

20 CAMBIOS EN EL ESPECTRO ETIOLÓGICO Y PRONÓSTICO DE LAS INFECCIONES PERITONEALES (IP) EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP) A LO LARGO DE TREINTA AÑOS

A. RODRÍGUEZ-CARMONA¹, A. LÓPEZ IGLESIAS¹, T. GARCÍA FALCÓN¹, P. OTERO ALONSO¹, L. BRAVO GONZÁLEZ-BLAS¹, M. PÉREZ FONTÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA)

La información sobre las variaciones a largo plazo del espectro etiológico y pronóstico de las IP en DP es limitada. Investigamos esta cuestión sobre 1168 IP registradas en nuestra Unidad entre Enero 1988 y Diciembre 2017 (dividido en 6 quinquenios). Agentes etiológicos categorizados en: *Staphylococcus aureus* SAU, estafilococos coagulasa-negativos ECN, enterococos, estreptococos, gramnegativos, polimicrobianas, fúngicas, cultivo negativo. Comparaciones mediante Chi cuadrado y análisis de tendencias.

La incidencia relativa de IP mostró tendencia decreciente para SAU entre 1988-92 (13,2% del total), y 2013-17 (1,9%) y para ECN entre 1988-97 (32,8%) y 2008-17 (15,1%). Por contra, aumentó la representación de IP estreptocócicas (17,6% 1988-92 a 31,6% 2013-17, p<0,0005) y polimicrobianas (9,5% 1988-97 a 17,5% 2008-17), p<0,0005). Las IP por gramnegativos y cultivo negativo se mantuvieron estables. La presencia de IP por enterococos y levaduras fue oscilante (probablemente por baja incidencia). ECN fueron la causa principal de IP 1988-2007, mientras que estreptococos lo fueron 2008-2017. El descenso en las IP por SAU llevó a las tasas de IP catéter-dependiente a niveles testimoniales (4,1% 1988-97, 1,4% 2008-17, p=0,016). Al analizar los datos por tasas de incidencia, ésta disminuyó para ECN (de 1 episodio/57,1 paciente-mes p-m 1988-92 a 1/330,1 p-m 203-17) y SAU, mientras aumentó la incidencia de IP estreptocócicas (desde 1 episodio/192 pm 1993-97 a 1/96,8 pm 2008-12 y 1/101,0 pm 2013-17). La evolución clínica de las IP (mortalidad, fallo técnica, retirada de catéter, ingreso, recaída), en conjunto o por agentes, se mantuvo estable en el tiempo, salvo las IP por levaduras, con mejora en mortalidad-fallo técnica a partir de 2008. Las tasas de ingreso hospitalario aumentaron entre 1997 (19,6%) y 2013-17 (34,4%) (p<0,0005). Las IP estreptocócicas mostraron mayor tendencia a recurrencia (37,6%, con 15,3% 2 ó más recurrencias), seguidas de ECN (29,7%), gramnegativos (21,7%) y SAU (19,0%). Por el contrario, IP enterocócicas y polimicrobianas no entróicas mostraron bajas tasas de recurrencia.

En un contexto de reducción progresiva en las tasas de IP, apreciamos claro declive en la incidencia de IP estafilocócicas, estabilidad en las IP por gramnegativos y polimicrobianas, oscilaciones en las de baja incidencia (levaduras y enterococos) y aumento en las IP estreptocócicas, favorecido por su tendencia a la recurrencia, que las ha convertido en la causa más frecuente de IP en nuestro centro en la última década (31,6% de IP monobacterianas y presentes en 47,2% de polimicrobianas). Estos cambios demandan adaptación de los protocolos de tratamiento inicial de IP al nuevo escenario.

21 ¿PREDICEN LOS BIOMARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (CV) LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL ATEROMATOSA (EAA) EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL (DP)? UN ANÁLISIS DEL ESTUDIO NEFRONA

M. PÉREZ FONTÁN¹, M. BORRÁS SANS², A. RODRÍGUEZ-CARMONA¹, A. BETRIU IBAR³, JM. VALDIVIELSO³, E. FERNÁNDEZ³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA), ³UDETMA. UNIVERSIDAD DE LLEIDA (LLEIDA)

El proyecto NEFRONA se propuso desvelar la incidencia y prevalencia, así como los factores que predicen la progresión de EAA en pacientes con enfermedad renal crónica sin antecedentes clínicos CV. El significado de los principales biomarcadores de riesgo CV ha sido insuficientemente analizado en pacientes en DP, en este contexto. Según diseño prospectivo, observacional y multicéntrico analizamos la correlación entre biomarcadores seleccionados (interferón, IL12, IL17, leptina, mdc, mcp1, mcp3, mip1a, mip1b, proteína C reactiva PCR, E-Selectina, ICAM, VCAM, MMP9, osteoprotegerina OPG, osteopontina, VEGF, tPA11, eotaxina, IP10, FGF2) y presencia oculta de EAA, en los pacientes citados. Principales variables dependientes: Grosor íntima-media GIM y número de placas carotídeas por ecografía vascular, índice tobillo-brazo ITB y presión del pulso PP, basalmente y evolución al cabo de 24 meses. Variable pronóstica principal: progresión de la EAA durante seguimiento, definida por aumento de GIM medio y/o aumento en el número de placas carotídeas y/o evento CV (letal o no) en los primeros 24 meses. Estudiamos 237 pacientes en DP (51 años edad media, 42% mujeres, 18% diabéticos, permanencia en DP 20 meses al inicio). Estadística mediante pruebas paramétricas y no paramétricas univariantes (categorización por terciles).

Basalmente, el GIM medio fue de 0,66 mm, y el 51,3% de los pacientes tenía al menos una placa carotídea (media 2,1). El GIM medio aumentó en el 57,5%, y el número de placas en el 54% de los pacientes con exploración basal y a 24 meses. Once pacientes (4,6%) presentaron algún evento cardiovascular, y 76 (32,1%) cumplieron criterio de variable pronóstica principal. Ciento quince pacientes (48,5%) no completaron seguimiento por recibir un trasplante renal.

La presencia de placas basales se asoció con niveles más elevados de OPG (p<0,0005), MMP9 (p=0,030) y PCR (p=0,001), y el GIM basal mostró asociación directa con niveles de OPG (p<0,0005) y tPA11 (p<0,0005). También ITB (p=0,025) y PP (p=0,048) basales mostraron correlación con niveles de OPG. De todos los marcadores escrutados, solo PCR (p=0,012) resultó predictiva de la variable resultado principal. MMP9 (p=0,012), mcp3 (p=0,009) y PCR (p=0,017) mostraron asociación con mayor riesgo de aparición de nuevas placas carotídeas a lo largo del seguimiento.

Los biomarcadores de riesgo CV tienen, en general, una pobre capacidad predictiva de EAA y de su progresión a medio plazo, en pacientes asintomáticos en DP. OPG muestra la mejor correlación con EAA prevalente, pero no con su progresión.

22 IMPLICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LA MEMBRANA PERITONEAL EN PACIENTES TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL

O. RAMIL-GÓMEZ¹, JA. FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ², A. RODRÍGUEZ-CARMONA², M. PÉREZ-FONTÁN², L. HERMIDA-CARBALLO¹, T. FERREIRO-HERMIDA², MJ. LÓPEZ-ARMADA¹

¹GRUPO DE INVESTIGACIÓN ENVEJECIMIENTO E INFLAMACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA/²INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA A CORUÑA (A CORUÑA/ESPAÑA); ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA (A CORUÑA/ESPAÑA)

Introducción: La transición epitelio-mesenquimal (TEM) que determina el fallo adquirido de ultrafiltración en pacientes sometidos a diálisis peritoneal (DP) asocia con un proceso de estrés oxidativo donde la mitocondria podría desempeñar un papel principal. Las estrategias terapéuticas con compuestos antioxidantes pueden mejorar la actividad mitocondrial protegiendo de la TEM.

Objetivos: (1) Valorar en células mesoteliales humanas si la TEM está relacionada con el estrés oxidativo mitocondrial. (2) Determinar el efecto de la disfunción mitocondrial sobre el grado de inflamación en células mesoteliales humanas; así como (3) el posible efecto protector del antioxidante natural resveratrol sobre la respuesta inflamatoria y la TEM.

Material y Método: La producción ex vivo de especies reactivas de oxígeno (ROS) mitocondriales y el potencial de membrana mitocondrial se cuantificó en mesoteliales del efluente de 66 pacientes sometidos a DP empleando mitoSOX y tetrametilrodamina metil ester, respectivamente, mediante citometría de flujo. La disfunción mitocondrial se indujo empleando oligomicina y paraquat. La IL-1b y el TGFb1 se utilizaron como inductores de inflamación y TEM, respectivamente, evaluándose el efecto protector del resveratrol sobre dichos procesos. La expresión de los mediadores inflamatorios (COX-2 e IL-8) y marcadores de TEM (fibronectina y E-cadherina) se evaluó mediante RT-PCR y Western-blot.

Resultados: Las células mesoteliales procedentes del efluente peritoneal de pacientes en DP se clasificaron, según su fenotipo, en epiteliales (n=52) y fibroblastos (n=14). Los resultados ex vivo muestran que se produce un aumento significativo (p<0,05) de ROS mitocondriales en células con morfología mesenquimal frente a las que presentan morfología epitelial (9,60 ± 1,58 vs 7,68 ± 0,75); además de una pérdida de potencial de membrana mitocondrial (210,3 ± 13,9 vs 263,8 ± 12,2). Los estudios in vitro sugieren que la disfunción mitocondrial agrava la respuesta inflamatoria inducida por IL-1b en células mesoteliales y que la preincubación con resveratrol protege del desarrollo de la respuesta inflamatoria; así como de la pérdida del marcador epitelial E-cadherina e incremento del marcador mesenquimal fibronectina, cuando las células fueron incubadas con TGFb1. Resultados similares se obtuvieron en células de omento cuando se estudió específicamente el papel de ROS mitocondriales empleando el secuestrador selectivo de ROS mitocondriales mitoTEMPO.

Conclusiones: Los resultados sugieren la implicación de la mitocondria en la respuesta inflamatoria y TEM que pueden sufrir las células mesoteliales peritoneales en pacientes tratados con DP. La aplicación de medidas antioxidantes puede ser eficaz en el control de los cambios patológicos que determinan el fallo de membrana peritoneal.

23 IMPACTO DE LA OBESIDAD Y LAS VARIACIONES DEL IMC EN PACIENTES EN DP

M. QUERO¹, II. RAMA¹, E. ARCOS¹, J. COMAS², M. HUESO¹, DI. SANDOVAL¹, JM. CRUZADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVISTA (BARCELONA); ²REGISTRO DEL ENFERMO RENAL DE CATALUÑA. OCATT (BARCELONA)

Introducción: Algunos estudios revelan que el aumento del índice de masa corporal (IMC) se asocia con una disminución de la mortalidad en los pacientes en hemodiálisis. Sin embargo, pocos estudios han abordado la asociación entre el IMC y sus variaciones con la diálisis peritoneal (DP).

Material y métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo, que pretende evaluar el impacto de la obesidad en pacientes en DP, utilizando datos del Registro de pacientes renales de Cataluña con inicio de técnica en el período 2002-2015 (n=1573). Se excluyeron 41 por no disponer de IMC. La obesidad se definió como IMC > 30; bajo peso como IMC < 18,5; rango normal como IMC 18,5-24,99; y pre-obesidad como BMI 25-29,99. Se calcularon variaciones del IMC durante el seguimiento en todos los grupos. Las principales variables evaluadas fueron la tasa de peritonitis y la supervivencia de la técnica y del paciente.

Resultados: Se observó obesidad en 307 de 1532 pacientes (20%) en el momento de inicio de DP. No había diferencias en el sexo o la modalidad de DP, siendo más añoso el grupo obesidad (65,9% de obesos >55 años frente a 59,9% no-obesos p=0,003) y presentando mayor porcentaje de DM y enfermedad cardiovascular (47,9% obesos frente a 25,1% y 41,7% en obesos frente a 31,5% respectivamente).

A un seguimiento a 5 años, observamos mejor KTV en el grupo infrapeso durante el segundo y tercer año y en el grupo obesidad durante el segundo año, que no se mantuvo a largo plazo y que presentó tendencia a KTV inferior respecto el resto de grupos al quinto año de seguimiento. El grupo obesidad precisó menor volumen nocturno el primer año (7.19 vs 8.09L), no encontrándose diferencias posteriormente.

Presentaron tendencia a mayor supervivencia de la técnica pacientes obesos, pero a expensas de menor porcentaje de trasplante (37.1 vs 46.3% p=0,058) y mayor transferencia a HD (32,2% obesos y 26,5% no-obesos (p=0,058)).

La obesidad no se relacionó con menor supervivencia del paciente y las variaciones de IMC no representaron alteraciones de mortalidad en ningún grupo.

Conclusiones: A pesar de que no observamos clara relación entre obesidad y riesgo de peritonitis o supervivencia del paciente, destaca tendencia a disminución en la tasa de trasplante renal en pacientes obesos. Por otro lado, los pacientes obesos presentan más DM y más enfermedades cardiovasculares, lo que indica que presentarán mayor riesgo en periodo posterior (trasplante) y sugiere que un periodo de seguimiento mayor podría relacionarse con mayor morbi-mortalidad.

24 INFLUENCIA DE LA PAUTA DE DIÁLISIS PERITONEAL EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES Y DE LA PROPIA TÉCNICA.

C. ULLOA CLAVIJO¹, A.C. ANDRADE LÓPEZ², E. ASTUDILLO CORTÉS¹, AL. VALENCIA PELÁEZ³, C. MERINO BUENO¹, B. PELÁEZ REQUEJO¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ²

¹UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO);²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID); ³UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. REDINREN (OVIEDO)

La finalidad de cualquier tratamiento es intentar alargar la vida del paciente proporcionando la mayor calidad posible. La Diálisis Peritoneal (DP) es una modalidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS) que aporta numerosas ventajas. Icodextrina se usa como agente osmótico alternativo a la glucosa y adecuado como intercambio diario de larga permanencia. Existen controversias sobre el papel de la pauta de DP en la supervivencia de la técnica y del paciente en esta modalidad de TRS.

Objetivos: Conocer la influencia de las diferentes pautas de DP sobre la supervivencia de la técnica y del paciente en una amplia cohorte de pacientes en DP.

Material y métodos: Revisión sistemática de la evolución de todos los pacientes en programa de DP en un único centro durante un periodo de 10 años (2008-2017). Se analizaron variables demográficas, clínicas y relacionadas con la técnica. La comorbilidad se registró mediante el índice de Charlson. La decisión de usar la técnica manual (DPCA) o automática (DPA) recaía en el propio paciente según su preferencia, aunque por diferentes razones, los nefrólogos podían aconsejar una modalidad u otra. La decisión de emplear o no soluciones con Icodextrina recaía en los médicos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 531 pacientes (61±15 años, 68% varones, 35% diabéticos, 45% DPA) con un tiempo medio de seguimiento de 24±23 meses. Más de la mitad de los pacientes (54%) tenían prescrita una pauta de diálisis con un intercambio diario de larga permanencia con Icodextrina (66% de los pacientes en DPCA y 40% de los pacientes en DPA). Durante el seguimiento se trasplantaron 180 pacientes (34,2%); 71 pacientes (13,5%) fueron transferidos a Hemodiálisis por diferentes causas y 151 (28,7%) fallecieron. Ni el uso de Icodextrina ni el empleo de DPA tuvieron influencia en la supervivencia de la técnica. Sin embargo, el uso de Icodextrina sí se asoció de forma independiente a una mejor supervivencia del paciente (HR 0.499, 95%IC 0.331-0.752, P:0.001). Otros factores implicados en la supervivencia fueron edad (HR 1.025, 95%IC 1.009-1.041, P:0.002) y comorbilidad (HR 1.208, 95%IC 1.097-1.331, P<0.001). De forma global, la pauta de diálisis no influyó en la supervivencia de los pacientes, pero aquellos en DPA con Icodextrina, sobrevivieron más que el resto (HR 0,831, 95%IC 0,769-0,956, P:0.026).

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan la tesis de que el empleo de soluciones de DP con Icodextrina y el empleo de DPA pueden tener un efecto beneficioso sobre la supervivencia del paciente en diálisis, junto a la edad y la comorbilidad. Probablemente existan otros factores no registrados que también impacten sobre la supervivencia de técnica y paciente.

25 ¿UNA ULTRAFILTRACIÓN INFERIOR A 400 ML EN EL PET 3.86%-4H-2L INDICA SIEMPRE FALLO DE MEMBRANA?

V. PEREZ DIAZ¹

¹DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID (VALLADOLID / ESPAÑA)

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

Grupo multicéntrico PIPDPcyl para el fomento del estudio de la presión intraperitoneal en diálisis peritoneal.

Introducción: La presión intraperitoneal(PIP) elevada reduce la UF en DP. Se acepta que este efecto se puede contrarrestar aumentando la concentración de glucosa. Sin embargo, con 2.27% en 2h la disminución de la UF por la PIP sigue siendo clínicamente significativa para el 40% de los pacientes. Su efecto se evidencia también si disminuimos el volumen de infusión (y con ello la PIP): los pacientes que ya tenían PIP bajas disminuirán la UF pero los que tenían PIP elevadas la aumentan. Sin embargo la PIP no se considera a la hora del diagnóstico del fallo de UF por defecto de membrana(FM), que se asume automáticamente cuando, tras descartar otras causas reversibles, se encuentra en el PET 3.86%/4h/2L una UF inferior a 400mL. Presentamos aquí resultados preliminares que sugieren que en el PET 3.86%/4h/2L la PIP influye significativamente en la UF obtenida y pudiera condicionar algún falso positivo en el diagnóstico del FM.

Métodos: A 58 pacientes no seleccionados, estables en DP (41 hombres) de 61±12 años, de 5 hospitales, les realizamos 2 PET 3.86%/4h separados por 3-8 días, uno con 2L (PET2L) y el otro con 1L (PET1L) en orden aleatorio. Recogimos los parámetros usuales y además medimos la PIP con abdomen vacío y lleno al principio y final de cada PET, interponiendo un equipo de medida de presión venosa entre el catéter y la bolsa de diálisis.Resultados: La UF obtenida correlacionó negativamente con la D/Pcreatinina (PET1L: r=-0.508, p=0.001; PET2L: r=-0.198, pNS), pero también lo hizo con la PIP (PET1L: r=-0.299, p=0.025; PET2L: r=-0.255, p=0.056). 10 pacientes obtuvieron en el PET2L UF inferior a 400 mL (FM) y 48 pacientes UF superior a 400 mL (NOFM). Los 10 pacientes FM tuvieron PIP significativamente más elevada que los 48 pacientes NOFM (PIP vacío: 9,8±1,6 vs 7,7±3,0cmH2O, p=0.0298 y PIP 2L: 15,1±2,3 vs 11,8±3,5cmH2O, p=0.0067), sin diferencias en el D/Purea (0.89±0.05vs0.93±0.05, pNS), D/Pcreatinina (0.70±0.06vs0.67±0.10, pNS) y D/D0glucosa (0.33±0.19vs0.29±0.10, pNS). Además, cuando disminuimos el VIP realizando el PET1L, los pacientes NOFM disminuyeron significativamente la UF de 813±242 a 523±263mL, p=0.0011, mientras que los FM no la disminuyeron e incluso tendieron a aumentarla de 246±87 a 328±139mL aunque sin alcanzar significación estadística (p=0.13).

Conclusión: Estos resultados preliminares indicarían que la PIP influye en la UF del PET estándar con 3.86%/4h/2L. Este efecto pudiera condicionar falsos positivos en el diagnóstico de fallo de UF por defecto de membrana peritoneal.

26 SALIDA DE PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL EN LOS PRIMEROS TRES MESES DE TRATAMIENTO

I. JUAN GARCÍA¹, IM. GONZÁLEZ RICO¹, A. MUIJSBERG ALCALÁ¹, J. CASAS TODOLÍ¹, A. PÉREZ YS¹, E. GIMÉNEZ CIVERA¹, MJ. PUCHADES MONTESA¹, A. SOLDEVILA², C. GÓMEZ ROLDÁN¹, JL. GÓRRIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA);²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE (VALENCIA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA)

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

GRUPO LEVANTE DE DIÁLISIS PERITONEAL

Introducción: La salida muy precoz (primeros 3 meses) de tratamiento con diálisis peritoneal (DP) es un tema importante que merece atención y que puede plantear dudas sobre la correcta indicación en determinados pacientes.

Objetivo: valorar los casos de abandono de la técnica de DP en los 3 primeros meses en un grupo amplio de pacientes (registro multicéntrico) analizando las causas e intentando encontrar factores de riesgo.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo observacional sobre una población de pacientes incidentes en programa de DP examinando las características de los que han salido de programa en los 3 primeros meses. Recogemos datos demográficos, nefropatía causal, comorbilidad, tratamiento anterior con HD o trasplante, tipo de catéter implantado, tiempo hasta la salida de programa y causa de la misma. Posteriormente buscamos factores de riesgo mediante análisis multivariante.

Resultados: Entre mayo 1983 y diciembre 2016 iniciaron DP 3875 pacientes de los que 5.9% (230 pacientes) abandonan la técnica en los primeros 3 meses. (138 hombres y 92 mujeres, edad media de 54 años). La nefropatía más frecuente fue la glomerular con 56 pacientes diabéticos. El catéter más usado en estos pacientes fue el autoposicionado en 125 casos. 12 pacientes habían estado previamente en HD. Las principales causas de salida precoz fueron muerte (58 pacientes, 25.2%), trasplante (43 pacientes, 18.7%) y paso a hemodiálisis (114 pacientes, 49.6%), con el resto (15 pacientes) que salieron por recuperación de la función renal. La causa más frecuente de fallecimiento fue cardiovascular (34 pacientes, 58.6%) seguida de la infecciosa (14 pacientes, 24%). La fuga de líquido peritoneal incluyendo hidrotórax fue la causa más frecuente de paso a HD (29 pacientes, 25.4%), seguida de peritonitis (16 pacientes) y disfunción del catéter (13 pacientes). No encontramos factores de riesgo claros de salida precoz de programa en el análisis multivariante.

Conclusiones: Un número no despreciable de pacientes abandonan muy pronto el tratamiento con DP. En ellos la causa no se debe al efecto de la terapia sino más bien a comorbilidad o aspectos relacionados con el catéter peritoneal. La principal causa de salida muy temprana de DP es el fallecimiento, sobre todo por causa cardiovascular, seguida del trasplante y de problemas relacionados con la implantación del catéter (fugas y disfunción de catéter). Si queremos mejorar los resultados de nuestros programas de DP debemos analizar las causas de abandono de la técnica, sobre todo las muy precoces intentando optimizar los cuidados en los primeros meses.

27 LA DIÁLISIS PERITONEAL ES UNA TÉCNICA SEGURA EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

L. DE LA VARA INIESTA¹, C. GÓMEZ ROLDÁN¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA)

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

Grupo Levante de Diálisis Peritoneal

Introducción: Durante años, los pacientes con Poliquistosis Renal (PQR) fueron una contraindicación parcial para la Diálisis Peritoneal (DP), por un riesgo mayor de hernias abdominales y fugas peritoneales, existiendo todavía cierto escepticismo por algunos nefrólogos.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico. Se incluyeron 3288 pacientes que recibieron DP entre Enero-1992 y Diciembre-2015. Se analizaron enfermos afectados de PQR y se compararon con pacientes sin esta patología (No-PQR).

Resultados: De 3288 pacientes, 269(8,18%) presentaban PQR. 52,04%(140) varones, edad media 53,49±11,95 años. El 75,46% procedían de ERCA, 20,44% de hemodiálisis, 2,60% de trasplante. El motivo de inclusión más frecuente en DP fue la elección del enfermo (78,06%), seguido de problemas de acceso vascular (15,98%), cardiopatía isquémica (3,71%) y mala tolerancia a hemodiálisis (1,15%). Actualmente, el 35,68% están trasplantados, 28,99% en hemodiálisis, 25,27% activos y 10,03% han fallecido. Los motivos más frecuentes de transferencia a hemodiálisis fueron: peritonitis recidivantes, mal manejo de volumen e inadecuada eficacia dialítica. Destacaba la escasa incidencia de hernias (1,9%) y fugas (1,5%), similar a los pacientes No-PQR (1% y 1,9% respectivamente), en contra de lo que refiere la literatura.

Dividimos a los pacientes en dos periodos (1992-2003 y 2004-2015), objetivando que el porcentaje de hernias y de fugas peritoneales ha disminuido con los años, siendo menor en la última década. Esto podría ser debido al mayor conocimiento de la enfermedad, al seguimiento estrecho y a la posibilidad de individualización de la técnica, que nos ha permitido adelantarnos a las complicaciones adheridas a esta patología, haciendo la DP una técnica segura para estos enfermos. Al comparar PQR frente a No-PQR en el análisis multivariante, objetivamos que los poliquísticos presentan menor Índice de Charlson al inicio de la técnica (3,40 vs 4,47), mayor frecuencia de trasplante (35,68% VS 28,95%) y menor mortalidad (9,29% vs 21,66%). Destaca la etiología infecciosa como primera causa de mortalidad en poliquísticos frente a la cardiovascular en No-PQR. No observamos diferencias en función renal residual, adecuación dialítica, peritonitis, transferencia a hemodiálisis ni ingresos.

Conclusiones: La DP en pacientes con PQR no sólo ha sido posible, sino también exitosa, con resultados similares a otros enfermos. Esto demuestra que es un tratamiento eficaz y seguro en estos pacientes y, por ende, deben recibir información acerca de sus beneficios, riesgos y limitaciones. Destaca como hallazgo de interés, la mejora en la prevención de complicaciones mecánicas derivadas de la técnica y hasta ahora consideradas más frecuentes en estos pacientes.

Resúmenes

Dialísis peritoneal

28 VARIACIONES EN LA COMPOSICION CORPORAL DURANTE EL PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO CON DIALISIS PERITONEAL (DP). CORRELACION CON FACTORES CLINICOS Y SIGNIFICADO PRONOSTICO

Rodríguez-Carmona¹, A. López Iglesias¹, P. Otero Alonso¹, L. García Gago¹, T. Ferreiro Hermida¹, L. Bravo González-Blas¹, T. García Falcón¹, M. Pérez Fontán¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA)

La monitorización de la composición corporal (bioimpedancia) detecta variaciones en masa magra/grasa y estado de hidratación en DP. Analizamos prospectivamente composición corporal (peso, índice de masa corporal IMC, masas magra LTI y grasa FTI normalizadas, sobrehidratación, sobrehidratación/agua extracelular SH/AEC, y agua extra/intracelular AEC/AIC) durante el primer año en DP, marcadores clínicos potenciales de las variaciones en este período (edad, sexo, diabetes, albúmina, PCR, modalidad de DP, transporte peritoneal, capacidad de ultrafiltración CapUF, filtrado glomerular GFR, carga peritoneal de glucosa), y significado pronóstico (mortalidad) de las citadas variaciones. Estudiamos 134 pacientes incidentes con >12 meses de seguimiento (media 27) (edad 60,8, 64,2% varones, 34,3% diabéticos). Estadística: t de Student (pareados), ANOVA, pruebas no paramétricas y Kaplan Meier.

Basalmente, GFR (p<0,05), CapUF (p<0,025) y albúmina (p<0,001) mostraban correlación inversa, y edad (p<0,05), diabetes (p<0,001) y D/P creatinina (p<0,03) directa, con AEC/AIC y SH/AEC. LTI basal fue mayor en varones (p=0,001), mostrando relación directa con carga de glucosa (p=0,02), GFR (p=0,002) y albúmina (p=0,001), e inversa con AEC/AIC, SH/AEC (p<0,001) y edad (p=0,01). FTI fue mayor en mujeres (p=0,036) y en ancianos (p=0,004), mostrando relación inversa con CapUF (p=0,04).

Durante el primer año de tratamiento aumentaron peso (73,8/75,0 Kg, p=0,004) y FTI (13,6/14,5 Kg/m2, p=0,002), se mantuvo estable LTI (p=0,34) y disminuyeron sobrehidratación (1,22/0,58 L, p<0,0005), SH/AEC (0,06/0,03, p<0,001) y AEC/AIC (0,94/0,91, p=0,016). No detectamos marcadores consistentes de variación ponderal. Mostraron tendencia a aumentar AEC/AIC los que presentaban basalmente menor AEC/AIC (p=0,006) y edad (p=0,045), y mayor LTI (p=0,034), y los que presentaban menor GFR evolutivo (p=0,03). Solo mayor LTI basal predecía aumento de LTI durante el primer año (p=0,028). El único marcador de aumento evolutivo de FTI fue una mala preservación de GFR (p=0,033).

El análisis de supervivencia mostró que mayor AEC/AIC (p=0,002), pero no peso, LTI o FTI basales, asociaba mayor mortalidad. No observamos relación entre variaciones en AEC/AIC, SH/AEC, FTI o LTI durante el primer año y mortalidad ulterior.

Los pacientes incidentes en DP muestran aumento de masa corporal durante el primer año de tratamiento, relacionado con aumento de adiposidad, mientras que la sobrehidratación inicial tiende a corregirse, y la masa magra permanece estable. Transporte peritoneal (CapUF y D/P creatinina) y GFR muestran asociación con composición corporal basal, y GFR con su evolución temporal. La sobrehidratación al inicio de DP asocia mortalidad, pero las variaciones de composición corporal durante el primer año no tienen impacto claro sobre el riesgo de mortalidad ulterior.

29 CRECIMIENTO DE LA DIALISIS PERITONEAL TRAS EL USO CONTINUADO (35 MESES) DE HERRAMIENTAS PARA LA AYUDA A LA TOMA DE DECISION

Marrón¹, F. Pereira², J. Ostrowski³, M. Török⁴, D. Timofte⁵, M. Roesch⁶, C. Martín⁷, A. Orosz⁸, D. Munteanu⁹, J. Hegbrant¹⁰

¹HOME THERAPIES. DIAVERUM (MADRID/ ESPAÑA), ²CORPORATE HEALTH ECONOMICS. DIAVERUM (MADRID/ESPAÑA), ³WLOCLAWEK CLINIC. DIAVERUM (WLOCLAWEK/POLONIA), ⁴ROKUS CLINIC. DIAVERUM (BUDAPEST/HUNGRIA), ⁵SEMA CLINIC. DIAVERUM (BUCAREST/RUMANIA), ⁶SCHLANKREYE CLINIC. DIAVERUM (HAMBURGO/ALEMANIA), ⁷BARRACAS CLINIC. DIAVERUM (BUENOS AIRES/ ARGENTINA), ⁸BAJCSY CLINIC. DIAVERUM (BUDAPEST/ HUNGRIA), ⁹FUNDENI CLINIC. DIAVERUM (BUCAREST/ RUMANIA), ¹⁰MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (Lund/ Suecia)

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

En nombre del Grupo de Dialísis Peritoneal - HATD (Diaverum, 5 países)

Introducción: Las herramientas de Ayuda a la Toma de decisión (HATD) para la elección de modalidad, son el método más eficaz para evitar una información sub-óptima.

Objetivos: Analizar la implantación de un proceso sistemático de información por HATD y su impacto en la modalidad de elección del paciente (pt.) y en la adscripción a un tipo de diálisis.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, abierto 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: evaluación de valores, información a través de distintos materiales, apoyo en la deliberación y elección final. Los resultados se muestran en porcentajes en relación al número de pacientes que han alcanzado una determinada fase de evaluación.

Resultados: 1934 pt. (edad media 61) de 49 clínicas en Polonia (PL), Rumanía (RO), Hungría (HU), Alemania (DE) y Argentina (AR) precisaron recibir información en modalidades entre 8/2014 y 6/2017. Análisis: 1/7/2017. Contraindicación para DP: 29%. 1377 pt. (edad media 60) eran aptos para PD/HD (44% interesados hacia una modalidad domiciliaria). La referencia precoz (≥3m. en la clínica): 52%. La información fue ofertada por información escrita (97% de pt.), DVD: 19-37% (salvo AR,3%) y las visitas a HD/PD en 40-76% (salvo DE,16%). Un 82% de familiares participaron en el proceso. La elección de DP (33%) varió entre países: 12% (RO, 12 cl.), 28% (PL, 19 cl.), 37% (HU, 10 cl.), 66% (DE, 7 cl.) y 94% (AR, 1 cl.). En los pt. que iniciaron diálisis (n=781), la DP fue la modalidad definitiva en el 29% (8% tras inicio NP); 9% (RO), 27% (PL), 35% (HU), 55% (DE) y 88% (AR).

Conclusiones: El uso de HATD facilita las decisiones compartidas, pero con distinto impacto según países. La tercera parte de los pt. aptos para ambas modalidades fueron adscritos a un programa de DP.

30 LA MAYOR ELECCION E INCIDENCIA DE DIALISIS PERITONEAL CON EL USO DE HERRAMIENTAS PARA LA AYUDA A LA TOMA DE DECISION PUDIERA LIMITARSE A LOS CENTROS MAS EXPERIMENTADOS EN LA TECNICA

B. Marrón¹, C. Martín², J. Ostrowski³, M. Török⁴, D. Timofte⁵, M. Roesch⁶, I. de León-Ponce de León⁷, P. Kochman⁸, D. Munteanu⁹, J. Hegbrant¹⁰

¹HOME THERAPIES. DIAVERUM (MADRID/ ESPAÑA), ²BARRACAS CLINIC. DIAVERUM (BUENOS AIRES/ ARGENTINA), ³WLOCLAWEK CLINIC. DIAVERUM (WLOCLAWEK/POLONIA), ⁴ROKUS CLINIC. DIAVERUM (BUDAPEST/HUNGRIA), ⁵SEMA CLINIC. DIAVERUM (BUCAREST/RUMANIA), ⁶SCHLANKREYE CLINIC. DIAVERUM (HAMBURGO/ALEMANIA), ⁷ESTADISTICA E IT. DIAVERUM (MADRID/ESPAÑA), ⁸WLOCLAWEK CLINIC. DIAVERUM (WLOCLAWEK/POLONIA), ⁹FUNDENI CLINIC. DIAVERUM (BUCAREST/RUMANIA), ¹⁰MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (LUND/SUECIA)

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

En nombre del Grupo de Dialísis Peritoneal - HATD (Diaverum, 5 países)

Introducción: Las herramientas de Ayuda a la Toma de decisión (HATD) para la elección de modalidad se consideran hoy los métodos más eficaces para evitar procesos de información sub-óptimos y su uso favorece el crecimiento de la diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, otros factores confundentes pudieran estar involucrados en la incidencia final de DP con su uso.

Objetivos: Analizar en un contexto internacional, el impacto en la elección e incidencia de DP con el uso de HATD, así como, su relación con la "masa crítica de pacientes prevalentes tratados" por centro.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, abierto e internacional. El uso de HATD incluyó a todos los pacientes ERCA 4-5 y/o aquellos 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. Los resultados finales se relacionaron comparativamente con la población prevalente de DP por clínica/año, siendo el punto de corte clínicas ≥ 15 vs. clínicas con 0-14 pacientes/año.

Resultados: 1934 pacientes de 49 clínicas en Polonia (987 pt., 19 cl.), Hungría (338 pt., 10 cl.), Rumanía (311 pt., 12 cl.), Alemania (259 pt., 7 cl.), y Argentina (39 pt., 1 cl.), precisaron información en modalidades entre agosto del 2014 y junio 2017. Evaluación: 1/7/2017. Hubo grandes diferencias en la elección e incidencia de DP entre centros con más experiencia (55%; 49%) y menos experiencia en DP (14%; 12%).

Conclusiones: Las HATD facilitan el empoderamiento de los pacientes, pero su impacto sobre la elección y adscripción a DP podría verse limitado en relación a la experiencia en DP del centro. La mejor comprensión de las posibles relaciones causa-efecto puede ayudar a aumentar la implantación de la DP.

Tabla 1. Resultados 1/1/2017

	Total	Clínicas 0-14 pts	Clínicas ≥ 15 pts	P valor
Clinicas (n)	49	34	15	
Total n=	1934	1138	796	
Edad media (a.)	61.2	64.7	59.8	0.02
PD contraindicada (%)	29	37	18	0.00
Candidatos HD/PD (n=)	1377	717	652	
Edad media (a.)	60.2	63.1	59.4	0.00
Referencia precoz (>3m.) %	52	47	57	0.15
Uso del kit HATD (%)	93	94	92	0.57
Pt. Orientados a tto domiciliario (%)	44	27	63	0.00
Elección DP (%)	33	14	55	0.00
DP 1º sesión (%)	21	9	34	0.00
DP TRS crónico (%)	29	12	49	0.00

31 UNA MONITORIZACION Y EVALUACION CONTINUA DEL "DROP OUT" Y DE LA CALIDAD EN UNA RED ASISTENCIAL LATINOAMERICANA, INCREMENTA LOS RESULTADOS GLOBALES EN DIALISIS PERITONEAL

Marrón¹, G. Moretta², C. Martín³, A. Teper⁴, L. Albarracín⁵, D. Pérez⁶, A. Pacheco⁷, S. Sánchez⁸, M. Capdevilla⁹, J. Hegbrant¹⁰

¹HOME THERAPIES. DIAVERUM (MADRID/ ESPAÑA), ²DP LATAM.. DIAVERUM (BUENOS AIRES/ARGENTINA), ³BARRACAS CLINIC. DIAVERUM (BUENOS AIRES/ARGENTINA), ⁴SANTA FE CLINIC. DIAVERUM (SANTA FE/ARGENTINA), ⁵JOSÉ C. PAZ CLINIC. DIAVERUM (BUENOS AIRES/ARGENTINA), ⁶SEINE CLINIC. DIAVERUM (MONTEVIDEO/URUGUAY), ⁷MEDICAL OFFICE CHILE. DIAVERUM (SANTIAGO DE CHILE/ CHILE), ⁸TUCUMÁN CLINIC. DIAVERUM (TUCUMÁN/ARGENTINA), ⁹CÓRDOBA CLINIC. DIAVERUM (CÓRDOBA/ARGENTINA), ¹⁰MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (LUND/SUECIA)

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

En nombre del Grupo de DP-Diaverum-Latinoamérica (3 países).

Introducción: Algunas referencias precedentes de centros aislados, muestran como planes específicos de implementación (ej. para peritonitis) podrían mejorar los resultados en diálisis peritoneal (DP) y así, frenar el gran "turnover" anual de pacientes.

Objetivo: Analizar en el seno de una red de clínicas latinoamericanas, las pérdidas anuales de pacientes en DP (drop out, DO) y sus causas, entre 2015-2017. 2. Evaluación comparativa de resultados durante el periodo.

Métodos: Registro prospectivo, observacional, realizado en 3 países latinoamericanos [Argentina (11 clínicas), Chile (2 cl.), Uruguay (2 cl.)] durante 3 años. CL no registró en 2016. Se monitorizaron mensualmente a todos los pacientes incidentes y prevalentes durante el periodo, así como, el DO positivo (trasplante (TX) y recuperación de la función renal residual (FRR)) y DO negativo [paso a HD (por peritonitis, problemas en el oficio de salida o en el catéter, fallo de ultrafiltración, falta de adecuación u otros), transferencia a otros centros y mortalidad]. Aquellas causas potencialmente controlables (transferencia a HD y a otros centros) se presentan como DO controlable. Los resultados se indican como resultados/paciente en riesgo/año (PTr).

Resultados: Ver tabla. Todos los resultados mejoraron, mostrando una reducción progresiva del DO total, del DO controlable, de la mortalidad (cardiovascular e infecciosa) y de la transferencia a HD. Positivamente, las salidas por TX se incrementaron.

Conclusiones: La monitorización anual del DO y la actuación sobre causas específicas (con planes de implementación por procesos individualizados por clínica/país) han permitido obtener una mejora llamativa de los resultados en DP para nuestra institución en Latinoamérica, con una reducción de la mortalidad y una mejor supervida en la técnica.

Tabla	2015	2016	2017
Total treatate pt. (n)	417	481	515
Pt. 1º day-year (n)	282	335	360
Annual Incident pt.	135	150	155
Annual Drop out pt. (n)	120	125	116
PTr (pt. at risk)	289,5	347,5	379,5
Total drop out %	41,5%	36,0%	30,6%
Positive drop out	6,6%	5,8%	9,7%
RRF recovery	0,0%	0,9%	0,5%
Transplant	6,2%	4,9%	7,9%
Transfers within institution	0,3%	0,0%	1,3%
Negative drop out	34,9%	30,2%	20,8%
Deaths	16,6%	12,4%	11,9%
Cardiovascular	10,7%	6,6%	4,7%
Peritonitis and/or exit site infection	1,4%	0,3%	0,3%
Other causes	N/D	N/D	N/D
Transfer to others	3,1%	4,3%	2,4%
Transfer to HD	13,8%	12,1%	6,6%
Peritonitis/Exit site	8,6%	6,3%	2,1%
Catheter problems (mechanical)	1,0%	2,3%	1,8%
Other causes	N/D	N/D	N/D
Other Drop out reasons	1,4%	1,4%	0,0%
Controlable drop out	18,3%	17,8%	9,0%
N/D	Datos no incluidos en abstract		

32 CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN UNA RED INTERNACIONAL DE CLÍNICAS DE DIÁLISIS PERITONEAL

B. MARRÓN¹, C. MARTÍN², D. TIMOFFE³, M. ROESCH⁴, M. TÖRÖK⁵, J. OSTROWSKI⁶, D. PÉREZ⁷, E. FABRICIUS⁸, R. GELFMAN⁹, J. HEGBRANT⁹

¹HOME THERAPIES. DIAVERUM (MADRID/ ESPAÑA), ²BARRACAS CLINIC. DIAVERUM (BUENOS AIRES/ ARGENTINA), ³SCHLANKREYE CLINIC. DIAVERUM (HAMBURGO/ALEMANIA), ⁴ROKUS CLINIC. DIAVERUM (BUDAPEST/HUNGRIA), ⁵WLOCLAWEK CLINIC. DIAVERUM (WLOCLAWEK/POLONIA), ⁶SEINE CLINIC. DIAVERUM (MONTEVIDEO/URUGUAY), ⁷VISBY CLINIC. DIAVERUM (VISBY/SUECIA), ⁸LA MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (BUENOS AIRES/ARGENTINA), ⁹MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (LUND/ SUECIA)

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

en nombre del Grupo de Diálisis Peritoneal (7 países)

Introducción: La práctica de la diálisis peritoneal (DP) no es universalmente homogénea, las referencias de práctica clínica se extraen de poblaciones pequeñas y los indicadores de calidad y objetivos (targets), son frecuentemente extrapolados de poblaciones en hemodiálisis o con enfermedad renal crónica (ERC) grado 4-5.

Objetivo: Evaluar el grado de cumplimiento de varios indicadores de calidad (ICs) en el primer año de seguimiento, tras la re-definición y estandarización de nuevos ICs en una red internacional de clínicas de DP.

Métodos: Se revisaron todas las guías de ERC 4-5 en lengua española e inglesa, tras lo cual se re-definieron nuevos estándares de calidad y objetivos. Un total de doce ICs (entre otros) se consideraron relevantes (ver tabla). Análisis descriptivo retrospectivo.

Resultados: Un total de 858 pacientes (82% de la población total de DP) de 8 países [Argentina (AR), Rumania (RO), Alemania (DE), Hungría (HU), Polonia (PL), Uruguay (UR), Chile (CL, 19 pt.) y Suecia (SE)] se registraron en el 2017. Demográficos: edad media: 54, hombres: 51.5%, diabetes: 18.4%, Índice de Charlson: 4.4, abdomen seco: 26%, tiempo media en DP 41.7m. y CAPD: 75%. Los resultados de cumplimiento (con la excepción de CL cuyos datos fueron incompletos) se muestran en la tabla.

Conclusiones: Existió una gran variabilidad en el grado de cumplimiento de los ICs entre los países, que posiblemente sea el reflejo de la existencia de distintos modelos sanitarios y/o de reembolso y/o de acceso a la medicación. En general, más del 75% de los pacientes alcanzaron los objetivos de: Kt/V total semanal, de eliminación diaria de líquido, de presión arterial media y de niveles séricos de albumina y potasio. Esta gran serie puede ayudar a entender la práctica de la DP en distintos contextos internacionales.

2017	AR	RO	DE	HU	PL	UR	SE
Total patients	228	189	127	111	106	75	3
1 Total weekly Kt/V ≥ 1.7 (including anurics)	71.6	75.5	91.1	91.3	76	81.4	66.7
2 24 h fluid removal [24 h residual diuresis +24 h ultrafiltration]: ≥750 ml/day (including anurics)	88.1	94.8	96.2	98.4	96.8	75.7	100
3 Albumin ≥35 g/L	73.3	73.3	80	81.5	72.3	82.2	118.2
4 nPNA ≥ 0.8 g/kg/day	77.7	54.3	71.7	66.6	67.5	80.1	83.3
5 Serum K: 3.5-5.5 mEq/L	77.7	77.7	84.5	89.7	85.7	81.7	87.5
6 Serum bicarbonate: 24-28 mEq/L	40.7	28.5	33.3	25.7	50.9	16.7	55.6
7 Serum phosphorus: 2.5-5.5 mg/dl	64.5	72.2	57.3	70.1	58.6	61.3	56.8
8 Serum calcium: 8.6-10 mg/dl	66.5	68.5	64.7	53.8	67.6	59.9	70.5
9 Intact parathyroid hormone: >100-600 pg/ml	67.2	63.4	80.3	65.9	57	53.2	68.4
10 Hb: 10-12 g/dl (all patients)	49.5	34.3	59.1	57.6	55.8	46.2	79.5
11 Serum ferritin: 100-500 ng/ml	48.8	50	63.8	56.6	57.6	65.9	68.4
12 Mean arterial blood pressure < 105 mm.Hg	80.4	86.7	71.3	72.9	70.1	79.5	90.9
Total score	806	779	853	830	816	784	846
others							
13 Hb: 10-12 g/dl (ESA treated)	53.2	71.2	65.3	68.7	58.3	44.1	81.4
14 Hb: >12 g/dl (non-ESA treated)	57.2	51.6	42.1	74.4	42.8	37.8	100

34 ROL DEL TRANSPORTE PERITONEAL DEL FÓSFORO EN LA ADECUACIÓN DE LA PAUTA DE DIÁLISIS PERITONEAL PARA OPTIMIZACIÓN DE LA HIPERFOSFOREMIA

M. XIPELL FONT¹, E. GUILLEN², C. CARBONELL MUÑOZ², N. TAURITANO³, A. MAYORDOMO⁴, D. BONACHE¹, R. OJEDA¹, LM. RODAS¹, F. MADUPELLI¹, M. VERA¹

¹DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA), ²DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO DE SALAMANCA (SALAMANCA), ³DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO (ROSARIO, ARGENTINA)

Introducción: La razón D/P-Creatinina (DP-Cr) obtenida por el test de equilibrio peritoneal (TEP) es el parámetro más extendido para caracterizar el tipo de transporte de la membrana peritoneal, determinando su valor la pauta de diálisis. Se ha sugerido que la ultrafiltración influye en la depuración, por lo que guiar la ultrafiltración por el D/P-Fósforo (DP-P) en lugar del DP-Cr pudiera tener algún valor añadido en el manejo de la hiperfosforemia. El objetivo de este trabajo es establecer si existe correlación entre DP-P y DP-Cr, y si estos se relacionan con el aclaramiento de estos solutos.

Materiales y métodos: análisis descriptivo retrospectivo de los TEPs realizados durante los años 2016-2017 en nuestro centro, excluyendo los episodios de peritonitis. Se calculó DP-Cr, DP-P y, en los pacientes que aportaron el día de la prueba muestra de efluente de 24h, se analizó también Kt/V-Urea semanal, y aclaramiento de creatinina y fósforo peritoneal. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba t-Student para datos independientes y el coeficiente de correlación de Pearson utilizándose el programa SPSS Statistical Package versión 23 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) y estableciéndose un nivel de significación de p < 0,05.

Resultados: se analizaron un total de 68 TEPs realizados en 54 pacientes, edad media 60.48 (DE 17), 69% varones y 31% mujeres. La media de fósforo plasmático (P), DP-Cr y DP-P fueron respectivamente de 4.5 mg/dl (DE 1.2), 0.74 (DE 0.12) y 0.71 (DE 0.17). El coeficiente de correlación DP-P/DP-Cr evidenció una relación significativa (r = 0.84, p<0.001), que se mantuvo al analizar los pacientes según los niveles de fósforo: DP-P/DP-Cr con P

Conclusiones: La buena correlación entre DP-P y DP-Cr sugiere que ambas mediciones podrían ser útiles para clasificar el tipo de transporte peritoneal. Sin embargo, si bien los pacientes con mayor DP-P tenían mejor control de la hiperfosforemia, sugiriendo una relación positiva directa entre DP-P y AclP, en nuestros datos no se objetivó correlación entre ambos parámetros.

33 IMPACTO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA

MA. MUNAR¹, S. JIMENEZ², C. MAS³, M. MASSOT³, MF. RAMIS³, J. PONS³, S. CABELLO¹, A. GRAU³

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA), ³CARDIOLOGIA. HOSPITAL SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA)

Introducción: La supervivencia media en pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria (ICr) sometidos a tratamiento médico convencional es del 50% a los 6 meses y tan sólo del 25% al año de seguimiento. La introducción de estos pacientes en programa de diálisis peritoneal (DP) se ha asociado con beneficios en relación a la supervivencia.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, de datos propios de 51 pacientes consecutivos con ICr. Periodo de inclusión: Diciembre/2013 - Enero/2018.

Se evaluó la supervivencia mediante análisis de supervivencia acumulada de Kaplan-Meier. Se evaluaron el número de ingresos hospitalarios y el tiempo de estancia hospitalaria.

Además, se evaluaron los cambios a nivel de ecocardiografía.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes. Sexo: 37(75%) varones. Edad media de 70 años. La mortalidad global durante los 4 años de seguimiento fue del 45 % (23 pacientes), de los cuales 14(60%) padecían cardiopatía de causa isquémica. Presentaron la siguiente clase funcional según la NYHA: estadio II: 21%, estadio III: 73%, estadio IV: 6%. El grado de afectación renal según formula CKD-EPI: estadio 2: 2%, estadio 3: 37%, estadio 4: 49%, y estadio 5: 12%. La evolución ecocardiográfica no mostró cambios significativos (FEV1 41% pre-DP vs 41% post-DP, P > 0,05).

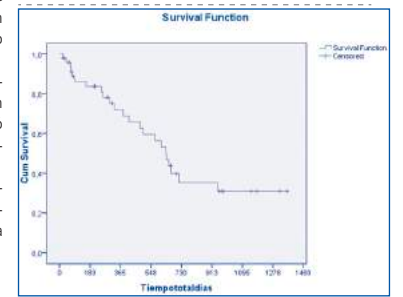
La curva de supervivencia acumulada de Kaplan-Meier (describe un modelo cuadrático) indicó que la mediana de supervivencia fue de 2 años. Al año de seguimiento la supervivencia fue del 75%; a los 6 meses la supervivencia fue de 80%.

El número de ingresos totales por causa de ICC descompensada en el año previo a la DP fue de 77 y al año siguiente se redujo a 26. Se corresponden a estos ingresos un número de días de hospitalización antes de iniciar DP de 1.979. En el año postiniciación DP 288 días.

Conclusiones: La entrada en el programa de DP mejoró el pronóstico en pacientes con ICr. Además, se asoció a una disminución de las tasas de hospitalización.

El beneficio de la DP sobre la mortalidad en pacientes con ICr fue independiente de la afectación cardiaca evaluado por ecocardiografía.

Gráfico 1.



35 ¿SON LAS PREOCUPACIONES DE LOS PACIENTES LAS MISMAS QUE LAS NUESTRAS?

E. ASTUDILLO CORTÉS¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ², LF. MORÁN FERNÁNDEZ², B. PELÁEZ REQUEJO¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, R. FERNÁNDEZ DÍAZ¹, M. NUÑEZ MORAL¹, A. QUINTANA FERNÁNDEZ¹, I. GONZÁLEZ DÍAZ¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

Introducción: Las encuestas en el ámbito sanitario se utilizan, fundamentalmente, para conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento, con el trato que reciben o para conocer posibles opciones de mejora de los procesos. En el ámbito de la diálisis peritoneal (DP) en numerosas ocasiones no coinciden los problemas que nos preocupan a los médicos (eficacia, sobrehidratación hiperparatiroidismo...) con los que perciben los propios pacientes.

Objetivo: conocer las principales preocupaciones a las que se enfrenta un paciente en programa de DP según su perspectiva.

Materiales y métodos: Usamos un cuestionario con 26 preguntas relacionadas con quejas y comentarios que habitualmente refieren los pacientes durante el entrenamiento de DP o revisiones. Con cuestiones relacionadas con la información recibida en la etapa prediálisis, complicaciones relacionadas con la colocación del catéter o con la propia técnica, interferencia con las actividades de la vida diaria, ansiedad, seguridad y con la organización de la Sección de DP de nuestro Centro. Cada pregunta tenía 5 posibles opciones de respuesta, desde el valor 1: "puntuación más negativa", hasta el valor 5: "puntuación más positiva". Entre Julio -Septiembre de 2.017 se invitó a participar a todos los pacientes de nuestra Unidad de DP en esta encuesta anónima. Excluimos pacientes en programa de ultrafiltración peritoneal por Insuficiencia cardiaca refractaria a diuréticos.

Resultados: 91 pacientes (64 ±18 años, 80% varones). Un paciente rechazó hacer cuestionario. Principales quejas (puntuaciones más bajas en la pregunta): problemas para viajar (2.9±1.6),interferencia con su ocio (3.4±1.5), alteraciones del sueño (3.7±1.3), sexualidad (3.7±1.4), uso de laxantes (3.7±1.5) y problemas para el aseo diario (en fase de cicatrización tras la colocación del catéter) (3.8±1.2). No reflejaron problemas en relación al servicio de transporte del material ni el volumen del mismo; tampoco con los desplazamientos al Hospital, la calidad y el tiempo de la enseñanza, la dieta ni el disconfort abdominal. Más de la mitad presentaban algún grado de ansiedad los primeros días tras el inicio del tratamiento dialítico en el domicilio y a 2 tercios les resultaba muy interesante que las cicladoras estuvieran conectadas al Hospital.

Conclusiones: En no pocas ocasiones las preocupaciones que refieren los pacientes no son las mismas que nos preocupan a los médicos. Es necesario acercarse a esas dificultades, con frecuencia paramédicas, que condicionan una disminución de la calidad de vida o del grado de satisfacción con la técnica de diálisis, para implementar medidas que puedan subsanarlas.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

36 EL BALANCE DE CALCIO EN LA DIÁLISIS PERITONEAL: ES UN PROBLEMA O NO?

J. SANTOS¹, RA. SILVA¹, AR. VICENTE¹, D. FIEL¹, R. AGUIAR¹, I. SANTOS¹, M. AMOEDO¹, C. PIRES¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL ESPIRITO SANTO ÉVORA (ÉVORA / PORTUGAL)

Introducción: El reconocimiento del calcio (Ca) como un inductor importante de la calcificación vascular en la enfermedad renal crónica ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, la evaluación del balance de calcio en diálisis peritoneal (DP) se vuelve extremadamente compleja porque está influenciada por múltiples factores, como por ejemplo la dieta, los fármacos, tipo y cantidad de las soluciones de DP o la diuresis residual. El objetivo de este estudio fue evaluar el balance de calcio en DP considerando el papel del balance transperitoneal y la excreción urinaria.

Método: Estudio transversal que incluyó pacientes hace más de 3 meses en programa crónico de DPCA y sin eventos médicos agudos en las 6 semanas previas. Todos los pacientes utilizaron soluciones con glucosa de baja concentración en Ca (1,25 mmol/L) y la mayoría utilizaron soluciones con icodextrina y aminoácidos (1,75 mmol/L). El Ca en el dialisante fue medido a través de una muestra representativa de las 24 horas previas a la determinación analítica del Ca sérico y urinario. El calcio total infundido y drenado fue calculado y así determinado su balance. Analizadas variables clínicas y analíticas con influencia en balance de Ca.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 54 pacientes, con una edad media de 51 ± 12 años, un 53% de hombres y un 17% de diabéticos, con un tiempo promedio en DP de 42 ± 24 meses. En la fecha de la evaluación, 12 pacientes (22%) eran anúricos mientras que un 44% (24 pacientes) todavía conservaban una diuresis residual > 1L / día. La mayoría de los pacientes (34, 63%) presentó un balance de calcio transperitoneal positivo (14 ± 49 mg/día [-177 a 136]). Cuando se incluyó la excreción urinaria la distribución fue equitativa y el balance medio casi nulo (1,6 ± 55 mg/día [-177 a 129]). Se ajustó un modelo lineal múltiple que revela una influencia negativa importante en el balance de calcio, de la ultrafiltración peritoneal (UFp), de la diuresis residual (DR) y del calcio sérico (sCa), no siendo influenciado por otras variables (y = 421 - 6,9.UFp - 3,0.DR - 34.sCa; r = 0,66, p < 0,001). No se encontraron diferencias significativas en el balance de calcio con grupos específicos de pacientes, como anúricos, diabéticos o aquellos con dos bolsas de icodextrina.

Conclusiones: Nuestro estudio revela que la mayoría de los pacientes presentan un balance de calcio casi neutro, siendo este influenciado principalmente por la remoción de líquidos y calcio sérico, por lo que la mejor estrategia de manejo será controlar estos factores.

37 REINTRODUCCIÓN DE LA DIÁLISIS PERITONEAL TRAS LA RETIRADA DEL CATETER POR PERITONITIS COMPLICADA

MC. CHEDIAK TERÁN¹, E. CHACÓN WAINWRIGHT¹, E. LÓPEZ MELERO¹, RH. SOSA BARRIOS¹, V. BURGUEIRA VION¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, ME. RIVERA GORRIN¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El reinicio de la diálisis peritoneal (DP) tras una peritonitis que obliga a retirar el catéter peritoneal (CP) es improbable y ha sido poco estudiado.

Objetivo: Determinar la posibilidad de reanudar la DP tras peritonitis con retirada del CP y analizar la evolución de los pacientes que reinician la técnica.

Pacientes y Métodos: Del total de peritonitis (1996-2017) analizamos retrospectivamente las que necesitaran la retirada del CP e identificamos los casos en los que fue posible reimplantarlo. Comparamos los pacientes que reiniciaron (Grupo 1) con aquellos que no reiniciaron la DP (Grupo2).

Resultados: De un total de 284 episodios de peritonitis, se retiró el CP en 48 pacientes (16,9%); de éstos 18 (37,5%) reiniciaron y 30 (62,5%) no reiniciaron la DP.

El tiempo en DP previo a la retirada del CP fue de 24,5 meses (14,2-40) y la mediana de peritonitis previas de 2 (1-3). Las causas de retirada fueron peritonitis recidivante, recurrente, refractaria, fúngica, por micobacterias, polimicrobiana o asociada a infección refractaria del orificio-túnel. Se aisló: S. Aureus 20,8% (n=10), Cándida 18,8% (n=9), P. Aeruginosa 14,6% (n=7), otros bacilos Gram negativos 20,8% (n=10), polimicrobiana 8,3% (n=4), micobacterias 6,3% (n=3), otros Gram positivos 4,2% (n=2) y ninguno 6,3% (n=3).

Grupo 1 (n=18): 89,9% (n=16) fueron hombres, la mediana de edad fue 53 años (44 - 64) y el índice de Charlson de 4 (2 - 6). Tras el reinicio exitoso, los pacientes se mantuvieron en DP durante una mediana de 14,1 meses (4 - 69).

Grupo 2 (n=30): 60% (n=18) fueron hombres, la mediana de edad fue 64 años (48 - 76) y el índice de Charlson de 6 (4 - 8). Las causas de no reimplantación fueron: exitus por peritonitis 16,7% (n=5), trasplante renal 6,7% (n=2) y transferencia definitiva a hemodiálisis 76,6% (n=23), la cual fue por razones no médicas en un 47,8% (n=11); destacando el miedo a otras peritonitis 10,4% (n=5), decisión familiar 36,3% (n=4) o dependencia social 18,2% (n=2).

El grupo que reinició la DP fue más joven (p=0,041), tuvo una mayor proporción de hombres (p=0,049) y un menor índice de Charlson (p=0,045). No encontramos diferencias significativas entre grupos para el resto de las características clínicas, de diálisis ni infecciosas.

Conclusiones: Tras la retirada del CP por complicaciones infecciosas es posible reanudar la DP pero una alta proporción de pacientes no reinician la técnica por causas no médicas, predominando el miedo a otras peritonitis y la decisión familiar.

38 DIÁLISIS PERITONEAL EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL.

M. HERNANDEZ-PEREZ¹, M. MOREIRAS-PLAZA¹, N. AZCARATE-RAMIREZ¹, F. FERNANDEZ-FLEMING¹, W. NÁJERA-DE-LA-GARZA¹, E. MARTINEZ-CORONA¹, S. SANTANA-ROMERO¹, C. CARAMES-FEIJOO¹, M. ALONSO-SUAREZ¹, JM. LAMAS-BARREIRO¹
¹NEFROLOGÍA. H. ALVARO CUNQUEIRO (VIGO/ESPAÑA)

Introducción: La Diálisis Peritoneal (DP) suele estar infrutilizada en pacientes con Poliquistosis Renal (PQ) por la supuesta mayor frecuencia de complicaciones atribuibles a la enfermedad, como consecuencia del menor espacio intraabdominal o por las infecciones secundarias a diverticulitis. En este estudio quisimos evaluar la evolución de los pacientes PQ incluidos en nuestro programa de Diálisis Peritoneal.

Pacientes y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con PQ que iniciaron Diálisis Peritoneal en nuestro Centro desde Enero de 2000 hasta Diciembre de 2015. Se analizaron: Características demográficas, parámetros clínicos, comorbilidad, características de la diálisis e incidencia de complicaciones asociadas a la Diálisis Peritoneal. También se analizaron los pacientes nefrectomizados y trasplantados. Comparamos nuestros resultados con la evidencia científica actual.

Resultados: Durante el periodo analizado iniciaron DP en nuestro Centro 130 pacientes, de los cuales 25 (19,2%) eran poliquísticos. Los volúmenes empleados tanto en CAPD como en DPA fueron similares a los utilizados en pacientes sin PQ. Se detectaron hernias abdominales en casi un 60% de los pacientes, bien en la valoración pre-implantación del catéter o durante la permanencia en diálisis. En la gran mayoría de los casos pudieron ser reparadas y se pudo continuar con la técnica. Se realizó nefrectomía pretrasplante en el 28% de los pacientes, y sólo uno de ellos abandonó la técnica de DP por este motivo. La principal causa de paso permanente a Hemodiálisis (HD) fue la adecuación de dosis de diálisis. Sólo un caso de hernia abdominal, y dos de peritonitis recidivantes motivaron el abandono por causa atribuible a la poliquistosis.

Conclusiones: - La DP y HD son modalidades de tratamiento dialítico igual de válidas para pacientes con PQ. La técnica recomendada para pacientes PQ en DP es la DPA automatizada, porque los volúmenes son mejor tolerados. - El mayor riesgo de hernias no contraindica DP, ni su reparación impide el proseguir con la técnica. - La nefrectomía de riñón nativo (previa o durante la inclusión en DP) pretrasplante por razones de espacio abdominal no tiene por qué suponer el abandono de la técnica de DP.

Tabla.

RESULTADOS PACIENTES PQ EN DP	
TOTAL PACIENTES PQ	25
SEXO (M/F)	16 (64,0%) / 9 (36,0%)
EDAD (años)	66,4 (38-78)
COMORBILIDAD	
HTA	2 (8%)
DM	21 (84%)
PARAMETROS CLÍNICOS	
DIURESIS RESIDUAL (ml/día)	158 (0-2600)
ACLARAMIENTO INICIO (ml/min)	10,9 (3,7-20)
TAMAÑO RENAL (cm)	10,97 (10-30,3)
CAUSAS DE FIN DE LA DIÁLISIS	
TÉCNICA (CAPD/DP)	14/11
Nº CICLOS (CAPD/DP)	3,44/5
VOLUMEN GEL (ml) (CAPD/DP)	2090/2133,3
KTV	1,93 (1,6-2,7)
PET	
ALTO TRANSPORTADOR	30%
MEDIO BAJO TRANSPORTADOR	10%
BAJO TRANSPORTADOR	60%
DURACIÓN DE DP (meses)	29,78 (7-72)
CAUSAS DE FIN DE DP	
TRASPLANTE	13 (52,0%)
FINSO A HD	9 (36,0%)
EXITUS	3 (12,0%)
INDICACIÓN NFX	7 (28%)
INDICACIÓN NFX	
AMPLIAR ESPACIO	6 (88%)
ITU RECURRENTE (1,14%)	1 (14%)
TRIS POSTNFX (n=7)	
HD FUENTE	4 (57,14%)
HD PERMANENTE	1 (14%)
DP	2 (28,57%)
TRASPLANTADOS	18 (72%)
NFX + TX	4 (16%)
TIEMPO DESDE NFX HASTA TX (meses)	7,1 (0,6-12)
COMPLICACIONES	
DEL CATETER	
Ablatamiento	2
Obstrucción	1
Desplazamiento	1
FUGAS	0 (0%)
HERNIAS	8 (32%)
INJURIA UMBILICAL	10 (40%)
OTRAS	2 (8%)
PACIENTES CON PERITONITIS	14 (56%)
EPISODIOS DE PERITONITIS (n=38)	
GRAM +	26 (72,22%)
GRAM -	10 (27,77%)
DIVERTICULITIS	5%

39 FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

LR. RIVERA CHAVEZ¹, CP. PÉREZ MELÓN¹, MC. CAMBA CARIDE¹, EN. NOVOA FERNANDEZ¹, AI. IGLESIAS FERNEIRO¹, EI. IGLESIAS LAMAS¹, MB. BORRAJO PROL¹, BF. FERREIRO FERNANDEZ¹, AO. OTERO FERNANDEZ¹, CP. PEREZ MELON¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE (OURENSE); ²NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE (OURENSE)

Introducción: El aumento de presión intraperitoneal (PIP) en pacientes en diálisis peritoneal (DP) podría ser responsable de alteraciones en la función pulmonar.

Objetivos: Valorar:

- PIP basal en pacientes en DP (sin líquido de diálisis (LD))(PIP2) y su aumento, tras infusión de LD (PIP1)

-Parámetros espirométricos (E) en pacientes en DP con y sin LD

-Correlación entre cambios en PIP y cambios en E

Materiales y métodos: Medición de PIP1 con máximo volumen de infusión, tras la infusión de LD, y realización de E1. Vaciamiento de cavidad abdominal y determinación de PIP2 Y E2

Resultados: 37 pacientes en DP, uno descartado por segunda espirometría no válida. El 77,1% varones, el 51,4% diabéticos y el 5,7% padecían poliquistosis renal; edad media de 62,34 años (41-83), tiempo en diálisis 22,6 meses (2-123), talla 1,66cm (151-177), peso 76,71kg (49,4-104) e índice de masa corporal (IMC) 27,94 (20,05-37). EL volumen medio de infusión para E1 fue 2137 ml (2000-2700). volumen LD ajustado para la superficie corporal, (vol/SC) fue de 1181 ml(947-1571). La media de PIP1 fue de 18,7mm h2O(11-24) y la PIP 2 fue de 14,72 (8-22).

Los valores de las espirometrías y las diferencias entre ambas se muestran en la tabla 1.

Se observaron diferencias significativas entre PIP1 y peso, IMC y SC, no así con la talla, sexo, edad y tiempo en diálisis

A mayor diferencia entre PIP1 Y PIP2 se encontró tendencia a mayor diferencia entre ambas espirometrías sin significación estadística. Tras la infusión de LD aumentó el porcentaje de pacientes con patrón restrictivo de 11,4% (sin LD) A 20% (con LD)

Conclusiones: -En nuestra muestra se objetiva tendencia, sin significación estadística, a mayor repercusión pulmonar con PIP elevada, La DP ejercería un efecto restrictivo extraparenquimatoso sobre la capacidad pulmonar aunque con poca repercusión clínica-

Tabla 1.

	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	p-valor
FVC1	97,27	91,50	20,32	65,8	138,7	<0,001
FVC2	102,81	96,25	20,10	69,0	143,7	
FEV1	62,59	60,40	21,38	52,2	152,0	<0,001
FEV2	66,36	58,20	21,42	51,8	151,0	
FEV1/FVC	75,31	75,40	7,48	58,06	91,04	0,062
FEV1/FVC2	74,46	74,38	7,17	59,96	87,56	
MMEF1	57,41	54,20	30,59	15,7	153,0	0,189
MMEF2	61,24	66,00	29,08	13,2	125,0	
PEF1	83,91	86,50	26,84	7,4	132,8	0,784
PEF2	85,29	86,05	29,33	7,7	157,0	
FEF 25.1	84,41	81,20	25,09	35,0	131,7	0,248
FEF25.2	86,13	96,15	31,22	34,6	173,5	
FEF50.1	69,71	68,00	33,88	18,7	161,0	0,040
FEF50.2	73,92	79,00	32,33	13,8	151,0	
FEF75.1	50,80	40,20	35,89	13,0	158,0	0,501
FEF75.2	52,92	51,65	32,26	13,2	151,0	

40 SÍNDROME METABÓLICO (SM) Y SU INFLUENCIA EN LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL (FRR) EN PACIENTES INCIDENTES NO DIABÉTICOS EN DP

JM. RUFINO HERNANDEZ¹, A. MARQUEZ CORBELLA¹, MJ. RODRIGUEZ GAMBOA¹, D. ALVAREZ SOSA¹, S. GARCIA REBOLLO¹, A. TORRES RAMIREZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNICVERSITARIO DE CANARIAS (ESPAÑA)

Para la preservación de la FRR en DP se aconseja evitar el uso de fármacos nefrotóxicos, situaciones de depleción de volumen, contrastes yodados, utilizar IECA/ARA-II y soluciones biocompatibles entre otros, pero escasamente se menciona el tratamiento del SM como una herramienta más para preservar la FRR en DP.

Objetivos: estudiar la incidencia y evolución del SM en pacientes no DM incidentes en DP y su influencia en la FRR.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes noDM incidentes en DP desde Mayo de 2010 hasta Agosto de 2017, seguimiento medio: 16 meses. Recogimos: edad, sexo, etiología de la ERC, peritonitis, I. Charlson, bioquímica basal y al sexto mes, cinética, FRR y pauta de DP. Criterios de SM de las guías ALAD 2010. Estadística: T de student, Chi-cuadrado, prueba T para muestras relacionadas, correlación de Pearson, regresión de Cox.

Resultados: 41 pacientes noDM, de 53,4±3,9 años, 68,3% varones; 29,3% PQR; 23% GNC; 19,5% NI; 14,6% NAE; 7,3% No fillada; 2,4% sistémica; 4,9% otras. Soluciones DP: fisioneal 1,36% 100%; extraneal 97%; nutrineal 76%; fisioneal 2,27% 7,3%. El 95% tomaba estatinas, 82% IECA-ARA-II, 65% alopurinol, 95% diuréticos; 40% antiagregantes; 12,5% fibratos. Seguimiento medio 16,4±8,3 m (6-39). Al inicio, 5 de los 41 pacientes tenían criterios de SM, pero, al final del seguimiento, 3 de ellos ya no lo mostraban y 6 pacientes desarrollaron SM "de novo". De forma significativa, los pacientes con SM "de novo" presentaban mayor caída de FRR: 4,2±8,2 ml/min vs 0,3±4,3 ml/min (p=0,051) y mayor descenso en ml/min/mes: 0,70±1,37 vs -0,05±0,58 ml/min/mes (p=0,055), aun partiendo de un GFR mayor (14,6±8,3 vs 8,9±4,3, p=0,01), sin diferencias en la proteinuria basal. Además, los pacientes con SM al sexto mes tenían ya basalmente mayor TG (163,4±58,2 vs 115,8±30,2 mg/dl), menor HDL-colesterol (44,8±8,2 vs 56,7±18,1 mg/dl) y mayor péptido C (11,3±4,8 vs 6,1 ±3,1 ng/ml) que los que no lo presentaban (todos p<0,03). No hubo diferencia en cuanto a peritonitis, éxitus (solo1) o cinética. Destaca la correlación entre TG basales y caída de la FRR (ml/min/mes) (r= -0,46, p=0,003), al igual que el GFR basal (r= -0,54, p=0,0001). En el análisis de Cox, los TG basales mayor de 150 mg/dl conferían un riesgo de pérdida de FRR precoz significativo (Exp beta 2,67 (IC 1,07-6,6, p=0,03), ajustando para varios factores.

Conclusiones: El SM puede aparecer en DP en los primeros meses tras iniciar la técnica y se asocia con una mayor pérdida de FRR, especialmente la hipertrigliceridemia basal mayor de 150 mg/dl. Las medidas encaminadas a prevenir el SM podrían incrementar la supervivencia de la técnica al preservar mejor la FRR. Estos resultados deben ser tomados con cautela dado el número reducido de la muestra, pero podrían ser la base para realizar estudios a mayor escala.

41 FRAGILIDAD EN ANCIANOS AÑOSOS

A. SASTRE LOPEZ¹, S. MARIÑO¹, C. BARNES¹, V. BARCIA¹, C. LUCAS¹, E. MONFA¹, J. STEFAN¹, B. DE LEON¹, B. LINARES¹, M. PRIETO VELASCO¹

¹NEFROLOGIA. CAULE (LEÓN/ESPAÑA)

Introducción: La población anciana es una de las más vulnerables respecto a la depresión, fragilidad, soledad y enfermedad. El objetivo del estudio fue estudiar a nuestros pacientes mayores de 80 años, en este sentido.

Material y método: Estudiamos a todos los pacientes prevalentes mayores de 80 años, de nuestra unidad de diálisis peritoneal en el periodo del 1 septiembre de 2016 al 31 de septiembre de 2017. Revisamos las variables edad, sexo, presencia de diabetes, modalidad de diálisis, tipo de transporte, Ktv, hidratación por bioimpedancia, el índice de comorbilidad de Charlson, la escala de Barthel, de depresión de Yesavage, la fragilidad de Frail y la calidad de vida SF-12. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cualitativas en medias± DE.

Resultados: Un total de 12 pacientes mayores de 80 años, 25% mujeres, 50% diabéticos, 75 % en DPCA, 75% rápidos transportadores, 58% precisa ayuda o vive institucionalizado, 50 % son vulnerables o tienen algún grado de fragilidad, 33.3 % de depresión. Tabla 1

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes mayores de 80 años, realizan DPCA, el 58% precisa ayuda, con adecuados parámetros de adecuación e hidratación, sólo el 50% son vulnerables o frágiles, la mayoría no tienen depresión y gozan de buena calidad de vida, a pesar de su alta comorbilidad apenas tienen dependencia.

Tabla	
N	12
Charlson	8,6±2,4
Barthel	80,8±3,2
Calidad de vida	33±9
Vulnerables	25,00%
Frágiles	25,00%
Depresión	33,30%
Precisa ayuda	58,00%
KTV	2,3±0,3
OH (I)	0,35±0,3

42 SOLUCIONES BIOCOMPATIBLES Y PÉRDIDAS PROTEICAS

SASTRE LOPEZ¹, S. MARIÑO¹, C. BARNES¹, V. BARCIA¹, C. LUCAS¹, E. MONFA¹, J. STEFAN¹, B. DE LEON¹, C. ALONSO¹, M. PRIETO VELASCO¹

¹NEFROLOGIA. CAULE (LEÓN/ESPAÑA)

Introducción: Las pérdidas proteicas peritoneales (ppp) se asocian a enfermedad cardiovascular siendo un marcador indirecto de disfunción endotelial. Las ppp pueden producir desnutrición e hipoalbuminemia. También son un marcador de trastorno de poro grande.

El objetivo del estudio fue demostrar en nuestros pacientes que las soluciones biocompatibles previenen las ppp y protegen la membrana peritoneal.

Material y método: Estudiamos en las adecuaciones de nuestros pacientes, las variables: volumen de diálisis, la albuminemia y las proteínas en líquido de diálisis. Comparamos las variables en 2 grupos (antes de uso de soluciones biocompatibles y después). Los resultados se expresan en media± desviación típica y la comparación se hizo con la T de Student de 2 colas para datos independientes. Los valores de p<0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados: En un total de 1984 adecuaciones desde julio de 1996 hasta enero de 2018 estudiamos las variables. 1172 en DPCA, 812 en DPA. La edad media 59.77±17.4 años, la media del volumen de líquido de diálisis fue 11380±6256.67 litros, la albuminemia 3.8±1.5 g/dl, las proteínas en LD 55.7±42.2 mg/dl.

La comparación de las variables en los 2 grupos (tabla1).

Conclusiones: Las ppp son significativamente mayores en los pacientes que usaron soluciones no biocompatibles y por tanto, con mayor riesgo cardiovascular. Sin embargo, no hay diferencia en los niveles de albuminemia.

Los pacientes que utilizaron soluciones biocompatibles tienen unos niveles más elevados de CA 12.5 en LD y por consiguiente, creemos mejor preservada la membrana peritoneal.

Tabla

	No biocompatible (N 962)	Biocompatible (N1022)	p
Volumen LD	11035.5±7153.8	11642.2±4804.9	0,13
Albuminemia	3.8±2.1	3.8±0.4	0,94
Proteínas en LD	76.4±49.2	36.3±20.3	<0,001
Volumen de orina	725.6±1093.1	847.8±765.5	0,95
Edad	59.3±16.9	60.2±17.7	0,13
CA12.5 en LD	15.4±11.3	18.5±13.4	<0,001

43 LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE Y DE LA TÉCNICA EN DIALISIS PERITONEAL PUE- DEN INCREMENTARSE POR LA MONITORIZACION CONTINUA DEL "DROP OUT"

MARRÓN¹, D. TIMOFFE², M. ROESCH³, J. OSTROWSKI⁴, M. TÖRÖK⁵, P. STROUMZA⁶, E. FABRICIUS⁷, A. DILLMAN⁸, F. PEREIRA⁹, J. HEGBRANT¹⁰

¹HOME THERAPIES. DIAVERUM (MADRID/ ESPAÑA), ²SEMA CLINIC. DIAVERUM (BUCAREST/RUMANIA), ³SCHLANKREYE CLINIC. DIAVERUM (HAMBURGO/ALEMANIA), ⁴WLOCLAWEK CLINIC. DIAVERUM (WLO- CLAWEK/POLONIA), ⁵ROKUS CLINIC. DIAVERUM (BUDAPEST/HUNGRIA), ⁶MARSEILLE CLINIC. DIAVERUM (MARSELLA/FRANCIA), ⁷VISBY CLINIC. DIAVERUM (VISBY/SUECIA), ⁸ALTER TWEIG CLINIC. DIAVERUM (HAMBURGO/ ALEMANIA), ⁹CORPORATE HEALTH ECONOMICS. DIAVERUM (MADRID/SPAIN), ¹⁰MEDICAL OFFICE. DIAVERUM (LUND/ SUECIA)

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

En representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).

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 está establecido.

Objetivo: Analizar en una red de clínicas internacionales, las pérdidas anuales de pacientes (pt.) durante 2015-2016 y sus causas. Métodos:

Registro prospectivo, observacional, en 6 países EU [FR, DE, HU, PL, RO, SE] y 3 latinoamericanos [AR, CL, UR].

Solo los países EU con prevalencia >100 pt./año se incluyeron en análisis (RO, DE, PL, HU). Registro mensual de incidentes, prevalentes y DO por: trasplante (TX), recuperación de la función renal residual (FRR), paso a HD (peritonitis, problemas en el orificio de salida o en el catéter, fallo de UF, falta de adecuación u otros), a otros centros y mortalidad. Los resultados se presentan como resultados/pt. en riesgo/año.

Resultados: 565 pt. (372 prevalentes, 193 incidentes) de 47 clínicas en 2015 y 813 (623 prevalentes, 190 incidentes) de 61 cl. en 2016. Crecimiento neto prevalentes +251 pacientes (230 en RO) el 1/1/2016. Resultados 2016 vs.2015: DO total (41% vs. 49%), DO controlable (18.3% vs. 19.1%),TX (5.9% vs. 9.3%), FRR (0.3% vs. 0.5%), otros centros (1.2% vs. 2.9%), mortalidad (14.9% vs. 18.3%) y a HD (14.8% vs. 15.4%). La mortalidad cardiovascular descendió del 50 al 47.6% (n=42) y las peritonitis fatales de 6 a 4.6% (n=4). Causas paso HD en 2016: peritonitis 5%, baja adecuación 2.4%, fallo de UF 2%, catéter 1.7%, burn out 0.3% y otras 3%.

Los resultados mejoraron en todos los países, en DO total y controlable, en mortalidad y en paso a HD. Contrariamente, la FRR disminuyó en todos los países (-PL) y el TX también. PL y DE redujeron su DO controlable al 12%, límite que ya había conseguido previamente HU, 2015. Datos específicos/país no incluidos en abstract.

Conclusiones: La monitorización anual del DO incrementa la calidad y permite realizar comparaciones homogéneas entre los países. La pronta actuación en las causas resultó en un descenso de la mortalidad y de la transferencia a HD.

Resúmenes

Dialísis peritoneal

44 BENEFICIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL (DP) EN EL ESTADO INFLAMATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA

RAMA ARIAS¹, M. QUERO¹, N. LLOBERAS¹, P. FONTOVA¹, C. GONZÁLEZ¹, S. CODINA¹, R. SÁNCHEZ², D. SANDOVAL³, M. HUESO VAL¹, JM. CRUZADO GARRIT¹
¹NEFROLOGÍA. H BELLVITGE (BARCELONA)

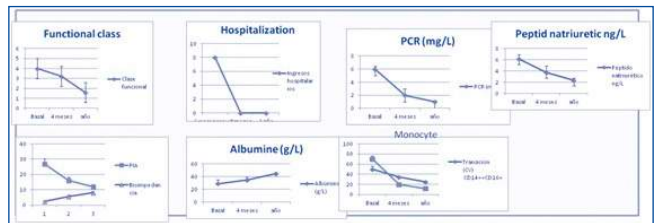
El tratamiento de la rCC con DP tiene un efecto beneficioso más allá del obtenido por la ultrafiltración per se, con una mejora de los parámetros inflamatorios probablemente en relación a una adaptación neurohormonal. En el ámbito de la inflamación, las células dendríticas (DC) son células presentadoras de antígeno, esenciales para la iniciación y mantenimiento de las respuestas innatas y adquiridas, y siendo pues células clave en el estudio de situaciones que implican inflamación y estrés neurohormonal.

El objetivo de este estudio es profundizar en la fisiopatología del beneficio del tratamiento con DP de la rCC mediante el estudio de la inflamación. Se han incluido en programa de DP una serie prospectiva de 5 pacientes con rCC en los que se ha llevado a cabo el análisis fisiopatológico evolutivo mediante el estudio inmuno-inflamatorio pre y post inclusión en DP (basal, a 4 meses y anual), en relación a:

-Estudio de inmunidad innata: Activación o reducción de la maduración de DC así como estudio de la liberación de citoquinas implicadas en respuesta TH1 / TH2 / TH17 y análisis funcional de proliferación linfocitaria después MLR por CFSE. -Evaluación del beneficio de la corrección de la congestión: bioimpedancia y análisis de alteraciones en la presión intraabdominal pre y post tratamiento.

Se objetivó una reducción de la media de ingresos (6 -0). Mejora FEV_i (30 a 40%) y de la PAP (50 a 40mmHg) así como mejora de 2 grados de la Clase Funcional (NYHA). Optimización del estado de congestión por bioimpedancia y presión intraabdominal. Reducción maduración DC de 15% pre a 3% post y de expresión de CD40 (MFI) DC de 1.668,5-666,6, de monócitos CD-14low CD16 + de 25% a 11%, sin cambios en los monócitos CD14 ++ CD16 +. Estos resultados preliminares podrían suponer una base para que surjan nuevos estudios, en ambientes más controlados, que evalúen la eficacia y seguridad de esta técnica en este particular escenario.

Figura.



45 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PAUTAS DE PRESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO REAL EN CICLADORA: OPORTUNIDADES PERDIDAS PARA LA INDIVIDUALIZACIÓN

PORTOLES¹, B. DURA GURPIDE¹, G. DEL PESO², A. CIRUGEDA³, E. LACOPA DIAZ⁴, C. FELIPE FERNANDEZ⁵, A. FERNANDEZ-PERPEÑ⁶, F. TORNERO⁷, A. TATO⁸, P. LOPEZ-SANCHEZ¹

¹NEFROLOGIA. H.U.PUERTA DE HIERRO (MADRID), ²NEFROLOGIA. HU LA PAZ (MADRID), ³NEFROLOGIA. HU INFANTA SOFIA (MADRID), ⁴NEFROLOGIA. HNSEÑORA DE SONSOLES (AVILA), ⁵NEFROLOGIA. H.U.PRINCESA (MADRID), ⁶NEFROLOGIA. HU CLINICO SAN CARLOS (MADRID), ⁷NEFROLOGIA. FUNDACION H ALCORCON (MADRID)

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

Grupo Centro Dialisis Peritoneal / ISCIII RedinRen 16/009/009

Introducción: Diferentes sistemas informáticos acumulan miles de datos de pautas de cicladora (DPA) y parámetros de tratamiento diario real. Esto nos permite no solo un control perfecto del tratamiento individualizado, sino potencialmente la identificación de oportunidades de mejora para todo nuestro sistema. Sin embargo no hay estudios próximos con este enfoque. El grupo de trabajo reúne datos clínicos de más de 2000 pacientes desde 2003 (1/3 en DPA).

Estudio: Observacional retrospectivo de cohorte multicéntrico (7 Unidades) de pacientes tratados con Baxter HomeChoice. Integración bases de datos clínica con Software Renal Soft & Versia®.

Resultados: Analizamos >107.000 tratamientos DPA diarios y prescripciones de 312 pacientes: 50,7 años, 65,5% varones, 23,1% con DM, 13,9% post Tx, 21,9% post HD resto desde ERCA. Los dividimos en: Grupo inicio directo en APD (148 Naïve) y grupo procedentes de DPCA (163 post-DPCA). Los pacientes Naïve son más jóvenes y menos comórbidos con mayor uso de día seco y baja dosis que los post-DPCA (16,6% Tydal; 2%OCPD, 24,8% día seco, resto DPA completa). La pauta habitual era 4 cambios, 2l y uso de Icodextrina® del 85% para Naïve y 5 ciclos, 2 l y 77,8% Icodextrina® para post-DPCA. Los fenotipos de pacientes eran diferentes en ambos grupos. No hubo relación entre Índice IMC y volumen de infusión/cambio o total. El régimen habitual para Tydal reflejaba más problemas de flujo que búsqueda de alta eficacia. El uso de DPA optimizada es testimonial. El tiempo de permanencia real se redujo 12 min/ciclo en 1er mes y hasta 16 min/ciclo en el último. La correspondencia entre lo prescrito y la pauta real fue superior al 95% en 374 de los tratamientos diarios sólo un 9,5 % precisó aumentar significativamente el tiempo total de tratamiento.

Conclusiones: Describimos el perfil de pacientes asociados al uso de DPA, las pautas de uso y estimamos las variaciones en el tratamiento real de nuestra práctica clínica. Estamos perdiendo oportunidades de individualización y de mejora de nuestros procesos de tratamiento con DPA.

Tabla.

	CAPD (n=118)	DPA (n=148)	p-value
Edad (años)	49,7 (16,2)	48,50 (16,4)	<0,001
Sexo (%)	67,8	69,2	0,4
DM (%)	26,8	19,6	0,1
Tratamiento previo (%)	8,8	12,4	0,3
HD previa (%)	22,2	21,4	0,9
ICD (%)	30,8 (16,4)	30,8 (16,4)	0,99
Tiempo (meses)	15,6 (12,7)	15,6 (12,7)	0,9
Tiempo (años)	1,3 (1,1)	1,3 (1,1)	0,98
Presión arterial (mmHg)	133,8 (26,1)	133,8 (26,1)	0,4
Hb (g/dl)	12,1 (2,1)	12,1 (2,1)	0,2
Urea	3,9 (2,8)	3,9 (2,8)	0,38
Índice DP	0,7 (0,2)	0,7 (0,2)	0,9
Índice peritoneal	1,2 (0,4)	1,2 (0,4)	0,9
CCR (ml/min/1,73m ²)	44 (18,4)	44 (18,4)	0,9

	CAPD (n=118)	DPA (n=148)	p-value
Total volumen (L)	11919 (21.024.489)	10817 (21.024.489)	<0,001
Intensidad (ml/min)	10817 (21.024.489)	10817 (21.024.489)	0,99
Intensidad (ml/min/1,73m ²)	10817 (21.024.489)	10817 (21.024.489)	0,99
Presión arterial (mmHg)	133,8 (26,1)	133,8 (26,1)	0,4
Presión arterial (mmHg)	133,8 (26,1)	133,8 (26,1)	0,4
Presión arterial (mmHg)	133,8 (26,1)	133,8 (26,1)	0,4
Presión arterial (mmHg)	133,8 (26,1)	133,8 (26,1)	0,4

46 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA EN DIÁLISIS PERITONEAL

J. PORTOLES¹, JL. MERINO², B. DURA GURPIDE¹, P. LOPEZ-SANCHEZ¹, C. HEVIA³, MJ. FERNANDEZ-REYES⁴, L. SANCHEZ-GARCIA⁵, C. YUSTE⁶, S. SANZ BALLESTEROS⁷, L. MARTIN RODRIGUEZ⁸

¹NEFROLOGIA. H.U.PUERTA DE HIERRO (MADRID), ²NEFROLOGIA. H.U.HENARES (MADRID), ³NEFROLOGIA. H.U. INFANTA SOFIA (MADRID), ⁴NEFROLOGIA. H.G.U. DE SEGOVIA (SEGOVIA), ⁵NEFROLOGIA. H.U.RIO HORTEGA (VALLADOLID), ⁶NEFROLOGIA. H.U.DOCE DE OCTUBRE (MADRID), ⁷NEFROLOGIA. HU CLINICO VALLADOLID (VALLADOLID)

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

Grupo Centro Dialisis Peritoneal / ISCIII RedinRen 16/009/009

Introducción: Las guías recomiendan la feroterapia intravenosa (FeIV) para elevar la Hb y reducir consumo de agentes eritropoyéticos (AES) en pacientes anémicos en diálisis. Sin embargo, no disponemos de ningún estudio específico de uso de hierro carboximaltosa (FCM) en DP. Puede deberse a la dificultad de analizarlo en unidades de pequeño tamaño, o a reticencias de uso basadas en riesgos potenciales o problemas organizativos de administración.

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico (10) que describe pautas de uso, evalúa eficacia y seguridad del FCM en DP. Se analizan datos basales (preFCM), 6 meses y 1 año.

Intervención: Tratamiento según guías y ficha técnica.

Resultados: 61 pacientes (58,7 años; 66,7% varones con FCM en DP, 36 seguimiento >1 año). Tiempo medio en DP al inicio de 15 meses (mediana 3 meses). La mayoría inician directamente FCM (53,7%) por ineficacia de Fe oral (34,14%) y el resto continúa con el Fe IV previo en HD/ERCA (12,2%). El 53,7% inicia de novo y el 34,1% por ineficacia/intolerancia Fe oral. La dosis de carga (1g) se reparte en 1 o 2 visitas. Entre los 2 y 6 meses, la dosis media por paciente es de 375 mg/período y entre los 6 y 12 meses de 530 mg. La frecuencia es una dosis cada 4 meses. Cuando se inicia el tratamiento, déficit parcial en 58,9% y total en 26,3% de casos. Antes del FeIV, sólo el 14,8% cumplían objetivos (IST>20% y Ferritina>200ng/ml) pero a los 2 meses se elevó al 72% y se mantuvo hasta final seguimiento (tabla1). Han finalizado el tratamiento de modo prematuro (>6 meses) por trasplante (2), paso a HD (4), fallecimiento (2) y 2 por causas desconocidas. No se han registrado reacciones de hipersensibilidad ni eventos adversos que lleven a una reducción o retirada del tratamiento.

Conclusiones: La administración de FCM a dosis alta y espaciada se integra bien con el seguimiento de pacientes en DP. El FCM es bien tolerado, mejora la respuesta a AES y es eficaz para conseguir los objetivos de ferrocínica.

Tabla.

	basal	2m	4m	6m	12 meses
N	61	61	61	61	36
Hb g/dl	10,7 (1,2)	11,7 (1,2)	11,7 (1,6)*	11,6 (1,3)*	11,5 (1,3)*
Ferritina mg/ml	210 (144)	395 (218)	409 (228)*	443 (255)*	429 (237)*
IST %	18,5 (7,5)	30,9 (15,5)	32,1 (15,2)*	29,2 (11,9)*	28,0 (11,2)*
Albumina g/dl	3,4 (0,6)	3,4 (0,6)	3,4 (0,6)	3,3 (0,5)	3,5 (0,1)
PCR mg/dl	4,5 (8,9)	5,3 (15,6)	0,9 (0,9)	1,5 (1,4)	7,1
IRE Darbepoietina mes/Hb (µg/g/dl)	6,04			6,23	3,57 *
% Pacientes Obj IST & Ferritina	14,8	72,2 *	80,4 *	79,3 *	81,6 *

*Dosis acumulada FCM recibida en el periodo previo. IRE: dosis mensual previa Darbe (µg)/Hb alcanzada (mg/dl)

47 UTILIDAD DEL FROTIS DE ROTINA DEL ORIFICIO DE SALIDA DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL

CJ. GUZMÁN RUBIANO¹, E. PONZ¹, C. BLASCO¹, E. ROJAS², D. MARQUINA², MJ. GORDO², J. ALMIRALL¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULÍ (SABADELL, BARCELONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULÍ (SABADELL, BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La infección del orificio (IO) aumenta el riesgo de infección peritoneal (IP) y retirada del catéter. Es frecuente realizar frotis del orificio sano (OS) para orientar el tratamiento empírico de IO o tratar colonizaciones.

Objetivo: Conocer la concordancia de colonización del OS por el mismo germen en IO o IP en nuestro enfermos en diálisis peritoneal (DP).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, desde enero-2009 hasta diciembre-2013. Se realizan frotis de OS cada 2-4 meses. Se registra: 1. Frotis OS previo (menor 6 meses) al episodio de IO o IP (negativo, mismo o diferente germen, no disponible). 2. Predominio de frotis OS (SA, Estafilococo plasmocoagulasa negativo (EPCN), Pseudomonas, negativo, variados). Tratamiento con Mupirocina a todos los portadores de SA nasal.

Resultados: Se estudiaron 55 pacientes, de 63 ± 14 años, 78 % varones, Charlson de 8 ± 3, 64 % diabéticos, tiempo medio en DP de 19 ± 13 meses y un total de 1600 meses de riesgo. Un 14,8 % son portadores nasales de SA al inicio y aumenta al 53 % con la evolución. Se realizaron 596 frotis del OS, 23 correspondían a IO (0,17/paciente-año) y 16 a orificios dudosos: 41 % SA, 20,5 % Corynebacterium, 15,5 % Pseudomonas, 10,5 % EPCN, 10 % otros y 2,5 % negativo. Tasa de IP de 0,29/paciente-año. La concordancia con el frotis previo en las IO por SA era del 64 % y para Corynebacterium del 71,4 %. Cuando la IO era por Pseudomonas o EPCN la concordancia era baja. Tampoco hubo concordancia con las IP.

Conclusiones: 1. - Las infecciones del orificio de salida del catéter de DP por SA o Corynebacterium con frecuencia están precedidas por colonización del OS por el mismo germen. 2. - La rentabilidad de realizar frotis de OS cuando no hay colonización por estos gérmenes es baja. 3. - Se necesitan más estudios y de mejor calidad para poder proponer con más firmeza un protocolo de prevención y manejo de este tipo de infecciones.

48 LA COLOCACIÓN PERCUTÁNEA DEL CATÉTER PERITONEAL ES IGUAL DE SEGURA QUE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA. EXPERIENCIA DE OCHO AÑOS EN NUESTRO CENTRO V. DE LA ESPADA PIÑA¹, PL. QUIRÓS GANGA¹, AL. GARCÍA HERRERA¹, MG. SANCHEZ MARQUEZ¹, C. LANCHO NOVILLO¹, V. VEGA², M. TEJUCA MARENCO³, C. REMÓN RODRÍGUEZ¹

¹UCG NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL (CÁDIZ)/ESPAÑA),²S. CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL (CÁDIZ)/ESPAÑA)

Introducción: Las técnicas de colocación del catéter han evolucionado desde cirugía abierta hacia procedimientos mínimamente invasivos.

Presentamos la experiencia de nuestro centro (2010-2017), colocando catéteres mediante cirugía abierta o técnica percutánea, así como el análisis de las diferencias entre ambos grupos.

Objetivos: analizar características basales de nuestros pacientes en DP y establecer si existen diferencias entre las dos técnicas de colocación, tanto en características de los pacientes como en complicaciones.

Materiales y Método: estudio retrospectivo, pacientes incluidos en DP (N=122) (2011- 2017). Variables estudiadas: DM, IMC, cirugía asociada o previa, recolocación catéteres, complicaciones inmediatas y tardías, infecciones relacionadas con el catéter y peritonitis y causas de salida de la técnica. Estadística: medias±ds, frecuencias, chi2, T-student

Resultados: N=122, 68% varones, edad media 59,62 años, procedentes de consulta ERCA (68%). Etiología más frecuente ERC, nefropatía diabética (30,3%), con 45,1% de los pacientes diabéticos.

Catéteres colocados en todo el periodo: 50,8% por nefrólogo (técnica percutánea) (catéter cuello de cisne) y 49,32% por cirujano (catéter Missouri). Localización paramedial siempre.

Frecuencia de colocación por nefrólogo aumenta exponencialmente, desde 17% al inicio del periodo hasta 90,9% en 2017. Datos demográficos (imagen 1), no encontramos diferencias en edad, sexo ni ICM. Encontramos diferencias en DM, cirugías previas y asociadas (mayor en quirúrgicos). En complicaciones, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en causas de salida, retirada del catéter, complicaciones inmediatas ni tardías. En las infecciones, no hubo diferencias en IOS/ tunelitis, pero encontramos mayor número de peritonitis en grupo quirúrgico.

Conclusión: Hemos aumentado significativamente la proporción de catéter colocados percutáneos, sin haber encontrado diferencias en complicaciones tras la implantación mediante cirugía abierta o técnica percutánea. Es especialmente deseable la existencia de un equipo específico para la implantación del catéter peritoneal, de manera que cuando éste tiene la experiencia adecuada no existen diferencias entre las técnicas de implantación.

Imagen 1

	NEFROLOGO	CIRUJANO	p
Edad	57,30	61,30	N.S.
IMC	31,30	29,00	N.S.
DM	29%	61,7%	N.S.
Cirugía previa	1,6%	18,3%	p<0,01
Cirugía asociada	0%	38,2%	p<0,01
CAUSAS DE SALIDA			
			N.S.
Muerte	18%	43,2%	
Trasplante	58%	42,2%	
Trasfusión HD	28%	17,6%	
Recolocación catéter	11,3%	8,5%	
COMPLICACIONES INMEDIATAS			
			N.S.
Méjora	90,3%	95,4%	
Méjoración	0%	3,4%	
Intensificación	1,6%	0%	
Infección tunel	1,6%	0%	
Intensificación	5,5%	5,2%	
COMPLICACIONES TARDÍAS			
			N.S.
Méjora	80,3%	80,6%	
Méjoración	1,6%	3,7%	
Intensificación	1,6%	0%	
Fugas	3,2%	10,2%	
Malfunción	0%	3,7%	
IOS/Tunelitis	17,7%	20,7%	N.S.
Peritonitis	0,52	0,88	p<0,01

49 FACTORES QUE PREDICEN UNA MEJORA DE LA ULTRAFILTRACIÓN EN DIÁLISIS PERITONEAL AL DISMINUIR EL VOLUMEN DE INFUSIÓN V. PEREZ DIAZ¹, A. PEREZ ESCUDERO², S. SANZ BALLESTEROS³, E. HERNANDEZ GARCIA⁴, L. SANCHEZ GARCIA⁵, V. OVIEDO GOMEZ⁶, A. SOBRINO PEREZ⁷

¹DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGIA Y TOXICOLOGIA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID (VALLADOLID / ESPAÑA),²DEPARTMENT OF PHYSICS. MASSACHUSETTS INSTITUTE OF TECHNOLOGY (CAMBRIDGE, MA / USA),³NEFROLOGIA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID / ESPAÑA),⁴NEFROLOGIA. HOSPITAL RIO CARRION (PALENCIA / ESPAÑA),⁵NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTIGA (VALLADOLID / ESPAÑA)

En DP suele pensarse que la UF depende casi exclusivamente de la concentración utilizada y la permeabilidad peritoneal. Mostramos en trabajos previos que, con idéntica concentración de 2.27%, al reducir el volumen intraperitoneal(VIP) de 2.5L a 1.5L aumentaba la UF, alcanzándose en el 40% de los pacientes un grado clínicamente significativo. Se atribuyó al descenso de la presión intraperitoneal(PIP) asociada al VIP. Este factor, independiente de la concentración y de la permeabilidad, parece tener importancia clínica. Veremos aquí qué pacientes serían más susceptibles de mejorar la UF al disminuir el VIP.Métodos: En 42 pacientes en DP de 3 hospitales (30 varones, 59±12años (37-81)), realizamos dos intercambios consecutivos de 2h/ glucosa 2.27%, el primero de 2.5L (obtuvo PIP 13.6±4.5cmH2O) y el segundo de 1.5L (PIP 11.4±4.0cmH2O, p<0.0001). Se midió PIP basal y tras cada llenado o drenaje, UF y parámetros antropométricos.

Separamos a los pacientes según que su UF aumentara o disminuyera al aumentar el VIP.Resultados: Hemos mostrado en trabajos previos que aumentando el VIP los cambios en UF se correlacionaron negativamente con la PIP inhibiéndose la UF tanto más cuanto más alta era la PIP basal y la final, pues el aumento con el VIP era muy regular, aunque significativamente algo mayor en las mujeres (1.9±0.8 y 2.7±0.9cmH2O/L, p=0.006). La PIP basal correlacionaba estrechamente con la obesidad(IMC), fue más alta en la poliquistosis y no fue distinta con el sexo. Al aumentar el VIP de 1.5L a 2.5L, 21 pacientes (12 varones), con PIP 7.1±3.6 cmH2O, rango 0.0-14.5 cmH2O, aumentaron la UF (110±68mL, rango 16-245mL), y 20 pacientes (18 varones, p=0.018) con PIP 10.2±4.3cmH2O, rango 2-18cmH2O (p=0.018) disminuyeron la UF (254±240mL, rango 15-800mL). Al aumentar el VIP ningún paciente aumentó la UF más de 250 mL, y 9 pacientes (todos varones, p=0.041) disminuyeron la UF más de 250 mL. En 19 pacientes (17 varones, p=0.029) la UF fue inferior a 50mL o negativa en ambos intercambios. Las 2 mujeres que disminuyeron la UF partían de PIP más elevadas (12.3±5.3cmH2O) que las 9 que aumentaron (5.8±2.4cmH2O, p=0.019). En conclusión, los varones en general y las mujeres con alta PIP basal son más susceptibles de mejorar la UF al disminuir el VIP, sin justificación plena por el tamaño corporal u obesidad ¿quizás por diferente distribución de grasa corporal? La obesidad y la poliquistosis condicionan PIP más elevadas que también harían esperar una mejoría de la UF al disminuir el VIP.

51 DIÁLISIS PERITONEAL (DP) EN EL PACIENTE CIRRÓTICO V. BURGUERA VION¹, H. SOSA BARRIOS¹, M. CINTRA CABRERA¹, S. ORTEGO PÉREZ¹, C. CHEDIAC TERAN¹, E. CHACÓN WAINWRIGHT¹, M. DELGADO¹, E. LOPEZ MELERO¹, M. RIVERA¹

¹Nefrología. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)

Introducción: La DP en el paciente cirrótico con enfermedad renal crónica tiene ventajas teóricas sobre la hemodiálisis, como la no necesidad de anticoagulación, el drenaje permanente de la ascitis o un menor riesgo de hipotensión. Sin embargo la experiencia clínica es escasa faltando una visión global del problema.

Materiales y métodos: Entre enero de 2002 y octubre de 2017 iniciaron DP en nuestro servicio 157 pacientes, 9 de ellos eran cirróticos. Se analizaron las características clínicas, demográficas y epidemiológicas de estos pacientes así como su evolución tras iniciar la DP.

Resultados: 9 enfermos, todos varones, con insuficiencia renal y hepatopatía crónica. Tabla 1. Edad media de 51 años (rango 37-67). Tiempo medio de seguimiento en DP 28 meses (rango 3.5-75.1). Todos tratados con técnica DP manual. La causa más frecuente de hepatopatía fue el VHC. La causa más frecuente de nefropatía fue glomerular, muchos de ellos no biopsiados. 4 asociaban VIH, 3 oncológicos, 1 Portador enterococo Vancor. El trasporte peritoneal fue mayoritariamente alto. El manejo de volumen no fue un problema debido a la generación de ascitis.

Mayor prevalencia de peritonitis por enterobacterias, con una tasa no significativamente superior a la del resto de nuestra unidad.

Tres de estos pacientes requirieron DP asistida por familiar para la realización de la técnica en algún momento del seguimiento, uno de ellos desde el inicio.

Conclusión: La DP es una opción válida para el paciente renal con hepatopatía. La supervivencia del paciente está condicionada a la severidad del daño hepático y/o a patología concomitante. No se han registrado complicaciones infecciosas o mecánicas que imposibiliten la técnica.

Tabla 1. Características clínicas y evolución en DP de los pacientes cirróticos

S	E (años)	Etiología	Child	Trasporte Peritoneal	Seguimiento (m)	Pauta DP	Peritonitis	EXITUS	Asistida
♂	67	VHC + alcohol	B9	H	3,5	GLUCOSA	1	Aspiración	Inicio
♂	50	VHC	B9	H	9,33	GLUCOSA/ ICODEX	0	Muerte súbita	No
♂	46	VHC + alcohol	B9	H	16,2	GLUCOSA	2	Ca hepático	Últimos meses
♂	60	NASH	B8	H	4	GLUCOSA	2	Vivo. Paso a HD	No
♂	48	VHC + alcohol	B7	H	14,5	GLUCOSA	0	Ca metastásico	No
♂	53	VHC	B7	LA	6	GLUCOSA	1	Hepatopatía	No
♂	55	No filiada	A6	HA	55,6	GLUCOSA/ ICODEX	2	Muerte súbita postquirúrgica	No
♂	37	VHC	A6	H	75,1	GLUCOSA	1	Caquexia	Últimos meses
♂	41	VHC	A5	HA	72,1	GLUCOSA	2	Muerte súbita	No

50 TELEMONITORIZACIÓN (TM) EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP). EXPERIENCIA DE 3 AÑOS M. SIERRA CARPIO¹, J. DÍAZ PERERA², A. GIL PARAISO², N. CHAHBOUNE², F. GIL CATALINAS², M. ARTAMENDI LARRAÑAGA², C. DALL'ANESE SIEGENTHALER², O. SEGURADO TOSTÓN², L. SAHDALA SANTANA², ME. HUARTE LOZA²

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO),²NEFROLOGIA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO)

Introducción: La DP contribuye a mejor calidad de vida del paciente y la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Se requiere un paciente comprometido con su tratamiento y nos obliga a garantizarle seguridad y confianza en el control del mismo, a pesar de la distancia. La tecnología actual facilita este control.

Materiales y métodos: Se ofreció TM a pacientes que iniciaban programa de DP, para lo cual dispondrían de una balanza (peso) y un tensiómetro, enlazados ambos mediante bluetooth con un Smartphone (App Baxter) que enviaba al programa de Gestión Versia del hospital, los datos biométricos recibidos automáticamente. Además, se recibía información introducida manualmente, de valores de ultrafiltración y datos los clínicos de un cuestionario individualizado. Se fijaba por paciente, límites de los parámetros biométricos y se recibían en Versia las alertas detectadas. Estas eran supervisadas diariamente por enfermería de DP, introduciendo los cambios oportunos.

Analizamos las características demográficas, médicas y socio-culturales de los pacientes; el grado de participación, las alertas detectadas y las ventajas ofrecidas a nivel médico y de pacientes.

Resultados: Se ofreció TM a 21 pacientes (15 varones), edad media 58± 16 años (20-85). 6 pacientes DM. Índice de comorbilidad medio 5.5. 85.7% en DP automatizada. Nivel de estudios: 66.7% básicos, 23.8% universitarios, 4.7% medios, 4.7% no sabía leer ni escribir (1 paciente). Socio-laboralmente: 23.8% activos, 57.2 % jubilados y/o con minusvalía, 19% amas de casa. 100% independientes físicamente y sólo 1 paciente presentaba dependencia social.

La participación en TM fue 81%; de ellos el 70.6% fue realizada por los propios pacientes y en el 29.4% por los familiares. Causas de no colaboración: dificultades con el manejo del dispositivo (2 pacientes) y no deseo de supervisión (1 paciente).

De media 1 alerta diaria, sobre todo problemas de UF. No adherencia a la prescripción de DP 2 pacientes (1 paciente salió del programa)

Conclusiones: La TM es bien acogida por la mayoría de los pacientes, les aporta más seguridad y supervisión por parte del hospital. En pacientes mayores la participación activa fue realizada fundamentalmente por familiares. La mayoría de las alertas están relacionadas con problemas de UF. Detectamos la falta de adherencia en 2 pacientes

La TM es un buen método de control y seguimiento de pacientes en DP, que da más seguridad al paciente en su domicilio y garantiza al personal sanitario la fiabilidad de los datos biométricos, la intervención precoz ante alertas y la adecuada adherencia al tratamiento.

Resúmenes

Dialísis peritoneal

52 COMPLICACIONES DEL CATÉTER PERITONEAL

J.C. CONTRERAS VELAQUEZ¹, LI. SAMANIEGO RIOS²

¹CIRUGÍA GENERAL. IMSS (MEXICO), ²MEDICINA INTERNA. IMSS (MEXICO)

Introducción: Desde su introducción en los años 70's, la diálisis peritoneal (DP), se ha consolidado como una terapia de reemplazo renal a largo plazo; a pesar de su amplio uso, las complicaciones del catéter peritoneal han obstaculizado su éxito, la desventaja de la DP es la alta tasa de falla de la técnica; se han descrito dos tipos de complicaciones del catéter: mecánicas e infecciosas, más frecuentemente en forma temprana, en algunos casos el uso inmediato del catéter es factor que contribuye en las complicaciones. Las complicaciones han reportado limitada sobrevida del catéter del 50-60% y 35-51% a 18 meses y 24 meses.

Material y método: La cohorte estuvo constituida por pacientes a quienes se les colocó un catéter peritoneal, entre el 17 de mayo al 01 de octubre del 2017, la unidad de estudio fue el catéter, si un paciente requería un cambio de catéter, se analizaba como evento separado. De los expedientes clínicos, se obtuvo la información desde la inserción del catéter hasta tres meses posteriores, se buscaron los datos demográficos, clínicos, de la colocación, de funcionalidad, tiempo y tipo de presentación de complicaciones.

Resultados: Se colocaron 152 catéteres en 137 pacientes, edad media de 59.23±11.75, 62 mujeres y 90 hombres, 28 no eran diabéticos y 122 eran hipertensos. La etiología más frecuente fue la nefropatía diabética en el 75%, 103 pacientes tenían sobrepeso y obesidad (67.7%), 45% de los catéteres se colocaron en el turno nocturno. Hubo 43 complicaciones (28.3%), principalmente tempranas, la fuga, fue la más frecuente de las complicaciones mecánicas (17.8%). Se retiraron 29 catéteres, la causa más común, la migración, en 11 casos, seguida de la obstrucción en 5 y peritonitis y fuga en 4, fallecieron 19 pacientes, 6 por lo avanzado de su padecimiento.

Conclusiones: Se presentó un 28.3% de complicaciones, principalmente mecánicas y de estas la fuga, fue la más frecuente, seguida por la migración; en los retiro y colocaciones la causa más frecuente fue la migración, un aspecto que encontramos en los retiros y colocaciones era el sitio de salida del catéter que estaba paralelo a la herida o cicatriz de inserción, más frecuente en los casos de migración; en dos casos, un tapón de fibrina fue la causa de la obstrucción. De las infecciosas, la más frecuente fue la peritonitis. El papel del cirujano es crucial no solo en la colocación sino en el manejo de los problemas relacionados a la colocación y a su función. La diálisis peritoneal es un método efectivo para el tratamiento de los pacientes con IRC.

53 DIÁLISIS PERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DEL TRASPLANTE CARDIACO CON DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

J.J. BANDE¹, L. MARTÍNEZ FERNÁNDEZ², E. ASTUDILLO CORTÉS¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ², B. DÍAZ MOLINA³, M. NUÑEZ MORAL¹, I. GONZÁLEZ DÍAZ², M. MARTÍN FERNÁNDEZ², J.L. LAMBERT³, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹

¹NEFROLOGÍA. H.U.C.A. (OVIEDO/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL SAN AGUSTÍN (AVILÉS/ESPAÑA), ³CARDIOLOGÍA. H.U.C.A. (OVIEDO/ESPAÑA)

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una alternativa terapéutica reconocida en pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento diurético. Existen estudios que demuestran una mejoría funcional, reducción de las tasas de hospitalización y mejoría la calidad de vida. No existen datos publicados al respecto de su papel en el tratamiento de la disfunción del injerto post-trasplante cardíaco.

Material y métodos: Se presentan los resultados de 3 trasplantados cardíacos que precisaron inicio de DP por disfunción del injerto y que debido a la mejoría clínica y analítica pudieron salir del programa y continuar con tratamiento médico convencional.

Resultados: Se trata de 3 pacientes con perfiles clínicos diferentes. Dos de ellas, mujeres, presentaron una disfunción de ventrículo derecho (VD) en el posttrasplante inmediato precisando inicio de DP en ese mismo ingreso. En ambos casos mejoró la PSAP, la función sistólica de VD y la clínica (en ambos casos pasaron de un grado funcional IV a un grado funcional II de la NYHA) lo que permitió el abandono de la técnica a los 2 y 14 meses respectivamente. El otro paciente es un varón, con disfunción de VD crónica, hipertensión pulmonar severa y evolución clínica tórpida que inició DP 16 años después del trasplante en el contexto de un síndrome cardiorenal tipo 5 (ingreso en UCI por politraumatismo), y quien, a pesar de no mejoría de parámetros ecocardiográficos, presentó la suficiente mejoría clínica para abandonar el programa. Se adjunta tabla con las características de los pacientes. Ninguno de los 3 casos presentaba disfunción de ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Presentamos un perfil de paciente novedoso dentro de la terapia de ultrafiltración peritoneal, el paciente trasplantado cardíaco con disfunción de VD sintomática. Este perfil de paciente, en nuestra experiencia, parece beneficiarse de esta terapia tanto en el post-trasplante inmediato, como de manera diferida, llegando incluso a poder prescindir de la técnica.

Tabla.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
EDAD	52	51	31
SEXO	Mujer	Mujer	Varón
DM	No	No	No
HTA	No	No	Si
TABACO	Ex. fumador	Ex. fumadora	No
DL	No	No	No
TIPO CARDIOPATIA PRE TRASPLANTE	Isquémica	Valvular (Mitral reumática)	Miscardiopatía dilatada idiopática
ETIOLOGIA IRC	Idiopática/Cardiorenal	Post Tx (previa normal)	Std. Cardiorenal tipo 2.5
FGF PRE	20 ml/min	32 ml/min	28 ml/min
FGF POST	28 ml/min	34.4 ml/min	35 ml/min
Nº INTERCAMBIOS	1 nocturno, Icodextrina	1 nocturno, Icodextrina	1 nocturno, Icodextrina
DIURESIS RESI.	1200 cc	1100 cc	1600 cc
Grado funcional	Pre: IV → Post: II	Pre: IV → Post: II	Pre: IV → Post: II
FEVI preDP	57%	Normal	65%
FEVI postDP	60%	Normal	54%
FUNCION VD preDP	Tapae < 17, 5 R.6		13
FUNCION VD postDP	Tapae 19	16.8	9
PSAP preDP	45 mmHg	44 mmHg	No estimable
PSAP postDP	30 mmHg	32 mmHg	No estimable
Fecha Tx cardíaco	14/1/2011	03/05/2005	25/07/2001
Fecha inicio DP	22/9/2011	22/11/2005	06/04/2015
Fecha final DP	31/5/2011	09/02/2007	17/9/2017

54 ANALISIS DE LOS MOTIVOS DE CAMBIO DE CATÉTER EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

M. GONZÁLEZ RICO¹, I. JUAN GARCÍA¹, A. MUIJSENBERG ALCALÁ¹, J. CASAS TODOLÍ¹, A. PÉREZ YS¹, E. GIMÉNEZ CIVERA¹, P. TOMÁS SIMÓ¹, J.C. ALONSO², C. GÓMEZ ROLDÁN³, J.L. GÓRRIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL LLUIS ALCANYIS DE XATIVA (VALENCIA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: GRUPO LEVANTE DE DIÁLISIS PERITONEAL

Introducción: El catéter es una pieza clave en el tratamiento de la diálisis peritoneal (DP). Ocasionalmente es necesario cambiarlo por diferentes motivos significando inconvenientes en la evolución del tratamiento.

Objetivo: analizar los cambios en el catéter peritoneal (CCP) que aparecen en una población grande de pacientes (registro multicéntrico) estudiando sus causas y la influencia sobre la permanencia en la técnica.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo observacional sobre una población de pacientes incidentes en programa de DP que han precisado en algún momento un CCP. Se recoge datos epidemiológicos de la enfermedad y en relación con el cambio de catéter: tipo catéter inicial, tipo catéter cambiado, motivo del cambio, tiempo hasta el cambio y evolución posterior. Se analiza los cambios realizados en el primer año de permanencia en la técnica buscando relaciones con el tipo de catéter.

Resultados: Entre enero 1986 y diciembre 2016 iniciaron programa de DP 3792 pacientes de los que 208 (5.48%) han necesitado un total de 245 cambios de catéter (114 hombres y 94 mujeres con edad media de 54 años). La nefropatía causal es la habitual en una población de DP, con un 30.8 % de diabéticos. 32 pacientes necesitaron más de 2 cambios de catéter. El catéter peritoneal más usado fue el autoposicionante (48.7%) seguido del recto tipo Tenckoff (32.4%). Sólo en un 24% de los casos se cambió el catéter por otro del mismo tipo. El CCP más frecuente fue a uno autoposicionante. Las principales causas de cambio fueron infección peritoneal o del acceso en 153 casos y problemas mecánicos (migración, atrapamiento, malfunción del catéter o fuga) en 77 casos. El 40% de los CCP ocurrieron durante el primer año de programa de DP. Los catéteres autoposicionantes son los que menos cambios han precisado, tanto por causa infecciosa como mecánica. La mediana de permanencia del 1º catéter (tiempo desde el inicio de DP hasta que se cambia) es de 487 días mientras que la del CCP (desde que se cambia hasta la salida definitiva) es de 511 días.

Conclusiones: El cambio de catéter peritoneal es una incidencia de la técnica relativamente poco frecuente pero precoz en los pacientes que inician DP. La causa más frecuente es la infecciosa seguida de problemas mecánicos. Aunque el catéter más utilizado es el autoposicionante es el que menos cambios ha precisado. Generalmente permite continuar con el tratamiento con buena permanencia posterior.

55 PARÁMETROS DE BIOIMPEDANCIA DETERMINANTES DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

I.G. GARCÍA¹, M.C. CASTILLO¹, C.N. NOBOA¹, N.M. MARTÍN¹, X.B. BARROS¹, P.T. TORGUET¹, M.P. PILCO¹, J.C. CALABIA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR. JOSEP TRUETA (GIRONA/ESPAÑA)

Introducción: La malnutrición (o Protein energy wasting, PEW) en pacientes dializados se basa en diversos criterios diagnósticos y/o en escalas validadas, como la Valoración Global Subjetiva (VSG) o el Malnutrition-Inflammation Score (MIS), todo ello basado en anamnesis, exploración física y pruebas de laboratorio. La bioimpedancia (BIA) hace un análisis de la composición corporal y da una serie de parámetros que podrían facilitar el diagnóstico de malnutrición.

Material y método: Estudio observacional, de corte transversal con el objetivo de correlacionar parámetros de BIA con las diferentes escalas de malnutrición y con los criterios diagnósticos de PEW. (Para ellos se recogen datos clínicos, comorbilidades, consumo dietético y parámetros analíticos).

Para ello utilizamos una cohorte de pacientes en diálisis peritonea (DP) en los cuales se hace valoración mediante escalas VSG y MIS, así como diagnóstico o no de PEW. Además se realiza análisis de composición corporal mediante BIA.

Los resultados se analizan mediante correlaciones y posteriormente se aplica un modelo de regresión logística binaria para determinar los factores independientes de PEW en base a los parámetros de BIA.

Resultados: Se realiza el estudio en un total de 66 pacientes, 26 mujeres, con una media de edad de 63 años. 70% realizan APD.

La mediana en la escala MIS ha sido de 4 puntos (Rango IC 2-6) y en la VSG de 9 (Rango IC 9-12). El 8% presentan PEW. Respecto a los parámetros de BIA, las medias y desviaciones estándar fueron: El (hidratación) de 0.9±0.2, LTM de 14.3±3.4, Fat 12.8±6.0, ATM 36.3±13.0, BCM 27.8±5.9. Hallamos correlación estadísticamente significativa entre la escala VSG y la masa magra (LTM). En cambio, la presencia de PEW se correlaciona con el BCM y con el EI. En el análisis de regresión logística, sólo el exceso de agua se mantiene como factor independiente para tener PEW.

Conclusiones: La BIA en pacientes en DP muestra una utilidad limitada en el diagnóstico de malnutrición si éste lo basamos en escalas o por criterios de PEW. Los parámetros más útiles serían la cuantificación de masa magra y el exceso de agua.

56 DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES PORTADORES DE TRASPLANTE DE ORGANNO SOLIDO NO RENAL

AS. SOLDEVILA ORIENTI¹, AG. GALLARDO PÉREZ¹, PA. ALEDON VIÑES², RD. DEVESA SUCHZ², PS. SANCHEZ PEREZ², JH. HERNANDEZ JARAS²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA)
Introducción: Existe una elevada prevalencia de ERC en pacientes portadores de trasplante de órganos, como consecuencia de tratamiento con anticalcineurínicos, alteraciones renales previas al trasplante, etc. Durante años se ha considerado la diálisis peritoneal (DP) como una técnica de segunda elección para estos pacientes, por posibles complicaciones. Más recientemente se ha visto que hemodiálisis y diálisis peritoneal pueden proporcionar resultados similares, por lo que la DP puede ser una técnica de primera elección en estos pacientes.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes portadores de trasplante de órgano sólido no renal en DP en nuestra unidad. Se excluyen pacientes trasplantados cardíacos en DP como tratamiento coadyuvante de insuficiencia cardíaca.

Hemos analizado supervivencia de la técnica, complicaciones mecánicas, peritonitis y función renal residual, comparándolo con el resto de pacientes en DP en este periodo

Resultados: Desde Enero/03 hasta Diciembre/17 se han incluido en DP 6 pacientes trasplantados de órgano sólido no renal (2 pulmonares, 3 hepáticos y un cardíaco), con una edad media de 60 ± 7,3 años y todos ellos tratados con anticalcineurínicos.

En este periodo han iniciado DP 252 pacientes no trasplantados de otros órganos (grupo control).

Los pacientes a estudio han mantenido una supervivencia en la técnica de 35,2 ± 15,7 meses (25,8 ± 22,1 grupo control). Las causas de salida de DP han sido un exitus, dos peritonitis, dos complicaciones mecánicas y un trasplante renal.

La tasa de peritonitis en estos pacientes ha sido 0,41 episodios/paciente/año, frente a 0,35 en el resto. Los gérmenes responsables han sido similares al grupo general.

Al inicio de la diálisis presentaban una media de FG de 6,2 ± 1,8 ml/min, (9,5 ± 1,9 ml/min en el grupo general). La pérdida de la FRR ha sido de 1,4 ml/min/año, (2,0 ml/min/año en el grupo general). Un paciente perdió la FRR a los 6 meses.

En cuanto a complicaciones mecánicas un paciente presentó una fuga escrotal a los 30 meses en DP y otro una hernia umbilical complicada a los 32 meses.

En relación a la adecuación, todos han mantenido KTV > 1,7, y transporte peritoneal medio-bajo (D/P creatinina 4 h: 0,45). No ha habido ningún alto transporte adquirido.

Conclusiones: En nuestro grupo, coincidiendo con la bibliografía publicada, la diálisis peritoneal ha resultado una técnica efectiva, con resultados similares al resto de pacientes en DP, por lo que podemos considerarla como técnica dialítica de primera elección.

57 TELEMONITORIZACIÓN DE LA DIÁLISIS EN DOMICILIO. UN PASO MÁS

MJ. ESPIGARES HUETE¹, R. LEIVA ALONSO², JD. LOPEZ GONZALEZ GILA¹, E. CLAVER GARCIA¹, C. SILES PEÑA¹, A. PEREZ MARFIL¹, C. RUIZ SANCHEZ¹, P. GALINDO SANTISTEBAN¹, C. DE GRACIA GUINDO¹, A. OSUNA ORTEGA¹

¹NEFROLOGÍA. H.VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA),²NEFROLOGIA. H.VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

Introducción: La diálisis peritoneal sigue siendo en nuestro país una técnica minoritaria. El miedo del paciente a recibir un tratamiento fuera del control directo del entorno sanitario hace que la técnica sea elegida en menor medida que las técnicas hospitalarias. La nueva incorporación de dispositivos con modem inalámbrico que envían los datos del tratamiento a un servidor donde el especialista puede monitorizar y hacer cambios de prescripción a distancia, permite un control más estrecho, aportando al paciente mayor seguridad.

Material y métodos: 5 pacientes que iniciaron técnica de DPA con cicladora Claria. Seguimiento desde plataforma Sheresource del tratamiento.

Todos ellos con distancia a Centro hospitalario de mas de 60 Km . Seguimiento desde plataforma sheresource del tratamiento y resolviendo problemas incidentes al inicio, valorando el ahorro de visitas no programadas y la mayor seguridad del paciente.

Resultados: En nuestra Unidad, hay una visita protocolizada a los 15 días de inicio de técnica para ver los resultados de balances/UF. Esta visita con Claria ha sido suprimida, visualizando desde Hospital los tratamientos y los controles tensionales y de peso diarios que recoge la plataforma Sheresource.

Se resolvieron problemas incidentes al inicio, sin necesidad de acudir con su tarjeta al Centro Hospitalario.

En dos pacientes, cambiamos desde el Hospital la pauta prescrita al inicio para solucionar problemas de drenaje que generaban alarmas en su tratamiento. El paciente sólo tuvo que confirmar su nuevo tratamiento. En un paciente modificamos el volumen de ultima infusión por disconfort abdominal en el trabajo diario.

Incorporamos a la rutina de trabajo, la revisión de los tratamientos al menos una vez por semana. De esta manera nos adelantamos de forma proactiva a los posibles problemas. La inversión, en coste de tiempo, por parte del personal de la Unidad (Nefrólogo/Enfermera) es importante.

Conclusiones: La monitorización remota con esta nueva plataforma de conectividad, incorporada en el sistema de diálisis peritoneal automatizada permite:

1. Reducir el número de visitas al hospital evitando desplazamientos y visitas no programadas de forma que puedan mantener su vida laboral y personal con independencia y flexibilidad.
2. Más seguridad y confianza para el paciente que realiza la técnica en domicilio
3. Realizar cambios en la prescripción en remoto y diagnosticar de forma temprana situaciones que pueden poner en riesgo la salud del paciente.
4. El control remoto de los tratamientos supone una sobrecarga de trabajo para las Unidades de Diálisis peritoneal.

58 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS PERITONITIS POR PSEUDOMONA EN DIÁLISIS PERITONEAL

RA. ARLANDIS GALLEGO¹, JJ. SÁNCHEZ CANEL¹, E. MARTÍNEZ SEVILLA¹, A. MARTÍNEZ BELLIDO¹, B. GARCÍA PERIS¹, MJ. PASCUAL FELIP¹, R. PONS PRADES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN (CASTELLÓN)

Introducción: Las peritonitis en diálisis peritoneal continúan siendo una de las principales causas de fracaso de la técnica y de morbi-mortalidad de los pacientes. Alrededor del 20% de las peritonitis son causadas por microorganismos gramnegativos, entre los cuales Pseudomona spp son los más frecuentes.

Las peritonitis por Pseudomona spp. suelen presentar una evolución clínica complicada. Algunos autores indican la retirada del catéter como única medida curativa, mientras que otros presentan resultados satisfactorios con la administración de doble antibiotioterapia antipseudomoniana.

El objetivo del presente estudio es analizar nuestra experiencia en cuanto a tratamiento y pronóstico de las peritonitis por Pseudomona spp.

Método: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que revisamos la incidencia y evolución de las peritonitis por Pseudomona en 216 pacientes prevalentes en nuestra Unidad desde 1 enero de 2007 a 31 de diciembre de 2017.

Resultados: Durante los once años revisados se han diagnosticado 249 casos de peritonitis en nuestra Unidad. Doce pacientes (nueve hombres y tres mujeres con una media de 56,9 años) tuvieron 15 peritonitis causadas por Pseudomona spp. (6% del total y 25% de los episodios causados por gramnegativos). De las especies recogidas, ocho fueron Ps.Aeruginosa, tres Ps.Stutzeri, dos Ps.Putida, uno Ps.Alcaligenes, y otro Ps.Fluorescens.

El tratamiento de elección fue la combinación de una cefalosporina de 3ª generación intraperitoneal (Ceftazidima) con una quinolona oral (Ciprofloxacino) durante 21 días. En ninguno de los casos hemos empleado tratamiento antibiótico en monoterapia.

La evolución fue favorable con curación en 8 de los 12 pacientes (67%) sólo con antibioterapia. En cuatro de los paciente (33%) fue necesaria la retirada del catéter, dada la refractariedad al tratamiento, recidiva tras la curación o la infección del orificio de salida (IOS) concomitante. El 75% precisó hospitalización con una estancia media de 6,8 días. En todos los casos en que fue necesaria la retirada del catéter se pasó a hemodiálisis temporalmente, reiniciando la técnica posteriormente sin incidencias. No registramos ningún fallecimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la evolución clínica de las peritonitis por Pseudomona spp. ha sido favorable, con la curación en casi el 70% de los pacientes con el uso de antibioterapia combinada de larga duración. Aquellos pacientes con IOS han precisado la retirada del catéter. Las peritonitis por Pseudomona pueden ser tratadas satisfactoriamente sin retirar el catéter y en caso de retirada, el reinicio de la técnica es posible tras descanso temporal.

59 LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LAS HERNIAS EN DIÁLISIS PERITONEAL ¿ES O NO SINÓNIMO DE PASO DEL PACIENTE A HEMODIÁLISIS?

MARTÍNEZ LOSA¹, D. MANZANO SANCHEZ², M. LANUZA LUENGO¹, C. GARCIA ARNEÑO¹, V. MARTÍNEZ JIMENEZ¹, I. HURTADO CARCELES¹, A. HURTADO CARCELES¹, A. ALONSO GARCIA¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL SANTA LUCIA (CARTAGENA)

Introducción: la diálisis peritoneal (DP) se asocia con alta incidencia de hernias. Su reparación quirúrgica implica en muchos casos la transferencia del paciente a Hemodiálisis con las comorbilidades asociadas (catéter venoso, pérdida de la función renal residual...).

Material y métodos: analizamos las hernias de aparición de novo, en pacientes en DP en el periodo 2010-2017, su tratamiento y evolución.

Resultados: han presentado hernias 13 pacientes Sexo 8 hombres (53,8%), edad media al inicio de DP 54,8(28-72) años. Etiología de la enfermedad renal más frecuente, fue la no filiada con el 30,7%(4 pacientes). Tiempo medio en DP hasta la aparición de la hernia 40 meses, siendo las más frecuentes las umbilicales (tabla 1).

Tres pacientes fueron transferidos a HD tras la cirugía, en dos casos (9 y 10) fueron intervenidos de urgencias por complicación en la hernia. El otro caso (11) presento complicaciones durante la cirugía que obligaron a dejar un drenaje. Los tres volvieron después a DP.

En diez pacientes se reinició DP con bajos volúmenes en las 24-48 horas posteriores a la cirugía y la mayoría volvieron a su pauta habitual antes del mes. Solo se han producido dos recidivas, la paciente del caso 7 fue intervenida en dos ocasiones más por eventración y al presentar la tercera se decidió su paso a hemodiálisis. La paciente del caso 12 fue intervenida de urgencia por incarceration de hernia abdominal y no se interpuso malla, haciendo una recidiva precoz de la que esta pendiente de intervención reglada.

Conclusiones:

-La mayoría de las hernias en pacientes en DP pueden ser corregidas sin necesidad de transferencia a hemodiálisis
 -La corrección no programada de las hernias podría ser un factor para el paso del paciente a hemodiálisis.
 -La reparación de las hernias debe hacerse siempre con interposición de malla.

Tabla 1.

Caso	Sexo	Edad	Etiología enfermedad renal	Pauta habitual	Tipo de hernia	Meses en DP hasta la aparición de la hernia	Reinicio	Pauta	Tiempo en días para pauta habitual	Recidiva
1	Mujer	35	Necrosis cortical	3x1500cc	Umbilical	18	48 horas	3x1000cc	28	No
2	Hombre	41	No filiada	3x2000cc	Umbilical	10,5	48 horas	4x1000cc	5	No
3	Mujer	51	Poliquistosis	3x1500cc	Umbilical e inguinal (regional)	106,4	48 horas	4x1000cc	32	No
4	Hombre	59	No filiada	4x2000cc	Umbilical	10	24 horas	3x1000cc	6	No
5	Hombre	66	Vascular	3x2000cc	Umbilical e inguinal (regional)	25,5	48 horas	3x1000cc	21	No
6	Hombre	70	Diabetes	3x1500cc	Umbilical e inguinal (regional)	1,6	48 horas	3x1000cc	45	No
7	Mujer	66	No filiada	3x2000cc	Umbilical	41,9	48 horas	3x1000cc	22	Si (intermitente)
8	Hombre	67	Vascular	3x1500cc	Umbilical	21,7	50 horas	3x1000cc	21	No
9	Mujer	67	Lupus	3x2000cc	Apertónica	62,8	Intermitente	0	30	No
10	Mujer	42	Membranoproliferativa	3x2000cc	Eventración sobre caudal	20,7	Intermitente	0	30	No
11	Hombre	32	Glomerulonefritis	3x2000cc	Eventración sobre caudal	18,2	Intermitente	0	30	No
12	Mujer	40	Glomerulonefritis	3x2000cc	Umbilical	62,2	24 horas	3x1000cc	6	Si
13	Mujer	28	No filiada	3x2000cc	Umbilical	26,41	48 horas	3x1000cc	10	No

Resúmenes

Dialisis peritoneal

60 IMPLANTACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL MEDIANTE TÉCNICA PERCUTANEA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

F.J. TORO PRIETO¹, C. GRANDE CABRERIZO¹, M. VIDAL BLANDINO¹, B. VILLACORTA LINAZA¹, M.P. ALCAIDE LARA¹, N. ARESTE FOSALBA¹, M.J. MARCO GUERRERO¹
¹NEFROLOGIA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO (SEVILLA)

Introducción: La inserción de catéteres peritoneales por parte de Nefrología ha sufrido un auge en los últimos años, incrementando la prevalencia de pacientes en los programas de diálisis peritoneal al no depender de otras especialidades para este procedimiento. Conocer dicha técnica adquiriendo experiencia en la misma disminuye la frecuencia de complicaciones en la implantación.

Objetivo: Analizar la colocación de catéteres peritoneales mediante técnica percutánea en nuestro centro así como el desarrollo de complicaciones asociadas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo desde mayo del 2014 a diciembre de 2017. 66 pacientes fueron sometidos a colocación de catéter de diálisis peritoneal mediante la técnica de Seldinger con seguimiento posterior entre 3 a 6 meses tras su implantación. Se analizó edad, sexo, etiología enfermedad renal, Fge por CKD-EPI, diabetes Mellitus (DM), y complicaciones precoces y tardías relacionadas con la colocación.

Todos dieron su consentimiento para la técnica percutánea. La implantación consistió en la visualización ecográfica previa del área de abordaje a nivel para-umbilical izquierdo y colocación mediante técnica Seldinger de catéter tipo Swan-Neck con segmento intraperitoneal recto. En todos los casos se siguió un protocolo de preparación del paciente con enemas de limpieza previo y profilaxis antibiótica.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes, 60,7% varones, con una mediana de edad de 61 años. DM en el 37,7%. Mediana de FGe 9 ml/min e IMC 26,5 La etiología mas frecuente fue la no filiada (24,6%), seguida de diabetes y vascular en el mismo porcentaje (19,6%). Todos los pacientes habian elegido DP como primera opción. Se presentaron complicaciones en el 24,6% de los casos. El tiempo medio de complicaciones inmediatas (en los primeros 30 días) fue 16 días y el de complicaciones diferidas (en los primeros 6 meses) de 84 días. La complicación mas frecuente fue la malposición (13,2%) seguida de disfunción en 6,5%. No existió en ningún caso complicaciones mayores como perforación de víscera hueca o sangrado importante que precisase transfusión. El 9,8% de los catéteres precisó recolocación quirúrgica. No se encontró relación de las complicaciones con ninguna de las variables recogidas. Análisis estadístico mediante SSPS 22,0.

Conclusiones: La participación de personal experimentado y adiestrado es fundamental en la implantación de esta técnica. En nuestro experiencia resulta ser eficaz y segura permitiendo un acceso adecuado y precoz del paciente al programa de DP.

61 ESTRATEGIAS DE CRECIMIENTO EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONSOLIDADO, COINCIDENTES CON RECAMBIO DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA RESPONSABLES

A. CARRERO¹, A. MUÑOZ², J. LORENTE³, G. CAPARROS¹, J. DE SANTIAGO⁴, J. MARTÍN², D. PADILLA², A. YUSTE¹, L.G. PICCONE¹, C. VOZMEDIANO⁴

¹NEFROLOGIA. HGUCR (CIUDAD REAL), ²CIRUGÍA GENERAL. HGUCR (CIUDAD REAL), ³DIRECCIÓN MÉDICA. GERENCIA HGUCR (CIUDAD REAL), ⁴NEFROLOGIA. HGUCR (CIUDAD REAL)

Introducción: Aunque la evidencia es escasa, parecen recomendables:-la ausencia de rotaciones en una unidad de diálisis peritoneal (DP) y por lo tanto -la presencia de las figuras de un responsable médico y de enfermería, de referencia para poder abordar estrategias conjuntas clínicas y de gestión durante un periodo de tiempo suficientemente largo que permita su adecuado desarrollo.

Material y método: En 2017, se ha modificado el organigrama asistencial del tratamiento renal sustitutivo(TRS) en nuestro servicio:

Creación de una consulta ERCA médica especial, exclusiva para candidatos a TRS(Ccr inferiores a 20 ml/min, estadios 4-5)y reducción del número de pacientes atendidos(de 15a8) con mayor tiempo por paciente. Programa de información y libre elección de TRS (incluyendo activamente las opciones del trasplante renal anticipado de vivo, la diálisis peritoneal (DPA y DPA electivamente y por preferencia del paciente) además de la hemodiálisis domiciliaria.

Comunicación regular con el Sº de Cirugía para valoración e inclusión en LEQ de los pacientes que optan por la DP, evitando las listas de espera normales hasta la implantación.

La dirección ha favorecido la FC, proporcionando apoyo en este diseño que coincide con cambio del personal responsable de la DP en las últimas 2 décadas, por personal que ha elegido voluntariamente esta cartera del Sº. Esta estrategia multifactorial se ha implementado para contrarrestar el efecto negativo que podía derivarse del cambio de responsables clínico y de enfermería, manteniendo los protocolos asistenciales previos; y para potenciar el crecimiento del programa. Revisión de 2017 (año de implantación), comparados con registros de la última década (2008-2017).

Resultados: Tabla.

Conclusiones: Una estrategia multifactorial, junto con la motivación del personal responsable en un programa de diálisis peritoneal consolidado, pueden ser clave para evitar el impacto negativo de un cambio en el equipo responsable del programa de diálisis peritoneal.El mayor tiempo por paciente tiene un impacto positivo en la libertad de elección del TRS.

	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18 (incompleto)
c. implantados	6	9	6(1*)	12(2*)	15	10(1*)	11(1*)	10(1*)	4	27(4*)	9(2*) (30/04)
trasplantados	--	17	13	14	18	20	13	22	13	16	
peritonitis	4	1	2	1	5	--	--	--	--	5	3
Pacientes DP (al inicio del año)	17	21	16	22	24	15	18	16	12	9	27

*Recolocaciones o reimplantaciones.

62 PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN DIÁLISIS PERITONEAL ¿ES UNA BUENA OPCIÓN? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

GA. USECHE BONILLA¹, M. GIMÉNEZ EDO¹, A. VILAR GIMENO¹, JM. ESCOBEDO RUMOROSO¹, S. APARICIO PERIS¹, E. TAMARIT ANTEQUERA¹, A. GALAN SERRANO¹
¹NEFROLOGIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO (VALENCIA)

Introducción: La Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (PQRAD) es la causa genética más común de ERC, progresando en muchos casos a terapia renal sustitutiva. La Diálisis Peritoneal (DP) se contraindicó inicialmente en estos pacientes por teorizar que el volumen abdominal aumentado disminuiría la tolerancia y aumentaría la frecuencia de complicaciones.

Actualmente, la DP se indica cada vez más en pacientes con PQRAD sin evidenciar más complicaciones, con buena tolerancia y adecuación a la técnica.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico.

Pacientes diagnosticados de PQRAD que iniciaron DP: Abril 1999- Marzo 2018.

Comparamos cada caso con 2 controles sin PQRAD que iniciaron DP en el mismo periodo.

Objetivos: Evaluar la asociación de los pacientes con PQRAD en DP con la presencia de fugas, eventraciones y peritonitis y con el número de hospitalizaciones y el fracaso de la técnica.

Resultados: (ver tablas adjuntas)

Conclusiones: Según nuestros resultados, los pacientes con PQRAD en DP con similares características clínicas, no presentan mayor riesgo de complicaciones ni de fracaso de la técnica que los pacientes sin PQRAD. La DP es una técnica adecuada para los pacientes con PQRAD que cumplan el resto de criterios de inclusión. Serán necesarios estudios randomizados y prospectivos que valoren la efectividad de la DP en este grupo de pacientes de manera concluyente.

Tabla 1. Características basales demográficas y clínicas

	PQRAD	NO PQRAD (Control)	P
N (pacientes)	14	28	
Edad (años)	52,85 ± 7,6	52,64 ± 15,6	0,9
Sexo (h/m)	5/9	12/16	0,7
ECV n(%)	1 (7,1)	6 (21,4)	0,2
DM n(%)	0 (0)	6 (21,4)	0,06
HTA n(%)	14 (100)	24(85,7)	0,1
I.Charlson	2,9 ± 1,07	4,2 ± 1,97	0,02

Tabla 2. Descripción comparativa de las características clínicas de ambos grupos.

	PQRAD (N=14)	NO PQRAD (Control)	P
Causa de entrada en DP:			
- Elección del paciente	12	25	
- Falta de acceso vascular	2	1	0,4
- SCR	0	1	
- Otros	0	1	
Tiempo en DP (días)	969,6 ± 667,4	847,5 ± 666,4	0,9
Modalidad de DP (DPCA/DPA)	4/10	15/13	0,1
Cirugías abdominales previas	2 (14,3)	7 (25)	0,6
Hernias abdominales previas	1 (7,1)	3 (10,7)	0,6
Hemodiálisis previa	1 (7,1)	5 (17,9)	0,3
Tiempo en hemodiálisis previa (días)	3,4 ± 12,8	19,4 ± 55,8	0,2
Trasplante renal previo	0 (0)	0 (0)	

Tabla 3. Asociación / valoración la PQRAD como factor de riesgo en los pacientes en DP, con los objetivos evaluados (X², Mann-Whitney */ Regresión logística múltiple RLM).

	PQRAD (N=14)	NO PQRAD (N=28)	P (X ² /Mw/RLM)
Hernias abdominales (durante la técnica)	2	6	0,4/0,6
Fuga peritoneal	1	2	0,7/0,9
Peritonitis (media de episodios)*	0,78 ± 1,42	0,64 ± 1,06	0,9
Hospitalización (media de episodios)*	1 ± 1,35	0,87 ± 1,04	0,7
Hospitalización por causa relacionada con PQRAD	0,5 ± 0,9	0 ± 0	0,007
Salida de DP	7	7	0,4/0,2
Causas de salida de DP			
- Trasplante	0	0	
- Peritonitis	0	0	
- UF insuficiente	1	1	0,4
- Infundilisis	1	1	
- Eventración/ fuga	0	0	
- Deterioro del estado clínico	0	0	

63 ANÁLISIS DE ASPECTOS TÉCNICOS EN DIÁLISIS PERITONEAL DE LA PROVINCIA GADITANA EN LOS ÚLTIMOS 18 AÑOS

PL. QUIROS GANGA¹, C. REMON RODRIGUEZ², V. DE LA ESPADA PIÑA¹, A. MORENO SALAZAR², G. VELASCO³, D. TORÁN³

¹UCG NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL (CADIZ) ESPAÑA), ²UCG NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL (CADIZ) ESPAÑA), ³NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PUERTO REAL (CADIZ) ESPAÑA)

Introducción y métodos: Presentamos los datos técnicos de la diálisis peritoneal (DP) desde 1999 a 2017 del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA) en la provincia de Cádiz, mostrando la distribución entre sus tres centros: HU Puerta del Mar, HU Puerto Real y HU Jerez

Resumen de los resultados y conclusiones: El número total de pacientes tratados entre 1999-2017 ha sido de 703. Las nefropatías causales más prevalentes fueron la nefropatía diabética (31,49 %) y las glomerulares (16,07%). La nefropatía diabética se mantiene estable durante todo el periodo (en torno al 29%). El 78,8 % de los pacientes eligen libremente la técnica, siendo la indicación por causa médica el 21,2 % restante, principalmente por problemas en acceso vascular e insuficiencia cardíaca.

La implantación del catéter ha sido quirúrgica en el 80,5% (localización paramedial en la mayoría de los casos), predominando los tipos Swan-Neck y los Tenckoff-2C. La proporción de catéteres coloador por el nefrólogo ha aumentado en la provincia, sobre todo en los hospitales de Puerto Real y Jerez, aumentando desde un 23 % en el año 1999 hasta el 42,1% en 2017.

La DPA, aunque creció progresivamente desde el año 2001, en los últimos años ha presentado un descenso importante en el último año, presentando una frecuencia similar al inicio del periodo (12,1%), no habiendo diferencias entre centros (P < 0,05)

El empleo de icodextrina ha aumentado significativamente (de 11,5% al inicio del estudio hasta 42,4 % en 2017) no habiendo diferencias entre centros en todo el periodo. El bicarbonato también ha aumentado su uso hasta un 97% en 2017.

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 éxitis (2017: 351,4 % y 18,9 % respectivamente).

64 EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA ANUAL DE DIALISIS PERITONEAL EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ: EXPERIENCIA DE 18 AÑOS

V. DE LA ESPADA PIÑA¹, PL. QUIROS GANGA¹, C. REMÓN RODRIGUEZ¹, D. TORAN², G. VELASCO³, A. MORENO SALAZAR³

¹UGC NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (CÁDIZ); ²NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (CÁDIZ); ³UGC NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (CÁDIZ)

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 en nuestra Comunidad. Presentamos el análisis de la DP desde 1999 a 2017 en la provincia de Cádiz, en sus tres hospitales (H.U. Puerta del Mar, H.U. Puerto Real y H.U. Jerez) para conocer cómo ha sido su evolución, la distribución por centros y la tasa de crecimiento.

Resultados y conclusiones: El número total de pacientes tratados entre 1999-2017 ha sido de 703. De estos, fueron incidentes en 2017, 40 pacientes (5,7%); El 56,1% son hombres y la edad promedio es de 58,08 ± 15,8 (47,78 % en el intervalo de los 61 a más de 80 años), siendo significativamente más jóvenes en H.U. Puerta del Mar. La permanencia media en todo el periodo ha sido de 22,3 meses, siendo homogénea entre los centros.

La evolución de la incidencia anual muestra cómo desde los principios del registro ha habido un aumento, desde 30 pacientes incidentes en 1999 hasta los 40 en 2017, con un ligero descenso y estancamiento en los últimos años.

Sin embargo, no toda la provincia crece de manera homogénea (Fig. 1). Si analizamos la incidencia promedio del periodo por millón de habitantes (ppm), se observa que H.U. Puerto Real lidera la provincia (49 ppm), superando a la media Andaluza (22,8) y de España (27,8), seguido de H.U. Puerta del Mar y Jerez.

Por estos datos muestran que la DP en Cádiz ha experimentado un claro crecimiento en los últimos años, que si bien no es universal en todos los centros.

Figura 1.



65 ANALISIS DE LA COMORBILIDAD EN LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS EN LOS PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ

C. REMON RODRIGUEZ¹, V. DE LA ESPADA PIÑA¹, PL. QUIROS GANGA¹, G. VELASCO², D. TORAN³, A. MORENO SALAZAR⁴

¹UGC NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (CÁDIZ/ESPAÑA); ²NEFROLOGIA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (CÁDIZ/ESPAÑA); ³NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (CÁDIZ/ESPAÑA); ⁴UGC NEFROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (CÁDIZ/ESPAÑA)

Introducción y métodos: Presentamos en análisis de la comorbilidad de los pacientes en diálisis peritoneal (DP) desde 1999 a 2017 del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía en la provincia de Cádiz, mostrando la distribución entre sus tres centros: HU Puerta del Mar, HU Puerto Real y HU Jerez

Resumen de los resultados y conclusiones: El número total de pacientes tratados entre 1999-2017 ha sido de 703. De estos, fueron incidentes en 2017, 40 pacientes (5,7%); El 56,1% son hombres y la edad promedio es de 58,08 ± 15,8 (47,78 % en el intervalo de los 61 a más de 80 años). Si analizamos la incidencia promedio del periodo por millón de habitantes (ppm), se observa que H.U. Puerto Real lidera la provincia (49 ppm), superando a la media Andaluza (22,8) y de España (27,8), seguido de H.U. Puerta del Mar y Jerez.

Las nefropatías causales más prevalentes fueron la nefropatía diabética (31,49 %) y las glomerulares (16,07%). La nefropatía diabética se mantiene estable durante todo el periodo (en torno al 29%). 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 éxitus (2017: 351,4% y 18,9 % respectivamente).

La causa de muerte más frecuente en todo el periodo es la cardiovascular (40,2%) seguida de las infecciosas (21,4%), sin existir diferencias entre los distintos centros de la provincia.

En cuanto a los factores de riesgo, presentaron en todo el periodo un índice de Charlson bajo el 34%, medio el 32% y alto el 33,9%, sin haberse encontrado diferencias significativas entre los centros. La diabetes mellitus ha ido aumentando en todo el periodo desde el 25 al 30% de los casos en 2017, habiéndose encontrado diferencias significativas entre los centros, con más diabéticos en HU Puerta del Mar y Puerto Real. Con respecto a la enfermedad cardiovascular (Insuf. Cardíaca, Vasc. Cerebral, Vasc. Periférica, cardiopatía isquémica) está presente en el 56% de los pacientes, sin encontrarse diferencias entre centros. Si analizamos cada una de sus variantes, solo encontramos diferencias entre centros en la insuficiencia cardíaca, más frecuente en Hospital de Jerez.

En conclusión, la enfermedad cardiovascular está presente en nuestros pacientes siendo la causa más frecuente de muerte como ocurre en otros territorios españoles.

66 ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD

M. SÁNCHEZ-AGESTA MARTÍNEZ¹, S. SORIANO CABRERA¹, I. ANSIO VAZQUEZ¹, E. ESQUIVIAS DE MOTTA¹, M. RODRIGUEZ PORTILLO¹, A. MARTÍN MALO¹, P. ALJAMA GARCÍA¹

¹UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) supone problema de salud muy importante con creciente morbilidad y primera causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Un porcentaje elevado de pacientes se convierten en refractarios al tratamiento diurético (IC Refractaria). La ultrafiltración peritoneal ha mostrado resultados alentadores como tratamiento de la Insuficiencia cardíaca congestiva. El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la eficacia de la ultrafiltración peritoneal en pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento convencional.

Material y métodos: Estudiamos de forma retrospectiva desde Enero de 2012 a Diciembre de 2017 pacientes con IC en programa de diálisis peritoneal en nuestra Unidad. Utilizamos la Técnica manual con un intercambio de icodextrina de 1500-2000 ml con un tiempo de permanencia larga. Analizamos variables demográficas, clínicas, parámetros ecocardiográficos y tasa de hospitalización en estos pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 10 pacientes en el estudio. La mediana de seguimiento fue 2,2 años. El 90% eran hombres. La media de edad fue de 73,5 +/- 8 años. El 100% eran hipertensos y el 80% diabéticos. La etiología de cardiopatía fue isquémica en 5 pacientes, miocardiopatía dilatada en 2, lesión aórtica en 2 y cardiopatía hipertensiva en un caso. La media de UF diaria fue de 610 cc. No hubo diferencias significativas en el filtrado glomerular, Peso, diuresis, FEVI, PASP antes del inicio de la terapia y al final del seguimiento. De acuerdo a la clasificación de NYHA, hubo una mejoría significativa en la clase funcional de 3.5 a 1.8 antes del tratamiento y actual (p=0.007). El número de ingresos fue significativamente menor tras el tratamiento (6.1 vs 1.7, p=0.02). Dos pacientes fallecieron en el seguimiento tras 3 y 3,5 años de inicio de tratamiento.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra una mejoría clínica y disminución en número de ingresos en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva sometidos a ultrafiltración peritoneal. Esta técnica debería ser considerada como terapia para mejorar el manejo de volumen en estos pacientes.

Tabla 1. Evolución variables clínicas.

	Antes del tratamiento	Actual	p
Peso (kg)	78.6	76.1	0.4
Diuresis (cc/24h)	1560	1660	0.45
FG(ml/min)	30.8	32.7	0.26
FEVI (%)	37.4	39.2	0.51
PASP (mmHg)	43.2	40.2	0.2
NYHA	3.5	1.8	0.007
Nº Ingresos	6.1	1.7	0.02

67 EXTRUSIÓN QUIRÚRGICA DEL DACRON EN NUESTRA UNIDAD

M. CUFÍ VALLMAJOR¹, M. CUXART PEREZ¹, M. PICAZO SANCHEZ¹, R. SANS LORMAN¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL DE FIGUERES (FIGUERES)

Introducción: Las infecciones del orificio del catéter son frecuentes en pacientes en diálisis peritoneal que en ocasiones conllevan a la retirada del catéter o a peritonitis. La técnica de extrusión quirúrgica del dacron externo ("cuff") es una opción en pacientes con infección crónica o recidivante del orificio sin modificar la posición del catéter intraperitoneal, evitando la interrupción del tratamiento dialítico y el recambio del catéter peritoneal.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se analizaron las extrusiones del dacron realizadas en nuestro centro desde la implantación del programa de diálisis peritoneal.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de diálisis, vida media del catéter hasta la extrusión, germen responsable, existencia de peritonitis concomitante, evolución a peritonitis, frotis nasal, motivos de salida del programa y tiempo de seguimiento desde la extrusión.

Resultados: En nuestro centro la tasa de infecciones de orificio ha sido de 0.25 episodios/paciente/año y de peritonitis 0.16 episodios/paciente/año el 2017.

Desde el 2007 al 2018 se han tratado 55 pacientes en diálisis peritoneal. Se practicó la extrusión del cuff de forma quirúrgica por infección del orificio/túnel en 6 pacientes (10.9%) sin complicaciones intraoperatorias. Se efectuaron en infecciones crónicas o agudas recidivantes del orificio/túnel. La edad media fue de 56 años, 50% varones y 66% en programa de DPCA. El tiempo medio desde la colocación del catéter hasta la extrusión quirúrgica fue de 427 días (14 meses). Los gérmenes involucrados fueron: Staphylococcus xyloxis(1) y aureus (2), Pseudomona aeruginosa y Serratia marcescens (2). Frotis nasales negativos en todos los casos. Ningún paciente presentó peritonitis concomitante con la infección del orificio/túnel. La curación fue del 100% de los casos pero reinfección en 1 paciente y otro presentó peritonitis con gérmenes diferentes. En los últimos dos casos descritos destaca IMC elevado y obesidad troncular que al realizar la extrusión del cuff quedaba impactado en la piel.

Los motivos de la retirada del catéter fueron: trasplante renal (2), reinfección por otro germen (1), éxitus de causa ajena a la infección del orificio (1). El tiempo de seguimiento medio del catéter fue de 194 días desde la extrusión.

Conclusiones: La cirugía de extrusión del cuff fue exitosa en el 100% de los casos pero en los pacientes con obesidad troncular se observaron complicaciones secundarias a esta. Consideramos que es un tratamiento válido con poco riesgo quirúrgico y sencillo que evita el recambio del catéter peritoneal.

Resúmenes

Dialísis peritoneal

68 HIDROTORAX ASOCIADO A LA IMPLANTACIÓN LAPAROSCOPICA DE CATÉTERES PERITONEALES

N. DEL CASTILLO¹, M.J. REGUERA¹, M. FROMENT¹, R. PEREZ¹, V. DOMINGUEZ¹, O. SIVERIO¹, J.M. SANCHEZ², E. GALLEGO¹, A. RIVERO¹, M. M¹

¹NEFROLOGIA. HUNS DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE);²CIRUGÍA GENERAL. HUNS DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

El catéter peritoneal y su adecuado funcionamiento constituyen uno de los elementos fundamentales para obtener una diálisis peritoneal adecuada. La forma de implantación del catéter puede realizarse de manera percutánea o laparoscópica, esta va a depender de las características anatómicas de paciente y de la necesidad de conseguir su adecuado posicionamiento. La vía laparoscopia es una técnica generalizada, segura y que permite la colocación precisa del catéter. Presentamos 3 pacientes que desarrollaron hidrotórax tras la implantación de catéter de diálisis peritoneal por vía laparoscópica.

Material y Método: Análisis de todos los pacientes que han sido sometidos a colocación de catéter de diálisis peritoneal, percutánea (VP) y laparoscópica (VL) en nuestro centro durante el último año. Se estudiaron datos demográficos, enfermedad de base, y las características técnicas del procedimiento.

Resultados: Se implantaron 26 catéteres en 26 pacientes. VP: 6 catéteres (26%) en 6 pacientes, 3 hombres y 3 mujeres, media edad 49 a (33-59 a), enfermedad de base: 3 GNF, 2 DM y 1 PQHR. VL: 17 catéteres (74%) en 17 pacientes, 9 hombres y 8 mujeres, media de edad 50.1 a (28- 79 a), enfermedad de base 5 GNF, 5 DM, 4 PQHR y 3 No Filiada. Los IMC en ambos grupos fueron similares. Todos los casos de VL se realizaron 3 incisiones y las presiones intraabdominales de CO2 fueron de 15mmHg. Las infusiones se iniciaron a los 20-46 días posquirúrgico. En 3 pacientes por vía L presentaron hidrotórax en los 3 meses tras iniciar la DP. Edades 28, 38 y 68 años, todos varones, 2 PQHR y 1 DM. El síntoma de aparición fue la disnea y los problemas de drenaje. En todos los casos fueron en el hemitórax derecho y se confirmaron mediante toracocentesis y gammagrafía. Todos fueron transferidos a hemodiálisis.

Conclusiones: El hidrotórax es una complicación poco frecuente de la DP, generalmente no amenaza la vida, pero en la mayoría de los casos supone el abandono de la técnica. La presencia de comunicaciones congénitas transdiafragmáticas asociado el empleo de altas presiones positivas durante la colocación del catéter intraabdominal parece ser una de las causas del hidrotórax. Tras estos casos se ha disminuido la presión de CO2 a 11mmHg sin la aparición de nuevos casos.

69 IMPACTO DEL AUMENTO EN LA ELECCION DE DIÁLISIS PERITONEAL COMO TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA. PROYECTO DE IMPULSO DE DIÁLISIS PERITONEAL

SC. JIMÉNEZ MENDOZA¹, MA. MUNAR VILA¹, MG. URIOL RIVERA¹, Y. SATO¹, M. MONTANER PIZA¹, C. EGEA SANCHO¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA/ESPAÑA)

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una técnica renal sustitutiva en crecimiento, debido a que proporciona una mayor autonomía a los pacientes, una posible mayor supervivencia. La optimización de recursos humanos con el fin de impulsar la elección de esta técnica como modalidad de terapia renal sustitutiva (TRS) podría asociarse a un aumento en el número de pacientes. Describimos la experiencia en nuestro centro tras implementación del Proyecto de Impulso a la Diálisis Peritoneal (PIDP).

Material y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, observacional de los cambios en la proporción de pacientes en programa de DP desde la creación del PIDP (enero/2013) y diciembre 2017. Este PIDP abarca las consultas externas de ERCA, una unidad de enfermería para información detallada de DP y la unidad de DP. Se analizaron el global de pacientes y aquellos pacientes en DP por insuficiencia cardiaca refractaria (DP-ICr). Los cambios en proporciones se evaluaron mediante test de c2.

Resultados: La edad media fue 65 años, El 35% fueron mujeres. El porcentaje/año de pacientes en DP aumentó desde el inicio del PIDP primero del 23 al 49, 66, 66 y 68% por cada año evaluado respectivamente. Los cambios fueron significativos desde el primer año (P < 0.001). Respecto al basal, al final del estudio se apreció un aumento porcentual de 295%. En el grupo DP-ICr: el porcentaje de pacientes/año fue 22, 42, 53, 60 y 62% respectivamente (P= 0.013), que indica un aumento porcentual al final del estudio respecto al basal del 281%.

Conclusión: La implementación del PIDP permitió un importante incremento en el porcentaje de pacientes en DP, siendo en la actualidad la modalidad de TRS más frecuente en nuestro medio. Los beneficios en salud justifican la implementación de un PIDP.

Figura 1.



70 ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO PROFILÁCTICO DE ÁCIDO FUSÍDICO Y TOBRAMICINA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE ORIFICIO DE SALIDA DEL CATÉTER PERITONEAL

A. CALVO ESPINOLA¹, M. PRATS VALENCIA¹, M.J. OLIETE MATHIOUX¹, Y. BENITO GARCIA¹, P. MEJIA NAVAS¹, A. MARTINEZ VEA¹, R. FONT FONT¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL JOAN XXIII (TARRAGONA/ESPAÑA)

La infección del orificio de salida del catéter peritoneal es uno de los principales factores de riesgo relacionados en el desarrollo de peritonitis y es una de las principales causas de retirada del catéter. El objetivo mayoritario de las estrategias preventivas es reducir la incidencia de infecciones del orificio y por ello las guías clínicas, recomiendan el uso diario de antibioterapia tópica en dicho orificio, siendo la mupirocina y la gentamicina los más recomendados. No existen estudios en los que se utilice el ácido fusídico, tratamiento que tiene una potente actividad superficial y una extraordinaria capacidad de penetración en piel intacta, y es eficaz en casi todas las cepas de *Staphylococcus aureus*. Objetivo: Comparar la incidencia de infección de orificio de salida de catéter en dos grupos de pacientes que inician diálisis peritoneal tratados con ácido fusídico o tobramicina. **Material y Método:** Se trata de un estudio, prospectivo, aleatorio, incluyendo pacientes, mayores de 18 años, con insuficiencia renal crónica terminal que iniciaron la técnica de DP desde febrero de 2016 hasta marzo de 2018. El número total de pacientes fue de 33. La colocación del catéter peritoneal se realizó mediante laparotomía, utilizándose el catéter auto-posicionante con punta de tungsteno. 15 pacientes fueron asignados al grupo de ácido fusídico y 18 al grupo de tobramicina. El antibiótico tópico, se inició una vez que los pacientes se realizaban las curas en domicilio. Se realizaron visitas médicas periódicas, evaluando el aspecto del orificio, siguiendo los criterios de Twardowski. **Resultados:** de los 33 pacientes incluidos, a los 25 meses de seguimiento quedaron 18 pacientes (4 Trasplantados renales, 4 Exitus 5 Tránsito a hemodiálisis por causa no infecciosa y 1 traslado de domicilio). Del total de pacientes incluidos en el estudio, no se detectó ninguna infección del orificio de salida en ningún grupo de tratamiento. **Conclusiones:** El tratamiento tópico con ácido fusídico y tobramicina es efectivo en la prevención de las infecciones de orificio de salida, no encontrando diferencias entre ellos, pudiendo ser una alternativa eficaz a la mupirocina.