

Peritonitis fúngicas en pacientes en diálisis peritoneal: nueva historia en más de veinte años

Elena Astudillo Cortés, J. Joaquín Bande Fernández, J. Emilio Sánchez Álvarez, Beatriz Peláez Requejo, Mónica Fernández Pérez, Reyes Fernández Díaz, Miguel Núñez Moral, Aurora Quintana Fernández, Isabel González Díaz, María de Carmen Rodríguez Suárez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Introducción: Las peritonitis fúngicas (PF) son poco frecuentes en diálisis peritoneal (DP), pero asocian un peor pronóstico y mayor mortalidad que las bacterianas. Hasta el momento los factores predisponentes y su tratamiento no están esclarecidos.

Hipótesis de trabajo/objetivos: Describimos las características de los pacientes con PF. Valoramos causas potencialmente modificables que condicionan la aparición de PF.

Material y método: Revisamos retrospectivamente los casos de PF a lo largo de 25 años en un total de 870 pacientes DP: características demográficas, antecedentes patológicos, causas de inmunosupresión, variables asociadas a técnica, existencia de infecciones y vinculadas con PF.

Resultados: Detectamos 12 episodios de PF. Edad media: 70 años. 50% eran varones, tenían sobrepeso (IMC 25,23). 33% diabéticos. La etiología de ERC más frecuente fue la nefroangiosclerosis (33,3% vs nefropatía DM 25%). Albúmina: 2,7 g/dl, pero no se correlacionó con PF ($p=0,6$). Tiempo en DP: 4 años; cuanto más tiempo en DP, más riesgo de PF ($p=0,010$). El 91,7% CAPD; el 66,7% realizaban 3 intercambios y la mitad usaban icodextrina; no encontramos asociación de uso de icodextrina con PF ($p=0,77$). La CAPD asocia riesgo a desarrollar PF ($p=0,006$), mayor con más intercambios ($p<0,042$). El 50% asociaban infección del OS, mayoritariamente *S. aureus* (16,7%) y *Pseudomonas* (16,7%). Las peritonitis bacterianas previas fueron 66,7% por *S. aureus*, no se asoció con PF ($p=0,38$). La etiología más frecuente fue *Candida albicans* (58,3%, $p=0,023$), seguida de *C. parapsilosis* (16,7%). Habían recibido profilaxis con fluconazol el 58,3%. A todos ellos se les retiró el catéter de DP ($p=0,006$).

Conclusiones: La PF es una complicación infrecuente. Ocurre en mayor parte en pacientes que llevan un período prolongado en programa de DP, con mayor riesgo cuantos más intercambios realicen. Proponemos aumentar los reentrenamientos como medida de protección.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.018>

Consulta de enfermedad renal crónica avanzada: ¿influye la educación sanitaria sobre la modalidad de tratamiento elegido?

Elena Astudillo Cortés, Alba Rivas Oural, J. Emilio Sánchez Álvarez, Minerva Rodríguez García, Pedro Vidau Argüelles, María del Carmen Rodríguez Suárez, María del Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Introducción: Uno de los objetivos principales en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es mejorar

la preparación psicológica y física de los pacientes para su entrada en diálisis. Tenemos herramientas de ayuda para la toma de decisión de la técnica de tratamiento renal sustitutivo (HATD) y tratamos de caminar hacia una decisión compartida.

Hipótesis de trabajo/objetivos: Valorar la existencia de causas potencialmente modificables que condicionan la elección TRS en los pacientes con ERCA y conocer la posible influencia de la educación sanitaria sobre la modalidad de tratamiento.

Material y método: Observacional, retrospectivo-transversal de pacientes que recibieron información de modalidades de TRS en la consulta de ERCA del 1/1/2015 al 31/12/2016.

Analizamos: edad, sexo, etiología de ERC, hipertensión/diabetes, eventos cardiovasculares, hábitos tóxicos, índice de Charlson, número de consultas ERCA, nivel de estudios, actividad laboral, nivel social, estado civil, apoyo familiar, técnica elegida, inicio en técnica elegida, permanencia en la técnica e inicio programado. **Analíticas:** función renal (MDRD) primera consulta ERCA, hemoglobina, proteinuria, calcio, fósforo y PTH.

Resultados: De 208 pacientes atendidos en la consulta ERCA, fueron informados de TRS 93 (44,7%). Iniciaron TRS 65 (31,25%). La hemodiálisis (HD) fue elegida por el 53% vs diálisis peritoneal (DP) 36%; 8% tratamiento conservador; el 3% recibieron trasplante renal de donante vivo anticipado. El 21% de los que se habían decantado por DP iniciaron HD y pasaron posteriormente a la técnica elegida. Los pacientes activos elegían DP (60%) vs HD (33%) ($p=0,06$). Sin diferencias significativas: sexo, apoyo familiar, estado civil, inicio programado, permanencia en técnica elegida y número de consultas. Edad: 67 ± 17 años, 71% varones. Etiología de ERC más frecuente: nefrosclerosis 37% vs diabética 17%, HTA 93% vs diabéticos 34%.

Conclusión: Las HATD son útiles en nuestra población. Objetivamos una tendencia importante en el grupo que eligió DP a presentar una mayor actividad laboral vs grupo de HD ($p=0,06$).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.019>

Experiencia con tolvaptán en PQRAD tras 18 meses de tratamiento

Lourdes González Tabarés¹, Carmen Cobelo Casas¹, Jamsen Quispe¹, Sonia Cillero Rego¹, Alba María García Enríquez¹, Pablo Otero Alonso¹, Jorge González Ramírez¹, Secundino Cigarrán Guldriés², María Luisa García Merino¹, Jesús Calviño Varela¹

¹ Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

² Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

Paciente de 32 años, HTA desde los 22 años en tratamiento con tres fármacos y poliquística. Herencia materna con inicio de diálisis precoz, y actualmente trasplantada renal. Afecta por el gen policistina 1.

Ingresó en julio de 2016 por quiste complicado con deterioro de la función renal basal, que por otra parte estaba ya en periodo evolutivo de deterioro progresivo, con declives anuales de aproximadamente 5 ml/año.

Se realizó resonancia para volumetría renal y proponerle tratamiento con tamaño renal de riñón derecho de 255 mm craneocaudalmente y volumen de 1.703, y en riñón izquierdo 249,1 mm y volumen de 1.997 ml. Volumen total de 3.967 ml.

En marzo de 2017, con FG estimado por CKD-EPI de 42 ml/min, declive de función renal y clase 1E en volumen renal con RMN en la predicción de rápida progresión; se propuso para tratamiento con tolvaptán, que inició a dosis de 45-0-15 mg, y se fue titulando la dosis mensualmente hasta dosis máxima de 90-0-30 mg.

La evolución desde el inicio de tratamiento fue con el deterioro fisiológico establecido en ficha técnica, pasando tras tres meses de tratamiento y titulación a dosis máxima a 31,21 ml/min

Tras 18 meses el FGe por CKD-EPI continúa en 30,67 ml/min.

No hubo complicaciones quísticas ni alteración en transaminasas; elevación discreta del ácido úrico sin clínica; los efectos acuareáticos fueron los habituales, con poliuria de 7 l/día y nicturia, que tras meses de tratamiento controla con una sola vez. No dificultad en la conciliación laboral, con frecuencia miccional diurna cada dos horas.

Al año se realiza resonancia de control aún sin indicación, evidenciándose disminución de volumen en riñón derecho de 1.703 a 1.682 y en el riñón izquierdo de 2.095 a 2.044 ml; se aprecia discreta disminución de tamaño de los quistes dominantes de ambos riñones medidos en el estudio previo, de aproximadamente 4,3 cm en riñón derecho (5,3 en el estudio previo) y 4,2 cm en el riñón izquierdo (5 cm en estudio previo).

Conclusión: Tras la aprobación de ficha técnica de tolvaptán por la EMA en mayo de 2015 se aprobó en España su uso en marzo de 2017 para enlentecer la progresión del volumen quístico y de la insuficiencia renal en la PQRAD en adultos con ERC estadio 1-3.

En nuestra experiencia, tras 18 meses de tratamiento la evolución es positiva, con enlentecimiento del volumen y del deterioro de la función renal.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.020>

Niveles plasmáticos de sodio (NpNa) como marcadores de riesgo en pacientes que inician tratamiento con diálisis peritoneal (DP)

Leticia García Gago, Luis Bravo González-Blas, Daniela Astudillo, Ana Rodríguez-Carmona, Teresa García-Falcón, Miguel Pérez Fontán

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

La hiponatremia es un factor de morbimortalidad en la población general y en pacientes con enfermedad renal crónica. El significado pronóstico de alteraciones menores en la natremia ha sido menos estudiado. En 748 pacientes incidentes en DP (edad 59, 40,6% mujeres, 35,2% diabéticos, Charlson 3,7) analizamos el significado pronóstico de los NpNa un mes antes del inicio del tratamiento, así como de la media de valores en los tres primeros meses en DP (mediana 3 estimaciones, amplitud 1-4) y la variación de NpNa entre fase pre-DP y primeros meses de tratamiento (variables de estudio). Estudiamos

también el perfil demográfico y clínico de NpNa en ambas situaciones. Estadística mediante regresión lineal (perfil de NpNa), Kaplan Meier y Cox (supervivencia, variable pronóstica).

NpNa prediálisis mostraron correlación independiente directa con filtrado glomerular GFR ($p=0,001$), edad ($p=0,023$), índice de masa corporal ($p=0,023$), albúmina plasmática ($p=0,065$) y tratamiento con furosemida ($p=0,023$), e inversa con Charlson ($p=0,006$). En particular, un antecedente de insuficiencia cardíaca fue un marcador muy consistente de NpNa más bajos ($p<0,0005$). En cuanto a los NpNa medios en los primeros meses en DP, el perfil predictivo fue similar, añadiéndose el uso de icodextrina ($p=0,001$) y niveles menores de hemoglobina ($p=0,011$) como marcadores de NpNa más bajos. Por último, fueron marcadores independientes de descenso de NpNa tras el inicio de DP mayor edad ($p=0,008$), DP con icodextrina ($p=0,003$) y tratamiento con diuréticos de asa ($p=0,015$).

El análisis univariante (Kaplan-Meier) mostró una relación nítidamente escalonada entre NpNa preDP o medios en los primeros meses (categorizados por cuartiles), por un lado, y riesgo de mortalidad, por otro ($p<0,0005$). Sin embargo, el análisis multivariante mostró que, tras ajustar para comorbilidad y GFR, el valor predictivo de los NpNa se reducía considerablemente. Solo niveles en el cuartil bajo de NpNa preDP se mantenían como factor independiente de riesgo de mortalidad ($p<0,001$ respecto a cuartil mayor).

Los NpNa antes del inicio o durante los primeros meses de tratamiento muestran una potente asociación, en todo su rango, con el riesgo de mortalidad en DP. Esta relación está mediada, en su mayor parte, por la asociación entre natremia, GFR y comorbilidad. El uso de icodextrina apareja NpNa ligera pero sistemáticamente más bajos en pacientes en DP.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.021>

Hipertensión arterial en hemodiálisis, ¿alcanzamos los objetivos?

Delfina Yetman Almirón, José Sobrado Eijan, Jeanette Fernández Cusicanqui

FRIAT Os Carballos, Vigo, Pontevedra, España

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo cardiovascular de vital trascendencia en pacientes con ERCT. La prevalencia de hipertensión en hemodiálisis es muy elevada (86%), e incluso los pacientes bajo tratamiento están mal controlados (58%). Su valoración es compleja, debiendo considerar los componentes dependiente e independiente de la sobrehidratación.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo no intervencionista en pacientes de hemodiálisis. Criterios inclusión: 18 y 90 años de edad, 2 o más meses en hemodiálisis crónica con: diagnóstico de HTA previo, tratamiento farmacológico actual y/o registros intradiálisis medios mayores 135/85 mmHg en las últimas 6 sesiones. Criterios de exclusión: ingreso hospitalario, episodios de insuficiencia cardíaca congestiva 15 días previos, no colaboración.

Objetivos: Evaluación del control tensional de población hipertensa del centro, concordancia entre registros