

4. Ruggenenti P, Perna A, Ghezardi G, Benini R, Remuzzi G. Chronic proteinuric nephropathies. Outcomes and response to treatment in a prospective cohort of 352 patients with different patterns of renal injury. *Am J Kidney Dis* 2000;35(6):1155-65.

Raquel Blanco-García¹, Juan J. Bravo-López², Mercedes Moreiras-plaza¹, Walfred Nájera-de la Garza¹, Cynthia Cossio-Annibar¹, Laura Beato-Coo¹, Gloria Rodríguez-Goyanes¹

¹ Servicio de Nefrología.

Hospital Xeral de Vigo. Vigo, Pontevedra

² Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario Lucus Agustí. Lugo

Correspondencia: Raquel Blanco García
Servicio de Nefrología.

Hospital Xeral de Vigo, Vigo, Pontevedra.

Falta e-mail

Monitorización en hemodiálisis en el Hospital de Cabueñes

Nefrología 2012;32(3):402-3

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Mar.11397

Sr. Director:

En el año 2007, el Grupo de Gestión de Calidad de la Sociedad Española de Nefrología propuso un sistema de monitorización en hemodiálisis con el objetivo de buscar su implantación generalizada¹, en consonancia con las Guías KDOQI²⁻⁵ de años anteriores. En este sentido, hemos registrado los datos en nuestra Unidad, que atiende a unos 300.000 habitantes, descontando un 50% que se dializan en la Cruz Roja; hablamos, pues, de unas 150.000 personas.

Se incluyeron todos los pacientes que se dializaron en nuestro hospital durante el año 2011. En total, suman 77; de ellos, 31 se incorporaron en el transcurso del año, siendo la prevalencia a final del período de 47. El promedio de edad fue de 68,07 años, con un 69% de varones, se utilizó hemodiálisis convencional mayoritariamente

con filtros biocompatibles. La distribución de enfermedades renales se corresponde con los datos que suelen mencionarse en registros habituales, con una mayor frecuencia de nefroangioesclerosis, nefropatía diabética y no filiada, en similar porcentaje. Se analizaron indicadores globales y biológicos habituales en relación con la adecuación de diálisis, anemia, ferrocínica, osteodistrofia renal, etc. Finalmente, señalamos algunas características de los fallecidos, debido a la homogeneidad de éstas.

La prevalencia del período 2011 se presenta en la tabla adjunta (tabla 1).

El porcentaje de diabéticos fue del 30% tanto en prevalentes como en incidentes, con índice de Charlson > 7 en 36%. Solamente en 3 casos la diálisis se realizaba más de 3 días por semana y en ningún caso se contabilizaron menos de 3 sesiones semanales. La mortalidad bruta se situó en 11,68%, con un número de ingresos y de días de permanencia en hospital asumibles a lo esperable. Observamos en el aspecto positivo varios hechos: en primer lugar, el buen rendimiento de los catéteres permanentes, con Kt/V (1,37)⁶ (tabla 2) superponibles a la fístulas y tasa de infecciones muy baja (1 bacteriemia en 22 catéteres permanentes al menos con 3 meses de permanencia). Los parámetros de osteodistrofia renal fueron aceptables^{7,8}, con $p < 55$ en el 70%, producto $Ca \times P < 55$ en el 73% y paratohormona (PTH) <300 en el 70%. En ningún caso $PTH > 800 + Ca \times P > 55$, obviándose la paratiroidectomía. Tanto los indicadores de agua tratada, como los parámetros de

vacunación se cumplieron sin excepción⁹. Puede considerarse satisfactorio que el 80% de los pacientes que iniciaban diálisis provenían de la consulta especializada, con un 20% de urgencias (pericarditis, coma urémico, etc., en más de un caso en pacientes que abandonaron la consulta). En el lado negativo, resultó inalcanzable conseguir un nivel de Hb adecuado (11-13 g/dl) en el 90%, como se sugiere en las guías; en nuestra serie solamente se alcanzó al 55%. En segundo lugar, y pese a existir consulta de insuficiencia renal prediálisis, en la primera sesión fue necesario insertar algún catéter en cerca del 50% de los pacientes, no siempre debido a falta de acceso vascular, sino al escaso rendimiento del ya realizado en una población envejecida. Tampoco se cumplieron los criterios de relación fístulas/catéteres, ya que ésta se situó en 3/1.

Lo más llamativo fueron aquellos aspectos que se alejaban un poco de los propósitos de la guías: la mortalidad siempre se produjo en mayores de 80 años (media: 85 años); salvo en un caso, ninguno era respondedor a la vacunación; en más de la mitad de los casos el fallecimiento se debió a salida del programa días o semanas antes del óbito, no alargando situaciones involutivas sin remedio. No obstante, el promedio de estancia en hemodiálisis de estos pacientes que fallecieron fue de 21 meses, lo que a nuestro juicio debe tenerse en cuenta a la hora de valorar edades de inclusión en programa.

El número de urgencias inesperadas a cualquier hora del día fue nulo en enfermos en programa, con dos casos en pa-

Tabla 1. Prevalencia del período 2011

Prevalentes a 31-12-2011	47	61,0%
Trasladados a Cruz Roja	11	14,3%
Trasladados a CAPD	3	3,9%
Trasplantados	7	9,1%
Fallecidos	9	11,7%
N.º total prevalentes	77	100%

CAPD: xxx.

Tabla 2. Acceso vascular y Kt/V

Acceso vascular	N.º	Porcentaje	Kt/V
Fístula arteriovenosa	52	67,53%	1,37
Catéter	25	32,46%	1,38

cientes prediálisis (edema pulmonar) y cuatro casos en pacientes desconocidos de verdadera urgencia vital.

Resumiendo, con el ánimo de explicar los hechos favorables y no disculpar los desfavorables, concluimos: primero, en nuestra experiencia el buen resultado de los catéteres permanentes se debe a la posibilidad de disponer de autonomía plena en nuestra Sección en la inserción, retirada, recambio y elección de éstos, con nuestro eterno agradecimiento por sus enseñanzas al Dr. Forascepi; no hay nada como «sufrir» con el paciente para hacer las cosas mejor. Segundo, las escasas urgencias de diálisis en prevalentes tienen mucho que ver con la derivación de pacientes cardiológicamente inestables a diálisis peritoneal (inapreciable colaboración del Hospital Central de Asturias), y en algún caso a implantar diálisis programadas supletorias. Tercero, evitar la prolongación innecesaria en determinados pacientes con mínima calidad y esperanza de vida es algo obvio y de sentido común, y evita innecesarios sufrimientos, problemas de conciencia, etc., a familiares tantas veces desbordados. En nuestra opinión, el paciente senil con aceptable calidad de vida debe ser incluido en esta terapia. Hemos de me-

jorar en muchas cosas, pero no se puede fallar en lo más humanamente cercano al enfermo.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

- López Revuelta K, Barril G, Caramelo C, Delgado R, García López F, García Valdecasas J, et al. Desarrollo de un sistema de monitorización clínica para hemodiálisis: propuesta de indicadores del Grupo de Gestión de Calidad de la SEN. *Nefrología* 2007;27:542-58.
- Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group. Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *Am J Kidney Dis* 2006;48 Suppl 1:S2-90.
- Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group. Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *Am J Kidney Dis* 2006;48 Suppl 1:S2-90.
- KDOQI; National Kidney Foundation. Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease in adults. *Am J Kidney Dis* 2006;47 (5 Suppl 3):S11-145.
- Vascular Access 2006 Work Group. Clinical practice guidelines for vascular access. *Am J Kidney Dis* 2006;48 Suppl 1:S176-247.

- Daugirdas JT. Second generation logarithmic estimates of single-pool variable volume Kt/V: an analysis of error. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:1205-13.
- Torregrosa JV, Bover Sanjuán J, Cannata Andía J. Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2011;31 Supl 1:3-32.
- Moe SM, Drüeke RB, Block GA, et Al. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Disease: Improving global outcomes (KDIGO). CKD-MBD Work Group. Kidney Int Suppl* 2009; (113):S1-130.
- Barril G, González Parra E, Alcázar R. Guías sobre enfermedades víricas en hemodiálisis (HD). *Nefrología* 2004;24 Supl 2:43-66.

Ana Suárez-Laurés¹, Luis Quiñones-Ortiz¹, Miguel de la Torre-Fernández¹, Adolfo Torres-Lacalle¹, Montse de Pablos-Pablo¹, Susana Puccini², Ramón Forascepi-Roza¹

¹ Sección de Nefrología. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.

² In memoriam.

Correspondencia: Luis Quiñones Ortiz
Sección de Nefrología.
Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias.
luysquiao@hotmail.com
anaslaures@gmail.com

C) CASOS CLÍNICOS BREVES

Acidosis metabólica inducida por topiramato: a propósito de un caso

Nefrología 2012;32(3):403-4

doi:10.3265/Nefrología.pre2011.Dec.11308

Sr. Director:

Varón de 75 años, hipertenso, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

diagnosticado de trastorno delirante crónico y trastorno mixto de la personalidad, y de epilepsia parcial secundaria a un hematoma parietal izquierdo desde hace años; seguía tratamiento con topiramato, levetiracetam, quetiapina, sertralina, clobazam y broncodilatadores. Consultó por cuadro de infección respiratoria y deterioro funcional asociado consistente en apatía, somnolencia y períodos de agresividad. A la exploración el paciente estaba afebril,

desorientado, con lenguaje farfullante y tendencia al sueño, pero sin focalidad motora aparente. Presentaba cierta taquipnea superficial, roncus dispersos y crepitantes en la base izquierda, con imagen radiológica sugerente de bronquiectasias sobreinfectadas. Se realizó una analítica donde destacaba leve elevación del cloro (114 mEq/l), con función renal y resto de iones normales (sodio: 138 mEq/l; potasio: 4,2 mEq/l), y una gasometría arterial basal compatible con acidosis metabólica