 66,7% IC 13,3% EVP 18,3% Tabaco 8,3%	DM 53,3% Dislipemia 80% IC 13,3% EVP 20% Tabaco 13,3%
Técnica elegida de TRS (%)	DP 35 HD 65	DP 26,7 HD 66,7 HD domi 6,7		
IECA/ARAI (%)	31,7	0	168	185
ISRAA (%)	8,3	0	3,9	3,8
Estatinas (%)	61,7	60	9,2	8,9
AEE (%)	56,7	40	4,4	4,9
Feroterapia (%)	43,3	53,3	206,8	204,8
Diuréticos (%)	63,3	53,3		
i-SGLT2 (%)	6,7	0	140	234
a-GLP1 (%)	6,7	0	24	21
ARNI (%)	3,3	0		
			5,56	7,27
			Urea (mg/dL)	
			Albúmina (mg/dL)	
			Calcio (mg/dL)	
			Fósforo (mg/dL)	
			Paratirina intacta (pg/mL)	
			Hemoglobina (g/L)	
			Ferritina (ng/mL)	
			Índice de saturación de transferrina (%)	
			Acidosis metabólica (%)	

252 LUCES Y SOMBRAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE HEMODIAFILTRACIÓN ONLINE EN LA PRÁCTICA DIARIA

J. ALFONZO JULIÁ¹, V. ESTEVE SIMÓ¹, I. TAPIA GONZALEZ¹, D. OLEAS VEGA¹, R. REQUENA MUJICA¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA¹

¹NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (BARCELONA)

Introducción: La hemodiafiltración on-line (HDF-OL) es una técnica convectiva de diálisis que ofrece, entre otras, mejor tolerancia hemodinámica, mayor depuración de solutos y supervivencia respecto a la hemodiálisis (HD) convencional. Las características de la prescripción idónea reportada en la literatura para alcanzar los beneficios descritos de la HDF-OL resulta en muchas ocasiones dificultosa en la práctica clínica diaria.

Objetivos: Describir las características clínicas y parámetros de diálisis en la prescripción habitual de HDF-OL en los pacientes de nuestro centro. Analizar las potenciales diferencias entre pacientes con (A) o sin (B) prescripción HDF-OL óptima.

Material y método: Estudio descriptivo, unicéntrico, en pacientes en HDF-OL en nuestra unidad. Las características clínicas, bioquímicas y de la técnica dialítica fueron analizadas en función de prescripción óptima (A) o no de HDF-OL (B). Parámetros óptimos adecuación dialítica establecidos: Flujo bomba (Qb)>350 ml/min; Volumen sustitución (VS)>21 l/sesión y KT > 40 o 45 según sexo.

Resultados: 65 pacientes en nuestra unidad. 48 pacientes (75%) HDF-OL, 95% HDF-OL postdialítico 58% hombres, 37.5% CVC. Edad media 71±12.5 años y 35.3±32.2 meses en HD. Únicamente 33.3% de los pacientes cumplían criterios de adecuación óptima establecidos. Un 22.9% y 58.3% presentaba Qb<350 ml/min y <21L/sesión respectivamente. Observamos diferencias significativas (p<0,05) en el Qb (A 386.1±28.6 vs B 361.41±25.5 ml/min) y Vs (A 24.2±3.6 vs B 19.11±3.3 litros/sesión) entre aquellos pacientes con o sin prescripción óptima de HDF-OL; no así para KT (A 54.9±3.8 vs B 49.5±4.5). No se observaron otras diferencias relevantes entre los grupos estudiados.

Conclusiones: La HDF-OL es la técnica más prescrita en nuestro centro. Un elevado porcentaje de pacientes no cumplen con todos los criterios de adecuación reportados. Con nuestros resultados, consideraremos la elaboración y análisis periódico de indicadores de la HDF-OL para adecuar y optimizar su prescripción y obtener los beneficios descritos.

253 ¿ES PELIGROSA LA HEMODIÁLISIS INCREMENTAL EN UNA SESIÓN SEMANAL?: ESTUDIO DE GANANCIAS INTERDIALÍTICAS Y TASAS DE ULTRAFILTRACIÓN

E. JIMÉNEZ MAYOR¹, A. ROCHA RODRIGUES¹, C. GARCÍA DE LA VEGA GARCÍA¹, MM. ACOSTA ROJAS¹, E. DAVIN CARRERO¹, JP. MARÍN ALVAREZ¹, MS. GALLEGO DOMÍNGUEZ¹, PJ. LABRADOR GÓMEZ¹, MA. SUÁREZ SANTISTEBAN¹, J. DEIRA LORENZO¹

¹NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO ALCÁNTARA (CÁCERES), ²NEFROLOGÍA. H. VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA)

Introducción: La mayoría de pacientes inician hemodiálisis con una dosis fija de tres sesiones semanales, sin tener en cuenta su función renal residual. La hemodiálisis incremental (iHD), por el contrario, ajusta el número de sesiones a la diuresis residual. La iHD genera preocupación por el riesgo de infradiálisis y los largos periodos intersección. En ausencia de diuresis, estos periodos largos se asocian a elevadas ganancias interdiálíticas que condicionan elevadas tasas de ultrafiltración. Se sabe que tasas de ultrafiltración superiores a 10 ml/Kg/h se asocian con mal pronóstico.

Material y método: Estudio descriptivo de cuantificación de ganancias interdiálíticas y tasas de ultrafiltración en una muestra de 66 pacientes incidentes en iHD con periodo intersección≥6 días. En cada sesión analizamos peso pre y post sesión y las tasas de ultrafiltración en 2777 sesiones de hemodiálisis. Calculamos la dosis de diálisis mensualmente mediante Soluter Solver (www.urekinetics.org), considerando dosis adecuada stdKtV semanal≥2.1 ó EKRU+KrU≥12. Guiamos el manejo de volumen mediante bioimpedanciometría bimensualmente. Por protocolo, iniciamos iHD en aquellos pacientes con diuresis residual y clínicamente estables. Comenzamos con una sesión semanal si aclaramiento de urea (KrU)>4ml/min/1.73m², aumentamos a dos o tres sesiones semanales de forma personalizada, según KrU y tasas de ultrafiltración.

Resultados: La ganancia interdiálítica fue de 1,47±1.3kg, equivalente al 2±1,5% del peso del paciente. Según bioimpedanciometría, el estado de sobrehidratación pre-hemodiálisis fue de 1,9±1,6L. La tasa de ultrafiltración, de cada sesión, fue de 5,03±3,84ml/Kg/h. El 9.1% de las sesiones superaron los 10 ml/min/h y el 2,6% los 13ml/Kg/h.

La presión arterial media prediálisis fue de 158±23/78±19 mmHg y 152±27/76±16 mmHg postdiálisis. La diuresis residual medida por volumen urinario fue de 1931±491ml y el KrU de 5,1±1,8 ml/min/1.73m². La dosis de diálisis fue adecuada, con un stdKtV semanal de 2.31±0.7 volúmenes (mediana 2.23) y el EKR+KrU fue de 14,22±3,7 ml/min (mediana 13,8). El estado de nutricional, medido por la PCRn fue de 1,04±0.3 g/Kg/día. En bioimpedanciometría, el índice LTI fue de 12,1±4,8kg/m² y el índice FTI fue 15±8kg/m², alcanzando lo deseable.

Conclusiones: Los pacientes en hemodiálisis incremental no presentan grandes ganancias de peso; ni son sometidos a elevadas tasas de ultrafiltración, evitando cambios significativos en su presión arterial durante las sesiones dialíticas. Por el contrario, la diuresis residual les permite mantenerse con un número bajo de sesiones semanales sin presentar sobrecarga de volumen, infradiálisis o desnutrición.

254 ENSAYO "LA HEMODIÁLISIS CON LÍQUIDO DE DIÁLISIS A 300 ML/MINUTO ES ADECUADA Y ECOLÓGICA". RESULTADOS PRELIMINARES

G. BARRIL¹, P. SOBRINO¹, A. NUÑEZ², P. SANZ², I. GOMEZ², N. PASCUAL³, L. MARISCAL DE GANTE¹, A. CORTIÑAS¹, A. NOGUEIRA¹, M. GIORGI¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID), ²LABORATORIO BIOQUÍMICA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID), ³LABORATORIO BIOQUÍMICA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID)

Objetivo: Demostrar la no inferioridad de HDFonline a 3x3 meses de seguimiento en esquema cruzado con 300ml/min vs500ml/min de líquido de diálisis(QD)

Metodología: Realizamos en 62 pacientes en HDF online un ensayo de 3x3 meses con esquema cruzado de QD (300ml/min vs 500ml/min). Los 3 primeros meses dos turnos de 4 h/HDF alterna turno-mañana y diaria corta-intermedio con QD 300ml/min y turnos alternos-tarde a 500ml/min, posteriormente cambiaron de QD 300ml/min vs500ml/min otros 3meses.Retrospectivamente valoramos datos 3 meses previos todos QD500ml/min.

60%hombres,edadad 70,72±13,07años, xl.Charlson 7,48±2,80,52(84%) en HDFalterna y 10(16%) en corta-diaria.

Parámetros-evaluados: Edad, Sexo, I Charlson,FRR, de informatización de datos-online del monitor:Peso-seco, UF, Qb, UF,Litros sangre- dializada, litros infusión-HDF, Kt/V,ekt/v,Kt, Parterial-monitor, PVMonitor.Determinamos para los 2QD:PRU,PRb2microg.,PRmioglobina y PRprolactina, parámetros analíticos, fármacos, mortalidad en los 2 periodos y cambiosBJA y dinamometría.

Resultados: Al final se comparan45 pacientes estables enHDF (36 alterna y 9 corta diaria)que estuvieran alternativamente a 300ml/min de QD 3 meses y luego cambiaron a 500 con diseño cruzado ya referido, manteniendo programación-básica en tarjeta y dializador los 6 meses. Los datos se obtienen de volcado de Nefrosoft/3 meses y cambio de QD otros 3 meses para parámetros de HDF y los analíticos extraídos en ese periodo. Tabla. Realizando diferencia de medias relacionadas para PRU,PRb2microg,PRprolactina y PRmioglobina con los dos QD no existen diferencias significativas.

Demostramos la no inferioridad del flujo de diálisis de 300ml/min respecto a 500ml/min en un periodo de 3x3 meses, suponiendo un ahorro importante en el consumo de agua (periodo1 -578L/día,periodo2-123,2L/día) y energía (periodo1-14,12Kw/h día), periodo2-3,01Kw/h día)

Comparando datos recogidos 3 meses previos al estudio que todos se dializaban con 500ml/min no existen cambios respecto al periodo posterior.

Conclusiones: La HDF online con líquido de diálisis a flujo de 300ml/min aporta parámetros adecuados de diálisis,sin repercutir negativamente en analítica.

- Proporciona ahorro de agua y energía haciéndola más coste/efectiva.

Tabla 1.

Parámetro	HDF alterna	HDF corta	p
PRU	264,0	264,0	0,9999
PRb2	276,0	276,0	0,9999
PRmiog	1,21	1,21	0,9999
PRprol	2,81	2,81	0,9999
PRb2	276,0	276,0	0,9999
PRmiog	1,21	1,21	0,9999
PRprol	2,81	2,81	0,9999
PRb2	276,0	276,0	0,9999
PRmiog	1,21	1,21	0,9999
PRprol	2,81	2,81	0,9999
PRb2	276,0	276,0	0,9999
PRmiog	1,21	1,21	0,9999
PRprol	2,81	2,81	0,9999

255 ¿CÓMO PUEDE LA NEFROLOGÍA AYUDAR A LA NEUROLOGÍA? NUESTRA EXPERIENCIA CON EL CAMBIO PLASMÁTICO EN PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS, EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

C. NOVILLO SARMIENTO¹, R. OJEDA LOPEZ¹, C. MOYANO PEREGRIN¹, M. HUELVA LOPEZ¹, I. BURGOS BORRERO¹, M. LÓPEZ ANDREU¹, S. SORIANO CABRERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA/ESPAÑA)

Introducción: El recambio plasmático (RP) es una técnica de aféresis en la que se extrae el plasma con la finalidad de eliminar moléculas de gran peso molecular, anticuerpos, inmunocomplejos u otros componentes que están contribuyendo en la patogenia de una enfermedad; el plasma eliminado es sustituido por un líquido de sustitución, normalmente albúmina humana al 5%. El RP ha demostrado beneficio en enfermedades neurológicas y autoinmunes.

Objetivo: Analizar los resultados de los pacientes con patologías neurológicas, tratados con RP en nuestra unidad, en los últimos 8 años.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó 20 pacientes diagnosticados de patologías neurológicas y que fueron tratados con RP entre enero de 2015 y abril 2023. Se analizaron datos demográficos, enfermedad de base, RP como primera o segunda indicación de tratamiento, número de sesiones, respuesta al tratamiento y complicaciones relacionadas con la técnica. Todos los RP se realizaron con albúmina humana al 5%.

Resultados: Se analizaron los datos de las 132 sesiones de RP realizadas a los 20 pacientes con patología neurológica incluidos. La media de edad fue de 43 años, 73% eran de sexo masculino, la patología más prevalente fue el síndrome de Guillain-Barré (40%), seguido de Miastenia gravis (15%) y encefalopatía autoinmune (15%). Se iniciaron los RP tras fallo de terapia convencional en el 79% de los pacientes y como terapia de primera elección en el 21%. En el 73,7% se iniciaron los RP en el debut de su enfermedad. La mediana de sesiones por paciente fue de 6 y en su mayoría se realizaron diarias. Tuvieron una respuesta completa al tratamiento en el 50% de las veces, parcial al tratamiento en un 40% y el 10% no tuvieron respuesta. El 80% de los pacientes no presentó complicaciones, un 5% tuvo complicaciones leves y la complicación fue grave en el 5.2%.

Conclusiones: Nuestros resultados refuerzan los de trabajos previos en los que se evidencia que el RP es una terapia segura y eficaz para el tratamiento de enfermedades neurológicas con anticuerpos, evidenciándose gran mejoría en pacientes que no mostraban recuperación con los tratamientos convencionales.

256 PRIMER PACIENTE CON HEMODIÁLISIS LARGA NOCTURNA DOMICILIARIA CON BAJO FLUJO DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS EN ESPAÑA

P. MOLINA VILA¹, P. PASCUAL ESTELLÉS¹, A. HERNANDEZ LATORRE¹, AM. ALBA MANZANA¹, M. RODRIGO VALERO¹, M. GONZÁLEZ MOYA¹, B. VIZCAINO CASTILLO¹, S. BELTRÁN CATALÁN¹, A. VALE-RO ANTÓN¹, A. SANCHO CALABUIG¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DR PESET (VALENCIA)

Introducción: A pesar de los contrastados beneficios de aumentar la frecuencia y la duración de la hemodiálisis (HD), desde nuestro conocimiento ningún paciente en España recibe HD larga nocturna en casa. Se reporta el caso del primer paciente en HD domiciliaria (HDD) larga nocturna con bajo flujo de líquido de diálisis en España.

Material y método: Varón de 61 años con ERC5 secundaria a glomeruloesclerosis focal y segmentaria, en programa de HDD desde diciembre de HDD mediante sistema de bajo flujo NxStage System One®, 2h30, 6 días a la semana, flujo de baño (QD) = 166 mL/min, flujo de sangre (QB) = 400 mL/min, a través de fistula AV. Viudo con dos hijos, realiza la HDD de manera autónoma, siendo además cuidador principal de su madre que convive en el mismo domicilio, y activo laboralmente.

Es en marzo del 2023 cuando iniciamos en nuestra Unidad el primer entrenamiento de España en HDD nocturna mediante monitor portable.

Resultados: Tras únicamente 2 jornadas de entrenamiento para manejar el detector de fugas y el detector de desprendimiento de aguja Hemodialert®, el paciente pasó a HDD nocturna de 8 horas, 4 días a la semana, con QD = 125 mL/min. Desde la primera semana el paciente presentó una excelente adaptación a la técnica con mejoría significativa de los parámetros de adecuación (Tabla). Casi tres meses después del inicio del tratamiento, el paciente se encuentra con alto grado de satisfacción y no ha presentado ninguna incidencia.

Conclusiones: El presente caso respalda el uso de la HDD con bajo flujo de líquido de diálisis como técnica segura y eficaz, permitiendo obtener los beneficios asociados a una diálisis larga con el mínimo impacto en las actividades diurnas de la vida de los pacientes en diálisis.

Tabla 1.

	HDD corta diurna	HDD larga nocturna
	6 sesiones / semana	4 sesiones / semana
Frecuencia	2h 30 min	8 h
Duración de la sesión	2h 30 min	8 h
Qs (mL/min)	400	250
Qb (mL/min)	166	125
Kt/V	0,65	1,21
Kt/V st	2,47	2,81
nPCR (g/kg/d)	1,4	1,7
TAC (mg/dL)	39,1	23,0
PRU (%)	44	64
PRU semanal	264	256
PR β ₂ (%)	46%	55%
PR β ₂ semanal	276	220
Masa β ₂ dializado (g)	132	207
Masa β ₂ dializado semanal (g)	792	828
Albúmina dializado (mg/L)	< 5,0	< 5,0