

pan 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.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.015>

### Características y complicaciones relacionadas con las técnicas continuas de reemplazo renal en pacientes con fracaso renal en UCI

Elena Astudillo Cortés, Alba Rivas Oural, Minerva Rodríguez García, Lara Marques Álvarez, Pedro Vidau Argüelles, María Dolores Escudero, María del Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

**Objetivo:** Conocer las características de los pacientes con fracaso renal que recibieron tratamiento con técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) en la UCI polivalente y describir las complicaciones asociadas.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyó a todos los pacientes mayores de edad que ingresaron con fracaso renal (RIFLE) y que recibieron terapia con TCRR (1/01/2015 a 31/12/2015). Se excluyeron coronarios. Se recogieron variables demográficas, clínicas (APACHE II), tratamientos y complicaciones.

**Resultados:** Sesenta y ocho pacientes. Edad media: 64 años. Varones: 68%. La causa más frecuente de ingreso fue la sepsis (31%). APACHE II medio: 26. La TCRR más utilizada fue la HDFVVC, que se inició precoz y se mantuvo como media 9 días. Los niveles medios pre-terapia de creatinina y urea fueron 4,2 y 134 mg/dl, respectivamente. El 97% recibieron antibióticos, el 90% vasopresores y el 81% VM. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con la terapia fueron: metabólicas (96%), anemia (92%), trombopenia (69%), shock (69%), hipotermia (64%), coagulopatía (53%), arritmias (46%), acceso vascular (23%), infección (6%) y trombosis del catéter (1,5%). La hipo-Na fue la alteración metabólica más frecuente, seguida de hipo-K e hipo-P. El 82% de los pacientes se transfundieron: CH (76%) y plaquetas (37%). La FA fue el trastorno del ritmo más frecuente. El 16% precisaron al menos un reemplazo del catéter venoso y el 65% un cambio de filtro porque se coagularon. El 66% de los pacientes que sobrevivieron mantuvieron el fallo renal al alta de UCI. Precisaron HD intermitente un 19%.

**Conclusiones:** Los pacientes con fracaso renal que precisan TCRR en UCI son varones de edad media que ingresan muy graves a causa de una sepsis. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con la terapia son metabólicas y hematológicas. Las relacionadas con el catéter son raras. Son pocos los pacientes que precisan continuar con terapias intermitentes al alta.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.016>

### Retirada de catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis: una forma fácil y menos agresiva

Elena Astudillo Cortés, J. Emilio Sánchez Álvarez, Luis Morán Fernández, Azucena Martínez Villoria, Carmen Fernández Merayo, Minerva Rodríguez García, Pedro Vidau Argüelles, Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

**Introducción:** La retirada del catéter venoso central (CVC) tunelizado yugular es un proceso cruento, agresivo para el paciente y laborioso. Desde hace dos años en el Hospital Universitario Central de Asturias estamos poniendo en práctica una nueva técnica para la retirada de CVC tunelizado yugular. Esta técnica se basa en la colocación adecuada (en región del Cuff) de anestesia local, la tracción continua y en el mismo ángulo del orificio de salida y compresión de 15 min tras la extracción del CVC. Es un procedimiento que apenas dura 30 min y no requiere sutura.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes a los que se les retiró el CVC tunelizado yugular, y ver si se dieron complicaciones con el fin de protocolizar dicha técnica.

**Material y método:** Desde enero de 2016 a marzo de 2018 se retiró CVC tunelizado a 32 pacientes: el 93,9% yugulares derechas y el 3% izquierda. El tiempo medio de portar el CVC fue de  $41,8 \pm 10$  meses (un paciente, 100 meses). El tiempo medio de procedimiento fue  $31 \pm 11$  min. Edad media:  $61,5 \pm 13,6$  años. Varones: 75,8%. La etiología de enfermedad renal crónica más frecuente fue la nefropatía diabética (24,2%), igualada con glomerulopatía (24,2%). El 36,3% eran diabéticos. La causa de retirada de CVC más frecuente fue ser trasplantado (39,4%) y paso a diálisis peritoneal (18,2%). El 18,2% estaban anticoagulados y se retiró anticoagulación en los 7 días previos. El 42,4% estaban antiagregados, con retirada 24 h. El 36,4% recibían tratamiento inmunosupresor (tacrolimus), un 33,3% corticoides, y ninguno rapamicina. Respecto al tipo de CVC, el más frecuente fue el Split III (51,5%). Solo el 3% tenían signos de infección. El cultivo de la punta fue negativo en el 69,7%, y en el 9,1% crecía *S. epidermidis*. En ningún paciente se presentaron complicaciones.

**Conclusiones:** La retirada de CVC tunelizado en un método cruento y agresivo para los pacientes. Dado que en la mayoría de los casos se realiza en pacientes que reciben trasplante renal, es muy importante llevar a cabo este procedimiento de la forma menos dañina y con mínima manipulación para evitar infecciones. Por otro lado, esta técnica es rápida (media  $31 \pm 17$  min), pudiendo dedicar tiempo a otros procedimientos.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.017>