

321 ¿ANTICUERPOS AISLADOS FRENTE AL CORE (Ac-HBc) O INFECCIÓN OCULTA POR VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB) EN PACIENTES EN DIÁLISIS?

P. DE SEQUERA¹, M. ALBALADE¹, R. PÉREZ GARCÍA¹, MT. JALDO², E. CORCHETE¹, M. ORTEGA GÓMEZ¹, M. PUERTA¹, C. RUIZ CARO¹, R. ALCÁZAR¹
¹NEFROLOGÍA. H.U. INFANTA LEONOR (MADRID), ²NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (JAÉN)

Introducción: No se conoce el significado de la presencia de Ac HbC aislado, pero en este grupo es más frecuente la aparición del VHB oculto. Conocer el significado de este patrón serológico en los pacientes en diálisis es muy relevante por la posibilidad de transmisión nosocomial del VHB en las unidades de diálisis y la eventual reactivación de una infección oculta por la inmunosupresión tras el trasplante renal.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de Ac-HBc aislado en pacientes en diálisis y su importancia clínica.

Pacientes y métodos: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes adultos atendidos en nuestra unidad de diálisis (HD ó DP) durante 5 años. Se revisaron todos los análisis en los que se habían extraído simultáneamente: aminotransferasas (ALAT, ASAT, GGT), serología (Ac VHC, Ag HBs, Ac HBc, Ac HBs) por inmunoensayo y ADNHBV mediante PCR.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes en diálisis: 182 (92,9%) HD y 14 (7,1%) DP. La edad media: 66 ± 16 [19-93], 123 (62,8%) M 73 (37,2%) H. Tiempo medio diálisis: 52(23)[2-135] meses. La tabla muestra los diferentes estatus serológicos y su relación con las transaminasas. La prevalencia del patrón estudiado (Ac HbC aislado): 11,6% (11,5%HD, 14,3%DP). El ADNHBV se analizó en 17 pacientes con Ac HbC aislado, en todos negativo.

En 7/23(30,4%) pacientes la seroteca histórica mostró Ac HBs positivos, si bien a título bajo, y la pérdida posterior de los mismos.

El patrón Ac HbC aislado se correlacionó con la edad y el tiempo en diálisis (p<0.001), pero no con la presencia de Ac VHC (p=0.73).

Conclusión: El Ac HbC aislado es bastante prevalente en diálisis. No hemos encontrado ADNHBV ni cambios en el patrón de aminotransferasas. Se correlacionó con la edad y el tiempo en diálisis. Los datos encontrados apoyan la hipótesis de pérdida de Ac HBs con el tiempo y la progresión de la ERC. Una posible explicación sería la alteración inmunitaria que acompaña a la ERC.

■ Tabla. Diferentes estatus serológicos y su relación con las transaminasas

	Ac VHC+/- 21/196 (10,7%)	Ac HBc- Ac HBs- 97/196 (49,5%)	Ac HBc+ Ac HBs- 23/196 (11,6%)	Ac HBc+ Ac HBs+ 34/196 (17,3%)	Ac HBc- Ac HBs+ 42/196 (21,4%)
ASAT U/L	17(8)/27(11)	18(9)/19(9)	18(9)/19(9)	18(9)/19(10)	19(9)/17(9)
ALAT U/L	18(15)/26(13)	18(12)/19(15)	18(15)/19(15)	19(16)/15(6)	18(15)/20(14)
GGT U/L	54(71)/54(75) *	55(68)/53(74)	51(69)/80(79)	54(71)/53(72)	57(74)/43(56)
P	0.000 *NS	NS	NS	NS	NS

322 C-SURFER: GRAZOPREVR PLUS ELBASVIR IN TREATMENT-NAIVE AND TREATMENT-EXPERIENCED PATIENTS WITH HEPATITIS C VIRUS GENOTYPE 1 INFECTION AND CHRONIC KIDNEY DISEASE

M. LONDOÑO¹, D. ROTH², W. GREAVE³

¹LIVER UNIT. H. CLÍNICA (BARCELONA), ²DIVISION OF NEPHROLOGY AND HYPERTENSION. UNIVERSITY OF MIAMI MILLER SCHOOL OF MEDICINE ((USA)), ³MEDICAL DEPARTMENT. MERCK & CO, INC

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

C-SURFER study team

Introducción: HCV infection in patients with chronic kidney disease stages 4 and 5 (CKD 4/5, CrCl<30mL/min and/or dialysis-dependance) is associated with an increased risk of death and kidney transplant failure. HCV-infected patients with CKD4/5 have limited HCV treatment options. Ribavirin-containing regimens are poorly tolerated, and other treatments rely on renal clearance so are unsuitable. In a Phase 2 trial, grazoprevir (GZR; NS3/4A protease inhibitor) and elbasvir (EBV; NS5A inhibitor) was highly efficacious in treating genotype 1 (G1) infection. Both GZR and EBV are cleared by the liver. We conducted a Phase 3 trial of GZR/EBV in HCV G1-infected patients with CKD4/5.

Materials and Methods: 224 HCV G1-infected patients with CKD4/5 were randomized to immediate treatment with GZR 100 mg/EBV 50 mg once-daily for 12 weeks or deferred treatment (placebo then active dosing). An open-label GZR/EBV arm was also included in which 11 patients underwent intensive pharmacokinetic (PK) sampling. The primary end point was sustained virological response at follow-up week (FUW) 12 (SVR12; COBAS TaqMan v2.0 [LoQ 15 IU/mL]). The modified full analysis set (mFAS) population (patients in the immediate and PK arms who received at least 1 dose of the study drug, excluding those who died or discontinued for reasons unrelated to study drug) was used for the primary efficacy analysis. Safety was evaluated in the randomized GZR/EBV arm and the placebo phase of the deferred arm.

Results: 235 patients received at least 1 dose of the study drug (immediate, n=111; PK, n=11; deferred, n=113): 52% had G1a infection, 80% were HCV-treatment-naive, 6% were cirrhotic, 73% were male; 46% were African American, 34% had diabetes, 19% had CKD4, 81% had CKD5, and 76% were on hemodialysis. 6/122(4.9%) patients in the GZR/EBV arms discontinued prior to FUW12 and were excluded from the mFAS population (vs. 6/113 [5.3%] in the deferred [placebo] arm). SVR12 was achieved in 115/116 (99%, 95%CI 95.3, 100.0) patients in the active arms: 1 non-cirrhotic patient with G1b infection and CKD5 relapsed at FUW12. Serious AEs occurred in 16(13%) and 18(16%) patients in the GZR/EBV and deferred arms, respectively. 0% and 4% of the patients in the active and placebo groups, respectively, discontinued therapy due to an AE. The most common AEs in the active arms were headache, nausea and fatigue.

Conclusion: Once-daily GZR/EBV for 12 weeks was highly effective and generally well tolerated in patients with HCV G1 infection and advanced CKD

323 EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B CON FENDRIX® EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS.

J. RUIZ CRIADO¹, J.C. DE LA FLOR MERINO¹, FM. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ¹, R. FERNÁNDEZ SANTOS², A. GASCÓN MARIÑO³, MP. NAVARRO BURRIEL³
¹NEFROLOGÍA. H. OBISPO POLANCO (TERUEL), ²PREVENTIVA. H. OBISPO POLANCO (TERUEL), ³NEFROLOGÍA (DUE). H. OBISPO POLANCO (TERUEL)

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis presentan una menor inmunogenicidad frente a la vacuna de la hepatitis B que los adultos inmunocompetentes. La pauta de vacunación varía según el centro, alcanzando una seroprotección de aproximadamente un 64% con pautas de 3 dosis y un 86% con 4 dosis. En nuestra hospital en Marzo 2013 se inició el uso de una vacuna adyuvada con AS04C (Fendrix®) con una pauta de 4 dosis (0,1, 2 y 6 meses). Esta vacuna autorizada en España desde 2005 para pacientes en prediálisis y hemodiálisis favorece una mayor respuesta y mantenimiento de la seroprotección (anti-HBsAg > 10 mIU/ml) respecto a las vacunas convencionales.

Objetivo: Analizar la respuesta a la vacunación con Fendrix frente a la hepatitis B en los pacientes prevalentes en nuestra unidad de diálisis desde el primer trimestre del 2013.

Material y métodos: Se han incluido pacientes prevalentes en tratamiento renal sustitutivo vacunados con Fendrix® con un régimen de 4 dosis. Los anti-HBsAg se analizaron 2 meses después de la última dosis de vacuna. Además se han determinado los datos demográficos y los principales factores de mala respuesta (edad, diabetes, malnutrición y calidad de la diálisis) para valorar su repercusión sobre la respuesta inmunogénica.

Resultados: Durante este periodo se han vacunado 25 pacientes con una edad media de 71.6 años (±14), 72 % hombres y 28 % mujeres. El Índice de Charlson medio fue de 8.2 (± 3.3). Un 52 % eran diabéticos. Un 93 % fueron respondedores (anti-HBsAg > 10 mIU/L), con una mediana de anti-HBsAg de 87 mIU/L (min 3.2 y máx 895). Un 7 % no presentaron respuesta. De los pacientes respondedores un 44 % presentó una titulación de anti-HBsAg > 100 mIU/L y un 56 % < 100 mIU/L. Todos los pacientes respondedores han mantenido unos títulos de anti-HBsAg > 10 mIU/L hasta el momento actual. Los pacientes no respondedores presentaban mayor edad (media 86.5 años) y comorbilidad (I. Charlson media 10.5), sin encontrarse diferencias en el porcentaje de diabéticos, el perfil nutricional ni la calidad de diálisis.

Conclusión: La pauta de 4 dosis con la vacuna Fendrix® en nuestros pacientes en hemodiálisis es muy eficaz, consiguiendo una elevada inmunogenicidad (mayor del 90%) y un mayor mantenimiento de la seroprotección, a pesar de presentar múltiples factores de mala respuesta.

324 SUPERVIVENCIA TÉCNICA EN HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

MF. SLON ROBLERO¹, I. CASTELLANO CERVIÑO², A. PÉREZ ALBA³, MA. BAJO⁴

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO (NAVARRA), ²NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES), ³NEFROLOGÍA. H. GENERAL (CASTELLÓN), ⁴NEFROLOGÍA. H.U. LA PAZ (MADRID)

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

APOYO Y PROMOCIÓN DE LA HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA EN ESPAÑA

Introducción: La hemodiálisis domiciliaria (HDD) ha resurgido con fuerza en la última década a nivel internacional. Describimos la experiencia acumulada de 4 centros españoles en términos de supervivencia de la técnica.

Material y métodos: Datos de 57 pacientes incidentes en HDD en el periodo 22/03/2006 al 31/03/2015 (3248 días). Se incluyeron edad, sexo, ocupación del paciente, nivel de estudios, distancia al centro, Hospital de procedencia, causa de enfermedad renal crónica, régimen dialítico previo, índice de Charlson, D. Mellitus y formato de entrenamiento. El principal objetivo analizado fue el de fallo en la técnica (compuesto muerte-salida de programa).

Resultados: La media de edad fue de 56,95 (rango intercuantil 49,5-67,5), 68,4% hombres, 52% mantuvieron actividad laboral, índice Charlson 3,77 (rango intercuantil 3-5), 17,5% diabéticos. Se produjeron 6 muertes y 10 salidas de programa durante el periodo de estudio, 4 de las salidas fueron durante el entrenamiento. Considerando el evento primario (muerte-salida de programa) la supervivencia en las curvas de Kaplan-Meier fue 79,01% al año, 75,98% a los 2 años y 55,09% a los 5 años para todo el periodo de estudio (entrenamiento+estancia en casa), considerando únicamente la salida de programa la supervivencia de la técnica fue del 82,32% al año, 82,32% a los 2 años y 73,17% a los 5 años. Al considerar sólo el periodo en casa para el evento primario (muerte-salida programa) la supervivencia fue 85,55% al año, 82,26% a los 2 años y 59,67% a los 5 años y tras censurar el evento muerte (considerando sólo salida de programa), la supervivencia de la técnica fue 89,13% al año, 89,13% a los 2 años y 77,99% a los 5 años. En el modelo univariante de Cox sólo la edad y el índice de Charlson no corregido fueron estadísticamente significativos, tras aplicar el modelo multivariante únicamente la edad se mantuvo con un hazard ratio 1,056 (1,010-1,105), siendo el hazard ratio para el modelo multivariante cuando consideramos el grupo de edad superior a 65 años de 4,309 (1,506-12,326), en relación al evento primario suma de periodo de entrenamiento y estancia en casa.

Conclusión: La HDD presenta buenos resultados en términos de supervivencia técnica, incluso ampliando criterios de selección, considerándose el periodo de entrenamiento como un momento de susceptibilidad y la edad y morbilidad como dos factores de riesgo de fracaso del programa.

325 EFECTO DE LA ELECTROESTIMULACIÓN NEUROMUSCULAR SOBRE LA FUERZA MUSCULAR, CAPACIDAD FUNCIONAL Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

V. ESTEVE¹, J. CARNEIRO¹, F. MORENO GUZMÁN¹, M. FULQUET¹, V. DUARTE¹, M. POU¹, A. SAURINA¹, I. TAPIA¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO¹
¹NEFROLOGÍA. H. TERRASSA. CONSORCI SANITARI TERRASSA (TERRASSA)

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis (HD) se caracterizan por una gran pérdida muscular y deteriorada condición física. Recientemente, la electroestimulación neuromuscular (EMS) constituye una novedosa alternativa terapéutica para mejorar la condición física de éstos pacientes. Hasta la fecha actual, no existen estudios publicados en relación al papel de la EMS sobre la composición corporal de los pacientes en HD.

Objetivo: Analizar el efecto de un programa de EMS sobre la fuerza muscular, capacidad funcional, parámetros nutricionales y composición corporal en nuestros pacientes en HD.

Material y métodos: Estudio prospectivo unicéntrico (12 semanas). Los pacientes fueron asignados a grupo electroestimulación (EMS) o control (C). Grupo EMS incluía un programa de electroestimulación cuadricepsal intradiálisis (CompexO Theta 500i). Grupo C recibía el cuidado habitual HD. Analizamos: 1.- Parámetros nutricionales (Albúmina, prealbúmina, triglicéridos, colesterol total y fracciones, ferritina y Proteína C Reactiva). 2.- Datos musculares: Fuerza extensión máxima cuadriceps (FEMQ) y "handgrip" (HG) brazo dominante. 3.- Test funcionales: "Sit to stand to sit" (STS10) y "six-minutes walking test" (6MWT). 4.- Composición corporal mediante bioimpedancia eléctrica (BIA).

Resultados: 20 pacientes incluidos: 55% hombres. Edad media 67.7 años y 30.3 meses en HD. Charlson medio: 8.8. Principal etiología: DM (35%). 13 pacientes EMS, 7 grupo C. Al final del estudio, únicamente el grupo EMS presentó de forma global una mejoría en (*p<0.05): FEMQ* (11.7±7.1 vs 13.4±7.4 kg), STS10 (39.3±15.5 vs 35.8±13.7 seg), 6MWT* (9.9%, 293.2 vs 325.2 m). Del mismo modo, EMS presentó un aumento significativo del área muscular (AMQ*: 7.8±7.8 vs 12.5±4.3 cm²) y una disminución del área grasa (AGQ*: 22.9±9.4 vs 17.5±6.8 cm²) a nivel cuadricepsal. No se observaron cambios relevantes en el resto de datos de composición corporal (% grasa abdominal, peso graso, peso magro, agua corporal total), parámetros nutricionales y adecuación dialítica en ambos grupos al final del estudio.

Conclusiones: 1.- La electroestimulación neuromuscular intradiálisis mejoró la fuerza muscular, la capacidad funcional y la composición muscular del cuadriceps de nuestros pacientes en HD. 2.- Con los resultados obtenidos, la electroestimulación neuromuscular podría ser una nueva alternativa terapéutica para evitar la atrofia muscular y el deterioro progresivo de la condición física de éstos pacientes. 3.- No obstante, serían necesarios futuros estudios para establecer los potenciales efectos beneficiosos de la electroestimulación neuromuscular en los pacientes en HD.

326 GRADOS DE UTILIDAD Y SATISFACCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS SOBRE LIMITACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS EN HEMODIÁLISIS

A. RODRÍGUEZ JORNET¹, J. IBEAS¹, M. BOLOS CONTADOR¹

¹NEFROLOGÍA. CORPORACIÓN SANITARIA PARC TAULÍ (SABADELL)

Introducción: Existen evidencias que demuestran la utilidad de los documentos de voluntades anticipadas (DVA) realizados por personas mayores de 60 años, con riesgo de perder su capacidad decisoria. También existen en el contexto de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio V (IRCV). Hay publicaciones que demuestran la utilidad de cuestionarios sobre limitación de esfuerzos terapéuticos (LET), en pacientes tratados con hemodiálisis periódica (HDP). No existe ninguna publicación que demuestre el grado de utilidad y satisfacción de esos cuestionarios, para el enfermo o su entorno próximo.

Métodos: Revisión de los cuestionarios sobre LET, repartidos en la Unidad de HDP de un hospital, con área de influencia de 400.000 habitantes, para pacientes con IRCV, desde 1/06/2005 hasta 31/12/2014. Elección de los cuestionarios contestados de pacientes fallecidos en esos 115 meses, con separación de los cuestionarios de los enfermos fallecidos por retirada de diálisis, en ese período de tiempo. Encuesta telefónica a los familiares del paciente, fallecido meses antes, por retirada de diálisis, con el objetivo de intentar conocer el grado de satisfacción y utilidad del cuestionario, para ellos. Se realizan dos preguntas esenciales:

1) Utilidad y satisfacción percibidas sobre la existencia del cuestionario en el momento de la decisión de la LET, por el familiar/representante del paciente.

Escala 1 a 6.

2) Grado de satisfacción (o por el contrario, angustia) percibida por el representante en el enfermo, cuando contestó el cuestionario.

Escala 1 a 6.

Resultados: En 115 meses se reparten 414 cuestionarios: 140 pacientes/cuestionarios siguen vigentes; 75 no siguen control por el Servicio. 179 (43,2%) querían LET en caso de situaciones de muy mal pronóstico, 22 (5,3%) querían seguir siendo tratados con HDP en cualquier circunstancia, 161 pacientes (38,9%) rechazan contestar el cuestionario, y 52 (12,6%) afirman haberlo comentado en su entorno y haber escogido representante, pero prefieren no escribirlo. De los 199 pacientes fallecidos, 48 lo han sido por retirada de diálisis (24,1%). Los familiares encuestados de estos 48 pacientes fallecidos responden en un 73% de los casos con alto grado de satisfacción ante el cuestionario, resaltan su utilidad y falta de angustia para el enfermo.

Conclusiones: aunque sólo sigue definiéndose un 50% de la población en HDP acerca de la LET planteada en situaciones extremas, siguen siendo útiles para personal sanitario y familiares los cuestionarios que abordan estas situaciones: un 73% de los representantes que han tenido que enfrentarse a esas decisiones manifiestan su utilidad.

327 SURPRISE QUESTION EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

M. JIMÉNEZ HERRERO¹, S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN¹, S. POLANCO CANDELARIO¹, E. DAVIN¹, J.P. MARÍN¹, P.J. GÓMEZ LABRADOR¹, JM. SÁNCHEZ MONTALBÁN¹, I. CASTELLANO CERVIÑO¹, S. GALLEGO DOMÍNGUEZ¹, JR. GÓMEZ MARTINO ARROYO¹

¹NEFROLOGÍA. H.S. PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES)

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis se caracterizan por su avanzada edad, comorbilidades y una tasa de mortalidad mayor a la población general. De forma paralela aumenta la sensibilidad dentro de la Nefrología hacia la detección y establecimiento más precoz de cuidados paliativos; cuidados integrales en la mejora de calidad de vida y afrontamiento de toma de decisiones.

La "Surprise Question" ("¿Le sorprendería que este paciente falleciera en los próximos meses?") ha sido una herramienta útil en la detección de pacientes con peor pronóstico y, por tanto, susceptibles de cuidados concretos. Hasta hace poco únicamente había sido utilizada en pacientes oncológicos, no en patología crónica.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 01/01/14 a 01/01/15, con 49 pacientes de la unidad de HD Crónica de nuestro centro. Entre los criterios de inclusión destaca tratamiento en HD al menos 3M. Se realizó una encuesta al personal médico para clasificar a los pacientes en dos grupos: SI o NO como respuesta a la "Surprise". Hemos analizado su estatus (vivo/ muerto) a los 12 meses. Entre las variables analizadas se encuentran características demográficas, causa de ERC, tiempo en HD, Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), escalas de autovaloración de paciente (EuroCol) y variables analíticas y de adecuación a diálisis como Hb, Albúmina o Ktv.

Resultados: 20(40.8%) de los pacientes fueron clasificados en el grupo "NO". Comparándolos con los 29 pacientes del grupo "SI", éstos eran mayores (67.35±14.08 Vs 60.72±13.05), presentaban mayor ICC (7.8±1.8 Vs 5.8±2.3) y valores inferiores en escala de autovaloración. A los 12 M el 18% de los pacientes habían muerto, la mortalidad en el grupo "NO" fue del 35% mientras que en el grupo "SI" del 6,89%. El RR de muerte al año en el paciente del grupo "NO" fue 2,7 veces superior al de los pacientes del grupo "SI". Además la respuesta "NO" es predictora de mortalidad tanto en el análisis uni como multivariable

Conclusiones: La SQ es efectiva para la identificación de pacientes con mayor riesgo de mortalidad y por tanto más susceptibles de recibir cuidados y/o atenciones concretas al final de la vida.

328 REPERCUSIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

C. DI GIOIA¹, R. GACUENA², P. GALLAR¹, G. COBO¹, R. CAMACHO¹, Z. BARANYI¹, I. RODRÍGUEZ¹, O. ORTEGA¹, A. OLIET¹, A. VIGIL¹

¹NEFROLOGÍA. H. SEVERO OCHOA (LEGANÉS), ²CARDIOLOGÍA. H. SEVERO OCHOA (LEGANÉS)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en pacientes con ERC. La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es la manifestación más frecuente y está relacionada con la HTA y la sobrehidratación. **Objetivo:** Evaluar la relación entre el estado de hidratación y los parámetros ecocardiográficos en pacientes en hemodiálisis (PHD)

Métodos: Estudio transversal incluyendo 76 PHD. El estado de hidratación se evaluó mediante bioimpedancia (BIS) con Body Composition Monitor Fresenius, ecocardiografía transtorácica y analítica de sangre. La sobrehidratación promedio semanal (TAFO) fue calculada y acorde a estos valores los pacientes fueron divididos en 3 grupos: grupo A (TAFO <-0.25 L) o deshidratados (n=32, 42%); grupo B (TAFO -0.25 y 1.5) o normohidratados (n=26, 34%) y grupo C (TAFO > 1.5L) o hiperhidratados (n=18, 24%)

Resultados: TAFO y sobrehidratación normalizada (OH/ECW) fueron significativamente diferentes entre los grupos (p<0.001). No se encontraron diferencias en cuanto a edad, TAS y TAD, diabetes, tiempo en diálisis, hipotensión intradiálisis y tasa de ultrafiltración. El índice de volumen auricular izquierdo (IVAI) fue significativamente diferente entre los grupos [A: 27.0 (23.0-30.9); B: 33.7 (29.1-38.4); C: 36.3 (27.3-45.3) ml/m² p: 0.036]. 37 pacientes (51%) presentaron dilatación de la aurícula izquierda, siendo moderada en 11 (15%) y severa en 13 (18%). Se encontró una correlación significativa entre TAFO e IVAI (rho=0,29; p=0,013); pero no entre OH/ECW >15% e IVAI (rho=0,06; p= 0,61), a pesar de correlación interna significativa entre ambas mediciones (rho=0,46; p <0,0001). En un análisis multivariable, TAFO pero no OH / ECW > 15%, mantuvo una relación significativa con IVAI (p = 0,03) después de ajuste por posibles factores de confusión. La dilatación de la aurícula, definida como IVAI >29 ml/m², arrojó una sensibilidad moderada (67%) y especificidad (52 %) con buen valor predictivo negativo (86 %), para detección de sobrehidratación (TAFO > 1,5). El área bajo la curva fue 0,62 (IC95%: 0,48-0,76). Se encontró HVI en 74% pacientes (concéntrica 63%, excéntrica en 11%). No diferencias entre los grupos en cuanto a la presencia de HVI (p= 0,8), ni con el índice de masa ventricular izquierda (p=0,29)

Conclusiones: El IVAI pero no la hipertrofia o dimensiones de cavidades depende del estado de hidratación medido por TAFO. El crecimiento auricular tiene moderada sensibilidad y especificidad, pero un buen valor predictivo negativo, para la detección de sobrehidratación medida por TAFO.

Resúmenes

Hemodiálisis - Otros temas HD

329 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN HEMODIÁLISIS (HD) ¿HEMOS MEJORADO EN 10 AÑOS?

M. GARCÍA MENDOZA¹, C. VALDÉS², E. GAGO³, P. VIDAU³, C. DÍAZ CORTE³

¹GAP. AREA V (GIJÓN), ²NEFROLOGÍA. HUCA, ³NEFROLOGÍA. HUCA. FRIAT. REDINREN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un importante indicador de resultado en la evaluación de tratamientos. Las medidas de CVRS sirven para describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y para comparar la salud de diferentes grupos; son incluso predictoras de mortalidad. Los pacientes en hemodiálisis (HD) experimentan un deterioro de la CVRS por el propio impacto de la enfermedad expresando peor calidad de vida que la población general. La mejora de las técnicas de HD, el mejor control clínico de los pacientes, el manejo de los síntomas y la corrección de la anemia y los desequilibrios nutricionales han contribuido a mejorar la CVRS de los pacientes en los últimos años. El objetivo fue evaluar los cambios que se han producido en la CVRS de los pacientes en la última década.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal en el que se incluyeron los pacientes que habían permanecido al menos 3 meses en HD a fecha 1 de noviembre de 2014 en las unidades de nuestra área sanitaria. Se evaluó la CVRS mediante el cuestionario de salud SF-36, utilizando puntuaciones estandarizadas por edad y sexo, y el listado de síntomas del KDQ. Se recogieron también datos analíticos, sociodemográficos y el estado funcional medido con la escala de Karnofsky. Se establecieron comparaciones con una muestra similar de pacientes (en cuanto a edad, sexo y tiempo en HD) extraída de un estudio prospectivo llevado a cabo entre 2001 y 2004, que también evaluaba CVRS. Se utilizó la T Student para muestras independientes.

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes, 79 pacientes de la etapa 1 (2001-2004) y 66 pacientes de la etapa 2 (2014). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión funcionamiento social, siendo mejor la puntuación en los pacientes de la etapa 2 (-0,20±1,16 vs -0,85±1,84) que en la etapa 1 (p=0,012). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en el mismo sentido, en la PCS (puntuación sumaria física) 48,40± 12,14 en la etapa 2 vs 43,65±12,26 en la etapa 1 (p=0,021). Sin embargo la MCS (puntuación sumaria mental) fue mejor en los pacientes de la etapa 1 (49,65±11,20) que en los de la etapa 2 (44,86±9,61), p=0,006. No hubo diferencias en los síntomas del KDQ. EL nivel educativo y el nivel económico era mayor en la etapa 2.

Conclusiones: La CVRS de los pacientes en HD ha mejorado en los últimos 10 años en los aspectos físicos (PCS) pero ha empeorado en los aspectos mentales (MCS).

330 EXITUS EN HEMODIÁLISIS, RETIRADA DEL TRATAMIENTO.

A. LÓPEZ MONTES¹, M. MARTÍNEZ VILLAESCUSA¹, E. ANDRÉS MOMPEAN¹, M. MARTÍNEZ DÍAZ², D. DONATE ORTIZ², B. CABEZUELO RODRÍGUEZ¹, E. LÓPEZ RUBIO¹

¹NEFROLOGÍA. H. GENERAL (ALBACETE)

Actualmente la población prevalente en Hemodiálisis presenta una media de edad elevada y con una alta comorbilidad. Por ello, la retirada del tratamiento con hemodiálisis es una práctica clínica cada vez más habitual. El objetivo de este estudio es analizar los motivos de mortalidad actual en nuestra unidad de hemodiálisis y la población de pacientes en los que se decide discontinuar el tratamiento desde el año 2010 al 2014.

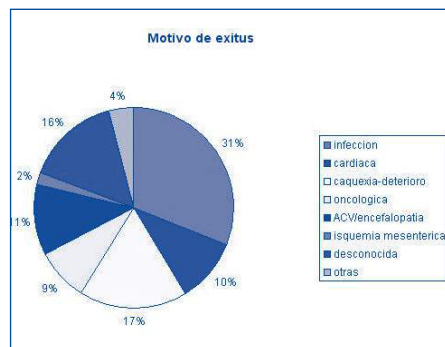
Métodos: Analizamos la causa de exitus de nuestra población en hemodiálisis que fallece desde el año 2010 hasta 2014.

Analizamos la retirada de tratamiento con hemodiálisis en este grupo de pacientes.

Resultados: 293 pacientes inician tratamiento con hemodiálisis durante el periodo de tiempo estudiado. 176 pacientes prevalentes en hemodiálisis fallecen durante ese mismo periodo de tiempo. De los pacientes que fallecen, 65,5% son hombres. La edad media de los exitus fue 75,6 años (D.E. 9,7 años), con una mediana de 78 años. Los meses de permanencia en hemodiálisis fueron 63,5 meses (D.E. 57,5 meses). El motivo del exitus se refleja en la Tabla 1. En los pacientes en los que se retira el tratamiento se realiza mayoritariamente por caquexia/deterioro generalizado(33,8%), por infección grave (27,3%), ACV/encefalopatía (15,6%) y por motivos oncológicos(14,3 %).

96 pacientes fallecen durante un ingreso hospitalario (55,2%). De los 77 pacientes a los que se les retira el tratamiento, están ingresados el 66,2%.

Conclusiones: La retirada del tratamiento con hemodiálisis es frecuente en este grupo de población. La causa más frecuente de retirada es el deterioro progresivo del paciente con importante comorbilidad y caquexia. La mayoría de los pacientes fallecen en un centro hospitalario.



331 LA RESILIENCIA COMO FACTOR PROTECTOR FRENTE A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES RENALES EN HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA

H. GARCÍA LLANA¹, R. RODRÍGUEZ REY², J.L. GÓRRIZ³, P. MOLINA³, EM. JAREÑO³, B. VIZCAINO³, E. GONZÁLEZ³, G. DEL PESO³, L. PALLARDÓ³, R. SELGAS³

¹NEFROLOGÍA. H.U. LA PAZ (MADRID), ²PSICOLOGÍA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA (MADRID), ³NEFROLOGÍA. H.U. DR PESET (VALENCIA)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis se enfrentan a múltiples estresores que pueden favorecer que existan dificultades de adaptación a la enfermedad y problemas psicológicos, como depresión o ansiedad. El termino resiliencia se refiere a la capacidad de adaptarse con éxito a situaciones estresantes que conllevan un alto riesgo de producir desajustes en la persona, y ha mostrado relacionarse con un mejor ajuste psicológico frente a distintas enfermedades. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre resiliencia y diferentes indicadores de adaptación psicológica en pacientes renales en hemodiálisis hospitalaria.

Material y Método: Se evaluó a 113 pacientes en tratamiento de hemodiálisis hospitalaria. Para ello se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Renales en Diálisis (CMAE-RD), una entrevista semiestructurada que evalúa las siguientes áreas: información, adhesión a medicación y dieta, apoyo social, salud mental, afrontamiento, aprendizaje y cambios percibidos, espiritualidad y planificación de cuidados. Además, se evaluó ansiedad y depresión utilizando el cuestionario HADS, así como resiliencia mediante el cuestionario CDRISC-2. Esta herramienta consta de dos ítems, donde mayor puntuación indica mayor nivel de resiliencia. Realizamos análisis correlacionales, para estudiar la relación entre las variables evaluadas, así como análisis de varianza de medidas repetidas para estudiar diferencias entre grupos.

Resultados: Los pacientes que refieren mayor resiliencia tienen mayor conocimiento sobre su diagnóstico y tratamiento, entienden mejor la información médica, y se sienten más activos a la hora de tomar decisiones con respecto a su enfermedad. Asimismo, refieren menor depresión, ansiedad, se perciben más capaces de enfrentarse a la diálisis y con menor esfuerzo, y perciben un mayor control. Además, los pacientes más resilientes refieren en mayor medida que han experimentado cambios positivos a raíz de su enfermedad (todas las relaciones son significativas p< 0.05). El nivel de resiliencia no se encuentra relacionado con adhesión a la medicación y dieta, con tener creencias espirituales, con apoyo social percibido ni con ninguna variable sociodemográfica ni médica.

Conclusiones: Un nivel mayor de resiliencia está relacionado con mejor adaptación a la enfermedad y mejor salud mental en pacientes en hemodiálisis hospitalaria. Dado que el nivel de resiliencia puede ser evaluado fácilmente, este indicador podría ser utilizado para detectar a los pacientes con riesgo a mostrar dificultades en su adaptación psicológica. Además, cabe esperar que las intervenciones destinadas a fomentar la resiliencia de los pacientes, favorecerán su adaptación psicológica a la enfermedad renal y sus tratamientos.

332 VALOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA GPT EN LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

N. MARIGLIANO¹, R. RAMOS¹, S. CASTELLANO GASCH¹, F. MORESO¹, V. RUIZ GARCÍA², MA. PINEDO OLABARRÍA², MA. ROMERO RUIZ², A. GALLEGOS VILLALOBOS², JI. MERELLO GODINO¹, J. VARAS¹

¹DIRECCIÓN MÉDICA. FMC ESPAÑA, ²CLÍNICAS. FMC ESPAÑA

Introducción: La pobre sintomatología de la primo-infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC) hace imposible detectar precozmente incrementos del ARN del virus (PCR) y transaminasas, creándose un periodo ventana de gran riesgo para la diseminación de la enfermedad. Por ello, las Guías recomiendan controlar el VHC con medidas de prevención. La presencia de anticuerpos frente VHC (antiVHC) no permite discriminar si existe infección activa. A pesar de su estrecha relación temporal con la primo-infección (5-7 días), basar la detección precoz en la PCR no es costo-eficiente, siendo la GPT el criterio diagnóstico más viable.

Objetivo: Determinar un valor discriminativo/predictivo en las determinaciones de GPT en relación a infección activa por VHC.

Material y método: Estudio transversal de 4090 pacientes en clínicas FMC desde febrero a diciembre de 2014, determinando de forma programada GPT, AntiVHC y PCR. Se utilizó el análisis de curva ROC para determinar un posible valor cut-off de GPT asociable a la presencia conjunta de AntiVHC y PCR positivos. Los pacientes se separaron en 3 grupos: Grupo 1 con AntiVHC y PCR negativos (n=3978); Grupo 2 con AntiVHC positivo y PCR negativo (n=37); y Grupo 3 con AntiVHC y PCR positivos (n=75).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 70.6 +/- 13.8 años, tiempo en HD medio de 59.01 +/- 65.8 meses y 66.3% varones. La etiología de la IRC fue: no filiada (35.45%); nefropatía diabética (20.38%); enfermedad hipertensiva y vascular (12.53%); glomerular (11.31%), nefropatía túbulo-intersticial (8.77%); congénita (6.9%);, y otros (4.67%).

El análisis de ANOVA reveló diferencias significativas para la media de GPT entre el Grupo 3 (26.74 +/- 12.89; p<0.0001) respecto a los otros dos Grupos 2 y 1 (12.20 +/- 5.67 y 11.83 +/- 4.96; p=0.912 respectivamente). La curva ROC resultante obtuvo un Área bajo la curva de 0.874 (IC: 0.828-0.921; p<0.0001) y mostró que una concentración de GPT>15.65 U/L se asocia con la presencia de PCR (+) con sensibilidad del 78.7%, especificidad del 77.7%, valor predictivo positivo del 68.42% y negativo del 94.12%.

Conclusión: Valores de GPT superiores a 15.65 U/L sugieren infección activa por VHC. El valor predictivo negativo del 94.12% permitiría reducir determinaciones de PCR. En cualquier caso, es imprescindible un análisis epidemiológico de las vías de infección del VHC en HD y discriminar otras razones de elevación de la GPT.

333 IMPACTO EN LA EFICIENCIA Y TOLERANCIA A LA HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON EPISODIOS DE HIPOTENSIÓN INTRADIÁLISIS (HID) CON EL USO DEL SISTEMA DE BIOFEEDBACK HEMOCONTROL.

J.C. DE LA FLOR MERINO¹, J. RUIZ CRIADO¹, FM. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ¹, MP. NAVARRO BURRIEL¹, A. LACASA SÁNCHEZ¹, A. GASCÓN MARIÑO¹
¹NEFROLOGÍA. H. OBISPO POLANCO (TERUEL)

Introducción: La HID es una de las complicaciones más habituales de la hemodiálisis, se produce aproximadamente en un 20% de todas las sesiones. El uso del sistema de biofeedback Hemocontrol evita que se produzca una reducción pronunciada del volumen sanguíneo (VS) que pudiera derivar en HID.

Objetivos: Determinar si el uso del sistema de control de volumen sanguíneo Hemocontrol reduce los episodios de HID y las intervenciones de enfermería para el manejo de la HID en comparación con la hemodiálisis convencional HDC.

Metodología y Resultados: Se incluyeron en el estudio 7 de 48 pacientes prevalentes de nuestra unidad que estaban siendo tratados con Hemocontrol, debido a la presencia de episodios de HID repetidos. Todos los pacientes habían sido tratados previamente con HDC (P1). Se realizó la medición de la media de VS/UF en 6 sesiones de hemodiálisis (PO), posteriormente se inició el tratamiento con hemocontrol (P1). Se recolectaron las variables a medir 3 meses antes y 3 meses después del período 0. Las características de los pacientes y resultados se muestran en la tabla 1 y 2.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma la efectividad del uso del hemocontrol en reducir la frecuencia de episodios de HID y el número de intervenciones de enfermería para el manejo de la HID. La mejora de la estabilidad cardiovascular de nuestros pacientes mediante el uso del hemocontrol tuvo un impacto positivo en la cinética de la urea y la eficiencia del tratamiento dialítico.

Tabla 1. Características de pacientes

Edad (años)	62,93 ± 7,78 (66-89)
Duración HD (meses)	41,5 ± 21,4 (14,5-78)
Hombres/Mujer	04 (57,2) / 3 (42,8)
Causa de ERC	
Nefropatía diabética (No. %)	2 (28,6)
Glomerulonefritis crónica (No. %)	2 (28,6)
NTIC (No. %)	2 (28,6)
NI (No. %)	1 (14,3)
Índice de Charlson	9,4 ± 0,92
Historia de	
Diabetes (N. %)	4 (57,1)
HTA (No. %)	6 (85,7)
IAM (No. %)	2 (28,6)
ACV (No. %)	2 (28,6)
Fibrilación auricular (No. %)	1 (14,3)
Estenosis Aórtica (No. %)	1 (14,3)
Estenosis de Art. Coronaria (No. %)	1 (14,3)
Medicación	
Antihipertensiva	
AII o IECa (No. %)	1 (14,3)
β-Bloqueantes (No. %)	2 (28,6)
A-Bloqueantes (No. %)	2 (28,6)
Nitratos (No. %)	4 (57,1)
Digoxina (No. %)	2 (28,6)
Tipo de Acceso Vascular	
Fístula Arteriovenosa (No. %)	1 (14,3)
Cáteter tunelizado (No. %)	6 (85,7)
Nº sesiones a la semana	3 (42,9)
2 veces/semana (No. %)	4 (57,1)
Horas HD/seem	9,8 ± 2,2 (7-13,5)

Tabla 2. Comparación de variables entre HDC y Hemodiálisis con Hemocontrol

	Standard	Biofeedback	p
Peso (kg)			
Pre-HD	63,2 ± 10,1	62,6 ± 10,3	0,49
Post-HD	62,2 ± 18,6	60,9 ± 18,8	0,22
Vel. UF (L)	0,84 (0,32-2,3)	1,01 (1,14-2,70)	0,735
TAS (mmHg)			
Pre-HD	125,8 (111,5-164,4)	141,1	0,39
Post-HD	136,7 (117,2-152,7)	126,6 (110-147,4)	0,12
Diam. Max. TAS (mmHg)	40 (20-80)	30 (20-80)	0,048
TAD (mmHg)			
Pre-HD	59,5 (55,4-72,4)	59,9 (55-72,7)	NS
Post-HD	61 (56-77)	64,5 (55-77,6)	0,39
FPM (mmHg)			
Pre-HD	86,7 ± 9	84,5 ± 6,3	NS
Post-HD	86,1 (56,7-70,6)	86,5 (56,7-70,6)	0,612
FR (lpm)			
Pre-HD	98,5 (51-72,5)	98,9 (52,3-79)	0,866
Post-HD	10,9 ± 6,5	4,5 ± 2,7	0,006
No episodios de HID			
Pre-HD	5,9 ± 4,6	2,1 ± 2,5	0,01
Post-HD	1,22 (1-1,8)	1,39 (1-1,76)	0,049
No intervenciones de enfermería			
Pre-HD	1,45 (1,01-1,69)	1,45 (1,2-1,7)	0,018
Post-HD	1,9 (1,2-2)	1,7 (1,1-2)	0,345
KT	40 (33-96)	40 (34,5-55)	0,005
Albúmina (g/dl)	3,2 (2,9-3,8)	3,2 (2,8-3,8)	0,086
Hemoglobina (g/dl)	11,9 (10,6-12,1)	11,9 (11,4-12,3)	0,249

334 EFICACIA DE LA VACUNA FENDRIX® EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS NO RESPONDEDORES CON HBVAXPRO®

J.C. DE LA FLOR MERINO¹, J. RUIZ CRIADO¹, R. FERNÁNDEZ SANTOS¹, FM. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ¹, E. GASCÓN FUERTES¹, B. VILAR BONOCASA¹, A. GASCÓN MARIÑO¹
¹NEFROLOGÍA. H. OBISPO POLANCO (TERUEL)

Introducción: La inmunogenicidad de la vacuna de la hepatitis B en pacientes en hemodiálisis es menor que en adultos inmunocompetentes. Con 3 dosis de vacuna, la tasa de seroprotección (anti-HBsAg > 10 mIU/ml) es aproximadamente un 64%, por el contrario con pautas de cuatro dosis se alcanzan hasta un 85%. En pacientes en diálisis existen factores de mala respuesta (edad, diabetes, sexo masculino, malnutrición, déficit de Vitamina D y calidad de diálisis). Desde el 2005 se dispone en España, una vacuna con un nuevo adyuvante, el AS04 (Fendrix®), que incrementa la respuesta inmune (mayores tasas de seroprotección y títulos más elevados) respecto a las vacunas convencionales. En nuestro hospital se introdujo Fendrix® (0, 1, 2 y 6 meses) en pacientes en hemodiálisis y prediálisis a partir de marzo 2013.

Objetivos: Comparar la eficacia de Fendrix® en pacientes en hemodiálisis no respondedores con HBVaxpro®.

Métodos: Incluímos 6 pacientes en hemodiálisis vacunados previamente con 3 dosis de HBVaxpro®, tras la cual fueron considerados no respondedores (anti-HBsAg < 10 mIU/ml). Posteriormente, estos pacientes recibieron una segunda pauta con Fendrix® y 2 meses después se estudió la seroconversión. Además se recolectaron datos demográficos, parámetros de malnutrición e eficiencia del tratamiento dialítico para valorar si repercuten en la respuesta inmunológica.

Resultados: Todos los pacientes incluidos tras la pauta completa de Fendrix® fueron respondedores. La mediana de los niveles de anti-HBsAg con Fendrix® fue 159 mIU/ml (percentil 25-75: 22,5-523,3) y con HBVaxpro® 2,45 mIU/ml (percentil 25-75: 0-4,35) (p < 0,028) (tabla 2). Las características demográficas se muestran en la tabla 1.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma la efectividad de la vacuna Fendrix® en comparación con HBVaxpro®, consiguiendo títulos elevados de anti-HBsAg.

Tabla 1. Características demográficas.

Edad (años)	78,69 ± 13,28 (52-88)
Duración HD (meses)	53,6 ± 15,5 (37,3-80,1)
Hombres/Mujer	04 (66,6%) / 2 (33,3%)
Causa de ERC	
Nefropatía diabética (No. %)	1 (16,7)
Nefropatía tubulointersticial crónica (No. %)	1 (16,7)
Nefroangiosclerosis (No. %)	4 (66,6)
Índice de Charlson	8,83 ± 1,01 (4-11)
Nº sesiones a la semana	
2 veces/semana (No. %)	2 (33,3%)
3 veces/semana (No. %)	4 (66,6%)
Diabético (N. %)	2 (33,3%)
Tipo de Hemodiálisis	
Hemodiálisis convencional low flux	3 (50%)
Hemodiálisis convencional high flux	2 (33,3%)
Hemodiafiltración online	1 (16,6%)

Tabla 2. Comparación de variables nutricionales, calidad de diálisis y títulos anti-HBsAg.

	HBVaxpro®	Fendrix®	p
Títulos Anti HBsAg (mIU/ml)	2,45 (0-4,35)	159,4 (22,5-523,3)	0,028
Albúmina (g/dl)	3,13 (2,69-3,43)	3,37 (3,09-3,66)	0,043
Proteínas totales (g/dl)	5,76 (5,23-6,32)	5,91 (5,10-6,66)	NS
Prealbumina (g/dl)	26,5 (21,4-30,9)	28,3 (23,7-32,8)	NS
KTV/dl	1,42 (1,37-1,95)	1,48 (1,35-2,06)	NS

335 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESCENSO DE LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL EN EL ENFERMO TRATADO CON HEMODIÁLISIS.

S. PAMPA¹, F. CARAVACA¹, E. YEROVI¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, JL. TERUEL¹
¹NEFROLOGÍA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción: En estudios previos hemos comprobado que el mantenimiento de la función renal residual en el enfermo tratado con hemodiálisis está condicionado por el número de sesiones semanales, siendo mejor en los enfermos que comienzan tratamiento con la pauta de dos sesiones semanales. El objetivo del presente trabajo es analizar la influencia de otros factores en la preservación de la función renal residual.

Material y Métodos: De 174 enfermos que iniciaron tratamiento con hemodiálisis de forma consecutiva en el Hospital, 98 enfermos comenzaron con la pauta de 2 sesiones semanales (Grupo 2HD) y 76 con la pauta de tres sesiones semanales (Grupo 3 HD). La función renal residual fue medida cada dos meses (media de los aclaramientos urinarios de urea y creatinina).

Resultados: El descenso de la función renal residual es menor en el Grupo 2HD (mediana 0,19 vs 0,46 ml/min/mes, p=0,005). En cada uno de los dos grupos, la disminución de la función renal residual fue mayor en los enfermos procedentes del programa de trasplante que en los que procedían del programa de prediálisis: Grupo 2HD: mediana 0,93 vs 0,17 ml/min/mes, p=0,003; Grupo 3HD: mediana 0,76 vs 0,32 ml/min/mes, p=0,005.

Ni el inicio programado, ni el género ni la etiología de la enfermedad renal han influido en el descenso de la función renal residual en ninguno de los dos grupos de enfermos. Tampoco hemos objetivado correlación entre el descenso de la función renal residual con la edad, con la función renal al inicio de la diálisis o con el índice de comorbilidad de Charlson.

De los 98 enfermos que comenzaron con la pauta de 2HD, 45 pasaron a dializarse tres veces a la semana cuando la función renal residual fue inferior a 3ml/min; estos enfermos estuvieron una media de 10±8 meses con la pauta de 2HD. El tiempo que permanecieron con esta pauta tampoco estuvo influenciado por la edad, género, etiología de la nefropatía, índice de comorbilidad, inicio programado o función renal basal.

Conclusiones: El descenso de la función renal residual en el enfermo tratado con hemodiálisis depende fundamentalmente del número de sesiones semanales con las que se inicia el tratamiento sustitutivo renal. De todas las variables analizadas solo la vuelta a diálisis por pérdida de la función del injerto, condiciona un descenso mayor de la función renal residual en los dos grupos de enfermos.

336 CALCIFILAXIS: REVISIÓN DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA. POSIBLES FACTORES DE RIESGO Y DE MORTALIDAD

M. BORRAJO PROL¹, M. CAMBA CARIDE¹, C. PÉREZ MELÓN¹, E. NOVOA FERNÁNDEZ¹, E. IGLESIAS LAMAS¹, A. IGLESIAS FORNEIRO¹, A. OTERO¹
¹NEFROLOGÍA. CHUO (OURENSE)

La calcifilaxis se desarrolla en áreas de gran tejido adiposo con una prevalencia del 1-4% en pacientes en diálisis.

Material y Métodos: Revisamos los casos diagnosticados en un periodo de 10 años, sus características y correlación con anticoagulantes orales tras el ascenso de casos en el último año.

Resultados: 13 pacientes diagnosticados con 5/13 en el último año de la revisión. 69,2% eran pacientes en hemodiálisis con media de edad de 65,49. El porcentaje de mujeres fue 61,5%.

El 87,5% de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales fallece por esta enfermedad. (p=0,015).

Destacamos niveles de PTH (6 meses antes del diagnóstico) y de FA (en el momento del diagnóstico) más elevados en el grupo de pacientes que fallecen como consecuencia de calcifilaxis (p=0,04 y p=0,03 respectivamente).

Se suspendieron los quelantes cálcicos, vitamina D y se asoció calcicalcet en 3. Se sustituyeron los antiagregantes orales por heparinas subcutáneas de bajo peso molecular.

Todos los casos se trataron con intensificación dialítica 6 sesiones/semana y con administración de tiosulfato sódico

Los pacientes en peritoneal y trasplantados se trataron con tiosulfato a días alternos.

Solo un paciente precisó cirugía.

Encontramos mayor mortalidad en aquellos con lesiones en localización proximal, el 100% de los casos en esta localización falleció. (p=0,002)

La mediana de supervivencia fue de 95 días. El 50% fallece en los primeros 2 meses tras el diagnóstico.

Conclusiones: Coincidimos en nuestro resultado con otras series en la mayor mortalidad y el peor pronóstico de las lesiones en localización proximal, que parece asociarse con niveles más bajos de albúmina y mayores datos de desnutrición.

La sepsis y la sobreinfección son las principales causas de muerte.

No realizamos biopsia en todos nuestros pacientes por el riesgo de poder inducir ulceración en los estadios precoces.

Los pacientes anticoagulados, tienen mayor predisposición para desarrollar lesiones de calcifilaxis y mayor mortalidad. Nosotro destacamos en nuestra serie un porcentaje de mortalidad inferior a otras series del 146%.

Tabla 1. Características de calcifilaxis.

TIEMPO EN TRS ANTES DEL DIAGNÓSTICO (años)	3,38 [0,17-16,50]
TIEMPO DE SUPERVIVENCIA (meses)	3,18 [0,30-61,30]
EDAD (media ± DT)	65,49 ± 7,64
Población al diagnóstico de calcifilaxis	
LOCALIZACIÓN n (%)	
Distal	6 (46,2%)
Proximal	2 (15,4%)
Distal + Proximal	5 (38,5%)
TRATAMIENTO n (%)	
Pacitrodectonina	13 (100%)
Tiosulfato sódico iv	9 (69,2%)
Bifosfonatos	7 (53,8%)
Calcimiméticos	10 (76,9%)
Antibioterapia	2 (15,4%)
Pentoxifilina	13 (100%)
Analgesia iv	1 (7,7%)
Cirugía	
BIOPSIAS REALIZADAS* n (%)	9 (69,2%)
MORTALIDAD (%)	6 (46,2%)
PARAMETROS ANALÍTICOS AL DIAGNÓSTICO	
Fosfatasa Alcalina	144 [56-940]
Vitamina D ng/ml	12,50 [1-110]
PTH pg/ml	371 [76-842]
Calcio mg/dl	9,59 ± 1,109
Fósforo mg/dl	4,81 ± 1,12
Producto Calcio*Fósforo mg ² /dl ²	45,66 ± 10,37
Albúmina mg/dl	2,67 ± 0,65
Aluminio mg/l	8,3 [4-18]

Resúmenes

Hemodiálisis - Otros temas HD

337 DISMINUCIÓN DEL DAÑO GENÉTICO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CON EL USO DE MEMBRANAS RECUBIERTAS CON VITAMINA E

E. COLL¹, L. RODRÍGUEZ RIBERA², Z. CORREDOR MANCILLA², I. SILVA¹, J. BALLARÍN¹, R. MARCOS DAUDER², S. PASTOR BENITO², JM. DÍAZ GÓMEZ²

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²MUTAGENESIS. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA (BARCELONA)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan un incremento del estrés oxidativo que es máximo en los pacientes en diálisis. Este aumento del estrés oxidativo puede afectar su material genético.

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto sobre el daño genético al usar una membrana recubierta con vitamina E durante 6 meses en pacientes en hemodiálisis.

Metodología: 29 pacientes con ERC en programa de HD crónica en Fundació Puigvert fueron incluidos en el estudio. A todos ellos se les evaluaron los niveles de daño genético en sus linfocitos mediante el método de Comet sin y con el uso de la enzima Formamidopirimidinaglicolasa (FPG) que detecta daño oxidativo, y mediante el ensayo de los micronúcleos. También se midió la capacidad antioxidante plasmática y se recogieron otros datos analíticos y los datos de la historia clínica. Dichas mediciones fueron basales y después de cambiar durante 6 meses a una membrana recubierta con vitamina E.

Resultados: 29 pacientes en HD (13 hombres), con una edad media de 69 ± 2 años, y un tiempo medio en HD de 21 ± 4 meses cambiaron su membrana de baja permeabilidad de polietersulfona por una membrana de polisulfona recubierta con vitamina E durante 6 meses. Tras este periodo de cambio de tratamiento se objetivó una mejoría significativamente estadística en los niveles de hemoglobina y de ferritina. En cuanto al daño genético, solamente el daño oxidativo sobre el DNA mejoró de forma significativa, sin detectarse cambios en los otros análisis de medición de daño genético. La capacidad antioxidante plasmática tampoco cambió (tabla 1).

Conclusiones: el uso de membranas recubiertas con vitamina E reduce el daño oxidativo sobre el DNA y mejora la anemia de los pacientes con ERC en hemodiálisis.

■ **Tabla 1.** Cambios en parámetros analíticos y en daño genético antes y después del uso de membranas recubiertas con vitamina E durante 6 meses.

	Antes de Vitamina E	Tras 6m con Vitamina E	p
hemoglobina	114.82 ± 2.10	121.72 ± 2.55	0.012
ferritina	196.01 ± 30.67	309.57 ± 47.52	0.010
Daño oxidativo DNA	35.64 ± 2.548	22.05 ± 2.846	0.012
Comet Basal	8.65 ± 0.735	9.49 ± 0.473	0.177
Micronúcleos	8.69 ± 1.38	10.66 ± 1.66	0.213
Capacidad antioxidante plasmática	0.17 ± 0.02	0.15 ± 0.02	0.389

338 CORRECCION DEL DEFICIT HORMONAL EN EL ENFERMO DIALIZADO CON PARCHES DE TESTOSTERONA.

S. PAMPA¹, F. CARAVACA¹, A. GÓMEZ LOZANO², E. YEROVI¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, JL. TERUEL¹

¹NEFROLOGÍA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID), ²BIOQUÍMICA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción: La relevancia clínica del déficit de testosterona en el enfermo dializado es poco conocida aunque se ha relacionado una posible influencia sobre parámetros de anemia y nutrición. En el presente trabajo estudiamos los efectos clínicos del tratamiento hormonal sustitutivo en enfermos tratados con hemodiálisis.

Material y Métodos: En un corte transversal realizado en la Unidad de Hemodiálisis se detectó una disminución de la concentración de testosterona (< 300 ng/dl) en 20 de los 39 varones estudiados. Doce enfermos con déficit de testosterona, en situación clínica estable y con edad media de 71 años, accedieron a participar en un estudio para valorar los efectos clínicos del tratamiento sustitutivo con testosterona. De forma aleatorizada los enfermos fueron distribuidos en el Grupo Tratado (6 enfermos que recibieron un parche transdérmico diario de 2,4 mg de testosterona, durante tres meses) y el Grupo Control constituido por los 6 enfermos restantes.

Resultados: La administración transdérmica de testosterona produjo un aumento de las concentraciones de testosterona total (de 188 a 306 ng/dl, p=0,011) y de testosterona libre (de 147 a 253 pmol/l, p=0,014), con descenso de las concentraciones de FSH (de 10,4 a 7,4 mUI/ml, p=0,030) y de LH (de 14,9 a 7,9 mUI/ml, p=0,076). La concentración de hemoglobina no se modificó durante los tres meses de tratamiento, pero disminuyeron las necesidades de eritropoyetina (de 9000 a 6000 UI/semana, p=0,044). El peso seco aumentó (de 91,7 a 92,4 kg, p=0,042) y también lo hizo la concentración de albúmina (de 4 a 4,5 g/dl, p=0,027).

En el Grupo Control no se produjo ninguna modificación relevante en la anemia, el peso seco, ni en las concentraciones de albúmina o de las hormonas analizadas.

Conclusiones: En los varones tratados con hemodiálisis periódica, que tienen un déficit de testosterona, el tratamiento hormonal sustitutivo por vía cutánea durante un corto periodo de tiempo se asocia a una disminución de las necesidades de eritropoyetina y mejoría de parámetros nutricionales.

339 LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs) EN NEFROLOGÍA: LA SEGURIDAD TAMBIÉN

E. BARO¹, E. COTILLA², S. BALDOVI², D. GONZÁLEZ FERRI³, MA. CARRETÓN³, C. SILLERO³, B. DÍEZ², I. MARTÍNEZ SANTAMARÍA⁴, D. TORDERA FUERTES²

¹NEFROLOGÍA. H. DE TORREVIEJA, H. DEL VINALOPO (ELCHE), ²NEFROLOGÍA. H. DE VINALOPO (ELCHE), ³NEFROLOGÍA. H. DE TORREVIEJA (ALICANTE), ⁴NEFROLOGÍA. H. DEL VINALOPO (ELCHE)

Introducción: Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) se han convertido en un aliado habitual del día a día y su uso en Sanidad ha revolucionado la práctica asistencial. En Nefrología la aplicación de las TIC fue precoz especialmente en el ámbito de la hemodiálisis con los programas para seguimiento de pacientes en programa de diálisis crónica que aparecieron antes que las historias clínicas electrónicas (HCE) Hoy dichas HCE ya son habituales en la mayoría de hospitales para el seguimiento de consultas, hospitalización,...pero no existe mucha experiencia en la implementación de sistemas de seguridad para el paciente a través de ellas. En nuestro centro disponemos de una HCE de creación y desarrollo propio (Florence) que se va actualizando constantemente con las aportaciones de los usuarios. En Nefrología decidimos añadir la seguridad al seguimiento electrónico de los pacientes mediante una serie de mejoras de la misma

Objetivo: Conseguir una atención sanitaria más segura en Nefrología con ayuda de la HCE y a través de los distintos dispositivos disponibles.

Material y métodos: Los enfermos en programa de diálisis y prediálisis son sometidos a pruebas complementarias muchas de las cuales pueden arrojar resultados que es necesario que el médico conozca para actuar de forma rápida o incluso urgente (hiperpotasemia por ejemplo). Para evitar la demora en la recepción de resultados críticos se diseñó un sistema de alarmas vinculadas a resultados analíticos y de EEC considerados fuera de los límites que genera avisos al facultativo desde la HCE, al móvil y en su correo electrónico. Estos avisos son remitidos en el mismo momento de ser validados los resultados analíticos fuera de rango y/o en las EEC el facultativo que ha realizado una prueba y considera que es patológica la "marca" para que salte el aviso. Los avisos se generan y envían a todos los facultativos del servicio a través de alteras en el caso del móvil y la HCE y de los resultados íntegros en el correo electrónico

Conclusiones: Disponer del aviso de resultado patológico en el mismo momento en que se conoce el mismo en el lugar de validación reduce el tiempo de respuesta frente al mismo acortando significativamente las acciones terapéuticas y/o diagnósticas necesarias para tratar al paciente mejorando la eficacia y seguridad asistencial por lo cual opinamos que es un método muy útil para optimizar la seguridad en este tipo de pacientes

340 PANCREATITIS AGUDA EN DIÁLISIS: REVISIÓN DE NUESTROS CASOS.

AL. SÁNCHEZ CAMACHO¹, M. TORO RAMOS¹, L. GIL SACALUGA¹, J. TORO¹, MJ. MARCO GUERRERO¹, JR. MOLAS COTÉN¹, JM. MUÑOZ TEROL¹

¹NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA. H. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), ²NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA. H. VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: Los pacientes en diálisis tienen un mayor riesgo de sufrir pancreatitis aguda (PA) que la población general. Es más frecuente en hombres y entre los 30 y 70 años. La técnica de diálisis peritoneal (DP) supone mayor riesgo que la hemodiálisis.

A los factores convencionales asociados a su desarrollo, en nuestros pacientes se unen la uremia y su tratamiento, el hiperparatiroidismo secundario, el riesgo de toxicidad farmacológica, la afectación vascular y la poliquistosis hepatorrenal. La DP produce activación pancreáticas por aumento de presión intrabdominal y por el líquido de diálisis. La hemólisis intradiálisis se asocia a problemas con el dializador, líneas o acceso vascular

Material y método: Estudio retrospectivo de los ingresos de pacientes en diálisis con PA en el Virgen del Rocío entre 01/2011 y 01/2015. De 3949 ingresos de pacientes en diálisis, se detectaron 24 casos de PA en 20 pacientes.

Resultados: La incidencia fue de 0,15% pacientes-año. El 55% mujeres, con edad media de 71 años. El 41,6% tuvieron origen litiasico; 16,6% asociada a tumoración pancreática; 16,6% asociada a hemólisis intradiálisis; 12,5% de causa farmacológica y en el 12,5% no se identificó causa. La etiología predominante de la ERC fue la NTIC, en un 40 % de los casos. Solo 1 era paciente en DP y 2 presentaban hiperparatiroidismo. El 70% eran diabéticos. Evolución favorable en todos los casos, excepto 3 que ingresaron en UCI y fallecieron.

Los 4 casos secundarios a hemólisis se presentaron como dolor abdominal intradiálisis, con elevación de amilasa, datos de laboratorio de hemólisis y con Coombs negativo; todos evolucionaron favorablemente. La investigación etiológica sólo pudo detectar una causa evidente en dos de los cuatro casos, en ambos asociada a acodamiento de las líneas de diálisis.

Conclusiones:

- Existe una alta incidencia de pancreatitis aguda en la población en diálisis. En nuestra casuística afecta sobre todo mujeres de edad avanzada con diabetes.
- Entre las etiologías de ERC en pacientes con PA destacar la alta incidencia de la NTIC respecto a los pacientes que no sufrieron PA.
- La evolución fue favorable en el 87.5% de los casos incluidos los casos de hemólisis intradiálisis.

341 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS Y SU RELACIÓN CON EL ACCESO VASCULAR.

R. SIRET MARTÍNEZ¹, A. ENAMORADO CASANOVA², J. SIRET ALFONSO³, F. GUTIÉRREZ GARCÍA⁴
¹NEFROLOGÍA. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (HABANA (CUBA)), ²TRASPLANTE. ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTE (HABANA (CUBA)), ³INVESTIGACIONES. CENTRO PROVINCIAL DE MEDICINA DEPORTIVA (MATANZAS), ⁴BIOESTADÍSTICA. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (HABANA (CUBA))

Introducción: El tratamiento de hemodiálisis en el paciente con insuficiencia renal crónica tiene un impacto en su calidad de vida, siendo el acceso vascular trascendental para un buen tratamiento puede influir este en su calidad de vida.

Material y Método: Estudio observacional analítico de corte transversal con el objetivo de evaluar la calidad de vida y su relación con el acceso vascular en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de hemodiálisis del instituto de nefrología entre Junio del 2013 y Marzo del 2014. Se aplicó cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 versión estándar, para evaluar la calidad de vida, en un universo de 88 pacientes. Se realizó el procesamiento estadístico en SPSS 15.0, utilizando análisis multivariado de varianza, estadígrafos Lambda de Wilks y la T2 de Hotelling's, fueron empleadas pruebas no paramétricas de Wilcoxon-MHO-Whitney o de Kruskal Wallis y los tests de correlación no paramétrica de Tau-b de Kendall y la Rho de Spearman para determinar asociación entre variables.

Resultados: Variables con diferencias significativas: causa de IRC en dimensión rol físico (p=0,04), comorbilidades cardiopatía en la dimensión salud general (p=0,01) y discapacidad en función física (p=0,01) y función Social (p=0,02), el catéter venoso central (CVC) como acceso actual en rol físico (p=0,01), sepsis asociada al CVC en función social (p=0,026) y rol emocional (p=0,039), el número de CVC en el último año con diferencias entre 0 y de 4 a 10 CVC en dimensión vitalidad (p=0,01) y rol físico(p=0,02). Se asoció negativamente el tipo de acceso vascular actual y rol físico (p=0,020), complicaciones del acceso vascular y rol emocional (p=0,047), el mayor número de CVC colocados en el último año con función física (p=0,024), rol físico (p=0,005), dolor corporal (p=0,023), vitalidad (p=0,005) y función social (p=0,008).

Conclusiones: El tipo de acceso vascular, las complicaciones del acceso vascular y el mayor número de catéter venoso central colocados se asociaron negativamente a la calidad de vida.

342 GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SMAQ EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

P. GARCÍA FRÍAS¹, M. MARTÍN VELÁZQUEZ¹, E. GARCÍA FRÍAS¹, R. REINA FERNÁNDEZ², L. RUEDA VELASCO³, C. DOMÍNGUEZ BERRUEZO³, I. MORENO DÍAZ³, J. PIZARRO LEÓN³
¹NEFROLOGÍA. H. U. VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA), ²NEFROLOGÍA. DIAVERUM SERVICIOS RENALES (MÁLAGA)

Introducción: La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y conlleva consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Disponer de información sobre la adherencia terapéutica ha demostrado efectividad en la mejora del cumplimiento terapéutico. Existen diferentes métodos para evaluar el cumplimiento, se dividen en directos que consisten en determinar el medicamento en algún fluido orgánico, son objetivos, pero son caros y pocos aplicables y los indirectos que son sencillos, económicos, fáciles de aplicar, disponemos de diversos cuestionarios validados

Objetivos: Conocer el grado de adherencia farmacológica de los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad mediante el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ)

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, en pacientes en terapia renal sustitutiva que contestaron las preguntas del cuestionario SMAQ, cuestionario validado en la población española con SIDA, un paciente se clasifica como no cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia y en cuanto las preguntas de cuantificación, si refiere haber perdido más de dosis en la última semana o no haber tomado dos días completos la medicación en los últimos tres meses. Se incluyeron 53 pacientes. Se recogen datos sociodemográficos y clínicos básicos.

Resultados: Se incluyen 53 pacientes, La causa más frecuente de ERC es la nefropatía diabética (26,41%), seguida de la no filiada (21.15%) y poliquistosis hepatorenal (15,09%). La edad media de la muestra fue de 65,9 años. El 50,9 % fueron mujeres. Según el cuestionario SMAQ, el 51,9 % de los pacientes eran no cumplidores, de este grupo el 66 % fueron mujeres con una media de 63.89 años, del grupo de cumplidores sólo el 46 % fueron mujeres

Conclusion: El empleo del cuestionario es un instrumento breve y sencillo, fácil de utilizar pero se debería complementar con otros métodos para evaluar la adherencia ya que la información proviene del propio enfermo y se puede sobreestimar los resultados.

343 ANÁLISIS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS

P. GARCÍA FRÍAS¹, M. MARTÍN VELÁZQUEZ¹, E. GARCÍA FRÍAS¹, L. RUEDA VELASCO², R. REINA FERNÁNDEZ³, C. DOMÍNGUEZ BERRUEZO³, I. MORENO DÍAZ³, J. PIZARRO LEÓN³
¹NEFROLOGÍA. H. U. VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA), ²NEFROLOGÍA. DIAVERUM SERVICIOS RENALES (MÁLAGA)

Introducción: El incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar, es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas. La mayoría de los pacientes en diálisis presentan una gran comorbilidad siendo necesario ser tratados con un elevado número de fármacos, lo que puede provocar en ocasiones un abandono del tratamiento con la consiguiente disminución de la adherencia farmacológica. Es fundamental conocer el grado de cumplimiento de estos pacientes ya que esto influye directamente en la evolución de su enfermedad

Objetivos: Analizar la adherencia farmacológica de los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de cohorte en pacientes en hemodiálisis. Se incluyeron 130 pacientes. Para conocer el grado de cumplimiento se calculó el llamado tanto por ciento de cumplimiento (número de comprimidos que toma el paciente dividido por número de comprimidos que tiene prescrito por 100). Se consideró como paciente cumplidor el que tuvo 100% y no cumplidor el que tuvo < 100%.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes, 82 eran varones y 48 mujeres, con una edad media de 65.8 años +- 15.66 años. La causa más frecuente de enfermedad renal crónica era la no filiada con un 22,3 %, seguida de la diabética y nefroangiosclerosis con 19.2 %. Destacar el alto porcentaje con HTA (90,8%). La mayoría de nuestros pacientes tienen un nivel cultural bajo (primarios 63.1% y el 16.2 % no tenían estudios). El 58.5 % estaban casados. El número de comprimidos prescritos medios es 12,58 +- 4.7. En nuestro estudio los no cumplidores corresponden el 57.5 % de la población, el fármaco que más abandona son los quelantes (23.6%) seguido de los antihipertensivos con un 8.5 %, la causa más frecuentes para no adherencia del tratamiento es el olvido con 17.7 %, sólo 10.9 % señalan la causa del abandono fue los efectos secundarios del fármaco

Conclusion: En nuestro estudio el porcentaje de pacientes no cumplidores es alto con un 57.5 %, con un porcentaje alto de numero de comprimidos pautados. Para intentar mejorar la adherencia se podría simplificar el régimen terapéutico y otra sería proporcionar un conocimiento adecuado de la acción de los fármacos, labor en que la enfermería juega un papel importante

344 ¿QUÉ BENEFICIOS APORTA A NUESTROS PACIENTES UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO INTRADIÁLISIS?

M. LUZÓN ALONSO¹, MM. GARCÍA MENA¹, ME. CASTILLÓN LAVILLA¹, MB. MORAGREGA CARDONA¹
¹NEFROLOGÍA. H. SAN JUAN DE DIOS

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

Grupo de Investigación de Enfermedad Renal Crónica en Aragón (IACS)
 El envejecimiento de la población en diálisis es un hecho constatado que genera nuevas necesidades asistenciales, ya estos pacientes presentan una disminución en sus capacidades funcionales que se asocia con una mayor riesgo de caídas o de aparición de situaciones de dependencia.

Material y métodos: Realizamos un estudio de intervención, prospectivo, no aleatorizado con grupo control sobre los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis. Para ello, se seleccionó a los mayores de 70 años y se les hizo una valoración inicial de capacidades funcionales, calidad de vida, composición corporal medida por bioimpedancia, dinamometría y analítica. Del total de pacientes evaluados, se seleccionaron a 12 con los que se inició un programa de ejercicio físico intradiálisis, que constó de una parte aeróbica realizada con unos pedales y una parte de fuerza con unas tobilleras de 1kg; así mismo, se seleccionaron a 15 pacientes como grupo control. Tras 6 meses de realizar ejercicio físico, se procedió a la reevaluación de los pacientes.

Resultados: Se observa una mejoría del ángulo de fase y un aumento de la masa magra en los pacientes que realizan ejercicio frente a un empeoramiento de dichos parámetros en los pacientes que no hicieron ejercicio (gráfico 1).

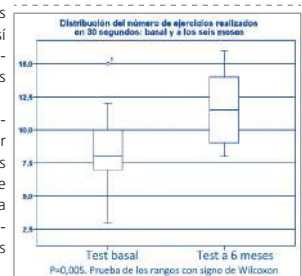
Respecto a las pruebas funcionales, destaca una mejoría estadísticamente significativa en el test que evalúa fuerza en extremidades inferiores entre los pacientes que practicaron ejercicio (gráfico 2); así mismo, existe una clara mejoría global de las pruebas funcionales realizadas al compararlas con los pacientes que no hicieron ejercicio (p<0.05).

Conclusiones: El programa de ejercicio físico intradiálisis, además de tener gran aceptación por los pacientes, mejora parámetros tan significativos como ángulo de fase (predictor de mortalidad) y de fuerza en EEII (predictor de caídas); además ayuda a prevenir la pérdida de capacidad aeróbica (resistencia) y de alcance funcional (predictor de caídas de repetición).

Gráfica 1.



Gráfica 2.



Resúmenes

Hemodiálisis - Otros temas HD

345 INICIO PROGRAMADO FRENTE A NO PROGRAMADO EN HEMODIÁLISIS.

LM. OLIVEIRA AZEVEDO¹, R. RUIZ CALERO¹, B. GONZALES¹, M. BAYO¹, E. CHÁVEZ¹, S. BARROSO¹, MV. MARTÍN HIDALGO-BARQUERO¹, J. CUBERO¹
¹NEFROLOGÍA. H. INFANTA CRISTINA (BADAJOS)

Introducción: El inicio programado (P) de hemodiálisis debe ser un objetivo prioritario en la atención de la ERC. El inicio no programado (NP) o subóptimo es aquel que se produce en enfermos hospitalizados y sin un acceso definitivo y se relaciona con mayor morbilidad y coste. Las causas de inicio NP pueden ser la falta de seguimiento por nefrología, el retraso en la realización del acceso vascular y la disminución inesperada de la función renal en pacientes con ERC conocida pudiendo condicionar además la elección de modalidad de tratamiento sustitutivo. Nuestro objetivo es estudiar las características asociadas al inicio NP en pacientes incidentes en el último año en nuestro hospital.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes registrados en Nefrossoft. Se recogieron datos epidemiológicos, analíticos, tipo de acceso vascular (AV), Índice de Comorbilidad de Charlson (IC) y composición corporal según BIVA (Modelo BIA 101 Akern SRL)

Resultados: 68 pacientes iniciaron HD con edad media 63,4±14,3 e IC de 7,18 ± 2,8. 66,2% varones. Como etiologías más frecuentes: No filiada (25%) Nefropatía diabética (19,1%) y Vascular (16,2%). El AV al inicio de HD fue Catéter en 66,2% y FAV en 43,8%. Iniciaron NP 39 pacientes (57,4%), de ellos un tercio por ICC/hiperk y 2/3 por clínica urémica, 6 no habían tenido nunca seguimiento nefrológico, el resto sí, trasplante (9), ERCA (20) y otros (4). Los de inicio NP frente a los de inicio P presentaban tanto por analítica como por BIVA mayor desnutrición e inflamación con Angulo de fase 4,4±1,3/3,6±1,6 P 0,03, intercambio Na/k 1,4(0,9-3)/1,7(0,8-9) P 0,047, albúmina 3,7±0,4/3,1±0,5 P 0,01 y PCR 7(0,06-189)/ 28,9(0,45-367) P 0,001 y peor control del metabolismo mineral Calcio 8,4±0,8/ 7,9±0,8 P 0,01 y Fósforo 5,1±1,2/ 5,9±1,7 P 0,02. No existían diferencias significativas en edad, etiología, grado de hidratación, IC, Hb, K, PTH, Ferritina y MDRD. El inicio NP se asocio también a mayor uso de catéter 79,5% (siendo mayoría transitorio) / 48,3% (siendo mayoría tuenelizado) P 0,007 y al sexo masculino 79,3%/56,4% P 0,048.

Conclusiones: En nuestro hospital más de la mitad de los pacientes inician HD de forma subóptima mediante ingreso, sin AV definitivo, con peor estado de nutrición e inflamación y peor control del metabolismo mineral. Debemos investigar si la causa es un posible retraso en la realización del AV ó si hay otros factores que ocasionen un inicio NP y tratar de corregirlos si es posible.

346 SITUACION DEL PACIENTE GERIATRICO AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS.

A. LÓPEZ MONTES¹, A. PÉREZ RODRÍGUEZ¹, M. MARTÍNEZ VILLAESCUSA¹, M. MARTÍNEZ DÍAZ¹, L. DE LA VARA INIESTA¹, P. FERNÁNDEZ PALLARÉS¹, E. ANDRÉS MOMPEAN¹
¹NEFROLOGÍA. H. GENERAL U.

Introducción: Cada vez son más los pacientes de edad avanzada en nuestras consultas de enfermedad renal crónica que van a precisar tratamiento sustitutivo. La alta incidencia de pacientes añosos conlleva un importante envejecimiento de nuestras unidades.

Nuestra intención con este estudio es analizar la situación clínica, funcional y cognitiva de los pacientes añosos a su entrada en diálisis.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal de una cohorte en la población añosa a su inicio de hemodiálisis (edad >70 años). A la población a estudio se realizan una serie de pruebas que determinarán el grado de autonomía (Barthel/Lawton y Brody), situación física (PBBS), cognitiva (Minimental), y el grado de depresión (Yesavage), a la vez de determinará si se trata de un anciano frágil según los criterios de Fried.

Resultados: Desde el año 2012 hasta Marzo de 2015 inician tratamiento con hemodiálisis 65 ancianos, 16 (24,6%) sin seguimiento previo por Nefrología. La edad media en este grupo fue de 77,2 años (D.E 4 años), 40 (61,5%) fueron hombres. Las causas más frecuentes de IRC fueron la nefropatía tubulointersticial crónica (26,2%), no filiada (23,1%), la nefropatía diabética (20%) y la nefroangioesclerosis/ísquémica (18,5%). Es de destacar la alta incidencia del uso del catéter como acceso vascular: 23 (35,4%) cateteres permanentes y 7(10,8%) cateteres temporales. El índice de Charlson fue de 7,88 (DE 2,05). De estos 65 pacientes 16 (24,61%) han fallecido y 7 (10,77%) han recibido un trasplante renal.

En cuanto a los test realizados se muestran en la Tabla 1. Detectamos 31 (46,15%) pacientes en situación de fragilidad.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes en situación de fragilidad. Tanto la capacidad cognitiva como la autonomía del paciente que inicia hemodiálisis es buena, por el contrario la situación física es bastante limitada.

Detectamos una baja incidencia de paciente añoso con depresión. Encontramos una alta incidencia del uso del catéter como primer acceso vascular al inicio de la técnica.

Tabla 1.

TEST	Media	D.E.	Valores	Interpretación
Barthel	87,73	19,65	0-100	Dependencia-independencia
Lawton y Brody	5,91	2,46	0-8	Dependencia-independencia
SPPB (capacidad física)	6,54	3,99	1-12	Peor-Mejor
Yesavage (depresión)	7,25	5,7	0-30	10-15= Depresión leve; >15 Depresión establecida.
Minimental	24,72	4,40	0-30	19-23 = leve ; 14-18 = moderado <14 = grave
Índice de Fragilidad (Fried)	2,47	1,53	0-5	1-2 → prefragil 3-5 → frágil

347 NIVELES ALTOS DE CORTISOL PLASMÁTICO SE ASOCIAN A UN AUMENTO DE MORTALIDAD EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

C. GRACIA¹, E. GONZÁLEZ PARRA¹, V. PÉREZ GÓMEZ², B. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ², C. MARTÍN CLEARY¹, L. RODRÍGUEZ OSORIO¹, G. ROSELLO¹, R. ALEGRE DE MONTANER¹, J. EGIDO¹, A. ORTIZ¹
¹NEFROLOGÍA. H. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)

Introducción: La mortalidad cardiovascular es la primera causa de mortalidad en los pacientes en diálisis a pesar de corregir los factores cardiovasculares tradicionales. Recientemente se ha postulado que concentraciones de aldosterona y cortisol más altas podrían activar sinérgicamente el receptor mineralocorticoide, contribuyendo al aumento de eventos y de muerte cardiovascular. El cortisol puede actuar sobre el receptor mineralocorticoide en condiciones donde hay un déficit de la enzima 11beta-HSD2, encargada de transformar cortisol a su forma inactiva cortisona, como ocurre en los pacientes en hemodiálisis. Además los niveles altos de cortisol se han descrito previamente como predictores de mortalidad en pacientes no en diálisis. Nuestra hipótesis plantea si niveles altos de cortisol en hemodiálisis pudiera ser un biomarcador de mortalidad.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo, 75 pacientes estables crónicos con un tiempo medio en hemodiálisis de 26 (11-79) meses. Edad media 64±13 años, 76% no diabéticos y un 46,7% presentaban enfermedad cardiovascular. La extracción de muestras se realizó el 1/02/2011, entre 8-12h mañana. Se analizó supervivencia el 1/10/2013, con tiempo medio de seguimiento de 20(8-31) meses. Se compararon parámetros analíticos, antropométricos y de composición corporal según terciles de cortisol plasmático. Los posibles factores asociados a niveles altos de cortisol se analizaron utilizando un modelo de regresión logística multivariable. La supervivencia fue analizada por curva de mortalidad de Kaplan-Meier y los factores de riesgo de mortalidad utilizando un modelo de regresión de Cox.

Resultados: La media de niveles de cortisol fue 16,2 ± 6,2 mcg/dl dentro del rango de normalidad. Se observó una correlación positiva con el parámetro de inflamación PCR (proteína C reactiva) (Rho = 0,26, p=0,027) y negativa con sodio plasmático (Rho= -0,26. p<0,025). PCR fue el único parámetro que se asoció independientemente a niveles altos de cortisol en el análisis multivariable. Los pacientes que murieron presentaron niveles de cortisol cifras significativamente más altas que los que sobrevivieron (19,8±6,9 vs 15,3±5,7 mcg/dl, p= 0,0083). El análisis de supervivencia Kaplan-Meier mostró que los pacientes en el tercil superior de cortisol (≥18 mcg/dl) tenían mayor riesgo de mortalidad. En el modelo de regresión de Cox, niveles altos de cortisol resultó ser factor de riesgo independiente asociado a mortalidad (HR 1.16 [1.027-1.309] p=0,01) a pesar de corregir por otros factores como edad, enfermedad cardiovascular, creatinina plasmática y PTH.

Conclusiones: Niveles altos de cortisol (≥ 18 mcg/dl) se asocian con mayor mortalidad en HD. La inflamación resultó ser el único parámetro que se asoció independientemente con niveles altos de cortisol.

348 VALORACION DE CAIDAS EN PACIENTES DE UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS

M. SANTOS HERRERA¹, P. HIDALGO GARCÍA¹
¹CENTRO DIÁLISIS VALLADOLID. FMC (VALLADOLID)

Introducción: Las caídas son frecuentes entre nuestros pacientes y las consecuencias en ocasiones importantes. Nos resultaría interesante tener herramientas fiables para la valoración periódica de nuestros pacientes con el fin de evitar posibles caídas.

Materiales y métodos: Se realizó la escala de riesgo de caídas de J.H. Downton, 1993 (ESCALA 1) y la escala de riesgo de caídas múltiples (ESCALA2) a 132 pacientes mayores de 65 años prevalentes en nuestro centro de diálisis entre noviembre 2012 y febrero 2015.

Resultados: Se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla). Según la escala 1 presentaban alto riesgo de caídas el 73,5% de los pacientes y el 31,8% según la escala 2, por lo que observamos una gran diferencia dependiendo de la escala empleada. La diferencia va disminuyendo con la edad, llegando a igualarse los resultados en los pacientes mayores de 85 años.

Analizando la diferencia entre sexos, observamos que las mujeres tienen mayor riesgo a pesar de que la edad media de ambos grupos es similar. Esta diferencia se observa con ambas escalas, incluso si empleamos la escala 2 el resultado es más del doble.

Conclusiones: En nuestros pacientes en hemodiálisis existe una relación entre el riesgo de caída con la edad y el sexo. Destaca la diferencia de resultados dependiendo de la escala empleada. Probablemente la escala 1 nos de resultados más altos ya que nuestros pacientes son polimedicados y es uno de los ítems que emplea. Por otro lado la escala 2 puede infravalorar los resultados ya que la incontinencia urinaria es uno de los ítems empleados, muy difícil de valorar en nuestros pacientes. Nos resulta difícil valorar el riesgo en nuestros pacientes con las herramientas actuales por lo que precisaríamos escalas más objetivas y específicas para pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo

Tabla.

GRUPO	NÚMERO DE PACIENTES	ESCALA 1	ESCALA 2
TODOS	132	73,48%	31,8%
HOMBRES	85	68,24%	22,35%
MUJERES	47	80,85%	48,94%
65-74 AÑOS	58	62,07%	12,07%
75-84 AÑOS	59	81,36%	37,28%
>=85 AÑOS	15	86,67%	86,67%

349 SUPERVIVENCIA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. CASTILLA LA MANCHA 2003-2013

M. TORRES¹, F. AHUJADO HORMIGOS¹, R. DÍAZ TEJEIRO¹, G. GUTIÉRREZ AVILA², MA. FERNÁNDEZ ROJO³, MA. GARCÍA RUBIALES¹, M. ROMERO¹, C. HERRAIZ¹, J. MORALES¹, M. PILATAXI¹
¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), ²EPIDEMIOLOGÍA. CONSEJERÍA DE SANIDAD (TOLEDO)

Introducción: La mortalidad en los pacientes en hemodiálisis es muy superior a la de la población general. El análisis del número elevado de casos como el que proporcionan los registros permite identificar cuales son los factores de mayor impacto en la mortalidad.

Objetivo: Estimar la Probabilidad de Supervivencia en Hemodiálisis según las Variables: acceso vascular, sexo, edad, enfermedad renal primaria y factores de riesgo clásicos (Cardiovasculares, diabetes, enfermedad sistémica/Neoplasia, EPOC, hepatopatía).

Material: Sujetos residentes en Castilla-La Mancha que iniciaron hemodiálisis entre los años 2003 a 2012 y que han permanecido en la misma técnica hasta 2013 (N=1221). Se excluyen los que sobreviven menos de 31 días, recuperan la función renal o salidas voluntarias.

Método: Para cada variable se han obtenido las probabilidades de supervivencia hasta 120 meses. Los cálculos se presentan como tablas de vida (Método Actuarial). Los gráficos se han obtenido aplicando el Método de Kaplan-Meier. Los contrastes de hipótesis, se han realizado con la prueba de Log-Rank.

Para manejo de los datos se ha empleado el programa SPSS/PC+ y para indicadores y gráficos, el STATA

Resultados: La probabilidad global de supervivencia de la cohorte en hemodiálisis es 0,83(IC95% 0,80-0,84) al año, 0,37(IC95% 0,34-0,40) a los 5 años y 0,11(IC95% 0,09-0,15) a los 10 años. Las curvas ajustadas por las variables se muestran en las gráficas(tabla)

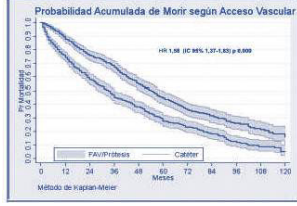
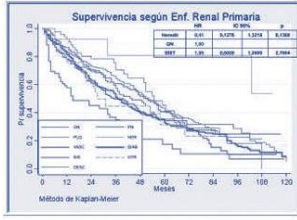
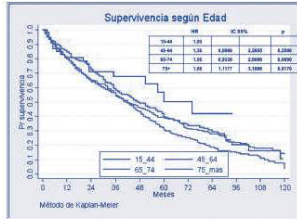
Conclusiones:

- La supervivencia en hemodiálisis esta condicionada por numerosos factores independientes de la técnica.

- Los pacientes mayores de 65 años a su entrada a diálisis tienen menos probabilidad de supervivencia excepto en el rango de mayor edad (+75años), donde la supervivencia es muy similar (probable sesgo de selección positiva)

- La enfermedad renal primaria si puede ser un factor determinante en la supervivencia, con claro descenso en las enfermedades sistémicas y en cambio mayor supervivencia en las hereditarias

- El catéter como acceso vascular al inicio de diálisis es un factor claramente determinante que aumenta la mortalidad.



350 REPERCUSIÓN DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO INTRADIÁLISIS SOBRE LA CAPACIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES

A. YUGUERO¹, M. GÓMEZ¹, M. ARIAS-GUILLÉN¹, R. OJEDA¹, N. FONTSERÉ¹, C. GARCÍA SANTANACH¹, M. VERA¹, S. HERNÁNDEZ²,

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. H. CLÍNICA (BARCELONA), ²EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTIVA. FACULTAD DE CIENCIAS DEL DEPORTE. UNIVERSIDAD DE GRANADA (GRANADA)

Introducción: La capacidad y condición física de los pacientes en hemodiálisis (HD) están disminuidas siendo esta población altamente sedentaria. Los beneficios del ejercicio físico (EF) han sido ampliamente descritos para estos pacientes. Objetivos: Implementar un programa de EF intradiálisis y correlacionar con datos de bioimpedanciometría y analíticos.

Material y métodos: Se diseñó un programa de EF combinado (resistencia cardiovascular y fuerza muscular) con una duración de 30-45 minutos/sesión. Se incluyeron 21 pacientes (71% varones, edad media 65,3±15,6 años; tiempo en HD 30,3±23,5 meses). Se valoró basal y 6 meses la capacidad cardiorrespiratoria mediante el 6 minutos Walking Test (6'WT); la fuerza de extremidades inferiores (EELI) mediante dinamometría del cuádriceps (dinamómetro hidráulico de tirar/empujar, Baseline®) y el 10 Sit-to-Stand (10 STS); la fuerza de presión de la mano (Hydraulic Hand Dynamometer Seahan®), el equilibrio y la capacidad de reacción con el Up and Go Test y la flexibilidad mediante flexión anterior del tronco. Se realizó bioimpedanciometría (BCM Fresenius®) inicial y a los 6 meses y se recogieron parámetros analíticos nutricionales más relevantes

Resultados: Respecto a la condición física se obtuvo significancia estadística en el 6'WT, el 10 STS y la flexión anterior de tronco, presentando el resto de parámetros una tendencia a la mejora (Tabla 1). La bioimpedanciometría mostró normohidratación y buen estado nutricional durante el estudio, sin detectarse diferencias significativas en la masa magra o grasa ni en los parámetros analíticos estudiados.

Conclusiones: Realizar un programa de EF combinado de intensidad moderada mejora la capacidad cardiorrespiratoria y la fuerza funcional de las EELI de los pacientes. La duración del programa puede haber sido insuficiente para objetivar cambios significativos en bioimpedancia y analítica, aunque la tendencia a la mejoría observada en los mismos hace pensar que una intervención más prolongada o un incremento en la intensidad o frecuencia pudieran traducirse en resultados más notables.

Tabla 1. Resultados parámetros Condición Física.

Parámetro	Test	Basal	6 meses	t-student	Wilcoxon
Capacidad cardiorrespiratoria	6'WT [m]	391,61±134,21	432,88±146,58	p=0,001	p=0,002
	10 STS (seg)	24,00±5,88	21,48±6,94	p=0,03	p=0,016
Fuerza EELI	Dinamometría PD (Kg)	22,70±10,19	23,49±9,37	p=0,50	p=0,40
	Dinamometría PI (Kg)	20,55±9,21	22,10±9,12	p=0,22	p=0,20
	Fuerza de presión de la mano	Handgrip (Kg)	23,20±8,42	24,48±9,53	p=0,12
Capacidad de reacción y equilibrio	Up and go (seg)	7,52±3,08	7,02±2,67	p=0,11	p=0,09
Flexibilidad	Flexión anterior tronco (cm)	17,47±13,10	13,31±9,82	p=0,05	p=0,006

351 REPERCUSIÓN DE LA REJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON INTRADIÁLISIS SOBRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR DE LOS PACIENTES.

C. GARCÍA SANTANACH¹, M. GÓMEZ¹, M. ARIAS-GUILLÉN¹, R. OJEDA¹, N. FONTSERÉ¹, A. YUGUERO¹, M. VERA¹, M. CARRERA¹,
¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. H. CLÍNICA (BARCELONA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) causa un gran impacto en la calidad de vida del enfermo generando un amplio rango de situaciones estresantes que ocasionan trastornos psicológicos reflejado como ansiedad y depresión predominantemente y físicos, manifestándose como dolor crónico Objetivo: Determinar la eficacia de una pauta de relajación muscular realizada durante la sesión de diálisis sobre el nivel de ansiedad y percepción del dolor.

Material y métodos: Estudio monocéntrico, prospectivo en el que se incluyeron 27 pacientes en programa estable de hemodiálisis (17 hombres, edad media 67 ±12 años). Se realizaron 9 sesiones consecutivas de relajación muscular progresiva (Jacobson) de 30 minutos de duración. Se evaluó al inicio y al final del estudio el nivel de ansiedad mediante el test de STAI, valorándose el estado y el rasgo de ansiedad (>7=ansiedad significativa en ambos). En cada sesión se evaluó pre y post ejercicios de relajación la percepción de ansiedad a través de una escala numérica (0 no ansiedad a 10 ansiedad extrema) y el grado de dolor mediante el test EVA. De los pacientes evaluados con ansiedad significativa el 46.6% % tomaban entre 1 y 3 psicofármacos y el 26.6% % tomaban entre 1 y 2 analgésicos. Las causas del dolor fueron principalmente de tipo musculoesquelético (63'3%) y secundarias al acceso vascular (27'3%)

Resultados: Se presentan los resultados de los 22 pacientes que finalizaron el protocolo. Referente al nivel de ansiedad puntuaron STAI/estado >7 el 68.2 % (15/22), de los cuales descendieron el grado de ansiedad a STAI/estado <7 el 53% desde 8.23 ± 1.22 a 6.67±1.80 (p<0'01), y descendieron aunque no puntuaron <7 el 26% (p<0'01). El 40.9% (9/22) puntuaron STAI/rasgo > 7, descendiendo <7 el 33% (p<0'03) y descendieron aunque no puntuaron <7 el 44.4%. Mediante la escala numérica para la percepción de ansiedad se observó un descenso tanto intradiálisis (de 5'7±0.47 a 3'28±0.70) como interdiálisis (de 6.59±2.04 a 5'18±2.04) significativo (p<0'001 en ambos). Referente a la percepción del dolor, de los pacientes que puntuaron STAI/estado>7, el 77'3% disminuyeron la percepción de dolor durante la sesión de forma significativa (p<0'01), observándose un descenso aunque no significativo del dolor entre la primera y última sesión.

Conclusiones: Realizar relajación muscular de Jacobson desciende el nivel de ansiedad STAI/ estado en el 79% de los pacientes, y el nivel de ansiedad STAI/rasgo en el 77.7%. Asimismo se observó una disminución significativa en la percepción subjetiva del dolor intradiálisis.

352 EDUCACIÓN AL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA. EN EL MARCO DEL "PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL DOLOR ASOCIADO A LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL EN UNIDADES DE DIÁLISIS"

A. PUENTE GARCÍA¹, MT. MARIN LÓPEZ², F. GARCÍA LÓPEZ³, L. NIETO COLINO⁴, S. ALEXANDRU⁵, A. BOTELLA LORENZO⁶, D. YETMAN⁷, A. GANDARA MARTÍNEZ⁸, A. TEJEDOR⁹, R. MARTÍN HERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. FRIAT, ²PSICOLOGÍA. FRIAT, ³EPIDEMIOLOGÍA. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, ⁴FRIAT, ⁵NEFROLOGÍA. H.U. REY JUAN CARLOS, ⁶NEFROLOGÍA. COMPLEJOU. (VIGO), ⁷NEFROLOGÍA. H. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

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

Grupo de Investigación clínica FRIAT compuesto por: Centros de diálisis FRIAT, Unidades Hospitalarias: FJD, HURI Mostoles, HUIE Valdemoro, Hospitales de Referencia: CUH Ourense, CHUVI Vigo, FH Alcorcón, HUPH Majadahonda

Objetivo: Conocer el efecto de una intervención educativa dirigida a nefrólogos y enfermeros de diálisis medida mediante su repercusión en la prevalencia e intensidad del dolor y en la salud percibida.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico en 17 unidades de diálisis (6 hospitalarias y 11 centros periféricos) de España. Inicialmente, se realizó una valoración del dolor mediante el Cuestionario McGill-SV y la escala visual analógica (EVA); la salud percibida fue evaluada mediante el Cuestionario de Salud SF-36.

Posteriormente, se formó al personal sanitario en el manejo del dolor en una sesión formativa con dos aspectos: la evaluación, importancia e instrumentos de valoración; y el tratamiento del dolor (escala analgésica, uso de opiáceos y su rotación). Cuatro meses después se realizó una segunda valoración de los pacientes con dolor para evaluar su efecto.

Resultados: Se evaluaron 252 pacientes (media de edad de 65,1 -desviación tipo 14,5- años y 61% de hombres). La prevalencia de dolor encontrada inicialmente fue del 41%, (101 casos). La media de valor de EVA para la población con dolor fue de 4,7 sobre 10. En cuanto a la intensidad, el 46,5% (47) tenía dolor moderado-intenso (EVA≥5) y 26,7% (27) dolor intenso (EVA ≥7). Tras la acción educativa, de los 76 casos con EVA>0 estudiados solo 36 (47%) seguían con EVA>0 (diferencia del 47%, IC 95% de 35% a 60%, p<0,0001). Del total de casos estudiados, la media de EVA fue de 2,2, con una diferencia de -2,5 (IC 95% de -3,3 a -1,8) p<0,0001 con respecto al periodo pre-intervención. Se observó también una reducción del dolor moderado-severo del 30% y del dolor severo del 21%, con valores de p <0,0001 y 0,0006, respectivamente. La valoración del dolor medida por el índice de valoración del dolor (PRI-V) se redujo de 2,3 a 1,1, con una diferencia de -1,2 (IC 95% de -1,6 a -0,9) y p<0,0001. En relación al SF-36, se obtuvo una mejoría en la dimensión dolor corporal a 51,8 (diferencia 11,5, IC 95% 4,3 a 18,7); no hubo cambios apreciables en el resto de las dimensiones.

Conclusiones: La formación en dolor al personal sanitario que atiende pacientes en hemodiálisis crónica parece reducir la prevalencia e intensidad del dolor así como la percepción del dolor de la salud percibida.

Resúmenes

Hemodiálisis - Otros temas HD

353 PREVALENCIA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

P. MUNGIA NAVARRO¹, R. CAMELO HERNÁNDEZ², MV. RUBIO RUBIO¹, LM. LOU ARNAL¹, J. PÉREZ PÉREZ¹, R. PERNAUTE LAVILLA¹, A. GUTIÉRREZ DALMAU¹, L. ARNAUDAS CASANOVA¹, A. BLASCO FORCÉN¹, A. SANJUAN HERNÁNDEZ FRANCH¹

¹NEFROLOGÍA. H.U. MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Introducción: Las alteraciones del sueño son frecuentes en la enfermedad renal crónica (ERC), alterando la calidad de vida de los pacientes. **Objetivos:** Determinar mediante test específicos la prevalencia de alteraciones en la calidad del sueño, hipersomnia diurna, apneas del sueño, y síndrome de piernas inquietas en hemodiálisis periódica (HDP). Analizar la correlación de estas alteraciones del sueño con parámetros de diálisis, comorbilidad y parámetros analíticos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en HDP. Se recogen variables demográficas (edad y sexo), etiología de la ERC, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, índice de comorbilidad de Charlson, parámetros clínicos (creatinina, albúmina, ferritina, proteína C reactiva, hemoglobina) parámetros de diálisis (turno, Kt/v), tiempo en diálisis y consumo de hipnóticos. Test de estudio del sueño: Test de piernas inquietas, dos test de screening de apneas del sueño (Test de Berlín y Test stop-bang), Test de somnolencia de Epworth y Test de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI).

Resultados: Incluimos 50 pacientes, edad media 65,8 ± 12, varones 75 %, IMC 24 ± 5, Índice de comorbilidad de Charlson 6,26 ±, Kt/V 1.52 ±0,6, meses en HD 123,74 ± 132, Hipnóticos 43,8%. Principales causas de ERC: NAE 26,6%, GN 20,3% Nefropatía diabética 15,6%. TXR previo 33,3%.

Porcentaje de pacientes con alteraciones en los test del sueño: PSQI 47,8 %, Test de Berlín 50%, Test Stop bang 42,9%, Cuestionario de somnolencia de Epworth 12,5% y Síndrome de piernas inquietas 52,0%. Los pacientes con mayor IMC tienen una tendencia no significativa a una mala calidad de sueño (22,94 vs 26,20 p=0,079). El consumo de hipnóticos se relacionó con mala calidad de sueño (32,1% vs 72,2% p=0,009) y síndrome de piernas inquietas (37,9% vs 71,4% p 0.019). El Síndrome de apnea del sueño se correlaciona con la edad (64,6 vs 71,3 p=0,046) y se acerca a la diferencia estadísticamente significativa con el índice de comorbilidad de Charlson (5,96 vs 7,1 p=0,096). El Cuestionario Stop Bang no muestra relación estadísticamente significativa, aunque sí tendencia con la albúmina 3,69 vs 3,51 p=0,084 y PCRus 0,79 vs 1,88 p=0,088.

Conclusiones: La prevalencia de alteraciones del sueño (mala calidad del sueño, hipersomnia diurna, apneas del sueño) y del síndrome de piernas inquietas son frecuentes en los pacientes en hemodiálisis en torno al 50%.

Estas alteraciones parecen relacionarse con edad, sobrepeso y parámetros nutricionales e inflamatorios. Sería interesante ampliar el estudio y completarlo con poligrafía respiratoria.

354 LA LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

MJ. TORRES SÁNCHEZ¹, A. PÉREZ MARFÍL¹, M. ORELLANA AGREDA¹, R. VIDAL¹, M. PEÑA ORTEGA¹, JA. APARICIO¹, G. BALAGUER ALBERTI¹, A. OSUNA¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (GRANADA), ²NEFROLOGÍA. CENTRO DE HEMODIÁLISIS NEVADA (GRANADA)

Introducción: El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para el enfermo renal. La lista de espera de trasplante (LET) es compleja de realizar y conlleva una valoración exhaustiva de los pacientes a incluir. Esto hace que no todos los pacientes sean candidatos óptimos y por ello se prolongan los estudios pretrasplante. Pretendemos determinar los inconvenientes que encontramos a la hora de estudiar a los pacientes en hemodiálisis y conocer las incidencias de la LET.

Pacientes y método: Se realizó un estudio observacional a 162 pacientes en hemodiálisis durante 2014. Se determinaron variables demográficas, de comorbilidad y se intentó ver la relación entre estudios prolongados e incidencias. Se analizó con el paquete estadístico SPSS15.0.

Resultados: El 71% de todos los pacientes que hubo en 2014 en la unidad de hemodiálisis eran varones, edad media 64.6±14.18 años y tiempo medio en hemodiálisis 43.8±48.37 meses siendo la etiología renal más frecuente con 21.6% nefroangiosclerosis, diabética y desconocida. Se encontraban incluidos en LET el 22.8% (n=37), se encontraban en estudio pretrasplante el 17.3%, el motivo de exclusión más frecuente fue la edad y comorbilidad en el 34.6% y se encontraban en contraindicación temporal el 3.1%. En LET, el 81.1% eran varones, edad media 56.7±12.21 años y tiempo medio en hemodiálisis 43.5±24.18 meses, etiología renal más frecuente 24.3% no filiada y 18.9% intersticial. El tiempo medio de espera para inclusión en LET fue de 12.7±11.53 meses y de espera para trasplante de 33.4±24.76 meses. El 28.9% de los incluidos (n=11) fueron trasplantados. Se realizó el estudio básico según protocolo de la unidad de Nefrología en el 31.5% de los estudiados, el resto requirió derivación a especialidades, con mayor frecuencia a Cardiología con 27.4%. El 13.8% precisó más de una valoración especializada y el 4.2% hasta tres. Los incluidos eran mayoritariamente del grupo sanguíneo (GS) O (54.1%) seguidos de A (27%), B (13.5%) y AB (5.4%). Se relacionó el índice de comorbilidad Charlson con el tiempo de estudio y necesidad de evaluación especializada sin significación. El tiempo hasta la inclusión en LET fue significativamente mayor en los que perdieron citas o precisaron coronariografía. El tiempo de espera para el trasplante fue significativamente mayor para el GS O (p<0.05).

Conclusiones: -Los pacientes incluidos en LET suelen ser varones, de GS O, pluripatológicos y que requieren estudio multidisciplinar para determinar si son óptimos para trasplante renal. -Los tiempos de espera tanto para inclusión en LET como para trasplante son de 12.7±11.53 y 33.4±24.76 meses respectivamente.

355 ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS EN EL PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN PAUTA DE HEMODIÁLISIS INCREMENTAL (2 SESIONES A LA SEMANA).

P. DOMÍNGUEZ¹, JL. MERINO¹, A. GARCÍA CABELLO², B. BUENO¹, JC. PORRO², Y. AMÉZQUITA³, B. ESPEJO¹, M. BATLLE², V. PARAISO¹

¹NEFROLOGÍA. H5.U. DEL HENARES (MADRID), ²CARDIOLOGÍA. H.U. DEL HENARES (MADRID), ³NEFROLOGÍA. H.U. INFANTA SOFÍA (SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES, MADRID)

Introducción: La función renal residual (FRR) una vez iniciado tratamiento renal sustitutivo (TRS) es un aspecto determinante. La pauta incremental (2 veces en semana) puede preservar dicha FRR. Pese a aspectos potencialmente beneficiosos de esta pauta, su aplicación no está extendida no ante posibles repercusiones deletéreas. Hemos analizado los cambios ecocardiográficos de los pacientes en pauta de diálisis incremental durante el primer año de tratamiento renal sustitutivo en nuestro centro.

Material y Métodos: Incluimos pacientes incidentes con necesidad de TRS, que reúnan criterios para iniciar en pauta incremental (2 sesiones/semana). No se incluyeron para el estudio pacientes que estuvieran menos de 6 meses en pauta incremental. Se realizó control analítico mensual y reevaluación de la diuresis residual cada dos meses. Se practicaron ecografía basal y a los doce meses de seguimiento.

Resultados: En el momento del estudio 25 pacientes habían sido incluidos en técnica incremental, de estos 14 pacientes han estado en técnica incremental más de un año. Cinco mujeres y nueve varones, la etiología de la enfermedad renal fue en 4 casos una glomerulonefritis, en 3 una nefropatía diabética, 2 poliquistosis, 2 no filiadas, una nefropatía intersticial, una mieloma múltiple y una nefroangiosclerosis. La edad media al inicio de TRS fue de 60±16 años. El tiempo medio en técnica incremental fue de 16±18 meses, (mediana de 10 meses, rango de 74-6), con una permanencia media en TRS de 24±21 meses, (mediana 16 meses, rango: 74-6). La tabla muestra los datos basales y al año de la función renal y de los parámetros ecocardiográficos.

Conclusiones: Los parámetros ecocardiográficos en este periodo de seguimiento no empeoraron. La HD incremental, con 2 sesiones de HD/semana, puede preservar la función renal residual en buena medida al menos durante el primer año. Esta modalidad puede ser una alternativa en un grupo seleccionado de pacientes.

■ Tabla.

	Diuresis Residual (ml/día)	Aclaramiento de urea (ml/min)	FRR calculada (ml/min)	Grosor SIV (mm)	FEVI (%)	Grosor Pared posterior (mm)	DTVDI	DTSVI
Basal	2100±600	Diuresis	8,8±2,3	11,4±1,5	70±7	11,5±1,7	49,7±6	28,9±2
12 meses	1400±300	Residual	6,9±4,3	11±1,9	72±8	10,9±1,5	49±7	28,8±6
	p=0,15	(ml/día)	p=0,15	p=0,35	p=0,14	p=0,14	p=0,19	p=0,08

356 ¿ES IGUAL UNA HDF ONLINE CON CITRATO QUE UNA HDF ONLINE CON ACETATO?

RI. MUÑOZ¹, A. VARGAS¹, O. BOVEDA², L. ROMERO², A. OLARTE¹, S. BILBAO¹, I. CORNAGO¹, P. NEYRA¹, P. GARCÍA LEDESMA¹, A. HERNANDO¹

¹NEFROLOGÍA. H. GALDAKAO (VIZCAYA), ²ANÁLISIS CLÍNICOS. H. GALDAKAO (VIZCAYA)

Introducción: En el líquido de diálisis habitual utilizamos 4mmol/l de acetato que produce inflamación y estrés oxidativo. Recientemente se ha sustituido acetato por citrato. Nuestro objetivo es comparar los efectos agudos de una sesión de HDF-online con citrato con una sesión de HDF-online con acetato: clínica, iones, metabolismo calcio/fósforo, capacidad depurativa, inflamación y estrés oxidativo.

Material y métodos: Dializamos a los pacientes con HDF-online con baño con acetato una sesión y la semana siguiente una HDF-online con baño con citrato, manteniendo la misma pauta. Recogimos datos demográficos, I.Charlson, tensión arterial(TA), frecuencia cardíaca(FC) al inicio y al final de la sesión y eventos: hipotensión sintomática/mareo, calambres. Analizamos pre y post diálisis: calcio-total, calcio-iónico, calcio-correctido, fósforo, PTH, magnesio, bicarbonato, urea, beta2microglobulina, inflamación:IL6, y estrés oxidativo: actividad superóxido dismutasa(SOD), Kt/V monocompartimental, Kt/V equilibrado, Porcentaje Reducción Beta2microglobulina y APTT y TP. Para la comparación de medias utilizamos T-test.

Resultados: Incluimos a 41 pacientes, tras firmar consentimiento informado. 13 mujeres. Media edad: 70,41±14,65años. I.Charlson≥5 el 30%, 27% diabéticos, 90% hipertensos, 17% vasculopatía periférica, 49% cardiopatas. Pauta de diálisis utilizada: HDF-online postdilución, dializador HF de 1,8-2,2m², tiempo media 218±21 minutos, Qb 380-430ml/min, enoxaparina 20-40mg. El dialisate-citrato: citrato 1mmol/l y Ca 1,75mmol/l, el dialisate-acetato: 4mmol/l de acetato y Ca 1,5mmol/l. Resultados clínicos: TAS, TAD y FC ver tabla 1. Una hipotensión sintomática con mareo en un paciente con acetato y otra con citrato.

Resultados analíticos: media de Kt/V monocompartimental citrato/acetato 1.56±0.34/1.54±0.32 (p=0,754), Kt/V equilibrado 1.33±0.29/1.31±0.27 (p=0,650), media de PRbeta2microglobulina citrato/acetato 74.43%±7.30/74.85%±7.68 (p=0,635). Reinfusión total online citrato/acetato 22,14±6,25/22,08±4,55 litros.

Otros resultados tabla 1.

Encontramos diferencias significativas en calcio y magnesio **Conclusiones:** La HDF-online con sustitución del acetato por citrato es bien tolerada, sin complicaciones, con eficacia similar, requiere ajuste de calcio y magnesio. Serían necesarios estudios de mayor duración para valorar inflamación y estrés oxidativo.

■ Tabla 1.

Media ± ds de la resta de los valores: preHD - postHD	HDF OL Acetato	HDF OL Citrato	p-valor
TAS mmHg n=41	5,44 ±20,26	9,41 ±21,69	p 0,7684
TAD mmHg n=41	1,67 ±12,32	2,78 ±14,33	p 0,9264
FC latidos/min n=41	-4,38 ±14,39	0,39 ±12,14	P 0,1175
Calcio total mg/dl n=41	-1,05 ±0,67	-1,36 ±0,64	p<0,032*
Calcio iónico mg/dl n=41	-0,47 ±0,24	-0,31 ±0,27	p<0,008*
Calcio corregido mg/dl n=41	-0,8 ±0,42	-1,22 ±0,46	p<0,001*
Fósforo mg/dl n=41	2,79 ±1,54	2,65 ±1,32	p 0,2630
PTH pg/ml n=41	111,84 ±84,58	109,05 ±97,62	p 0,890
Magnesio mg/dl n=41	0,324 ±0,23	0,49 ±0,39	p<0,019*
Bicarbonato mmol/L n=29	-5,09 ±3,72	-4,7 ±4,40	p 0,722
PCR mg/l n=41	0,229 ±3,23	0,16 ±5,03	p 0,890
IL6 pg/ml n=37	0,561 ±4,49	0,04 ±5,43	p 0,664
SOD (U/ml) n=37	0,185 ±29,48	-3,05 ±30,24	p 0,642
TP % n=39	-0,76 ±1,42	0,15 ±3,18	p 0,108
APTT seg n=39	-4,14 ±8,27	-1,64 ±7,75	p 0,181

357 HEPATITIS CRÓNICA POR VHC EN HEMODIÁLISIS EN EXTREMADURA. COMPARACIÓN CON EL REGISTRO NACIONAL.

I. CEREZO¹, R. HERNÁNDEZ GALLEGO¹, B. GONZALES¹, M. BAYO¹, E. CHÁVEZ¹, C. MARTÍNEZ DEL VIEJO², J. VILLA³, E. GARCÍA DE VINUESA⁴, J.P. MARÍN⁵, J. CUBERO¹

¹NEFROLOGÍA. H. INFANTA CRISTINA (BADAJOZ), ²NEFROLOGÍA. FRESENIUS MEDICAL CARE (MÉRIDA), ³NEFROLOGÍA. FRESENIUS MEDICAL CARE (BADAJOZ), ⁴NEFROLOGÍA. FRESENIUS MEDICAL CARE (VILLA-NUOVA DE LA SERENA), ⁵NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES)

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

Estudio multicéntrico

Introducción: En hemodiálisis (HD) la prevalencia de Hepatitis C Crónica (HCC) es mayor que en la población general. A pesar de la evidencia de su tratamiento previo al trasplante, no todos los protocolos lo recomiendan. El objetivo del presente estudio fue analizar la prevalencia de pacientes con infección crónica por VHC en HD en Extremadura, así como su grado de seguimiento y tratamiento. Como objetivo secundario, comparar nuestros resultados con los del registro nacional (estudio SHECTS)

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte multicéntrico realizado entre diciembre de 2013 y diciembre de 2014. Se analizaron datos generales como edad y sexo, variables nefrológicas (etiología IR, tiempo en diálisis, candidatos a trasplante, tratamiento con hierro y/o Agentes estimulantes de la eritropoyesis) como hepatológicas (genotipo, carga viral, tratamiento antiviral, respuesta al mismo, complicaciones de hepatopatía, hábito enólico) y variables analíticas (Bilirrubina, Enzimas hepáticas, Tiempo de Protrombina, INR, Albúmina)

Resultados: Participaron 12 unidades de hemodiálisis (7 extrahospitalarias) con un total de 588 pacientes. La prevalencia de VHC fue 5,27% (edad media de 61,9 ± 14,7). Las causas más frecuentes de IR fueron la Nefropatía Diabética y Glomerulonefritis (ambas 23,5%). Fueron candidatos a trasplante renal un 44,1 % (17,6% aptos en lista). La mediana de tratamiento con Agentes estimuladores de la Eritropoyesis fue 1500 UI semanales [0 - 8000] y de Hierro 12,5 mg semanales [0 - 50]

En cuanto a la situación hepatológica, un 67% de los pacientes presentaba carga viral positiva. No se disponía del genotipo en un 58,8% de los casos, siendo el más frecuente el 1b (17,6%). Un 38,2% había recibido tratamiento antiviral, con remisión en el 38,4%. Realizaban seguimiento por Digestivo un 73,5%, siendo las complicaciones más frecuentes Hipertensión Portal (17,6%) y Varices esofágicas (8,8%)

Comparando nuestros datos con los registrados a nivel nacional encontramos que la prevalencia de HC por VHC era similar (5,27% frente 5,6%), y lo mismo ocurría con el resto de variables. La principal diferencia se halló en la causa de IR (No filiada: 35,3%, Nefropatía Diabética 23,5%, GMN 23,5% frente a 21%, 17% y 25% respectivamente).

Conclusiones: La Hepatitis C es un problema importante en diálisis. El abandono o negativa del tratamiento antiviral condiciona mayor número de pacientes con carga viral positiva, con mayor riesgo de contagio y complicaciones crónicas. Los nuevos tratamientos podrían abrir una puerta a este problema, siendo precisos protocolos unificados de seguimiento entre Digestivos y Nefrólogos.

358 INTOLERANCIA INMUNOLÓGICA A LOS ALOINJERTOS RENALES. ANÁLISIS DE LA ACTITUD TERAPÉUTICA EN UNA SERIE DE 63 PACIENTES.

D. GARCÍA AGREDA¹, B. CHAMOUNI¹, D. HERNÁNDEZ², M. PÉREZ², A. SEGARRA¹, A. SEGARRA¹, I. AGRAZ¹, M. GALICIA¹, J. FORT¹

¹NEFROLOGÍA. H. VALL D'HEBRON (BARCELONA), ²ANGIORADIOLOGÍA. H. VALL D'HEBRON (BARCELONA)

Introducción: El síndrome de intolerancia inmunológica al injerto (SIA) puede complicar la evolución de pacientes que reinician diálisis y asociarse a un estado inflamatorio. El objetivo es analizar las características clínicas de los pacientes con SIA, su influencia sobre el estado inflamatorio, los resultados del tratamiento y la incidencia de SIA tras la implantación de un protocolo de retirada lenta de inmunosupresión.

Enfermos y métodos: Entre 1997-2014, 63 enfermos reiniciaron hemodiálisis o diálisis peritoneal tras pérdida del injerto. Al reinicio de ambas técnicas, se registraron variables demográficas y clínicas, nivel de Hb, ferritina, fibrinógeno, proteína C reactiva, haptoglobina y VSG. El tratamiento de elección fue la embolización selectiva o trasplantectomía, si contraindicación. Las determinaciones bioquímicas se repitieron tras los procedimientos terapéuticos y se analizó la evolución de los parámetros inflamatorios.

Resultados: El tratamiento de primera elección fue trasplantectomía en 11 enfermos (17,4%) y embolización en 52 enfermos (82,5%). En 11/52 enfermos (21,1%) fracasó la primera embolización. Dos requirieron nueva embolización y 9 trasplantectomía. 2/52 (3,8%) enfermos embolizados presentaron infección del injerto y 2 (3,8%) complicaciones hemorrágicas. 23 enfermos en total (36,5%) requirieron trasplantectomía. Tras anulación del injerto renal, se apreció un incremento significativo de niveles de albúmina y Hb, y una significativa reducción de PCR. Tras prolongación del tratamiento inmunosupresor, se apreció descenso de casos con SIA.

Conclusiones: El SIA se asocia a activación de respuesta inflamatoria y duración del tratamiento inmunosupresor. La embolización tiene éxito en 63,5% de los casos pero asocia un 4-5% de complicaciones. La anulación de la función renal, se asocia a mejoría de parámetros inflamatorios.

359 COMPARACIÓN DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO INTRADIÁLISIS FRENTE A EJERCICIO DOMICILIARIO SOBRE CAPACIDAD FÍSICA FUNCIONAL Y NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA

L. ORTEGA PÉREZ DE VILLAR¹, S. ANTOLÍ GARCÍA¹, J.J. AMER CUENCA¹, J. MARTÍNEZ GRAMAGE¹, V. BENAVENT CABALLER¹, M.J. LIDÓN PÉREZ², P. MOLINA VILA², E. SEGURA ORTÍ¹

¹FISIOTERAPIA. UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA CEU (VALENCIA), ²HEMODIÁLISIS. H. DR PESET (VALENCIA)

Introducción: Desde hacer años se vienen implantando ejercicios para pacientes en hemodiálisis (HD), demostrando su beneficio. Sin embargo, son pocas las unidades de HD que ofrecen como rutina de tratamiento un programa de ejercicio adaptado a estos pacientes. El elevado coste de contar con una fisioterapeuta en las unidades es una de las principales causas, por lo que es necesario encontrar alternativas más económicas para generalizar la realización de ejercicio. El objetivo es comparar los efectos de un programa de ejercicio intradiálisis frente a ejercicio en casa, la adherencia al programa, la capacidad física funcional y el nivel de actividad física.

Métodos: Diecisiete pacientes en HD fueron incluidos y aleatorizados en el estudio en un grupo de ejercicio intradiálisis (GI)(n=9, edad 64.1(14.5) años, 4 hombres) o en un grupo de ejercicio en el casa (HB) (n=8, edad 57.8(16.8) años, 4 hombres). Siete sujetos del GI y tres del HB abandonaron el estudio. Ambos programas consistieron en la combinación de ejercicios de fuerza y ejercicio aeróbico durante 4 meses con un total de 48 sesiones. Se valoró una amplia batería de pruebas funcionales (Short Physical Performance Battery, equilibrio monopodal, Timed up and go, Sit to stand to sit test 10 y 60, dinamometría de mano, fuerza de tríceps, 6 minutos marcha) y dos cuestionarios de nivel de actividad física. El análisis estadístico se realizó mediante una prueba ANOVA mixta.

Resultados: Un total de 7 pacientes finalizaron el estudio y fueron analizados, dos pacientes en el GI y 5 pacientes en el HB. La prueba ANOVA mixta mostró un efecto significativo del factor tiempo sólo en el caso del cuestionario de actividad física Human Activity Profile (P<.017) donde la mediana de los pacientes del GI tenían una puntuación pre de 48.5 (min44 - max 53) y post de 62 (min 8 - max 66); mientras en el HB obtuvieron una puntuación pre de 7 (min 2 - max 54) y post de 17.5 (min 13 y - max 86). Respecto al resto de pruebas funcionales, no se encontró ninguna diferencia significativa. En cuanto a la adherencia a los programas de ejercicios los pacientes del GI cumplieron el 92.70 % del total de las sesiones, mientras que HB el 68.74%.

Conclusiones: Tanto GI como el ejercicio HB resultan en un aumento del nivel de actividad física de los pacientes en hemodiálisis. Es necesario modificar factores, tanto en el personal sanitario que atiende a estos pacientes como en los propios pacientes, para conseguir mayor adherencia a los programas de ejercicio

360 HEMODIÁLISIS PEDIÁTRICA: UNA NECESIDAD PUEDE SER UNA REALIDAD. UNA EXPERIENCIA MARAVILLOSA EN NUESTRA UNIDAD

I. MORENO GONZÁLEZ¹, E. GUTIÉRREZ VÍLchez¹

¹NEFROLOGÍA INFANTIL H. REGIONAL U. (MÁLAGA)

Objetivos: Subrayar las necesidades actuales de nuevas aperturas de centros de hemodiálisis pediátrica a nivel nacional.

Acercar el día a día de la Unidad de Hemodiálisis Pediátrica de nuestro hospital al resto de profesionales pertenecientes a la S.E.N.

Presentar protocolo de actuación desde la entrada en programa del paciente y método de trabajo.

Métodos: Se calcula la incidencia de la enfermedad renal crónica en pacientes menores de quince años en nuestra provincia y zona de referencia antes de la apertura de la unidad. Se recogen los datos etiológicos de la ERC de base y la comorbilidad asociada de todos los pacientes sometidos a hemodiálisis, tanto crónicos como agudos y vacacionales desde la apertura de nuestra unidad hasta la actualidad. Asimismo se recoge la actividad en cuanto a número de pacientes y tratamientos realizados.

Se analiza la evolución de pacientes trasplantados en nuestra Unidad desde su comienzo.

Se han realizado entrevistas semiestructuradas con registro de datos y análisis de ellos a todos los pacientes y familiares que proceden de otra provincia, tras ello las discusiones se centraron en torno al deterioro de salud, social, económico y psicológico de dichos entrevistados al tener que recibir el tratamiento de HD en otra provincia distinta a su residencia.

Finalmente se recoge un video (el cual proyectaríamos) en el cual se muestra el lado más humano de la relación paciente (niño) -enfermer@ durante una sesión de hemodiálisis.

Resultados: Desde Junio del 2012 (fecha de la apertura) hasta la actualidad se han dializado 17 pacientes en nuestra Unidad. La causa más frecuente de ERCA en pacientes menores de quince años fue anomalías estructurales de riñón y vías urinarias (29%). El 95% de los pacientes presentaba hipertensión arterial y el 25% cardiopatía estructural. La incidencia de ERCA en nuestra provincia ha sido de 7.89 por millón de población infantil. Tras las entrevistas semiestructuradas a familiares se detecta la necesidad de centros de diálisis en la provincia de residencia de los niños. Durante el periodo analizado se han trasplantado el 85% del total de pacientes atendidos.

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial muestra buenos resultados en cuanto a satisfacción de pacientes y familiares, calidad de diálisis y en consecuencia, buena preparación metabólica y calidad de vida pre y post-trasplante.

Resúmenes

Hemodiálisis - Otros temas HD

361 EXPERIENCIA EN UTILIZACIÓN DE AFÉRESIS TERAPÉUTICA EN HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA DE CÁCERES.

S. POLANCO CANDELARIO¹, J. DEIRA LORENZO¹, JP. MARÍN¹, S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN¹, M. JIMÉNEZ HERRERO¹, E. DAVIN¹, PJ. LABRADOR¹, S. GALLEGO DOMÍNGUEZ¹, JM. SÁNCHEZ MONTALBÁN¹, JR. GÓMEZ-MARTINO ARROYO¹

¹NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES)

Introducción: La aféresis terapéutica está indicada en diversas patologías hematológicas (síndrome hemolítico urémico (SHU) /púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), neurológicas renales. Su utilización tiene distintos grados de recomendaciones según diferentes guías.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizan aféresis terapéuticas realizadas en nuestra unidad de agudos en un periodo de 3 años. Se describe edad media, género, etiología que requiere aféresis terapéutica, tipo de líquido de reposición, número de sesiones y complicaciones de la técnica.

Resultados: Desde Enero de 2012 hasta Diciembre de 2014 se indicó aféresis terapéutica en 26 pacientes, de ellos 12 mujeres (46%). La edad media 52+-15años. En total se realizaron 295 sesiones con un promedio por paciente de 11.4. La etiología fue: PTT 6 pacientes (23%), Miastenia Gravis 6 (23%), Vasculitis ANCA + 3 (11 %), Síndrome Guillian-Barré 4 (15%), Recidiva de Glomerulonefritis focal y segmentaria en Trasplante 1 (4%), Mieloma múltiple 1 (4%), Macroglobulinemia de Waldstrom 1 (4%) y Sd Goodpasture 1 (4%), SHU 1 (4%), SHU atípico 1 (4%) y Encefalitis postherpética 1 (4%). En las patologías hematológicas se utilizó Plasma fresco congelado como líquido de sustitución y en el resto albúmina al 5%. El número medio de sesiones por paciente fue de 11.46. 5 pacientes fallecieron (2 por PTT, uno de ellos secundaria a patología neoplásica infiltrativa, 1 tras encefalitis postherpética por status epiléptico refractario, 2 afectos de Vasculitis ANCA + por hemorragia alveolar). Como complicaciones importantes se produjo 1 reacción anafiláctica recuperada tras tratamiento con corticoides y como complicaciones menores varios sangrados autolimitados y parestesias por alteraciones hidroelectrolíticas. Tanto el paciente con SHUa como el afecto de Enfermedad de Goodpasture y 1 de los casos de Vasculitis ANCA+ evolucionaron hacia enfermedad renal crónica terminal iniciando terapia renal sustitutiva. Los otros pacientes afectos de patologías neurológicas tuvieron remisión completa de síntomas aunque tuvieron recidivas posteriores.

Conclusiones: Tras nuestra experiencia observamos que la aféresis terapéutica es una herramienta terapéutica que permite a los nefrólogos un mejor manejo de diversas patologías, con un número bajo de complicaciones. El manejo multidisciplinar de las mismas permite disminuir la morbimortalidad asociada a estas enfermedades.

362 SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES INCIDENTES EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE CÁCERES EN LOS AÑOS 2012-2013

S. POLANCO CANDELARIO¹, JP. MARÍN¹, J. DEIRA LORENZO¹, S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN¹, M. JIMÉNEZ HERRERO¹, E. DAVIN¹, PJ. LABRADOR¹, I. CASTELLANOS¹, R. NOVILLO¹, JR. GÓMEZ-MARTINO ARROYO¹

¹NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES)

La incidencia de enfermedad renal crónica terminal esta incrementando de forma progresiva en toda España.

Material y métodos: Este es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se evaluaron los pacientes que iniciaron hemodiálisis en la provincia de Cáceres en enero del 2012 hasta diciembre 2013. Las variables a estudiar fueron la edad al inicio, hábito tabáquico, tipo de acceso vascular (catéter temporal, catéter permanente, Fístula arterio venosa), consultas previas de ERCA, etiología de la enfermedad renal crónica, antecedentes de enfermedad cardiovascular y cáncer.

Resultados: De un total de 115 pacientes que iniciaron terapia renal sustitutiva en la provincia de Cáceres, 76 (66%) de ellos fueron en modalidad de HD.

La división por sexo fue la siguiente: 20 (26,%) son mujeres ; la edad media fue de 54,5+-13.8. En lo que se refiere a la etiología de la ERC: No filiada 21 (28%), Nefropatía Diabética 19 (25%), Vascular 16 (20%), Glomerulonefritis Crónica 5 (7%), Hialinosis Focal Sementaria 3 (4%), Obstruccion 4 (5%) LES 2 (3%), Nefritis Tubulo Intertubulo Crónica 4 (5%), Vasculitis 2 (3%). De los 76 pacientes, sobreviven 59 (78%) y fallecieron 17 pacientes para un (22,36%). Al inicio de la HD, 30 pacientes (40%) tenían FAV, 39 (51%) iniciaron con catéter temporal y 7 pacientes (9%) con catéter permanente.

68 Pacientes (89%) habían sido vistos en consulta de ERCA antes de iniciar HD. 53 pacientes (70%) se habían reportado mas de dos consultas previas. 22 pacientes se encontraban en la condición de fumador al inicio de la HD para un (29%). 28 pacientes habían sido diagnosticados de algún tipo de ECV (36,84%). 10 (13,15%) de los pacientes estudiados, tenían antecedentes de algún tipo de neoplasia.

Se realiza curva de supervivencia tipo Kaplan Meir en función del tipo de acceso vascular. Se objetiva que los pacientes que iniciaron HD con FAV tienen mayor supervivencia sobre los pacientes portadores de catéter permanente y catéter transitorio, aunque sin evidenciarse diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes que iniciaron TRS en modalidad de HD en nuestra provincia fue ligeramente inferior a los datos globales de Extremadura.

La supervivencia de nuestros pacientes a los dos años de iniciar HD es similar a la reportada por la SEN.

Un alto porcentaje de los pacientes de estudio, habían sido valorados en consultas externas de nefrología antes de iniciar HD.

Hemos de intentar reducir el número de pacientes que inician con catéter transitorio, monitorizando el funcionamiento de las FAVs realizadas para puncionarla con una maduración optima.

363 ¿ES IRREVERSIBLE EL INICIO DE DIÁLISIS CRÓNICA?

E. ESQUIVIAS DE MOTTA¹, ML. AGÜERA¹, N. ARENCIBIA PÉREZ¹, A. ROBLES LÓPEZ¹, MD. SALMERÓN RODRÍGUEZ¹, S. SORIANO¹, P. ALJAMA¹

¹NEFROLOGÍA. H.U. REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

Introducción: El inicio de terapia renal sustitutiva (TRS) crónica, ya sea de manera programada o no, a menudo supone una pérdida irreversible de función renal. Sin embargo, un porcentaje de pacientes recuperan función renal suficiente para abandonar la diálisis.

El objetivo de este estudio fue analizar la recuperación de función renal en pacientes que inician TRS, y comparar aquellos que lo hacen de forma programada y de forma no-programada (durante un ingreso hospitalario).

Material y métodos: Seleccionamos los pacientes que iniciaron TRS de manera no-programada (en el contexto de un ingreso hospitalario) en los últimos 18 años (N=947) y los dividimos según si recuperan función renal (N=24) o no (N=923). Como grupo de control utilizamos una cohorte histórica de pacientes que inician TRS de manera programada y que recuperan posteriormente función renal (N=38).

Analizamos variables demográficas, etiología de la insuficiencia renal, procedencia y destino posterior del paciente (Nefrólogo versus no Nefrólogo), causa que motivó el inicio de TRS, tiempo hasta recuperar función renal, situación actual y supervivencia.

Resultados: 62 pacientes recuperaron función renal suficiente para abandonar la TRS, 24 no-programados y 38 programados. La edad media fue de 58.3±17.3años, siendo mayores en el grupo de no-programados (67.4±14.6 vs 52.7±16.7, p<0.001). El 56.5% fueron varones, sin diferencias entre los grupos.

Los 24 no-programados que recuperan función renal inician TRS en un 54.3% por fracaso renal agudo, 12.5% por reanudación de una insuficiencia renal crónica y 33.3% por mal manejo del volumen. Tras 14 (13.9) meses en TRS, recuperan función renal y el 75% se mantiene sin TRS en el fin de seguimiento, 25.3 (50) meses. Los 38 programados recuperan función renal más precozmente, tras 3.2 (8.9) meses en TRS (p=0.009) y actualmente un 24% sigue fuera de TRS tras una media de seguimiento de 91.3 (168) meses.

La supervivencia del paciente fue superior en los pacientes no-programados. Al año de seguimiento presentaron en 90.6% de supervivencia acumulada vs 81.6% los programados (P<0.001).

Conclusión: El inicio de TRS no siempre es irreversible, a pesar de que se inicie de manera programada. Esta recuperación puede ser tardía, por lo que es preciso un seguimiento estrecho de estos pacientes potencialmente recuperables.

364 EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO DE UN PROYECTO EDUCACIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: ESCUELA DEL PACIENTE RENAL.

I. MOGOLLÓN SALGADO¹, C. LAZARTE¹, G. PORTILLA¹, J. HENAO¹, C. MARTÍNEZ¹, A. VILAR¹, A. GALÁN¹

¹NEFROLOGÍA. H. GENERAL (VALENCIA)

La Escuela del paciente Renal (EPR) es un proyecto educativo, informativo y formativo desarrollado desde el Servicio de Nefrología del Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

Objetivos: A través de una intervención multidisciplinar de nefrólogos, endocrinos, nutricionistas, enfermería, psicólogos y rehabilitadores:

- 1- Información y formación a los pacientes familiares acerca de la enfermedad renal y su tratamiento, promoción de hábitos de vida saludables y autocuidado.
- 2- Abordaje global de los problemas que presenta el paciente y entorno familiar y mejorar su calidad de vida.

Material y métodos: Pacientes con enfermedad renal crónica estadios 3 y 4 controlados en Consultas externas de CHUGV.

La EPR desarrolla distintas actividades: talleres de nutrición y psicología, charlas formativas y lúdicas (musicoterapia, risoterapia, rehabilitación...) y el blog del paciente renal.

Dichas actividades se realizan en la escuela del paciente renal como punto de reunión donde los pacientes pueden prestarse apoyo mutuo.

Talleres de Nutrición y Psicología: se imparten a grupos de pacientes durante 6 sesiones seguidas de 2 horas de duración. Se realiza una evaluación de conocimientos tanto de aspectos nutricionales como de su propia enfermedad como de calidad de vida antes y después de la intervención a través de unos test. Las charlas se organizan con periodicidad trimestral y temática variada.

El blog del paciente renal : Noticias diarias sobre temas de interés para el paciente

Resultados: 1- Talleres. Número de pacientes que han participado en los desde el 2013: 70. Nivel de aceptación de los pacientes: muy buena (se evalúa a través de una encuesta de nivel de satisfacción)

2-El blog del paciente renal. Publicación de una noticia diaria (días laborables). Número total de noticias publicadas desde Febrero de 2012 hasta diciembre 2014: 687 noticias.

Distribución de noticias por categorías,

3-Redes sociales: Seguidores en Facebook en diciembre de 2014: 729.

Conclusiones: 1- El conocimiento de los síntomas y su adecuado manejo por parte de los pacientes es un aspecto clave para mejorar su calidad de vida, su autoestima y minimizar los ingresos hospitalarios.

2- La psicoeducación de los pacientes contribuye a una mayor adherencia a los tratamientos y a fomentar hábitos de vida saludables que previenen la enfermedad.

3- Las diferentes vías de comunicación, como las redes sociales, puede ser una fuente más de información y educación de nuestros pacientes.

4- Nuestra experiencia con las distintas actividades de la Escuela del paciente renal ha sido muy positiva.

365 VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

N. CHAHBOUNE¹, I. BEIRERD¹, ME. HUARTE LOZA¹, A. COLOMA LÓPEZ¹, MM. SIERRA CARPIO¹, GI. PIMENTEL GUZMAN¹, AM. GIL PARÁISO¹, C. DALL'ANESE SIEGENTHALER¹, M. ARTAMENDI LARRAÑAGA¹, F. GIL CATALINAS¹
¹NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO (LOGROÑO)

Introducción: Las características de los pacientes en hemodiálisis (HD) han cambiado en los últimos años habiendo aumentado la edad y la comorbilidad, lo que tiene implicaciones sobre aspectos funcionales, dada la necesidad de asistencia y cuidados que requieren.

Objetivo: Analizar el grado de dependencia del paciente en HD mediante Test Delta.

Métodos: Estudio transversal de 44 pacientes. Mediante el «Test Delta» se valoró el grado de dependencia, que consta de tres subescalas que miden: dependencia, deficiencia física y deficiencia psíquica. Se analizaron las siguientes variables: datos demográficos, tiempo en hemodiálisis, horas en HD, índice de comorbilidad de Charlson (ICC), FRCV, hipotensión intradiálisis, valoración nutricional incluida la BIVA, escala Likert y parámetros inflamatorios.

Resultados: 44 pacientes (65.9% varones) con edad media 63.64±16.37 años, ICC 5.36±2.02, patologías habituales de ERC, tiempo medio en HD 51,05±51.02 meses, el 86.4% en HD online o alto flujo, el 18.2% ingresó en los 3 meses previos, el 27.3% presentó hipotensión intradiálisis (2 semanas previas), el 56,8% tiene buen apetito. Según la clasificación del «Test Delta», el grado de dependencia fue: válido en el 70.5%, leve en el 15.9% y moderado-severo en el 13.6%. El análisis por subescalas mostró una deficiencia física moderada-severa en el 27.3% y una deficiencia psíquica moderada en el 2.3%. En la tabla se recogen los datos del Test Delta (puntuación: 0 válido, 1 alteración leve, 2 alteración moderada, 3 alteración severa).

Conclusión: El grado de dependencia de nuestros pacientes radica fundamentalmente por la falta de autonomía en la movilidad por alteraciones del aparato locomotor y en mucha menor medida por deficiencia psíquica. El esfuerzo requerido para la adecuada atención de los pacientes con estas características supone una importante carga de trabajo para el personal sanitario. En nuestro trabajo observamos datos similares a los realizados en otros estudios.

Tabla 1. Resultados parámetros Condición Física.

	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2-3
DEPENDENCIA			
Movilización	72.7%	11.4%	15.9%
Desambulación y desplazamiento	79.5%	2.3%	18.2%
Aseo	81.4%	2.3%	13.6%
Vestido	79.5%	2.3%	18.2%
Alimentación	93.2%	6.8%	0%
Higiene bacteriana	97.7%	2.3%	0%
Administración del tratamiento	70.5%	11.4%	18.2%
Cuidados de enfermería	90.8%	4.5%	4.5%
Necesidad de vigilancia	95.5%	4.5%	0%
Colaboración	93.2%	2.3%	4.6%
DEFICIENCIA FÍSICA			
Estabilidad	59.1%	22.7%	18.1%
Audición y visión	61.4%	34.1%	4.6%
Algunas bacterias	47.7%	31.8%	20.4%
Otras funciones neurológicas	79.5%	15.9%	4.6%
Aparato respiratorio y cardiovascular	59.1%	31.8%	9.1%
DEFICIENCIA PSÍQUICA			
Lenguaje y comprensión	97.7%	2.3%	0%
Orientación y memoria	90.5%	2.5%	4.5%
Tratamiento del comportamiento	90.5%	9.1%	0%
Capacidad del juicio	93.2%	6.8%	0%
Alteración del sueño	54.5%	31.8%	13.6%

366 ¿QUÉ VALOR TIENEN LOS MARCADORES DE DAÑO VASCULAR EN PACIENTES EN DIÁLISIS?

F. ROSIQUE¹, A. MARTÍNEZ LOSA¹, D. MANZANO¹, M. LANUZA LUENGO¹, M. CACHO PÉREZ¹, MR. GEA PENALVA¹, L. JIMENO GARCÍA¹
¹NEFROLOGÍA. H.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

Introducción: En los últimos años se han desarrollado biomarcadores de daño vascular: péptido natriurético tipo B (pro-BNP), creatina-quinasaMB(CK-MB), TroponinaT y proteína C reactiva(PCR). Su valoración en pacientes en diálisis es un reto ya que la mayoría de los estudios indican que sus valores están por encima de la normalidad sin tener claro en la práctica clínica que valores podemos considerar sugestivos de evento agudo.

Material y métodos: Población de 101 pacientes en diálisis y sin ingresos>6 meses. Se analizan los biomarcadores, en hemodiálisis(HD) en sesión intermedia pre-diálisis y en consulta programada en diálisis peritoneal(DP). Se describe con medias las variables cuantitativas y porcentajes o frecuencias las categóricas. Se compara variables binarias con T-student y el coeficiente de correlación de Pearson para la asociación lineal entre variables cuantitativas.

Resultados: La tabla 1 muestra características demográficas-analíticas. Se objetivó elevado el pro-BNP en el 100% de los pacientes, TroponinaT en el 91,09% (el 16,83% presentaba niveles >100 pg/ml), CK-MB en el 6,93% y PCR en el 45,54%. Los niveles de pro-BNP(p=0,071) y TroponinaT(p=0,079) se relacionaron casi significativamente con antecedentes de cardiopatía isquémica. Hubo asociación lineal positiva de CK-MB(r=0,2009;p=0,0484) y TroponinaT(r=0,2175;p=0,0321) con índice de Charlson; y PCR con tiempo en diálisis(r=0,2334;p=0,0186) y asociación casi significativa de TroponinaT(r=0,1878;p=0,063) con tiempo en diálisis. No diferencias estadísticamente significativas entre HD y DP.

Conclusiones:

1.- En concordancia con otros estudios los biomarcadores estudiados están elevados en diálisis, independientemente de la técnica. Destaca elevación de pro-BNP (eliminación renal, patología cardiovascular prevalente e hiperhidratación) y TroponinaT, aunque sólo el 16,83% presentan niveles >100 pg/ml, por lo que su elevación mantiene su valor diagnóstico de daño agudo.

2.- A mayor elevación de CK-MB y TroponinaT mayor comorbilidad (índice de Charlson). La PCR (estado inflamatorio y morbi-mortalidad) está elevada casi en la mitad de la muestra, relacionándose junto con troponinaT con tiempo en diálisis.

Tabla.

Variables	Pro-BNP 60425 pg/ml (IC95% 4464,91 a 9420,38)	Troponina T ¹ 63,50 pg/ml (IC95% 48,05 a 78,95)	CK-MB ² 2,7 ng/ml (IC95% 2,37 a 3,04)	PCR ³ 0,75 mg/dl (IC95% 0,50 a 0,99)
SEXO (MASCULINO)	ns	ns	ns	ns
SEXO (FEMENINO)	ns	ns	ns	ns
EDAD	ns	ns	ns	ns
ETIOLOGÍA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	ns	ns	ns	ns
TIEMPO EN DIÁLISIS	ns	r=0,1878;p=0,063	ns	r=0,2334;p=0,0186
MODALIDAD DIÁLISIS	ns	ns	ns	ns
ÍNDICE DE CHARLSON	ns	r=0,2175;p=0,0321	r=0,2009;p=0,0484	ns
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	p=0,071	p=0,079	ns	ns
CARDIOPATÍA NO ISQUÉMICA	ns	ns	ns	ns
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	ns	ns	ns	ns
DISLIPEMIA	ns	ns	ns	ns
DIABETES	ns	ns	ns	ns
ARRITMIAS	ns	ns	ns	ns
ENFERMEDAD PULMONAR	ns	ns	ns	ns

ns: no significativa(p>0,05)
¹No filtrado: 24,79% (n=25); filtrado subnormalizado: 11,80% (n=12); hipertrofia diastólica: 7,82% (n=8); hipertrofia vascular y/o isquémica: 7,92% (n=8); Enfermedad sistémica: 6,93% (n=7); Alport: 3,98% (n=4); DT: 27,72% (n=28); Poliquistosis renal: 4,95% (n=5); Otras: 3,98% (n=4)
 1)Niveles normales: 5 - 28, 2 Normal 0-14, Inceridumbre 14-100, alta probabilidad daño agudo >100, 3)Niveles normales: 0 - 6,22, 4)Niveles normales: 0 - 6,8

367 FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA SEROLÓGICA A LA VACUNACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS – EXPERIENCIA DE UN CENTRO

L. PICCONE SAPONARA¹, NG. URIBE HEREDIA², E. TRINIDAD PÉREZ¹, G. SANSON QUINTANA¹, C. VOZMEDIANO¹, A. CARREÑO¹, MI. GUIJARRO¹, C. CARRASCO MONTEALEGRE¹, L. ARIAS MORA¹, JA. HERRUZO GALLEGU¹
¹NEFROLOGÍA. ASYTER (ALCÁZAR DE S. JUAN), ²CARDIOLOGÍA. HGUG (GUADALAJARA)

Introducción: La población con ERC presenta un riesgo aumentado de infección por VHB. Habitualmente la tasa de respuesta inmunológica protectora (considerando título de AcVHBs >10mIU/ml) es del 90-95% tras la cuarta dosis de vacuna; en la ERC la respuesta inmunológica es menor y se correlaciona con el grado de ERC. En diálisis, ésta respuesta es variable, inferior del 50% con pautas de 3 dosis y superior con 4 dosis. Los factores de riesgo cardiovascular han sido implicados en la tasa de respuesta a la vacunación.

Objetivo: Analizar la eficacia de la vacuna del VHB en pacientes (p) en hemodiálisis e identificar factores predictores de respuesta.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional. Evaluamos la respuesta a un protocolo de vacunación de 4 dosis (0-1-2-6 meses), determinando los niveles de AcVHBs a los 3 meses de la última dosis. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad asociada, etiología de la ERC entre otras. Análisis estadístico con SPSS 19.0. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se han comparado mediante Test de Chi2. Las variables cuantitativas se expresan como media +/- desviación estándar, y se utilizó la T-student para compararlos. Significación estadística para un valor de p<0.05.

Resultado: Se han incluido 72 pacientes; 49p (68.1%) varones, con una edad media de 65 años y 23p (31.9%) mujeres con una edad media de 64 años. 63p eran hipertensos (87.5%), 29p diabéticos (40.3), siendo la causa de ERC más frecuente las vasculorrenales (20.8%), nefropatía diabética (26,4%) e intersticiales (9%). La respuesta serológica a la vacunación del VHB fue del 79%. Al realizar comparaciones estadísticas entre las variables cualitativas no hemos observado diferencias entre respuesta serológica y DM o sexo; sí hemos encontrado una tendencia a la significación al comparar la respuesta serológica con la variable HTA y etiología de la ERC (poliquistosis renal). La comparación de medias entre variables cuantitativas al realizar el T-Student no mostró diferencias para ninguna de las variables del estudio.

Conclusión: En nuestro centro, la vacunación del VHB en diálisis, alcanza una tasa de respuesta del 79%. La HTA puede condicionar la respuesta inmunológica a la vacunación en pacientes en HD, aunque no se alcanzó significación estadística. La patología hereditaria ha sido la que mejor respuesta serológica ha mostrado respecto al resto de etiologías, quizás asociado a una mayor función renal residual.

368 VALORES BASEALES DE FENOL Y P-CRESOL CON DIFERENTES TIPOS DE DIÁLISIS.

M. GARBIRAS¹, F. TORNERO MOLINA¹, JA. HERRERO¹, I. ORTEGA¹, L. MARTÍN¹, A. SHABAKA¹, V. LÓPEZ DE LA MANZANARA¹, M. POMA¹, MJ. TORREJÓN¹, J. BAUTISTA¹
¹NEFROLOGÍA. H. CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ²ANÁLISIS CLÍNICOS. H. CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: Fenol y P-cresol son toxinas de bajo peso molecular de origen intestinal y excreción renal, que se encuentran elevadas en el plasma de los pacientes en diálisis. La unión a proteínas hace que su eliminación sea compleja.

Objetivos: Analizar los niveles plasmáticos de fenol y p-cresol en los pacientes en diálisis y comparar la influencia del tipo de diálisis en su depuración.

Material y métodos: Fueron incluidos 49 pacientes en hemodiálisis (HD), 31 varones, 18 mujeres, edad media de 58.8±17 años y 28 pacientes en diálisis peritoneal (DP), 14 varones y 14 mujeres, edad media 64.6±13. En una sesión de HD y DP se determinaron los niveles pre de fenol y p-cresol.

Resultados: Se observó elevación de los niveles plasmáticos de fenol (mediana: 1.0 mg/L; rango 0.49-1.74 mg/L en HD y media 2.5 ± 2.42 en DP) y de p-cresol (media: 6.8±0.7 mg/en HD y media: 4.62 ± 3.15 en DP) respecto a los controles (P90 fenol: 0.46 mg/L ; P90 p-cresol: 1.1 mg/L), p<0.001.

No se encontraron diferencias significativas entre los valores de fenol y p-cresol basales en paciente en DP vs HD.

Al dividir los pacientes en dos grupos, el primero con diuresis residual y el segundo sin diuresis residual, no encontramos diferencias significativas en valores basales de fenol y p-cresol en los pacientes con diuresis residual en HD vs DP. En los pacientes sin diuresis residual, no se encontraron diferencias en los niveles de p-cresol entre los pacientes de HD vs DP, pero los niveles de fenol fueron más elevados en los pacientes en DP (p<0.02).

Conclusiones: 1) En los pacientes en DP sin diuresis residual, fenol está proporcionalmente más elevado que en pacientes en HD. 2) La depuración de fenol parece ser mayor en pacientes en HD. 3) Los niveles de fenol y p-cresol están elevados en pacientes en diálisis. 4) El tipo de diálisis no parece influir en los niveles basales de p-cresol.

Resúmenes

Hemodiálisis - Otros temas HD

369 ANÁLISIS DEL DOLOR EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

I. POVEDA GARCÍA¹, R. GARÓFANO LÓPEZ¹, MD. DEL PINO¹, MD. SÁNCHEZ MARTOS¹, Z. KORAI-CHIE¹, JJ. SORIA CARRIÓN¹, F. CLAVIJO¹

¹NEFROLOGÍA. C.H TORRECÁRDENAS (ALMERÍA)

Introducción: El paciente sometido a hemodiálisis(HD) lleva asociado a su enfermedad, una gran comorbilidad, que a menudo causa dolor y no es valorado en su totalidad, ni las limitaciones que ocasiona en su calidad de vida. El dolor es un problema bien documentado que persiste a pesar de los conocimientos científicos sobre su fisiopatología, la introducción de nuevos fármacos y modalidades de tratamiento. La prevalencia del dolor en los pacientes en hemodiálisis se encuentra en torno al 50%.

Objetivo: Evaluar la presencia de dolor referida por el paciente en nuestra unidad de HD y las características del mismo, así como la administración de analgesia intradiálisis y en domicilio. Conocer el perfil de paciente que presenta dolor en HD.

Resultados: Se analizó una cohorte de 82 pacientes donde la edad media fue de 72 años, siendo el 51,5 % mujeres. La prevalencia del dolor en los pacientes de nuestra unidad data del 40%. Se realizó la escala visual analógica en los pacientes que presentaban dolor, obteniendo una media de 8,3 puntos. El 40,9% eran diabéticos y casi el 20% padecían neuropatía periférica documentada. El 16 % de los pacientes presentaban dolor en relación proceso neoplásico. Analizando el tipo de dolor obtuvimos que 65% era neuropático, 36% somático y 14% visceral. El 32% precisaban analgesia intradiálisis: Paracetamol 63 % (87% intravenosa v.13 vía oral), AINES 28% y 9% opiáceos menores.

Respecto al uso de analgesia domiciliaria destaca un elevado número de pacientes que requieren paracetamol 65%, opiáceos 26%, AINES 9%.

El 24,2 % de los pacientes que referían dolor se encontraban en tratamiento con antidepresivos.

El nivel social más prevalente fue el medio (45%), bajo (44%) y alto (11%).

Al analizar por subgrupos encontramos que los pacientes ancianos (> 75 años) requerían más analgesia respecto al grupo menor, al igual que ocurre en pacientes diabéticos y en pacientes con tratamiento antidepresivo.

Conclusiones: Nuestros datos muestran la relevancia del dolor crónico en pacientes en HD, mostrando datos similares a los observados en otras series A descartar la importancia de un mayor control en los pacientes con antidepresivos y diabéticos. Es muy importante definir el tipo de dolor y terapias usadas, ya que su control va a repercutir positivamente en la calidad de vida de nuestros pacientes.

370 VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

L. PICCONE SAPONARA¹, NG. URIBE HEREDIA², A. CARREÑO³, E. TRINIDAD PÉREZ¹, G. SANSON QUINTANA¹, C. VOZMEDIANO², S. ANAYA³, C. FERNÁNDEZ ORTEGA¹, M. PARRERO ALCOLADO¹, JA. HERRUZO GALLEGU¹

¹NEFROLOGÍA. ASYTER (ALCÁZAR DE S. JUAN), ²CARDIOLOGÍA. HGUG (GUADALAJARA), ³NEFROLOGÍA. HGUCR (CIUDAD REAL)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento renal sustitutivo (TRS), presenta una incidencia que ha ido aumentando con la edad. La edad avanzada y la comorbilidad se asocian con un riesgo aumentado de muerte. Además, los ancianos presentan con mayor frecuencia depresión y deterioro de su capacidad cognitiva y/o funcional y por consiguiente peor calidad de vida relacionada con la salud y la necesidad de ayuda para realizar sus actividades básicas.

Objetivo: Analizar el grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD).

Material y método: Estudio descriptivo y transversal. Se estudiaron todos los pacientes pertenecientes a una unidad de HD. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad asociada, etiología de ERC entre otras. Para valorar el grado de dependencia se utilizaron el índice de Barthel y de Katz. Análisis estadístico con SPSS 19.0. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se han comparado mediante el Test de Chi2. Las variables cuantitativas se expresan como media +/- desviación estándar y se utilizó la T-student para compararlas. Significación estadística para un valor de p<0.05.

Resultados: Se han incluido 87 pacientes procedentes del centro de hemodiálisis ASYTER (Alcázar de San Juan). 60 (69%) varones con una edad media de 75 años y 27 (31%) mujeres con una edad media de 67 años. El 81.5% eran hipertensos y el 39.1% eran diabéticos, siendo la etiología de ERC más frecuente la nefropatía diabética (24.1%), nefropatía tubulointersticial (17.2%) y nefropatía hipertensiva (16.1%). Dentro de las complicaciones cardiovasculares se objetivó cardiopatía isquémica (28.7%), enfermedad cerebrovascular (16.1%) y arteriopatía periférica (18.4%). Según el grado de dependencia del índice de Barthel, el 85% presentó una independencia total o dependencia leve y con el índice de Katz fué del 71.1%. La dependencia grave o total según Barthel fué del 9.2% y según Katz del 18.4%. Al realizar comparaciones estadísticas entre las variables cualitativas, no hemos observado diferencias entre el grado de dependencia y sexo o factores de riesgo cardiovascular, aunque sí hemos encontrado una tendencia a la significación al comparar el grado de dependencia con la variable enfermedad cerebrovascular.

Conclusion: En nuestra experiencia, el grado de dependencia en los pacientes en HD es del 9.2% según el índice de Barthel y del 18.4% según el índice de Katz. Parece ser que la enfermedad cerebrovascular es un factor condicionante del grado de dependencia en los pacientes en HD.

Resúmenes

Miscelánea

556 MAPA EPIDEMIOLÓGICO DE INCIDENCIA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA CONOCER LA TRANSMISIÓN CRUZADA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN NEFROLOGÍA.

L. DEL RÍO¹, M. FERNÁNDEZ PRADA², C. MARTÍNEZ ORTEGA³, C. DÍAZ CORTE¹
¹NEFROLOGÍA. HUCA, ²PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. HUCA

Introducción: La sensibilización de los profesionales sanitarios hacia la problemática de la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) y la transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes (MMR), en este ámbito, constituyen un elemento clave para la mejora del cumplimiento de las prácticas seguras. La detección precoz de situaciones epidémicas, o potencialmente epidémicas, garantiza la minimización de daños. El objetivo es conocer la tasa de incidencia de transmisión cruzada de MMR en la Unidad de Estancia Hospitalaria (UEH) de nuestro Hospital.

Metodología: Se elaboró un mapa epidemiológico de incidencia que incluyó los meses de mayo/2014 a febrero/2015. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: fechas de ingreso/alta; fecha de petición cultivo; fecha de inicio de aislamiento; MMR y localización; y circuito hospitalario del paciente. Se utilizaron los criterios epidemiológicos "persona-lugar-tiempo". Según la lectura e interpretación del mapa se emitió un informe específico de recomendaciones de mejora.

Resultados: Se identificaron un total de 16 pacientes con MMR. En todos ellos se indicaron las precauciones de aislamiento correspondientes. De ellos, 9 (56,25%) fueron Klebsiellas pneumoniae betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, 3 (18,75%) Acinetobacter baumannii, 2 (12,5%) Staphylococcus aureus meticilín resistente, 1 (6,25%) Citrobacter BLEE y 1 (6,25%) Virus Varicela Zoster. En total, se identificaron 6 transmisiones cruzadas, todas por Klebsiella pneumoniae BLEE y/o carbapenemasa, siendo la tasa de incidencia para ese periodo 37,5%. Dos de ellas (33,3%) resultaron exitos. Las principales localizaciones de la infección fueron la vía urinaria y la herida quirúrgica. El informe incluyó mejoras en aspectos clave de seguridad del paciente tales como la realización de higiene de manos en cinco momentos y según técnica de la OMS; la adecuación del protocolo de antisépticos y antibióticos; el cumplimiento de las precauciones de aislamiento por parte de todos los profesionales sanitarios y familiares; la higiene corporal del paciente aislado con jabón de clorhexidina 4%; y la limpieza-desinfección del material clínico conforme a la normativa hospitalaria.

Conclusión: La tasa de incidencia de transmisión cruzada, identificada en nuestra UEH para el período indicado, puede considerarse alta teniendo en cuenta el perfil del paciente. El uso de esta herramienta para la identificación de dianas de intervención contribuye a la puesta en marcha de medidas específicas destinadas a minimizar potenciales brotes epidémicos.

557 EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA CON LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBÓTICAS. AÑOS 2013-2015

Y. PARODIS LÓPEZ¹, N. SABLÓN GONZÁLEZ¹, N. OLIVA DÁMASO¹, S. DE LA INGLÉSIA², J. LÓPEZ BRITO³, R. CAMACHO GALAN³, JM. FERNÁNDEZ¹, Y. RODRÍGUEZ VELA¹, E. BAAMONDE LABORDA¹, JC. RODRÍGUEZ PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. H. DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC), ²HEMATOLOGÍA. H. DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC), ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. H. DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC)

Se presentan 5 casos de Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) tratados por el servicio de Nefrología del HUGCDN, desde Noviembre-2013 hasta Marzo-2015. Se trataron 3 mujeres y 2 hombres con edades comprendidas entre 24 y 64 años (edad media 48,2 años). Todos presentaron manifestaciones neurológicas, dos cursaron con deterioro transitorio e inicial de la función renal y ninguno presentó la péntada clásica de signos y síntomas que se describen acompañando a la PTT. La etiología fue desconocida en 4 casos mientras que en los otros dos fueron secundarias a conectivopatía (LES) con un curso más tórpido y larvado, la etiología del otro paciente fue debido al uso de fármacos (Prasugrel). Todos los enfermos presentaron analíticamente evidencias de microangiopatía trombótica con esquistocitos > 1% y trombopenia. En todos se detectó un déficit severo en la actividad del ADAMTS13 (<5%) con anticuerpos inhibidores a título alto en 3 de ellos. Los 5 pacientes recibieron tratamiento con plasmaféresis que oscilaron entre 2 y 56 sesiones siendo prescritas inicialmente cada 24 horas y luego espaciadas cada 48-72 horas según evolución. En un solo caso (conectivopatía) la plasmaféresis se estableció cada 12 horas durante un período de su evolución coincidiendo con empeoramiento neurológico. Se prescribieron los esteroides (dosis media de metilprednisolona intravenosa: 465,45 mg) en la totalidad de los pacientes mientras que en solo una paciente (conectivopatía) el tratamiento de plasmaféresis se acompañó de Rituximab (4 dosis a 375 mg/m²) y Ciclofosfamida (750 mg). Falleció un enfermo recibiendo solo 2 sesiones de plasmaféresis y en cuyo caso la PTT estuvo relacionada con el uso del Prasugrel, antiagregante plaquetario de comercialización reciente y solo 14 casos reportados por la FDA con este evento adverso.

■ Tabla.

Paciente/Variable	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
Edad (años)	64	60	39	24	54
Sexo	M	F	F	F	M
Etiología	Prasugrel	NC	Conectivopatía	NC	NC
MAT (esquistocitos>1%)	SI	SI	SI	SI	SI
Trombocitopenia	SI	SI	SI	SI	SI
Alts neurológicas	SI	SI	SI	SI	SI
Fracaso renal agudo	SI	SI	NO	NO	NO
Actividad ADAMTS13	0,3%	0,22%	0%	0,13%	0%
Título Ac inhibidores	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO	PENDIENTE
Plasmaféresis (# sesiones)	2	19	56	11	11
Esteroides	SI	SI	SI	SI	SI
Rituximab	NO	NO	SI	NO	NO
Ciclofosfamida	NO	NO	SI	NO	NO
Exitus	SI	NO	NO	NO	NO

* Datos de esta comunicación fueron presentados en la Reunión de la GLOSEN 2015

558 LOS ANTICUERPOS GAD65 E IA-2 INDUCEN UNA MAYOR EXPRESIÓN DE MONOCITOS PRO-INFLAMATORIOS CD14+CD16+ EN TRASPLANTADOS DE PÁNCREAS-RIÑÓN CON FUNCIÓN NORMAL DE AMBOS INJERTOS.

C. RODELO-HAAD¹, ML. AGÜERA¹, A. CARMONA², MJ. JIMÉNEZ², R. MOYANO², J. CARRACEDO², A. RODRÍGUEZ BENOT¹, P. ALJAMA¹

¹Nefrología. H.U. Reina Sofía (Córdoba), ²Nefrología. H.U. Reina Sofía - IMIBIC (Córdoba)

Introducción: El Desarrollo de la Diabetes tipo 1 (DMT1), subyace sobre un proceso autoinmune e inflamatorio que ocasiona la destrucción de la célula pancreática. Este proceso inflamatorio clásicamente se encuentra mediado por linfocitos T CD4-CD8, TNFα y la presencia de auto-anticuerpos (Acs) pancreáticos (GAD65 e IA-2). Se conoce que la presencia de estos Acs determina una menor supervivencia del injerto pancreático. Además aparecen citoquinas linfocitarias relacionadas con el proceso auto-inmune pancreático que son capaces de modular la expresión de monocitos pro-inflamatorios CD14+CD16+ relacionados con el desarrollo de aterosclerosis y mortalidad cardiovascular; pero se desconoce si la presencia de estos auto-anticuerpos pancreáticos aún en presencia de una función normal del injerto pancreático son capaces de inducir un estado micro-inflamatorio sistémico.

Objetivo: Valorar si los auto-anticuerpos pancreáticos se asocian o inducen un estado micro-inflamatorio en los trasplantados combinados de Páncreas-Riñón(TxPR).

Metodología: Estudio observacional transversal sobre trasplantados de Páncreas-Riñón con función normal de ambos injertos. Se comparó el porcentaje de monocitos (CD14+CD16+), en sujetos controles sanos con pacientes con Acs negativos, Acs positivos para GAD65 o IA-2 y para aquellos que presentaban ambos Acs de forma simultánea.

Resultados: Se evaluaron 46 trasplantados TxPR de nuestro centro. 74% eran hombres. La HbA1c media fue 5.6±0.68(%) y de péptido C de 0.70±0.42. El FG medio por MDRD4 de los pacientes evaluados fue 73±20 ml/min. 48.6% (n=17) presentaban Acs negativos, 22.9% (n=8) GAD65 positivos, 20% (n=7) IA-2 positivos y 8.6% (n=3) ambos. Se evaluó el porcentaje de monocitos pro-inflamatorios(CD14+CD16+), en cada uno de los grupos, encontrando que aquellos pacientes con Acs positivos (GAD o IA-2) presentaban un mayor porcentaje que aquellos con Acs negativos y del grupo control, 7.3%, 4.4% y 3.6% respectivamente(p=0.022). Los pacientes con ambos Acs positivos (GAD/IA-2) presentaron el mayor porcentaje 12.5%, al compararlos con los negativos (4.06%) y el grupo control (3.6%) (p=0.004 y p=0.03 respectivamente).

Conclusión: La presencia de Acs contra isletas pancreáticas condiciona un mayor estado micro-inflamatorio en los pacientes sometidos a TxPR incluso con funcionamiento normal de ambos injertos; este proceso micro-inflamatorio podría condicionar un daño del injerto pancreático y ser un marcador precoz de recidiva de la DMT1. Se deberá valorar en futuros estudios si este estado micro-inflamatorio es capaz de impactar sobre la supervivencia del paciente.

559 SOSPECHA DE MASAS RENALES POR ECOGRAFÍA EN UNA UNIDAD DE NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA

M. RAMÍREZ GÓMEZ¹, K. ROMERO², M. RIVERA³, V. BURGUERA³, N. NUÑEZ³, E. YEROVI³, M. GIORGI³, C. QUEREDA³

¹NEFROLOGÍA. H.U. SAN CECILIO (GRANADA), ²NEFROLOGÍA. H.U. VALL D'HEBRON (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. H.U. RAMÓN Y CAJAL (MADRID), ⁴NEFROLOGÍA. H. LA PRINCESA (MADRID)

Introducción: La importancia de la detección de masas renales en nuestro medio radica en el hecho de que aproximadamente el 75% de estas lesiones tienen un comportamiento maligno. Debido a sus manifestaciones clínicas inespecíficas, alrededor del 50% los casos, es un hallazgo casual en una prueba de imagen por otras causas, generalmente un estudio no invasivo, como la ecografía simple. Las lesiones más frecuentemente encontradas son masas sólidas o quistes complejos que precisan de un estudio complementario para definir su carácter benigno o maligno.

El OBJETIVO de este estudio es el análisis de las masas renales detectadas casualmente por ecografía en una unidad de Nefrología Intervencionista.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente las ecografías realizadas los años 2013 y 2014 en un Servicio de Nefrología en los que se detectó una masa, tumor o quiste complejo. Se revisaron las pruebas complementarias para la confirmación de masa renal así como el diagnóstico anatomopatológico final.

Las indicaciones iniciales de ecografía en los pacientes en los que se detectó casualmente masa renal fueron: ERC (28.13%), control de quistes (15.5%), hematuria (7.81%), HTA (6.25%), deterioro de función renal (3.13%), dolor (4.69%), control de trasplante (10.94%), otras (26.56%).

RESULTADOS: Se realizaron un total de 2134 en el año 2013 y 2098 en el año 2014. Se encontraron 64 casos sospechosos, 36 hombres y 28 mujeres (relación 1.5:1) con edades comprendidas entre los 39 y 86 años, siendo la máxima incidencia en el periodo comprendido entre los 60 y 70 años.

El hallazgo ecográfico en el 50% de los casos fue de masa renal y en el otro 50% de los casos de quiste complejo. La prueba complementaria más frecuente para la confirmación fue el TAC (76.56%) y en el resto: ecografía con contraste (3.13%), RMN (1.56%), seguimiento con ecografía convencional (2.56%) o citología (3.17%). El TAC confirmó masa renal el 18.76% (15.63% de masas sólidas y el 3.13% de los quistes complejos). Finalmente, de las masas renales, el 80% se confirman en el estudio anatomopatológico una lesión maligna.

Conclusiones: La ecografía como parte de la rutina del estudio de diversas patologías renales permitió el diagnóstico precoz de carcinoma renal. La realización de los estudios por el nefrólogo permitió rapidez en la detección, diagnóstico completo y tratamiento correcto al sortear la lista de espera de espera de los servicios centrales.