

# Insuficiencia cardíaca posretrofiltración: aportación de un caso

L. Quiñones y J. González-Avedillo

Sección de Nefrología. Hospital Camino de Santiago. Ponferrada (León).

Señor director:

Las mejoras introducidas en el tratamiento dialítico en los últimos años se dirigen, entre otras, a la consecución de un acortamiento del tiempo de las sesiones<sup>1,2</sup> y un control muy ajustado de la cantidad de líquido ultrafiltrado. Monitores más sofisticados, con índices de alarma más sensibles y membranas especiales con elevados grados de ultrafiltración y biocompatibilidad<sup>3,4</sup>, son empleados cada vez con mayor frecuencia en los distintos centros de tratamiento. Evidentemente, la hemodiálisis actual es más segura y eficaz gracias a los progresos tecnológicos. No obstante, creemos que un exceso de confianza puede dar resultado a situaciones críticas como la vivida en nuestro centro.

Se trata de un paciente de setenta y un años, en hemodiálisis periódica desde hace diez años por insuficiencia renal crónica de origen no filiado y comportamiento intersticial. No es hipertenso ni presenta problemas cardiovasculares destacables. Desde su inicio en programa de hemodiálisis no presentó episodio alguno de insuficiencia cardíaca o sobrepeso que obligasen a realizar el tratamiento fuera de su hora habitual.

Acude a diálisis sin ningún dato clínico destacable, con un sobrepeso de 1 kilo, respirando con normalidad, con TA de 80/60, habitual desde hacía años en este paciente. A los quince minutos de iniciado el tratamiento correctamente programado, el paciente refiere sensación de calor en el territorio venoso de retorno a la circulación general y a los pocos minutos disnea de brusca aparición. La TA ascendió a 130/70, el pulso se aceleró a 120/minuto, sin evidenciarse aparición de exantema o urticaria, ni cianosis, ni edemas. Tampoco roce pericárdico. La auscultación pulmonar revela sibilancias y crepitantes basales. La sospecha clínica de inicio es de reacción alérgica o embolismo gaseoso, procediéndose a la administración de oxígeno, antihistamínicos, broncodilatadores y, ante la gravedad del cuadro, adrenalina. Al no obtenerse mejoría clínica se desconecta al enfermo y se realiza una radiografía de tórax, que muestra un estado de insuficiencia

cardíaca izquierda. Su peso comprobado en este momento era superior en 3 kg al que tenía a la entrada en hemodiálisis, no habiéndose administrado líquidos intravenosos. Tras dializar al enfermo en otro monitor similar al previo, se ultrafiltró el sobrepeso, desapareciendo el problema. Durante el episodio agudo se utilizó membrana especial de alta permeabilidad, que se venía utilizando para este paciente desde hacía dos años por la sospecha clínica de amiloidosis adquirida en hemodiálisis.

Ocurre la circunstancia de que en el mismo monitor se dializó otro paciente durante el turno de mañana con membrana convencional de celulosa, sin que se produjera pérdida de peso, pero en este caso no hubo sobrecarga, saliendo con el mismo peso que entró. Se había programado una pérdida de 2 litros. Se pensó en una inadecuada programación; no obstante, lo sucedido más tarde exculpa un error humano. Cuando esto sucedía habían transcurrido tres años desde el inicio del programa de hemodiálisis en nuestro hospital con personal sanitario con la experiencia suficiente, realizándose los ajustes de ultrafiltración sin problemas.

Nuestra interpretación es que un error técnico, a todas luces excepcional, ocasionó la situación comentada. Lo que no pasó de lo anecdótico en el enfermo dializado con membrana convencional pudo ser letal para el paciente dializado con membrana especial. Indudablemente, la hemodiálisis actual es mucho más segura y mejor tolerada por los enfermos; de ahí la rareza del suceso y nuestro interés por relatarlo.

## Bibliografía

1. Cambi V, Savazzi G y Arist L: Short dialysis schedules (SDS): finally ready to become a routine? *Proc Eur Dial Transplant Assoc*, 11:172, 1974.
2. Aljama P, Conceição S, Ward MK, Feest T, Martin AM, Graig H, Bird PAE, Sussman M y Kerr DNS: Comparison of three short dialysis schedules. *Dial Transplant*, 7:334-337, 1978.
3. Shaldon S, Dinarello C, Elie M y Koch KM: Interleukin-1 and biocompatibility in haemodialysis. *Contrib Nephrol*, 62:128-131, 1988.
4. Klinkmann H, Wolf H y Schmitt E: Definition of biocompatibility. *Contrib Nephrol*, 37:70-77, 1984.

Correspondencia: Dr. L. Quiñones Ortiz.  
Sección de Nefrología.  
Hospital San Agustín.  
La Lleda, s/n.  
33400 Avilés (Asturias).