

## Varices esofágicas secundarias a trombosis de vena cava superior por catéter yugular para hemodiálisis

### Oesophageal varices secondary to thrombosis of the superior vena cava due to jugular haemodialysis catheter

Sr. Director:

Una de las prioridades de los nefrólogos de hemodiálisis (HD) es preservar el capital venoso de sus pacientes. Las guías de accesos vasculares recomiendan <10% de catéteres venosos centrales (CVC) prevalentes en las unidades de HD, pero este número está aumentando preocupantemente<sup>1</sup>. La principal causa de trombosis de cava superior en HD es la colocación de un CVC. La incidencia de trombosis en pacientes portadores de CVC varía del 1 al 66%<sup>2-4</sup> según el tipo de catéter, la localización, los criterios diagnósticos y la población a estudio. Se describe una forma de presentación poco frecuente de trombosis de la vena cava superior en HD. Muy pocos son los casos descritos en la literatura<sup>5</sup>.

Se presenta el caso de un varón de 28 años con ERC secundaria a nefropatía por reflujo que comienza HD a los 11 años a través de fistula arteriovenosa (FAV) radiocefálica izquierda. Tras una década trasplantado, reinicia diálisis mediante una FAV húmero-cefálica (HC) izquierda que se trombosa tras resección de aneurisma e interposición de prótesis de PTFE. Se coloca catéter venoso tunelizado (CVC) yugular derecho que se retira un año después, tras asegurar un buen funcionamiento de la FAV-HC derecha. Incidentalmente, en un angio-TAC realizado para protocolo de trasplante renal, se objetiva engrosamiento en la pared distal del esófago, y múltiples adenopatías retroperitoneales de distribución difusa. En la endoscopia se visualizan 3 cordones varicosos en tercio distal de tamaño medio. Se descarta trombosis portal y hepatopatía crónica. Se inicia con betabloqueantes (nadolol 20 mg/24 h). En este tiempo, el paciente presenta trombosis parcial de FAV-HC derecha, y se interpone PTFE en FAV-HC izquierda antigua. Dos semanas después, se produce el primer episodio de hemorragia digestiva (HDA) por varices esofágicas con anemia severa (Hb 4,9 g/l). No fue posible realizar estudio hemodinámico debido a una interposición de adenopatías yugulares, que son estudiadas junto con las retroperitoneales e identificadas como benignas.

Tras 10 meses del primer episodio de HDA se produce el segundo. La gastroscopia muestra aumento en el número y el tamaño de los cordones varicosos (4 cordones y 2 de ellos grandes). Se colocan 5 bandas esofágicas en los 2 cordones más grandes, pero un mes después se produce el tercer episodio de HDA por varices. En esta ocasión se identifican 5 varices, 2 con estigmas recientes de ligadura y 3 de tamaño mediano. En TAC cervical realizado un año antes, durante estudio de adenopatías, se visualiza trombosis de vena cava

superior inmediatamente antes de la entrada de cava en aurícula derecha que oblitera la luz (figura). Se recanaliza mediante angioplastia, sin complicaciones y con regresión del número y tamaño de las varices (3 de pequeño tamaño). El estudio de patología protrombótica resultó negativo. Actualmente, el paciente lleva un año y medio asintomático. Realiza controles endoscópicos cada 6 meses, con estabilización de las varices.

En este caso, la etiología de las varices esofágicas ha sido la trombosis de la vena cava superior secundaria al catéter que aumenta la presión de drenaje de la vena ácigos y se ha transmitido de forma retrógrada provocando las varices. El aumento del débito en el sistema venoso producido por la interposición de PTFE en la FAV-HC izquierda antigua cuando se produce la trombosis parcial de la FAV-HC derecha hizo que las varices aumentasen en número y tamaño, y fue el detonante del primer sangrado digestivo una semana después de su realización.

La colocación de CVC para HD no está exenta de complicaciones inmediatas y tardías. Este ejemplo de complicación poco habitual relacionada con los catéteres para HD ilustra la necesidad de evitar en la medida de lo posible su utilización.



**Figura 1** – Imagen de flebografía en la que se objetiva trombosis de cava e importante circulación colateral por el sistema ácigos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Hernández JA, González-Parra E, Gutiérrez-Julián JM, Segarra-Medrano A, Almirante-Gragera B, Martínez-de Merlo MT, et al. Guías de acceso vascular en hemodiálisis (Guías SEN). *Nefrología*. 2005;25 Supl 1:S3-97.
- Otten TR, Stein PD, Patel KC, Mustafa S, Silbergleit A. Thromboembolic disease involving the superior vena cava and braquiocephalic veins. *Chest*. 2003;123:809-12.
- Rooden CJ, Teasselaar ME, Osanto S, Rosendaal FR, Huisman MV. Deep vein thrombosis associated with central venous catheters-a review. *J Thromb Haemost*. 2005;3:2409-19.
- Luciani A, Clement O, Halimi P, Goudot D, Portier F, Bassot V, et al. Catheter-related upper extremity deep venous thrombosis in cancer patients: A prospective study base on Doppler US. *Radiology*. 2001;220:655-60.
- Hussein FA, Mawla N, Befeler AS, Martin KJ, Lentine KL. Formation of downhill esophageal varices as a rare but serious complication of hemodialysis access: A case report and comprehensive literature review. *Clin Exp Nephrol*. 2008;12:407-15.

Ana Isabel Morales García<sup>a,\*</sup>, María Dolores Arenas Jiménez<sup>b</sup>, Rafael José Esteban de la Rosa<sup>a</sup> y Rafael Fernández-Castillo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Granada-IBS de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Perpetuo Socorro de Alicante, Alicante, España

<sup>c</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amoralesg@senefro.org](mailto:amoralesg@senefro.org)  
(A.I. Morales García).

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.10.022>

## Grado de adherencia y conocimiento previo a la conciliación terapéutica en pacientes en diálisis peritoneal

### Degree of adherence and knowledge prior to medication reconciliation in patients on peritoneal dialysis

Sr. Director:

El empleo de medicamentos implica a pacientes y profesionales sanitarios, y puede dar lugar a errores con importantes repercusiones clínicas<sup>1</sup>. A estos errores contribuyen la pluri-patología, la polimedicación, la fragmentación del sistema de salud (con múltiples médicos prescriptores sin registro único de salud), así como al desconocimiento del tratamiento por parte del paciente, familiares o cuidadores. Para disminuir estos errores de medicación se han propuesto varios procesos entre los que se incluyen la conciliación de la medicación (crear lista de medicación exacta que recoja todos los fármacos que el paciente toma), revisión del tratamiento (evaluar la lista para adecuación, efectividad, seguridad y conveniencia en conjunción con el estado de salud del paciente) y manejo individualizado de la terapia (comprobando adherencia, conocimiento de fármacos y lista de medicación «en la cartera»). La conciliación terapéutica debería ser realizada por un grupo multidisciplinar (médicos, enfermeros, farmacéuticos), en todos los pacientes, incluyendo todos los medicamentos y en todos los procesos asistenciales (hospitalarios y ambulatorios). Dado que es un proceso costoso, se han priorizado pacientes crónicos polimedificados y pluripatológicos, generalmente en transición asistencial y para grupos de fármacos implicados con mayor frecuencia en reacciones

adversas (con preferencia aquellos que deben ser conciliados en las primeras 4 h del ingreso, primeras 24 h, fármacos de estrecho margen terapéutico, y con múltiples interacciones y alto riesgo)<sup>2,3</sup>. Dado que los pacientes en diálisis pertenecen al grupo de alto riesgo de presentar estos problemas, hemos realizado un estudio para conocer los fármacos que se prescriben en nuestra unidad, así como la adherencia y conocimiento de la medicación por parte de los pacientes y/o cuidadores como punto de partida para la conciliación<sup>4-7</sup>.

Hemos realizado un estudio observacional, prospectivo sobre una cohorte de pacientes en diálisis peritoneal desde febrero a mayo del 2015. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo en diálisis, condiciones comórbidas (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial), número de fármacos, número de pastillas al día, tipo de medicación (fármacos que precisan conciliación en las primeras 4 h de ingreso hospitalario, 24 h, estrecho margen terapéutico, múltiples interacciones y alto riesgo) y número de médicos prescriptores. La adherencia se calculó mediante el cuestionario de Morisky-Green<sup>8</sup> y el conocimiento mediante la escala de valoración de habilidad y conocimiento (adaptación de 2 escalas DRUGS y Med-Take)<sup>9</sup>. El análisis estadístico se llevó a cabo con el *software* SPSS<sup>®</sup> versión 15.0.

Se incluyeron 17 pacientes, 4 mujeres (23,8%) con una edad media de 65,29 años (47-86), tiempo en diálisis 38,7 meses