

## 377 TRANSPORTE PERITONEAL DE AGUA EN PACIENTES DIABÉTICOS TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL (DP). ESTUDIO LONGITUDINAL

A. FERNANDES<sup>1</sup>, R. RIBERA SANCHEZ<sup>2</sup>, A. RODRIGUEZ-CARMONA<sup>2</sup>, A. LOPEZ IGLESIAS<sup>3</sup>, M. DA CUNHA NAVEIRA<sup>2</sup>, L. BRAVO<sup>2</sup>, MT. GARCIA FALCON<sup>2</sup>, M. PEREZ FONTAN<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. CENTRO HOSPITALAR (SETUBAL), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA)

Existe controversia sobre las características comparadas de transporte peritoneal en pacientes diabéticos (D) y no diabéticos (ND) en DP. Según diseño prospectivo, analizamos el transporte peritoneal de agua y solutos mediante pruebas anuales de equilibrio peritoneal con drenaje completo a 60' (PEPc) en 59 D y 120 ND en DP. Ambos grupos eran similares en cuanto a sexo, porcentaje de incidentes/prevalentes (68%/32% D vs 60%/40% ND, p=0,22), tiempo en diálisis (11 vs 15 meses, p=0,27) y número de peritonitis antes del estudio (0,42 vs 0,47/paciente, p=0,77). La edad de los D era marginalmente más alta (63 vs 59 años, p=0,16) y presentaban más filtrado glomerular (8,4 vs 6,3 mL/m, p=0,02) al inicio del estudio.

Al comparar PEPc basal, los D presentaban menores niveles de ultrafiltración (UF) a 240' (439 vs 532 mL, p=0,033) y extracción final de sodio (41 vs 53 mM, p=0,014) que los ND, sin diferencias en UF a 60', transporte de agua libre, UF por poros pequeños, cribado de Na, pérdidas proteicas, D/DO de glucosa a 60/240', o D/P de creatinina a 60/240'. Los resultados eran similares cuando el análisis se hacía por separado para incidentes y prevalentes.

Ciento nueve pacientes (36 D) realizaron una segunda PEPc al año de la primera, y 45 (14 D), una tercera PEPc a los dos años. Los resultados al año eran muy similares a los basales, mientras que en la tercera prueba no hubo diferencias significativas. El porcentaje de pacientes que presentaron peritonitis entre sucesivas PEPc fue similar en D y ND.

La comparación longitudinal mostró tendencia general a estabilidad en el transporte peritoneal de agua y solutos en ambos grupos. En D se observó un aumento de D/DO de glucosa a 240' al final del primer año (p=0,019), sin otras variaciones de interés. En ND, aumentó de manera consistente el transporte de agua libre durante el seguimiento (p=0,03).

Los D en DP muestran una capacidad de UF significativamente más baja que los ND, sin otras diferencias aparentes en el transporte peritoneal de solutos pequeños y proteínas. Tanto los D como ND muestran una tendencia esencial a la estabilidad en los parámetros de transporte peritoneal de agua y solutos, aunque los ND muestran una tendencia a un aumento en el transporte de agua libre, que no se observa en D.

## 378 SIGNIFICADO PRONOSTICO COMPARADO DE LAS INFECCIONES PERITONEALES POR UNO O VARIOS GERMENES ENTERICOS (IPE) EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

R. RIBERA SANCHEZ, N. LEITE COSTA, A. RODRIGUEZ-CARMONA, L. BRAVO, A. LOPEZ IGLESIAS, P. OTERO ALONSO, M. PEREZ FONTAN  
 NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA)

Las IPE tienen un pronóstico grave, y precisan procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos. Las IPE típicas son producidas al menos por dos gérmenes intestinales (IPEP). Existe controversia sobre si las infecciones monobacterianas por gérmenes entericos (IPEM) deben incluirse en esta categoría. Para investigar esta cuestión, comparamos 176 IPEM (BGN entericos o Enterococcus spp) y 83 IPEP. Previamente, excluimos IPEP de naturaleza claramente quirúrgica al diagnóstico.

La comparación de factores demográficos solo mostró diferencia en cuanto a edad al diagnóstico (66,1 años IPEP vs 62,6 IPEM, p=0,039). Se aisló Escherichia coli en 33,0% de IPEM y 55,4% de IPEP (p=0,001), BGN no fermentadores en 7,4% y 2,4% (p=0,11), Enterococcus spp en 17,6% y 32,5% (p=0,007) y Enterococcus faecium en 2,9% y 12,0% (p=0,003), respectivamente. Se aislaron anaerobios intestinales en el 22,9% de las IPEP.

La comparación univariante mostró que IPEP asociaban mayor riesgo (48 vs 29%, p=0,012) y más días de ingreso (15,2 vs 5,9, p=0,01), más cambios de antibioterapia (63,2 vs 45,7%, p=0,001), laparotomías (19,3 vs 2,8%, p<0,0005), fracasos de tratamiento (37,3 vs 23,9%, p=0,023), paso a hemodiálisis (13,3 vs 6,3%, p<0,0005) y mortalidad (20,5 vs 6,8%, p<0,0005). No diferencias significativas en días de inflamación, celularidad en efuente, retirada de catéter o sobreinfecciones.

Al excluir IPEP con participación de anaerobios, la comparación IPEM-IPEP mostró un perfil más similar, aunque con riesgo todavía mayor en IPEP de ingreso hospitalario (39,1 vs 29,5%, p=0,042), cambio de antibióticos (58,6 vs 45,7%, p=0,011), laparotomía (10,9 vs 2,8%, p=0,011) y mortalidad (17,2 vs 6,8%, p=0,053)(resto NS).

El análisis multivariante, tras ajustar para otros factores de riesgo (sexo femenino, tiempo en DP y albúmina), mostró que la presencia de anaerobios (OR 8,35, IC95% 2,3/31,1, p<0,0005), pero no el carácter polimicrobiano de la IPE (OR 1,14, IC95% 0,6/2,3, p=0,71), predice fracaso terapéutico.

Aunque las IPEP muestran un perfil de mayor gravedad que las IPEM, la diferencia se asienta en las IPE con presencia de anaerobios, siendo este factor, y no el carácter mono-polimicrobiano de las infecciones, lo que más condiciona el pronóstico. Sugerimos que la clasificación y estratificación pronóstica de las IPE se base más en la presencia de anaerobios que en el número de aislamientos.

## 379 COLOCACIÓN DEL CATÉTER DEL DIÁLISIS PERITONEAL POR NEFROLOGÍA. EXPERIENCIA EN LA PROMOCIÓN DE LA NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA. RESULTADOS Y COSTES

E. PONZ CLEMENTE, L. BETANCOURT CASTELLANOS, U. VADILLO VIDAL, RI. MANZUR CAVALLIOTTI, C. BLASCO CABAÑAS, D. MARQUINA PARRA, MJ. GORDO, E. ROJAS SERNA, CJ. GUZMAN RUBIANO, J. ALMIRALL DALY

NEFROLOGÍA. PARC TAULÍ SABADELL, HOSPITAL UNIVERSITARIO. INSTITUTO UNIVERSITARIO (UAB). SABADELL (BARCELONA)

**Introducción y Objetivos:** La correcta inserción del catéter de Diálisis Peritoneal (DP) es fundamental para la supervivencia de la DP. La técnica por Punción (P) por Nefrología vs laparoscopia (LP) permite reducir costes, tiempo de espera y aumenta la autonomía del programa de DP, facilitando el inicio no planificado.

Revisamos nuestra experiencia, poniendo especial atención en los resultados generales obtenidos, los cambios metodológicos aplicados y los costes entre P y LP.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de colocación de catéteres por P por nefrólogos entrenados, con anestesia local y sedación desde enero de 1996 a febrero de 2017. Todos los catéteres fueron tipo Tenckhoff con cuello de cisne y extremo distal en espiral o recto. Se valora la función primaria y las complicaciones durante el procedimiento y el primer mes. Enfermería de DP está implicada en todo el proceso. Se describen los cambios de métodos y las mejoras técnicas. Estudio de costes de P y LP realizado en 2014.

**Resultados:** Se han colocado un total de 221 catéteres, 94 por P. El uso de la P respecto a la LP ha aumentado con el tiempo: 1996-2000, 20,7%; 2001-2005, 25%; 2006-2010, 42,5%; 2011-2015 68%; 2016-2017, 94%. En los últimos años la P se ha utilizado en pacientes subóptimos: obesos (IMC 27,5±4,6), y con un 37,5% de cirugías abdominales previas. La tasa de función primaria es del 91,5% (86/94). No ha habido mortalidad relacionada. Complicaciones primer mes: una perforación del colon, 6 colocaciones pre-peritoneales, 5 fugas periorificiales, 1 catéter no funcionando y 1 infección orificio de salida.

Mejoras y cambios técnicos: Desde 2010 dos nefrólogos entrenados. Desde 2016 introducción de la ecografía, cambio de trocar Y-Tec (desabastecimiento) por técnica de Seldinger, revisión de protocolos de anestesia local y sedación. Todos los cambios han contribuido a mejorar la seguridad y los tiempos de colocación. La técnica de Seldinger facilita la colocación del dacron interno y reduce el tiempo.

Estudio de costes: La colocación del catéter por P es un 40% más económica que la LP (998 € respecto a 1684 €).

### Conclusiones:

La colocación de catéteres por P por Nefrología es coste-eficiente y aumenta la autonomía de la técnica de DP.

La formación de más nefrólogos facilita la continuidad y mejora de la técnica de P.

El proceso de mejora continua de la calidad mejora los resultados y genera mayor satisfacción en el equipo.

## 380 IMPLICACIONES METABÓLICAS DEL FACTOR FIBROBLÁSTICO DE CRECIMIENTO 21 (FGF-21) EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

E. GONZÁLEZ<sup>1</sup>, JJ. DÍEZ<sup>2</sup>, MA. BAJO<sup>1</sup>, G. DEL PESO<sup>1</sup>, O. RODRIGUEZ<sup>3</sup>, M. DÍAZ-ALMIRÓN<sup>4</sup>, P. IGLESIAS<sup>5</sup>, R. SELGAS<sup>5</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), <sup>2</sup>ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID), <sup>3</sup>BIOQUÍMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), <sup>4</sup>BIOESTADÍSTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

**Introducción.** El Factor Fibroblástico de crecimiento 21 (FGF-21) es una hormona hepática que estimula la captación de glucosa por el adipocito de manera independiente a la insulina, suprime la producción hepática de glucosa y está implicado en la regulación de la grasa corporal. Los pacientes en diálisis peritoneal (DP) sufren potenciales interferencias con el estado de FGF-21 con repercusiones desconocidas.

El propósito de este estudio fue definir la historia natural de FGF-21 en pacientes en DP, analizar su relación con la homeostasis de la glucosa y estudiar la influencia de la función renal residual y de la función peritoneal sobre los niveles de FGF-21 en el tiempo.

**Materiales y métodos.** Estudiamos 48 pacientes incidentes en DP durante 3 años. Se tomaron muestras plasmáticas rutinarias en cada paciente al inicio del estudio (basal) y a los 1, 2 y 3 años de terapia.

**Resultados.** Los niveles plasmáticos de FGF-21 se incrementaron significativamente en el primer año y mantuvieron altos durante el tiempo de observación. Encontramos una correlación positiva entre el tiempo en diálisis y los niveles de FGF-21 (p<0,001), pero no asociación entre estos niveles y los siguientes parámetros: edad, índice de masa corporal, HOMA, ácidos grasos no-esterificados en plasma, glucemia, modalidad de DP, sobrecarga de glucosa peritoneal, coeficientes de transferencia de masas peritoneales de urea y creatinina y la capacidad de ultrafiltración.

Mediante análisis de modelos mixtos, los pacientes con función renal residual (RRF) tuvieron niveles de FGF-21 en plasma significativamente inferiores con respecto a aquéllos sin RRF (p<0,05). También hubo asociación significativa entre los niveles plasmáticos de FGF-21 y las pérdidas proteicas peritoneales (PPL) (p<0,05), independientemente del tiempo en diálisis.

**Conclusión.** Nuestro estudio muestra que los niveles en plasma de FGF-21 en pacientes incidentes en DP aumentan significativamente con el tiempo, de forma inversamente asociada a la función renal residual y, directamente con las pérdidas proteicas peritoneales (mayores niveles de FGF-21 a menor RRF y a mayores pérdidas proteicas). La ausencia de incremento de la resistencia insulínica (no variación de HOMA), a pesar del sostenido aporte peritoneal de glucosa, sugiere que el FGF-21 podría ser un importante factor endocrino que, actuando como hormona, ayude a mantener la homeostasis de la glucosa y prevenir la resistencia insulínica en los pacientes en DP.

**381 VIEJOS PROBLEMAS, NUEVAS SOLUCIONES**

MA. SIMARRO RUEDA<sup>1</sup>, AE. ORTEGA CERRATO<sup>2</sup>, SY. NAM CHA<sup>3</sup>, R. VERA BERÓN<sup>4</sup>, RD. GARCÍA ÁNGEL<sup>5</sup>, J. MASÍA MONDEJAR<sup>6</sup>, AV. OCAÑA MARTÍNEZ<sup>7</sup>, F. LLAMAS FUENTES<sup>8</sup>, CA. GÓMEZ ROLDÁN<sup>9</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>8</sup>

<sup>1</sup>ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>3</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>4</sup>ANTOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>5</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>7</sup>INVESTIGACIÓN. GRUPO INDI (ALBACETE)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**  
Grupo INDI

**Introducción.** La diálisis peritoneal (DP) es una técnica de sustitución renal en los paciente con insuficiencia renal crónica terminal (IRCt). El principal inconveniente de la DP son las infecciones bacterianas en el peritoneo o peritonitis. Debido a que existen cada vez más bacterias resistentes a tratamiento con antibióticos, nos planteamos la necesidad de desarrollar nuevas moléculas con efecto antimicrobiano, como las nanopartículas de sílice (NPs-Si) capaces de tratar estas infecciones recurrentes.

**Objetivos.**

- Estudiar la toxicidad celular de NPs-Si.
- Evaluar su capacidad antimicrobiana, en cepas que causan infecciones en pacientes en DP.
- Comprobar qué dosis con efecto bacteriológico no es tóxica para la célula.

**Material y métodos.** Tras aprobación del comité ético y pasar el consentimiento informado a los pacientes, se obtuvieron muestra de efuente peritoneal con diagnostico de sospecha para peritonitis. Las bacterias obtenidas de estas muestras fueron Staphylococcus aureus, Pseudomona aeruginosa, Staphylococcus salivarius, Staphylococcus eidermidis, Enterococcus faecalis, Staphylococcus lugdunensis, Escherichia coli, Stenotrophomonas maltophilia, y Achromobacter xylosoxidans. Las cepas se cultivaron en medio Mueller-Hinton en incubadores a 37°C. De cada cultivo bacteriológico se obtuvieron 108 unidades formadoras de colonias(UFC)/mL.

Estas muestras fueron enfrentadas a dosis crecientes de NP-Si (0,2 a 256 µg/mL), determinando la Concentración Mínima Inhibitoria (CMI), para todas ellas. Utilizamos 7 NPs-Si diferentes con modificaciones estructurales y de carga para testar su eficacia. La toxicidad celular se estudió sobre células tumorales de rata DHD/K12/TRb, con diferentes técnicas (MTT)(3-[4,5-dimetil-tiazol-2-Il]-2,5-difenil tetrazolilo), LDH (lactato deshidrogenasa), usando concentraciones crecientes de NPs-Si (0,2 a 20 µg/mL).

**Resultados.** El punto de corte para determinar la toxicidad celular de las NP-Si fue inferiores a 20 µg/mL, no demostraron toxicidad celular por debajo de esa concentración.

La CMI fue menor de 10 µg/mL para la NPs-Si 13 siendo efectiva para Stenotrophomonas maltophilia y la NPs- Si 15 fue efectiva para Staphylococcus lugdunensis.

Tendríamos que seguir investigando para encontrar una NP-Si altamente eficaces y poco tóxicas, ya que de las 7 NP-Si testadas, 5 son muy tóxicas y por tanto no validas y las otras 2 son efectivas contra la Staphylococcus lugdunensis y Stenotrophomonas maltophilia, siendo tóxicas para el resto.

**Conclusiones.** Las NP-Si son un agente que presenta propiedades antibacterianas, aunque con alta toxicidad celular. Las modificaciones estructurales y de carga sobre estas NPs Si, generan cambios sobre estos compuestos más o menos efectivos, eso hace que estas NPs sean más o menos efectivas contra diferentes bacterias disminuyendo efectos secundarios y mejorando eficacia.

**382 ¿PUEDEN LOS ANÚRICOS PERMANECER EN DIÁLISIS PERITONEAL?**

ORTEGA CERRATO<sup>1</sup>, ME. SIMARRO RUEDA<sup>2</sup>, M. ORTEGA CERRATO<sup>3</sup>, M. MARTÍNEZ DÍAZ<sup>1</sup>, BJ. CABEZUELO RODRIGUEZ<sup>1</sup>, J. CENTELLAS PEREZ<sup>1</sup>, J. MASÍA MONDEJAR<sup>1</sup>, F. LLAMAS FUENTES<sup>1</sup>, CA. GÓMEZ ROLDÁN<sup>1</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>2</sup>ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>3</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE)

**Introducción:** Los pacientes anúricos (A) son excluidos de forma habitual de los programas de diálisis peritoneal (DP), ante la complejidad y el temor de no poder realizar la técnica de forma adecuada, pudiendo generar mayor comorbilidad que en población no anúrica (NA). Sin embargo, gracias a trabajos reciente, esta visión, está cambiando pudiendo permanecer en la técnica. Existen diferentes soluciones, como la icodextrina o terapias ajustadas a la necesidad de los pacientes, como la DP adaptada para poder controlar este tipo de problemas.

**Objetivos:** Valorar nuestra población de A y NA, y evaluar la evolución a largo plazo en DP, en el periodo comprendido entre enero de 2011 hasta Abril del 2017 en el programa de DP en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes A y NA en tratamiento con DP.

Los parámetros clínicos, analíticos y relacionados con la DP fueron recogidos en base datos excel desde los programas informáticos Nefrolink, Renalsoft, Mambriño XXI, Patientonline 6.0. Estudiamos los pacientes incidentes y prevalentes en ese periodo, con un seguimiento medio de 540,18 días (rango: 11-2125 días).

Se han utilizado análisis de Kaplan Meyer y t de student-wilcoxon para identificar factores de riesgo de mortalidad y fallo de la técnica, analizado mediante paquete estadístico SPSS 15,0 para windows.

**Resultados:** De un cohorte de 179 pacientes estudiados durante el periodo de seguimiento, el 37,98% de los pacientes recibió trasplante renal, el 8,37% pasó a hemodiálisis, un 17,87% falleció, el 2,28% recuperó FR saliendo de programa de DP y un 33,51 % continúa actualmente en programa de DP. El 90,75 % de los paciente presentaban un trasporte peritoneal medio alto, medio bajo. El 6,94% alto y el 2,31% bajo trasporte. El Kt/V semanal medio fue de 1.76. El 28,49% de los paciente eran A. La ultrafiltración media de este grupo fue de 999 ml/24 horas (el 72,54 % de los pacientes presentaba una UF > 700 ml/24 horas). El 48% presentaban un Kt/V semanal superior a 1,7, siendo el Kt/V semanal medio de 1,724 para este grupo.

La edad, el tipo de trasporte del peritoneo, la cardiopatía isquémica y Kt/V por debajo de 1.7 presentaron significación estadística para no continuar en la DP.

**Conclusión:** Los pacientes A tratados con DP pueden obtener parametros clínicos, analíticos, de ultrafiltración y de calidad dialíticas como los NA.

La edad, un Kt/V insuficiente, el tipo de trasporte y la afectación cardiovascular previa son factores de riesgo que aumentan la mortalidad en dicha técnica.

La principal transferencia de pacientes es hacia el trasplante, seguida por los exitus y el paso a hemodiálisis.

**383 REGISTRO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP). ESTUDIO COLABORATIVO.**

JM. GIL CUNQUERO<sup>1</sup>, E. SÁNCHEZ ALVAREZ<sup>2</sup>, A. RODRÍGUEZ-CARMONA DE LA TORRE<sup>3</sup>, M. PRIETO VELASCO<sup>4</sup>, M. LANUZA LUENGO<sup>5</sup>, V. PARAÍSO CUEVAS<sup>6</sup>, A. SOLDEVILLA ORIENT<sup>7</sup>, MF. SLON ROBLERO<sup>8</sup>, A. FERRER NADAL<sup>9</sup>, N. CASTILLO RODRÍGUEZ<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN (JAÉN), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HU CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO LA CORUÑA (LA CORUÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HU DE LEÓN (LEÓN), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HU DE HENARES (MADRID), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HU LA FE (VALENCIA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (PAMPLONA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL SON LLATZER (PALMA DE MALLORCA), <sup>10</sup>NEFROLOGÍA. HU NTRA SRA DE LA CANDELARIA (STA. CRUZ DE TENERIFE)

**Introducción:** Basándonos en datos del estudio de Fragilidad y Dependencia en Albacete (FRAD-DEA), en los pacientes mayores de 70 años, la fragilidad supone un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor, un riesgo de nueva discapacidad 2,5 veces mayor y un riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor.

**Objetivo:** 1/Detectar y valorar nivel de fragilidad de nuestra población en diálisis anciana en DP. 2/ Identificar factores sociodemográficos, clínicos y funcionales asociados a fragilidad en estos pacientes.

**Material/métodos:** Estudio colaborativo de 9 centros hospitalarios españoles incluyendo pacientes >70a >3 meses en DP. Recogida datos sociodemográficos y analíticos básicos (edad, sexo, etiología ERC, soporte social, tpo en diálisis, Charlson, peso, PA, GFR, Crp, Hb, Ktv total) y funcionales. Fragilidad medida mediante Short-Physical-Performance-Battery(SPPB) y Clinical-Frailty-Scale(CFS). Depresión mediante Escala Depresión de Yesavage, dependencia mediante índice de Barthel y Calidad de vida mediante SF-12. Valoración global de la muestra. Agrupación de resultados de CFS en 4 categorías según puntuación (1-3, Grupo 1: no fragilidad; 4- 5 G2, vulnerable-fragilidad leve; 6-8 G3, fragilidad moderada-severa; 9 G4; enfermo terminal) y comparación por grupos.

**Resultados:** 136 pacientes. Fragilidad detectada en 44,1% pacientes medida con CFS (G1 55,9%, G2 27,9%, G3 15,4% y G4 0,7%) y 54,6% de pacientes según SPPB. Edad 78,4±5,3 años, 61% hombres, 73,5% en DPCA, Charlson mediana 6(2-14). Depresión 33.3% (Leve 20.7% y Establecida 12.6%). Barthel 39,7% dependientes (escasa 6.8%, moderada 19.8%, severa 11.6%, total 1.7%). SF-12 componente físico 45%, mental 60% y global 57.7%.

Comparación por grupos de CFS: pacientes con mayor nivel de fragilidad tienen significativamente mayor edad (p<0,05) y más frecuentemente en DPA (p=0,058). No encontramos diferencias en cuanto al sexo, soporte social, índice de Charlson ni parámetros analíticos. La presencia y grado de depresión (Yesavage), nivel de dependencia (Barthel) y reducción de calidad de vida (SF-12) se incrementa significativamente (p<0,001 en los tres casos) conforme aumenta grado de fragilidad.

Comparado con datos de población general, la fragilidad es más prevalente en DP. El modelo de regresión logística mostró que los factores influyentes en la presencia de fragilidad en ancianos en DP son tener mayor edad (OR 1,19; p=0,002), resultado más alto en escala de depresión (OR 1,32; p=0,004) y resultado más alto en escala de Barthel (OR 0,96; p=0,023).

**Conclusiones:** Los pacientes ancianos >70a en DP muestra una alta frecuencia de fragilidad, mayor que en población general. Los principales factores predictores de fragilidad son edad, presencia de depresión y el nivel de dependencia. La medición evaluativa de fragilidad debería formar parte del manejo clínico de la ERC en ancianos elaborando programas de detección precoz de pacientes mayores frágiles para un abordaje precoz y adecuado de esta patología.

**384 ¿VARÍA LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL SEGÚN EL MOMENTO EN QUE SE MIDE?**

FL. PROCACCINI, F. TORNERO MOLINA, JA. HERRERO CALVO, A. SHABAKA FERNANDEZ, M. POMA TAPIA, S. GATIUS RUIZ, J. VIAN PEREZ, A. SÁNCHEZ FRUCTUOSO

NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

**Introducción.** La elevación de la presión intraperitoneal (PIP) en los pacientes en diálisis peritoneal (DP) se relaciona con alteraciones del transporte peritoneal. La medición de la PIP se realiza al inicio de la infusión calculándose que una PIP máxima de 18 cmH2O, correspondiente con volumen de infusión de 1400ml/m2. Sin embargo, puede existir una adaptación de la cavidad peritoneal de forma que la PIP disminuya a lo largo del intercambio. Nuestro objetivo es valorar la existencia de esta adaptación y buscar relaciones entre PIP y volúmenes.

**Material y método.** En 17 pacientes del programa de DP de nuestro centro determinamos la PIP mediante la medición en cm de la columna de líquido dializado en el tubo de drenaje, al inicio y final del test de equilibrio peritoneal (PET). Ningún paciente presentó peritonitis o complicaciones abdominales en las 4 semanas previas a la medición. Se recogieron variables demográficas, antropométricas y datos relativos al PET.

**Resultados.** Estudiamos 17 pacientes: 12 hombres (70,6%); 12 en DPCA (70,6%) y 5 en DPA (29,4%). Edad media 61,87±17,8 años, IMC 29,01±5,48 kg/m2, superficie corporal de 1,82±0,23 m2, tiempo medio en DP 499 días (RIC 142-880,5).

La PIP media fue 14,47±4,34 cmH2O tras la infusión, y 15±4,64 cmH2O al drenaje. La ultrafiltración media fue de 516,12±269,5 ml con un Kt/V semanal medio de 2±0,45.

Calculando la PIP/volumen observamos un descenso de 7,97 ± 3,68 cmH2O/mL (p=0,019) al drenaje respecto al valor inicial.

Existió correlación entre PIP/volumen intraperitoneal (tanto inicial como drenaje) y volumen/superficie corporal (inicial; r=-0,624, p=0,007; drenaje; r=-0,703, p=0,002). También se observó correlación, aunque menor entre PIP/volumen al drenaje y volumen/peso.

Existió además correlación significativa entre volumen infundido/PIP inicial y PIP final, de forma que la PIP final =21,114 - [0,041x(Volumen infundido/PIPinicial)] (r=0,578, r-sq adj=0,290, p=0,015)

También hubo correlación entre PIP final/superficie corporal y volumen de infusión de forma que el Volumen infundido=2355,201 -[52,727\*(PIPinicial/Superficie corporal)] (r=0,630, r-sq adj=0,356, p=0,007)

**Conclusiones.** La menor relación presión/volumen al final del intercambio confirma la adaptación de la cavidad abdominal durante la permanencia por lo que la PIP importante sería la del final del intercambio. Sin embargo, la determinación de la PIP al inicio puede predecir la PIP final conociendo el volumen infundido. Además, se confirma la mejor correlación de la PIP a la superficie corporal que al peso. Los resultados obtenidos nos permiten predecir la PIP final en relación al volumen infundido y a la superficie corporal del paciente.

# Resúmenes

## Dialísis peritoneal

### 385 DROP OUT (SALIDAS) DE DIALISIS PERITONEAL EN UNA RED DE CLINICAS INTERNACIONAL

B. MARRÓN<sup>1</sup>, G. MORETTA<sup>2</sup>, M. ROESCH<sup>3</sup>, J. OSTROWSKI<sup>4</sup>, D. TIMOFTE<sup>5</sup>, M. TÖRÖK<sup>6</sup>, D. PÉREZ<sup>7</sup>, L. CASTILLO<sup>8</sup>, E. FABRICIUS<sup>9</sup>, J. HEGBRANT<sup>10</sup>

<sup>1</sup>HOME THERAPIES. INTERNATIONAL MEDICAL OFFICE (MADRID);<sup>2</sup>DIÁLISIS PERITONEAL. DIAVERUM LATAM. (BUENOS AIRES);<sup>3</sup>SCHLANKREYE CLINIC. DIAVERUM DE. (HAMBURGO);<sup>4</sup>WLOCLAWEK CLINIC. DIAVERUM PL. (WLOCLAWEK);<sup>5</sup>SEMA CLINIC. DIAVERUM RO (BUCAREST);<sup>6</sup>ROKUS CLINIC. DIAVERUM HU (BUDAPEST);<sup>7</sup>SEINE CLINIC. DIAVERUM UR (MONTEVIDEO);<sup>8</sup>TEMUCO CLINIC. DIAVERUM CL (TEMUCO);<sup>9</sup>VISBY CLINIC. DIAVERUM SE (VISBY);<sup>10</sup>MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (LUND)

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

Grupo de Diálisis Peritoneal (9 países), Diaverum

**Introducción:** Los programas de diálisis peritoneal (DP) se ven dificultados en su crecimiento por la gran pérdida anual de pacientes (hasta del 40-75%). Con frecuencia, el impacto no es bien medido ni establecido.

**Objetivos:** Analizar la introducción de una nueva herramienta para el seguimiento de las pérdidas acumuladas anuales de pacientes en DP (drop out, DO), así como, el estudio de sus causas.

**Métodos:** Registro prospectivo, observacional, realizado en 6 países europeos (EU) [FR, DE, HU, PL, RO, SE] y en 3 países latinoamericanos (LA) [AR, CL, UR]. Los datos de LA se presentan como una "región" unificada. Durante el 1/1-31/12/2015 se registraron mensualmente todos los pacientes incidentes y prevalentes, así como, el DO por: trasplante (TX), recuperación de la función renal residual (FRR), paso a HD (por peritonitis, problemas en el orificio de salida o en el catéter, fallo de ultrafiltración, falta de adecuación u otros), transferencia a otros centros y mortalidad. Los resultados del DO total, del DO controlable (transferidos a HD y a otros centros) y de sus causas se presentan como resultados/paciente en riesgo.

**Resultados:** Se registraron 1011 pt. (667 prevalentes y 344 incidentes) de 61 clínicas. Durante el año, 212 pt. abandonaron DP. El DO total y el controlable variaron entre las regiones: 49% y 19% en EU vs. 42 y 18% en LA. Las salidas por TX ocurrieron en un 8% (siendo mayor en PL y menor en LA, DE y RO); la recuperación de la FRR en 0.3%; la transferencia a otros centros 4% y éxito 18% (menor en LA y PL). La mitad de las muertes se atribuyeron a causas cardiovasculares y un 6% a peritonitis. La transferencia a HD: 15% (peritonitis 6.5%, problemas de catéter 2%, baja adecuación 1.3%, fallo UF 0.4%, burn out 1.2%, otras razones 3.5%).

**Conclusiones:** La monitorización anual del DO incrementa la calidad de los programas de DP. Esta herramienta permite comparaciones homogéneas entre países. La pronta actuación en las causas podría incrementar la supervivencia del paciente y de la técnica.

### 386 IMPACTO DEL USO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA TOMA DE DECISION EN LA ELECCIÓN E INICIO DE DIALISIS EN UN CONTEXTO INTERNACIONAL

B. MARRÓN<sup>1</sup>, J. OSTROWSKI<sup>2</sup>, D. TIMOFTE<sup>3</sup>, M. TÖRÖK<sup>4</sup>, M. ROESCH<sup>5</sup>, C. MARTÍN<sup>6</sup>, P. KOCHMAN<sup>7</sup>, A. OROSZ<sup>8</sup>, D. MUNTEANU<sup>9</sup>, J. HEGBRANT<sup>10</sup>

<sup>1</sup>HOME THERAPIES. MEDICAL OFFICE, DIAVERUM (MADRID);<sup>2</sup>WLOCLAWEK CLINIC. DIAVERUM PL (WLOCLAWEK);<sup>3</sup>SEMA CLINIC. DIAVERUM RO (BUCAREST);<sup>4</sup>ROKUS CLINIC. DIAVERUM HU (BUDAPEST);<sup>5</sup>SCHLANKREYE CLINIC. DIAVERUM DE (HAMBURGO);<sup>6</sup>BARRACAS CLINIC. DIAVERUM AR (BUENOS AIRES);<sup>7</sup>WLOCLAWEK. DIAVERUM PL (WLOCLAWEK);<sup>8</sup>BAJCSY CLINIC. DIAVERUM HU (BUDAPEST);<sup>9</sup>FUNDENI CLINIC. DIAVERUM RO (BUCAREST);<sup>10</sup>MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (LUND)

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

Grupo de Diálisis Peritoneal (9 países), Diaverum

**Introducción:** La falta de elección de modalidad en muchos pacientes y la incapacidad para ofrecer programas de información que sigan un proceso sistemático de calidad, son causas frecuentes que no facilitan el crecimiento de la diálisis peritoneal (DP).

**Objetivos:** Analizar la implantación de un proceso sistemático de información a través del uso de herramientas para la ayuda a la toma de decisión (HATD) y su impacto en la modalidad de elección del paciente y en la adscripción a un tipo de diálisis.

**Métodos:** Registro observacional, prospectivo e internacional. El uso de HATD incluyó a todos los pacientes ERCA 4-5 o que tras un inicio no programado (NP) en HD no hubieran recibido información previa. El proceso incluyó las siguientes fases: evaluación de valores, información a través de distintos materiales, apoyo en la deliberación y elección final de modalidad.

**Resultados:** 1141 pacientes de 45 clínicas en Polonia, Rumanía, Hungría, Alemania y Argentina, precisaron recibir información en modalidades entre agosto del 2014 y diciembre del 2015. El staff consideró que existía contraindicación para DP en un 32%, que 800 pt. (edad media 59,5) eran aptos para PD/HD (48% podrían inclinarse hacia DP). La información fue ofertada con distintos materiales, siendo la información escrita la más utilizada (69-95% de pt.). los DV/D en 14-30% y las visitas a instalaciones de HD/PD en 10-76%. Un 82% de familiares participaron en el proceso. La elección de DP (39%) varió entre países: 16% (RO, 12 clínicas), 38% (PL, 19 cl.) 41% (HU, 10 cl.), 84% (DE, 3 cl.) y 93% (AR, 1 cl.). En los pacientes que iniciaron diálisis (n=612), la DP como modalidad definitiva alcanzó al 31% (10% tras inicio NP); 13% (RO), 30% (PL), 36% (HU), 75% (DE) y 93% (AR).

**Conclusiones:** El uso de HATD a la hora de la elección de modalidad favorece el empoderamiento de los pacientes. Su implantación incrementó el uso de la DP en nuestra institución. Toda información debería ofertarse con un proceso sistemático que favorezca las decisiones compartidas (pacientes-familiares-staff).

### 387 ANÁLISIS DE ADECUACIÓN DE LA DIALISIS PERITONEAL: DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO PARA INCREMENTAR SU UTILIZACIÓN

JM. DIAZ<sup>1</sup>, K. SALAS<sup>2</sup>, A. HERREROS<sup>3</sup>, B. QUILEZ<sup>4</sup>, S. PEÑA<sup>5</sup>, T. DONATE<sup>6</sup>, X. BONFILL<sup>7</sup>, J. BALLARIN<sup>8</sup>, I. BOLLIVAR<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA);<sup>2</sup>EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA. HOSPITAL DE SANT PAU (BARCELONA)

**Introducción.** Para el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada se dispone de dos técnicas de efectividad parecida: la diálisis peritoneal (DP) y la hemodiálisis (HD). La elección de la modalidad de tratamiento se basa en la decisión voluntaria del paciente después de estar correctamente informado y en la práctica clínica se constata una infrutilización de la DP (16,9% de los pacientes incidentes en España en 2015). El objetivo del estudio es describir el grado de adecuación de la DP e identificar las causas de su potencial inadecuación.

**Material y método.** Se diseñó un instrumento de análisis de la adecuación de la DP en base a los criterios establecidos según la literatura. Se consideró adecuada la utilización de DP en un paciente sin contraindicaciones para la técnica y que optó voluntariamente por una modalidad después de una información completa. Se consideró como razones de potencial uso inadecuado de DP: 1) la prescripción de DP en un paciente con contraindicaciones para la técnica, 2) la información incompleta o ausente al paciente sobre las dos técnicas, y 3) la percepción de falta de decisión compartida en un paciente con información completa. Se analizó la adecuación del uso de la DP en pacientes mayores de 18 años que iniciaron diálisis entre Enero-2014 y Diciembre-2015.

**Resultados.** El estudio incluyó 131 pacientes (109 HD; 22 DP), de los cuales 102 (78%) presentaban un adecuado uso de DP: 37 pacientes (28%) sin prescripción de DP por presencia de contraindicaciones y 65 pacientes (50%) con prescripción de la modalidad elegida en forma voluntaria por un paciente bien informado. Se objetivaron 29 casos (22%) con un potencial uso inadecuado de DP cuyas razones fueron: información incompleta de modalidades de diálisis (7,6%), ausencia de información de modalidades (6%) y percepción de falta de toma de decisiones compartidas (8,4%). Se objetivó que la edad se comportó como un factor de riesgo independiente para un uso inadecuado de DP (ORa 1,08; IC95% 1,02-1,15; p=0,014) mientras que el seguimiento en una consulta multidisciplinar específica de ERC avanzada se comportó como un factor protector (ORa 0,08; IC95% 0,02-0,30; p<0,001).

**Conclusiones.** Existe un 22% de mejora potencial en la utilización de DP, principalmente por una infrutilización en pacientes que iniciaron tratamiento con HD. Es importante potenciar las consultas específicas de ERC avanzada e implantar procesos estructurados de información y toma de decisiones compartidas, especialmente en pacientes mayores de edad.

### 388 TENDENCIAS ACTUALES EN LA PRESCRIPCIÓN CON CICLADORA Y LOS TRATAMIENTOS REALES REALIZADOS

J. PORTOLES<sup>1</sup>, F. FERNANDEZ-CUSICANQUI<sup>1</sup>, G. DEL PESO<sup>2</sup>, A. FERNANDEZ-PERPEÑ<sup>3</sup>, AM. TATO<sup>4</sup>, C. FELIPE FERNANDEZ<sup>5</sup>, C. HEVIA<sup>6</sup>, L. MEDINA ZAHONERO<sup>7</sup>, F. TORNERO<sup>8</sup>, MA. BAJO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U.PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA);<sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H.U.LA PAZ (MADRID);<sup>3</sup>NEFROLOGÍA. H.LA PRINCESA (MADRID);<sup>4</sup>NEFROLOGÍA. H.U.FUNDACION ALCORCON (MADRID);<sup>5</sup>NEFROLOGÍA. H.U.N.SEÑORA DE SONSOLES (AVILA);<sup>6</sup>NEFROLOGÍA. H.U.INFANTA SOFIA (SAN SEBASTIAN DE LOS REYES);<sup>7</sup>NEFROLOGÍA. H.U.CLINICO SAN CARLOS (MADRID)

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

Grupo Centro Diálisis Peritoneal / ISCIII RedinRen 16/009/009.

El 31% de los pacientes incidentes en diálisis peritoneal (DP) en el GCDP comienzan directamente con cicladora(DPA). Su uso aumenta durante la estancia en DP hasta el 50.5% de los prevalentes al cierre de 2015.

**Métodos:** Para analizar las tendencias reales en pautas de prescripción DPA y las diferencias entre lo pautado y lo administrado, realizamos una integración entre nuestra BD clínica y los programas de gestión de cicladoras (Renalsoft/Versia®) que recogen de forma automática todos los tratamientos realizados en 7 centros del GCDP. Para el análisis de seguimiento anual, se incluyen solo los que reciben APD durante todo ese tiempo.

**Resultados:** Cohorte: se incluyen 197 pacientes (48.8+16.1) años, 69.9% varones, Índice Charlson (5.0+1,6) y 20.7% DM). Esta cohorte es más joven, con igual comorbilidad que la referencia global del GCDP. Los pacientes en DPA proceden con más frecuencia de HD (22.5%vs17,2%) y de Tx fallido (15.3%vs7,3%) que de ERCA. Al final del seguimiento, 12.3% fallecen, 18.3% pasan a HD, 41.6 % se TX y el resto siguen en DP.

**Prescripción:** Reunimos 107.000 días de tratamiento con un seguimiento medio de 2,7 años. La distribución de perfiles de DPA (inicial vs al año) es de: Optimizada (1,5%vs9.1) y Tidal (23,9%vs37,1%). El perfil de prescripción Tidal parece reflejar mas adaptación de funcionamiento de catéter que búsqueda de dosis elevada. El tiempo de permanencia prescrito representa el 72,2% del tiempo de conexión a cicladora y el real baja al 68,8%, siendo el resto tiempo preciso para la infusión/drenaje.

Los resultados más relevantes al inicio y al año se muestran en la tabla 1. El volumen total infundido es casi 600 ml inferior al pautado durante el primer mes (p.0.02), pero al año esta diferencia se reduce hasta perder significación. La prescripción al año aumenta en tiempo, volumen y nº de ciclos, con valores reales en tratamiento realizado de: 11,6vs9,9 litros (p: 0.01); 9,2vs8,5 horas (p<0.001) y 5.0 vs 4.5 ciclos.

Establecimos que 5% era el límite de tolerancia para la diferencia entre lo prescrito y lo real. Así el 31,2% de los tratamientos diarios con APD tuvieron un tiempo de permanencia efectiva inferior a ese límite y solo el 9,5% prolongaron el tiempo de tratamiento total de forma significativa.

**Conclusiones:** Prescribimos APD a pacientes jóvenes y que estimamos que perderán FRR (HD o Tx previo). Las diferencias entre prescripción y tratamiento que se estiman por vez primera en un entorno real. Estas deben considerarse en guías, protocolos y cursos de formación y evaluarse individualmente en la práctica diaria.

Cl: Unrestricted Grant de Baxter a través Fundación-Madrileña-Nefrología

**389 MUL+DO: MODELO MULTICOMPONENTE PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL**

E. ASTUDILLO CORTÉS<sup>1</sup>, M. NUÑEZ MORAL<sup>1</sup>, P. MARTÍNEZ-CAMBLOR<sup>2</sup>, A. MÉNDEZ GONZÁLEZ<sup>1</sup>, MC. RODRÍGUEZ SUÁREZ<sup>1</sup>, C. MERINO BUENO<sup>1</sup>, L. DEL RÍO GARCÍA<sup>1</sup>, JE. SÁNCHEZ-ALVAREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), <sup>2</sup>STATISTICS. GEISEL SCHOOL OF MEDICINE AT DARTMOUTH (HANOVER, NH, USA)

La infección peritoneal (IP), tiene una incidencia elevada y graves repercusiones en la técnica de diálisis peritoneal. Actualmente, el patrón oro para el diagnóstico de IP se basa en líquido peritoneal efuente turbio, recuento celular leucocitario >100 leucocitos/microlitro (L/μl) y más de 50% de polimorfonucleares (PMN).

Para reducir las complicaciones derivadas de las peritonitis, se recomienda el inicio rápido del tratamiento. Este estudio desarrolla la construcción de un modelo multi-componente (MUL+DO), para el diagnóstico de IP, que sea útil en la práctica clínica.

**Material y métodos.** Se utilizó una cohorte para la construcción del modelo (CCM), validándose con otra cohorte (CV), independiente de la primera. La CCM se generó recogiendo información sobre muestras de efuente durante 6 meses. Usamos tiras reactivas Multistix® 10SG Siemens, para la detección de Leucocitos (valor 0=0-15 L/μl, valor 1=16-70, valor 2=71-125 L/μl y valor 3=126-500 L/μl). Posteriormente, cada muestra se evaluó de acuerdo al patrón oro: número de leucocitos y porcentaje de PMN, realizándose también un cultivo microbiológico. Se recopiló también: edad, sexo, número de peritonitis anteriores, líquido turbio (no/sí/dudoso), dolor abdominal auto-reportado (sí/no) y diabetes (sí/no). La construcción del modelo MUL+DO, se basó en la alta asociación entre las tiras Multistix y la IP. A los valores de la escala cromática modificada (MULTistix [0-1-2-3] se sumó un punto, si el paciente reportaba dolor (DOLOR +1). MUL+DO tomó valores de 0 a 4. Durante los segundos 6 meses del estudio se creó una nueva cohorte, de igual manera e idénticas variables. Se aplicó el modelo MUL+DO y posteriormente se realizó conteo leucocitario y porcentaje de PMN.

**Resultados.** La CCM incluyó 134 muestras, 34 de ellas presentaron IP (25,4%). Las muestras positivas (peritonitis) presentaron, significativamente, más dolor, más líquido turbio y más coloración en las tiras Multistix. En la CCM, muestras con un valor MUL+DO > 1, presentaron una sensibilidad y especificidad del 100%. La CV incluyó 100 muestras con 16 infecciones (16%). Ambas cohortes fueron similares. En la CV, asumiendo como positiva una muestra con un valor de MUL+DO >1, se obtuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 95,2%. Las áreas bajo la curva ROC en la CCM y CV fueron respectivamente de 1 y 0,997.

**Conclusiones.** El modelo multi-componente MUL+DO aplicado en la CCM evidenció una separación perfecta de las poblaciones de positivos y negativos. Todos los positivos presentan una puntuación ≥2, mientras que todos los negativos tuvieron una puntuación ≤1. En la cohorte de validación, el modelo presentó sensibilidad 100% y especificidad 95,2%. Todo ello demuestra la utilidad de este método diagnóstico rápido y eficaz.

**390 ESTATUS INMUNITARIO EN LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL**

M. MOLINA<sup>1</sup>, C. YUSTE<sup>1</sup>, E. MORALES<sup>1</sup>, L. ALLENDE<sup>2</sup>, E. GUTIERREZ<sup>1</sup>, M. PRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE (MADRID), <sup>2</sup>INMUNOLOGÍA, HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE (MADRID)

**Introducción:** Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan alteraciones cualitativas y cuantitativas de los factores mediadores del sistema inmune. Sin embargo, existe muy poca información sobre la influencia del sistema inmune en la diálisis peritoneal (DP).

**Objetivos y material:** Analizar la influencia de la diálisis peritoneal sobre las poblaciones linfocitarias mediante un estudio transversal y descriptivo. Se compararon los resultados con 50 pacientes prevalentes en hemodiálisis (HD) con características demográficas y clínicas similares.

**Resultados:** Se analizaron 19 pacientes prevalentes en DP (estancia media en DP 7.6 ± 6.57 [3, 20] meses, edad 48.4 ± 18.7 [22,80] años, 57.9% mujeres, 10 % diabéticos, KTV semanal medio 2.52 ± 0.43 [2.24, 2.82]). La mayoría procedían de las consultas de ERC avanzada (n=14), 4 fueron transferidos desde hemodiálisis (estancia media en HD 5.5 ± 4.1 [2, 14] meses) y 1 paciente un trasplante previo disfuncionante. El 57.9% de los pacientes en DP presentaban linfopenia absoluta (3), mientras que el 63.2% presenta descenso de CD3 (3), 42.1% de CD4 (3), 15.8% de CD8 (3), 21.1% de NK (3) y 36.8% de CD19 (3). Los pacientes en DP manual (n=6) parecen presentar una mayor tendencia a la linfopenia comparados con los pacientes en DP automática (n=13) (1163 [927, 1498] vs. 1074 [859, 1271] respectivamente), a expensas de un déficit en todas las series. La prevalencia de la linfopenia absoluta parece aumentar paralelamente al tiempo en DP (estancia en DP linfopénicos 7 [1, 19] meses vs. 4 [3, 7.2] en no linfopénicos, NS). Comparados con los pacientes en HD, los pacientes en DP presentan una tendencia no significativa a una mayor linfopenia a expensas de linfocitos CD3, CD4 y CD8. Sin embargo, parecen presentar menores alteraciones en la fracción CD19, reconocida por su potencial aterogénico.

**Conclusiones:** Los pacientes en DP presentan alteraciones cualitativas y cuantitativas en los factores mediadores del sistema inmune, que podrían ser distintas de las que presentan los pacientes en hemodiálisis, aunque estudios más amplios son necesarios para verificar estos hallazgos.

**391 COLOCACIÓN DE CATETER DE DIALISIS PERITONEAL POR LAPAROSCOPÍA: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO**

JM. GIL CUNQUERO<sup>1</sup>, S. ORTEGA ANGUIANO<sup>1</sup>, M. MADERO MORALES<sup>2</sup>, FJ. BORREGO UTIEL<sup>1</sup>, F. MUELAS ORTEGA<sup>1</sup>, S. JIMÉNEZ JIMÉNEZ<sup>1</sup>, M. IGLÉSIAS BARRALES<sup>1</sup>, P. PÉREZ DEL BARRIO<sup>1</sup>, J. BORREGO HINOJOSA<sup>1</sup>, MC. SÁNCHEZ PERALES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN (JAÉN), <sup>2</sup>CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA, COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN (JAÉN)

**Introducción.** Las técnicas de colocación del catéter peritoneal (CP) han evolucionado desde cirugía abierta hasta inserción percutánea (Seldinger) y últimamente, cirugía laparoscópica.

**Objetivo.** Comparar complicaciones y supervivencia del catéter con dos técnicas de colocación de CP: minilaparotomía, realizada por nefrólogos experimentados vs laparotomía, realizada por cirujanos experimentados.

**Material/métodos.** Período entre Enero/2009 y Marzo/2017, 152 CP implantados en 129 pacientes en nuestro centro, 97(63,8%) mediante minilaparotomía y 55(36,2%) mediante laparoscopia, técnicas realizadas respectivamente por nefrólogos y por cirujanos, ambos experimentados. 100% de catéteres colocados mediante minilaparotomía fueron CP Tenckhoff rectos 2 cuff. De los colocados mediante laparoscopia, 38 fueron de este tipo(69,1%) y 16(29,1%) CP Care-Cath SPC(catéter autoposicionante con punta de Tungsteno). Media días de espera para la colocación fue 22,6±19,2 días(17 nefrología vs 31,4 cirugía, p<0,001). En 10(6,6%) de 152 procesos de implantación, la cirugía se acompañó de

Tabla 1. Complicaciones para todos los catéteres colocados en el periodo entre 2009-2017.

	Minilaparotomía (%)	Laparoscopia (%)	P
Complicaciones precoces (global)	20,6	21,8	p=0,595
Tipo complicaciones precoces			
Malfunción	11,3	7,3	
Fuga	4,1	5,5	
Infección (OCPh/Herida)	5,2	7,3	
Infección (Peritonitis)	0	1,8	
Perforación	0	0	
Complicaciones tardías (global)	27,8	34,5	p=0,039
Tipo de complicaciones tardías			
Malfunción	2,1	5,5	
Infección	18,6	9,1	
Hernia	6,2	2,0	
Fuga	1	0	

Tabla 2. Análisis de complicaciones según tipo de catéter colocado (laparoscópico).

	Tenckhoff (%) n=38	Autoposicionante (%) n=16	P
Complicaciones precoces (global)	15,8	31,2	p=0,150
Tipo complicaciones precoces			
Malfunción	7,9	0	
Fuga	2,6	12,5	
Infección (OCPh/Herida)	5,3	12,5	
Infección (Peritonitis)	0	6,3	
Perforación	0	0	
Complicaciones tardías (global)	24,2	27,5	p=0,325
Tipo de complicaciones tardías			
Malfunción	5,3	6,3	
Infección	13,2	0	
Hernia	15,8	31,3	
Fuga	0	0	

corrección de hernias portadas por el paciente previo al inicio de la técnica de DP, todas realizadas dentro del proceso de implantación laparoscópica. En tabla 1 se muestra las complicaciones precoces y tardías según tipo de cirugía. En tabla 2 la complicaciones según entre CP Tenckhoff y Care-Cath con cirugía laparoscópica. La supervivencia del catéter no mostró diferencias significativas al comparar ambos métodos de implantación (Log Rank p=0,616). A los 12 meses, 98,5% de los catéteres permanecieron funcionantes en el grupo de minilaparotomía y 89,4% en el de laparoscopia.

**Conclusiones.** La tasa de complicaciones precoces es similar al comparar la técnica de minilaparotomía con la laparoscópica, al igual que la supervivencia del catéter. Encontramos diferencias en las complicaciones tardías, destacando la hernias en la técnica laparoscópica y las infecciones en la minilaparotomía. Ningún Care-Cath ha malfuncionado pero presenta mayor porcentaje de fugas y hernias aunque sin diferencias significativas (laparoscopia). La técnica laparoscópica se muestra como un procedimiento seguro y eficaz para la colocación de catéteres peritoneales, consitiyendo una alternativa a considerar en pacientes que estemos beneficio añadido con esta cirugía.

**392 UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL NO PROGRAMADA (DPNP) COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL (TSR). RESULTADOS PRELIMINARES**

F. GÓNZALEZ CABRERA, S. MARRERO ROBAYNA, Y. RODRÍGUEZ VELA, R. SANTANA ESTUPIÑÁN, LP. MORÁN CAIDECO, R. GALLEGO SAMPER, JE. BAAMONDE LABORDA, P. PÉREZ BORGES, N. VEGA DÍAZ, JC. RODRÍGUEZ PÉREZ

NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

**Introducción:** Desde 2012, se plantea y se inicia la protocolización de atención ERCA (estadio 3b y 4) en nuestro Servicio de Nefrología (HUGCDN). Una vez implantado un proceso Educativo para la elección libre del TSR para estos pacientes, mediante el desarrollo de la Consulta ERCA, se inicia posteriormente la consiguiente formación de los profesionales sanitarios y dotación de los recursos necesarios para la puesta en marcha de un proyecto de DPNP, como respuesta al inicio habitual en hemodiálisis (HD) de pacientes no conocidos/no programados.

**Objetivo:** Descripción de los resultados preliminares del proyecto piloto basado en el uso de la DP como técnica de elección a utilizar como modalidad de tratamiento sustitutivo de la función renal en pacientes no programados/no conocidos (NP/NC) y con deterioro no previsto de su función renal.

**Material y Métodos:** Durante el año 2016 solo se incluyeron en TSR 15 pacientes NP/NC (22 en 2015) en nuestro centro (población de referencia 400.000 habitantes). El resto de los pacientes procedían todos de las consultas de ERC 3b y de ERCA. Con el fin de evitar el envío tardío de pacientes a Nefrología desde hace 5 años controlamos todas las zonas básicas de salud de nuestra área de referencia gracias al funcionamiento de nuestro programa de Nefrólogos consultores.

**Resultados:** Desde enero 2016 hasta marzo 2017 se han incluido en este programa de DPNP seis pacientes. Se implantó en todos los pacientes un catéter peritoneal de agudos por parte del personal de guardia (dentro/fuera de la jornada laboral) con el apoyo de los miembros de la unidad de terapias domiciliarias y de los que el 33,3% de los mismos continuaron en el programa de DPA como TSR. Dos pacientes fallecieron por patología asociada a su daño renal, un FRA tratado se resolvió tras cuatro días de tratamiento dialítico y se resolvió un problema de sobrecarga vascular sin respuesta a tratamiento médico en un paciente con ERC 3b portador de un trasplante renal.

**Conclusiones:** La remisión tardía al Nefrólogo, la capacidad de comunicación y la sensibilización del personal de Nefrología son factores intrínsecos que pueden modular una mayor/menor elección de la DP. La implantación adecuada y bien gestionada de un programa de DPNP es una alternativa a una mayor inclusión de pacientes en DP asociada a un programa integrado de Nefrología con Atención Primaria.

# Resúmenes

## Dialísis peritoneal

### 393 ESTUDIO PERIÓDICO DE LA FLORA BACTERIANA Y EVOLUCIÓN DE SU SENSIBILIDAD A LOS AGENTES ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL. UTILIDAD PARA EL TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL DE LAS INFECCIONES

JM. RUFINO HERNANDEZ, A. MARQUEZ CORBELLA, S. GARCIA REBOLLO, A. TORRES RAMIREZ  
NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE)  
El tratamiento empírico inicial de las infecciones en D. P puede variar dependiendo de la susceptibilidad de las bacterias locales a los agentes antimicrobianos.  
**Objetivo:** estudiar los cultivos de infecciones de orificio de salida y peritonitis, testar la sensibilidad de cada patógeno a los antibióticos, adaptar la terapia antibiótica empírica a nuestro entorno y estudiar si ha habido cambios en el espectro de sensibilidades.  
**Material y métodos:** estudiamos los cultivos de las infecciones de orificio y LP de nuestros pacientes en los últimos 4 años para describir la sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos de uso común y ver si ésta había cambiado en el tiempo (periodo A: 2013-2014, periodo B: 2015-2016).  
**Resultados:** Infecciones del orificio de salida: 256 cultivos de 74 pacientes. 82% Gram+: 30% Corynebacterium; 52,6% Staphylococcus coagulasa negativa; 12,7% Staphylococcus Aureus; resto Enterococcus faecalis y Streptococcus Viridans. 17% Gram-: 25% Pseudomonas aeruginosa; 18% Escherichia coli; 9% Klebsiella; 6,8% (igual % para: Stenotrophomonas maltophilia, Enterobacter, Morganela morganii); 4,5% Citrobacter freundii y Serratia marcescens.  
La combinación inicial que mejor cubría Gram + y - fue gentamicina + trimetoprim-sulfametoxazol (cobertura 88,3%), fosfomicina + gentamicina (cobertura 92,5%) y ciprofloxacina + gentamicina (cobertura 87,8%). El resto tenía una cobertura menor del 80% o no se testó en al menos el 80% de la muestra. Gérmenes: Corynebacteria: sensible 92% a gentamicina+ trimetoprima-sulfametoxazol, 100% a vancomicina/teicoplanina, 63% ciprofloxacino resistente; fosfomicina no testada. Staphylococcus epidermidis: 86% sensible a gentamicina+trimetoprim-sulfametoxazol, 98,7% a fosfomicina+gentamicina, 74% a oxacilina y 71% levofloxacino-resistente, 100% sensible a vancomicina/teicoplanina. Staphylococcus Aureus sensible 100% a: gentamicina, trimetoprim-sulfametoxazol, fosfomicina, ciprofloxacino, vancomicina/teicoplanina, 85% a clindamicina y oxacilina, 89% a rifampicina, 25% levofloxacino-resistente. Gram negativos: 97% sensible a gentamicina, 83% a ciprofloxacino, 94% a ceftacídima, imipenem y cefepima. Espectro similar para Pseudomonas Aeruginosa. Peritonitis: 73 cultivos de 37 pacientes. 67% Gram (+): 100% sensible a vancomicina/teicoplanina, 65% a clindamicina, 15% resistente a levofloxacino. Staphylococcus aureus todos oxacilina-sensibles. Staphylococcus coagulasa negativos sólo 50% oxacilina-sensibles. 30% Gram (-): 100% sensible a aminoglucósidos, cefepima y carbapenem, 90%: ceftacídima y quinolonas. Comparación periodo A y B destaca: sensibilidad de las corynebacterias a cefotaxima aumentó de 58,6% a 82,8%(p=0,04) y del Staphylococcus epidermidis a fosfomicina disminuyó de 97,7% a 77,8%(p=0,01). Resto de los gérmenes tuvo un espectro de sensibilidad similar en los dos periodos. Conclusiones: El tratamiento empírico inicial más eficaz para una infección del orificio de salida en nuestro medio es gentamicina tópica y trimetoprim-sulfametoxazol oral. Nuestro protocolo de tratamiento empírico inicial para peritonitis con vancomicina y ceftacídima es muy adecuado. El perfil de sensibilidades a los antibióticos no varió sustancialmente en estos cuatro años. El análisis periódico de estos datos proporciona información útil para optimizar el manejo de estas complicaciones en nuestro medio y también para comparar con otras poblaciones en DP.

### 394 ¿TIENE INFLUENCIA LA HIPERGLUCEMIA EN LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE EQUILIBRIO PERITONEAL (PEP) CON SOLUCIÓN DE GLUCOSA AL 3,86/4,25%? ESTUDIO TRANSVERSAL

P. OTERO ALONSO, R. RIBERA SANCHEZ, N. LEITE COSTA, A. RODRIGUEZ-CARMONA, L. BRAVO, A. LOPEZ IGLESIAS, M. PÉREZ FONTAN  
NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA)  
La hiperglucemia es uno de los riesgos potenciales de la PEP con solución de glucosa al 3,86/4,25%, especialmente en pacientes diabéticos. El efecto que esta complicación pueda tener en los resultados de la PEP, sobre todo en relación a la ultrafiltración obtenida (UF), no ha sido analizado. Siguiendo un diseño transversal, estudiamos a 32 pacientes diabéticos en Diálisis Peritoneal (DP)(24 varones, edad media 64, tiempo medio en DP 5,1 meses) a los que se realizó la citada prueba. Se estimó glucemia mediante tira reactiva en los tiempos 0, 120 y 240 minutos de la prueba. Las hiperglucemias fueron tratadas con insulina rápida según pauta individualizada. Se compararon los parámetros de transporte de agua y solutos en los pacientes, según desarrollaran o no hiperglucemia severa (separada por mediana a los 120') durante la PEP. Pruebas de comparación: t de Student, Mann Whitney y  $\chi^2$ . Los valores medianos de glucemia fueron de 119 mg/dL a 0', 241 a 120' y 196 a 240'. Basalmente 5 pacientes (15,6%) presentaban glucemia >200, y 2 (6,2%) >300. A los 120' los afectados eran 20 (62,5%) y 6 (18,7%), respectivamente. A los 240', los afectados eran 15 (46,8%) y 4 (12,4%). Los pacientes que desarrollaron más hiperglucemia tenían una permanencia superior en DP (p=0,038), sin otras diferencias demográficas. La comparación entre pacientes con y sin hiperglucemia severa durante PEP presentaban similares tasas de UF a 60' (279 vs 300 mL, p=0,73) y 240' (337 vs 446 mL p=0,16), cribado de sodio (8,3 vs 8,5 mEq/L, p=0,90), transporte de agua libre (160 vs 151 mL, p=0,83), UF por poros pequeños (137 vs 161 mL, p=0,73), D/P de creatinina a 240' (0,69 vs 0,71, p=0,63) y D/D0 de glucosa a 240' (0,32 vs 0,30, p=0,27). La hiperglucemia severa es frecuente durante la PEP al 3,86/4,25%, en pacientes diabéticos. Sin embargo, nuestros datos no sugieren un efecto significativo sobre los resultados de la prueba.

### 395 FACTORES ASOCIADOS A SOBRESHIDRATACIÓN EN DIÁLISIS PERITONEAL

Y. RIVERO VIERA<sup>1</sup>, E. BOSCH BENÍTEZ-PARODI<sup>1</sup>, N. DÍAZ NOVO<sup>1</sup>, C. LÓPEZ APERADOR<sup>2</sup>, F. BATISTA GARCÍA<sup>1</sup>, I. CHAMORRO BUCHELI<sup>1</sup>, AC. RÓDENAS GALVEZ<sup>1</sup>, MM. LAGO ALONSO<sup>1</sup>, A. TOLEDO GONZÁLEZ<sup>1</sup>, C. GARCÍA-CANTÓN<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA);<sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA Y UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)  
**Introducción y objetivos:** La sobrehidratación es un problema prevalente en los pacientes en diálisis peritoneal y un factor asociado a insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular y mortalidad. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la asociación de diferentes factores en el estado de hidratación de los pacientes en diálisis peritoneal.  
**Material y métodos:** Estudio de corte transversal de 42 pacientes prevalentes en DP (69% varones, edad media 51±15 años y con un tiempo medio en DP de 24±32 meses). Se valoró el estado de hidratación mediante bioimpedancia (Body Composition Monitor-BCM de Fresenius Medical Care) y ecocardiograma. Se determinaron parámetros nutricionales, cardíacos y de control glucémico. Se dividieron a los pacientes en dos grupos de acuerdo al estado de hidratación según BCM: grupo A: OH < 1.1 L (n: 17) y grupo B OH ≥ 1.1 L (n:25).  
**Resultados:** No hubo diferencias entre los dos grupos en relación a la edad, prevalencia de diabetes, hipertensión, etiología de la enfermedad primaria, tiempo en diálisis, tipo de diálisis peritoneal, diuresis residual o parámetros de adecuación. Observamos que en el grupo B hay mayor porcentaje de varones (84 vs 6%; p:0.01). En cuanto a los datos de sobrecarga hídrica un 40.5% (17 pacientes) presentaban algún signo clínico de sobrecarga, mientras que con el BCM se detectó sobrehidratación en el 59.5% (25 pacientes). Un 11.8% de los pacientes (n:2) del grupo A presentaban edema periférico frente al 32% del grupo B (n:8). Los pacientes del grupo B (OH ≥ 1.1 L) reciben mayor carga peritoneal de glucosa (1.2 vs 2.04; p:0.013), presentan mayor masa ventricular izquierda (215.8 vs 288.6; p:0.027) y mayor pared posterior del VI (10.4 vs 12.4; p:0.004). Aunque no se observaron diferencias en los marcadores cardíacos, los pacientes del grupo B mayores niveles de NT-ProBNP.  
**Conclusiones:** La sobrehidratación medida por BCM estaba presente en el 59.5% mientras que sólo un 40% presentaban datos clínicos de sobrecarga, sugiriendo que la bioimpedancia podría detectar la sobrecarga hídrica subclínica. Los pacientes con mayor sobrehidratación precisan mayor carga intraperitoneal de glucosa y presentan mayor hipertrofia ventricular izquierda.

### 396 CONTROL DEL VOLUMEN MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN DIÁLISIS PERITONEAL

Y. RIVERO VIERA<sup>1</sup>, E. BOSCH BENÍTEZ-PARODI<sup>1</sup>, N. DÍAZ NOVO<sup>1</sup>, F. BATISTA GARCÍA<sup>1</sup>, C. LOPEZ APERADOR<sup>2</sup>, I. CHAMORRO BUCHELI<sup>1</sup>, AC. RÓDENAS GALVEZ<sup>1</sup>, MM. LAGO ALONSO<sup>1</sup>, A. TOLEDO GONZÁLEZ<sup>1</sup>, C. GARCÍA-CANTÓN<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA);<sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA Y UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)  
**Introducción y objetivos:** La Bioimpedancia es un método de valoración objetiva y de monitorización nutricional e hídrica de los pacientes. Las mediciones periódicas pueden ser un complemento útil para la valoración clínica y la identificación de variaciones en la hidratación y nutrición. Nuestro objetivo fue evaluar el estado de hidratación y la composición corporal de los pacientes de la unidad de diálisis peritoneal.  
**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal con 42 pacientes prevalentes en diálisis peritoneal. Se recogieron variables antropométricas, clínicas y analíticas y los resultados obtenidos de las mediciones de la bioimpedancia (Body Composition Monitor (BCM) de Fresenius Medical Care). Se interpretó como sobrehidratación una medida de OH > 1.1L y OH/EWC > 15%.  
**Resultados:** 42 pacientes, 69% varones, 16.7% diabéticos, 88.1% hipertensos, 73.8% en DPA, 19% anúricos, con un tiempo medio en DP de 24.08±32.3 meses, con una carga de glucosa peritoneal media de 1.73±1.09g/kg/día, media Índice de charlson de 3.9 ±2.05 y Ktv medio de 2.26 ±0.6. Se observó que un 59.5% de los pacientes presentaba OH> 1.1L y un 26.2% sobrehidratación medido por OH/EWC > 15%. De los pacientes con OH/EWC > 15% un 36% no presentaban datos clínicos de sobrecarga hídrica (edemas, disnea, ortopnea). El 48% de los pacientes hipertensos presentaban OH/EWC < 15%. En cuanto a la valoración de la composición corporal se observó que el 45.2% presentaban LTI bajo y un 28.6% FTI elevado. La sobrecarga de volumen se asoció negativamente con la diuresis residual (r:-0.41, p=0.007), la FTI (r:-0.3, p=0.03) y positivamente con el NT-ProBNP (r:0.37; p=0.018) y con la carga intraperitoneal de glucosa (r:0.42, p=0.005).  
**Conclusiones:** La sobrecarga de volumen se asoció con hipertensión y datos clínicos aunque un porcentaje de pacientes tiene sobrecarga subclínica (36%), y es en estos pacientes donde la bioimpedancia puede ayudar al control del volumen y mejorar los cuidados. La mayor parte de los pacientes tienen un contenido de tejido magro disminuido y un porcentaje no despreciable masa grasa elevada.

### 397 TAUROLOCK COMO SELLADO DEL CATETER PERITONEAL PUEDE PROLONGAR LA VIDA DE LOS CATÉTERES

A. ORTEGA CERRATO<sup>1</sup>, ME. SIMARRO RUEDA<sup>2</sup>, M. ORTEGA CERRATO<sup>3</sup>, J. MASÍA MONDEJAR<sup>1</sup>, A. PÉREZ RODRIGUEZ<sup>1</sup>, C. RUIZ GONZALEZ<sup>1</sup>, G. MARTÍNEZ FERNANDEZ<sup>1</sup>, F. LLAMAS FUENTES<sup>1</sup>, CA. GÓMEZ ROLDÁN<sup>1</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>2</sup>ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>3</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL (MURCIA)

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

Grupo InDi

**Introducción:** Las peritonitis recidivantes en Diálisis Peritoneal (DP) es aquella infección causada por el mismo germen que causa el anterior episodio de peritonitis en menos de 4 semanas, tras la finalización del tratamiento antibiótico. Son motivo de retirada del catéter peritoneal en muchas ocasiones, conllevando un incremento de la comorbilidad, del gasto sanitario o de la necesidad de cambio transitorios a hemodiálisis (HD). Sin olvidar la ansiedad que sufre el paciente ante esta situación en su vida social, psicológica y familiar, pérdida potencial de su nivel adquisitivo, por bajas, y dificultades a nivel laboral.

**Objetivos:** Planteamos la eficacia, eficiencia y efectividad del uso del Taurolock en el tratamiento de biofilms en los catéteres peritoneales de pacientes con peritonitis recidivantes.

**Material y métodos:** Utilizamos la preparación de Taurolock U25000, para realizar el sellado del catéter peritoneal retirando previamente el prolongador, tras concluir el tratamiento antibiótico por el cuadro de peritonitis.

Esta solución se deja durante 24 horas, siempre que lo permita la función renal residual del paciente, ya que no utilizamos el catéter peritoneal durante ese periodo. Repetimos el mismo proceso a la semana, a los 3 y 6 meses.

**Resultados:** El protocolo se utilizó en nuestra unidad en 4 pacientes, que por sus características clínicas y alta comorbilidad asociada, complicaba la retirada y cambio del catéter peritoneal.

Estos pacientes presentaban cardiopatía isquémica, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Síndrome de apnea obstructiva crónica, problemas de acceso vascular, dificultando el cambio de técnica a HD.

Los pacientes habían presentado peritonitis de repetición para diferentes gérmenes, entre ellos *S. viridans*, *S. aureus*, *S. epidermidis*.

Tras la aplicación del protocolo con Taurolock U25000, los pacientes han presentado resultados desiguales.

Tres pacientes han estado 5 meses sin episodios de peritonitis y sin presentar complicaciones derivadas por este procedimiento, sin embargo en dos pacientes no fue efectivo, presentando nueva recidiva.

**Conclusiones:**

-Taurolock U25000 puede ser buen tratamiento para combatir las peritonitis recidivantes en pacientes en DP, con alto riesgo para cambio de catéter, aunque no es la solución definitiva a este problema.

-Deberíamos realizar más estudios para ver si existen complicaciones asociadas analizando la eficacia a largo plazo.

-Existen numerosos estudios que demuestran la eficacia en HD, sin embargo en DP no tenemos series, ni protocolos establecidos que demuestren estos resultados.

-Creemos que puede ser un buen método para salvar los catéteres, disminuyendo comorbilidad y gasto sanitario en caso difíciles y seleccionados.

### 398 DIÁLISIS PERITONEAL ADAPTADA EN PACIENTE ANÚRICO

A. ORTEGA CERRATO<sup>1</sup>, ME. SIMARRO RUEDA<sup>2</sup>, M. ORTEGA CERRATO<sup>3</sup>, M. MARTÍNEZ DÍAZ<sup>1</sup>, J. CENTELLAS PÉREZ<sup>1</sup>, B.J. CABEZUELO RODRIGUEZ<sup>1</sup>, J. MASÍA MONDEJAR<sup>1</sup>, F. LLAMAS FUENTES<sup>1</sup>, CA. GÓMEZ ROLDÁN<sup>1</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>2</sup>ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>3</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE)

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

Grupo InDi

**Introducción.** Los parámetros de adecuación en diálisis peritoneal va más allá que lograr un Kt/V semanal igual o superior a 1.7 o un aclaramiento semanal de creatinina igual o superior a 50 litros. En los pacientes anúricos, este hecho se complica de forma significativa, ya que es necesario una ultrafiltración mayor para mantener un estado de hidratación óptima, con el menor coste metabólico posible, lo cual muchas veces conduce al cambio de técnica.

Un nuevo método para pautar la diálisis peritoneal automática propuesto por Fischbach, puede ayudarnos a controlar esta situación sin necesidad de cambiar de técnica, denominada, diálisis peritoneal automática adaptada (DPAA).

**Objetivos.** Valoración de un paciente en programa de DPAC con datos de infradiálisis y anúrico, efecto de la DPAA sobre los datos clínicos y analíticos.

**Material y métodos.** Se realizó determinación basal del tipo de transporte peritoneal y se comparó las siguientes variables antes y después del cambio de prescripción:

Peso, presión arterial y estado de hidratación mediante bioimpedancia, parámetros de adecuación, parámetros analíticos y los datos registrados en la tarjeta de la cicladora: volúmenes, tiempos, tipos de alarmas.

Se realizó seguimiento telefónico para detección precoz de posibles complicaciones y signos de disconfort (potencialmente inducible por los altos volúmenes usados en las permanencias largas).

**Resultados.** La DPAA en comparación con la DPAC ofreció:

- Mejor Kt/V semanal de urea (2.19±0.3 vs 1.67±0.2).
- Mejor aclaramiento semanal de creatinina (86.33±9 vs 65.69±7).
- Mejor ultrafiltración (953±113 vs 334±110).
- Buen control del estado de hidratación y del control de la presión arterial.
- No se ha detectado ninguna complicación ni un aumento significativo de alarmas registradas.
- La incorporación de esta nueva modalidad no ha supuesto una sobrecarga de trabajo para la enfermería de la unidad.

**Conclusiones.** La DPAA permite obtener unos adecuados parámetros de adecuación y un correcto estado de hidratación con la DPAA, resultando una muy buena opción como tratamiento en estos pacientes ya que se logra una mayor ultrafiltración y un adecuado Kt/V. Estos hallazgos permiten plantear la DPAA como modalidad de elección cuando el paciente anúrico y presenta datos infradiálisis. Es una modalidad segura y cómoda para el paciente y no se ha percibido un aumento significativo de la carga de trabajo para la enfermería de la unidad.

### 399 DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES PERITONEALES EN PACIENTE EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL POR SÍNDROME CARDIO RENAL

A. ORTEGA CERRATO<sup>1</sup>, ME. SIMARRO RUEDA<sup>2</sup>, G. MARTÍNEZ FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, M. ORTEGA CERRATO<sup>3</sup>, C. RUIZ GONZALEZ<sup>1</sup>, J. MASÍA MONDEJAR<sup>1</sup>, A. PÉREZ RODRIGUEZ<sup>1</sup>, F. LLAMAS FUENTES<sup>1</sup>, CA. GÓMEZ ROLDÁN<sup>1</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>2</sup>ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA URGENCIAS (MURCIA); <sup>4</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE)

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

Grupo InDi

**Introducción:** En la definición de peritonitis asociada a la técnica de diálisis peritoneal (DP) se tiene en cuenta la presencia de un líquido peritoneal turbio, que presente un conteo de más de 100 leucocitos/ microlitro, siendo estos más del 50% de polimorfonucleares.

El desarrollo de los programas de tratamiento del Síndrome Cardio-Renal (SCR) con DP para incrementar la ultrafiltración (UF), puede hacer que estos pacientes presenten las mismas complicaciones que los pacientes en tratamiento por insuficiencia renal crónica, siendo la principal las peritonitis. Sin embargo los pacientes tratados con DP por SCR puede presentar líquidos turbios sin que presenten cuadros de infección, generando confusión y sobre tratamiento antibiótico por sospecha de peritonitis.

**Objetivos:** Nuestra unidad se planteó analizar, si la existencia de un efluente peritoneal turbio, se corresponde con la presencia de infección peritoneal en los pacientes en programa de DP por SCR.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en programa de DP por SCR, con diagnóstico de sospecha de peritonitis, analizando los cultivos microbiológicos desde 01/01/2016 a la actualidad. Todos los pacientes fueron tratados según el protocolo del Servicio de Nefrología para sospecha de peritonitis, con evaluación microbiológica de los que presentaron más de 100 leucocitos/μl. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes.

**Resultados:** Se evaluaron 4 pacientes en programa de DP por SCR (75% varones, 71±8 años). Se recogieron un total de 5 muestras por sospecha de peritonitis, con el efluente peritoneal turbio. En 1 de las muestras, el recuento leucocitario fue inferior a 100 leucocitos/μl mientras que en las otras 4 el recuento fue superior (rango 130-450), con un rango de polimorfonucleares del 70 al 85%. En ninguno de los cultivos se obtuvo crecimiento bacteriano. No hubo relación entre la celularidad y la situación clínica de los pacientes, no presentaban dolor o fiebre, ni manifestación clínica de infección abdominal. Todos los pacientes presentaron buena evolución de los cuadros de turbidez peritoneal.

**Conclusiones:** Creemos que los criterios clásicos de infección peritoneal no parecen aplicables a la población en programa de DP por SCR.

La causa de este aumento puede ser intrínseco a su patología cardiaca, con mayor paso células al peritoneo, que hacen que el efluente peritoneal pueda ser turbio.

Se requieren estudios con más número de pacientes, estudios microbiológicos y evolución temporal para definir los criterios de infección peritoneal en este grupo de pacientes.

### 400 EVOLOCUMAB Y ALIROCUMAB (INHIBIDORES DE PCSK9) EN DIÁLISIS PERITONEAL

A. ORTEGA CERRATO<sup>1</sup>, ME. SIMARRO RUEDA<sup>2</sup>, M. ORTEGA CERRATO<sup>3</sup>, B.J. CABEZUELO RODRIGUEZ<sup>1</sup>, F.J. CENTELLAS PÉREZ<sup>1</sup>, J. MASÍA MONDEJAR<sup>1</sup>, M. MARTÍNEZ DÍAZ<sup>1</sup>, F. LLAMAS FUENTES<sup>1</sup>, CA. GÓMEZ ROLDÁN<sup>1</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>2</sup>ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE); <sup>3</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE)

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

Grupo InDi

**Introducción.** Una nueva clase de fármacos denominados genéricamente «inhibidores de la proteína PCSK9» pueden representar un salto cualitativo en la normalización de las elevadas concentraciones de colesterol, sobre todo el que es transportado por las LDL (Low Density Lipoproteins). La presencia de elevadas concentraciones plasmáticas de LDL es un factor de riesgo para el desarrollo de patologías asociadas con la aterosclerosis.

Evolocumab es un anticuerpo monoclonal IgG2 humano y el Alirocumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humano, que se une selectivamente a la PCSK9 circulante y evita la degradación de los receptores de LDL mediada por PCSK9. Como consecuencia se produce una disminución en los niveles de C-LDL en plasma.

Estos fármacos aunque altamente eficaces no han sido textados en paciente nefrópatas en Diálisis Peritoneal (DP), y por tanto su indicación y dosis en estos pacientes no ha queda todavía referenciada en la literatura.

**Objetivos.** Nuestra unidad quiere ver la eficacia, efectos secundarios y evolución de aquellos pacientes tratado con estos nuevos fármacos.

**Material y métodos.** Se solicitó a la comisión de lípidos de nuestro hospital la prescripción de ambos inhibidores para pacientes en DP. Tras su aprobación, se pasó consentimiento informado sobre los fármacos.

Realizamos un estudio prospectivo observacional en 2 pacientes tratados con Evolocumab y Alirocumab, para el tratamiento de la dislipemia mixta refractaria a estatinas y ezetimiba.

En nuestro protocolo se empezó con dosis bajas para ver la eficacia, con controles analíticas de colesterol, LDL y no LDL, de forma quincenal los primeros dos meses. Posteriormente cada 2 meses. Se obtuvieron datos clínicos, epidemiológicos, analíticos y posibles efectos secundarios. Resultados: En ambos paciente se produjo un descenso del LDL por encima del 60%. No se objetivó efectos secundarios a nivel local por la inyección, ni a nivel sistémico.

La dosis empleada del fármaco, que aunque no presenta metabolismo renal, se redujo a la mitad de la indicada para población no nefrópata, ante la falta de información y de su efecto en esta población.

Una paciente no se asoció estinas, ya que presentaba intolerancia a las mismas. En la otra, se siguió con la misma dosis de estatinas y ezetimiba.

**Conclusiones:** No se han objetivado efectos secundarios ni locales, ni sistémicos.

El efecto en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, en estos pacientes habría que determinarlo. Sería recomendable la recogida de datos en esta población de pacientes para ver la eficacia, efectos secundarios y evolución de estos pacientes a largo plazo.

# Resúmenes

## Dialísis peritoneal

### 401 VUELTA A DP TRAS TRASPLANTE RENAL. ¿TÉCNICA CORRECTA?

A. ORTEGA CERRATO<sup>1</sup>, ME. SIMARRO RUEDA<sup>2</sup>, M. ORTEGA CERRATO<sup>3</sup>, M. MARTÍNEZ DÍAZ<sup>4</sup>, BJ. CABEZUELO RODRÍGUEZ<sup>5</sup>, J. CENTELLAS PÉREZ<sup>6</sup>, M. SIMARRO RUEDA<sup>7</sup>, F. LLAMAS FUENTES<sup>8</sup>, CA. GÓMEZ ROLDÁN<sup>9</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>2</sup>ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>3</sup>PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**  
Grupo INDI

**Introducción.** La vuelta a diálisis tras fracaso del injerto es una situación difícil de aceptar por todos, nefrólogos y pacientes, lo que contribuye a posponer esta decisión, presentando una peor situación clínica a su vuelta a Diálisis que podría justificar una mayor morbi-mortalidad, que aquellos pacientes, que ingresan en Diálisis Peritoneal (DP) de nuevo.

A pesar de los estudios publicados, no está claro cuál es la modalidad óptima de tratamiento renal sustitutivo (TRS) para los pacientes que retornan a diálisis por disfunción del trasplante, ya que estos tienen múltiples limitaciones, pocos pacientes, no son multicéntricos, no se realiza ajuste entre grupos y, con frecuencia, no se registran con detalle datos clínicos relevantes.

**Objetivo:** Estudio retrospectivo de pacientes que vuelven a nuestra unidad de DP, analizando la evolución tras el fallo del injerto renal.

**Material y métodos:** Se revisó una cohorte de 398 pacientes del programa de trasplante de nuestro centro, desde julio de 2003 hasta diciembre de 2016.

Se recogieron datos epidemiológicos y de situación actual de las técnicas. Los parámetros clínicos, analíticos y relacionados con la DP fueron recogidos en base datos Excel desde los programas informáticos Nefrolink, Renalsoft, Mambrino XXI, Patientonline 6.0.

Se han utilizado análisis de Chi Cuadrado de Pearson y t de student-wilcoxon para identificar factores de riesgo de mortalidad y fallo de la técnica, analizado mediante paquete estadístico SPSS 15,0 para Windows.

**Resultados:** De los pacientes estudiados el 17.08% presentaron disfunción del injerto, el 3.51% volvió a DP, el 8.79% a HD y el 4.77% el fallo de injerto fue exitus con o sin riñón funcionando. El 30.8% fueron mujeres.

El índice de Charlson medio a la vuelta de trasplante renal fue de 3.62 rango de (2-6). La situación actual, tras la vuelta a DP de estos pacientes, indica que el 7.7% continua en DP, el 23.15% fue exitus, el 23.1% paso a hemodiálisis (HD) y el 46.2% se volvió a trasplantar. La causa de la pérdida del injerto fue 30.1% por nefropatía crónica del injerto, el 7.7% por necrosis cortical, el 7.7% por rechazo humoral crónico, el 53.8% por trombosis inmediata.

La función renal residual media fue de 6.3 ml/min. No hubo problemas de fuga ni de hernias, ni problemas derivados de la cirugía del trasplante.

**Conclusión:** La DP puede ser tan válida como la HD y debería ser considerada como una TRS eficaz y efectivo para los pacientes que vuelven del trasplante renal.

La comorbilidad y mortalidad en estos pacientes es más elevada que en los pacientes que ingresan de novo en DP.

### 402 LAS NEFROPATÍAS HEREDITARIAS EN DIÁLISIS PERITONEAL SE ESCONDEN BAJO EL DIAGNÓSTICO DE NO FILIADAS

A. ALONSO GARCÍA, V. MARTÍNEZ JIMÉNEZ, C. GARCÍA ARNEADO, G. MORENO ABEENZA, G. MARTÍNEZ GÓMEZ, A. MARTÍNEZ LOSA, M. LANUZA LUENGO, L. JIMENO GARCÍA.  
NEFROLOGÍA. HUVA (MURCIA)

**Introducción:** En consultas de diálisis peritoneal (DP) suele haber elevada prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) de etiología no aclarada y/o antecedentes familiares desconocidos. Además, al ser pacientes más jóvenes y con menores comorbilidades deberíamos descartar nefropatías hereditarias (NH) inadvertidas.

**Objetivos:**

-Analizar la etiología de ERC de los pacientes en DP, especialmente qen aquellos que sospechemos NH.

-Establecer si hay relación entre los pacientes con NH y sus características clínicas. Metodología y métodos:

-Inclusión: Pacientes en DP con ERC estadio V a fecha 31/12/2016.

-Variables recogidas: Edad de inicio en DP, sexo, etiología de ERC y su perfil (según analítica, orina y ecografía), biopsia renal, antecedentes familiares, estudio genético y factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes, dislipemia y tabaquismo).

-2 grupos: Alta o baja sospecha de NH.

-Análisis estadístico con SPSS.20. T-Student. Resultados:

-65 pacientes (60,3% hombres) y edad media: 63 +/-14,68 años. Etiología (Tabla1).

-1/3 pacientes con alta sospecha NH. Diagnóstico confirmado en: 2 Alport, 2 PQRAD, 1 Cistinuria y 1 Barakot. Realizándose 3 estudios genéticos.

-Edad del grupo NH: 50,75 +/-14,17 vs 58,05 +/-14,62 años en grupo sin NH (p: 0,067).

-Menos diabéticos en grupo NH: 10% vs 37,21% (p=0,026).

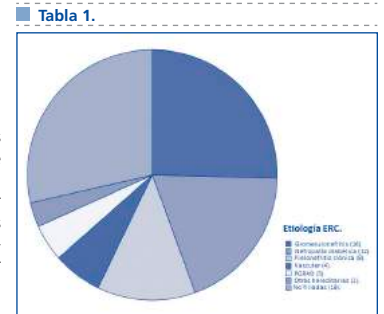
-Más hombres en grupo sin NH: 69,77% vs 40% (p=0,025).

-Sin diferencias significativas con HTA, Dislipemia o tipo de perfil.

-En etiología no filiada (24 pacientes): 80% fueron NH. Conclusiones:

-En un alto porcentaje de los pacientes de la consulta de DP no disponemos de una filiación precisa de la ERC.

-En estos pacientes debemos investigar la existencia de antecedentes familiares y descartar NH, especialmente en aquellos con pocas comorbilidades, menor edad y sin influencia por el sexo.



### 403 ESCLEROSIS PERITONEAL ENCAPSULANTE (EPS): UNA COMPLICACION GRAVE ASOCIADA CON LA DIÁLISIS PERITONEAL

L. BLANCO-ANDREWS<sup>1</sup>, H. SOSA, V. BURGUEIRA, E. CASILLAS, M. DELGADO, E. YEROLI, C. CHEDIAK, E. CHACON, F. LIAÑO, M. RIVERA-GORRIN

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL (MADRID)

**Introducción.** La esclerosis peritoneal una complicación asociada con la diálisis peritoneal (DP), con dificultades en el tratamiento y con elevada morbi- mortalidad, se sospecha cuando aparecen síntomas digestivos, realizando el diagnóstico con un TC abdominal o biopsia peritoneal. El Tratamiento principalmente sintomático, incluye analgesia y soporte nutricional. Los corticoides y tamoxifeno son usados para prevenir fibrosis. En casos avanzados el tratamiento quirúrgico es necesario. El objetivo del estudio fue analizar la incidencia y resultados de esclerosis peritoneal en una serie de casos.

**Metódo.** Análisis retrospectivo de los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal desde 1999 hasta 2015. Con revisión detallada de los casos de EPS. Las variables estudiadas incluyeron datos demográficos, factores de riesgo, métodos de diagnóstico, tratamiento y resultados.

**Resultados.** 273 pacientes iniciaron diálisis peritoneal durante el periodo de estudio, 6 presentaron EPS (2,2%). La edad media al inicio de la DP fue 39 años (rango 22-60). Tres eran mujeres. La EPS se diagnosticó en 3 pacientes mientras se encontraban en DP. En 3 casos la EPS se desarrolló tras ser transferidos a otra modalidad de tratamiento renal sustitutivo: 2 en trasplante renal y 1 en hemodiálisis.

Entre los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de EPS, 5 pacientes presentaron episodios de peritonitis, en 2 casos se asoció hemoperitoneo. Cinco tenían cirugías abdominales, una paciente tenía lupus eritematoso sistémico y otra endometriosis. Cuatro recibieron tacrolimus para el trasplante renal.

Coincidiendo con los síntomas digestivos, los marcadores inflamatorios aumentaron (proteína C reactiva 13 - 129), la malnutrición se evidenció (albúmina menor de 3,5 gr/dl) en todos los pacientes. El TC abdominal fue compatible con el diagnóstico en todos los casos. La biopsia peritoneal se realizó en 3 pacientes (50%) confirmando el diagnóstico.

El tamoxifeno (5 pacientes) se inició al sospechase EPS. Tres pacientes recibieron corticoides (1mg/kg/día) cuando se estableció el diagnóstico. Soporte nutricional se indicó en casos de malnutrición y síntomas obstructivos. La mortalidad fue del 50%.

Los 2 pacientes trasplantados renales con EPS recibieron tamoxifeno y se realizó conversión de anticalcineúricos a m-Tor, estando hasta la fecha asintomáticos tras pasar más de 36 meses desde el diagnóstico. No precisaron tratamiento quirúrgico.

**Conclusión.** La esclerosis peritoneal una complicación rara y severa asociada a la diálisis peritoneal, requiere alta sospecha clínica para llegar a el diagnóstico en fases iniciales. La aparición de EPS en pacientes trasplantados renales no es inusual. Estableciéndose tratamiento oportuno con enfoque multidisciplinar mejora el pronóstico y supervivencia.

### 404 EXPERIENCIA DE CIRUGÍA CARDIACA EN PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

I. MARTÍNEZ SANTAMARÍA<sup>1</sup>, E. COTILLA DE LA ROSA<sup>1</sup>, R. RUIZ FERRUS<sup>2</sup>, V. ANDRONIC<sup>3</sup>, D. RODRÍGUEZ SANTARELLI<sup>4</sup>, JJ. GÓMEZ PÉREZ<sup>5</sup>, J. SÁNCHEZ TORRES<sup>6</sup>, MM. MORENO SALINAS<sup>7</sup>, E. BARÓ SALVADOR<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. VINALOPÓ (ELCHE), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H. GENERAL UNIVERSITARIO (ELCHE)

**Introducción.** En los pacientes con Insuficiencia Renal crónica (ERC) en programa de diálisis peritoneal (DP) que precisan cirugía no abdominal es factible mantener la técnica a priori. Existen escasos estudios descriptivos cuando se trata de cirugía cardíaca respecto a viabilidad de la técnica perioperatorio como a largo plazo.

Presentamos la experiencia en Hospital Vinalopo de pacientes con ERC en DP como tratamiento renal sustitutivo que precisan ser intervenidos de cirugía cardíaca.

**Material y método.** Estudio retrospectivo descriptivo desde Enero de 2011 hasta Diciembre 2016 de 6 pacientes incluidos en programa de DP e intervenidos de cirugía cardíaca durante este periodo.

**Resultados.** Ningún fallecimiento relacionado con la intervención. El paciente 2 presentó como complicación un accidente cerebrovascular e isquemia arterial aguda de miembro inferior.

Paciente 1: Iniciada Hemodiálisis (HD) 3 días previos a la cirugía y transferido definitivamente a hemodiálisis. Falleció al año por sepsis respiratoria.

Paciente 2: Transferida a HD en el postoperatorio inmediato reiniciándose DP a los 15 días manteniéndose un año más tras el cual se transfirió definitivamente a HD

Paciente 3: Postoperatorio manejo con HD y con transferencia definitiva a la misma

Paciente 4: Previo a la cirugía en reposo peritoneal por intervención reciente de hernia incarcerada. Inicia HD en el postoperatorio. Tras intentar nuevamente DP por disfunción de catéter queda en HD crónica

Paciente 5: No suspendida la DP en relación con la cirugía. Mantiene DP tres años después Paciente 6: No suspendida la DP en relación con la cirugía. Mantiene DP tras ocho meses después

**Conclusiones.** En nuestra experiencia es posible mantener DP en los pacientes que requieren cirugía cardíaca en el postoperatorio inmediato y a largo plazo.

Apostar por la viabilidad de la técnica junto con valoración individualización y seguimiento estrecho por el Servicio de Nefrología son factores determinantes.

Figura 1. Variables clínicas de los pacientes en pre y postcirugía.

Paciente	Edad	Sexo	DM	HTA	Tiempo DP (mes)	Etiolog ERC	Cardio previa	Diuresis residual (l/24h)	HTP /FEVI previa %	Alb/Hgb	Indic/Tipo cirugía	C.E.C.	Estancia (días) UCJ/Pneita
1	77	H	si	si	7	DM	no	0.8	no/2	3/10,3	urg/2	no	3/5
2	57	M	no	si	48	no filiada	3	1.5	severa/>50	2.8/12	prog/ 3(1,2+2)	si	2/5
3	67	H	si	si	13	DM	1	0.8	no/ligera	3.4/10,3	urg/2	si	34/40
4	66	H	si	si	20	no filiada	1	1.8	severa/<35	2.9/10,6	urg/2	no	2/2
5	61	H	si	si	15	no filiada	3+4	2	ligera/>50	4.1/14,3	prog/ 1,1+1,2	si	3/4
6	66	H	si	si	9	DM	2	1.5	ligera/>50	4.2/12,6	urg/2	si	3/4

DM: Diabetes Mellitus; HTA: Hipertensión arterial; ERC: Insuficiencia renal crónica; HTP: hipertensión pulmonar; FEVI: Fracción eyección ventricular izquierdo; Alb: albúmina; Hgb: hemoglobina; C.E.C: circulación extracorpórea  
Cardiopatía previa: 1: isquémica; 2: isquémica revascularizada; 3: valvulopatía; 4: Fibrilación auricular  
Tipo de cirugía: 1.-valvular (1.1 mitra; 1.2 aórtica); 2.-revascularización; 3.-valvular+revascularización

**405 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN**  
 MS. ROS ROMERO, S. ROCA MEROÑO, RM. ALARCON JIMENEZ, LM. BUCALO MANA, M. ALBALA-DEJO PEREZ, MJ. NAVARRO PAREÑO, GM. ALVAREZ FERNANDEZ, MA. GARCIA HERNANDEZ, D. MANZANO SANCHEZ, M. MOLINA NUÑEZ

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA (CARTAGENA)  
**Introducción:** el tratamiento renal sustitutivo debe ser de libre elección para los pacientes con ERC terminal. La diálisis peritoneal (DP) ha mostrado supervivencia similar a hemodiálisis (HD) con diferencias favorables en ciertos grupos de pacientes por lo que la limitación geográfica no debería ser un problema a la hora de su elección. Hasta Febrero de 2007 solo existía en nuestra región una unidad de DP, fue entonces cuando se abrió en nuestro hospital una unidad de DP como complemento a nuestro programa de HD, cubriendo dos áreas de las 7 presentes en la región.  
**Objetivo:** evaluar nuestro programa tras 10 años de experiencia.  
**Método:** estudio descriptivo, de corte transversal desde Febrero de 2007 hasta la actualidad, utilizando registros médicos y de enfermería. Se analizaron las variables área de salud, edad, sexo, procedencia, etiología de ERC, pacientes diabéticos, tiempo de permanencia, causas de salida, complicaciones, modalidad y número de pacientes al inicio y al final del periodo. Se utilizó para el análisis estadístico de los datos el programa SPSS 15.0 para Windows.  
**Resultados:** Se analizaron 112 pacientes: 83% área 2, 17% área 8, el 67.9% son hombres y 32.1% mujeres, edad media 53,70 +/- 14,51 (13-82), 66,1% provenían de consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), 24,1% HD y 9,8% trasladados de otros centros, la etiología de la ERC fue 29,5 % glomerular, 23,2% hipertensiva, 17% desconocida, 14,3 % diabética, 9,8% intersticial, 4,5 % otras, 1,8 % hereditaria. El 32,15% eran pacientes diabéticos, el tiempo de permanencia medio fue 25.53 meses +/- 56,08 (1-151), de estos 112 pacientes han salido de la técnica 80 pacientes, siendo las causas de salida 50% trasplantes, 15,2% fallo de técnica, 9,8% exitus, 5,4% peritonitis, 3,6% recuperación de función renal, 1,8%, traslados. El 27,68% han estado en DP automatizada. Nuestra unidad se inicio con 7 pacientes, 4 traslados y 3 de consulta ERCA, contando con 32 pacientes al final del estudio. La prevalencia de pacientes en diálisis peritoneal sobre los que están en tratamiento renal sustitutivo en la región es del 6%.  
**Conclusión:** nuestra unidad ha ido creciendo a lo largo de los años, tenemos una prevalencia de pacientes en DP del 6%, siendo algo mayor a la media nacional del 5%. La principal causa de salida ha sido el trasplante renal, el tiempo de permanencia medio supera los dos años, la etiología más frecuente de ERC fue glomerular y aunque gran parte de los pacientes provenían de consulta ERCA, vemos como también es posible rescatar pacientes de hemodiálisis dando oportunidad al paciente agudo a elegir técnica dialítica en un segundo tiempo.

**406 SELLADOS CON DAPTOMICINA DE CATETERES PERITONEALES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO**  
 MJ. ESPIGARES HUETE, AI. MORALES GARCÍA, R. VIDAL MORILLO-VELARDE, JA. APARICIO GÓMEZ, A. OSSORIO ANAYA, A. OSUNA ORTEGA

NEFROLOGÍA. UNIDAD DE TÉCNICAS DOMICILIARIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA (GRANADA)  
**Objetivos.** La formación de biofilm en el catéter peritoneal es a veces la responsable de la recurrencia de estas infecciones, ocasionando morbilidad en el paciente y la salida de la técnica. El antibiótico no siempre tiene la capacidad de penetrar en la compleja estructura del biofilm para erradicar la bacteria.  
 Daptomicina es un antibiótico con alta penetración en el biofilm. Nuestro objetivo es valorar la utilidad de los sellados del catéter peritoneal con este antibiótico.  
**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las peritonitis tratadas en nuestra unidad en un año (2016). Se recogen los gérmenes implicados, el tratamiento antibiótico realizado y si se sellado o no con daptomicina. Analizamos la presencia de recidiva en ambos grupos.  
 Los sellados con daptomicina se realizan en peritonitis por gram positivos. Se introducen 350 mg de daptomicina en 7 ml de suero fisiológico y mantenemos 12 horas sin usar el catéter y con abdomen seco. Este sellado se realiza una vez por semana durante 1 mes.  
**Resultados.** Hemos registrado 12 peritonitis. El 58.3 % (n=7) son por gérmenes gram positivos, 25% Gram negativos (n=3) y 16.6% peritonitis estériles (n=2). De los pacientes que presentaron peritonitis por gram positivos realizamos sellado con daptomicina en 67,4% (n=4). De éstos, dos presentaron peritonitis por S. aureus MS y otros dos por S. epidermidis, uno de ellos MR. Los metiliclin sensibles se trataron con cefazolina ip y el metiliclin resistente se trató con Vancomicina ip.  
 En los tres pacientes con peritonitis por gram positivos en los que no se realizó cebado de catéter, los gérmenes fueron Estreptococo oralis y Estreptococo agalactiae.  
 Ninguno de los pacientes a los que se realizó el sellado de catéter presentó recidiva, sin embargo, el 33.3% (n=1) de los pacientes que no lo recibieron recidivaron.  
**Conclusiones.** El sellado con daptomicina en las infecciones peritoneales por cocos gram positivos podría evitar la formación del biofilm y las recidivas de dichas infecciones, evitando la pérdida de catéteres.

**407 LA INCIDENCIA DE DIALISIS PERITONEAL CRECE ANUALMENTE HASTA DOBLARSE EN LA ÚLTIMA DÉCADA**  
 PL. QUIRÓS GANGA, C. REMÓN RODRIGUEZ, V. DE LA ESPADA PIÑA  
 NEFROLOGÍA HUFR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:** grupo de trabajo de Diálisis Peritoneal de Andalucía del SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES DE ANDALUCÍA.  
**Introducción y objetivos:** Desde el año 1999 el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía recoge todos los datos de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo (TRS) en nuestra Comunidad. Uno de los objetivos de eficiencia conocidos en el TRS es incrementar el uso de la diálisis peritoneal (DP). El análisis anual de este registro permite conocer la evolución de esta técnica en nuestra Comunidad. Presentamos el análisis de la DP desde 1999 a 2016 para conocer cómo ha sido su evolución, la distribución por provincias y la tasa de crecimiento.  
**Resultados y conclusiones:** El número total de pacientes tratados entre 1999-2016 ha sido de 2743. De estos, 597 durante 2016; a 31 de Diciembre permanecían en programa 378. El 59 % son hombres y la edad promedio es de 56,43 ± 16,3 (41,3 % en el intervalo de los 61 a 80 años) La evolución de la incidencia anual (fig. 1) muestra cómo desde los principios del registro se ha duplicado, desde 93 pacientes incidentes en 1999 hasta los 200 en 2016, con un ligero descenso en los últimos dos años. Con políticas más estimuladoras sobre la DP, se ha acentuado esta pendiente de crecimiento.  
 Sin embargo, no todas las provincias tienen una incidencia homogénea (Fig. 2). Si analizamos la incidencia promedio del periodo por millón de habitantes (ppm), se observa que Cádiz y Jaén lideran la Comunidad (36 y 29 ppm respectivamente), superando a la media Andaluza (22) y de España (22). Sin embargo todas las provincias están creciendo en 2016 (incidencia 17,5-46,6 ppm). Todos estos datos muestran que la DP en Andalucía ha experimentado un claro crecimiento, doblando la incidencia en la última década, que si bien no es homogéneo, es universal para las distintas provincias, sobre todo en los últimos años.

Figura 1.



Figura 2.



**408 ANALISIS DE ASPECTOS Y CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN ANDALUCÍA EN LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS**  
 C. REMÓN RODRIGUEZ, PL. QUIRÓS GANGA, V. DE LA ESPADA PIÑA  
 NEFROLOGÍA HUFR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL)

**Introducción y métodos:** Presentamos los datos técnicos de la diálisis peritoneal (DP) desde 1999 a 2016 del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA). Tras su análisis en Microsoft Access y SPSS.15 se ha desarrollado el presente informe.  
**Resumen de los resultados y conclusiones:** El número total de pacientes tratados entre 1999-2016 ha sido de 2743. Las nefropatías causales más prevalentes fueron la nefropatía diabética (19,3 %) y las glomerulares (20,7%). Tanto la diabetes como la nefropatía diabética disminuyen durante el periodo (36% y 24,8 % en 2001 hasta 30,5 % y 19,8 % en 2016 respectivamente). El 86,7 % de los pacientes eligen libremente la técnica, siendo la indicación por causa médica el 13,3 % restante, principalmente por problemas en acceso vascular. La implantación del catéter ha sido quirúrgica en el 77% (localización paramedial en el 80,9 %), predominando los tipos Swan-Neck y los Tenckhoff-2C. La DPA ha aumentado progresivamente en la técnica, desde el 23 % al 46 % actual, si bien se ha estabilizado en los últimos años (Figura 1). El empleo de icodextrina y sobre todo bicarbonato también ha aumentado (en 2016: 46 % y 87 % respectivamente). Las causas de salidas se distribuyen prácticamente en 1/3 por muerte, 1/3 por trasplante y 1/3 por problemas en la técnica, pero en los últimos años aumenta la salida por trasplante y disminuye por éxito (2016: 36 % y 27 % respectivamente). Durante 2016 se contabilizaron 98 episodios de peritonitis, lo que corresponde a 0,3 peritonitis/paciente/año (tasa estabilizada en los últimos años y tendencia discretamente descendente en el periodo. Figura 1). El germen fue Grampositivo en el 56% y Gramnegativo en el 9,2 %.

Figura 1.



Figura 2.





# Resúmenes

## Dialísis peritoneal

### 409 ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS EN LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE EN DIALÍISIS PERITONEAL EN ANDALUCÍA: COHORTE ANDALUZA DE 2743 PACIENTES DURANTE 17 AÑOS

V. DE LA ESPADA PIÑA, PL. QUIRÓS GANGA, C. REMÓN RODRÍGUEZ  
NEFROLOGÍA HUPR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL)

**Introducción, métodos y objetivos:** Análisis de 17 años de seguimiento de todos los pacientes de diálisis peritoneal (DP) de Andalucía recogidos en el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA) entre Enero 1999 a Diciembre 2016. Los objetivos fueron analizar la supervivencia (SV) global de los pacientes, la comorbilidad al inicio del tratamiento y su impacto en la supervivencia, así como la influencia que tiene en la misma el periodo de inicio en la técnica (antes y después de 2004). Estadística: frecuencias, curvas de Kaplan-Meier, test de log-rank y modelo de riesgo multivariante de Cox.

**Resumen de los resultados y conclusiones:** n total 1999-2016= 2743. Factores riesgo al inicio de DP: destacan la enfermedad cardiovascular (30,3%), diabetes mellitus (28 %) y edad avanzada (22,7 % pacientes > 70 años). Categorización por Índice de Charlson (IC): 41,9 % perfil de riesgo bajo (IC≤ 3); 33,9 % riesgo medio (IC=4-6), y 24,2 % riesgo elevado (IC ≥ 7). Un quinto de los pacientes salieron de la técnica por fallecimiento. Curvas de supervivencia de pacientes (Figura1): mediana 57 meses (IC95%: 52-62) y media 62 meses (IC95%: 67-77), resultados comparables a otros Registros nacionales e internacionales. Tras análisis multivariante (Figura 2), se demuestra la influencia independiente y significativa de los siguientes factores al inicio del tratamiento: la mayor edad (OR=1,44), la presencia de diabetes (OR=1,72) o de enfermedad cardiovascular (OR=1,82); así como el tipo de técnica (DPCA vs DPA: OR= 1,299), y el periodo de inicio, con mejor supervivencia para aquellos con inclusión en DP posterior al 2004 vs antes de 2004 (OR=1,21), probablemente en relación con una mayor protección de la membrana peritoneal en los últimos años, empleando soluciones más biocompatibles, y con menos concentración de glucosa y por una mayor experiencia y calidad en el tratamiento.

Figura 1.



Figura 2.

Variables en la ecuación	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95.0% IC para Exp(B)	HR
EDAD (por cada año)	.043	.004	130,774	1	.000	1,044	1,036	1,052
QUINQUENIOS_INICIO			5,204	2	.024			
Último respecto primero	.193	.103	3,404	1	.060	1,213	1,008	1,489
Segundo respecto primero	-.037	.106	1,20	1	.278	.964	.783	1,187
Enf. CARDIOVASCULAR	.000	.000	44,004	1	.000	1,822	1,530	2,170
DIABETES	.045	.008	37,963	1	.000	1,724	1,450	2,051
DPCA (vs) DPA	.262	.092	8,061	1	.005	1,299	1,084	1,556

### 410 PROBABILIDAD DE TRANSFERENCIA DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP) A HEMODIÁLISIS (HD) EN FUNCIÓN DEL TIEMPO Y DE FACTORES TÉCNICOS: ESTUDIO DE 17 AÑOS EN COHORTE ANDALUZA DE 2743 PACIENTES

PL. QUIRÓS GANGA, C. REMÓN RODRÍGUEZ, V. DE LA ESPADA PIÑA  
NEFROLOGÍA HUPR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL)

**Introducción, métodos y objetivos:** La supervivencia (SV) de la técnica de DP es claramente inferior a la de HD, siendo esta una preocupación de los profesionales. En Andalucía todos los pacientes en TRS son incluidos en el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes (SICATA). Los objetivos del presente trabajo son analizar, en la población incidente en DP (1999-2016), las causas de transferencia de DP a HD, la SV de la técnica de DP y qué factores influyen en la misma. Estadística: medias, frecuencias, curvas de Kaplan-Meier, test de log-rank y modelo de riesgo-multivariante de Cox.

**Resultados:** n = 2743. Características técnicas basales en la Figura1. Entre las causas de salida de diálisis peritoneal, además del fallecimiento (27,5 %) y el trasplante (36,8 %), la transferencia a HD sigue representando más de un tercio (35,6 %). A su vez, ésta fue principalmente por peritonitis (9,5%) y fallo de la técnica (11,2%). Las curvas de supervivencia de la técnica muestran que el 50 % de los pacientes siguen en la técnica a los 57 meses (IC: 51-63), resultados comparables a otros Registros. Tras análisis bivariente y multivariante (Figura1), se demuestra la influencia negativa, e independiente de los siguientes factores: Inicio antes de 2004 (OR=5,2; IC=3,2-8,5), así como los usos de de soluciones más biocompatibles, OR para DP sin bicarbonato=1,4 (IC=1,2-1,7); El tipo de técnica (DPCA/DPA) también fue significativo. No fue significativo el uso de soluciones con menos concentración de glucosa. OR para DP sin icodextrina= 1,077 (IC=0,90-1,2);

**Conclusiones:** La SV de la técnica de DP ha mejorado en Andalucía, probablemente a través de minimizar las alteraciones de la membrana (soluciones biocompatibles), minimizando las infecciones, con el uso de la DPA y con tratamiento más adecuado de las complicaciones.

Figura 1.



#### ASPECTOS Y CARACTERÍSTICAS BASALES

Número total de pacientes	2743
Edad media (años)	56,43 ± 16,3
Sexo (H/M)	59,7 / 40,3
% de pacientes diabéticos	19,3
Dialísis peritoneal automática (DPA %)	46,1
Soluciones de icodextrina	46,3
Soluciones con bicarbonato	87,1

### 411 LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR AL COMIENZO DE LA DIALÍISIS PERITONEAL ES UN PREDICTOR INDEPENDIENTE PARA LA MUERTE Y EL FALLO DE LA TÉCNICA

V. DE LA ESPADA PIÑA, C. REMÓN RODRÍGUEZ, PL. QUIRÓS GANGA  
NEFROLOGÍA HUPR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL)

La enfermedad Cardiovascular (ECV) es frecuente en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal y es la principal causa de morbi-mortalidad en esta población.

**Objetivos:** Probar en una población seleccionada de pacientes en Diálisis Peritoneal (DP) en Andalucía, la relación de la ECV previa al inicio de la diálisis con la supervivencia de pacientes y técnica de diálisis.

**Pacientes y métodos:** 2743 pacientes incluidos en DP en Andalucía entre el 1/1/1999 al 31/12/2016. De estos, el 30 % presentó ECV al inicio de la DP (ya fuese insuficiencia cardiaca, vasculopatía periférica, vasculopatía cerebral o arritmias cardíacas). Estadística: medias±ds, frecuencias, chi2, RR e IC95%, curvas de Kaplan-Meier, modelo de Cox.

**Resultados:** La ECV fue uno de los factores de comorbilidad más frecuente al inicio de la DP (30,3 %), fundamentalmente por Insuf. Cardíaca (17,9%) y vasculopatía periférica (16,9%). A la ECV le sigue la edad avanzada (22,7 %) y la diabetes mellitus (28 %). La presencia de ECV influyó significativamente en la supervivencia de los pacientes aunque no en el fallo de la técnica. (Figura 1), independientemente de los demás factores de comorbilidad (RR:1,82. IC95%:1,5-2,1). Tanto la Insuficiencia cardiaca, como la vasculopatía periférica, la enf. vascular cerebral y arritmias se relacionaron significativamente con una peor supervivencia de los pacientes según los modelos univariantes (p<0,0001). En el modelo multivariante se demostraron también como factores independientes para la supervivencia del paciente (fig 2).

Figura 1. SV del paciente.

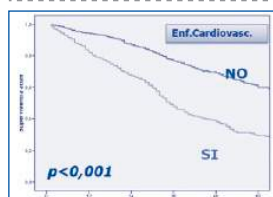


Figura 2. Variables en la ecuación.

Variables en la ecuación	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95.0% IC para Exp(B)	HR
EDAD (por cada año)	.043	.004	130,774	1	.000	1,044	1,036	1,052
QUINQUENIOS_INICIO			5,204	2	.024			
Último respecto primero	.193	.103	3,404	1	.060	1,213	1,008	1,489
Segundo respecto primero	-.037	.106	1,20	1	.278	.964	.783	1,187
Enf. CARDIOVASCULAR	.000	.000	44,004	1	.000	1,822	1,530	2,170
DIABETES	.045	.008	37,963	1	.000	1,724	1,450	2,051
DPCA (vs) DPA	.262	.092	8,061	1	.005	1,299	1,084	1,556

### 412 SEGURIDAD DE LA ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA

V. DE LA ESPADA PIÑA<sup>1</sup>, C. COLLADO MORENO<sup>2</sup>, PL. QUIRÓS GANGA<sup>1</sup>, C. REMÓN RODRÍGUEZ<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA HUPR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL),<sup>2</sup>CARDIOLOGÍA HUPR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL)

**Introducción y objetivos:** La implantación de la Ultrafiltración (UF) peritoneal como tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Refractaria (ICR) está indicada en pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) que presentan numerosos episodios de descompensación a pesar de tratamiento médico óptimo.

**Objetivo:** es analizar la aparición de eventos adversos tales como la peritonitis o complicaciones debidas a la técnica de implantación del catéter, así como muerte por cualquier causa. Metodología Estudio longitudinal prospectivo de pacientes diagnosticados de ICR sometidos a UF peritoneal diaria ambulatoria.

**Material y método:** Se realizó un seguimiento total de 12 meses a un total de 15 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para el programa de Diálisis Peritoneal (DP). Se analizaron la tasa de incidencia (TI) de eventos adversos así como la supervivencia al año mediante método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** La tasa de incidencia global de peritonitis no debe ser superior a 0,5 episodios/año en según la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal. Resultados Se siguieron de forma homogénea durante 12 meses a 15 pacientes principalmente varones (Hombres n=11) con una edad media de 66,2 años. Ningún paciente falleció durante el seguimiento por lo que la supervivencia al año fue del 100% de los pacientes estudiados.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier que muestra la supervivencia de los pacientes estudiados a los 12 meses tras el inicio de la Ultrafiltración (UF) peritoneal.

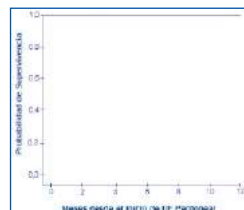


Tabla 1. Análisis de los resultados de supervivencia y eventos adversos a los 12 meses de seguimiento tras el inicio de la Diálisis Peritoneal (DP).

OBJETIVO	RES-DP	DP 12 meses
Supervivencia 12 meses	15 pacientes	15 pacientes
Eventos adversos	0	1 peritonitis bacteriana (curación) 2 peritonitis estériles en 1 paciente (curación) 2 atrascamientos de catéter por epilón (resolución)

Durante el seguimiento un paciente presentó 2 episodios de peritonitis asépticas que no requirió ingreso hospitalario y otro paciente un solo episodio de peritonitis bacteriana. Otro paciente presentó 2 episodios de obstrucción del catéter por atrapamiento del epilón. La Tasa de incidencia de peritonitis fue 0,11 episodios/año. La tasa de incidencia total de eventos adversos fue 0,17 episodios/año.

**Conclusiones:** La UF peritoneal es una técnica segura para el tratamiento de pacientes diagnosticados de ICR.

### 413 ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL: EFECTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA

C. COLLADO MORENO<sup>1</sup>, V. DE LA ESPADA PIÑA<sup>2</sup>, PL. QUIRÓS GANGA<sup>3</sup>, C. REMÓN RODRÍGUEZ<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>CARDIOLOGÍA HUPR, <sup>2</sup>SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA HUPR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL)

**Introducción.** La insuficiencia cardíaca refractaria (ICR) es un problema de salud creciente y una de las principales causas de morbilidad mundial. La ultrafiltración peritoneal consiste en el intercambio de solutos y agua entre dos compartimentos (sangre y líquido de diálisis) a través de una membrana semipermeable (peritoneo).

**Objetivo.** Evaluar la calidad de vida y la clase funcional de los pacientes incluidos en el programa de Diálisis Peritoneal (DP). Se analizaron secundariamente los cambios en la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI), la tasa de filtrado glomerular (TFG) y la presión arterial sistólica (PAS) al año de seguimiento.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal prospectivo de pacientes diagnosticados de ICR incluidos en el programa de DP con objeto de evaluar la calidad de vida y el grado de clase funcional al año de seguimiento. La calidad de vida se analizó mediante el cuestionario SF-36 (Short Form-36) y el grado de CF según la clasificación de la New York Heart Association (NYHA). Se incluyeron 15 pacientes con diagnóstico de ICR en el programa de DP y se evaluaron al año de seguimiento. Todos ellos cumplían los criterios de inclusión para DP. Una vez incluidos, se colocó el catéter de Tenckhoff y se llevó a cabo la técnica habitual de maduración durante dos semanas. Posteriormente se sometieron a intercambio de icodextrina sola o con dextrosa según la presencia de enfermedad renal. Se intentó DP en otros 3 pacientes en los que se colocó el catéter peritoneal, pero durante el periodo de maduración dos de ellos murieron por causas cardíacas y otro no llegó a realizarse DP debido a problemas mecánicos abdominales. RESULTADOS Se analizaron los resultados en los 15 pacientes antes de comenzar con DP y al año de la DP. El 73,3% eran hombres con una edad media de 66,2 años. Se observó una mejora en la calidad de vida (Puntuación media 28±2 vs 58±1) y del grado de clase funcional (Según la NYHA II 20% y IV 80% vs II 100%). No hubo empeoramiento de los valores analizados secundariamente: - FEVI (Valor medio 31,6±14,4 vs 41,2±10,4 %) - TFG (37,4±18,8 vs 40,6±34 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) - PAS (108 vs 109 mmHg).

**Tabla y figura.**

Estado de salud percibido	PRE-DP (n=15)	POST-DP (n=15)
GRASA	11 (20%)	11 (20%)
NYHA	9 (60%)	9 (60%)
FEVI (%)	31,6 ± 14,4	41,2 ± 10,4
PAS media (mmHg)	108	109
TFG media (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	37,4 ± 18,8	40,6 ± 34

Tabla 1. Resultados analizados al año de seguimiento. SF-36 Short Form 36 NYHA New York Heart Association NYHA Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo FEVI Presión Arterial Sistólica

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Edad superior a 18 años.	
Insuficiencia cardíaca con FEVI < 50%.	
Presencia de una enfermedad renal crónica con una tasa de filtrado glomerular < 60 ml / min / 1,73m <sup>2</sup> .	
Coloquio hídrico.	
Última hospitalización por IC Descompensada en los últimos seis meses.	
Tratamiento óptimo de la insuficiencia cardíaca durante al menos cuatro semanas.	
Ninguna contraindicación para la diálisis peritoneal.	

Figura 1. Criterio de inclusión del programa de Diálisis Peritoneal. FEVI Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo IC Insuficiencia Cardíaca.

73,3% eran hombres con una edad media de 66,2 años. Se observó una mejora en la calidad de vida (Puntuación media 28±2 vs 58±1) y del grado de clase funcional (Según la NYHA II 20% y IV 80% vs II 100%). No hubo empeoramiento de los valores analizados secundariamente: - FEVI (Valor medio 31,6±14,4 vs 41,2±10,4 %) - TFG (37,4±18,8 vs 40,6±34 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) - PAS (108 vs 109 mmHg).

**Conclusión.** La ultrafiltración peritoneal mejora la calidad de vida y el grado de capacidad funcional en pacientes con ICR. Se observó una reducción de reingresos hospitalarios, no empeoramiento de la FEVI, la TFG o la PA.

### 414 INFLUYE EL PROCESO DE INFORMACIÓN EN LA INCIDENCIA Y EN EL PERFIL DEL PACIENTE INCIDENTE EN DP

A. SASTRE LOPEZ, S. MARIÑO, B. DE LEON, J. STEFAN, C. LUCAS, E. MONFA, C. ALONSO, B. LINARES, A. AGUILERA, M. PRIETO VELASCO  
 NEFROLOGÍA. CAULE (LEÓN)

**Introducción:** El proceso de información sobre las opciones de tratamiento renal sustitutivo y de elección de la modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica constituye un derecho. El papel de la consulta de enfermería ERCA en el proceso de información basado en las herramientas para toma de decisiones es fundamental para la elección de modalidad de diálisis. En nuestro medio esa información se imparte desde el año 2010. En este estudio comparamos la influencia de la información sobre la elección de diálisis peritoneal.

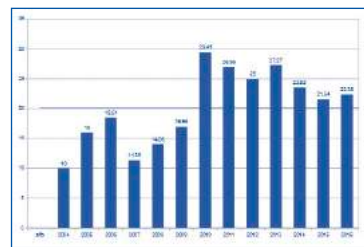
**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional descriptivo de pacientes nuevos en tratamiento renal sustitutivo desde 2004-2016. Separamos 2 grupos sin información basada en las herramientas para toma de decisiones desde 2004 al 2009 y con información desde 2010 al 2016. Comparamos la elección de dp en los 2 grupos.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, presencia de diabetes, se analizó al grupo que eligió dp. Las variables cualitativas se presentan en frecuencias. Las variables cuantitativas se muestran con la media y la desviación estándar (DE). La comparación de variables se hizo con prueba Chi cuadrado o t de Student de 2 colas para datos independientes, según procediera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p

**Resultados:** Se estudió un total de 730 pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo desde 1 enero de 2004 al 31 de dic de 2016. De ellos 150 pacientes eligieron dp, 87 hombres (58%), 63 mujeres (42%), 39 eran diabéticos (26%). La edad media fue de 58,39±6,2 años. No hubo diferencia entre grupos según la información recibida en ninguna de las variables, excepto en el porcentaje de elección de dp p<0.0001.

**Conclusiones:** La información basada en las herramientas para toma de decisiones permite aumentar la elección de dp como modalidad de tratamiento renal sustitutivo, por encima del 20%. Las características de los pacientes que eligen dp no se modifican en todo el periodo.

**Figura.** Porcentaje de elección de DP.



### 415 PERFIL GLUCOLIPÍDICO Y RIESGO DE DIABETES EN DP

A. SASTRE LOPEZ, S. MARIÑO, B. DE LEON, J. STEFAN, C. LUCAS, E. MONFA, C. ALONSO, B. LINARES, A. AGUILERA, M. PRIETO VELASCO  
 NEFROLOGÍA. CAULE (LEÓN)

**Introducción:** La absorción de la glucosa de las soluciones de diálisis peritoneal puede favorecer la aparición de resistencia a la insulina, obesidad, hipertrigliceridemia e hiperglucemia.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo observacional con 98 pacientes en diálisis peritoneal del Complejo Asistencial Universitario de León, desde el 1 de enero de 1998 al 31 de marzo de 2015 que permanecieron más de 2 años en programa. Se analizó el perfil glucolipídico, el peso, la diuresis y el volumen de diálisis al inicio y 24 meses después de iniciar diálisis. Todos tenían un régimen de soluciones con glucosa baja y con bajos PDG. Los resultados se expresan en porcentaje para las variables cualitativas y las cuantitativas en media y desviación estándar. Para la comparación de medias se utilizó el estadístico T de Student para datos pareados, se consideró un valor de p.

**Resultados:** Se estudiaron 98 pacientes, con edad media de 59,73 años ±17,64, rango 22-99. 39 mujeres (39,8%). Al inicio 25 (25,51%) pacientes en DPA y a los 24 meses 49 (50%) pacientes en DPA. Basalmente 20 (20,4%) tenían glucemia mayor de 110 mg/dl y a los 2 años 30 (30,6%) pacientes. La tabla 1 resume los resultados.

**Conclusiones:** Con el paso de 2 años en diálisis peritoneal, el volumen de diuresis disminuye significativamente, consecuentemente aumenta el volumen de diálisis. Aumenta el peso, la glucemia y los triglicéridos. No se observan cambios en el colesterol. 10 pacientes presentan diabetes de novo.

Podemos demostrar los efectos deletéreos de las soluciones glucosadas en nuestros pacientes.

**Tabla 1.**

	Media±DE basal	Media ±DE 24 meses	p
Peso (años)	67,41±15,46	69,25±16,16	<0,001
Glucemia mg/dl	95,78±37,14	106,38±44,7	<0,001
Colesterol mg/dl	169,79±36,4	173,71±39,5	0,26
HDLmg/dl	50,58±18,3	49,62±20,5	0,5
LDLmg/dl	90,43±35,4	92,83±35,2	0,34
Triglic mg/dl	115,4±62,4	140,62±124,2	0,04
Diuresis ml	1069,13± 845,2	615,61 ±702,9	<0,001
Volumen diálisis	9653,0±3612,9	12232,32±5059,1	<0,001

### 416 EVALUACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN (EH) CON IMPEDANCIA BIOELECTRICA MONOFRECUENCIA

N. VEGA DÍAZ<sup>1</sup>, F. GONZÁLEZ CABRERA<sup>1</sup>, S. MARRERO ROBAYNA<sup>1</sup>, R. SANTANA ESTUPIÑÁN<sup>1</sup>, R. GALLEGO SAMPER<sup>1</sup>, JE. BAAMONDE LABORDA<sup>1</sup>, P. PÉREZ BORGES<sup>1</sup>, Y. RODRÍGUEZ VELA<sup>1</sup>, LP. MORÁN CAICEDO<sup>1</sup>, JC. RODRÍGUEZ PÉREZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

**Introducción-objetivo:** Evaluar el estado de hidratación (EH) con bioimpedancia eléctrica vectorial monofrecuencia (BIAV) en pacientes en Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA).

**Métodos:** 50 pacientes, 31 Hombres y 19 Mujeres, edad media 59.68±14.60 años. Medidas con BIA (EFG3 Akern, Florence): basal y a los 2 meses. Softwares utilizados: Cardiorenal y Renal (Akern). El %EH estimado por la escala Hydragram, expresa el porcentaje de agua contenido en la masa magra libre de grasa (FMM). FFM fue estimada: 1) = TBW-BIVA/0.73 (\*\*), asumiendo que en estado estable representa el 73% agua corporal total (TBW), y 2) = TBW-BIVA/IH (\*\*), siendo IH el índice de hidratación al momento de la medida. El análisis estadístico fue realizado con SPSS-17®.

**Resultados:** Pacientes, 14, en día seco; 2,1 con nefropatía diabética; 39, conservaban Función Renal Residual; ,1 en día seco era anúrico. La media del índice de Charlson fue 8.24±2.74. Tablas 1 y 2.

**Conclusiones:** 1) Evaluar el EH en DP debe hacerse con BIA. El FFM medido por BIA muestra gran reproducibilidad, correlación y concordancia entre el valor basal y a los 60 días, indicando que el FFM no cambia y que las variaciones del EH se deben a cambios del agua extracelular. 2) FFM estimado como TBW/0.73 (constante de hidratación normal) no parece ser una opción adecuada en pacientes con ERC o en DP -generalmente sobrehidratados- ya que sobreestima el valor de FFM. 3) La clasificación según %EH, determina que hay pacientes de ambos sexos deshidratados. Cuando se analiza en términos de relación FFM y TBW, es menor el número de los pacientes des-

**Tabla 1.**

	Hombres (1)	Mujeres (2)
Basal		
·Hidratación % (a)	74.38±3.13	74.15±5.08
·Delta de Hidratación(b)	0.73±1.78	-0.35±0.78
·Prescripción peso seco (c)	-0.35±0.78	-0.38±1.05
·% Hidratación(d)	78.52±3.68	72.68±5.69
60 días o +		
·Delta de Hidratación (e)	-0.55±2.45	-0.27±3.64
·Prescripción peso seco (f)	0.03±0.85	-0.22±1.69

1a vs 1d, p=0.045; 1b vs 1e, p=0.024

**Tabla 2.**

	* TBW-BIA/0.73 (a)	** TBW-BIA /IH (b)
Basal		
·TBW (L)		41.17±9.13
·FFMm (Kg/m) (1)	33.93±6.14	32.20±5.71
60 day		
·TBW (L)		40.97±8.96
f. up		
·FFMm (Kg/m) (2)	33.78±6.13	32.31±5.75

1a vs 1b, p<0.000; 2a vs 2b, p<0.000

hidratados. Puede relacionarse con que el FFM medido es menor de lo que debería corresponder para ese paciente en particular. 4) El gráfico BIAVECTOR, es útil para estimar el EH de los pacientes en DP y una herramienta para establecer el "peso adecuado".

# Resúmenes

## Dialisis peritoneal

### 417 ¿PUEDE AYUDAR EL DESCANSO PERITONEAL A PRESERVAR LA DIURESIS DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL?

AI. MARTÍNEZ DÍAZ, E. RUIZ FERRERAS, MP. FRAILE GÓMEZ, J. SEBASTIA MORANT, GP. GONZÁLEZ ZHINDÓN, GC. DELGADO LAPEIRA, T. GARCÍA GARRIDO, A. MARTÍN ARRIBAS, JA. MENACHO MIGUEL, JL. LERMA MÁRQUEZ

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

**Introducción.** Como ya es conocido la diálisis peritoneal se trata de una modalidad de tratamiento renal sustitutivo más fisiológica que permite preservar a medio-largo plazo la diuresis residual, lo que puede conllevar ciertos beneficios a nivel clínico, e incluso mejor percepción de calidad de vida lo que favorece mayor adhesión a la técnica.

**Objetivos.** Demostrar que el mantenimiento de la diuresis residual permite realizar descansos en diálisis peritoneal alcanzando niveles óptimos de los indicadores de diálisis.

Poner de manifiesto las mejoras en calidad de vida y cumplimiento de la técnica especialmente en aquellos pacientes con comorbilidad.

**Métodos.** Estudio observacional retrospectivo que analiza 23 pacientes en diálisis peritoneal entre los años 2010-2016 en el Servicio de Nefrología del HUSA. Edad media de nuestros pacientes 69.3 años. El 56.6% mujeres. El 42.85% realizaban descanso de diálisis peritoneal 1 día a la semana, dos pacientes descansaban 2 días, y uno 3 días. Otro 42.85% realizaban DP diaria. Los pacientes con descanso en DP tenían una diuresis residual media de 1434cc/24h y los pacientes sin descanso en DP 1020cc/24h. El Kt/Vurea semanal medio de los primeros era 2.26, y de los segundos 2.77. Analizamos la relación entre el mantenimiento de la diuresis residual, el descanso peritoneal y los parámetros dialíticos.

**Resultados.** Se objetivó volumen de diuresis residual representativamente mayor en los pacientes en los que se aplicó descanso en diálisis peritoneal.

No se encontraron diferencias significativas en el Kt/Vurea semanal entre los pacientes con descanso y sin descanso peritoneal (2.26 y 2.77 respectivamente). Objetivo Kt/Vurea semanal >1.7.

**Conclusiones.** La preservación de la diuresis residual ayuda a justificar el descanso en los pacientes en diálisis peritoneal. A su vez se ha demostrado que dicho descanso ayuda a mejorar la percepción de calidad de vida y por tanto la adherencia a la técnica.

**Tabla 1.**

	Sin descanso DP	Descanso DP
%	42.85	57.13
Kt/Vurea semanal	2.77	2.26
Diuresis residual prediálisis (cc)	1700	1744
Diuresis residual 6m (cc)	980	1383
Diuresis residual 1a (cc)	762	1350
Diuresis residual 2a(cc)	755	1060

### 418 MODIFICACIONES DEL PESO Y COMPOSICIÓN CORPORAL Y DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES EN DP

JR. RODRIGUEZ PALOMARES<sup>1</sup>, PM. VILLABON OCHOA<sup>2</sup>, I. NIETO ABAD<sup>3</sup>, LA. BLAZQUEZ COLLADO<sup>3</sup>, MA. CORCHO ROBLEDA<sup>3</sup>, P. SANCHEZ ESCUDERO<sup>2</sup>, S. TALLON LOBO<sup>3</sup>, G. DE ARRIETA DE LA FUENTE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES (GUADALAJARA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. (GUADALAJARA), <sup>3</sup>LABORATORIO. HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS. (ALCALÁ DE HENARES)

**Introducción.** Los pacientes en Diálisis Peritoneal (DP) sufren cambios metabólicos por la absorción de glucosa: hiperinsulinismo, obesidad, modificación de la composición corporal y del metabolismo lipídico. Casi todos los estudios realizados previamente al uso de soluciones biocompatibles e icodextrina. Quisimos comprobar si en nuestra población se producen estas alteraciones.

**Materia y métodos.** Estudio retrospectivo dos años de seguimiento tras el inicio de DP. Se registró peso, nutrición y composición corporal (albumina y Bioimpedancia), diuresis, lípidos, transporte peritoneal y absorción de glucosa al inicio de la terapia y a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Analizamos las modificaciones observadas a lo largo del tiempo.

**Resultados.** Analizamos 66 pacientes. (25 mujeres y 41 hombres) edad 54,3 ± 14,4 años. Todos con soluciones biocompatibles y 45 con solución de Icodextrina. La evolución de los parámetros se muestra en la Tabla 1. En contra de la literatura no encontramos un aumento significativo de peso. Solo 15 pacientes aumentaron su peso corporal mas de tres Kg al cabo de 6 meses y solo 12 al año. Los que incrementaron su peso lo hicieron durante el primer año con posterior estabilización. En los primeros meses observamos una disminución de albumina y aumento leve de colesterol, HDL y LDL, posteriormente se estabiliza. Antes del tratamiento 15 pacientes presentaban valores de colesterol superiores a 200, ningún paciente tuvo un incremento de lípidos superior al 20% a lo largo del tratamiento. Encontramos lógicamente descenso progresivo de la diuresis residual. No encontramos modificaciones de la composición corpora, masa magra o grasa.

La permeabilidad peritoneal permaneció globalmente estable el primer año con discreto aumento al cabo de dos años y un incremento en la absorción peritoneal de glucosa sin significación estadística. No encontramos correlación entre la absorción de glucosa o el transporte peritoneal con los cambios de peso o del perfil lipídico.

**Conclusiones:** A pesar de lo descrito en la literatura, en nuestros pacientes no encontramos modificaciones notables del peso o la composición corporal ni del perfil lipídico en relación con la DP. Una probable explicación es el uso extendido de soluciones mas biocompatibles, el uso de icodextrina y la restricción de soluciones hipertónicas.

**Tabla 1. Evolución metabólica en dos años.**

	Inicio	3 meses	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	Sig
Peso	74.0±15.6	73.8±15.2	73.6±15.6	75.9±15.5	74.6±17.2	75.1±19.4	NS
Album	3.7±0.49	3.4±0.46	3.5±0.37	3.5±0.39	3.5±0.33	3.5±0.36	P<0,05
Colet	155.2±49.2	169.7±41.7	174.9±49.7	171.5±50.4	172.1±38.7	180.3±33.0	P<0,05
Trig	116.6±49.5	117.9±57.2	125.5±55.4	136.9±64.2	128.1±58.6	147.2±68.3	NS
HDL	43.4±16.9	44.7±16.7	48.7±44.3	42.1±13.2	45.2±20.6	42.6±11.8	P<0,05
LDL	95.7±32.9	100.0±32.5	108.7±39.7	104.5±35.9	109.2±39.9	109.3±30.2	P<0,05
Diures	1481.5±929.7	1405.2±996.9	1130.2±862.6	1010.6±870.4	706.7±798.6	666.7±806.7	P<0,05
DP glu	0.35±0.10			0.33±0.10		0.31±0.07	P<0,05
Dp area	0.63±0.11			0.65±0.11		0.67±0.09	NS
Kcal Abs	343.6±121.1			364.5±137.6		413.9±127.1	NS
ITI	14.9±3.7		15.9±3.9	15.0±3.9		14.1±3.5	NS
FTI	11.6±6.1		11.6±6.3	14.7±8.4		13.4±8.6	NS

### 419 DIÁLISIS PERITONEAL EN EL PACIENTE ANCIANO (REGISTRO H.U. DONOSTIA)

C. AGUILAR CERVERA, A. CELAYETA ZAMACONA, L. MEZA ANTUNEZ, L. LURDES ECHABE AGUILALDE, C. MELERO MÚGICA, MT. RODRIGO DE TOMÁS

NEFROLOGÍA. OSAKIDETZA (SAN SEBASTIÁN)

**Introducción.** La edad ha sido históricamente una contraindicación para el inicio de la diálisis peritoneal, debido al riesgo de fallo de la técnica y el riesgo de peritonitis. El objetivo de este estudio ha sido analizar la evolución de los pacientes que han iniciado Diálisis Peritoneal con más de 75 años.

**Materia y método.** Se ha realizado un estudio retrospectivo (últimos 10 años) analizando a los pacientes ancianos (> 75 años) que inician DP en el Hospital Donostia.

**Resultados.** Se incluyeron 17 pacientes (11 varones y 6 mujeres) con una edad media de 78,96 años. La principal causa de ERC fue la NAE (82,35%), con un índice medio de Charlson de 3.94. Todos los pacientes empezaron la técnica de forma autónoma, un 29,41% requirió asistencia para continuar la terapia. El tiempo medio de aprendizaje para la DPCA fue de 15,75 días y 19 para la DPA. El 94,12% de los pacientes inició DPCA y un 56,25% cambió a DPA en los primeros 24 meses.

La supervivencia global en los primeros dos años fue del 100 % y 94.1% a los 5 años. La supervivencia de la técnica a los dos años fue del 87 % y del 32 % a los 5 años. Las causas de abandono de la DP fueron: pérdida de autonomía, aumento de comorbilidad, trasplante renal y éxitus. El tiempo medio libre de peritonitis fue de 2,5 años. El 58.82% presentó al menos una peritonitis, pero sólo el 10% requirieron ingreso.

En la tabla adjunta se describe la evolución de parámetros nutricionales, estado de hidratación, diuresis, ktv y tipo de transportador.

**Conclusión.** Los pacientes ancianos que iniciaron la DP, mostraron una elevada supervivencia tanto del paciente como de la técnica en los primeros 24 meses, por lo que creemos que es una alternativa segura en pacientes seleccionados.

**Tabla 1.**

PARÁMETROS A ESTUDIO	TIEMPO EN MESES						
	12 MESES	24 MESES	36 MESES	48 MESES	60 MESES	72 MESES	
HEMOGLOBINA	11,86	11,11	11,5	11,61	12,8	11	
COLESTEROL	168,88	177,43	184,22	160	183	117	
ALBUMINA	3,59	3,47	3,71	3,64	3,1	2,9	
PREALBUMINA	0,26	0,27	0,29	0,29	0,3	0,19	
ÍNDICE MASA CORPORAL	26	26,97	28,8	28,74	26,75	28,2	
ESTADO DE HIDRATACIÓN	1,66	1,31	1,13	0,94			
DIURESIS	1217,64	1040	1000	767,85	225	325	
KTV	2,77	2,22	2,18	1,77	1,87		
<b>TIPO DE TRANSPORTADOR</b>							
ALTO TRANSPORTADOR	11,11%	20%	28,57%				
BAJO TRANSPORTADOR	44,44%		28,57%	50%	50%		
MEDIO-ALTO TRANSPORTADOR	11,11%		28,57%	50%			
MEDIO-BAJO TRANSPORTADOR	33,33%	80%	14,29%				

### 420 CIRUGÍA EN LA DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA: PAPEL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA EN LA CREACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

C. PAYÁ LLORENTE<sup>1</sup>, M. GONÁLEZ MOYA<sup>2</sup>, E. MARTÍNEZ LÓPEZ<sup>3</sup>, S. SANTARRUFINA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, JC. SEBASTIÁN TOMÁS<sup>1</sup>, P. GONZÁLEZ GUARDIOLA<sup>1</sup>, A. VÁZQUEZ TARRAGÓN<sup>1</sup>, S. BELTRÁN CATALÁN<sup>1</sup>, LM. PALLARÓ MATEU<sup>3</sup>, E. ARMAÑANAZAS VILLENA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DOCTOR PESET (VALENCIA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DOCTOR PESET (VALENCIA)

**Introducción.** El objetivo de nuestro estudio es describir nuestra experiencia en la puesta en marcha de un programa de DP. Tanto en el implante de catéteres, como en el manejo de las complicaciones no infecciosas (disfunción mecánica del catéter y aparición de hernias de pared abdominal).

**Materia y método.** Estudio observacional retrospectivo en pacientes que inician DP entre Mayo de 2012 y Diciembre de 2016. La disfunción mecánica del catéter se define como un fallo en la infusión o en el drenaje de líquido de la cavidad peritoneal mediante el catéter debido a un atrapamiento del mismo por el epiplón, malposición, fuga del líquido pericatóter y/o obstrucción de su lumen.

**Resultados.** Se colocaron 115 catéteres. El 64% eran varones, la media de edad era de 58 ± 16 años. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 15 meses (RIQ 77-28 meses). El implante fue en 114 mediante mini-laparotomía y 1 por vía laparoscópica. Un 30% de los pacientes tenían antecedentes de cirugía intraabdominal previa y un 5 % de cirugía de reparación de la pared abdominal. En la valoración previa al implante, un 25% fueron diagnosticados de hernia abdominal y en el 88% de estos se realizó hernioplastia simultánea en el momento del implante del catéter. La disfunción mecánica del catéter apareció en 26 (22%) pacientes, resolviéndose en 14 (12%) de forma conservadora. Los otros 9 (8%) pacientes se sometieron a revisión laparoscópica con diferentes hallazgos de la causa del atrapamiento y resolución de los mismo. 18 (16%) pacientes presentaron una hernia tras el inicio de la técnica, 6 (5%) de ellas fueron recidivadas. Se intervinieron 16 (14%) de ellos. No observamos asociación entre la aparición de disfunción mecánica del catéter y la aparición de hernias con la edad, el sexo, la cirugía intraabdominal previa, el IMC, la longitud del catéter ni otras comorbilidades. La mediana de supervivencia del catéter fue de 54 ± 7,7 meses. El 84% de los pacientes mantuvieron el mismo catéter durante el primer año.

**Conclusión.** Las complicaciones mecánicas del catéter así como la aparición de hernias de pared abdominal dificultan la realización de la técnica y son muy frecuente en los pacientes en DP, por lo tanto la implicación del Servicio de Cirugía junto con los nefrólogos en la unidad de DP, es fundamental y asegura el correcto diagnóstico y la resolución de estas complicaciones ofreciendo así, el mejor cuidado para los pacientes en DP.

**421 DESCANSO PERITONEAL SEMANAL: FAVORECE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y PRESERVA LA DIURESIS RESIDUAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS**

E. RUIZ FERRERAS, J.L. LERMA MÁRQUEZ, M. SÁNCHEZ-JÁUREGUI CASTILLO, G. DELGADO LAPEIRA, A.I. MARTÍNEZ DÍAZ, G. GONZÁLEZ ZHINDÓN, A. TYSZKIEWICZ, A. MARTÍN ARRIBAS, P. FRAILE GÓMEZ, P. GARCÍA COSMES

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

**Introducción.** La diálisis peritoneal mejora la calidad de vida al mantener más tiempo la diuresis residual que la hemodiálisis. Una de sus limitaciones es su periodicidad diaria, lo que favorece "Burn out" de paciente y cuidador. Puede ser una opción más fisiológica en personas de edad avanzada que precisan menor dosis de diálisis al tener menor hipermetabolismo. Análogamente a hemodiálisis hay casos aislados de descanso semanal, pero no hay estudios controlados.

**Objetivos.** Analizar influencia del descanso peritoneal semanal en pacientes ancianos sobre parámetros dialíticos y diuresis residual. Estudiar ventajas individuales y globales del descanso peritoneal.

**Métodos.** Se analizan 17 pacientes mayores de 75 años en DP desde 8 meses a 7 años. El 52.94% descansan al menos 1 día a la semana.

Características: Edad media 82 años(75-90años),53% varones.24% diabéticos. DPA:91%. Transporte peritoneal medio-alto:60,8%.Tipo de descanso: 78%descansan 24 horas/semana; 22% descansan 48 horas/semana intermitentemente.

Exclusión:diuresis < 750 cc/día o eventos cardiovasculares recientes.

Se mide secuencialmente la diuresis durante 24 meses y Kt/Vurea semanal (Tabla 1).

**Resultados.** La tasa de descenso de la diuresis residual es menor en los pacientes con descanso peritoneal semanal.A los dos años el grupo con descanso tiene una diuresis superior en 305 ml. El Kt/Vurea semanal supera en ambos grupos los objetivos dialíticos sin diferencias significativas. Tasa de peritonitis baja en el grupo que descansa posiblemente por menor manipulación. Sin diferencias significativas en ingresos hospitalarios ni en mortalidad.

**Conclusiones.** La estrategia de descanso peritoneal semanal en mayores de 75años seleccionados mantiene parámetros dialíticos y enlentece el ritmo de reducción de la diuresis residual a los 2años. Mejora la percepción de bienestar de paciente y cuidador, favoreciendo la adherencia terapéutica, sin aumentar las complicaciones médicas e incluso reduciendo costes. Es esquema dialítico eficiente, aunque se precisarían estudios prospectivos para validar su aplicación futura.

■ **Tabla.**

%	DP convencional (sin descanso)	Descanso DP
	47	52.94
Kt/Vurea semanal	2.77	2.26
Diuresis residual prediálisis (cc)	1700	1744
Diuresis residual 6m (cc)	980	1383
Diuresis residual 1a (cc)	762	1350
Diuresis residual 2a(cc)	755	1060

**422 ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL EN IC REFRACTARIA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO**

MJ. ESPIGARES HUETE, R. VIDAL MORILLO-VELARDE, JA. APARICIO GÓMEZ, A. OSSORIO ANAYA, A. MORALES GARCÍA, R. LEIVA ALONSO, C. RUIZ FUENTES, C. DE GRACIA GUINDO, P. GALINDO SACRISTAN, A. OSUNA ORTEGA

NEFROLOGÍA.UNIDAD DE TÉCNICAS DOMICILIARIAS. H.VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

**Objetivos-introducción.** La IC es una patología muy prevalente que llegada a situaciones de refractariedad tiene un pronóstico infausto. La sobrecarga de volumen y secundariamente el deterioro del filtrado glomerular hace que el papel del Nefrólogo en las consultas de IC sea necesario. Ofertar solución con Ultrafiltración peritoneal parece ser una opción con buenos resultados. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de la UF peritoneal en la muestra tratada en nuestra Unidad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de cinco pacientes con IC refractaria enviados desde consulta específica de IC , tratados con DP en Nuestra Unidad en 2015-2016 . Recogemos datos clínicos y estado funcional basal ( Clasificación de la NYHA) a los 6 y 12 meses de permanencia en técnica. Valoramos evolución de FG en el tiempo de seguimiento ( 12 meses), así como parámetros ecocardiográficos.

**Resultados.** En la tabla 1 se exponen las características basales (previas al inicio de la técnica). Edad media 69 ±7.4. FG CKDEPI 23,37±8.7. Tres de los pacientes eran Diabéticos ( 60% ). Todos tenían una clase funcional de la NYHA de 4 . En los cinco pacientes la pauta de inicio para obtener UF peritoneal fue 1 intercambio nocturno con Icodextrina . Un paciente recibió un segundo intercambio con Nutrineal para favorecer estado nutricional . A lo largo del seguimiento, 3 de los 5 pacientes mejoraron FG ,1 paciente mantuvo su FG estable y en un caso el FG y diuresis deterioraron. El 100% de los pacientes mejoraron su clase funcional. El 80% de los pacientes mejoraron parámetros ecocardiograficos. Un paciente presentó un episodio de infección peritoneal . El resto no presentaron complicaciones referentes a la técnica . 80% de los pacientes no ingresaron a lo largo del año de seguimiento .

**Conclusiones.** La UF con DP es una opción de tratamiento en pacientes con IC Refractaria, mejorando su estado funcional y manteniendo FG estable, todo ello con escasas complicaciones y con mejora en la calidad de vida.

■ **Tabla 1.**

	P1	P2	P3	P4	P5
EDAD	69	59	80	70	68
ETIOLOGIA	Cisquémica	Cisquémica	CCisquémica	C.isquémica	C.isquémica
DM	no	si	si	no	si
FG pre DP	23	15	12	36.5	26.3
Cr	2.5	6.6	4.5	1.8	2.6
Diuresis	2000	3000	2600w	2300	2950
Clase Funcional NYHA /ACCA	4 D	4D	4D	4D	3C
FE	25-30	50-55	60	30-35	45
PAP s	55-60				
Charlson	4	3	6	5	4

**423 FRAGILIDAD EN DP: UNA DIMENSIÓN NUEVA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO. ESTUDIO PRELIMINAR**

E. RUIZ FERRERAS, J.L. LERMA MÁRQUEZ, G. DELGADO LAPEIRA, A.I. MARTÍNEZ DÍAZ, G. GONZÁLEZ ZHINDÓN, A. TYSZKIEWICZ, M. SÁNCHEZ-JÁUREGUI CASTILLO, J. MARTÍN CENTELLAS, T. GARCÍA GARRIDO, P. GARCÍA COSMES

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

**Introducción.** A partir del conocimiento en Geriátria, hemos intentado incorporar el síndrome fragilidad que permita a Nefrólogos tomar decisiones terapéuticas homogéneas, más acertadas. Existe un componente de subjetividad importante, motivado por la ausencia de herramientas para diferenciar edad cronológica y biológica, el medidor de la expectativa de vida.

Equiparando fragilidad a situación funcional, es interesante comparar los pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis. La situación funcional, además del componente biológico, puede estar influenciada por las características intrínsecas de cada modalidad de tratamiento renal sustitutivo (mayor diuresis residual en DP con menor número de complicaciones, ausencia de baches hipotensivos propios de HD con consecuente isquemia orgánica ...). Todo ello con el fin de potenciar esta modalidad de terapia renal sustitutiva en expansión.

**Materiales.** Se estudiaron 26 pacientes en terapia renal sustitutiva durante 12 meses, de los cuales 30.76% estaban en DP. Edad media superior a 70 años. Evaluaciones: Fuerza en kilogramos (dinamómetro).

Equilibrio, coordinación, velocidad, agilidad mediante Short Physical Performance Battery (SPPB). Puntuación inferior a 10 indicaba fragilidad y elevado riesgo de discapacidad. Fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso mediante Cuestionario de Frail. Frágiles si sumaban 3-5 puntos.

Situación cognitiva mediante Test de Pfeiffer. Deterioro cognitivo si 3 o más errores.

**Resultados.** Los pacientes de DP obtienen puntuaciones significativamente mejores en test de fuerza (37.5% frente a 33.4%), SPPB (37.5% frente a 27.8%) y Cuestionario de Frail ( 25% de frágiles frente a 33%).

En cuanto a la situación cognitiva, el 100% del grupo de DP superan el Test de Pfeiffer, mientras que el 11% de pacientes en HD fallan.

Se objetiva una tasa de un 13% menos de ingresos hospitalarios en el grupo de DP.

**Conclusiones.**

1. Los pacientes en DP se encuentran en mejor nivel funcional que los de HD, lo que implica menor fragilidad.
2. La DP, más fisiológica, propicia menor comorbilidad, sumado al hecho de que los enfermos de DP parten de una situación clínica superior dados los criterios de selección para dicha técnica.
3. Los resultados apoyan la expansión de la diálisis peritoneal en pacientes seleccionados.

**424 INICIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA PROTOCOLIZADA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA. SERIE DE CASOS**

J. FERNÁNDEZ-CUSICANQUI, J. PORTELES, B. DURA-GURPIDE, D. JANEIRO-MARIN, P. LOPEZ-SANCHEZ, C. HEVIA, F. TORNERO, C. YUSTE, A. CIRUGEDA, MA. BAJÓ

NEFROLOGÍA. HUPHM (MAJADAHONDA), NEFROLOGÍA. HOSPITAL INFANTA SOFIA (MADRID), NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS (MADRID), NEFROLOGÍA. HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ (MADRID)

**Introducción:** Más del 50% de los pacientes con insuficiencia cardiaca presentan algún grado de disfunción renal, siendo el factor de riesgo independiente asociado a mayor mortalidad, estancia hospitalaria y gasto sanitario. El síndrome cardiorenal (SCR) descrito hace más de 10 años, no cuenta hasta la actualidad con un tratamiento óptimo, lo que justifica la búsqueda de nuevas estrategias y protocolos de actuación. Presentamos nuestra experiencia en pacientes con SCR 2 y su evolución en el primer año tras inicio de diálisis peritoneal.

**Métodos:** Serie de casos que incluyen 14 pacientes con SCR tipo 2 a un año de inicio de DP.

**Resultados:** Son 11 hombres (78.5%), edad media de 67,5 años (DE 10,64), 10 son diabéticos, 9 hipertensos, con enfermedad renal crónica (grado 3-4) la mayor parte de etiología vascular. Historia de enfermedad cardiaca son 6 de etiología isquémica, 5 valvulares, 3 cardiomiopatías (familiares, dilatadas). Inicio DP, 8 comienzan DP urgente por IC descompensada (1 preciso HDF continua previa); 6 de manera programada. Al año de seguimiento, 8 continúan en DPCA, 1 DPA, 1 trasplante de riñón, 1 pasa a HD por fuga hiperperitoneal y 3 exitus (ICC, sepsis urinaria y hemorragia digestiva baja). Con total seguimiento año 11.07. La tasa de descompensación de la IC fue de 1.6 en comparación 3,09 ingresos / año previo al inicio de DP con mejoría clínica y analítica.

■ **Tabla 1.**

	BASAL (DP)	1 mes	6 meses	8 meses	12 meses
N	14	12	9	9	9
ProBNP	7707	4982	7653	12406	7890
Cr (mg/dl)	2.7	1.8	3.1	3.1	3.3
Urea mg/dl	131.5	118.0	113.8	87.6	100.0
MDRD (ml/min)	30.2	47.8	36.5	33.9	32.3
Potasio (mmol/L)	4.1	4.0	3.8	3.8	3.7
Ác. Úrico (mg/dl)	9.2	7.8	8.1	8.5	7.7
Hb (g/dl)	11.0	12.3	13.3	12.9	11.9
Ferritina	315.5	242.3	307.0	417.8	405.3
IST (%)	18.8	17.8	17.1	20.5	22.7
PCR	27.0	13.2	12.3	12.3	7.5
Diuresis (ml/día)	1471	1403	942	1030	837
Nº Intercambios	1.3	1.3	2.0	2.2	2.7
Nº de Ingresos	4.0	1.0	0.0	2.0	2.0
NYHA	3.7	2.7	2.2	2.1	2
FEVI (%)	37.9	45.0	43.0	43.0	38.5
Peso (Kg)	79.0	80.7	79.6	78.0	75.6
UF DP (ml/día)	858.3	1028.6	292.9	716.0	711.4
Potasio mEq/día	42.7	60.0	60.0	60.0	60.0
Albumina	3.8	3.7	3.6	3.6	3.7
BCM OH (mediana)	4.0	3.1	2.5	1.7	2.3
BCM FTI (mediana)	19.3	16.2	20.7	17.6	18.2
BCM LTI (mediana)	11.8	12.4	9.1	12.7	12.4

**Conclusión:** La DP mejora la calidad de vida de los pacientes con SCR sin otras opciones terapéuticas, la técnica nos permite un mejor control de la sobrecarga de volumen , mejora de la clase funcional (NYHA), precisando un menor número de hospitalizaciones. La adaptación de la técnica es buena, sin mayores complicaciones infecciosas, mecánicas descritas en otras indicaciones de DP. Recomendamos la instauración de protocolos actuación multidisciplinar con nefrólogos, cardiólogos y enfermeros.

## Diálisis peritoneal

**425 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PERITONITIS POR CORYNEBACTERIUM EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL**

M. GONZALEZ RICO, I. JUAN GARCIA, J. CASAS, J. GUZMAN HERRERA, A. MUIJSEBERG, A. PEREZ YS, M.J. PUCHADES MONTESA, P. TOMAS SIMO, C. RAMOS TOMAS, MA. SOLIS SALGUERO  
NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO (VALENCIA)

**Introducción.** Las especies de corynebacterium son parte de la flora de la piel normal, por lo que en los cultivos muchas veces es informado como contaminación. La incidencia de infecciones causadas por corynebacterium ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Además parecen tener un curso clínico menos favorable que las producidas por otros gérmenes.

**Método.** Revisamos todas las peritonitis producidas por corynebacterium en nuestra unidad desde el año 2001 hasta 2016 y analizamos las producidas por gérmenes de la especie corynebacterium.

**Resultados.** Durante este periodo hubo 334 episodios de peritonitis. Ocho pacientes (dos hombres y 6 mujeres con una edad media de 60.82 años) tuvieron 11 peritonitis causadas por especies de corynebacterium (el 3.29% del total). De las especies recogidas, tres fueron C.Macginleyi, uno c. amicolatum, uno c. jeikeium y 6 otras especies. En ninguno de los casos hubo infección del orificio de salida. La evolución fue de curación en 6 casos (54.5%). Hubo tres episodios de recidiva: dos en una misma paciente que en el 3º episodio se decidió retirada de catéter y uno en otro paciente que posteriormente se curó. Se produjo un fallecimiento en relación con la peritonitis. Todos los episodios fueron tratados inicialmente con vancomicina intraperitoneal. Sólo uno de los episodios era resistente a penicilina y ninguno a vancomicina.

**Conclusiones.** Las peritonitis por especies de corynebacterium son relativamente frecuentes. A pesar de ser un germen saprófito de la piel presentan una evolución clínica peor que el resto de los gérmenes por lo que ante su diagnóstico deben ser especialmente vigiladas.