

407 EL USO DE TAULOLIDINA EN CASOS DE PERITONITIS RECIDIVANTE EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

L. DEL RÍO GARCÍA¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ², C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, R. GARCÍA CASTRO¹, JJ. BANDA FERNÁNDEZ¹, C. MERINO BUENO¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, B. PELÁEZ REQUEJO¹
¹NEFROLOGÍA, HUCA (OVIEDO)

Introducción: Las peritonitis recidivantes y recurrentes son causa frecuente de retirada de catéter peritoneal, siendo las bacterias más comúnmente implicadas el *S. epidermidis* y *S. aureus*. Se asocian con la formación de biofilms, permitiendo que las bacterias queden acantonadas, dificultando el acceso de los antibióticos. Se ha estudiado el papel de la Taulolidina en la prevención de infecciones de catéteres venosos centrales en pacientes en Hemodiálisis, pero apenas hay referencias en cuanto al uso en DP.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la Taulolidina para reducir la incidencia de peritonitis recidivantes y recurrentes. **Material y métodos:** Estudio observacional longitudinal donde analizamos los episodios de peritonitis antes y después de la administración de Taulolidina en 6 pacientes con peritonitis repetidas y recidivantes. Se realizó sellado del catéter con Taulolidina al 2%, con un volumen calculado según medida del catéter y prolongador, con una permanencia de 12 horas, 2 veces a la semana durante un mes.

Resultados: Los pacientes que se evaluaron se muestran en la Tabla. Consideramos el número de episodios en los últimos 6 meses previos al tratamiento y en los meses posteriores. Encontramos un descenso significativo en la tasa de peritonitis tras el tratamiento con Taulolidina (2,6 vs 0,2 episodios/paciente/6 meses, P 0,015). Solo una paciente presentó un episodio de peritonitis, la cual venía de un segundo trasplante, y todavía estaba con inmunosupresores. Ningún paciente presentó efectos secundarios, incluyendo dolor con la infusión y reacción alérgica.

Conclusiones: El sellado del catéter peritoneal con Taulolidina en los casos de peritonitis repetidas y recidivantes, es útil en cuanto a la reducción drástica de estas complicaciones. Además ha demostrado ser seguro. Serían necesarios estudios más amplios que evaluaran la eficacia en las peritonitis recurrentes por otros gérmenes, así como un mayor tiempo de seguimiento para comprobar que este efecto se prolonga en el tiempo.

■ Tabla.

Sexo Edad	Nefropatía	Tiempo inicio DP-tto	Episodios peritonitis*1	Gérmenes	Tiempo de seguimiento tras tto*2	Peritonitis tras tto?	Desenlace
Varón 44 a	GN membranosa	51m	5 en total (2 en los últimos 6m)	<i>S. epidermidis</i> : 1 <i>S. aureus</i> : 4	6m	NO	Trasplante
Mujer 49a	Intersticial	60m	11 en total (4 en los últimos 6m)	<i>S. epidermidis</i> : 9 <i>S. aureus</i> : 1 Otros: 1	21m	NO	Pasa a HD
Varón 55 a	GN mesangiocapilar	104m	4 en total (2 en los últimos 6m)	<i>S. epidermidis</i> : 3 Cultivo neg: 1	12m	NO	Paso a HD
Mujer 85 a	NAE	80m	8 en total (2 en los últimos 6m)	<i>S. epidermidis</i> : 5 Otros: 2 Cultivo neg: 1	5m	NO	Exitus (IAM)
Mujer 58 a	GN mesangiocapilar	6m	4 en total (4 en los últimos 6m)	<i>S. epidermidis</i> : 2 Otros: 2	1m	SÍ	Peritonitis por <i>S. epidermidis</i>
Varón 62 a	GN mesangiocapilar	20m	3 en total (2 en los últimos 6m)	<i>Micrococcus luteus</i> : 2 <i>Neisseria</i> : 1	3m	NO	Sigue

*1. Episodios de peritonitis: se muestra el nº total de episodios de peritonitis desde el inicio de la DP hasta que se administra la Taulolidina, y entre paréntesis el nº de episodios solo en los últimos 6 meses. *2. Tiempo transcurrido desde el tratamiento con Taulolidina hasta el desenlace (episodio de peritonitis, cese de DP por trasplante, paso a HD o exitus)

408 SALUD SEXUAL EN PACIENTES EN DIÁLISIS DOMICILIARIA: LA GRAN OLVIDADA

L. RODRÍGUEZ-GAYO¹, G. DEL PESO¹, MA. BAJO¹, H. GARCÍA-LLANA¹, S. AFONSO¹, R. SELGAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: La disfunción sexual (DS) es una entidad altamente prevalente en pacientes en diálisis. Existen pocos estudios sobre los factores implicados en la misma y sobre las opciones terapéuticas en estos pacientes. Para estudiar su prevalencia en nuestra población en diálisis domiciliaria realizamos un estudio transversal y analizamos posibles variables médicas y psicosociales asociadas a la misma.

Material y métodos: Se recogieron parámetros clínicos y analíticos y se realizó una encuesta anónima que incluyó: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), Índice Internacional de Disfunción Eréctil (IIFE) y medidas de autoinforme (ad-hoc) sobre la influencia de la diálisis en la esfera sexual de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes prevalentes (61,4% varones), con una edad media de 53 años (rango 29-72). Seis pacientes estaban en hemodiálisis domiciliaria y 38 en DP (55,3% DP automática). El 25% eran diabéticos y el 93,2% hipertensos. Un 70,5% eran activos sexualmente. De los sexualmente activos, el 100% en DPCA respondió que su pauta de diálisis no afectaba negativamente a su vida sexual, frente a un 57,1% de los pacientes en DPA (p=0.01). El 80% de las mujeres presentaba DS y, de los hombres, el 61,5%, con una tasa de disfunción eréctil del 46,2%. Las mujeres con DS tenían una edad media superior (54,2 vs 34,3 años; p=0.012). El 100% de los varones con cardiopatía isquémica tenían DS (p=0.014) y el 90% presentaron sintomatología de ansiedad (p=0.018). La disfunción eréctil se relacionó significativamente con: edad, comorbilidad medida con el Índice de Charlson, diabetes, cardiopatía isquémica y la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con los niveles de hemoglobina, calcio, fósforo o Kt/V. Un 54,5% de los pacientes percibía algún tipo de problema en su salud sexual, aunque solo el 13,6% consultó por este motivo. Un 90,9% de los pacientes totales refirió que los nefrólogos deberíamos informar sobre cómo afecta la diálisis a la salud sexual.

Conclusiones: En pacientes en diálisis domiciliaria existe una alta prevalencia de disfunción sexual, que se asocia a mayor edad y comorbilidad, así como a la presencia de cardiopatía isquémica, ansiedad y depresión. En base a los datos, es fundamental el abordaje multidisciplinar de la salud sexual como parte del cuidado de los pacientes en diálisis.

409 ¿ES ÚTIL LA DEFINICIÓN DE INFECCIÓN PERITONEAL EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN PROGRAMA DE ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL?

JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, E. ASTUDILLO CORTÉS¹, M. NÚÑEZ MORAL¹, I. GONZÁLEZ DÍAZ¹, B. PELÁEZ REQUEJO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

Introducción: La "International Society for Peritoneal Dialysis" establece unos criterios claros para el diagnóstico de infección peritoneal en pacientes en diálisis peritoneal (líquido peritoneal turbio, contaje de más de 100 leucocitos/μl, siendo más del 50% de polimorfonucleares). En los pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria en programa de ultrafiltración peritoneal no es infrecuente la presencia de líquido turbio en ausencia de otros datos de infección peritoneal. No se ha definido si los criterios de infección peritoneal deben ser los mismos en estos pacientes.

Objetivos: Analizar si la existencia de un efuyente peritoneal turbio se corresponde con la presencia de infección peritoneal en una cohorte de pacientes en programa de ultrafiltración peritoneal.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria en programa de ultrafiltración peritoneal. Se analizaron 4 muestras de cada paciente, separadas por 15 días, de forma programada. Se realizaron cultivos bacteriológicos en las muestras que presentaban un recuento leucocitario superior a 100 leucocitos/μl. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes y las proteínas presentes en el efuyente peritoneal.

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes (77% varones, 69±8 años). Se recogieron un total de 64 muestras; de ellas, en 6 muestras (9.4%) procedentes de 5 pacientes, el efuyente peritoneal era turbio. En 3 de de las muestras, el recuento leucocitario fue inferior a 100 leucocitos/μl mientras que en las otras 3 el recuento fue superior (rango 135-315), con polimorfonucleares entre 25 y 66%. En ninguno de los cultivos se obtuvo crecimiento bacteriano. Las muestras con líquido turbio contenían una mayor concentración de proteínas (3,94±0,84 vs 2,18±0,66 gr/L; P 0.014). No hubo relación entre la celularidad y datos clínicos de los pacientes.

Conclusiones: Los criterios clásicos de infección peritoneal no parecen aplicables a la población con insuficiencia cardiaca en programa de ultrafiltración peritoneal. El aumento de la presión venosa intraabdominal puede producir mayor pérdida proteica y paso de células al espacio intraperitoneal que hacen que el efuyente peritoneal pueda ser turbio. Se requieren estudios con más número de pacientes para definir los criterios de infección peritoneal en este grupo de pacientes.

410 IMPACTO POSITIVO DE LA UTILIZACIÓN DE SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL CON ICODEXTRINA SOBRE LA INFECCIÓN PERITONEAL

C. MERINO BUENO¹, L. DEL RÍO GARCÍA¹, JJ. BANDA FERNÁNDEZ¹, R. GARCÍA CASTRO¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, B. PELÁEZ REQUEJO¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. NEFROLOGÍA (OVIEDO)

Introducción: La infección peritoneal sigue siendo causa importante de morbilidad, fracaso de la técnica y mortalidad en los pacientes en diálisis peritoneal (DP). La Icodextrina es un polímero de glucosa de alto peso molecular que se usa como agente osmótico alternativo a la glucosa y adecuado para intercambios diarios de larga permanencia en pacientes en DP. Se han sugerido algunos efectos beneficiosos de la Icodextrina sobre las defensas peritoneales, comparado con otros tipos de soluciones, aunque no todos los autores encuentran esta relación.

Objetivos: Analizar si el uso de soluciones con Icodextrina tiene un impacto positivo en la reducción de la incidencia de infecciones peritoneales en pacientes en DP. También evaluamos los factores que pudieran influir en el desarrollo de peritonitis y la posible aparición de peritonitis estériles potencialmente relacionadas con el empleo de Icodextrina.

Métodos: Revisión sistemática de todas las infecciones peritoneales acaecidas en un único centro durante un periodo de 8 años (2008-2015). Se recogieron variables demográficas, clínicas y tipos de soluciones de DP.

Resultados: Una cohorte de 422 pacientes consecutivos (60 ± 15 años, 66 % varones, 35 % diabéticos, 45 % en DP automatizada) fueron seguidos durante 23 ± 18 meses. Tenían prescrito el empleo de un intercambio de larga permanencia con Icodextrina 220 pacientes (52%). Se registraron 277 episodios de infección peritoneal durante el periodo de estudio (0,46 episodios por paciente-año) que afectaron a 139 pacientes (32,8 %). Las tasas de infección peritoneal fueron menores en el grupo de pacientes que usaban Icodextrina (0,38 vs 0,51 episodios por paciente-año; P 0.016). La edad y la condición de diabético condicionaron también un aumento del riesgo de infección peritoneal. La utilización de Icodextrina se asoció a un 13 % menor riesgo de desarrollar peritonitis tras el análisis multivariante. Esta reducción del riesgo se mantuvo tras el análisis por score de propensión. El tiempo hasta la primera de infección peritoneal fue mayor en el grupo tratado con Icodextrina (825 ± 768 vs 626 ± 592 días; P 0.004). No se detectaron peritonitis estériles que pudieran estar relacionadas con la Icodextrina.

Conclusiones: En nuestra Unidad, aquellos pacientes que usan Icodextrina como parte de su prescripción de DP experimentan una menor tasa de infecciones peritoneales que aquellos pacientes que no las emplean.

Además tardan más tiempo en infectarse. Estos datos sugieren un efecto beneficioso de la icodextrina sobre las defensas peritoneales.

411 FUNCIÓN RENAL RESIDUAL (FRR) AL INICIO DEL TRATAMIENTO Y SU RITMO DE DECLIVE INTERACCIONAN A LA HORA DE DEFINIR EL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

A. RODRIGUEZ-CARMONA¹, C. REMON RODRIGUEZ², M. BORRAS SANS³, E. SANCHEZ ALVAREZ⁴, P. QUIROS GANGA⁵, C. RODRIGUEZ SUAREZ⁶, M. PEREZ FONTAN⁷
¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR (CADIZ), ³NEFROLOGIA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA), ⁴NEFROLOGIA. HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ⁵NEFROLOGIA. HOSPITAL PEURTA DEL MAR (CADIZ)

FRR al inicio de diálisis y su ritmo de declive son predictores independientes de supervivencia en DP. Sin embargo, la contribución comparada de estos dos factores no ha sido investigada suficientemente. Hemos realizado un estudio multicéntrico, longitudinal, sobre 493 pacientes incidentes en DP con filtrado glomerular (FG, media de aclaramiento de urea y creatinina) ≥ 1 mL/minuto y diuresis ≥ 300 mL/24 horas. Las principales variables de estudio fueron FG al inicio de DP y su ritmo de declive. La variable resultado fue la mortalidad.

Aplicamos técnicas de análisis multivariante, con énfasis en las posibles interacciones entre las variables de estudio, usando como variables de control todas las asociadas con supervivencia en DP.

FG basal y su ritmo de declive se comportaron como predictores independientes de mortalidad. Ambas variables mostraron una correlación moderada ($r^2=0,12$, $p<0,0005$), e interaccionaron claramente, a la hora de predecir mortalidad ($p=0,043$ para término de interacción). Un FG basal bajo seguido de un declive rápido generó el escenario más desfavorable (RR ajustado 3,84, IC95% 1,81-8,14, $p<0,0005$) (Referencia: FG basal > mediana seguido de ritmo de declive < mediana). En general, el ritmo de declive de FG se presentó como un marcador pronóstico más consistente que su valor basal ya que, cuando el primero era indolente, el segundo no conllevaba mal pronóstico (RR 1,17, IC95% 0,81-2,22, $p=0,22$). Desde un punto de vista alternativo, empezar DP con un FG relativamente alto todavía asociaba un alto riesgo de mortalidad, si el ritmo de declive ulterior era relativamente rápido (RR 1,89, IC95% 1,05-3,72, $p=0,028$).

El balance riesgo-beneficio de un inicio más o menos precoz de DP no puede ser evaluado correctamente sin tener en cuenta el ritmo de declive del FG. Esta circunstancia podría contribuir a explicar los resultados controvertidos que se observan al evaluar los beneficios potenciales de un inicio precoz de DP.

412 FACTORES ASOCIADOS A PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD ATEROMATOSA (EAT) ASINTOMÁTICA EN PACIENTES TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL (DP). ANÁLISIS DEL ESTUDIO NEFRONA

M. PEREZ FONTAN¹, M. BORRAS SANS², A. BETRIU IBARS³, JM. VALDIVIELSO⁴, MA. BAJO RUBIO⁵, E. FERNANDEZ⁶
¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (A CORUÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA), ³GRUPO NEFRONA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA), ⁴NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tratados con DP muestran una alta carga ateromatosa al inicio de tratamiento, incluso en ausencia de antecedentes de eventos cardiovasculares. Los factores que predicen la progresión de la EAT en este colectivo no han sido bien definidos. Siguiendo un diseño prospectivo, multicéntrico y longitudinal, analizamos los factores de riesgo para progresión de EAT en 237 pacientes prevalentes (permanencia mínima 3 meses) en DP, de 18-75 años de edad, que no habían presentado eventos cardiovasculares previos al inicio de seguimiento. Se definió la progresión de la EAT por el desarrollo de al menos un evento cardiovascular o la aparición de, al menos, dos nuevas placas en territorios carotídeo y/o femoral en ecografía reglada, a lo largo de un periodo de seguimiento de 24 meses.

De los 237 pacientes que iniciaron el estudio, solo 97 estuvieron disponibles para el análisis final, siendo el trasplante renal ($n=119$) la causa más frecuente de cese del seguimiento. El análisis univariante mostró asociación directa entre progresión de EAT y presencia basal de placas arteriales (ecografía), edad, presión del pulso y nivel basal de proteína C reactiva, y relación inversa con nivel basal de 25OH vitamina D. El análisis multivariante (regresión logística) limitado a factores clínicos identificó edad (OR 1,06, IC95% 1,02- 1,10, $p=0,005$), nivel basal de 25OH vitamina D (OR 0,91, IC95% 0,83-0,99, $p=0,034$), nivel basal de HDL colesterol (OR 0,96, IC95% 0,94-0,99, $p=0,05$) y tercil superior de proteína C reactiva (OR 3,23, IC95% 0,99-11,0, $p=0,053$) como marcadores independientes de progresión de EAT. Cuando se introducían estimaciones objetivas en el modelo, el número de placas basales (OR 1,67, IC 1,24-2,26, $p<0,0005$), la presión del pulso (OR 1,03, IC95% 1,00-1,06, $p=0,039$), el tercil superior de proteína C reactiva (OR 3,76, IC95% 1,34-12,46, $P=0,023$) y el nivel basal de 25OH vitamina D (OR 0,90, IC95% 0,81-1,98, $p=0,031$) mostraron asociación independiente con la variable resultado.

Mayor edad y presencia basal de placas arteriales asintomáticas son los principales marcadores de riesgo de progresión de EAT en pacientes tratados con DP. Nuestros resultados también muestran una asociación consistente entre presión del pulso, niveles basales altos de proteína C reactiva y bajos de 25OH vitamina D, por un lado, y riesgo de progresión de EAT, en estos pacientes.

413 LAS SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL CON ICODEXTRINA TIENEN UN EFECTO BENEFICIOSO SOBRE LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE

AL. VALENCIA PELÁEZ¹, C. MERINO BUENO², L. DEL RÍO GARCÍA³, JJ. BANDE FERNÁNDEZ⁴, R. GARCÍA CASTRO⁵, B. PELÁEZ REQUEJO⁶, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ⁷, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ⁸
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (OVIEDO)

Introducción: La finalidad de cualquier tratamiento es intentar alargar la vida del paciente y que ésta tenga la mayor calidad posible. La Icodextrina es un polímero de glucosa de alto peso molecular usado como agente osmótico alternativo a la glucosa y adecuado como intercambio diario de larga permanencia. La utilización de soluciones de diálisis peritoneal (DP) con Icodextrina consigue un mejor control de la glucemia y de la sobrecarga de volumen. Existen controversias sobre su papel en la supervivencia de la técnica y del paciente en tratamiento renal sustitutivo.

Objetivos: Conocer la influencia de las soluciones de DP con Icodextrina sobre la supervivencia de la técnica y del paciente en una amplia cohorte de sujetos en DP.

Material y métodos: Revisión sistemática de la evolución de todos los pacientes en programa de DP en nuestro centro durante un periodo de 8 años (2008-2015). Se analizaron también variables demográficas, clínicas y relacionadas con la técnica de diálisis. La comorbilidad se registró mediante el índice de Charlson.

Resultados: Finalmente fueron incluidos en el estudio 422 pacientes (60 \pm 15 años, 66% varones, 35% diabéticos, 45% en DP automatizada) con un tiempo medio de seguimiento de 23 \pm 18 meses. La mitad de los pacientes tenían prescrita una pauta de diálisis con un intercambio diario de larga permanencia con Icodextrina (65% de los pacientes en DP continua ambulatoria y 31% de los pacientes en DP automática). Durante el periodo de seguimiento, 49 pacientes (12,2%) fueron transferidos a Hemodiálisis por diferentes causas y 107 (26.6%) fallecieron. El uso de soluciones con Icodextrina no tuvo influencia en la supervivencia de la técnica de diálisis pero sí se asoció de forma independiente a una mejor supervivencia del paciente (HR 0.652, 95%IC 0.523-0.987, P 0.042). Otros factores implicados en la supervivencia fueron la edad (HR 1.029, 95%IC 1.007-1.052, P 0.010) y la comorbilidad (HR 1.192, 95%IC 1.051-1.351, P 0.006). Los pacientes en DP continua ambulatoria sin Icodextrina, tuvieron una peor supervivencia que aquellos en modalidad automática o manual con Icodextrina (HR 0.731, 95%IC 0.589-0.814, P 0.017).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio apoyan la tesis de que el empleo de soluciones de DP con Icodextrina puede tener un efecto beneficioso sobre la supervivencia del paciente en diálisis; el hecho de no haber encontrado un impacto positivo de Icodextrina sobre la permanencia en la técnica podría estar relacionada con el uso generalizado de soluciones biocompatibles y con otros factores no registrados.

414 LA INFLUENCIA DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL (PIP) SOBRE LA UF EN DIÁLISIS PERITONEAL ES RELEVANTE EN LA CLÍNICA

V. PÉREZ DÍAZ¹, S. SANZ BALLESTEROS², E. HERNÁNDEZ GARCÍA³, L. SÁNCHEZ GARCÍA³, V. OVIEDO GÓMEZ⁴, A. PÉREZ ESCUDERO⁵, AL. VALENCIA PELÁEZ⁶, H. MARCOS SÁNCHEZ⁷, I. MONTEAGUDO MARTINEZ⁸, N. FERNÁNDEZ GARCÍA⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID), ²NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA (PALENCIA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA (VALLADOLID), ⁴DEPARTMENT OF PHYSICS. INSTITUTE OF TECHNOLOGY (CAMBRIDGE, MA, USA), ⁵ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID), ⁶ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA (PALENCIA), ⁷ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA (VALLADOLID)

Introducción. Utilizando nuestro método para aumentar la UF en DP, la Diálisis Peritoneal con Concentración Estable (SCPD), observamos una correlación negativa entre el gradiente osmótico y la ultrafiltración. La explicábamos postulando que la rápida UF aumentaría la presión intraperitoneal (PIP), lo cual a su vez frenaría la UF evitando la dilución de la glucosa en el ultrafiltrado. Para demostrar esta hipótesis comparamos aquí intercambios sucesivos con diferente PIP. **Métodos:** En 42 pacientes en DP de 3 hospitales (30 varones, de 59 \pm 12 años (37-81)), realizamos dos intercambios consecutivos, de 2 horas, con glucosa 2.27%, intentando para el primero una PIP alta (2.5L, con el paciente levantado y activo), y para el segundo una PIP baja (1.5L, con el paciente encamado). Antes y después de cada drenaje y llenado peritoneal se midió la PIP en decúbito. En cada intercambio se midió la ultrafiltración y se analizó el efluente. Se obtuvo consentimiento informado de todos los pacientes.

Resultados: Con abdomen vacío la PIP fue 8.2 \pm 4.1 cmH2O (-0.2-17.3); con 2500mL fue 13.8 \pm 4.4 cmH2O (4.5-24), y con 1500mL 11.2 \pm 4.2 cmH2O (0.5-20.5) (pLa UF neta obtenida en el primer intercambio de 2.5L fue 131 \pm 206mL (-400-550), y en el segundo intercambio de 1.5L de 192 \pm 145mL (-49-550) (p NS). Pero en porcentaje del volumen infundido, fue de 5.8 \pm 8.2% en el primero y 12.8 \pm 9.6% en el segundo ($p<0.001$). En el primer intercambio de 2.5L existía una correlación negativa entre PIP y UF ($r=-0.3086$, $p<0.001$), que no aparecía en el segundo intercambio de 1.5L. La concentración de glucosa en el efluente del primer drenaje de 2.5L fue 1073 \pm 191mg/dl (690-1486), y en el segundo de 1.5L 957 \pm 184mg/dl (532-1303) ($p<0.001$). No hallamos correlación de la concentración de glucosa con la UF ni con la PIP en ninguno de los intercambios.

Conclusiones: Variando el volumen IP y la actividad física conseguimos dos intercambios con diferente PIP comprobando que el de mayor PIP provocaba una UF menor. Solo en el intercambio con PIP elevadas la UF se correlaciona inversamente con la PIP. El que esto sea tan manifiesto en intercambios habituales en la práctica clínica, indica que el efecto de la PIP como antagonista de la UF es suficientemente importante como para ser tenido en cuenta en la prescripción de DP.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

415 GRADO DE ADHERENCIA Y CONOCIMIENTO PREVIO A LA CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

A. GONZÁLEZ LOPEZ¹, A. NAVA REBOLLO¹, B. ANDRÉS MARTÍN¹, A. CHOCARRO MARTÍNEZ², F. HERRERA GÓMEZ¹, H. SANTANA ZAPATERO¹, J. DIEGO MARTÍN¹, C. ESCAJA MUGA¹, H. DÍAZ MOLINA¹, J. GRANDE VILLORIO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA); ²MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)

Objetivo: Comprobar grado de adherencia terapéutica y conocimiento de fármacos antes de la conciliación terapéutica en pacientes en DP.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo sobre cohorte de enfermos en DP desde Febrero a Mayo de 2015. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo en diálisis, comorbilidad (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial), número de fármacos y pastillas al día, tipo de medicación (conciliación 4 horas, 24 horas, estrecho margen terapéutico, múltiples interacciones y alto riesgo), número de médicos prescriptores. La adherencia se midió mediante cuestionario Morisky-Green y el conocimiento mediante escala de valoración de habilidad y conocimiento (adaptación de escalas DRUGS y Med-TAKE). El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS 15.0.

Resultados: Se incluyeron 17 enfermos, 4 mujeres (23.8%), edad media de 65.29 años (47-86), tiempo en diálisis 38,7 meses (3-93), y las siguientes comorbilidades: DM 23.5%, ECV 23.5%, HTA 100%. El número de médicos prescriptores en últimos 24 meses fue 7 (5-10). Datos de fármacos: número, 12.59 (9-17); número de pastillas 13.59 (8-27), pacientes con fármacos que requieren conciliación 4 horas del ingreso, 13 (76.5%); en 24 horas 17 (100%); con múltiples interacciones 16 (94.2%); de estrecho margen terapéutico 3 (17.6%); de alto riesgo 17 (100%). 5 enfermos (29.4%) precisaban ayuda para cumplimentación. Adherentes, 76.6%; desconocimiento de la indicación terapéutica, 52.94%; conocimiento según grupo terapéutico: Tabla 1.

Conclusiones: Estos pacientes presentan alto riesgo de problemas relacionados con medicación: 12.59 fármacos, 13,59 pastillas diarias y 7 médicos prescriptores. La mayoría recibe fármacos que requieren conciliación en las primeras 4 horas de ingreso, con múltiples interacciones o medicamentos de alto riesgo. Presentan buen nivel de adherencia (76.6%), con amplio conocimiento de medicación cardiológica (antiagregantes, antiarrítmicos, anticoagulantes), hipotensores, protectores gástricos, antidiabéticos y analgésicos y bajo conocimiento de tratamientos relacionados con complicaciones de ERC y diálisis (quelantes de fósforo y AEE).

Tabla 1. Conocimiento según grupo terapéutico (escala de valoración de habilidad y conocimiento adaptación de DRUGS y Med-TAKE)

Fármaco	% pacientes tratados	% conocimiento indicación
Antidiabéticos	23.5	100
Tto cardiológico	35.3	100
Antiagregantes	47.1	100
Analgésicos	17.6	100
Sintrom®	11.76	100
Omeprazol	58.8	90
Hipotensores	94.1	81.25
Furosemida	64.5	72.72
AEE	82.4	71.4
Estatinas	64.5	63.63
Vitamina D	94.1	62.5
Quelantes del P	88.2	26.66

417 LAS INFECCIONES PERITONEALES PRECOCES CONDICIONAN LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE Y DE LA TÉCNICA DE DIÁLISIS PERITONEAL

JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹, C. MERINO BUENO¹, AL. VALENCIA PELÁEZ², C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, E. ASTUDILLO CORTÉS¹, I. GONZÁLEZ DÍAZ¹, M. NÚÑEZ MORAL¹, B. PELÁEZ REQUEJO¹

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

Introducción: La infección peritoneal, ya sea dependiente o no de catéter, es una de las complicaciones más frecuentes que afectan a los pacientes en programa de diálisis peritoneal (DP). Se sabe que el desarrollo de peritonitis supone un riesgo para la supervivencia de la técnica y del catéter. Poco se ha publicado en relación al tiempo hasta la aparición de la primera peritonitis.

Objetivos: conocer la influencia de las infecciones peritoneales y del momento en que se producen sobre la supervivencia de la técnica y del paciente en una amplia cohorte de sujetos en DP.

Material y métodos: Revisión sistemática de todos los pacientes en programa de DP en nuestro centro durante un periodo de 8 años (2008-2015). Se registraron todas las infecciones peritoneales acaecidas durante este tiempo. Se analizaron también variables demográficas, clínicas y relacionadas con la técnica de diálisis.

Resultados: Finalmente fueron incluidos en el estudio 422 pacientes (60 ± 15 años, 66% varones, 35% diabéticos, 45% en DP automatizada) con un tiempo medio de seguimiento de 23 ± 18 meses. Sufrieron al menos una peritonitis 135 pacientes (32%) que apareció a los 11 ± 10 meses de estar en técnica. La tasa media de peritonitis fue 0.46 episodios/paciente-año. La única variable clínica asociada al desarrollo de peritonitis fue la condición de diabético (P 0.009). Los pacientes que sufrieron una peritonitis en los primeros meses de DP eran más frecuentemente varones (P 0.042), sin diferencias en el resto de parámetros. El tiempo hasta la primera peritonitis tuvo un impacto negativo en la supervivencia de la técnica (HR 0.948, 95%IC 0.921-0.976, P<0.001). Tanto el tener una infección peritoneal como el tiempo hasta la misma fueron predictores independientes de supervivencia del paciente (HR 6.041, 95%IC 2.796-13.050, P

Conclusiones: La infección peritoneal sigue siendo una causa frecuente de fallo de la técnica y de mortalidad del paciente en DP. Cuando antes aparezca peor será el pronóstico. Cualquier estrategia encaminada a reducir las tasas de infección peritoneal aportará notables beneficios para la técnica y para la supervivencia del paciente.

416 PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL, NUESTRA EXPERIENCIA

O. URBANO GONZALO¹, B. BERGASA LIBERAL¹, JM. PEÑA PORTA¹, JE. RUIZ LAIGLESIA¹, P. IÑIGO GIL¹, A. MARTÍNEZ BURILLO¹, A. PERONA CARO¹, V. GUERRERO GRANADOS¹, M. MARCEN¹, R. ÁLVAREZ LIPE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA (ZARAGOZA)

Introducción: La función renal residual (FRR) del paciente en diálisis peritoneal (DP) tiene un impacto positivo en la supervivencia y la calidad de vida.

Objetivos: Describir y analizar la evolución de la FRR y la diuresis de los pacientes en diálisis peritoneal. Analizar la influencia del sexo, la comorbilidad (índice de Charlson), la diabetes, la etiología de la ERC, la proteinuria inicial (momento de inclusión en DP) y los episodios de peritonitis en la preservación de la FRR.

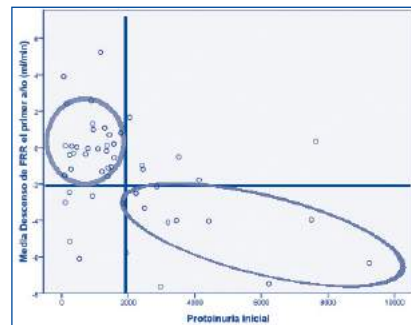
Material y Métodos: Cohortes retrospectivo. Pacientes incluidos en programa de DP del HCU entre enero de 2009 y julio de 2015. Excluidos: Pacientes en DPA (cicladora), nefrectomizados antes del primer año de permanencia, anuria al inicio de DP. FRR mediada en aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas (CICr).

Resultados: 57 pacientes, 65% hombres, edad media 58,09±15,11 años, índice de charlson 5±2,34, tiempo medio de permanencia 21,21±14,12 meses. La FRR presentó un descenso estadísticamente significativo a partir de los 6 meses de permanencia: CICr medio inicial 9,45±5,50 ml/min, CICr a los 6 meses 9,22 ±5,60 ml/min y CICr a los 12 meses 8,33±5,40 ml/min (p 0,008). La diuresis también presentó una disminución estadísticamente significativa: inicial 1972±762 ml/24h y a los 12 meses 1600±842 ml/24 h (p <0,001). En un análisis multivariante (regresión lineal múltiple), la proteinuria inicial demostró ser el único factor predictor independiente en el descenso de la función renal residual (p 0,002) y la diuresis (p 0,022) en el primer año de permanencia en DP.

El sexo, la etiología de la ERC, la comorbilidad, la diabetes y el número de peritonitis no mostraron influencia estadísticamente significativa en la evolución de la FRR ni de la diuresis.

Conclusión: La proteinuria inicial influyó negativamente en la preservación de FRR en nuestros pacientes en DP.

Figura. Correlación proteinuria inicial-descenso Función Renal Residual tras el primer año en DP.



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

IR. INÉS RAMA¹, NL. NÚRIA LLOBERAS², PF. PERE FONTOVA², CG. CARLOTA GONZÁLEZ¹, RA. MARÍA QUERO¹, AT. RAFAEL ÁLVAREZ¹, NM. ARIEL TANGO¹, MH. NURIA MONTERO¹, JC. MIGUEL HUESO¹, JC. JOSEP M^o CRUZADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT); ²NEFROLOGÍA. IDIBELL, HOSPITAL UNIVERSITARI BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT)

Introducción: El tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca refractaria (ICCR) con DP (diálisis peritoneal) 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 innata y adquirida, y siendo pues células clave en el estudio de situaciones que implican inflamación y estrés neurohormonal.

Objetivo: El objetivo de este estudio es profundizar en la fisiopatología del beneficio del tratamiento con DP de la ICCr mediante el estudio del estado inflamatorio de los pacientes pre y post inicio de tratamiento.

Metodología: Se han incluido en programa de DP una serie prospectiva de 4 pacientes con ICCr 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 linfocítica después de 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.

Resultados: Reducción de la media de ingresos (6 -0). Mejora FEVE (30 a 40%) y de la PAP (50 a 40mmHg) así como 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 reducción de expresión de CD40 (MFI) de DC de 1.668,5-666,6, reducción de monocitos CD14low CD16 + de 25% a 11%, sin cambios en los monocitos 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.

419 MANIOBRA ALFA: REVISIÓN DE 68 PROCEDIMIENTOS

L. DEL RÍO GARCÍA¹, L. ALCURIA LEDO¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹, I. GONZÁLEZ PÉREZ¹, B. PELÁEZ REQUEJO¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, MC. MERINO BUENO¹, R. GARCÍA CASTRO¹, JJ. BANDE FERNÁNDEZ¹
¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes en la diálisis peritoneal es el malfuncionamiento del catéter, por malposicionamiento o por bloqueo del extremo distal. Tras realizar una radiografía para ver la situación del catéter, se pautan medidas que estimulan el peristaltismo intestinal (enemas). Si no es efectivo, se realiza la Maniobra alfa, consistente en repositionar el catéter mediante unas guías rígidas mediante control fluoroscópico. En todos los casos se administra antibiótico profiláctico. En última instancia, si el catéter sigue sin funcional, se realiza un recambio.

El objetivo del presente estudio es revisar el resultado de las Maniobras alfa de los 5 últimos años tratando de buscar factores que puedan predecir el éxito de la técnica

Material/métodos: Estudio longitudinal prospectivo en el que se analizan todas las maniobras alfa realizadas en un Hospital entre 2010 y 2015 (5 años).

Resultados: Se han evaluado 68 maniobras alfa. El 78% eran varones, con edad de 62 ±12 años. El 48% fueron fallos precoces (1 mes o menos desde el inicio de la técnica) y el 52% de tardíos (> 1mes), con una media de 5 ±9 meses. En cuanto a la localización inicial se establecieron 4 zonas: hipogastrio (17%), vacío (17%), pelvis mayor/palpas ilíacas (37%), y pelvis menor/fondo de saco Douglas (29%). El éxito global de la técnica, definida como buen funcionamiento del catéter sin necesidad de nueva maniobra, o recambio del mismo, fue del 62% (N=42). No hubo diferencias en función del tiempo de evolución del catéter (precoz 62.5%, tardía 63%). En cuanto a localización previa del catéter, los mejores resultados se encontraron en casos en los que la localización inicial fue vacío, con 73% de éxitos (8/11) y pelvis menor/fondo de saco Douglas 68.4% (13/19). Tanto en hipocóndrio como en pelvis mayor, la tasa de éxito fue de 55%. Si consideramos el hemiabdomen superior (hipocóndrio y vacío) encontramos un 63% de éxito, y el hemiabdomen inferior (pelvis mayor y menor) 60%. Sólo encontramos un efecto adverso tras el procedimiento, consistente en una peritonitis.

Conclusiones: La maniobra alfa es una técnica segura que permite la recolocación del catéter evitando otras técnicas más agresivas. La tasa de éxito global fue de un 62%. No hubo diferencias en cuanto al tiempo de evolución del catéter. La localización inicial del catéter no parece influir demasiado en el resultado final, aunque en la muestra a estudio los mejores resultados se dieron en los casos donde las localizaciones fueron en vacíos y pelvis menor/fondo de saco.

420 ¿DEBEMOS INGRESAR TODO EPISODIO DE PERITONITIS? FACTORES PREDICTORES DE INGRESO EN LAS PERITONITIS POR DIÁLISIS PERITONEAL

JA. QUINTANAR LARTUNDO¹, N. VADA MANZANAL¹, R. PALOMAR FONTANET², CA. SALAS VENERO³, L. MARTÍNEZ MARTÍNEZ³, M. ARIAS RODRÍGUEZ²
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO);²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER);³MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: La peritonitis continúa siendo la complicación más importante de los pacientes en Diálisis Peritoneal(DP) y una de las principales causas de hospitalización. Existen muchas guías que indican cómo manejar la infección, sin embargo no aportan información sobre los criterios de hospitalización. Los principales objetivos del estudio fueron comparar la evolución entre manejo ambulatorio y hospitalario y reconocer los principales factores predictores de ingreso

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo/retrospectivo de todas las peritonitis ocurridas en nuestra Unidad durante diez años (2004-2013).

Resultados: De los 367 episodios acaecidos en este periodo de tiempo, 315(85,8%) se trataron ambulatoriamente sin necesidad de ingreso. En total ingresaron 61 episodios(16,2%), 40(10,6%) desde el comienzo y 21(5,6%) tras tratamiento en domicilio. La evolución fue la siguiente: curaron 49 episodios(80,3%), en 24(39,3%) se retiró el catéter y fallecieron 12(19,7%). La edad media fue de 64,4±14,9 años(60,7% hombres), con I. Charlson de 6±2,7 y estancia media en el hospital de 13,9±7,1 días.

Las causas de ingreso tras tratamiento ambulatorio fueron: falta de curación en 13(61,9%) episodios, fiebre o deterioro del estado general(MEG) a las 48 horas en 7(33,3%) y 1(4,8%) por peritonitis fúngica. Las causas de ingreso inicial: 25(62,5%) por MEG, 4(10%) debido a incapacidad para realizar correctamente la DP y 11(27,5%) por peritonitis fúngica.

Al comparar la evolución según el momento del ingreso, no existen diferencias significativas(p>0.05) entre las tasas de curación(52,4% desde domicilio vs 35% desde inicio), retirada del catéter(33,3% tras domicilio vs 42,5%) o mortalidad debida a la peritonitis(14,3% vs 22,5%). Si tenemos en cuenta el perfil microbiológico(p<0.001), el 81,8% de las peritonitis fúngica requerían ingreso. Les siguen en frecuencia anaerobios(33,3%), gramnegativos(22,1%), polimicrobiana(21,4%), cultivo negativo(19,4%) y grampositivos(9,2%). No hay diferencias dentro de los distintos grampositivos ni gramnegativos.

Al comparar los casos que precisaron o no ingreso hospitalario, no existen diferencias(p=0.482) entre los distintos grupos de edad (<50, 50-64,9, 65-79,9 y >80 años), etiología de enfermedad de base(p=0.130), presencia de enfermedad cardiovascular(p=0.87), cerebrovascular(p=0.99), arteriopatía periférica(p=0.375), DM(p=0.12), I.Charlson (p=0.885) o modalidad de DP(p=0.973).

Conclusión: 1)Los principales factores de riesgo de hospitalización en las peritonitis en DP son la infección fúngica, la mala evolución tras 72 horas y la incapacidad para correcto tratamiento. 2)No existen diferencias en la evolución de los pacientes hospitalizados (ingreso inicial vs tratamiento ambulatorio). 3)Los principales microorganismos causales son hongos, anaerobios y gramnegativos.

421 EPISODIOS RECIDIVANTES Y RECURRENTES, ¿DOS ENTIDADES CLÍNICAS DISTINTAS O DOS TÉRMINOS PARA REFERIRNOS A LO MISMO?

JA. QUINTANAR LARTUNDO¹, N. VADA MANZANAL¹, R. PALOMAR FONTANET², M. ARIAS RODRÍGUEZ²
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO);²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: Existe confusión en la literatura sobre como nombrar un episodio de peritonitis que reaparece tras un tratamiento correcto. La definición de recidiva o recurrencia en algunos casos se utiliza como sinónimo, mientras que en otros indica dos entidades clínicas totalmente diferenciadas. Además, el perfil microbiológico, pronóstico y recomendaciones de manejo difieren ampliamente según las distintas guías. El objetivo del presente estudio es ayudar a esclarecer la confusión existente mediante la valoración del perfil microbiológico y evolución clínica.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de todos los episodios de peritonitis aparecidos entre los años 2004 y 2013. Se ha utilizado la definición propuesta por la SIDP del año 2010. Para evitar el análisis complejo que representan los eventos múltiples, se ha incluido el primer episodio de cada individuo para el análisis estadístico.

Resultados: En total se analizaron 376 episodios en 149 pacientes, con una incidencia de 0,69 peritonitis/paciente/año.

Se estudiaron 18(4,8%) recidivas, 16(4,3%) recurrencias y se incluyeron 116 episodios como control (primer episodio de pacientes sin recidivas o recurrencias).

Al analizar la población, la única diferencia existente (p<0.05) es en relación al sexo(mayor porcentaje de mujeres en recurrencias). No existen diferencias (p>0.05) en cuanto a la edad o tiempo que transcurre hasta el primer episodio de peritonitis, etiología de enfermedad renal, presencia de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, arteriopatía periférica, DM o I.Charlson. Perfil microbiológico: En las recidivas, el 50% se debían a grampositivos, gramnegativos(38,9%) y cultivo negativo(11,1%). Las recurrencias son causadas por gramnegativos(43,8%), hongos(37,5%) y grampositivos(18,8%). El grupo control por grampositivos(60,3%) y gramnegativos(19,8%). Como se puede apreciar, existen diferencias (p<0.05) en la etiología microbiana de los distintos grupos. Es destacable, que exceptuando las peritonitis fúngicas en recurrencias, no hay ninguna peritonitis polimicrobiana o por anaerobios en recidivas o recurrencias.

Evolución clínica; existe una diferencia significativa en cuanto a curación (recidivas 88,9%, recurrencias 50%, control 86,2%;p<0.001), retirada del catéter (recidivas 0%, recurrencias 50%, control 8,6%;p<0.01) y paso a HD (recidiva 0%, recurrencia 43,8%, control 6,5%;p<0.01), pero no en mortalidad (recidivas 11,1%, recurrencias 6,3%, control 7,8%), necesidad de hospitalización (recidivas 22,2%, recurrencias 37,5%, control 17,2%) o días de ingreso (recidivas 10,7±7,6, recurrencias 12,7±4,3, control 12,7±9,6 días).

Conclusión: Los datos obtenidos en nuestro estudio, con diferencias estadísticamente significativas en el perfil microbiológico, tasas de curación y de retirada del catéter, respaldan que las peritonitis recidivantes y recurrentes constituyen dos entidades clínicas distintas, siendo el pronóstico peor en el segundo grupo.

422 PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LAS PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL: EXPERIENCIA A LO LARGO DE UNA DÉCADA

JA. QUINTANAR LARTUNDO¹, N. VADA MANZANAL¹, R. PALOMAR FONTANET², CA. SALAS VENERO³, L. MARTÍNEZ MARTÍNEZ³, M. ARIAS RODRÍGUEZ²
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO);²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER);³MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: La peritonitis continúa siendo la complicación más importante en Diálisis Peritoneal(DP), asociando una alta morbi-mortalidad y constituyendo la principal causa de transferencia a hemodiálisis. Se han descrito cambios en la epidemiología de los agentes causantes en el tiempo. El objetivo del estudio fue comparar la evolución del perfil microbiológico para determinar cuál sería la pauta antibiótica que mejor se ajusta a nuestros pacientes.

Material y métodos: Realizamos un estudio de todas las peritonitis ocurridas en nuestra Unidad durante un periodo de diez años (2004-2013), dividiéndose en dos periodos (2004-2008 y 2009-2013) para su valoración.

Resultados: Aparecieron 376 peritonitis en 149 pacientes (32,2% mujeres), con edad media de 62,6±14,5 años, estando el 87,2% en DPCA y 12,8% en DPA. La incidencia fue de 0,69 peritonitis/paciente/año(p/p/a).

Al comparar las peritonitis con cultivo positivo [grampositivos(GP), gramnegativos(GN), polimicrobianas(PM), hongos y anaerobios] frente a aquellas con cultivo negativo(CNeg), existe una diferencia (p<0.001) en el número y proporción durante este tiempo, sin embargo no existen diferencias en la evolución de los distintos microorganismos (GP vs GN vs PM vs hongo vs anaerobio). Dentro de los GP (57,7%;0,42p/p/a), Staphylococcus coagulasa-negativa (SCN) (18,1%; 0,132p/p/a) y Streptococcus grupo mitis (7,4%;0,054p/p/a) fueron los principales. A pesar del aumento de Streptococcus spp., se observa un descenso del número y proporción de los GP, en relación con los SCN (p=0.138). El porcentaje de S. aureus sensibles (9,1% y 9,4%) y resistentes a metilicina (2,3% y 2,4%) no ha variado.

Dentro de los gramnegativos (25,3%;0,184p/p/a), Escherichia coli (10,9%;0,079p/p/a) y Enterobacter cloacae (3,2%;0,023p/p/a) son los principales. Siendo el número similar, se aprecia un aumento (p>0.05) en su porcentaje, debido al aumento de E. coli (37,3% a 50%), Acinetobacter baumannii (3,9% a 13,6%) y Roseomonas sp. (1,9% a 9,1%). No se aprecian diferencias (p=0.376) al comparar los principales GN.

Se ha producido un descenso (p>0.05) en el número y porcentaje de los CNeg (11,1% a 7,5%), y un aumento de las polimicrobianas (p>0.05), pasando de ningún episodio a 14 en 2009-2013. El número y porcentaje de hongos y anaerobios no ha variado en este periodo.

Conclusión: 1)La incidencia de peritonitis ha permanecido estable. 2)En el periodo de tiempo del estudio, a pesar del cambio (p<0.001) en la proporción entre las peritonitis con cultivo positivo y negativo, no se ha observado un cambio estadísticamente significativo en la proporción de los distintos grupos de microorganismos. 3)Estos cambios no han provocado pérdida de sensibilidad en el protocolo de nuestro centro.

Resúmenes

Dialísis peritoneal

423 PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL. CUANDO LA EVOLUCIÓN NO ES LA ESPERADA

JA. QUINTANAR LARTUNDO¹, N. VADA MANZANAL², R. PALOMAR FONTANET², M. ARIAS RODRÍGUEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: La tasa de curación de las peritonitis en Diálisis Peritoneal(DP) es elevada, sin embargo un 10-20% de los casos pueden presentar una evolución complicada, como daño de membrana con necesidad de retirada de catéter y transferencia a Hemodiálisis(HD), aparición de múltiples episodios repetidos o, incluso, fallecimiento del paciente. El objetivo de nuestro estudio fue valorar las causas que originaban la evolución desfavorable, así como los microorganismos causales, de las peritonitis acecadas en nuestra Unidad.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo/retrospectivo de todas las peritonitis ocurridas en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla entre enero de 2004 y diciembre de 2013.

Resultados: En total aparecieron 376 episodios en 149 pacientes(32,2% mujeres), con edad media de 62,6±14,5 años, incidencia de 0,69 peritonitis/paciente/año y una estancia en DP de 190 días hasta presentar el primer episodio.

Presentaron una evolución favorable, con una curación completa, 316(84%) de los episodios de peritonitis. El resto, 60 casos (16%), tuvieron una evolución desfavorable.

En el 10,6% de las peritonitis se retiró el catéter de DP. El tiempo medio hasta la retirada fueron 8,5±5,3 días. Las causas que la motivaron fueron: la falta de curación(37,5%), hongo(30%), recurrencia(20%), petición del paciente(7,5%), fin de membrana(2,5%) e incapacidad para DP(2,5%). Al fijarnos en el número total de retiradas dentro de cada grupo microbiológico, los microorganismos causales fueron(p<0.001): hongos(100%), anaerobios(33,3%), etiología polimicrobiana(14,3%), gramnegativos(13,7%), grampositivos(5,5%) y cultivo negativo(5,3%). Hubo 18(4,8%) recidivas (50% por grampositivos) y 16(4,3%) recurrencias (43,8% por gramnegativos), de los cuales se retiró el catéter en 7 casos y 1 falleció.

Dentro de los 30 días posteriores al presentar un episodio de peritonitis, fallecieron 28 casos(7,4%) de los 376 episodios. El tiempo medio hasta el fallecimiento fue de 15,6±9,2 días. La peritonitis fue la responsable del mismo en 12 casos (42,9%), de ellas 3 por peritonitis fúngica, 3 por gramnegativos, 2 por grampositivos, 1 por anaerobio y en 3 casos no se aislaron microorganismos en el cultivo. Las siguientes causas más frecuentes de mortalidad son la de origen cardíaco(21,5%), otro tipo de infección(10,7%), la abdominal(3,6%) y finalmente la cerebrovascular, vascular periférica y neoplasia(7,1% cada una).

Conclusión: 1)La tasa de evolución desfavorable(16%) es similar a estudios previos. 2)La necesidad de retirada del catéter de DP es baja(10,6%), siendo los microorganismos responsables hongos (retirada por protocolo), anaerobios y la etiología polimicrobiana. 3) La tasa de curación de recidivas/recurrencias es del 70,6%. 4)La mortalidad a consecuencia de la peritonitis fue escasa(3,2%).

424 SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN LAS PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL: EXPERIENCIA A LO LARGO DE UNA DÉCADA

JA. QUINTANAR LARTUNDO¹, N. VADA MANZANAL², R. PALOMAR FONTANET², CA. SALAS VENE-RO³, J. CALVO MONTES³, L. MARTÍNEZ MARTÍNEZ³, A. ARIAS RODRÍGUEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER),³MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Objetivo: Las peritonitis conllevan una alta morbi-mortalidad y pueden provocar alteraciones en la membrana que derivan en el fallo de la técnica, por ello el tratamiento empírico se debe instaurar con la mayor brevedad posible. Se recomienda realizar estudios periódicos en cada centro para comprobar que no se hayan producido cambios en las resistencias que puedan afectar a los protocolos, siendo éste el objetivo de nuestro estudio.

Material y métodos: Realizamos un estudio microbiológico, entre los años 2004 y 2013, considerando tanto la etiología como las sensibilidades a los antimicrobianos de los microorganismos identificados, empleando un método de antibiograma cuantitativo.

Resultados: De los 376 episodios de peritonitis el 57,7% se debieron a grampositivos(GP), 25,3% a gramnegativos(GN), hongos 2,9%, 0,8% anaerobios, 3,7% polimicrobianos y 9,6% por cultivo negativo.

En los GP, no existen diferencias (p>0.05) en la aparición de resistencias, a excepción de Streptococcus spp., con un descenso de resistencias a penicilinas (28,6% a 6,1%;p<0.05). No hay cambios frente a clindamicina, cefotaxima, quinolonas ni vancomicina. El 100% de Staphylococcus coagulasa-negativa son sensibles a vancomicina y linezolid, más del 30% resistentes a cloxacilina y el 70% resistentes a penicilina, sin pérdida de sensibilidad al resto de antibióticos. Se aislaron 5 casos de S. aureus resistentes a metilclina(20%), pero ninguno presentó resistencias a vancomicina. Sólo ha aparecido un caso de Enterococcus gallinarum resistente a glucopéptidos; el resto no presentan resistencias a penicilina y linezolid, y es del 50% a quinolonas. Dentro de los GN; 1)La tasa de enterobacterias resistentes a cefalosporinas de tercera generación es baja(<20%). A excepción de E. coli, con una resistencia a quinolonas del 39%, las demás enterobacterias eran sensibles a quinolonas, carbapenémicos, piperacilina-tazobactam y aminoglicósidos. 2)Ha aumentado el número de GN con resistencias por betalactamasas de espectro extendido. En el primer periodo apareció una enterobacteria (Citrobacter freundii), sin embargo fueron 6 (5 por E. coli y una por Enterobacter cloacae) las aisladas en el segundo. 3) No hubo ninguna cepa productora de carbapenemasas. 4)Entre los GN no fermentadores, a excepción de un caso de Acinetobacter baumannii y otro de P. aeruginosa multiresistentes, el resto de ambos géneros son sensibles a los antibióticos testados.

Conclusión: No se han observado diferencias estadísticamente significativas en la aparición de resistencias antimicrobianas en los dos periodos de tiempo estudiados en ninguno de los microorganismos detectados, lo que lleva a reafirmarnos en la idoneidad de mantener los antibióticos utilizados de forma empírica como protocolo en nuestro centro.

425 ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y RESULTADOS DE LA DIÁLISIS PERITONEAL

JA. QUINTANAR LARTUNDO¹, N. VADA MANZANAL², R. PALOMAR FONTANET², M. ARIAS RODRÍGUEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: El número de pacientes mayores que inician terapias de reemplazo renal esta aumentando. Sin embargo, la proporción que comienzan Diálisis Peritoneal(DP) es baja. Puede deberse a la comorbilidad y limitaciones funcionales propias de la edad, pero también a resultados contradictorios de diversos estudios. Este estudio busca examinar la asociación entre la edad y los resultados de la DP, incluyendo el tiempo de peritonitis, la mortalidad global y relacionada con la peritonitis y la supervivencia de la técnica.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes en DP de nuestra Unidad entre 2004 y 2013. Dividimos la edad en cuatro grupos (<50, 50-64,9, 65-79,9 y >80 años).

Resultados: Se analizaron 325 pacientes.

Tiempo hasta el primer episodio. La media de supervivencia libre de peritonitis es 10,6 meses(IC95%: 9,6- 11,6). El único factor asociado fue la enfermedad cerebrovascular(HR: 1,8; IC95%: 1,04-43,24;p=0.038). No hubo diferencias(p=0.3) entre los distintos grupos de edad, sexo, naturaleza de la enfermedad de base, presencia de enfermedad cardiovascular, arteriopatía periférica o DM.

La supervivencia en la técnica dialítica fue de 4,6 años(IC 95%: 3,8-5,4), siendo a los cinco años del 46,2%. Causas de fallo de técnica: trasplante renal(42,2%), peritonitis(23,8%), fin de membrana(15,9%), cirugía abdominal(11,9%), petición propia(4,8%) y razón social(1,4%). La enfermedad cardiovascular(HR: 1,39; IC95%: 1,00-1,92;p=0.49) y cerebrovascular(HR: 2,6; IC95%: 1,46-4,63;p=0.001) fueron predictores independientes de fallo de DP. No se observan diferencias(p=0.536) entre los grupos de edad ni con el resto de variables analizadas.

Mortalidad del paciente en DP. La mediana de supervivencia fue de 6,8 años(IC 95%: 4,4-9,1). Comparados con los menores de 50 años, el resto de grupos presentan un mayor riesgo de fallecer por cualquier causa. Otros factores de riesgo independientes de mortalidad fueron la etiología de la enfermedad de base, la presencia de enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica.

La mortalidad asociada al episodio de peritonitis es baja(3,2%), con una supervivencia global de 14,2 años. El único predictor independiente de mortalidad asociada a la peritonitis es el sexo femenino(HR: 4,29; IC 95%: 1,29-14,24;p=0.017). No hubo diferencias en los distintos grupos de edad ni con el resto de variables analizadas.

Conclusión: Salvo una mayor mortalidad esperada en pacientes mayores en probable relación a la propia edad y comorbilidad asociada, con una supervivencia de la técnica, tiempo hasta primera peritonitis y mortalidad secundaria al proceso infeccioso similares a pacientes más jóvenes, se puede concluir, que la DP es una técnica válida y apropiada para estos pacientes.

426 HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO GRAVE EN DIÁLISIS PERITONEAL: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS

L. DEL RIO GARCÍA¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, C. MERINO BUENO¹, R. GARCÍA CASTRO¹, JJ. BANDE FERNÁNDEZ¹, M. NUÑEZ MORAL¹, I. GONZALEZ PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

Introducción: El hemoperitoneo en diálisis peritoneal (DP) es una complicación cuya incidencia oscila entre un 6 y un 8,4%, según revisiones previas. En la mayoría de los casos son cuadros leves y benignos. Los graves suelen ser secundarios a patología intraabdominal.

El objetivo es describir los 5 casos acontecidos en nuestro centro, cuyo denominador común fue la aparición de un dolor abdominal en paciente en DP que motivó la extracción de líquido peritoneal con el fin de descartar una peritonitis, con el hallazgo de hemoperitoneo, desencadenando la consiguiente batería de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Material y método: Se han seleccionado 5 pacientes que han presentado hemoperitoneo espontáneo grave. Se han revisado las historias clínicas y resultados de imagen realizados durante dicho episodio.

Resultados: En la TABLA se muestran más detalladas las características clínicas de los 5 pacientes. Los 5 debutaron con dolor abdominal y hemoperitoneo (en 4 hemoperitoneo franco, en 1 líquido claro pero con abundantes hemáticas). En todos se llegó al diagnóstico tras TAC (tomografía axial computarizada) y angiografía, observándose hematomas abdominales y retroperitoneales, embolizando el punto de sangrado activo. El manejo fue soporte transfusional según necesidades, y descanso peritoneal con realización de lavados y paso temporal a hemodiálisis (HD), retornando posteriormente a DP. Uno de los pacientes continuó en HD por elección propia. En general, los pacientes han tenido buena evolución, salvo una paciente que falleció.

Conclusiones: El hallazgo de hemoperitoneo en estos pacientes junto con el resto de clínica (anemización, hipotensión) posibilitó el diagnóstico temprano de sangrado abdominal grave.

En todos los casos se llegó al diagnóstico exacto con la angiografía, y se realizó embolización selectiva de las ramas afectas, con buen resultado angiográfico.

Figura.

Ident. paciente	Edad (años)	Sexo	Diagnóstico peritoneal	Tiempo en DP	Síntoma	Pruebas de imagen	Tratamiento	Evolución
1	64	M	Peritonitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	28 meses	Dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo	TAC: hematomas retroperitoneales	Embolicación selectiva de la arteria mesentérica superior	Buena evolución, paciente en DP
2	58	M	Peritonitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	22 meses	Dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo	TAC: hematomas retroperitoneales	Embolicación selectiva de la arteria mesentérica superior	Buena evolución, paciente en DP
3	72	F	Peritonitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	23 meses	Dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo	TAC: hematomas retroperitoneales	Embolicación selectiva de la arteria mesentérica superior	Buena evolución, paciente en DP
4	65	M	Peritonitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	18 meses	Dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo	TAC: hematomas retroperitoneales	Embolicación selectiva de la arteria mesentérica superior	Buena evolución, paciente en DP
5	60	M	Peritonitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	16 meses	Dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo	TAC: hematomas retroperitoneales	Embolicación selectiva de la arteria mesentérica superior	Buena evolución, paciente en DP

427 EL CAMBIO ES POSIBLE

MS. ROS ROMERO¹, RM. ALARCÓN JIMÉNEZ¹, S. ROCA MEROÑO¹, M. ALBALADEJO PÉREZ¹, LM. BUCALO MANA¹, GM. ALVAREZ FERNÁNDEZ¹, MJ. NAVARRO PARREÑO¹, FM. PÉREZ SILVA¹, MA. GARCÍA HERNÁNDEZ¹, M. MOLINA NUÑEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA (CARTAGENA)

Introducción: El inicio no programado (INP) de diálisis, sin un acceso definitivo y/o en una técnica no elegida por el paciente, por desgracia sigue ocurriendo, siendo necesario en estos pacientes el inicio de hemodiálisis de forma urgente.

Aunque en la mayoría de los registros de todo el mundo hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) ofrecen resultados de supervivencia muy similares a largo plazo, la DP presenta mejores resultados durante los primeros años de tratamiento y es la alternativa de diálisis que mejor contribuye a la sostenibilidad de dicho tratamiento.

Objetivo: Esta situación nos condujo a potenciar la información que recibían los pacientes con INP de hemodiálisis con el fin de ofrecerles la oportunidad de elegir, en un segundo tiempo, técnica dialítica libremente.

Material y método: Se hace un seguimiento de los pacientes con INP de HD desde Octubre de 2014 hasta la actualidad, marzo de 2016, y se realiza el proceso informativo igual que al resto de pacientes conocidos en situación de prediálisis.

Resultados: En 17 meses de seguimiento 25 pacientes han iniciado HD de forma no programada, 9 tenían contraindicación para DP, de los 16 pacientes restantes que fueron informados 8 pacientes decidieron cambio de técnica dialítica.

De estos 8 pacientes; 2 son mujeres, 6 hombres, con una media de edad de 50,8 años (35-72), 3 diabéticos, 6 hipertensos, con etiologías variables de enfermedad renal crónica, 2 nefropatías diabéticas, 4 glomerulonefritis, 1 vascular mixta y 1 nefropatía isquémica. Con una media de permanencia en HD previa al inicio de DP de 82,3 días (47-208). 2 pacientes han vuelto a HD: un caso por bajo transporte que no alcanzaba dosis de diálisis que volvió tras 156 días de estancia en DP y otro por inicio de episodios de ausencia no controlados con medicación, que volvió tras 33 días en DP. De los 6 pacientes restantes todos están satisfechos con el cambio de técnica con adecuada dosis de diálisis, adecuado manejo de volumen y mantienen diuresis residual de al menos 1500 ml/día y por el momento no han presentado ninguna complicación relacionada con la técnica.

Conclusión: La adecuada información sobre tratamiento renal sustitutivo en pacientes con INP de hemodialisis, permite que estos pacientes puedan elegir técnica dialítica libremente, produciéndose el cambio de técnica en nuestra experiencia hasta en la mitad de los casos, lo cual puede ser beneficioso para el paciente y para la sostenibilidad del tratamiento.

428 NIVELES DE PROBNP Y BIOIMPEDANCIA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

M. CINTRA¹, I. DIAZ¹, N. ARESTÉ¹, MA. RODRIGUEZ², MA. RAMIREZ², C. GÓMEZ², MA. OJEDA¹, MC. PÁEZ¹, M. SALGUEIRA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA Y VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA).

²NEFROLOGÍA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA Y VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: El ProBNP es un marcador bioquímico cuyos niveles se incrementan en pacientes con fallo cardíaco u otras patologías cardiovasculares. En los pacientes en programa de diálisis peritoneal, el ProBNP predice posibles eventos cardiovasculares y es indicativo de mortalidad de causa cardiovascular. La bioimpedancia es una herramienta útil para conocer el estado de hidratación del paciente y su composición corporal.

Pacientes y métodos: Realizamos un estudio observacional para analizar un grupo de 35 pacientes del programa de diálisis peritoneal de nuestro hospital, con una edad media de 61,5 años y tiempo medio en diálisis de 16,6 meses. Realizaban CAPD un 42,8% y un 57,2% APD (del 100% de pacientes de diálisis peritoneal representaban un 28,6% en APD con día seco y un 28,6% con día húmedo). Se realizó un corte transversal, midiendo niveles de ProBNP, diuresis residual, ultrafiltración, valores de sobrehidratación mediante bioimpedancia, albúmina, natremia, hemoglobina, hematocrito y PCR. Utilizamos el paquete SPSS y el valor 0,05 para la diferencia estadísticamente significativa.

Resultados: Existía una relación estadísticamente significativa entre el ProBNP y la diuresis residual (p= 0,034 y r= -0,359). También entre ProBNP y cada uno de las siguientes variables: ultrafiltración (p= 0,004 r= 0,472); PCR (p= 0,004 r= 0,477); Albúmina (p= 0,031 r= -0,365) y la hemoglobina (p= 0,010 r= -0,432). Igualmente existe relación entre ultrafiltración y PCR (p= 0,024 r= 0,380). Al comparar valores bioimpedancia obtuvimos que los valores de sobrehidratación no se relacionan con las variables: ultrafiltración (p= 0,331 r= -0,169); diuresis residual (p= 0,706 r= -0,066); ProBNP (p= 0,319 r= 0,173); PCR (p= 0,419 r= 0,141); hemoglobina (p= 0,173 r= -0,236); sodio (p= 0,538 r= -0,108); y albúmina (p= 0,445 r= -0,133). No hay relación estadística entre E/I con ProBNP (p= 0,719 r= -0,071) ni con la diuresis residual (p= 0,371 r= -0,176).

Discusión y conclusiones: Existe correlación entre ProBNP y diuresis residual, de forma que aquellos pacientes que son capaces de conservar cierta diuresis residual, tenían menores niveles de ProBNP. Este hecho estaría relacionado con la mayor tendencia a la sobrecarga de volumen en los pacientes con menor diuresis. Aunque no encontramos relación entre valores de ProBNP y los resultados de la bioimpedancia.

Evidenciamos relación entre el ProBNP y PCR, de forma significativa y positiva, al verse aumentado en pacientes con mayor estado inflamatorio y con probablemente mayor sobrecarga hídrica. Por ello, los pacientes con mayor ProBNP presentaban mayor ultrafiltración en diálisis peritoneal. Con la albúmina y hemoglobina, el ProBNP se relaciona de forma negativa, pudiendo deberse a peor estado nutricional del paciente.

La bioimpedancia no obtuvo relación estadísticamente significativa de la OH ni E/I con las variables clínicas y analíticas que incluimos.

429 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO PERIODICO DE LA FLORA BACTERIANA LOCAL EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL PARA TRATAR LAS INFECCIONES DE ORIGEN (IO) Y LAS PERITONITIS

JM. RUFINO HERNANDEZ¹, A. MARQUEZ CORBELLA¹, S. GARCIA REBOLLO¹, V. LORENZO SELLARES¹, A. TORRES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Las infecciones en DP son una causa frecuente de morbimortalidad y de transferencia a HD. Numerosos factores las facilitan, especialmente el tipo de microorganismos y su patrón local de resistencia a los antibióticos. En muchas ocasiones, los tratamientos empíricos iniciales fallan porque no se conoce la susceptibilidad de las bacterias locales a los agentes antimicrobianos.

Objetivo: estudiar los cultivos de nuestros pacientes con IO o peritonitis, testar la sensibilidad de cada patógeno a los antibióticos, adaptar la antibioterapia empírica (la más activa, menos tóxica, con características farmacológicas apropiadas, la más económica) a nuestro entorno de salud para obtener mejores resultados en términos de eficacia y eficiencia en el tratamiento.

Material y métodos: estudiamos retrospectivamente cultivos y antibiogramas de IO y LP, años 2013-2015, para establecer qué antibióticos empíricos eran los que mejor cubrían el espectro de gérmenes en las primeras 48-72 horas.

Resultados: 190 cultivos de IO de 59 pacientes y 55 de LP de 30 pacientes.

IO: 83,7% Gram(+), 16,3% Gram(-). Gram(+): 30% Corynebacterium; 53% Staphylococcus coagulasa negativos (72% Staphylococcus epidermidis); 13,4 % Staphylococcus Aureus; el resto Streptococcus Faecalis y Viridans. Gram(-): 34,5% Pseudomona aeruginosa; 15,6% Escherichia Coli y Klebsiella; 9,4% Stenotrophomona maltophilia; el resto Enterobacter, Morganela morgani, Citrobacter freundii o Serratia marcescens. Globalmente, la combinación oral y tópica inicial que mejor cubría a las IO y que fue testada en al menos el 80% de los cultivos fue gentamicina+trimethoprimulfametoxazol (sensibilidad 88%), y fosfomicina+gentamicina (sensibilidad 90,5%), el resto presentó menor sensibilidad o no fue testada en al menos el 80% de la muestra. Destacable: 85% de Corynebacterias sensible a gentamicina+trimethoprimulfametoxazol y 100% a vancomicina y teicoplanina; Staphylococcus epidermidis: 90% sensibles a gentamicina+trimethoprimulfametoxazol y 100% a fosfomicina+gentamicina, vancomicina y teicoplanina; 68% oxacilin resistentes. Staphylococcus Aureus: 100% sensibles a gentamicina+trimethoprimulfametoxazol y fosfomicina+gentamicina, 81% oxacilin sensibles, 100% sensibles: ciprofloxacino, vancomicina y teicoplanina, 90%: clindamicina y rifampicina. Gram(-): 97% sensibles: gentamicina, ceftacídima e imipenem, 86% a ciprofloxacino y 100% cefepima.

Peritonitis: 68% Gram(+) y 32% Gram(-). Gram(+): 47% oxacilin resistente, 100% sensible: vancomicina y teicoplanina. Gram(-): 100% sensible: aminoglicósidos, cefepime y carbapenem, 90%: ceftacídima y quinolonas. Conclusiones: El tratamiento empírico inicial más efectivo para tratar las IO en nuestro entorno, es la combinación gentamicina tópica y trimethoprim-sulfametoxazol oral. Ni la cefazolina, ni las quinolonas cumplieron el perfil adecuado. Nuestro protocolo de tratamiento empírico inicial de peritonitis con vancomicina y ceftacídima es muy adecuado. El análisis periódico de estos datos aporta información útil para optimizar el manejo de estas complicaciones a nuestro entorno. Pero, también es de utilidad como referente comparativo de otras poblaciones en esta modalidad terapéutica.

430 ADMINISTRACIÓN DE CARBOXIMALTOSA FÉRRICA INTRAVENOSA EN EL CONTROL DE LA ANEMIA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

V. PARAISO¹, JL. MERINO¹, S. CASTRILLO¹, E. GARCÍA¹, S. MENDOZA¹, B. BUENO¹, B. ESPEJO¹, P. DOMÍNGUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. DEL HENARES (CÓSLADA. MADRID.)

Introducción: La administración de carboximaltosa férrica (CMF) en dosis única ha demostrado su utilidad para el control de la anemia en pacientes en hemodiálisis así como en situaciones de enfermedad renal crónica avanzada. Su aplicación en pacientes en diálisis peritoneal (DP) es menos conocida. Mostramos la experiencia de su administración en pacientes en DP.

Material Métodos: Se incluyeron pacientes en DP que presentasen alguno de los criterios siguientes para administración de ferrotterapia iv: niveles de hemoglobina < 12 g/dl, niveles de ferritina < 200, un IST < 30, que estuviesen con ferrotterapia oral y/o que recibiesen tratamiento con factores estimulantes eritropoyéticos (FEE). Los pacientes con reacción previa a otras formulaciones de hierro iv fueron excluidos. La dosificación fue de 1.000 mg iv de CMF, sin superar los 15 mg de hierro por Kg. de peso corporal.

Resultados: Recibieron administración de CMF iv 16 pacientes en DP. Dos recibieron un trasplante renal antes de los 6 meses y otros dos no han cumplido los 6 meses de seguimiento en el momento del estudio. En total 11 pacientes han cumplido al menos 6 meses tras la administración de CMF. La edad media es de 53±16 años. La etiología de la enfermedad renal fue en 6 casos una glomerulonefritis, en 5 una diabetes, en 2 una nefropatía intersticial, en 2 no filiada y en un paciente una poliquistosis. Los resultados se reflejan en la tabla adjunta. Cinco pacientes recibían ferrotterapia oral al inicio y todos menos uno recibían FEE.

Conclusiones: La CMF es una alternativa fácil de administrar y con escasos efectos secundarios. Mantiene unos niveles de ferritina recomendados al menos hasta los seis meses tras su administración. Potencialmente puede disminuir los requerimientos de FEE y los aportes orales de hierro.

■ **Tabla 1.**

* p<0.001, **p<0.05	Basal	2 meses	4 meses	6 meses
Hemoglobina (g/dl)	11±1	11,2±0,9	11,4±1	11,5±1
Hematocrito (%)	33±3	34±2	35±3	34±4
Ferritina (ng/ml)	202±105	439±145*	467±237*	485±279**
IST (%)	18±5	31±11*	33±20	27±6
Darbeopetina (mcg/semana)	14±16	15±15	12±8	13±10
Calcio sérico (mg/dl)	8,8±0,6	8,6±0,5	8,9±0,7	9±0,5
Fósforo sérico (mg/dl)	4,9±1	4,8±1	4,8±1	4,8±0,6

Resúmenes

Diálisis peritoneal

431 DISLIPEMIA EN PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL. EVOLUCIÓN A UN AÑO

D. MANZANO SÁNCHEZ¹, A. MARTÍNEZ LOSA¹, C. GARCÍA ARNEÑO¹, M. LANUZA LUENGO¹, MT. CARBAJO MATEO¹, M. CACHO PÉREZ¹, L. JIMENO GARCÍA¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular en enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5 precisando en más del 60% tratamiento. Se ha descrito aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos en DP. Entre las causas el uso de glucosa en el líquido de diálisis, el aumento de los niveles de insulina y la pérdida de proteínas.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes en DP desde Marzo de 2010 a Enero de 2015 con seguimiento de 1 año. Recogemos: edad, sexo, etiología ERC, peritonitis, factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, diabetes, hiperuricemia), pauta de DP. Al inicio y final del estudio: diuresis, función renal residual (GRF), edemas, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, tratamiento hipolipemiente, albúmina, proteína C reactiva (PCR).

Resultados: 74 pacientes, 68% varones/32% mujeres. Edad 57,5 +/- 13,3(85-25). Etiología ERC: 31% no filiada, 26% glomerular, 14% diabetes, 9% poliquistosis, 5% intersticial y 8% miscelánea. 86% hipertensos y 17,57% diabéticos. Ácido Úrico 6,5 +/- 1,67(10,9-3,2)mg/dl. Pauta de DP: 43,24 % (32) intercambios de glucosa al 2,27% o 2,5%. Colesterol, triglicéridos, PCR, albúmina, GFR y tratamiento hipolipemiente se muestra en tabla.

1. Colesterol significativamente mayor en mujeres al inicio (p=0,003) y final (p=0,01). Se ha descrito valores de colesterol más altos en mujeres por encima de 50 años debido al efecto de la menopausia. En nuestro estudio, el 70,8% de las mujeres eran mayores de 50 años. No hubo diferencias significativas en colesterol, LDL, HDL, triglicéridos y pacientes tratados, inicial y al año en DP. Tampoco aumento significativo en diabéticos respecto a no diabéticos ni en los que usaban glucosa hipertónica. Descenso significativo de albúmina al año (p=0,002).

Conclusión: Gran prevalencia de dislipemia, con tratamiento hipolipemiente entorno al 80% de los pacientes. Colesterol más elevado en mujeres en probable relación con la edad. No variación del perfil lipídico tras un año en DP.

Tabla 1.

	Inicial	Final	
COL	161,5±37,96	168±35,9	ns
HDL	48,03±15,81	47,51 ± 15,35	ns
LDL	86,43±32,59	91,55±33,95	ns
TRG	141,71±83,43	145±72,69	ns
Pacientes con COL<200	63 (85,1%)	62	ns
Pacientes HDL>35	58(75,3%)	62	ns
Pacientes con LDL<100	51(68,9%)	46	ns
Pacientes con TRG<200	59(79,7%)	60	ns
PCR	1,21±3,24	1,71±5,25	ns
Albumina	4,01±0,46	3,82±0,56	P=0,002
Tratamiento hipercolesterolemia	60,80%	64,86%	ns
Tratamiento Hipertrigliceridemia	18,90%	20,27%	ns

432 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ANÚRICOS EN DIÁLISIS PERITONEAL DESDE EL USO DE LA ICODEXTRINA EN EL HOSPITAL DONOSTIA

B. AZCUE PRIETO¹, L. MEZA ANTUNEZ¹, A. CELAYETA ZAMAONA¹, K. MELERO MUJICA¹, L. ECHA-VE AGUINALDE¹, M. RODRIGO DE TOMAS¹
¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA (DONOSTIA)

Introducción: Los pacientes anúricos son muy frecuentemente excluidos de los programas de diálisis peritoneal (DP) por miedo a que dicha terapia no sea adecuada para tratar a este grupo de mayor riesgo. Actualmente, existe evidencia clínica suficiente de que los pacientes anúricos pueden ser adecuadamente tratados con DP, ya que las nuevas soluciones (icodextrina) han mitigado algunas limitaciones que presentada la DP automática, como pueden ser la eliminación de sodio y fluidos; y la preservación de la función de la membrana peritoneal.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de una cohorte de 40 pacientes anúricos, con un seguimiento medio de 39,5 meses (rango: 7-112 meses). Se han analizado los datos de pacientes anúricos en tratamiento con icodextrina desde el año 2000 hasta diciembre del 2015, en el Hospital Universitario Donostia. Los parámetros clínicos y de DP fueron recogidos anualmente. Se han utilizado análisis de Kaplan Meyer y t de student-wilcoxon para identificar factores de riesgo de mortalidad y fallo de la técnica.

Resultados: Durante el periodo de seguimiento el 47 % de los pacientes recibió un trasplante renal, el 27,5 % pasó a hemodiálisis, un 15% falleció y un 10 % continua en programa de DP. El 20 % de los pacientes presentaba algún tipo de cardiopatía al iniciar la técnica y el 25 % presentaba arteriopatía periférica. El 32 % de los pacientes presentó al menos un evento cardiovascular durante el tiempo que recibió tratamiento con DP. La ultrafiltración media fue de 968 ml/24 horas (el 92.5 % de los pacientes presentaba una UF > 700 ml/24 horas). El Ktv semanal medio fue de 1.73.

Los factores de riesgo relacionados con la supervivencia del paciente fueron: la edad (p=0.038)), diabetes (p=0.016), cardiopatía (p=0.002) y/o arteriopatía periférica (p= 0.001) al iniciar la técnica y el Ktv (con punto de corte de 1.7, p= 0.034).

Conclusión: Los pacientes anúricos tratados con DP en nuestro centro, cumplían los objetivos deseados, con Ktv medios de 1.7 y ultrafiltraciones mayores de 700 ml, con una tasa de mortalidad similar a la objetivada en hemodiálisis. La edad, un ktv insuficiente, la diabetes y la afectación cardiovascular previa son factores riesgo que aumentan la mortalidad en dicha técnica.

433 TC-PERITONEOGRAFIA EN EL DIAGNÓSTICO DE HERNIAS Y FUGAS DE LÍQUIDO EN DIÁLISIS PERITONEAL: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN UNA UNIDAD DE RECIENTE CREACIÓN

I. MILLÁN DEL VALLE¹, AE. SIRVENT PEDREÑO¹, A. JULIÁN PÉREZ¹, R. ALVARADO¹, R. ENRÍQUEZ¹, A. SANTOS¹, L. CRUZADO¹, C. GONZÁLEZ¹, F. AMORÓS¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL ELCHE (ALICANTE)

Introducción: Las fugas y hernias pueden aparecer como complicación mecánica de la diálisis peritoneal en relación a determinados factores de riesgo (edad, obesidad, antecedentes previos de hernias, enfermedad poliquística, defectos anatómicos congénitos, aumento de la presión intrabdominal...). Aunque en determinadas situaciones se puede intentar un tratamiento conservador, la gran mayoría de las hernias y fugas requieren reparación quirúrgica, de lo que deriva la necesidad de realizar un diagnóstico precoz y acertado. La TC- peritoneografía es una técnica empleada para su detección.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia acerca de la utilidad, las ventajas y las complicaciones de esta técnica diagnóstica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo llevado a cabo en una Unidad de diálisis peritoneal desde Septiembre del 2011 hasta el 30 de Abril del 2016. La indicación más frecuente fue la de confirmar el diagnóstico clínico de sospecha de hernia abdominal o de fuga de líquido peritoneal. Durante este periodo, la TC peritoneografía ha sido la prueba realizada mayoritariamente excepto en un caso en el que se realizó un peritoneograma isotópico.

Resultados: 69 pacientes iniciaron diálisis peritoneal, con una edad media de 54,6 años (26-82 años), 18 mujeres (26%) y 51 hombres (73.9%). 16 pacientes desarrollaron hernias abdominales y/o fugas peritoneales (23,18 %), con una edad media de 57.8 años (82 -32 años), 11 hombres (73.3%) y 4 mujeres (26.6%).

Fueron diagnosticados mediante TC peritoneografía, 5 fugas peritoneales en 5 pacientes: 1 pericáteter (precoz), 4 persistencias del conducto peritoneoovaginal (2 en un mismo paciente) y un hidrotórax. A su vez se confirmó el diagnóstico de 2 eventraciones pericáteter (en una paciente con una hernia estrangulada de intestino delgado), 1 hernia de Spiegel, 1 hernia inguinal derecha con el extremo del catéter en el saco herniario y 1 hernia inguinal derecha con fuga de líquido a escroto.

Ningún paciente presentó reacción alérgica al contraste, infección peritoneal, ni repercusión en la función renal residual.

Conclusión: La TC peritoneografía define mejor distintos espacios peritoneales, por lo que es de gran ayuda en su diagnóstico.

Sus limitaciones son las derivadas del uso de radiaciones ionizantes y el contraste yodado.

434 EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS SISTÉMICA TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

E. YEROVI¹, ME. RIVERA GORRIN¹, V. BURGUERA VION¹, M. DELGADO YAGÜE¹, S. PAMPA¹, F. CARAVACA¹, E. CASILLAS¹, L. BLANCO¹, F. LIAÑO¹
¹NEFROLOGIA. HOSPITAL RAMON Y CAJAL (MADRID)

Introducción: La prevalencia e incidencia de la amiloidosis sistémica ha disminuido en los últimos años, probablemente debido a la aparición y el mayor acceso al tratamiento de las causas subyacentes. El mal pronóstico de la amiloidosis amiloide A (AA) es ampliamente conocido sin embargo, los datos respecto a la evolución a medio y largo plazo en diálisis son escasos.

Métodos: Analizamos de forma retrospectiva todos los pacientes con amiloidosis AA que iniciaron DP en nuestro centro entre enero de 1995 y octubre de 2015.

Resultados: 331 pacientes iniciaron DP. 8 (2,41%) presentaron amiloidosis AA, 6 mujeres y 2 hombres. Mediana de edad al iniciar DP: 61 años (41-79 años). El motivo de elección de DP fue hipotensión en 1 paciente (12,5%), problemas del acceso vascular en 4 (50%) y por decisión personal en 3 (37,5%). La etiología de la amiloidosis AA fue artritis reumatoide en 6 pacientes (75%), síndrome de Behçet en 1 y bronquiectasias en 1. El diagnóstico de amiloidosis se confirmó mediante biopsia renal en 7 pacientes (87,5%).

En todos los pacientes la modalidad de tratamiento fue diálisis peritoneal continua ambulatoria. En 3 pacientes fue DP asistida por familiares. La solución de icodextrina 7,5% fue utilizada en 2 pacientes. Se realizó el test de equilibrio peritoneal (PET) en 4 pacientes, 3 fueron altos transportadores y 1 medio alto. El KTV promedio durante el seguimiento fue 1,8. 3 pacientes presentaron episodios de peritonitis y en ningún caso fue necesaria la retirada del catéter DP. La albúmina sérica se mantuvo por debajo 3 gr/dl durante el tiempo de seguimiento (12 meses). Todos los pacientes presentaron anemia y mostraron aumentado el índice de resistencia a eritropoyetina (IRE). (IRE: 10,6 U Semana/Kg/g/dl)

La mediana de supervivencia de los pacientes fue de 16 meses (2-54 meses). 7 pacientes fallecieron durante el seguimiento en situación de caquexia. En 2 pacientes se asoció accidente cerebrovascular y en 2 sepsis respiratoria. Una paciente fue trasplantada y sobrevivió 54 meses después.

Conclusiones: La amiloidosis se asocia a peor supervivencia del paciente en diálisis. La causa de muerte en la mayoría de pacientes fue por complicaciones de la amiloidosis como la caquexia. La DP es una alternativa adecuada de diálisis, con aceptable evolución en nuestros pacientes, por lo que constituye una opción para aquellos con dificultad para HD. La baja incidencia y prevalencia de esta enfermedad hace que la serie de casos sea pequeña.

435 COLOCACIÓN DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL POR NEFROLOGÍA. "SI, SE PUEDE". REVISIÓN DE CATÉTERES COLOCADOS POR PUNCIÓN VS LAPAROSCOPIA

I. MANZUR¹, L. BETANCOURT¹, J.C. MARTINEZ-OCAÑA¹, Á. CORCUERA¹, M.P. VALENZUELA¹, C. BLASCO¹, D. MARQUINA¹, E. ROJAS¹, M.J. GORDO¹, E. PONZ¹
¹NEFROLOGÍA. PARC TAULÍ SABADELL, HOSPITAL UNIVERSITARIO. INSTITUTO UNIVERSITARIO (UAB). SABADELL. BARCELONA. (BARCELONA)

Introducción: El funcionamiento del catéter (CT) de Diálisis Peritoneal (DP) es fundamental para la técnica. Puede colocarse mediante cirugía abierta o laparoscopia (LP) o por punción: técnica de Seldinger o trocar (PT), por Radiólogos intervencionistas o Nefrólogos entrenados. En nuestro centro se realiza la colocación por nefrólogos por PT desde el año 1991.

Objetivo: Revisar los resultados de CT tipo Tenckhoff con dos topes de dacron extremo subcutáneo curvo y distal en espiral o recto; colocados en nuestro centro por PT y LP en el periodo 1991-2015.

Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional, de colocación de CT de DP por PT y LP. Se excluyeron los CT no Tenckhoff, colocados con fines no dialíticos, con otras técnicas o en otros centros. Técnica PT: Unidad de Agudos con anestesia local y sedación, trocar de punción Y-Tec. Desde 2010 dos nefrólogos realizan la técnica. Técnica LP: Quirófano con anestesia general y dos cirujanos entrenados. Se colocaron por PT los enfermos no obesos y sin cirugías abdominales previas. Se registraron antecedentes patológicos y quirúrgicos, complicaciones agudas y crónicas relacionadas con el CT y supervivencia.

Resultados: De un total de 214 CT colocados, se incluyeron 167 CT en 155 enfermos (edad media 59 ±19, 36.5 % mujeres); 63 CT (37%) se colocaron por PT y 104 por LP. En el periodo entre 2011-2015 se colocó el 57% de los catéteres por PT registrados. No hubieron diferencias significativas en las complicaciones agudas (menos de 1 mes) entre ambas técnicas, ni tampoco en el fallo primario (9.5 % PT vs 5.8 % LP). En el seguimiento destacan más infecciones del orificio (p < 0.01) y la extrusión del tope externo, más frecuentes en la técnica LP (8.6 % vs 0 %). No hubo diferencias en problemas mecánicos o infecciones peritoneales. Tampoco se observaron diferencias en la supervivencia de los CT según la técnica de colocación. No hubo ninguna muerte relacionada con el procedimiento.

Conclusiones: La colocación del catéter por PT es una técnica segura en pacientes seleccionados y aumenta la autonomía del programa de DP. En nuestra serie aumenta su uso a partir del 2010 con 2 nefrólogos adiestrados.

Destaca en el grupo PT un menor número de infecciones de orificio y extrusión del tope externo de dacron posiblemente en relación a una mayor atención a la creación del orificio de salida por parte del nefrólogo.

436 BENEFICIOS DE LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL EN DP

A. SASTRE LOPEZ¹, J. GONZÁLEZ ARREGOCÉS¹, I. ROMAINOIK¹, S. MARIÑO¹, C. LUCAS¹, E. MONFA¹, G. STEFAN¹, B. DE LEON¹, M. PRIETO VELASCO¹
¹NEFROLOGÍA. CAULE (LEON)

Introducción: El mantenimiento de la FRR ha demostrado influir en la mayor supervivencia de los pacientes. Su pérdida se ha asociado con el estado inflamatorio/nutricional, edad y comorbilidad acompañante. El objetivo del estudio fue demostrar los beneficios del mantenimiento de una mínima función renal residual en nuestros pacientes de diálisis peritoneal.

Material y método: Estudiamos a los pacientes estables de nuestro programa de diálisis peritoneal. Comparamos las variables: edad, índice de comorbilidad de Charlson, volumen de diálisis, KTV, PNA, ultrafiltración, sobrecarga de volumen medido por impedanciometría, diuresis, proteinuria, ferritina, PCR, albuminemia, fosfatemia, CA12.5 en líquido de diálisis y las pérdidas proteicas peritoneales (ppp). Entre los pacientes con filtrado glomerular residual mayor o igual y menor de 2ml/min. Las variables se expresan en media ±desviación típica, las comparaciones se hicieron con el estadístico T de Student de 2 colas para grupos independientes. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0.05.

Resultados: Un total de 44 pacientes, con edad media de 63.1 ±18.4 años, con un índice de comorbilidad de Charlson 6.2±2.6, volumen de diálisis 10489.8±5320.5 l, Ktv 2.3±0.5, PNA 1.1±0.2 g/Kg/d, ultrafiltración 739.8±604.6 ml, sobrecarga de volumen OH 1.1±1.5l, diuresis 909.1±754.6 ml, proteinuria 0.5±0.8 g/d, ferritina 411±39 ng/ml, PCR 1.2±0.2 mg/l, albuminemia 3.6±0.4 g/dl, fosfatemia 4.6±0.7 mg/dl, CA12.5 en LD 23.3±2.5 U/ml y las ppp 3.2±1.7 g/24h. Los resultados de la comparación entre grupos en tabla 1.

Conclusiones: Nuestros pacientes con mayor función renal residual utilizan menor volumen de diálisis, tienen mejor preservada la membrana peritoneal (mayores niveles de CA12.5), están mejor dializados (mayor KTV), mejor nutridos (mayor PNA y mayor albuminemia), tienen tendencia a estar menos inflamados (menor PCR y ferritina), orinan más sin embargo, no están menos hiperhidratados.

■ Tabla1.

	≥ 2ml/min (N29)	<2ml/min (N15)	p
Edad	62.83±18.23	63.67±19.39	0.888
Charlson	6.3±2.6	6.1±2.5	0.743
volumen diálisis	8229.66±3402.47	14859.40±5723.08	0.000
KTV	2.6±0.5	2±0.2	0.000
PNA	1.2±0.3	0.8±0.2	0.000
ultrafiltración	697.97±59	820.8±62.9	0.529
sobrecarga de vol	0.8±0.4	1.5±0.5	0.157
diuresis	1284.48±619.92	185.33±52.37	0.000
proteinuria	0.8±0.9	0.07±0.16	0.000
ferritina	366.4±34.4	454.6±39.8	0.256
PCR	0.3±0.6	1.2±0.4	0.049
albuminemia	3.8±0.4	3.4±0.3	0.02
fosfatemia	4.7±0.7	4.5±0.8	0.516
CA12.5 LD	30.2±2.4	15.1±1.2	0.017
ppp	3.08±2.1	3.4±1.6	0.253

437 EDAD Y PÉRDIDAS PROTEICAS PERITONEALES

A. SASTRE LOPEZ¹, J. GONZÁLEZ ARREGOCÉS¹, I. ROMAINOIK¹, S. MARIÑO¹, C. LUCAS¹, E. MONFA¹, G. STEFAN¹, B. DE LEON¹, M. PRIETO VELASCO¹
¹NEFROLOGÍA. CAULE (LEON)

Introducción: El riesgo cardiovascular aumenta con la edad. 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 ppp aumentan con la edad.

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 los 2 grupos (mayores y menores o iguales a 65 años). 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 1983 adecuaciones desde julio de 1996 hasta enero de 2016 estudiamos las variables. 1172 en DPCA, 811 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 mayores de 65 años. Éstos tienen más hipoalbuminemia y por tanto, mayor riesgo de peritonitis y de mortalidad.

Los pacientes ancianos utilizan un menor volumen de diálisis, debido a mayor prescripción de DPCA en este grupo.

■ Tabla1.

	> 65 años (N 851)	≤65 años (N1132)	p
Volumen LD	10132.3±4658.2	12326.6±7088.5	<0.001
Albuminemia	3.6±0.7	3.9±1.9	<0.001
Proteínas en LD	61.6±44.6	51.3±39.8	<0.001

438 LA EDAD DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL. ¿MARCA DIFERENCIAS EN PARÁMETROS NUTRICIONALES, ANEMIA U OTROS DATOS ANALÍTICOS?

V. LÓPEZ DE LA MANZANARA PÉREZ¹, A. SHABAKA FERNÁNDEZ¹, F. TORNERO MOLINA¹, M. POMA TAPIA¹, JM. BAUTISTA CAÑAS¹, F. PROCACCINI¹, M. MIRANDA CAM¹, JA. HERRERO CALVO¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: La DP podría ser una técnica de diálisis ideal para el paciente añoso, pero es más elegida por los más jóvenes. Algunos estudios sugieren que los pacientes añosos tendrían peor evolución en DP que en hemodiálisis. Esto podría asociarse a la presencia de algún grado de desnutrición, aumento del catabolismo proteico u otras alteraciones asociadas a la edad. Por ello nos ha interesado conocer si existen diferencias en determinados factores en nuestros pacientes en todos los grupos de edad.

Objetivo: Comparar los datos analíticos de anemia, inflamación, nutrición, función renal, metabolismo fosfo-cálcico, así como de eficacia de la técnica, en tres grupos de edad de pacientes en DP.

Material y métodos: Tenemos 40pacientes divididos en 3grupos:menores de 65años (19pacientes, 51.8 + 8.5 años), entre 65 y 75 años (12 pacientes, 69.5 + 2.7 años) y mayores de 75años (9 pacientes, 77.2 + 3.4)respecto a variables analíticas y de eficacia de la técnica.

Resultados: Observamos que los mayores de 75años presentan hemoglobina más elevada (12.39 vs 11.55 y 10.8g/dl; p.0.12) a pesar de mayor ferropenia (índice de saturación de transferrina 21.30(DT3.77)% ; p>0.05). No encontramos diferencias importantes en parámetros de inflamación medidos (PCR). Objetivamos niveles menores de prealbúmina en el grupo de mayor edad (27.78 en los mayores de 75años vs 34.46 en los menores de 65años vs 33.75 g/dl en el grupo de 65 a 75años; p.0.06). No observamos alteraciones significativas en los niveles de colesterol, proteínas totales ni albúmina. Tampoco en el metabolismo fosfo- cálcico, aunque sí parece existir cierta tendencia a presentar menos fosforemia por encima de los 75años (4.58 (DT0.26) mg/dl; p.0.27). Vimos que los mayores tenía una creatinina menor que los más jóvenes (7.19 vs 10.21 vs 7.45mg/dl; p.0.034). Esto se correlaciona con la determinación del KT/V semanal total, significativamente mayor en el grupo añoso (2.63 vs 2.08 y 2.10; p.0.021). Sin embargo, no hubo diferencias en cuanto a la función renal residual (p.0.68), por ello el valor más bajo de creatinina en los mayores puede deberse a más desnutrición en este grupo. Los menores de 65 años tienen mayores niveles de potasio sérico(4.80 (DT 0.46) mmol/l; p.0.047).

Conclusiones: En los pacientes de mayor edad observamos menores niveles de creatinina y mayor eficacia de la técnica. Así mismo presentan datos de nutrición ligeramente peores. Sin embargo, diálisis peritoneal se muestra como una técnica adecuada en cualquier rango de edad.

Resúmenes

Dialísis peritoneal

439 COMPARACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL, INFLAMATORIO Y METABOLISMO FOSFORO-CALCIO EN PACIENTES ANCIANOS EN DIALISIS PERITONEAL Y HEMODIALISIS

M. POMA¹, F. TORNERO¹, JA. HERRERO¹, V. LÓPEZ DE LA MANZANARA¹, A. SHABAKA¹, F. PROCAC-CINI¹, M. MIRANDA¹, J. BAUTISTA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: La necesidad de una terapia renal sustitutiva (TRS) aumenta con la edad, por lo tanto no es sorprendente que la población que se encuentra en diálisis tenga más de 70 años. En la mayoría de los países los pacientes mayores son menos propensos a comenzar en diálisis peritoneal (DP) comparado con la hemodiálisis (HD). Existen pocos estudios que se enfoquen en el estado general de los pacientes ancianos en ambas TRS.

Nuestro objetivo es comparar el estado nutricional, inflamatorio y el metabolismo fosforo-calcio en los pacientes mayores de 75 años que se encuentran en DP y HD.

Material y métodos: Estudiamos 33 pacientes mayores de 75 años (21 varones y 12 mujeres) de nuestro programa de diálisis (23 pacientes de HD y 10 pacientes de DP). Excluimos a los pacientes con ingresos hospitalarios recientes, enfermedades digestivas, oncológicas u otro tipo de patología concomitante.

Se analizó los parámetros nutricionales, inflamatorios, metabolismo fosforo-calcio, perfil ferro-cinético, bicarbonato y perfil lipídico de los controles analíticos habituales de la consulta de DP y HD a lo largo de un año.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 80.85 ± 5.3 años. En los pacientes en DP encontramos niveles inferiores de PTH 195,39 ± 44.7 pg/ml vs 387,75 ± 40.3 pg/ml (p<0.08) y superiores de bicarbonato 24,13 ± 0.92 vs 20,83 ± 0.39 (p<0,001). A nivel nutricional los pacientes en HD presentaban cifras superiores de albúmina 3,68 ± 0.05 vs 3,35 ± 0.12 (p<0.010) Así mismo presentaban cifras mayores de parámetros férricos como índice de saturación 28.16 ± 1.4 % vs 21.30 ± 2.0 % (p<0,012) y ferritina 462 ± 48.1 mcg/ml vs 218 ± 61.4 mcg/ml (p< 0,005). Los pacientes en DP presentaban un perfil lipídico diferente, con cifras mayores de colesterol 183.6 ± 12.7 mg/dl vs 153.6 ± 6.5 (p<0.031) y elevación de triglicéridos 179.1 mg/dl ± 41.4 vs 121.1 ± 13.6 (p = 0.1). No se observaron diferencias en los valores de pre albúmina, calcio, fósforo, ácido úrico y PCR.

Conclusiones: Los pacientes ancianos mayores de 75 años que se encuentran en DP tienen un mejor control de PTH y menor acidosis respecto a los pacientes en HD, sin embargo los pacientes ancianos en HD presentan mejor estado nutricional respecto a los pacientes en DP. No hay diferencias en el estado inflamatorio entre ambos grupos. Los pacientes en DP presentan peor perfil lipídico, con cifras mayores de colesterol y triglicéridos.

440 ¿EXISTEN DIFERENCIAS RELEVANTES ENTRE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS CON CICLADORA Y SU PRESCRIPCIÓN?

J. PORTOLES¹, C. FELIPE², AM. TATO³, P. LOPEZ-SANCHEZ¹, M. RIVERA⁴, G. CAPARROS⁵, B. DURA GURPIDE¹, L. MEDINA ZAHONERO¹, A. FERNANDEZ-PERPEÑE¹, F. TORNERO⁶

¹NEFROLOGIA. H.U. PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA), ²NEFROLOGIA. H.N. SEÑORA DE SONSOLES (AVILA), ³NEFROLOGIA. H.U. FUNDACION ALCORCON (ALCORCON), ⁴NEFROLOGIA. H. RAMON Y CAJAL (MADRID), ⁵NEFROLOGIA. H.U. DE LA PRINCESA (MADRID), ⁶NEFROLOGIA. H.U. CLINICO SAN CARLOS (MADRID)

La comunicación corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Grupo Centro Dialisis Peritoneal (GCDP); RedRen 16/009/009

Casi un tercio (31%) de incidentes en el GCDP comienzan directamente con cicladora (APD). Integramos la información disponible en nuestra BD con los sistemas de prescripción informatizada, para describir el uso real y las diferencias entre lo pautado y lo realizado.

Presentamos un análisis piloto multicéntrico y observacional, con los pacientes que inician APD en tres centros del GCDP con seguimiento superior al año.

Sus características más relevantes son: 57.9% varones, edad 54.37 años, comorbilidad por Charlson 5.0 (SD 1.6) y 27.8% DM(similar a población GCDP). La procedencia es distinta que en el total del GCDP: proceden de HD 52.6% vs 17.2 en GCDP; de Tx fallido 10,5% vs 7,3 y de ERCA 36.8% vs 75,5.

Al final del seguimiento, 26.3% pasan a HD, 26.3% se TX, 5.3% recuperan FR, 5.3% pérdida de seguimiento y 36.8% siguen en DP. Se integran todos los datos de cada día de tratamiento realizado con la BD clínica. Los resultados más relevantes al inicio y al año se muestran en la tabla 1.

Los tratamientos se prolongan más de 30 min en el 15% de días, el tiempo de permanencia prescrito supone el 75% del tiempo de tratamiento, y solo el 71 % del tiempo real. Los tiempos de tratamiento se alargan al año en 1 hora (24 min por prescripción, el resto por incidencias o drenajes lentos). La distribución no es aleatoria y el 26.3% de los pacientes realizan > 50% de sesiones con un tiempo de permanencia inferior al prescrito (ens=5%).

Conclusiones: Prescribimos una APD de inicio a pacientes que precisan dosis altas y estimamos que perderán FRR rápidamente (De HD o Tx). Las diferencias entre prescripción y tratamiento que se estiman por vez primera, deben ser tenidas en cuenta para guías, protocolos y cursos de formación y evaluarse individualmente en la rutina diaria. C1. Proyecto co-financiado por Baxter y Fresenius a través de la Fundación Madrileña de Nefrología, sin intervenir en diseño-análisis.

■ Tabla 1.

	basal	al año
% APD día seco	5%	5%
KtV	2.5 (0.9)	2.3 (0.8)
Ccr	111.2 (43.7)	75.5 (38.8)
FRR (ml/min)	5.3 (4.5)	3.2 (2.8)
% Alto transportador	13.3	7.1
Vol infusión total	8837.6 ml (3139.9)	10336.4ml (SD 4530.8)
Vol infusión prescrito(ml)	1873.7 (284.5)	1978.6 (452.6)
Vol infusión real (ml)	1853.8 (284.0)	1965.2 (457.8)
Vol ultima infusión prescrito (ml)	912.8 (740.7)	1534.6(679.9)
Vol ultima infusión real (ml)	879.8 (706.9)	1500.3(660.5)
tiempo total prescrito (h)	8,0(0,7)	8,4 (1,3)
tiempo total real (h)	7,9 (2,0)	8,9 (1,5)
Δ(Real- Presc) min	-2,0	28,7
tiempo permanencia prescrito (min)	89,4	91,1
tiempo permanencia real (min)	83,2 (19,2)	87,7(23,6)
% T permanencia real vs prescrito	95,7%	96,9%
UF prescrita	439,5(285,0)	216,7 (247,5)
UF real	201,9 (265,2)	370,9 (458,1)

441 FUNCIÓN RENAL RESIDUAL Y PRESCRIPCIONES EN DIALISIS PERITONEAL

M. DURAN BELOSO¹, S. PUELLO MARTINEZ¹, I. ABUWARD ABU SHARKH¹, N. ARHDA¹, M. FIDALGO DÍAZ¹, C. DÍAZ RODRIGUEZ¹, R. ALONSO VALENTE¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (SANTIAGO DE COMPOSTELA)

Introducción: Mantener la función renal residual (FRR) debe ser un objetivo primordial a la hora de prescribir en diálisis peritoneal (DP); aumenta el aclaramiento de solutos y medianas moléculas, facilita el control de volumen, mejora el estado nutricional, mantiene las funciones endocrinas y disminuye la inflamación sistémica. Si es significativa pueden prescribirse pautas de DP con poder de aclaramiento mas bajo.

Objetivo: Valorar la función renal residual de los pacientes que realizaron diálisis peritoneal en nuestra unidad a lo largo de un año y la modalidad de diálisis prescrita.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo (pacientes que realizaron DP a lo largo del año 2015 con mas de 6 meses en la técnica). Se analizaron: edad, sexo, enfermedad de base, tiempo en DP, volumen de diuresis y FRR, procedencia y modalidad de diálisis. Se establecieron 4 grupos según diuresis: A) < 200 mL (anúricos); B) 200 mL a 1000 mL; C) > 1000 a 2000 mL y D) > 2000 mL.

Resultados: Se analizaron los datos de 54 pacientes. La edad media fue de 52,78 años (rango 21-81 años). 26 (48.1%) mujeres y 28 (51.9%) hombres con un tiempo medio en DP de 37,25 meses. 12 pacientes (22%) eran diabéticos, 14 sin FRR (edad media 47.78 años e índice de Charlson 5.03) y 40 con FRR (edad media 57.78 años e índice de Charlson 3,87.). La FRR, nº de pacientes, procedencia y (modalidad de DP) en cada grupo era: grupo A: 0.5 mL/min, 14 pacientes, 8 hemodiálisis, 4 trasplante y 2 ERCA (12 DPA y 2 DPCA); grupo B: 5.2 mL/min, 6 pacientes, 3 ERCA, 2 tras hospitalización y 1 otra área sanitaria (0 DPA, 6 DPCA); grupo C: 7,56 mL/min, 24 pacientes, 17 ERCA, 3 HD, 2 otra área, 1 tras hospitalización y 1 trasplante (8 DPA y 16 DPCA); grupo D: 9.68 mL/min, 10 pacientes, 9 ERCA y 1 tras hospitalización (1 DPIN y 9 DPCA).

Conclusiones: Los pacientes sin FRR son de menor edad y con mas comorbilidades que los pacientes con FRR, proceden en su mayoría de trasplante renal fallido y hemodiálisis y realizan en su mayoría DPA por los mayores requerimientos de diálisis que necesitan. Los pacientes con FRR proceden más frecuentemente de ERCA y realizan pautas de DP con menor poder de aclaramiento.

442 INFLUENCIA DE LA PROTEINURIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL, FERROCINETICO E INFLAMATORIO EN PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL

M. POMA¹, F. TORNERO¹, JA. HERRERO¹, B. RODRIGUEZ-CUBILLO¹, V. LÓPEZ DE LA MANZANARA¹, A. SHABAKA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: La proteinuria es un factor de riesgo bien documentado. La pérdida de proteínas en la orina se compensa por el aumento de la síntesis de albúmina en pacientes en diálisis peritoneal (DP). Si la pérdida de proteínas es superior a la síntesis de proteínas, se desarrolla la desnutrición. Sin embargo, hay poca información sobre los cambios en el estado de nutrición e inflamación de acuerdo con los niveles de proteinuria en pacientes en DP.

Nuestro objetivo es evaluar si la proteinuria presente en pacientes en DP influye en su estado nutricional, ferrocinético e inflamatorio.

Material y métodos: Estudiamos 44 pacientes del programa de DP (31 varones y 13 mujeres) Los pacientes seleccionados no presentaron ingresos hospitalarios por al menos 6 meses.

Dividimos a los pacientes en 2 grupos con respecto al nivel de proteinuria cuantificada: mayor de 2000 mg/día (7 pacientes) y menor de 2000 mg / día (37 pacientes). Se analizó la proteinuria, perfil ferrocinético y parámetros nutricionales de los controles habituales en la consulta de DP a lo largo de un año.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 62,18 +/- 14,36 años. Hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar en los pacientes con niveles mayores de 2000 mg/día de proteinuria respecto a los pacientes con proteinuria menor de 2000 mg/día en los niveles de albúmina: 3.08 g/dl. Vs 3.57 g/dl. (p < 0,008), PCR: 1,74mg/dl vs 0,7 (p < 0,012) y hemoglobina: 9,97 g/dl vs 11,66 (p < 0,001).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, pre albúmina, proteínas totales, ferritina, índice de saturación, metabolismo fosforo-calcio, colesterol ni bicarbonato.

Conclusiones: Los niveles elevados de proteinuria en pacientes en diálisis peritoneal estarían asociados a disminución del estado nutricional, aumento del estado inflamatorio y mayor anemia.

443 CARGA DE GLUCOSA, ESTADO DE HIDRATACIÓN Y MODALIDADES DE DIÁLISIS PERITONEAL

S. PUELLO MARTINEZ¹, M. DURAN BELOSO¹, I. ABUWARD ABU SHARKH¹, N. ARHDA¹, V. BECERRA MOSQUERA¹, C. DÍAZ RODRIGUEZ¹, R. ALONSO VALENTE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (SANTIAGO DE COMPOSTELA)

Introducción: A priori todo régimen de diálisis peritoneal (DP) que mejore la ultrafiltración con una menor carga de glucosa sería beneficioso a largo plazo. Al prescribir en DP debemos optimizar la ultrafiltración acorde a la función renal residual (FRR) y al volumen de diuresis residual, siempre a expensas de una menor carga metabólica con objeto de mantener al paciente euvolémicico contribuyendo así a mejorar la supervivencia del paciente y de la técnica.

Objetivo: Valorar el agente osmótico y la concentración utilizada, la modalidad de DP prescrita y el estado de hidratación en los pacientes de nuestra unidad de DP a lo largo de un año.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo (pacientes que realizaron DP a lo largo del año 2015 con mas de 6 meses en la técnica). Se analizaron: edad, sexo, enfermedad de base, volumen de diuresis y FRR, tiempo y modalidad de DP, concentración de glucosa utilizada así como uso de otros agentes osmóticos y el estado de hidratación por bioimpedancia multifrecuencia.

Resultados: Se analizaron los datos de 54 pacientes. La edad media fue de 52,78 años (rango 21-81 años). 26 (48.1%) mujeres y 28 (51.9%) hombres con un tiempo medio en DP de 37,25 meses. 12 pacientes (22%) eran diabéticos. 33 pacientes hacían DPCA (grupo 1) y 21 DPA (grupo 2). 28 pacientes (85%) del grupo 1 realizaban todos los intercambios con glucosa baja y 5 (15%) utilizaban icodextrina. En el grupo 2, 8 pacientes (38%) realizaban todos los ciclos con glucosa baja y el resto con porcentajes de concentración de glucosa variables (2 con 30% al 2,3%, 4 50% al 2,3%, 4 70% al 2,3% y 1 todos al 2,3%); 12 (57%) utilizaban icodextrina. 2 pacientes (3,7%) del total estudiado (ambos en DPA) utilizaban ocasionalmente glucosa a máxima concentración. El OH era de -1,1 a +1,1 litros en el 33% de pacientes; >+1,1 a +2 en el 41%; >+2 litros en 20%.

Conclusiones: En nuestra población los pacientes utilizan pautas de DP con carga de glucosa relativamente baja sobre todo en pacientes en DPCA, manteniendo un estado de hidratación por bioimpedancia "aceptable" con un exceso de agua que no supera los 1,5-2 litros. Esto repercutirá en una mejor supervivencia del paciente y la técnica y en mantener la FRR durante mas tiempo.

444 DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) COMO TÉCNICA ALTERNATIVA AL INICIO NO PROGRAMADO DE DIÁLISIS Y ANTE COMPLICACIONES DURANTE LA TÉCNICA

V. PARAISO¹, JL. MERINO¹, E. GARCÍA¹, S. MENDOZA¹, B. ESPEJO¹, B. BUENO¹, P. DOMÍNGUEZ¹, A. GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV. DEL HENARES (COSLADA. MADRID.)

Introducción: El inicio programado de diálisis peritoneal es una condición importante para el buen desarrollo de la técnica y disminuir la probabilidad de complicaciones. No obstante, en ocasiones el inicio de la técnica no es posible realizarlo de forma programada, siendo las causas más frecuentes el deterioro inesperado de la función renal (FR) o una remisión tardía del paciente a nefrología. Además, en ocasiones tras el inicio del tratamiento tienen lugar complicaciones que dificultan el desarrollo de la técnica obligando a transferir al paciente a hemodiálisis. Mostramos nuestra experiencia en pacientes en programa de diálisis peritoneal incluidos de forma no programada o que en el transcurso del tratamiento presentaron complicaciones que dificultaban continuar con el desarrollo de la técnica.

Material y método: Doce pacientes fueron incluidos en programa de diálisis peritoneal en 2015. Dos de ellos (16,6%) iniciaron DPA de forma no planeada debido al deterioro brusco de la FR y otros dos (16,6%) cambiaron de modalidad de diálisis peritoneal a DPA debido a complicaciones precoces tras el inicio de la terapia.

Resultados: Los pacientes no presentaron complicaciones. La presión intraabdominal no sobrepasó los 16 cm H2O con el volumen de infusión utilizado. La tabla muestra las características de los pacientes y los resultados durante la técnica.

Conclusiones: El inicio no programado de diálisis y las complicaciones mecánicas no son indicación absoluta de transferencia a hemodiálisis. Aunque nuestra experiencia es escasa, la DPA puede ser una alternativa válida como inicio no programado o ante la aparición de complicaciones durante el tratamiento. No obstante, el inicio de la técnica precisa de una serie de medidas para evitar la aparición de complicaciones mecánicas y mantener la eficacia del tratamiento. El uso de la presión intraabdominal como parámetro para adecuar el volumen de infusión ha resultado útil para conseguir estos objetivos.

■ Tabla 1.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad	64	45	70	74
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón
Etiología ERC	Nef. CsA*	GESEF**	N. diabética	N. diabética
Diabetes mellitus	No	Si	Si	Si
Inicio DPA	Deterioro FR***	Deterioro FR***	Hidrocele	Hidrocele
Peso (Kg)	81	70	87	75,8
Talla (cm)	164	176	175	172
Volumen total (litros)	8	8	9	12
Volumen infusión (litros)	1	1	1	2
Nº de ciclos	8	8	8	6
Tiempo de permanencia (min)	54	54	60	54
Tiempo de terapia (horas)	8	8	9	8
PIA*** abdomen vacío (cm H2O)	5	8	12	8
PIA abdomen lleno (cm H2O)	14,5	13	13	16
Complicaciones	No	No	No	No

Nefrototoxicidad por Ciclosporina; **Glomerulosclerosis segmentaria y focal; ***Función renal; ****Presión intraabdominal

445 COMUNICACIÓN PLEUROPERITONEAL, UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA TÉCNICA. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

JJ. BANDE FERNÁNDEZ¹, J. CALVO BLANCO², JE. SÁNCHEZ ALVAREZ¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, R. GARCÍA CASTRO¹, I. GONZÁLEZ DÍAZ¹, M. NUÑEZ MORAL¹, B. PELÁEZ REQUEJO¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, A. QUINTANA FERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ²RADIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

Introducción: La comunicación pleuroperitoneal (CPP) es una complicación infrecuente (en torno a un 2-3% según las series) pero grave, pudiendo condicionar el abandono de la técnica. El objetivo de este trabajo es exponer nuestra experiencia al respecto en los últimos seis años.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de todos los casos de CPP en nuestra unidad en los últimos seis años. Se recogieron variables epidemiológicas de los pacientes afectos así como referentes a la técnica de diálisis y los métodos utilizados en el diagnóstico y tratamiento.

Resultados: De un total de 350 pacientes que han pasado por nuestra unidad en los últimos seis años, 6 (1,7%) desarrollaron una CPP. La mayoría (67%) en los 2 primeros meses en DP; los otros 2 pacientes antes del año. La edad media fue de 56±9 años, siendo la incidencia idéntica en ambos sexos. No hubo una etiología de ERC predominante. A todos los pacientes se les realizó tóracocentesis diagnóstica evidenciando solamente en dos pacientes (33.3%) un gradiente de glucosa entre el líquido pleural (LPGlc) y la sangre (SGlc) mayor de 50 mg/dl; sin embargo sí que se pudo ver que la relación entre LPGlc y SGlc era mayor de 1 en el 100% los casos. A todos los pacientes se les realizó una TC- peritoneografía que resultó diagnóstica en el 83.3% de los casos, mediante determinación de las unidades Hounsfield del derrame pleural (resultando, la reconstrucción en 3D de gran utilidad en el diagnóstico); siendo la localización derecha en dos tercios de los casos, izquierda en un paciente y bilateral en el restante. No encontramos relación con la presencia de hernias en cualquier momento. El 67% de los pacientes reinició la técnica tras reposo peritoneal durante 6 semanas, y de estos, solamente una paciente experimentó una recidiva, pasando de forma definitiva a hemodiálisis. El otro tercio se transfirió de forma definitiva a hemodiálisis (derrame bilateral en un caso y deseo del paciente en otro).

Conclusiones: La incidencia de CPP en nuestra Unidad fue algo menos de 2%, por debajo de lo descrito en la literatura. Un cociente LPGlc/SGlc >1 fue patognomónico en nuestros pacientes (tal y como se describe en la serie de pacientes de Momenin en 2012), con mejor valor predictivo que un gradiente de LPGlc-SGlc mayor de 50 mg/dl. Asimismo exponemos la utilidad del TC-peritoneografía como método diagnóstico en los casos de dificultad para el acceso al diagnóstico mediante gammagrafía.

446 BIOIMPEDANCIA Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN LA MEDICIÓN DEL AGUA CORPORAL TOTAL EN PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL

MF. CLAVIJO SÁNCHEZ¹, Z. KORAI CHI RABIAE SENHAJI¹, FJ. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, AM. MARÍN FERRÓN¹, I. TORRES COLOMERA¹, JJ. SORIA CARRIÓN¹, MF. FLORES PALOMA¹, MD. DEL PINO Y PINO¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS (ALMERÍA)

Introducción: La composición corporal y el agua corporal total (ACT) son parámetros importantes en Diálisis Peritoneal (DP). Permiten determinar el volumen de distribución de urea (Vu) y así la eficacia dialítica. Para su cálculo se emplean varios métodos, ecuaciones antropométricas y bioimpedancia espectroscópica, pudiendo existir diferencias entre ambos y conducir a errores en la estimación del Kt/V.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluye a 57 pacientes de DP. Se analizó el Vu calculado por fórmula de Watson (Vw) y el obtenido por bioimpedancia (Vb) y las diferencias entre ambos métodos. Se separan dos grupos de pacientes, uno con diferencias menores al 10% y en el otro mayores al 10%. Evaluamos la asociación de parámetros clínicos y analíticos con la existencia de estas diferencias. Para el contraste de hipótesis de igualdad de las variables cuantitativas se utilizó el test U de Mann-Whitney y en las cualitativas el test de chi-cuadrado de Pearson. Para analizar la concordancia entre la bioimpedancia y la fórmula de Watson se realizó el gráfico de Bland-Altman. Se empleó el monitor BCM (Fresenius Medical Care) para la medición de Vb.

Resultados: Del total de pacientes, 39 son varones (68.4%), con una edad media de 55,16 ± 16,67 años en varones y mediana de 56,06 años, y de 57,47 ± 16,36 años en mujeres, con mediana de 55,34 años. Vw medio fue de 37,24 ± 5,33 L y Vb 33,26 ± 6,79 L. La diferencia entre ambos fue significativa: 4.15 L ± 5.21 (p<0.000). El 70.18% de los pacientes tiene una diferencia entre Vw y Vb superior al 10%. No encontramos asociación entre las diferencias de volúmenes y las variables sexo (p=0.14), HTA (p=0.36), dislipemia (p=0.75), Diabetes Mellitus (p=0.68), presencia de diuresis residual (p=0.61), edad (p=0.45), Obesidad (p=0.84), hipoalbuminemia (p=0.3), ángulo de fase a 50 Hz disminuido (p=0.14), sobrecarga hídrica (p=0.53). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con el ACT (p=0.04) e indicios de significación estadística con PCR (p=0.06) y con el cociente E/I >1 (p=0.10).

Conclusiones: Encontramos una sobreestimación de Vw sobre Vb. Esto podría deberse a que la fórmula de Watson se obtiene de una ecuación estandarizada, sin tener en cuenta la diferente composición corporal y distribución del agua de los pacientes en DP respecto a la población general. Sin embargo, no encontramos relación entre la aparición de estas diferencias y la mayoría de parámetros clínicos analizados. Sería recomendable aumentar el tamaño muestral.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

447 BUENOS RESULTADOS TRAS LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL DACRON SUPERFICIAL EN DOS CATÉTERES CON INFECCIÓN DEL OS POR MYCOBACTERIAS ATÍPICAS

G. CAPARRÓS TORTOSA¹, J. SANTIAGO SANZ¹, G. MIRANDA¹, M. DOUZE¹, L. PICCONE¹, F. MOLINA LILLO¹, E. PEREIRA¹, M. MALDONADO¹¹NEFROLOGÍA. HGU CIUDAD REAL (CIUDAD REAL)

Introducción: La infección del OS por micobacterias no tuberculosas requiere de tratamientos antibióticos de larga duración y combinación de medicamentos potencialmente tóxicos como macrólidos y aminoglucósidos entre otros. Puede extenderse por el túnel del catéter peritoneal y originar peritonitis y pérdida del mismo. Han sido comunicados buenos resultados añadiendo al tratamiento antibiótico intervención quirúrgica temprana como reimplantación parcial del catéter o extracción del dacron superficial. Se expone la experiencia en nuestra Unidad en los dos casos en los que hemos aplicado esta última técnica.

Material y métodos: todos los catéteres (n=226) implantados en nuestra unidad desde junio de 1993 a la actualidad. Tres han presentado infección del OS por micobacterias no tuberculosas. Un caso tratado exclusivamente con antibióticos con progresión de la infección y retirada del catéter. En los otros dos se ha practicado la extracción quirúrgica del dacron superficial.

Resultados: Caso 1: Paciente de 26 años con ERC-V por GN C3. A los 9 meses tras la implantación del catéter peritoneal y tras contacto accidental con agua de mar presenta secreción escasa purulenta, sin apenas signos inflamatorios en el OS. Tras repetidos cultivos estériles y distintos pautas antibióticas a finales del 10º mes se cultiva *M. chelonae* complex. Se inicia ciprofloxacino y claritromicina y se extrae el dacron, manteniendo 15 días la cobertura antibiótica. La cicatrización posterior es adecuada sin recidiva la infección hasta la retirada programada del catéter en el 24º mes por transferencia a hemodiálisis.

Caso 2: paciente de 32 años con ERC-V por nefronoptosis asociada a S. Senior-Loken e insuficiencia hepática por fibrosis. Tras la implantación del catéter en el 20º mes presenta secreción escasa purulenta sin apenas signos inflamatorios. Tras recibir resultados de cultivo en el 21º mes positivos a *Mycobacterium fortuitum* se inicia claritromicina y levofloxacino. Ante la persistencia de la secreción purulenta se extrae el dacron en el 23º mes, manteniendo una semana más la quinolona, con adecuada cicatrización y sin recidiva de la infección. El catéter permanece con un solo dacron hasta el 48º mes, en el que la paciente fallece por causa no infecciosa.

Conclusiones: la extracción quirúrgica del dacron superficial en IOS por micobacterias atípicas puede prolongar la permanencia del catéter al facilitar la curación de la infección, con tratamiento de antibióticos potencialmente tóxicos de menor duración.

448 HIERRO ORAL LIPOSOMADO R: ALTERNATIVA PARA OPTIMIZAR LA FERROCINÉTICA EN DIÁLISIS PERITONEAL

V. DUARTE¹, A. MONTOYA¹, Y. MOLINA¹, M. FULQUET¹, V. ESTEVE¹, F. MORENO¹, M. POU¹, A. SAURINA¹, I. TAPIA¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO¹¹NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (TERRASSA)

Introducción: La principal causa de anemia en la enfermedad renal crónica es el déficit de eritropoyetina. El déficit de hierro, hemólisis y baja respuesta a eritropoyetina (inflamación) contribuyen.

Los bajos niveles de eritropoyetina suelen asociarse a estados de déficit absoluto o funcional de hierro.

Las guías KDOQI recomiendan hierro endovenoso en hemodiálisis, pero sin especificaciones sobre la vía de ferroterapia en prediálisis ni diálisis peritoneal. Valorando la preservación del árbol vascular para futuros accesos; la vía oral mejoraría la calidad de vida de nuestros pacientes. Nuestro objetivo es evaluar el uso de hierro oral liposomadoR en el mantenimiento de los niveles de Saturación de Transferrina (> 20%) y Ferritina dentro de parámetros recomendados (100-500 mg / dl). Analizamos tolerancia gastrointestinal, seguridad y grado de satisfacción del tratamiento oral.

Material y métodos: Estudiamos a los pacientes de nuestra unidad de diálisis peritoneal con requerimientos de hierro endovenoso N = 19 / 24. Excluimos: 3 pacientes con sangrado digestivo, 1 afecto de neoplasia activa, 1 ante evento coronario agudo, 1 ante peritonitis reciente. Ante polifarmacia, 4 pacientes rechazaron tratamiento oral. Finalmente incluimos 9 pacientes. Controlamos parámetros de anemia antes y después de la toma durante 12 semanas de hierro liposomadoR. Evaluamos la presencia de síntomas gastrointestinales y de calidad de vida gastrointestinal con los tests GRS y QIGLI antes y después.

Resultados: Todos los pacientes mantuvieron niveles de Saturación de Transferrina sin cambios significativos. Los niveles de Ferritina descendieron de forma significativa pero dentro de los parámetros recomendados (p < 0.05). No hubo cambios significativos en los niveles de Hemoglobina ni en la dosis de eritropoyetina. Se observó un descenso de parámetros de inflamación con bajada de PCR de forma significativa (P < 0.05)

Finalizaron el tratamiento sin efectos adversos destacables. Un paciente refirió aparición de heces oscuras y otro explicó estreñimiento. No hubo cambios significativos en los test de síntomas gastrointestinales ni de calidad de vida gastrointestinal. El grado de satisfacción del tratamiento fue de 7.8 de media (máximo 10 puntos en escala visual analógica)

Conclusiones: El hierro liposomadoR resultó seguro y eficaz en el mantenimiento de los niveles de Saturación de Transferrina en pacientes en diálisis peritoneal. A pesar del descenso de los niveles de Ferritina, éstos se mantuvieron en rango terapéutico. Se observó una reducción de la PCR como parámetro de inflamación de forma significativa. No efectos gastrointestinales fueron registrados.

449 INFECCIÓN DEL ORIFICIO DE SALIDA EN DIÁLISIS PERITONEAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FACTORES RELACIONADOS

MG. GONZÁLEZ MOYA¹, SB. BELTRÁN CATALÁN¹, BV. VIZCAÍNO CASTILLO¹, PM. MOLINA VILA¹, LM. PALLARDÓ MATEU¹¹NEFROLOGÍA. H.DR. PESET (VALENCIA)

Introducción: Las infecciones del orificio de salida (IOS) complican el curso clínico del paciente en diálisis peritoneal (DP). La presencia de infección del OSC aumenta la incidencia de peritonitis y se asocian a peritonitis de peor pronóstico.

Objetivo: Evaluar la incidencia de infecciones del orificio, así como, características microbiológicas de nuestra serie. Analizar posibles factores de riesgo relacionados con la infección.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de 111 pacientes que inician DP en nuestro centro entre Marzo del 2012 y Abril del 2016. Se excluyeron 9 pacientes que llevaban menos de 1 mes en la técnica. Se analizaron 102 pacientes. Se analizaron las características demográficas, clínicas y microbiológicas de todos los pacientes que presentaron algún episodio de IOS a lo largo del seguimiento. Comparamos las variables con aquellos pacientes que no habían tenido infección del OSC.

Resultados: 92(83%) pacientes no eran portadores nasales de StaphAureus al inicio de tratamiento y 10 (9.7%) pacientes sí lo eran. El 100% de los portadores, se negativizaron tras la aplicación de mupirocina. 17 pacientes (16%) se positivizaron por StaphAureus nasal a lo largo del seguimiento, siendo negativos al inicio. Recogimos un total de 102 episodios de IOS en 102 pacientes. 25 pacientes presentaron 1 solo episodio de IOS, 8 pacientes presentaron 2 episodios y 14 pacientes más de dos episodios. La incidencia global fue de 1 episodio cada 17,1 meses (0,70 episodios/paciente/año en riesgo). La edad, sexo, la PCR al inicio, el origen de los pacientes, el tiempo del implante del catéter hasta el primer uso y la FRR al inicio, no se asociaron a la aparición de IOS. El tiempo en seguimiento en DP se asoció significativamente a la aparición de IOS (23.3±12 vs 16.1±11 meses, p=0.006), así como ser portador nasal de Staph Au (63% vs 37%, p=0.023). En cuanto a la etiología de las IOS, un 23% fueron por Pseudomona, un 20% por Staph Au y un 15.4% por Staphilococoscoagulasa negativos.

Conclusiones: En nuestra serie la incidencia de IOS ha sido muy elevada, destacando la infección por Pseudomona. Los pacientes portadores nasales de StaphAureus tienen más riesgo de IOS por dicho microorganismo. Reconocer los pacientes en riesgo y la flora regional de cada programa, es fundamental para ajustar el tratamiento empírico y poder plantear cambios en el cuidado rutinario del orificio de salida del catéter.