

276 EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS CON CITRATO NO INDUCE IN VITRO ESTRÉS OXIDATIVO NI INFLAMACIÓN EN COMPARACIÓN CON EL ACETATO.

RR. PÉREZ-GARCÍA¹, R. RAMÍREZ CHAMOND², P. DE SEQUERA ORTIZ¹, M. ALBALATE¹, M. PUERTA CARRETERO¹, M. ORTEGA¹, MC. RUIZ CARO¹, R. ALCÁZAR ARROYO¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. H.U. INFANTA LEONOR (MADRID), ²DEPT. BIOLOGÍA DE SISTEMAS. FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (28871 ALCALÁ DE HENARES (MADRID))

Introducción: El incremento de la acetatemia durante la sesión de HD se asocia a mayor estrés oxidativo y a estímulo de citoquinas proinflamatorias y de la síntesis de óxido nítrico. El ácido cítrico puede usarse como estabilizante del líquido de diálisis (LD) siendo una alternativa al acetato, ya que tiene un efecto inflamatorio distinto. Se ha mostrado que el LD con citrato mejora los parámetros inflamatorios en los pacientes en diálisis respecto a los LD con acetato. El objetivo de este estudio es comparar in vitro, el efecto inflamatorio de ambos LD en las células inmunocompetentes de la sangre.

Material y métodos: El efecto del acetato y/o citrato in vitro se investigó en muestras de 12 pacientes urémicos y 4 controles sanos que se enfrentaron con cuatro LD: LD 1, con 1 mmol/L de citrato y libre de acetato; LD 2, con 0,8 mmol/L de citrato y 0,3 mmol/L de acetato; LD 3 y 4 sin citrato, con concentraciones de acetato de 3 mmol/L y 4 mmol/L respectivamente. Los tipos de células utilizadas fueron: cultivo de monocitos humanos (THP-1); células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) de controles sanos y pacientes urémicos en HD. Se determinó ICAM-1, cuantificación de especies reactivas de oxígeno (ROS) y cuantificación de microvesículas totales. Con estas muestras se han hecho 3 experimentos, y los datos son la media de 3 pocillos.

Resultados: L3 y L4 indujeron un incremento en la densidad de expresión de ICAM-1 en las células THP1, que no se produjo con L1 y L2 (p<0,05). En sujetos sanos, observamos un incremento en la expresión de ICAM-1 (p<0,01) con acetato respecto a citrato (L1 y L2), que no observamos en los pacientes en HD, debido a la amplia variación basal de la expresión ICAM-1 en HD. Los LD 1 y 2 produjeron un aumento de la expresión de ROS y de las microvesículas tanto en las células de sujetos sanos como en HD, que no se produjo con citrato (p<0,05).

Conclusiones: Las concentraciones de acetato utilizadas en clínica habitualmente en el LD aumentan el estrés oxidativo y las microvesículas totales. Actuaría como coadyuvante con otros estímulos proinflamatorios en los pacientes urémicos en HD. Los LD con citrato no producen esta activación.

277 ALTERACIONES ESTRUCTURALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) Y FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON ERC AVANZADA: ESTUDIO KIDBRAIN (NCT02827253)

S. CEDENO MORA¹, N. MACÍAS CARMONA¹, Y. ALEMÁN GÓMEZ², M. DESCO MENÉNDEZ², A. VEGA MARTÍNEZ³, S. ABAD ESTEBÁNEZ³, L. SÁNCHEZ CAMARA³, J. LÓPEZ GÓMEZ³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), ²LABORATORIO DE IMAGEN MÉDICA, MEDICINA EXPERIMENTAL. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: La ERC condiciona procesos fisiopatológicos que afectan la integridad estructural/funcional del SNC. Los objetivos del estudio: 1) identificar las estructuras del SNC relacionadas con la función cognitiva en pacientes con ERC avanzada (prediálisis y HD), 2) analizar las diferencias en la función cognitiva entre HD y ERCA, 3) valorar si la hipotensión arterial intradiálisis (HAID) condiciona una peor función cognitiva.

Material y métodos: Corte transversal del estudio KIDBRAIN que incluye a 100 pacientes: 68 (HD) y 32 (ERCA, estadios 4-5 no en diálisis). Se determinó la función cognitiva mediante Minimental Test (MMSE) y se analizaron los hallazgos estructurales (volumen de sustancia gris cortical/subcortical, blanca, hipocampo) obtenidos mediante RM de cerebro. En ambos grupos se analizó qué estructuras del SNC determinan una peor función cognitiva, incluyendo modelos ajustados para la edad, sexo, presencia de DM, antecedentes de patología cardiovascular (APCV) y tiempo en HD. En los pacientes en HD se analizaron 18 sesiones no consecutivas (primera semana de cada mes de un periodo de 6 meses) y se estudió la influencia de la HAID (descenso 30 mmHg TAS) sobre las estructuras del SNC asociadas con la función cognitiva (MMSE).

Resultados: Edad 60,4±15,7 años, varones 68%, DM 37,5%, APCV 18,7%, CKD-EPI (prediálisis) 16,1±4,7 ml/min/1,73m². La función cognitiva se correlaciona con el volumen de sustancia gris cortical/subcortical (r:0,427,p<0,001), sustancia blanca (r:0,389,p<0,001) e hipocampo (r:0,507,p<0,001). En el análisis multivariante sólo el volumen de hipocampo se asoció de forma independiente con la función cognitiva (Beta: 0,397,p<0,003). Los pacientes en HD tienen una peor función cognitiva [MMSE (HD: 27,3±3,1, ERCA:28,7±1,3, p<0,004)] y menor volumen del hipocampo (p<0,006). En el modelo ajustado para edad, sexo, DM, APCV sólo el volumen del hipocampo (p<0,009) y el factor grupo (HD frente a ERCA) influyen de forma independiente sobre la función cognitiva, condicionando una mejor puntuación en el MMSE en el grupo prediálisis (p<0,020). En los pacientes en HD, el volumen del hipocampo tiene una correlación negativa con el número de HAID (r:-0,435,p<0,001), y este efecto es independiente (Beta: -0,223, p<0,038) en el modelo ajustado para edad, sexo, DM, APCV, tiempo en HD.

Conclusiones: Los pacientes en HD tienen una peor función cognitiva que aquellos con ERCA, y estas diferencias tienen una asociación independiente con el volumen del hipocampo. La relación entre HAID y un menor volumen del hipocampo podría justificar la peor función cognitiva en los pacientes en HD.

278 EFECTO DE LA HIPOTENSIÓN ARTERIAL INTRADIÁLISIS (HAID) EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC): ESTUDIO KIDBRAIN (NCT02827253)

S. CEDENO MORA¹, N. MACÍAS CARMONA¹, Y. ALEMÁN GÓMEZ², M. DESCO MENÉNDEZ², A. VEGA MARTÍNEZ³, S. ABAD ESTEBÁNEZ³, L. SÁNCHEZ CAMARA³, J. LÓPEZ GÓMEZ³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), ²LABORATORIO DE IMAGEN MÉDICA, MEDICINA EXPERIMENTAL. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: La hipotensión arterial intradiálisis (HAID) aumenta la morbimortalidad en HD. El objetivo del estudio es analizar el efecto de la HAID sobre la estructura del SNC.

Material y método: Corte transversal del estudio KIDBRAIN que incluye a 68 pacientes en HD. Se analizó volumen de sustancia gris cortical/subcortical, sustancia blanca y la integridad funcional de los axones determinada mediante fracción de anisotropía (FA), obtenidas mediante RM de cerebro. Se analizó 18 sesiones no consecutivas (primera semana de cada mes de un periodo de 6 meses) y se verificó el número de sesiones donde se cumplían criterios de HAID (Nadir90:TAS<90mmHg, Nadir100:TAS<100mmHg, Fall20:descenso de TAS de 20 mmHg, Fall30:descenso de TAS de 30 mmHg, KDOQI: descenso de TAS de 20 mmHg más síntomas, HEMO:cualquier descenso de TAS acompañado de algún tipo de intervención). Se analizó la influencia de la HAID sobre la estructura del SNC, incluyendo modelos ajustados para edad, sexo, DM, tiempo en HD, APCV, ultrafiltración, sesiones con ratio de UF >12 ml/h/Kg y composición corporal determinado mediante BCM-FMC[®]

Resultados: Edad:58,6±14,7 años, varones:65%, DM:23%, tiempo en HD[46,5 (24-104) meses], APCV:50%, sesiones con RatioUF>12ml/h/Kg (1,8±3,1), UFtotal:1866±717ml, GPI-D:1873±685ml, RatioUF:7,4±2,9ml/h/Kg. Encontramos una correlación negativa entre la estructura del SNC y el número de sesiones con HAID(tabla). En el análisis multivariante, el efecto de la HAID (Fall20,Fall30,KDOQI,HEMO) sobre sustancia gris es dependiente del número de sesiones donde el ratio de UF es mayor a 12ml/h/Kg (Beta:-0,524,p<0,007)* y con la FA (Fall20/Fall30) ocurrió de forma dependiente del ratio de agua extra/intra-tracelular (Beta:-0,558,p<0,009)**.

Conclusiones: La HAID, incluso asintomática, tiene un efecto negativo e independiente de otros factores de riesgo cardiovascular sobre la estructura del SNC condicionando un menor volumen de sustancia gris, blanca y una peor integridad funcional axonal. El efecto negativo de la HAID(Nadir90/Nadir100) es independiente de un ratio de UF elevado al contrario de las otras definiciones de HAID.

Figura.

	Sustancia gris cortical/subcortical				Sustancia blanca				Fracción de anisotropía			
	r	Beta	SE	p	r	Beta	SE	p	r	Beta	SE	p
HAID90	-0,408	-0,061	0,0291	0,008	-0,220	0,020	0,020	0,002	0,111	0,008	0,008	0,001
HAID100	-0,389	-0,061	0,0291	0,007	-0,111	0,020	0,020	0,008	0,111	0,008	0,008	0,001
Fall20	-0,363	-0,062	0,0291	0,007	-0,142	0,020	0,020	0,008	0,111	0,008	0,008	0,001
Fall30	-0,341	-0,063	0,0291	0,007	-0,140	0,020	0,020	0,008	0,111	0,008	0,008	0,001
KDOQI	-0,332	-0,063	0,0291	0,007	-0,140	0,020	0,020	0,008	0,111	0,008	0,008	0,001
HEMO	-0,331	-0,064	0,0291	0,007	-0,140	0,020	0,020	0,008	0,111	0,008	0,008	0,001

* y ** significan diferencias estadísticas significativas con los controles sanos. ** ** significan diferencias estadísticas significativas con los controles sanos. *** significan diferencias estadísticas significativas con los controles sanos. **** significan diferencias estadísticas significativas con los controles sanos.

279 DETERMINACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

L. CAÑAS¹, MA. FERNÁNDEZ², E. VIÑETS³, R. ROMERO¹, B. BAYES¹, J. BONET¹

¹NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. REDINREN, AGAUR (BADALONA), ²CITOMETRÍA DE FLUJO. INSTITUT D'INVESTIGACIÓ GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA), ³TÉCNICA DE LABORATORIO. H. UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad de los pacientes en hemodiálisis (HD). Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) causan disfunción endotelial e incremento de la morbilidad cardiovascular. Las células progenitoras endoteliales (CPE) son células derivadas de la médula ósea con capacidad de proliferar y diferenciarse en células endoteliales maduras. Los pacientes en hemodiálisis presentan una alteración en la cuantificación de las CPE, incrementando su riesgo cardiovascular.

Objetivo: Determinar y cuantificar el número de CPE (CD34+CD133+VEGFR-2+) en sangre periférica en pacientes en HD y los factores que pueden modificar su cuantificación. Evaluar la influencia del acceso vascular en la cuantificación de las CPE.

Pacientes y métodos: 36 controles sanos y 73 pacientes en HD crónica. Cuantificación de las CPE mediante citometría de flujo. Se ha analizado variables antropométricas, datos analíticos, FRCV y aparición de algún episodio cardiovascular.

Resultados: CPE de los pacientes en HD (27,96(12,16-51,71)/mL en comparación a controles sanos (32,08(17,26-66,41)/mL,p=0,23. La edad no interfiere en la cuantificación de las CPE ni en la enfermedad renal crónica ni en los controles sanos. Los pacientes en tratamiento con antagonistas de los canales del calcio tienen menos CPE que los que no reciben este tratamiento (p=0,018). Los pacientes diabéticos tienen una menor cuantificación de CPE y un mayor riesgo de cardiopatía isquémica. Los pacientes que realizan HD a través de catéter tienen menos CPE (17,50 (12,41-30,98)/mL que los pacientes que tienen una FAVI (32,90(9,7-54,49))(p=0,191), tienen más edad (p=0,084), están más inflamados (proteína C reactiva) (p=0,081) y están más desnutridos (albúmina i prealbúmina)(p=0,020 i p=0,013 respectivamente), que los pacientes con FAVI. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el número de CPE en función del acceso vascular y la mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad renal crónica tienen menos CPE que la población sana, especialmente los pacientes diabéticos. Los pacientes en HD a través de catéter tunelizado tienen menos CPE, más edad, más inflamación, desnutrición y más mortalidad respecto a los pacientes con FAVI.

Resúmenes

Hemodiálisis - Complicaciones HD

280 ESTUDIO DE LOS CAMBIOS GASOMÉTRICOS DURANTE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS

M. MARTÍNEZ DÍAZ¹, P. DE SEQUERA ORTIZ², B. LÓPEZ-MUÑOZ BALLESTEROS³, M. ALBALATE RAMÓN⁴, L. DEL RÍO GARCÍA⁵, M. BUENDÍA⁶, E. CORCHETE PRATS⁷, M. ORTEGA DÍAZ⁸, M. PUERTA CARRETERO⁹, R. PÉREZ GARCÍA⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE (ALBACETE); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID); ³NEUMOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

Introducción: Se ha descrito una disminución tanto de la PaO₂ como del PaCO₂ durante la sesión de hemodiálisis (HD). El centro respiratorio, especialmente sensible a la disminución de CO₂ responde con hipoventilación que agravaría esta hipoxemia.

En pacientes en HD, la medida de la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría guarda una correlación estrecha con la pO₂ extraída de una fistula arteriovenosa (FAV) normofuncionante. La mayoría de las publicaciones sobre equilibrio ácido-base se limitan a la medida de CO₂ total en plasma, no haciendo referencia a los cambios en el pH ni la respuesta ventilatoria.

Objetivo: Evaluar los cambios gasométricos determinados mediante capnografía y gasometría extraída de la fistula arteriovenosa en pacientes en programa de hemodiálisis crónica y el efecto de la técnica sobre los mismos.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal en pacientes adultos en HD crónica durante al menos 3 meses, de los que se recogieron datos demográficos, analíticos, gasométricos y se determinaron:

- Saturación de oxígeno (SpO₂) y el dióxido de carbono espiratorio final (EtCO₂), pre-hemodiálisis, 1^a, 2^a, 3^a horas y al finalizar la sesión de hemodiálisis mediante capnografía: Capnógrafo modelo LifesenseO.

- Gasometría extraída de FAV durante la sesión de hemodiálisis basal, a la 1^a hora y post-HD. Criterios de inclusión: Ser mayor de 18 años de edad, llevar en tratamiento con hemodiálisis mediante FAV normofuncionante (flujo> 300 ml/min) al menos 3 meses y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: portadores de catéter venoso temporal o permanente. Resultados: 15 pacientes (4,3/11♀), edad: 71.2 (22) años, Flujo sanguíneo: 369(21,2) ml/min, técnica: HD/HDF: 4/11, acetato/citrato: 11/4, concentración bicarbonato: 30,4(1,1)[30-34] mmol/L.

Se realizaron 45 gasometrías y 60 capnografías. La concordancia de la SpO₂ entre gasometría y capnografía fue mala en el brazo de la FAV (p=0.405) y buena en el contralateral (p=0.007), no encontrando diferencias según la localización de las FAV (radiocefálicas: 6(40%) vs humerocefálicas o húmeroabasilicas:9(60%).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) en las mediciones en el tiempo del: pH (pre:7,37(0,04) vs post:7,45(0,03)); bicarbonato (pre:22,7(2) vs. post: 26,9(3,4)) y exceso de base (preHD:- 2,3(2,5) vs postHD:+2,2(1,7)). No encontramos diferencias en pO₂, SpO₂ ni EtCO₂. No hemos encontrado episodios de hipoxemia ni hipocapnia desarrollados durante la sesión de HD.

Conclusión: La medida de la SpO₂ de los pacientes en hemodiálisis debe realizarse en el brazo contralateral a la FAV.

La ausencia de episodios de hipoxemia e hipocapnia durante la sesión de HD, probablemente se deba a la biocompatibilidad de los dializadores utilizados, baja concentración de acetato y al ajuste individualizado de la concentración de bicarbonato en el líquido de diálisis.

281 ANALISIS DE FACTORES DE MORTALIDAD PRECOZ EN POBLACIÓN DE HEMODIÁLISIS

L. FUENTES SANCHEZ¹, E. GUTIERREZ VILCHEZ², T. JIMENEZ SALCEDO¹, C. MELGUIZO MANZANO¹, P. RUIZ ESTEBAN¹, D. HERNANDEZ MARRERO¹

¹NEFROLOGÍA. H. REGIONAL DE MÁLAGA (MÁLAGA), ²NEFROLOGÍA. H. REGIONAL DE MÁLAGA (MÁLAGA)

Introducción: La mortalidad anual en TRS es del 8%, siendo mayor en pacientes sometidos a Hemodiálisis 14,75%, la principal causa: enfermedad cardiovascular. Las comorbilidades son responsables en gran parte del aumento de mortalidad.

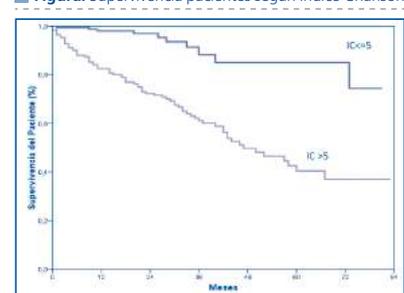
Objetivo: Nos propusimos conocer los factores de riesgo relacionados con la mortalidad precoz (antes del primer año de TRS) a través de una cohorte retrospectiva de pacientes incidentes en la provincia de Málaga desde 2010 a 2015 en Hemodiálisis

Material y método: recogimos retrospectivamente a través del registro SICATA un total de 363 pacientes incidentes en nuestra unidad de Hemodiálisis. Analizamos variables de comorbilidad, características clínica y variables analíticas para conocer factores que se asociaban a la mortalidad precoz.

Resultados: Edad media 58,64±14,8, 66% varones, 52,9% tenían FAV; 0,6% prótesis; 15,4% catéter transitorio y 31,1% catéter permanente. En el 26,4% causa insuficiencia renal no filiada, seguida del 23,4% poliquistosis. El 11,8% no tenían seguimiento por nefrología, 16% eran seguidos menos de 6 meses y el 72,2% más de 6 meses. Índice Charlson 5,01±2,6. Se agruparon los casos según los que habían fallecido antes del año del inicio de TRS y los que no fallecieron. Análisis de regresión univariante asoció el grupo de mortalidad precoz el índice Charlson mayor de 5, la edad y el acceso vascular catéter permanente significativamente, fue un factor protector el seguimiento mayo de 6 meses por el nefrólogo. En el análisis de regresión múltiple solo se asoció el índice de comorbilidad.

Conclusión: A partir de nuestros resultados, concluimos que tanto una elevada comorbilidad de los pacientes condiciona un aumento de mortalidad precoz en Hemodiálisis y como factor protector el seguimiento por el nefrólogo más de 6 meses. Ambos datos apoya la necesidad del seguimiento desde etapas tempranas de la enfermedad renal y la valoración adecuada de aquellos que entran en programa de Hemodiálisis.

Figura. Supervivencia pacientes según Índice Charlson



282 EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN INTRADIÁLITICA EN UN CENTRO DE DIÁLISIS AMBULATORIA

E. ATEM ESCALANTE¹, K. FLORES GIMENO¹, I. GIL CARBALLEIRA², S. CAPARRÓN MOLINA¹
¹HEMODIÁLISIS. CENTRO DE DIÁLISIS NEPHROS. DIAVERUM RENAL SERVICES (BARCELONA); ²HEMODIÁLISIS. CENTRO DE DIÁLISIS VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM RENAL SERVICES (BARCELONA)

Introducción: La hipertensión intradiálítica es el incremento paradójico de las cifras de tensión arterial durante las sesiones de hemodiálisis. Es una complicación menos conocida de la HD, pero asociada a peor morbi-mortalidad.

Objetivos: Determinar la prevalencia e incidencia de HID.

Determinar qué factores se asocian con la presencia de la misma. Observar la evolución y pronóstico de los pacientes con HID.

Analizar qué medidas fueron tomadas para el tratamiento de dichos pacientes. Métodos Estudio observacional retrospectivo, realizado en adultos que iniciaron HD ambulatoria entre los años 2012 y 2016. Al momento de incluirse en el estudio, los pacientes habían iniciado HD seis meses atrás. Se analizaron las variables clínico-biológicas, la prescripción de HD, la variación de la TAS al inicio y al final de cada sesión. Se utilizó la definición de Inrig et al para HID, según la cual, se considera HID como la presencia de una diferencia entre la TAS final e inicial de cada sesión de HD ≥ 10 mmHg en al menos cuatro de seis sesiones consecutivas. Se registraron los casos de HID al inicio del estudio, durante el mismo, la mortalidad general y cardiovascular, las hospitalizaciones generales y por causas cardiovasculares. Se analizó la evolución de los pacientes con HID, las medidas terapéuticas que se suministraron en cada caso.

Resultados: Cien pacientes fueron seguidos por una media de 1,46 ± 1,03 años. La HID se observó con una prevalencia del 26%, incidencia del 32% y una densidad de incidencia de 22,6. Los pacientes con HID presentaron significativamente menores cifras de QB (339,2 ± 27,35 vs 345,71 ± 18,62 ml/min), duración media de sesión (237,41 ± 8,01 vs 238,86 ± 0,54 min) y PCRn (1 ± 0,27 vs 1,15 ± 0,36 gr/kg/d); mayor ganancia interdialítica de peso (3,77 ± 1,15 vs 3,26 ± 1,01 %), dosis de análogos de la EPO (7087,72 ± 4727,5 vs 5416,67 ± 5859,03 UI) y frecuencia de uso de catéteres (56,9 vs 35,7%), mayor frecuencia de hospitalización (74,1 vs 52,4%, e incluso tras excluir los ingresos relacionados con acceso vascular) y de eventos cardiovasculares (34,5 vs 26,2%), con un RR de 1,42 y 1,32, respectivamente. 98,27% de los pacientes con HID presentaron remisión, 79,31% recidivaron y 17,24% persistieron con HID al final del periodo de estudio. En 60,34% de los casos se suministró alguna medida terapéutica, siendo la reducción del peso seco la medida más frecuentemente preescrita (77,14%).

Conclusiones: La HID se asoció a una mayor ganancia interdialítica de peso, mayor dosis de análogos de la EPO, mayor riesgo y frecuencia de hospitalizaciones. La reducción del peso seco fue la medida terapéutica que con más frecuencia indujo remisión. La sobrecarga hídrica sería el factor etiopatogénico preponderante en la HID en la población estudiada.

283 ¡SOCORRO, DOCTOR! ¡LA DIÁLISIS ME DEJA CIEGO!

A. PERONA CARO¹, P. MARTÍN AZARA¹, B. BERGASA LIBERAL¹, JE. RUIZ LAIGLESIA¹, JM. PEÑA PORTA¹, M. MARTÍNEZ VÉLEZ², A. MARTÍNEZ BURILLO³, H. VILLAFUERTE LEDESMA¹, JM. TENÍAS GUALLAR¹, R. ÁLVAREZ LIPE¹

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICO LOZANO BLESA (ZARAGOZA), ²OFTALMOLOGÍA. CLÍNICO LOZANO BLESA (ZARAGOZA), ³MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CLÍNICO LOZANO BLESA (ZARAGOZA)

Introducción: La patología oftalmológica es frecuente en los pacientes en hemodiálisis crónica, habiéndose descrito aumentos de la presión intraocular (PIO) durante la sesión en pacientes con o sin antecedentes de glaucoma, siendo los mecanismos fisiopatológicos poco conocidos y el número de estudios muy limitado. Presentamos el caso de un paciente con ojo único que presentaba episodios de amaurosis durante las sesiones de hemodiálisis. Se realiza revisión de la literatura al respecto publicada en los últimos 15 años, a propósito de un caso.

Descripción: Varón 58 años con DM2, nefropatía y ERC estadio 5 en Hemodiálisis periódica, iniciando dicha técnica en mayo de 2016. Como antecedentes oftalmológicos presentaba glaucoma, retinopatía diabética proliferativa panfotocoagulada en AO habiendo precisado también de varias inyecciones intravítreas de Triamcinolona y Ranibizumab (anti-VEGF). El ojo izquierdo era afunccional (AV 0.016) secundario a un ataque agudo de glaucoma tras inyección de Ozurdex (2013) y el ojo derecho (ambliope) con AV 0.2.

El día 15/2/17, el paciente refiere dolor ocular derecho asociado a ceguera acontecido durante su sesión de Hemodiálisis. Tenía antecedente de faquectomía en OD hacia 2 días. Presentaba PIO de 45/00/35/01. Con el diagnóstico de ataque agudo de glaucoma se inicia tratamiento tópico con apraclonidina, dorzolamida, timolol y glicerol más acetazolamida oral. Tras esto, mejoría de la PIO así como de la visión. Sin embargo, el paciente presentó otros 4 episodios de amaurosis, siendo siempre coincidentes con hemodiálisis. Dado que, con tratamiento tópico e iridotomías con láser el paciente no mejoraba y el riesgo de ceguera a largo plazo, decidimos cambio de técnica de TRS a diálisis peritoneal, presentando desde ese momento normalización de las cifras de PIO.

Discusión: Las causas del incremento de la PIO durante la diálisis son un rápido descenso de la osmolaridad plasmática o un incremento relativo de urea en el humor acuoso conduciendo a un paso de agua a la cámara anterior por gradiente osmótico, además de factores predisponentes. En los últimos 15 años hay descritos 5 casos. 4 eran varones (80%) y 1 mujer. La edad media era de 51.8 años y el 100% presentaban antecedentes oftalmológicos (40% con glaucoma previo). El manejo terapéutico era variable (tópico, acetazolamida oral, manitol intradiálisis, glucosa hipertónica, cambio a hemodiálisis domiciliaria...) solventando la situación en 4 de ellos pero existiendo pérdida del ojo en el caso restante.

Conclusiones:

- Debemos pensar en glaucoma ante la pérdida de AV o cefalea en nuestros pacientes
- Actuación rápida, fundamental para evitar daño visual permanente
- Diálisis peritoneal: alternativa razonable a la hemodiálisis en estos pacientes
- Son necesarios más estudios

Figura.

