

brote lúpico en abril de 2017. ERC G3b-4A3, EPOC con múltiples ingresos por infecciones respiratorias, hipotiroidismo, urticaria crónica y enfermedad diverticular severa con tres diverticulitis, la última en 2014 complicada, precisando colectomía subtotal.

Ingresa en el servicio de Digestivo en agosto de 2017 por rectorragia y anemia severa (Hb 5,4 g/dl) con agudización de su ERC de base. Precisa transfusión de hematíes (8), con cese espontáneo de sangrado. Colonoscopia con abundante sangre y coágulos, sin evidencia de sangrado activo. No se realizó estudio digestivo alto. Se nos solicita traslado al presentar síndrome febril con evolución tórpida, tratada empíricamente con ceftriaxona y amoxicilina-clavulánico.

Se aísla *Enterococcus faecium* en sangre y orina, asociándose teicoplanina con mala evolución, por lo que se modifica cobertura con vancomicina, ceftazidima y fluconazol.

Coprocultivo con detección de *Strongyloides stercoralis*, y dada la evolución clínica, se sospecha de enfermedad diseminada, por lo que se solicita estudio de parásitos en esputo, visualizándose múltiples larvas. Se decide tratamiento con ivermectina con negativización de coprocultivo. Mejoría parcial con deterioro del nivel de consciencia y fiebre. Se realiza PL, compatible con meningitis, y cultivo positivo para *Enterococcus faecium* y CMV. Se asocia ganciclovir y se mantienen niveles valle de vancomicina > 15 µg/ml con evolución satisfactoria.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.025>

### Puesta en marcha de un programa de tratamiento de insuficiencia cardíaca refractaria con diálisis peritoneal

Beatriz Millán Díaz<sup>1</sup>, Lourdes González Tabarés<sup>2</sup>, Carmen Cobelo Casas<sup>2</sup>, Jesús Calviño Varela<sup>1,2,3</sup>, Secundino Cigarrán Guldriés<sup>3</sup>, Cristina Pedrosa Fraga<sup>2</sup>, Héctor Guerrero Sande<sup>2</sup>, José Manuel Cerqueiro González<sup>2</sup>, Emilio Casariego<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario Universitario Ourense, Ourense, España

<sup>2</sup> Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

<sup>3</sup> Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca refractaria (ICR) es un problema de salud creciente con elevada morbimortalidad. La mayoría presentan enfermedad renal crónica (ERC), lo que incrementa la estancia hospitalaria, la asistencia a urgencias y la necesidad de tratamientos ambulatorios en los hospitales de día. El síndrome cardiorrenal en su fase más avanzada asocia resistencia a diuréticos, por lo que hace necesaria la búsqueda de alternativas terapéuticas.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de la diálisis peritoneal (DP) en el tratamiento de ICR en cuanto a calidad de vida, hospitalización y mortalidad.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con ICR incluidos en el programa de DP entre enero de 2014 y abril de 2018. Se analizó la mejoría en la calidad de vida, asistencias al hospital, mortalidad y seguridad.

**Resultados:** Once pacientes (9 varones) con ICR se incluyeron en programa de DP. La edad media fue de 81,8 años al inicio. Las causas de ICR fueron: 7 cardiopatía isquémica, 2 miocardiopatía dilatada y 2 cardiopatía valvular. Todos pre-

sentaban ERC con estadios desde 3b hasta 5 (ninguno en diálisis) y 6 eran diabéticos. Los pacientes precisaron asistencia médica mediante ingreso hospitalario, asistencia a urgencias o tratamientos intravenosos en los hospitales de día por insuficiencia cardíaca en el año previo al inicio de DP, una mediana de 29,36 (4-62) días al año. Los 11 pacientes incluidos en el programa destacaron la mejoría en su calidad de vida. Solo un paciente falleció, por edema agudo de pulmón, en el contexto de transgresión hídrica y posible mal candidato a esta técnica. Cuatro pacientes fallecieron por deterioro progresivo tras 13,5 meses de media de permanencia en DP (0, 6, 23 y 24 meses). Un paciente falleció tras fractura de cadera. Cinco pacientes continúan en programa de DP con tiempo medio de seguimiento de 21,91 meses (4-82,5). Tres presentaron episodios de peritonitis secundarias a DP que se resolvieron satisfactoriamente. Dos precisaron ingreso hospitalario por agudización de IC, con 8 días de media de ingreso, y uno precisó asistencia en urgencias. Ninguno precisó rescate de diuréticos intravenosos, paracentesis ni toracocentesis terapéuticas. Ningún paciente falleció por causas derivadas de DP.

**Conclusiones:** La DP mejora el control de la sobrecarga de volumen, disminuye las hospitalizaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes. La adaptación a la técnica es buena, con escasas complicaciones.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.026>

### Protocolo de monitorización de accesos vasculares, experiencia inicial

Delfina Yetman Almiron, Jeanette Fernández Cusicanqui, José Sobrado Eijan

FRIAT-Os Carballos, Vigo, Pontevedra, España

**Introducción:** El funcionamiento adecuado del acceso vascular es imprescindible para una hemodiálisis correcta, considerándose como acceso ideal la fístula arteriovenosa nativa. Es de vital importancia para su supervivencia funcional realizar un seguimiento eficiente, detectar y corregir anticipadamente las disfunciones. De acuerdo con las nuevas guías de acceso vascular, se instituyó un protocolo de monitorización en la unidad de diálisis utilizando métodos de primera y segunda generación.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del nuevo protocolo de monitorización de accesos vasculares nativos.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 9 meses de duración. Inclusión de 58 casos (FAV nativas). Monitorización: métodos de primera generación (examen clínico, presiones dinámicas e incidencias en sesiones, situación basal automatizada nefrosoft [medias presión venosa-arterial-kt con generación de alertas con 3 mediciones sucesivas fuera de rango]); de segunda generación: Nephroflow (flujo y recirculado). Realización de ecografía/fistulografía y tratamiento si se dan alteraciones en mediciones por dichos métodos.

**Resultados:** Datos demográficos. FAV: 74% sexo masculino, edad media 65,4 años, diabetes 29%. Distales 60%. Localización izquierda 77%. Radiocefálica 97% de distales y humerocefálica 90,5% de proximales.

## 1. General por trimestre:

Global	Meses	Flujo 1.º	Recirc 1.º	Flujo 2.º	Recirc 2.º	Flujo 3.º	Recirc 3.º
Media	70	1.026	4	1.062	2	1.133	3
Mediana	53	793	0	820	0	875	0
n	53	49	51	52	53	52	52

## 2. Según alteraciones en sesiones (presión venosa-bajo flujo-kt-otros) y alertas:

Trimest.	FAV	FLUJOnephr	RECIRC.neph	Alertas	Meses uso
1.º	C/alterac.sesiones	550,8	2,7	17	82,4
	S/alterac.sesiones	1.167,6	3,5	13	68,5
2.º	C/alterac.sesiones	700,8	2,4	25	99
	S/alterac.sesiones	1.127,3	2,2	16	65
3.º	C/alterac.sesiones	619	8	14	97
	S/alterac.sesiones	1.164,9	2,4	3	67

## 3. Resumen:

	1.º trimestre	2.º trimestre	3.º trimestre
FAV evaluadas	52	53	52
FAVdisfuncionantes	11	8	4
N.º alertas total	30	41	17
P. ven. aumentada	3	2	2
QB disminuido	3	5	1
KT disminuido	4	0	0
Otros	1	1	1
Trombosis	1	0	1
ACTP	5	2	3
Nuevo acceso	1	1	1

**Conclusiones:** Las FAV con disfunción detectada por métodos de primera generación presentaron, con nivel de significación estadística ( $p=0,05$ ), menor flujo medido mediante Nephroflow, mayor frecuencia de alertas en situación basal y mayor tiempo de uso. No se hallaron diferencias respecto al recirculado entre accesos disfuncionantes y normofuncionantes. Los resultados combinados permiten la intervención anticipada sobre los accesos con disminución en número de trombosis definitiva o la planificación de nuevos accesos cuando se requiera. Esta experiencia inicial requiere mayor tiempo de seguimiento que confirme los hallazgos.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.027>

#### Identificado un nuevo caso de hipersensibilidad a membranas sintéticas de hemodiálisis tras inicio de tratamiento con IECA

Marta Pais Seijas, Anabertha del Valle Narváez Benítez, Manuel Fidalgo Díaz, Suleyka Puello Martínez, Nisrine Arhda, Shark Iyad Abuward Abu, Cándido Díaz Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Las reacciones de hipersensibilidad que aparecen durante la hemodiálisis son bien conocidas desde 1975 y se han publicado numerosos artículos en los que se comunican diferentes casos atribuidos a diversos componentes del equipo, entre los que destacan las membranas del dializador (heparina, hierro i.v., látex, esterilización con óxido de etileno...). Podemos así diferenciar dos tipos de reacciones tras la exposición a sustancias presentes en el circuito extracorpóreo y/o por la interacción entre la sangre y la membrana del dializador:

- Tipo A. Respuestas inmunoalérgicas que aparecen en los primeros minutos de la sesión, atribuidas a diferentes com-