

31 RELACION ENTRE CA125 Y LOS PARÁMETROS DE HIPERVOLEMIA EN EL PACIENTE DE DIÁLISIS PERITONEAL

R. LAAJAMI KHCHINA¹, B. MILLÁN DÍAZ¹, C. PÉREZ MELÓN², F. SOTO LOUREIRO³
¹NEFROLOGÍA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (OURENSE),²NEFROLOGÍA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (ESPAÑA),³CARDIOLOGÍA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (OURENSE)

Introducción: La hipervolemia en diálisis peritoneal(DP) aumenta la morbimortalidad del paciente y es una causa frecuente de abandono de la técnica. El Ca125 es un marcador de congestión, de uso habitual en las Unidades de Insuficiencia Cardíaca, que podría utilizarse también en DP.

Material y métodos: Analizamos la relación entre Ca125 y resto de parámetros asociados a hipervolemia: transporte peritoneal, BCM, NT-proBNP, adecuación y analíticos de 36 pacientes prevalentes de nuestra Unidad en el año 2024 que llevaban más de 3 meses en DP. Ninguno de los pacientes presentó ningún proceso clínico en el mes previo que pudiese producir alteración de resultados.

Resultados: La edad media de los pacientes (24 varones;9 mujeres)fue de 66,7±13,86 años con permanencia en DP de 16 meses(3-93). 33,3% diabéticos. Las causas de ERC fueron: 10 nefropatía diabética, 9 enfermedad vascular, 6 poliquísticos, 4 glomerular, 2 procedían de trasplante y 5 no filiados.

18 pacientes con DPCA, 11 pacientes con DPCC y 7 con DPIN. Los pacientes presentaban Kt/Vs medio de 2,45±0,69 con FRR de 6,7(0-15,1)mL/min y diuresis residual de 1376(0-3300)cc. El 72.2% de los pacientes tenían un D/P de creatinina mayor a 0.65.

El NT-proBNP medio fue de 2015(82-35000), Ca125 plasmático de 11,9(3,7-79,7), PCR de 0,2(0-5,6), hemoglobina 11,7(7,7-14,9), albúmina 3,6(2,7-4,5). El OH 1,5 litros(-2,2-8), ICW 18,0(11,9-28,9), ECW 17,2(11,4-22,2), E/I 0,93(0,74-1,45), TBW 36,3(23,9-51,1) y ECW/TBW 0,48(0,43-0,59)

Hemos encontrado correlación directa entre la cifra de D/P creatinina a las 4 horas del test de equilibrio peritoneal y cifras de NT-proBNP(p,0,015), Ca125(p,0,026) así como con el estado de hidratación(OH) (p,0,002) y los cocientes I/E(p,0,003) y ECW/TBW(p,0,003) medidos por bioimpedancia. Estos pacientes presentan menor albúmina(p,0,031) y menor hemoglobina (p,0,012). Además observamos correlación inversa entre los valores de Ca125 en plasma y la ultrafiltración a los 60 minutos(p,0,004) y 240 minutos del PET(p,0,001). No hemos encontrado relación con el cribado de sodio. También hay correlación inversa con los valores de ICW(p,0,013), TBW (0,028) y directa con el cociente ECW/TBW(0,012).

No hemos encontrado diferencias de niveles de Ca125 plasmático en relación a la técnica de diálisis ni tampoco con el estado de día húmedo o seco en el momento de la medición. Tampoco las encontramos con parámetros medidos en ecocardiografía (FEVI, disfunción diastólica, dilatación auricular izquierda o hipertensión pulmonar).

Conclusiones: El Ca125 es un marcador de congestión que puede ser utilizado en los pacientes de DP para valoración del estado hídrico ya que se correlaciona de manera significativa con otros parámetros utilizados para valoración del estado de hidratación en la práctica clínica habitual. Además de su valoración de manera puntual vemos necesario correlacionar este marcador con los valores del diámetro de vena cava inferior.

32 LAS DIFERENCIAS EN EL TRANSPORTE DE AGUA LIBRE INHERENTE CONDICIONAN DESDE EL INICIO LA ULTRAFILTRACIÓN Y LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL

BC. CHILQUINGA MORALES¹, CM. MUÑOZ MARTÍNEZ¹, PG. GARCÍA GUTIERREZ¹, AR. RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, EC. CASADO MONTERO¹, LC. CALLE GARCÍA¹, PS. SÁNCHEZ GARROTE¹, CS. SANTOS ALONSO¹, NL. LOSADA DE LA ROSA¹, MF. FERNÁNDEZ-REYES LUIS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (SEGOVIA, ESPAÑA)

Introducción: Recientemente se ha propuesto el PET glucosa-3,86% con medida del descenso de sodio a los 60 minutos (DifNa) (PET-3,86DifNa) como cinética ideal para medir además de permeabilidad (D/Pcr), la UF estándar (UFs) y transporte de agua libre (TAL). Sin embargo, pocos estudios analizan variaciones del DifNa basal y su relación con la UF. Nuestro objetivo fue determinar si las variaciones en el DifNa condicionan desde el inicio la capacidad de UF y la supervivencia.

Material y métodos: Incluimos 58 pacientes incidentes en nuestro centro entre 2009-2023 a los que se les realizó un PET-3.86DifNa basal. Éstos fueron divididos según la mediana del DifNa. Registramos pauta de diálisis y UF diaria (UFD). Analizamos supervivencia. Posteriormente realizamos un subanálisis con 30 pacientes que continuaban en la técnica para ver si existían cambios en la cinética al año.

Resultados: En la Tabla 1 se muestran los datos globales y la comparación de pacientes con DifNa< 9mEq/L (mediana). Los pacientes con DifNatenían menor UFs y UFD. El DifNa no se correlaciona con parámetros de permeabilidad medida por D/Pcr. En el análisis de regresión múltiple, el DifNa y el D/Pcr mantenían la correlación independiente con la UFs, mientras que el DifNa fue el único factor que mantuvo correlación con la UFD independientemente de la técnica.

Un DifNa más bajo, no el D/Pcr ni la UFs, se asoció con una peor supervivencia (p=0.039). En los 30 pacientes a los que se les realizó PET3.86% DifNa al año, no observamos cambios en el DifNa, D/Pcr o UFs.

Conclusiones: El DifNa condiciona desde el inicio la capacidad de UFs y diaria independientemente de la permeabilidad y la técnica. Las diferencias en el DifNa se mantienen en la cinética al año y condicionan la supervivencia del paciente. Es necesario realizar el PET-3.86%DifNa basal para identificar pacientes con déficit de TAL inherente.

■ **Tabla 1.** Resultados expresados en N (%) / media ± σ

	N=58	DifNa <9 N=30	DifNa ≥9 N=28	Significación
Edad (años)	60,6 ± 14,4	63,9 ± 12,7	57,1 ± 15,6	ns
Varones	43 (74)	23 (76,7)	20 (71,4)	ns
Diabéticos	9 (15,5)	6 (20)	3 (10,7)	ns
D/Pcr	0,68 ± 0,09	0,69 ± 0,10	0,66 ± 0,06	ns
MITCcr	11,1 ± 2,8	11,7 ± 2,8	10,5 ± 2,7	ns
DifNa	9,6 ± 3,8	6,4 ± 1,5	13 ± 2,2	ns
UFs (ml)	805 ± 242	744 ± 237,5	870,5 ± 233,8	P=0,046
UFD (ml)	393 ± 316	299 ± 174	487 ± 393	p=0,022
Diuresis (ml)	1662 ± 736	1601 ± 850	1722 ± 611	ns
DPA seco	23 (39,7)	15 (50)	13 (46,4)	ns
DPA húmedo	7 (12,1)	4 (13,3)	3 (10,7)	ns
DPCA	28 (48,3)	11 (36,7)	12 (42,9)	ns
Icodextrina	14 (24)	8 (26,7)	6 (21,4)	ns
Uso Gluc 2,27%	5 (8,6)	4 (13,7)	1 (3,4)	ns

UFs: UF estándar, UFD: UF diaria, DifNa: Diferencial de sodio, DPA seco: Diálisis peritoneal ambulatoria día seco, DPA húmedo: Diálisis peritoneal ambulatoria día húmedo, DPCA: Diálisis peritoneal continua ambulatoria.

33 INTERACCIÓN ENTRE FRAGILIDAD Y SÍNDROME CARDIORRENAL EN DIÁLISIS PERITONEAL

E. GARCÍA-MENÉNDEZ¹, L. MARTÍN¹, E. MARTINEZ¹, MR. LLÓPEZ CARRATALÁ¹, C. MARTÍN¹, D. JA-NEIRO¹, M. MARQUÉS¹, JM. PORTOLÉS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (MAJADAHONDA/ESPAÑA) En los últimos años la DP se propone como tratamiento en casos de IC refractaria a diuréticos, haciendo que nos enfrentemos a una población con mayor comorbilidad, con peores resultados que habitualmente son excluidos de los estudios de DP. La fragilidad es un síndrome, frecuentemente asociado a DP, potencialmente reversible asociado a mayor mortalidad y tasa de reingreso. Nuestro objetivo es describir la fragilidad y riesgo de sarcopenia en pacientes con SCR en DP frente a una cohorte estándar de DP.

Material y métodos: Análisis retrospectivo, observacional, transversal de pacientes en programa de DP. Se recogieron parámetros analíticos y datos de la valoración de fragilidad (FRAIL=>3), capacidad funcional (SBBP), riesgo de desnutrición-inflamación (MIS), fuerza muscular(Handgrip), Bioimpedancia (BIA) y cuantificación de masa muscular (Ultrasonido).

Resultados: Analizamos 56 pacientes, edad media 65,1 (SD14,1). El 33,9% DM 82,1% HTA y 24% con SCR. Los pacientes con SCR en programa de DP son más frágiles, con peor capacidad funcional, mayor riesgo de sarcopenia y comorbilidad, que la cohorte de DP. Las características basales y diferencias por grupos se muestran en la tabla1.

■ **Tabla 1.**

	SCR (n 13)	DP (n43)	Total (n 56)	P-valor
Edad (años)	68,9 (SD 10,6)	63,9 (SD 14,9)	65,1 (SD 14,1)	0,27
Varones (%)	61,5	60,5	60,7	0,95
Índice de Charlson	8,1 (2,9)	6,0 (SD 2,5)	6,5 (SD 2,7)	0,018
Frágiles (%)	76,9	38,6	32,14	<0,001
SPPB	5,5 (SD 3,7)	9,7 (SD 3,0)	8,8 (SD 3,6)	0,001
MIS	8,1 (SD 3,5)	5,9 (SD 4,4)	6,5 (SD 4,3)	0,09
Handgrip disminuido (%)	69,2	23,3	33,9	0,002
IMC (kg/m ²)	25,8 (SD 10,2)	27,6 (SD 19,7)	27,2 (SD 17,9)	0,66
Ángulo de fase (grados)	4,03 (SD 0,83)	4,65 (SD 1,0)	4,5 (SD 1,0)	0,03
FTI (kg/m ²)	11,5 (SD 5,8)	10,9 (SD 5,8)	11,05 (SD 5,8)	0,74
LTI (kg/m ²)	11,1 (SD 1,8)	13,0 (SD 3,1)	12,5 (SD 3,0)	0,01
Eje Y RAC	9,0 (SD 2,9)	11,1 (SD 2,9)	10,7 (SD 3,0)	0,04
Área RAC	3,2 (SD 1,0)	3,8 (SD 1,3)	3,3 (SD 1,2)	0,76
Hemoglobina (g/dl)	12,2 (SD 1,4)	11,5 (SD 2,3)	11,7 (SD 2,2)	0,24
Prealbúmina (mg/dl)	23,6 (SD 5,4)	31,4 (SD 10,4)	29,7 (SD 10,0)	0,001
Fósforo (mg/dl)	3,6 (SD 1,0)	5,2 (SD 1,0)	4,8 (SD 1,2)	<0,001

Variables de los pacientes con SCR frente al resto de etiologías. El handgrip se ha ajustado según sexo. SPPB: Short Physical performance battery, MIS: malnutrition inflammation index, FTI: índice de tejido grueso, LTI: índice de tejido magro, RAC: recto anterior del cuádriceps.

34 VALOR DEL ÍNDICE PRONÓSTICO NUTRICIONAL COMO INDICADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIÁLISIS PERITONEAL

P. CARO ESPADA¹, P. CASTILLEJO ROMERO¹, C. YUSTE LOZANO¹, G. VALERA ARÉVALO², M. RODRÍGUEZ SAN PEDRO³, S. PIZARRO SANCHEZ³, J. CARRACEDO AÑÓN³, E. MORALES RUIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID), ²INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA I+12 H. 12 DE OCTUBRE. UNIDAD DE BIOLOGÍA DEL DPTO. DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA DE LA FACULTAD DE CC BIOLÓGICAS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID)

Introducción: Las personas en diálisis peritoneal (DP) presentan mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares (MACE) y por tanto peor supervivencia comparados con la población general. En las últimas décadas, factores no tradicionales de riesgo cardiovascular, como alteraciones en el estado inflamatorio, inmune y endotelial, junto con cambios en el perfil nutricional parecen tener más relevancia.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo y unicéntrico en un hospital terciario, en personas prevalentes en DP, con el objetivo de analizar la relación entre estado nutricional e inflamatorio y eventos cardiovasculares.

El perfil nutricional fue evaluado con el Índice Pronóstico Nutricional (PNI) y mediante Body Composition Monitor de Fresenius (BCM). Completamos el estudio del estado proinflamatorio con la determinación de citoquinas por técnicas de luminex y los eventos cardiovasculares graves (MACE) fueron definidos como ictus, IAM y enfermedad arterial periférica severa.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes prevalentes en DP (edad media 56,2±13,4 años, 52,8% de varones, HTA 91,7% y DM 30,6%), 22% en CAPD y 78% en DPA, con una mediana en técnica de 9,1 meses [6-41]. Mayoritariamente se encuentran sobrehidratados (83%), con una media de 2,1±1,8 L.

El valor medio de PNI fue de 46,4 ±4,4 puntos. PNI se correlacionó inversamente con receptores de citoquinas proinflamatorias, como receptor de IL1 (p=0,044) y receptor de TNFalfa (P=0,02), y con FGF21 (p=0,046).

Los pacientes con PNI < 40 puntos (PNI< 40) fueron clasificados como con desnutrición severa (n= 9, 25%). Los pacientes con PNI< 40 presentaban unas características basales similares a los pacientes PNI>40 (HTA, DM, DL). Los pacientes con peor estado nutricional presentaban un transporte peritoneal basal más rápido que los mejor nutridos (D/P de Cr 0,76 ±0,09 PNI< 40 vs 0,67±0,1 PNI>40, p,0,022). Los pacientes PNI< 40 presentaban mayor sobrehidratación global (4,6±2,9L PNI< 40 vs 2,0±1,7L PNI>40, p,0,045), con mayor índice de agua extracelular/intracelular (ECW/ICW) (1,1±0,1 PNI40, p=0,004). Los pacientes con PNI< 40 presentaban mayor comorbilidad MACE que los mejor nutridos (88,9% vs 51,9% respectivamente, p,0,048) y más eventos MACE durante el seguimiento posterior (33,7±14,4 meses) (77,8% PNI< 40 vs 22,2% PNI>40, p= 0,022). Los pacientes con PNI< 40 presentaban factores inflamatorios más alterados, con mayores niveles de IL6 (0,75 [0,01-23,02] PNI< 40 vs 4,37 [1,1-45,99] PNI>40, p,0,019) e IL1b (2,1 [0,55-20,7] PNI< 40 vs 4,4 [0,01-18,03] PNI>40, p,0,05).

Conclusiones: El 25% de nuestra cohorte de pacientes prevalentes en DP se encuentra severamente desnutrida. Los pacientes con peor estado nutricional también se encuentran más sobrehidratados con peor estado proinflamatorio, lo que podría justificar la mayor proporción de eventos MACE en este grupo.

35 ¿POR QUÉ SEGUIMOS UTILIZANDO CALCIO ALTO EN LAS BOLSAS DE DIÁLISIS PERITONEAL? INTENTANDO REVERTIR LA INERCIA

P. GANDIA UREÑA¹, M. PARRA¹, A. QUILIS¹, E. GALVÁN¹, L. PORCAR¹, B. VIZCAÍNO¹, S. BELTRÁN¹, E. CALATAYUD¹, P. MOLINA¹, A. SANCHO¹

¹NEFROLOGÍA, H.U. DOCTOR PESET (VALENCIA)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan alteraciones del metabolismo óseo-mineral que predisponen a la calcificación y que aumentan su morbi-mortalidad. El calcio en líquido de diálisis es una intervención modificable y la evidencia sugiere que las soluciones con menor contenido de calcio (1.25 mmol/L) pueden reducir el balance positivo de calcio y las consecuencias de la calcificación. Es por esto que las guías internacionales sugieren su uso desde 2015, sin embargo, actualmente en España, el 80% de las soluciones de glucosa pautadas contienen calcio alto (1.75 mmol/L) o, mal llamado, "calcio normal".

Objetivo: Analizar el efecto de las soluciones de diálisis peritoneal con calcio bajo sobre los principales marcadores bioquímicos del metabolismo óseo-mineral así como sobre su tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo observacional pacientes incidentes en DP de Septiembre 2015-Marzo 2023 con recambios calcio 1.25 mmol/L. Analizamos la eliminación peritoneal de calcio, Ca, P, PTH, Vit D3 en sangre, D/P creatinina y UF en el TEP, así como tratamientos con vitamina D, quelantes P cálcicos y no cálcicos y calcimiméticos al inicio y al final de la técnica. Para evaluar la capacidad de eliminación peritoneal de calcio, calculamos el coeficiente de transferencia de masas (CTM = Volumen infundido (L) x [Ca infundido (mmol/L)] - Volumen drenado (L) x [Ca drenado (mmol/L)]. Un valor negativo = pérdida calcio.

Resultados: Se valoraron 35 pacientes, 57% varones, edad media 57 años, seguimiento medio 16 meses. El CMT de calcio medio fue de $-0.23\text{mmol/L} \pm 0.42$. Encontramos una correlación significativa entre la eliminación de calcio y el tipo de transporte peritoneal ($p<0.05$), siendo mayor la pérdida de calcio en los pacientes con D/P más alto, así como con la UF y la calcemia. El calcio sérico disminuyó discretamente a lo largo del seguimiento (9.01 ± 0.62 a 8.83 ± 0.75 mg/dL, $p=0.158$), sin ningún episodio hipocalcemia sintomática. PTH aumentó de forma no significativa (354 ± 197 a 372 ± 182 pg/mL, $p=0.45$), fوسفатемия tampoco aumentó significativamente (4.7 ± 1 a 4.9 ± 1.1 mg/dL, $p=0.45$). Durante el seguimiento, los cambios en el tratamiento no fueron significativos, excepto con los quelantes p cálcicos que se pudo disminuir tanto la dosis, como el n° pacientes tratados de forma significativa ($p<0.05$). Ningún paciente precisó aportes de calcio oral.

Conclusión: Emplear soluciones de diálisis con calcio bajo supone una opción segura ya que no predispone a episodios de hipocalcemia significativa ni sintomática, o a hiperparatiroidismo grave. Su empleo produce una eliminación de calcio mínima que permite evitar balances positivos de calcio que puedan favorecer la calcificación y aumentar la morbi-mortalidad cardiovascular de los pacientes en diálisis peritoneal.

36 IMPACTO DE LA MODALIDAD DE DIÁLISIS SOBRE EL FENOTIPO ÓSEO

MJ. LLORET¹, HS. JØRGENSEN², A. VERHULST³, B. BÄMMENS⁴, K. CLAES⁵, B. MEIJERS⁶, A. VAN CRAE-
NENBROECK⁷, J. DE LOOR⁸, E. CAVALIER⁹, P. EVENEPOEL⁴

¹NEFROLOGIA. FUNDACIÓN PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA), ²DEPARTMENT OF NEPHROLOGY. AALBORG UNIVERSITY HOSPITAL (AALBORG, DENMARK), ³LABORATORY OF PATHOPHYSIOLOGY. UNIVERSITY OF ANTWERP (WILRIJK, BELGIUM), ⁴DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY, IMMUNOLOGY AND TRANSPLANTATION. KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN (LEUVEN, BELGIUM), ⁵DEPARTMENT OF CLINICAL CHEMISTRY. UNIVERSITY OF LIEGE (LIEGE, BELGIUM)

Introducción: Los pacientes tratados con diálisis peritoneal (DP) clásicamente han presentado, según estudios previos, un fenotipo óseo de bajo recambio o turnover, señalando la elevación de esclerostina como el principal responsable. La ausencia de grupo control en los estudios, la heterogeneidad en el diagnóstico y el cambio en el tratamiento del metabolismo mineral en los últimos años, exigen una interpretación cautelosa de esos resultados y una confirmación en el paciente contemporáneo.

Material y métodos: Se evaluaron parámetros de laboratorio relacionados con el metabolismo mineral (hormona paratiroidea bioactiva [PTH], factor de crecimiento de fibroblastos 23 [FGF23] y esclerostina), marcadores de recambio óseo (fosfatasa alcalina ósea [BALP], pro péptido N-terminal intacto del procolágeno tipo I [PINP], fosfatasa ácida tartrato-resistente 5b [TRAP5b]) y la densidad mineral ósea (DMO) en 636 candidatos a trasplante renal no diabéticos, de los cuales 447 fueron tratados con hemodiálisis (HD) y 189 con DP. Se realizó una biopsia ósea en 204 pacientes (n= 134 en HD; n=70 en DP), y se evaluó la expresión de esclerostina ósea en un subgrupo (n= 52).

Resultados: Los pacientes tratados con DP presentaban niveles inferiores de PINP ($79,6$ vs $99,5$ ug/L; $p<0,01$) y BALP ($20,2$ vs $23,7$ ug/L; $p=0,04$) en comparación con los tratados con HD. Los parámetros histomorfométricos de formación ósea fueron numéricamente inferiores en los pacientes tratados con DP, aunque no alcanzó significación estadística. La mineralización ósea fue inferior en los pacientes tratados con HD (anchura osteoide: $7,90$ vs $6,75$ μm ; $p=0,01$; maduración osteoide: 9 vs 6 días; $p=0,03$), mientras que la osteomalacia franca fue rara en ambas modalidades (6,0%, ambos grupos). La DMO fue mayor en los pacientes tratados con DP que con HD en las zonas óseas ricas en hueso cortical (Z-score radio tercio medio: $-0,4 \pm 1,3$ vs $-0,9 \pm 1,7$; $p=0,04$). Los niveles de PTH fueron comparables (150 vs 144 pg/mL, DP vs HD), mientras que los pacientes tratados con DP mostraron niveles más elevados de fósforo sérico ($4,9 \pm 1,3$ vs $4,5 \pm 1,6$ mg/dl; $p<0,01$) y FGF23 (3852 pg/ml vs 2361 pg/ml; $p=0,01$). La expresión circulante ($1,82$ ng/mL, ambos grupos) y tisular ósea (205 ± 126 vs 206 ± 112 osteocitos positivos por mm²) de esclerostina no difirió entre los grupos.

Conclusión: Los pacientes tratados con DP presentan un menor recambio o turnover óseo, mejor mineralización y mayor DMO cortical que sus homólogos tratados con HD. En general, las diferencias son marginales y probablemente clínicamente irrelevantes. Especulamos que un peor control del fosfato podría explicar, al menos parcialmente, estas diferencias.

37 EFECTO DE LA ULTRAFILTRACIÓN MEDIANTE DIÁLISIS PERITONEAL A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA: EXPERIENCIA A 10 AÑOS BASADA EN EL REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE CATALUÑA

S. NÚÑEZ-DELGADO¹, MA. AZANCOT¹, AB. MÉNDEZ², J.C. LEÓN¹, N. RAMOS¹, N. TOAPANTA¹, J. COMAS¹, A. SÁNCHEZ-ESCUDEDO¹, MJ. SOLER¹

¹SERVEI DE NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA), ²SERVEI DE CARDIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA), ³REGISTRE DE MALALTS RENALS DE CATALUNYA. ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT (BARCELONA), ⁴SERVEI DE NEFROLOGIA. HOSPITAL SANT JOAN DESPI. CONSORCI SANITARI INTEGRAL (SANT JOAN DESPI (BARCELONA))

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad altamente prevalente y su pronóstico está condicionado al buen control de la congestión. Entre los pacientes que desarrollan resistencia diurética con el tiempo, la diálisis peritoneal (DP) podría ser una opción terapéutica, aunque se desconocen sus resultados a largo plazo. Nuestro objetivo fue describir los resultados a largo plazo de los pacientes en DP con indicación de IC (DP-IC).

Métodos: Estudio observacional del Registro de Enfermos Renales de Cataluña de pacientes incidentes en DP-IC entre 2013-2022. Se describen las características clínicas basales y el seguimiento hasta diciembre/2022.

Resultados: De los 1.874 pacientes iniciaron DP, 198 (10,6%) presentaban DP-IC. El 73,2% eran varones y la edad media era $70,7 \pm 9,3$ años. La mediana de FGe al inicio fue $22,6$ (IQR $14,8-32,8$) ml/min-1,73m², con un 73,7% de pacientes con FGe superior a 15 ml/min-1,73m². Las características basales están descritas en la tabla 1a.

Entre los antecedentes de cardiopatía isquémica, arritmia o cirugía cardiaca, el 39% presentaban ≥ 2 de estas patologías. Un 19,6% presentaba algún registro ecocardiográfico previo. La cardiopatía isquémica fue la etiología de IC más frecuente (44,4%) (tabla 1b).

La supervivencia global fue de 20 meses (IQR 16-24). En el análisis multivariante de Cox, la edad >75 años (HR1,68 [IC 95%:1,09-2,60]), la fragilidad (HR22,64 [IC 95%:6,95-73,77]) y la cirugía cardiaca previa (HR1,61 [IC 95%:1,08-2,38]) se asociaron a una peor supervivencia (tabla 1c).

Sesenta y siete pacientes sobrevivieron más de 24 meses. En el análisis multivariante mediante regresión logística, la edad >75 años (OR4,56 [IC 95%:1,60-13,04]) y un menor nivel educativo (OR2,41 [IC 95%:1,10-5,28]) se asociaron a una mayor mortalidad a 24 meses (tabla 1d).

Conclusión: La DP-IC podría ser una opción terapéutica adecuada en pacientes con IC en estadios no avanzados. La edad, la fragilidad y el menor nivel educativo empeoran el pronóstico en estos pacientes.

 Ver tabla

38 RESULTADOS DE LA DIÁLISIS PERITONEAL TRAS LA PÉRDIDA DEL INJERTO RENAL

M. ALONSO MOZO¹, F. VILLANEGO FERNÁNDEZ¹, JM. AMARO MARTÍN¹, J. TORRADO MASERO¹, A. SINGH SINGH¹, LA. VIGARA SÁNCHEZ¹, JM. CAZORLA LÓPEZ¹, PL. QUIRÓS GANGA¹, P. CASTRO DE LA NUEZ², A. MAZUECOS BLANCA¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ/ ESPAÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL (PUERTO REAL/ ESPAÑA), ³COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES DE ANDALUCÍA. COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES DE ANDALUCÍA (SEVILLA/ ESPAÑA)

Introducción: La evolución de la diálisis peritoneal (DP) como terapia renal sustitutiva (TRS) tras la pérdida del injerto no está bien definida.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes receptores de primer trasplante renal (TR) en Andalucía y que regresan a diálisis entre 1978– 2023. Comparamos características clínicas y evolución tras inicio de técnica entre los que iniciaron hemodiálisis (HD) y DP tras pérdida del injerto. Analizamos supervivencia de la técnica y del paciente entre aquellos que iniciaron DP post-TR frente a DP no TR previamente.

Realizamos análisis multivariante para factores de riesgo de supervivencia del paciente mediante regresión de Cox.

Resultados: Durante este periodo seguimos en Andalucía 11868 TR. 3148 (26.52%) perdieron el injerto: 2768 inician HD, 298 DP y 82 se retrasplantan de forma anticipada.

Los pacientes que regresaron a DP eran más jóvenes ($p<0.001$). Había diferencias en la TRS pre-TR: solo el 7.2% de pacientes que reiniciaron HD habían realizado DP preTR vs. el 61.4% de pacientes en DP post-TR ($p<0.001$). La supervivencia de los pacientes del grupo de HD fue menor que la de los que iniciaron DP ($p=0.016$). En el análisis multivariante, la mayor edad al inicio de la técnica, el sexo varón y la DM se comportaron como factores de riesgo para muerte del paciente y no el tipo de diálisis.

Al comparar el grupo DP post-TR (n=298) frente a pacientes en DP sin TR previo (n=5312), los primeros eran más jóvenes ($p<0.001$) y el tiempo que permanecieron en DP mas prolongado ($p<0.001$). Las causas de salida de técnica también variaron ($p<0.001$): hubo mayor proporción de salida por re-TR en el grupo DP post-TR (34.6% vs. 26.1%) mientras que el abandono por éxito fue mayor en el grupo de DP sin TR previo (30% vs. 18.1%). El porcentaje de peritonitis fue algo superior en el grupo DP post-TR, aunque sin diferencias entre grupos ($p=0.066$).

La supervivencia de la técnica en el grupo DP post-TR fue ligeramente superior aunque sin diferencias entre grupos ($p=0.059$). En el análisis multivariante, la edad al inicio de la técnica y la DM como causa de ERC, se comportaron como factor de riesgo de supervivencia del paciente, y no si el paciente se había incluido en programa de DP pre o post-TR.

Conclusiones: La DP es una buena opción para el paciente TR que pierde el injerto. Estos pacientes tienen mayor tendencia a presentar peritonitis, aunque la supervivencia de la técnica y las complicaciones son similares a las observadas en pacientes en DP sin TR previo.

Resúmenes

Dialisis peritoneal

39 TROXERUTINA COMO UN NUEVO AGENTE OSMÓTICO EN LOS LÍQUIDOS DE DIÁLISIS PARA REDUCIR LAS COMPLICACIONES SISTÉMICAS Y CARDIOVASCULARES DE LA DIÁLISIS PERITONEAL

V. MARCHANT¹, V. KOPYTINA², G. GONÁLEZ-MATEO³, A. TEJERA-MUÑOZ⁴, M. CORTÉS⁵, J.J. VAQUERO⁶, D. PIECHA⁷, E.C. ERINGA⁸, M. LÓPEZ-CABRERA⁹, M. RUIZ-ORTEGA¹⁰

¹LABORATORIO DE PATOLOGÍA RENAL Y VASCULAR. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID- IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID, ESPAÑA); ²UNIDAD DE COMUNICACIÓN INTERCELULAR E INFLAMACIÓN. CENTRO DE BIOLOGÍA MOLECULAR SEVERO OCHOA (CBM-CSIC) (MADRID, ESPAÑA); ³DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA. IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID, ESPAÑA); ⁴DEPARTAMENTO DE QUÍMICA ORGÁNICA E INORGÁNICA. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (ALCALÁ DE HENARES, ESPAÑA); ⁵FRESENIUS FRESENIUS MEDICAL CARE GERMANY (BAD HOMBURG, ALEMANIA); ⁶DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA. VU UNIVERSITY MEDICAL CENTER AMSTERDAM (AMSTERDAM, PAÍSES BAJOS)

Introducción: Cada vez más pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) progresan hacia la etapa más avanzada de la enfermedad, requiriendo un tratamiento de reemplazo renal como la diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, los líquidos de diálisis (LDs) utilizados comúnmente en DP, que utilizan glucosa como agente osmótico, tienen baja biocompatibilidad y su uso prolongado induce daños en el peritoneo, junto con contribuir al aumento en el riesgo de mortalidad y de sufrir complicaciones cardiovasculares. Por esto, diseñar LDs más biocompatibles es esencial para mejorar la terapia en los pacientes en DP. Este estudio busca evaluar los efectos locales y sistémicos de los LDs en ratones con daño renal, e investigar el potencial de la troxerutina, un bioflavonoide glucosido, como agente osmótico alternativo.

Material y método: Se evaluó la capacidad osmótica de la troxerutina mediante experimentos con membranas artificiales, así como sus efectos sobre la viabilidad celular in vitro y su capacidad de ultrafiltración in vivo. La insuficiencia renal se indujo quirúrgicamente en ratones C57BL6/J mediante nefrectomía 5/6, seguida de la administración diaria de diferentes LDs a través de un catéter intraperitoneal: LD con glucosa (Glucosa 4.25%, n=7), LD con troxerutina (Trox 1%, n=8) o solución salina (Control, n=7), durante 60 días. Tras la eutanasia de los ratones, diferentes muestras biológicas (sangre, lavados peritoneales, peritoneo, riñón, aorta y corazón) fueron colectadas para análisis de expresión génica, proteínas e histología.

Resultados: La exposición crónica a LD con glucosa aumentó la inflamación local/sistémica (aumento de marcadores inflamatorios en peritoneo, riñón, aorta y corazón) y el daño cardiovascular (hipertrofia y fibrosis cardíaca). Por otra parte, la troxerutina 1% evidenció capacidades osmóticas y de ultrafiltración similares a la glucosa 4,25%. En células mesoteliales en cultivo, el LD con troxerutina 1%, a diferencia de la glucosa 4,25%, no disminuyó la viabilidad celular, no indujo transición mesotelio-mesenquimática y no aumentó la expresión de marcadores de daño. In vivo, el uso de troxerutina como agente osmótico tuvo menos impacto que la glucosa sobre el engrosamiento de la membrana peritoneal. Además, la inflamación y el daño cardíaco disminuyeron significativamente en el grupo tratado con el LD con troxerutina.

Conclusiones: Este estudio revela que la exposición peritoneal a un LD alto en glucosa en este modelo preclínico reproduce los efectos cardiovasculares y sistémicos observados en pacientes con ERC en DP. Además, la troxerutina, como agente osmótico biocompatible, surge como una alternativa a la glucosa en los LD, disminuyendo los efectos secundarios sistémicos y cardiovasculares asociados con la DP.

40 UTILIDAD DEL VExUS-score EN DIÁLISIS PERITONEAL

L. MUÑOZ HERNÁNDEZ¹, A. MARTÍN ROSIQUE², N. MENÉNDEZ GARCÍA³, R.G. BERREZUETA BERREZUETA⁴, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ⁵, LF. MORÁN FERNÁNDEZ⁶, E. ASTUDILLO CORTÉS⁷

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVEDO); ²NEFROLOGÍA. HUBU (BURGOS)

Introducción: Recientemente hemos incorporado la ecografía como herramienta adicional para evaluar la volemia en nuestros pacientes. La puntuación del VExUS-score nos ayuda a establecer el grado de congestión y optimizar el tratamiento. Sin embargo, el aumento de la presión intraabdominal (PIA) puede falsear la colapsabilidad de la vena cava inferior (VCI), lo que nos lleva a plantearnos su utilidad en los pacientes en diálisis peritoneal (DP).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que recoge los datos de 20 pacientes en DP infundidos en los que calculamos el VExUS-score, a fin de relacionar este marcador con otros parámetros de sobrehidratación.

Resultados: Se adjunta una tabla descriptiva de las principales variables recogidas. Del total, 18 pacientes puntúan VExUS-score 0, lo que traduce una supuesta euvolemia ecográfica. Respecto a otros marcadores de sobrehidratación en este grupo, el 66,7% no tienen edemas, la mediana del NT-proBNP es 3.340 pg/mL, la media del CA125 21,6 U/mL y la media de BCM +1,91 L. Todos tienen un Composite Congestion Score (CCS) 0 y, en cuanto fenotipo de congestión, el 61,1% puntúa 1 y nadie el máximo de 3. La PIA media de este grupo es 15,3 mmH2O (±3,1). Además, el 22,2% del grupo hace DP incremental y un 50% utiliza icodextrina. Por otro lado, los pacientes que no puntúan VExUS-score 0 tienen edemas y puntúan 3 en fenotipo de congestión. Ninguno hace DP incremental y ambos realizan intercambios con icodextrina. Además, el paciente que presenta el VExUS-score más alto, tiene valores de BCM +4,4 L, PIA 6 mmH2O, CA125 en sangre 21 U/mL y NT-proBNP 44.400 pg/mL.

Conclusiones: En nuestra muestra, la puntuación VExUS-score se correlaciona adecuadamente con parámetros conocidos de sobrehidratación, no habiendo influido la PIA en los resultados. Sin embargo, solo tenemos potencia actualmente para hacer un análisis descriptivo, por lo que seguimos incorporando pacientes al para poder llegar a conclusiones estadísticamente significativas próximamente.

Tabla 1.

VExUS-score	0	1	2
Sexo (F/M)	77,8%;22,2%	100%;0%	100%;0%
Edad (años)			
Modalidad DP	DPCA	38,9%	100%
	DPA	38,9%	-
Incremental		22,2%	-
		-	-
Icodextrina	50%	100%	100%
Diuresis residual (cc.)	1.530 (±769)	0	1.000
Ultrafiltración (cc.)	533 (±319)	850	1.000
Ingesta hídrica (cc.)	1.410 (±523)	500	1.000
FEVI (%)	65 (35;65)	53	44
Diurético	83,3%	0%	100%
BCM (L)	1,91 (±1,88)	5	4,4
PIA (mmH ₂ O)	15,3 (±3,1)	NA	6
NT-proBNP (pg/mL)	3.340 (48;20.000)	24.900	44.400
CA125 (U/mL)	21,6 (±11,6)	NA	21
Peritonitis	16,7%	0%	0%
CCS	0	1	0
Fenotipo de congestión	0	5,6%	-
	1	61,1%	-
	2	27,8%	-
	3	0%	100%

41 INSERCIÓN LAPAROSCÓPICA DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL: EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS EN NUESTRO CENTRO UTILIZANDO TÉCNICA DE DOS PUERTOS

VV. MUÑOZ CÁRDENAS¹, E. PORTAS BETANZOS², JP. MORAIS MACEDO³, P. OLIVEROS MARTINEZ⁴, O. REGO OJEA⁵, C. DÍAZ RODRÍGUEZ⁶, R. ALONSO VALENTE⁷

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (SANTIAGO DE COMPOSTELA)

Introducción: El inicio de diálisis peritoneal (DP) requiere la inserción previa de un catéter en la cavidad peritoneal. Una de las técnicas utilizadas para su implantación es la laparoscopia.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia durante 10 años mediante inserción laparoscópica en nuestro programa de diálisis peritoneal.

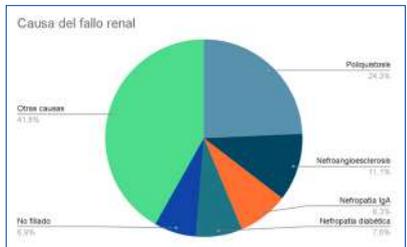
Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con catéter autopsicionante (CA) insertado por vía laparoscópica en la unidad de cirugía mayor ambulatoria entre 01/2014 y 04/2024. Se usaron dos puertos de 12 mm, uno para visión directa de la cavidad abdominal y otro a través del cual se insertaba el catéter en el fondo de saco de Douglas con una guía recta de punta traumática. Se analizaron: edad, sexo, DP manual o DP automatizada (DPA), causa del fallo renal, tiempo transcurrido desde valoración por CGD y colocación del catéter, y entre inserción e inicio de DP, complicaciones en el primer año de inserción del catéter y factores de riesgo como diabetes y obesidad.

Resultados: Se insertaron un total de 144 CA. La edad media fue de 55 años (20-90 años). 53 (36,80%) mujeres y 91 (63,19%) hombres. 25 (17,36%) tenían el diagnóstico de diabetes mellitus en el momento de inserción del CA. 34 (23,6%) obesidad y 65 (45%) sobrepeso. El tiempo medio entre la inserción y el uso del catéter fue de 2 meses y 6 días (rango de 11 días -17 meses). 46 (31,9%) pacientes en DPA.

Como complicaciones derivadas de la técnica durante el primer año se presentaron: 21 fugas; se transfieren a hemodiálisis definitiva 1 por decisión del paciente, 5 por recidiva de la fuga y 2 a automática; al correlacionar con factores de riesgo, de los 21 pacientes que presentaron algún tipo de fuga, 12 presentaban sobrepeso, 6 obesidad y 2 eran diabéticos. 4 pacientes requirieron nueva inserción de catéter; 2 por migración y 2 por disfunción. Se presentaron 17 hernias incisionales, 3 sangrados del orificio autolimitados, 8 hemoperitoneos, 1 transferencia a hemodiálisis por fallo de ultrafiltración y 9 refirieron dolor en relación al CA. Ninguna colocación requirió conversión a una operación abierta.

Conclusiones: La inserción laparoscópica de CA para DP proporciona una mejor visualización de la cavidad peritoneal. Tiene una alta tasa de éxito y puede realizarse de manera ambulatoria, con pocas complicaciones asociadas. La principal desventaja es su mayor coste económico por lo que deben realizarse estudios más amplios de coste-efectividad.

Figura 1.



42 CAUSAS DE FRACASO DE LA TÉCNICA DE DIÁLISIS PERITONEAL EN UN PERIODO DE 14 AÑOS: IDENTIFICACION Y ABORDAJE DE FACTORES RELACIONADOS

C. LENTISCO RAMÍREZ¹, YA. SOTOLONGO LORENZO², S. CEDAÑO MORA³, M. SÁNCHEZ SÁNCHEZ⁴, RE. CAMACHO JUÁREZ⁵, M. ORTIZ LIBRERO⁶, M. MON MON⁷, M. ACUÑA RAMOS⁸, I. GALINDO MARIN⁹, J.C. HERRERO BERRÓN¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA (MADRID/ ESPAÑA)

Introducción: La supervivencia de la diálisis peritoneal (DP) muestra grandes dificultades para mejorar. Con este estudio, nos gustaría identificar causas modificables y factores de riesgo asociados a la transferencia definitiva de DP.

Material y métodos: Estudio Observacional, retrospectivo.

Se registraron todos los casos de transferencia definitiva de DP desde 1/1/2010 al 31/12/2023. Se valoraron factores epidemiológicos, clínicos, tiempo en ERCA, ingresos, factores relacionados con DP, factores en momento transferencia (analíticos, clínicos, adecuación, pauta, gramos glucosa, ...) y mortalidad.

Resultados: 89 casos (67,4% varones; 8% PQAD; 8% enfermedad arterial periférica, 6,7% cardiopatía isquémica crónica y 12,4% insuficiencia cardíaca. Mediana índice Charlson:4 (RIC 2,5-6). Mediana tiempo en DP hasta transferencia: 16 meses (RIC 7-31,5).

69,7% no tuvo peritonitis previamente. 23,6% presentaron fugas/hernias. 21,3% requirieron descanso peritoneal.

En la transferencia: CAPD: 31%; DPNI: 12%; DPCC: 29% y OCPD: 20%. Media de gramos de glucosa en pauta es 23±12. Media de edad 56±16 años. 26% presentan IMC ≥ 30. El 19% son anúricos y el 27% mantenían diuresis ≥ 1000cc.

Causas transferencia: 4% éxito, 40% trasplante, 46% relacionadas con DP (27% peritonitis, 24% falta adecuación, 22% falta UF total, 14% complicación pared abdominal, 5% fallo AQ y 3% malfunción catéter) y 7% no relacionadas con DP (43% agotamiento, 28% evento agudo isquémico, 14% evento agudo infeccioso y 14% recuperación de la función renal).

24 pacientes fallecieron, con una mediana de 34 meses (RIC 3-48). El 8%, antes del año. De los 19 pacientes que precisan descanso peritoneal, 13 salen de la técnica Vs 6 (p.0.03). De los 21 pacientes que presentan fugas, 14 son transferidos Vs 7 (p.0.05).

En el subgrupo de los pacientes que son transferidos por falta de UF total, el 66,7% todavía mantenían diuresis residual ≥ 1000.

De los pacientes con IMC ≥ 30 (23), 18 se transfirieron por mala adecuación (p.0.05). No se detecta asociación con la presencia de anuria. Al comparar los pacientes del 2010-2016 Vs 2017- 2023: pacientes del segundo grupo presentaron mayor índice de Charlson (p <0.05), mayor edad en el momento de la transferencia 61± 16 Vs 51±16 (p.0.01), mayor tiempo de seguimiento en ERCA 20 meses (RIC 9-36) Vs 4 (RIC 1-22) p.0.01, más complicaciones de pared abdominal 34% vs 10% (p 0.01) y han requerido más descansos peritoneales 32% Vs 8% p.0.01.

Conclusiones: Transferencia por mala adecuación se asocia a IMC≥30; no a anuria. 66,7% de pacientes con UF total insuficiente presentaban diuresis ≥ 1000.

La necesidad de descansos peritoneales por cualquier causa se asocia a transferencia de DP. Al comparar las dos poblaciones (2010-2016 Vs 2017-2023) se objetiva tendencia a pacientes con más comorbilidades, con más complicaciones de pared abdominal y necesidad de más descansos peritoneales.

43

¿ES LA DIÁLISIS PERITONEAL ASISTIDA UNA ALTERNATIVA VÁLIDA EN PACIENTES DEPENDIENTES SOMETIDOS A TÉCNICAS DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA?EM. MARTÍN IZQUIERDO¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, M.J. REGUERA CARMONA¹, S. ABRANTE GARCÍA¹, O. SIVERIO MORALES¹, Y. QUINTANA BUBU¹, C. RODRÍGUEZ ÁLVAREZ¹, ML. MACÍ HERAS¹¹NEFROLOGÍA, HUNSC (ESPAÑA)

Introducción: La Diálisis Peritoneal asistida (DPA) es una opción de tratamiento de diálisis domiciliar para pacientes con ERC terminal y dependientes. Su uso está extendido a nivel mundial desde hace más de cuatro décadas, permitiendo a los pacientes dependientes, total o parcialmente, realizar una terapia domiciliar con el objetivo efecto de retrasar o sustituir otras alternativas de terapia renal sustitutiva (TRS).

El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil de los pacientes en DPA de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo que analizó los pacientes en DPA en nuestro centro durante los últimos 5 años.

Se analizaron características demográficas, causas de ERC, tiempo en DP, características de los cuidadores, aparición de complicaciones así como tiempo de media en la técnica.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes en DPA, de los cuales 20 eran hombres, con media de edad de 73 años. La nefropatía diabética fue la causa más frecuente de ERC. El 67,4% estaba en DP automatizada y el resto en DP continua ambulatoria, con un tiempo medio de permanencia en técnica de 16 meses. La causa más frecuente de dependencia fue el déficit cognitivo y movilidad. Al inicio del seguimiento el Índice de Charlson medio fue de 9 puntos. Los cuidadores principales fueron los hijos (43%) cónyuge (37%) y otros (20%).

Las causas más frecuentes de abandono de la técnica fueron éxitus y la transferencia a hemodiálisis. Se analizó la tasa de peritonitis durante el periodo de estudio, siendo 0.15 paciente-año, similar al resto de pacientes de nuestra unidad.

Conclusiones: Consideramos que la DPA es una modalidad de DP que debe adaptarse a las necesidades y demandas de los pacientes y sus cuidadores, siendo una opción factible aunque infrutilizada de forma general.

Según nuestros resultados, la evolución y las complicaciones son similares al resto de pacientes de nuestro programa, aunque sería necesario un modelo óptimo de entrenamiento, capacitación y seguimiento de calidad de estos pacientes.

44

CÓMO HA CAMBIADO LA DIÁLISIS PERITONEAL EN EL SIGLO XXID. BUSTOS JIMÉNEZ¹, L. CUETO BRAVO¹, F.J. AHUJADO HORMIGOS¹, A. CUBAS SÁNCHEZ-BEATO¹, MA. FERNÁNDEZ-ROJO¹, M. IBÁÑEZ CEREZO¹, B. ALONSO CALLE¹, D. AREVALO CARRERO¹, MA. GÁLVEZ VELASCO¹, C. ALONSO LÓPEZ - REY²¹NEFROLOGÍA, MÉDICO (TOLEDO), ²NEFROLOGÍA, ENFERMERÍA (TOLEDO)

Introducción: La Diálisis peritoneal (DP) es una técnica ampliamente utilizada en el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). En España se ha observado un aumento de la DP como opción terapéutica inicial, aunque continúa siendo la modalidad de tratamiento menos utilizada. Con la intención de conocer como han podido cambiar las características y evolución de la población en Diálisis Peritoneal a lo largo de los últimos 20 años en el área sanitaria de Toledo, se ha realizado este estudio.

Material y método: Estudio observacional de cohortes histórico con dos grupos de comparación de 10 años. El primer periodo de 2003-2012 y el segundo periodo de 2013 a 2022. Las características de la población a estudio se muestran en el documento adjunto. Se ha utilizado el test de Kolmogorov Smirnov para el ajuste de las variables a la distribución normal y posteriormente los diferentes test de contraste de hipótesis según la naturaleza de las variables y el tamaño muestral. La supervivencia en la técnica se estudió mediante Kaplan-Meier y el test log-rank para interpretar las diferencias.

Resultados: En la tabla se muestra la cohorte global y las segregadas por periodos de 10 años sometidas a comparación. (Archivo adjunto). El análisis de supervivencia en la técnica no mostró diferencias significativas HR 0,88 (IC95% 0,645-1,217) p 0,455.

Conclusiones: La incidencia en DP se ha incrementado un 23 % en los últimos 10 años respecto al periodo anterior, siendo las poblaciones esencialmente similares en las variables estudiadas (género, edad, N. Diabética, I.

Charlson-e, eFG inicial, supervivencia de la técnica y mortalidad). Si fueron remarcables en esta comparación:

1. El descenso de más de un 50% en la tasa de peritonitis.
2. La reducción del porcentaje de pacientes que transitan a DP desde hemodiálisis en favor de un incremento en incidentes en Diálisis Peritoneal.
3. Un aumento significativo de salidas por trasplante.

Tabla 1.

	Global	A (2003-2012)	B (2013-2022)	IC 95%	p
n	166	64	102		
Género (H/M) %	44,6/55,4	53/47	39,2/60,7		0,1064
Edad inicio (años)	53±15,2	52±15,5	53,7±15,2	-0,523 -3,123	0,4874
eFG inicio (mL/min)	7,5±4,1	7,5±2,4	7,5±4,5	-1,507 -0,907	0,5241
N. Diab. (n/%)	34 (20,5)	13 (20,3)	21 (20,6)		1,000
I. Charlson-e	4 (2-6)	4 (2-5,25)	4 (2-6)		0,7414
Total entradas n (%)	166	64 (38,6)	102 (61,4)		-
- incidentes TRS	122 (73)	63 (87)	79 (77,4)		0,1531
- Desde HD	28 (17)	15 (23,4)	13 (11,7)		0,0543
- Desde DP	10 (6)	2 (3)	8 (7,8)		0,3185
TP an DP (meses)	18,5 (4,8-26)	19,7 (4,5-30,4)	18 (8-25)		0,7565
Salidas n (%)	148	64	84		-
- por Tx	79 (47,5)	27(42)	52(62)		0,0204
- pase a HD	40 (24,1)	22(34)	18(21,4)		0,094
- Rec FR	5 (3)	3(4,7)	2(2,4)		0,3747
- Exhau/letalidades	22(13,2)	11(17)	11(13)		0,495
- Otros (tras)	2(1,2)	1(1,6)	1(1,2)		-
Peritonitis (e/a/a)	0,39	0,54	0,25		-

45

PAPEL DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL EN LA PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL EN DIÁLISIS PERITONEALP. JIMÉNEZ COSTA¹, L. BETANCOURT CASTELLANOS¹, S. PICO RUIZ¹, A. ROMAGUERA MONZONIS¹, C. COMAS MIR¹, J. VIDIELLA MARTÍN¹, MJ. GORDO GARCÍA¹, C. GRAU PUELLO¹, E. PONZ CLEMENTE¹¹NEFROLOGÍA, PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI, SABADELL (BARCELONA),²CIRUGÍA GENERAL, PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI, SABADELL (BARCELONA)

Introducción: La Función Renal Residual (FRR) en Diálisis Peritoneal (DP) tiene implicación en la supervivencia de enfermo y técnica. La enfermedad renal, patología cardiovascular, proteinuria, líquidos bioincompatibles y DPA influyen en la pérdida de FRR. Una Presión intraperitoneal (PIP) elevada aumenta el riesgo de fracaso renal agudo, un reciente estudio asiático mostró su relación con la pérdida de FRR.

Objetivo: Estudiar la relación de la PIP con la pérdida de FRR.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de enfermos incidentes en DP. Exclusión: anúricos, seguimiento.

Resultados: 83 pacientes (edad 62.8±13 años, 69% varones, 43% diabéticos, IMC 28.6±5.2 kg/m², Charlson 4.72±1.8, 66% DPCA, bloqueo SRAA 73%). Función renal al inicio de DP: creatinina 7.48±2.2 mg/dL, FGe 7.11±2.35 mL/min, ClCr de 8.58 ± 4.7 mL/min, Diuresis 1664±707 mL.

Los pacientes con PIP≥16 cmH₂O empezaron DP con una mejor FRR (FGe 7.7±2.5 vs 6.4±2, p=0.025, diuresis 1800 vs 1500 mL, p=0.018). Tenían mayor IMC y comorbilidad. La media de FRR a los 6, 12, 18 y 24 meses no tuvo relación con una PIP≥16 cmH₂O.

54 enfermos se siguieron 24 meses. Una mayor pérdida de FRR se relacionó con una mayor PIP (p=0.012) e IMC (p=0.0004). No hubo relación con edad, sexo, tipo de DP y proteinuria basal. Al analizar los enfermos anúricos a los 24 meses (16.6%) comparados con el resto, tenían menor PIP (13±4.0 vs 18±48 cmH₂O, p=0.019), menor IMC (25±4 vs 29±5, p=0.01), mayor Cr pre-diálisis (8.8±2.8 vs 6.8±1.6 mg/dL, p=0.031) y destaca una pérdida de FRR y diuresis muy precoz desde los 6 meses (diuresis 1000±700 mL vs 1500±770, p=0.024, FRR 3.5±3 vs 7.2±3.3 mL/min, p=0.006), manteniendo esta tendencia hasta la anuria.

Conclusiones:

- Observamos una relación entre la pérdida de FRR a los 24 meses y una mayor PIP e IMC, reproduciendo los resultados publicados recientemente.
- Los enfermos anúricos a los 24 meses no tenían una PIP más alta, se trata de un pequeño grupo con características clínicas diferentes, de difícil interpretación.
- Los enfermos con una PIP basal elevada son más comórbidos y han precisado un inicio de DP más precoz.
- El método de análisis de la pérdida de la FRR y su influencia en diferentes variables puede arrojar resultados discordantes.

46

EFFECTOS DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 SOBRE LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA EN DIÁLISIS PERITONEALE. MORAL BERRIO¹, J.C. DE LA FLOR MERINO¹, C. VOZMEDIANO Poyatos¹, G. GARCÍA CONEJO¹, R. COX CONFORME¹, M. GUERRERO ESPINO¹, M. MENDOZA ACOSTA¹, A. MORAL PÉREZ¹, M. ARAMBARRI SEGURA¹¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL/ESPAÑA),²NEFROLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GÓMEZ ULLA (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de terapia renal sustitutiva (TRS) en la cual la dosis de diálisis puede adaptarse según la función renal residual (FRR) del paciente. La FRR es determinante para la supervivencia del paciente y de la técnica. Las estrategias farmacológicas dirigidas a enlentecer la pérdida de FRR en los pacientes en DP se limitan al empleo de los IECA y los ARA-II. Por tanto, existe una necesidad de nuevas estrategias de protección cardiovascular y renal para pacientes en DP y aquí es donde los iSGLT-2 pueden tener una aplicación, ya que han demostrado que podrían ser igualmente eficaces en la reducción de los eventos cardiovasculares y la mortalidad en el subgrupo de pacientes en TRS.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en la Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con iSGLT-2 durante el periodo comprendido entre diciembre de 2022 y diciembre de 2023.

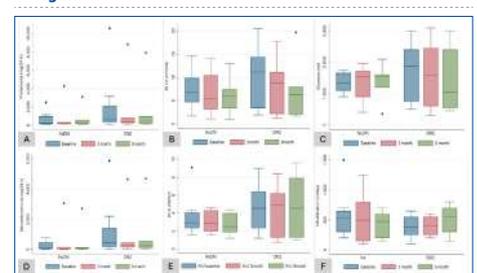
Las variables clínicas y analíticas, la FRR, el tipo de transporte peritoneal, KtV semanal de urea y tasa catabólica de proteínas normalizada (nPCR) se recogieron retrospectivamente en los meses 0, 3 y 6. También se registraron los eventos adversos autoinformados con iSGLT-2.

Resultados: De 31 pacientes de nuestra unidad, 16 pacientes prevalentes iniciaron tratamiento con iSGLT-2 durante el periodo seleccionado. El 62,5% eran varones con una edad media de 67,3 ± 10,3 años. Ocho pacientes tenían DM2.

Al sexto mes, los pacientes de ambos grupos conservaron la FRR y la diuresis. Cuando comparamos los cambios al sexto mes entre los pacientes con y sin DM2, no apreciamos cambios significativos, excepto en la HbA1c y una mayor disminución de la albuminuria en aquellos con DM2 (figura 1).

Conclusiones: El uso de iSGLT-2 en nuestra pequeña muestra de pacientes con y sin DM2 parece ser seguro y eficaz para preservar la FRR.

Figura 1.



Resúmenes

Dialisis peritoneal

47 ANALISIS DE LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES EN LA UNIDAD DE DIALISIS PERITONEAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO

R. GONZALEZ CANO¹, I. GARCÍA ALFARO², S. BLAS GÓMEZ³, FJ. VIGUERAS RUIZ⁴, P. ESCRIBANO⁵, J. PÉREZ MARTÍNEZ⁶, FJ. CENTELLAS PÉREZ⁷, A. SIMÓN APARICIO⁸, I. LORENZO GONZÁLEZ⁹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE, ESPAÑA), ²ENFERMERÍA DE NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE, ESPAÑA)

Introducción: En el campo de la diálisis peritoneal (DP) existen pocos estudios que analicen la sobrecarga del cuidador principal. Dado que muchos pacientes de DP precisan de ayuda, bien por dependencia en tareas cotidianas o en el propio tratamiento dialítico, debemos analizar esta sobrecarga para identificar precozmente problemas relacionados y evitar el síndrome de "burn-out" en sus cuidadores, figuras enormemente relevantes en la enfermedad de nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio realizado mediante encuestas telefónicas a los cuidadores principales de los pacientes de nuestra unidad de DP. Se utilizó el cuestionario de Zarit, que con 22 preguntas cuantifica el grado de sobrecarga de los cuidadores de pacientes dependientes (que definimos como un índice de Barthel <90) o que necesitaban ayuda en el tratamiento dialítico. También se realizó el Cuestionario de Sobrecarga de Cuidadores de Dialisis Peritoneal (CSC-DP), específico para cuidadores de DP, con 30 preguntas divididas en tres temas principales: dependencia, sobrecarga y repercusión.

Resultados: Se encuestaron a los cuidadores principales de 10 de los 39 pacientes que conforman nuestra unidad de DP, al ser considerados el resto independientes.

En la tabla 1 se muestran nuestros principales resultados: El test de Zarit mostró una sobrecarga promedio "leve" (>20 puntos), con un nivel de sobrecarga "grave" (>60 puntos) en un cuidador.

En el CSCDP se objetivó una media de 33 de un total de 120 puntos, con una importante percepción de dependencia del paciente para el cuidador y unos mayores niveles del ítem "repercusión" que de "sobrecarga" en términos relativos.

Conclusiones: La sobrecarga de sus cuidadores es un gran problema en la vida de nuestros pacientes, que puede llegar a repercutir en su salud global y condicionar su evolución. Analizarla es imprescindible para ofrecer los apoyos necesarios. Resulta interesante utilizar escalas específicas, como el CSCDP, ya que los pacientes en DP tienen características diferentes al resto de enfermos crónicos.

Tabla 1.

ANÁLISIS DEL RESULTADO DE LOS TEST APLICADOS A NUESTROS PACIENTES Y SUS CUIDADORES EN DIALISIS PERITONEAL						
ZARIT	Muestra		Distribución (puntos)		Máximo	
	Media	Desviación típica	Índice inferior (0-95%)	Índice superior (0-95%)	Máximo	Mínimo
Total cuestionario	22,50	20,40	19,85	5,42	35,27	21
Preguntas con mayor puntuación	¿Poco que su familiar dependa de usted? ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
CSCDP (Se averiguaron del comportamiento de su familiar)						
CSCDP	Muestra		Distribución (puntos)		Máximo	
	Media	Desviación típica	Índice inferior (0-95%)	Índice superior (0-95%)	Máximo	Mínimo
Dependencia paciente (32 puntos máximo)	15,50	13,70	9,03	19,74	16,66	4
Sobrecarga subjetiva cuidador (48 puntos máximo)	7,50	9,40	7,79	2,62	13,97	0
Repercusión sobre el cuidador (40 puntos máximo)	11,00	12,30	11,00	4,01	20,50	0
Total cuestionario (30 puntos máximo)	33,00	38,10	20,63	18,54	49,50	0

48 EXPLORANDO LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN EL SÍNDROME CARDIORRENAL EN DIALISIS PERITONEAL

E. GARCÍA-MENÉNDEZ¹, P. DELGADO², D. JANEIRO MARÍN³, MR. LLÓPEZ CARRATALÁ⁴, M. MARQUES VIDAS⁵, JM. PORTOLES⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (MAJADAHONDA / ESPAÑA)

Introducción: El síndrome Cardiorrenal (SCR) se define como una disfunción simultánea del corazón y de los riñones. Este induce caquexia, del mismo modo que la caquexia contribuye a la disfunción orgánica estableciendo un círculo vicioso. Dentro de las estrategias de tratamiento se postula la ultrafiltración con DP para aumentar el balance negativo en situación de resistencia a diuréticos. Nuestro objetivo es describir la composición corporal de pacientes incidentes en DP con SCR.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de composición corporal por Bioimpedancia Multifrecuencia (BCM) de todos los pacientes incidentes en DP (Sept/2011 a Sept/23). Para el análisis separamos en dos grupos Grupo SCR y Grupo Control: DP por resto de causas.

Resultados: Analizamos 147 pacientes, 61,9 años (SD15,6), el 62,6% varones. La sobrehidratación basal +2.5L(SD2.4) y la media de IMC 25.21(SD5.19). El 19% (n=28) pertenecen al grupo SCR.

El grupo de SCR al inicio de DP, presentan una menor masa magra, sin diferencias en grasa ni sobrehidratación. Así mismo presentan menor agua tanto extra (ECW) como intracelular (ICW) respecto al grupo control, con un ECW/ICW mayor 1.01 al tener una menor ICW respecto al ECW al contrario de lo que sucede en el grupo2 (p=0,024). Diferencias entre ambos grupos (tabla 1). El 64,29% del grupo SCR presentaban una LTI por debajo del rango frente a 47,06% en el grupo de ERC por otras causas (p=0,101)

Tabla 1.

	SCR (n=28)	ERC (n=119)	Total (n=147)	p
Edad (años)	61,9 (SD 15,6)	60,4 (SD 15,6)	61,9 (SD 15,6)	0,026
Varones (%)	57%	64%	62%	0,078
DM2 (%)	13 (46,4%)	49 (41,2%)	62 (42,2%)	0,88
Preso (kg)	65,3 (SD 18,2)	73,3 (SD 18,8)	70,4 (SD 18,3)	0,07
Preso (kg/m ²)	23,3 (SD 3,5)	23,1 (SD 3,2)	23,2 (SD 3,3)	0,96
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	122,2 (SD 31,4)	119,2 (SD 31,4)	120,6 (SD 31,4)	<0,001
DM2 (mmol/L)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	83,2 (SD 19,4)	<0,001

51 EVALUACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE DESARROLLAR FIBROSIS HEPÁTICA UTILIZANDO EL ÍNDICE FIB4 EN UNA POBLACIÓN INCIDENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL

C. RODRÍGUEZ-VELÁSQUEZ¹, M. GONZÁLEZ-RICO¹, M. MONTOMOLI¹, F. ALVARADO¹, C. SOLANO¹, E. MUÑOZ², I. MILLAN³, J.C. ALONSO⁴, A. SLAVIC⁵, J.L. GORRIZ⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ALICANTE (ALICANTE/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE (ELCHE/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL LLUIS ALCANYÍS DE XÀTIVA (XATIVA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL VINALOPÓ (VINALOPÓ/ESPAÑA)

Introducción: La fibrosis hepática es la respuesta a una lesión hepática crónica que conlleva a cambios estructurales y funcionales del hígado. El gold standard para su diagnóstico es la biopsia, sin embargo, tiene sus limitaciones, entre ellas la variabilidad del muestreo y la reproducibilidad intra e interobservadores, así como su naturaleza invasiva.

El índice FIB4 es una herramienta que reúne varios marcadores analíticos para predecir el riesgo de fibrosis hepática, con un alto valor predictivo negativo. Se ha demostrado una asociación entre puntuación alta de FIB4 y mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad.

El objetivo de nuestra investigación ha sido calcular el índice FIB4 para la detección de individuos con alto riesgo de fibrosis hepática en una población de pacientes con enfermedad renal crónica que inician tratamiento con diálisis peritoneal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes incidentes en DP desde junio 2005 hasta junio 2023, con datos recogidos de un registro multicéntrico. Se recopilaron variables demográficas, de comorbilidad, y se determinó el índice FIB4. Tomamos como valor de corte para alto riesgo de fibrosis hepática FIB4 \geq 2.67 y bajo riesgo FIB4 $<$ 1.3. Analizamos las diferencias entre los pacientes según el grado del índice FIB4, así como la supervivencia de ellos.

Resultados: Analizamos 1202 pacientes, 796 hombres y 406 mujeres, con mediana de edad de 63 años. El 32% de los pacientes eran diabéticos, el 31% tenían algún tipo de cardiopatía y sólo 21 pacientes (1,75%) tenían diagnosticada cirrosis hepática. La mediana del índice de Charlson ajustado a edad fue de 6. Con respecto al cálculo del FIB4, 135 pacientes (11%) presentaron un valor mayor a 2.67, lo que implica alto riesgo de fibrosis, frente a 614 (51%) que obtuvieron un valor menor a 1.3. Además, al analizar la supervivencia, vimos que los pacientes con un FIB4 menor tenían una mayor supervivencia en meses, en comparación con los que resultaban más alto.

Conclusiones: Encontramos una alta prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica que inician DP con marcador de alto riesgo de fibrosis hepática. El índice FIB4 es una herramienta sencilla y accesible que puede servirnos para identificar a pacientes con alto riesgo de fibrosis hepática avanzada y derivarlos a atención especializada. En nuestra población el valor de FIB4 se asoció a peor supervivencia a lo largo del tiempo.

52 DISLIPEMIA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL: AUSENCIA DE CAMBIOS EN LA LDL-C EN PACIENTES QUE RECIBEN ESTATINAS

C. SOLANO¹, AM. LAMBE², C. ESCAGEDO³, MS. LECUEDER⁴, M. GONZALEZ-RICO⁵, M. MONTOMOLI¹, MF. ALVARADO¹, C. RODRIGUEZ¹, E. GIMÉNEZ-CIVERA¹, J.L. GÓRRIZ⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALENCIA), ²FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA (VALENCIA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA (SANTANDER), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE CLINICAS, FACULTAD DE MEDICINA UDELAR (MONTEVIDEO. URUGUAY), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD DE VALENCIA (VALENCIA)

Objetivos: Analizar las características del perfil lipídico de los pacientes en diálisis peritoneal (DP), el impacto del tratamiento con estatinas sobre el perfil lipídico (LDL-c y HDL-c) comparando los parámetros lipídicos entre los pacientes que recibían o no estatinas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico con 155 pacientes en programa de DP en nuestro centro desde 1-1-2019 a 31-12-2022. Análisis de datos basales (inicio de DP) y seguimiento.

Resultados: Se analizaron 155 pacientes. Sexo varón 108 (70 %), diabetes mellitus 32,2 %, cardiopatía isquémica 17,8 %, icodextrina 41,1 %. La mediana e IC al 95 % de los niveles de parámetros del perfil lipídico fueron: Colesterol 152(128.0-181.0); Triglicéridos 115.0(84.0-56.5); HDL-c 45.0(37.0-56.0); Colesterol no-HDL 105.0(83.0-131.0); Apolipoproteína B: 102.0(1.0-133.0); Apolipoproteína B 75.0 (62.0,-92.0) y Lp(a): 30.0(13.0-52.0).

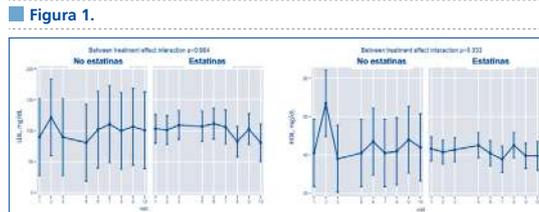
El 33 % de los pacientes presentaban niveles de LDL-c $<$ 70 mg/dl y solo el 16 % presentaban LDL-c $<$ 55 mg/dl.

Figura 1: Análisis comparativo de la evolución de los niveles de colesterol LDL-c y HDL-c según hayan recibido o no tratamiento con estatinas. Tras una mediana de 10 visitas, no se detectó diferencia significativa en LDL-c entre los pacientes que habían recibido y no recibido estatinas ($p=0,984$). En cambio, sí que hubo una diferencia significativa en los niveles de HDL-c ($p=0,033$) (modelo multivariante ajustado por edad, sexo, FGe y nº visita).

121 pacientes recibían estatinas (78 %). De ellos 90 las habían iniciado antes de inicio de DP y 31 iniciaron tratamiento durante su estancia en DP.

Conclusiones: 78% de los pacientes en DP reciben estatinas. Solo el 16 % consigue una LDL-c $<$ 55 mg/dl. El tratamiento con estatinas no modificó de forma significativa los niveles de LDL-c, en cambio sí los de HDL-c. Se

requieren estudios adicionales que tienen las alteraciones en el perfil lipídico de los pacientes en DP.



53 ESTUDIO DE LAS LIMITACIONES PARA EL DESARROLLO E INCREMENTO DE LA HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA EN ESPAÑA

SANCHEZ-ESCUREDO¹, S. NUÑEZ DELGADO², M. QUERO RAMOS³, A. TANGO BARRERA⁴, E. SANCHEZ ALVAREZ⁵, M. PEREZ FONTANA⁶, MF. SLON ROBLERO⁷

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL MOISES BROGGI (BARCELONA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL BELLVITGE (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GUÓN), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (A CORUÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (NAVARRA)

Introducción: La diálisis peritoneal asistida (DPA), es una modalidad de técnica domiciliaria para pacientes que han perdido su independencia debido a la edad o comorbilidades que requieren cierta ayuda para gestionar el tratamiento siendo coste efectiva con menor tasa de hospitalización y mortalidad en comparación con HD en un centro.

Objetivo: Conocer la práctica clínica habitual en DP y las limitaciones para la implementación de un programa de DPa en España.

Método: Estudio observacional transversal mediante encuesta de pregunta de respuesta múltiple difundida por email al grupo de trabajo de DP de la SEN. La participación fue voluntaria y anónima. La encuesta contenía 4 preguntas sobre la estructura del centro, 6 sobre la práctica habitual y 6 sobre las presuntas barreras para la implementación de la DPa.

Resultados: Se analizaron 74 respuestas de 59 centros (14 CCAA). Media del programa de DP de 40 \pm 26 pacientes [2-100]. La mediana de pacientes realizando DPa es de 5 [3-10] pacientes por programa. De los encuestados el 73% considera que la DPa debería incluir el soporte en la organización y preparación del material en el domicilio, la conexión y desconexión en DPA/CAPD y la documentación del tratamiento.

El 48% considera que se tendría que ofrecer la DPa a los pacientes que han iniciado DP y lo necesitan para poder continuar con la técnica, el 47% cuando haya claudicación familiar, el 39% a todos los pacientes que quieran realizar DP a pesar de tener deterioro físico o mental que lo contraindique, el 38% en cualquier momento si el paciente lo necesita y el 22% durante la información de técnicas en la consulta ERCA.

En referencia a quién debería realizar la DPa el 73% respondieron un cuidador, 63% personal de enfermería/auxiliar externo a la unidad de DP, 52% un familiar y 48% personal de enfermería/auxiliar de la propia unidad de DP.

Las limitaciones percibidas fueron en el 80% la falta de financiación, 15% falta de experiencia de las unidades de DP, 11% la falta de motivación, 5% la falta de personal formado.

El 80% de los encuestados considera que la DPa haría aumentar el número de pacientes de DP de su programa.

Conclusiones: El 73% del grupo de trabajo de DP considera que la DPa debe incluir el soporte en la preparación del material en el domicilio, la conexión-desconexión y la documentación del tratamiento.

No hay consenso sobre a quién debería ofrecerse la DPa ni quien debería realizar el tratamiento en el domicilio del paciente. La principal limitación percibida es la financiación del programa y la falta de formación-motivación de los equipos.

54 INVESTIGANDO FACTORES DE RIESGO DE PERITONITIS ENTÉRICA. EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN

MA. MOMPO RAMOS¹, IR. VIEJO BOYANO¹, AM. SOLDEVILA ORIENT¹, RA. DEVESA SUCH¹, PI. SANCHEZ PEREZ¹, JU. HERNANDEZ JARAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE (VALENCIA)

Introducción: La malnutrición en diálisis peritoneal (DP) tiene una prevalencia del 30-50%. Aumenta la morbilidad y empeora la supervivencia de la técnica, y se ve agravada por la pérdida de proteínas a través del líquido peritoneal.

Las peritonitis de origen entérico representan una complicación grave, que se asocia con mayores complicaciones y peor supervivencia, pero no se han investigado factores de riesgo específicos.

El objetivo de este estudio fue analizar factores de riesgo relacionados con el tipo de peritonitis (entérica/cutánea) e investigar si la malnutrición favorecía algún tipo.

Material y métodos: Análisis observacional longitudinal y retrospectivo de peritonitis en pacientes en DP, seguidos en Hospital La Fe entre 2012 y 2023.

Se analizaron datos demográficos (edad, sexo, obesidad, DM, inmunosupresión, poliquistosis), datos analíticos del control previo (albúmina, proteínas totales, potasio, fósforo), número de intercambios, adecuación e intervenciones quirúrgicas, valorando su asociación con el tipo de peritonitis (Cutánea/Entérica/Mixta).

Se excluyeron las recidivas y peritonitis sin aislamiento microbiano.

Resultados: Recogimos 109 peritonitis; 59,6% origen cutáneo, 38,5% entéricas, y 1,8% mixtas, de 61 pacientes, mayoritariamente hombres (68.9%). Los gérmenes más frecuentes fueron el S. epidermidis (p. cutáneas) y E. coli en (p. entéricas).

La presencia de obesidad (27.9%), inmunosupresión (16.4%) y la hipoalbuminemia (56%) se asoció de forma estadísticamente significativa con el desarrollo de peritonitis de origen entérico (p 0.008, p 0.039 y p 0.036 respectivamente).

- Ser obeso confiere 3.3 veces más riesgo de presentar una peritonitis entérica HR 3.311 [95% CI] 1.396 a 7.853.

- Estar inmunodeprimido confiere 2,6 veces más riesgo de peritonitis entérica HR 2.69 [IC 95%] 1.052 a 6.892.

- Por cada disminución en 1 punto de albúmina, hay 2.48 veces más riesgo de desarrollar una peritonitis entérica con respecto a la cutánea. HR 2.48 [IC 95%] 1.059 a 5.85.

No hubo diferencias estadísticamente significativas para el tipo de peritonitis y el resto de variables analizadas. Sí observamos un aumento de tendencia de riesgo de peritonitis cuando más intercambios manuales se realizaban, pero sin diferencias significativas para el tipo de peritonitis.

Conclusiones: Los factores relacionados con la malnutrición, como la hipoalbuminemia y la obesidad, confieren un aumento de riesgo para el desarrollo de peritonitis de origen entérico, probablemente relacionado con la translocación bacteriana digestiva al líquido peritoneal favorecida por la desnutrición. Se subraya la importancia de investigar estrategias nutricionales preventivas para estos pacientes.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

55 ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

ZS. ALBINES FIESTAS¹, JE. RUIZ LAIGLESIA¹, N. LÓPEZ IBORT¹, AB. HERNÁNDEZ RUIZ², D. PÉREZ ROYO¹, AC. SERRANO GRACIA¹, C. RODRÍGUEZ LORENTE¹, MV. RUBIO RUBIO¹, A. BERNI WENNEKERS¹, P. IÑIGO GIL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ (ZARAGOZA/ESPAÑA)

Introducción: La insuficiencia cardiaca supone una de las principales causas de hospitalización, morbi-mortalidad hospitalaria y coste sanitario en nuestro país. La ultrafiltración peritoneal puede aportar beneficios en pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria al tratamiento convencional, disminuyendo el número de hospitalizaciones por descompensaciones.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo en nuestra unidad desde abril 2019 a abril 2024. Se recogen variables demográficas, etiología de la cardiopatía, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, función renal, ultrafiltración media, complicaciones y causas de salida de la técnica.

Resultados: N: 6 pacientes. El 83% de los pacientes eran varones. La edad media fue 75.5 (66 - 83) años. El catéter (Tenckhoff cuello de cisne de 2 cuff) fue colocado por el nefrólogo en todos los casos. El tiempo medio de permanencia en la técnica fue de 10.8 (4 - 30) meses. La etiología de la cardiopatía fue valvular en el 66.6% de los casos, seguida de isquémica en el 33.4%. El 66.6% presentaba una fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida. El filtrado glomerular medio basal era 31.6 (25 - 40 ml/min). La pauta de ultrafiltración peritoneal fue un único intercambio nocturno con icodextrina en todos los pacientes. La ultrafiltración media conseguida fue 558.3 mL (400-900). La NYHA mejoró en el 66.6% de los pacientes y el 33.3% no se modificó. Como complicaciones se distinguen los siguientes episodios: 3 peritonitis, 4 infecciones del orificio de salida y ninguna tunelitis. El microorganismo aislado con más frecuencia fue el *Staphylococcus aureus* meticilina sensible en el 71.4% de los casos, seguido del *Streptococcus oralis* en el 14.2%. Las complicaciones infecciosas no implicaron en ningún caso salida de la técnica.

Hubo 4 exitus, siendo la causa más frecuente la cardiovascular. De los exitus, 2 ocurrieron en los primeros 6 meses desde el inicio de la técnica, específicamente uno a los 4 y el otro a los 6 meses. Y los otros 2 exitus ocurrieron a los 10 y 30 meses desde el inicio de la técnica.

Conclusiones: La ultrafiltración peritoneal es una opción terapéutica en los pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria al tratamiento convencional con beneficios en la clase funcional contribuyendo en la mejoría de la calidad de vida del paciente. Además, las infecciones que puedan presentar este perfil de pacientes relacionadas con la técnica no implican su retirada por lo que merece la pena continuar con esta opción terapéutica dada las ventajas que aporta.

56 CATÉTER PERITONEAL (CP) EN ESPACIO DE RETZIUS: CAUSA ATÍPICA DE DISFUNCIÓN DE CP. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

ESCAMILLA-CABRERA¹, E. TERÁN-GARCÍA¹, D. PÉREZ-ESPINEIRA¹, A. FARIÑA-HERNÁNDEZ¹, M. RUFINO-HERNÁNDEZ¹, MJ. RODRÍGUEZ-GAMBOA¹, P. FOX-CONCEPCIÓN¹, L. PEGUERO-URBANEJA¹, E. DE BONIS-REDONDO¹, D. HERNÁNDEZ-MARRERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA)

Introducción: Las principales causas de disfunción del CP son atrapamiento del omento, oclusión intraluminal por fibrina o acodamiento del CP. Describimos tres casos de disfunción diferida del CP por mal posicionamiento en espacio de Retzius.

Caso 1: Varón 79 años. ERC3b por nefropatía diabética y síndrome cardiorenal por amiloidosis por transtiretina. FA anticoagulado con apixaban. Se implantó CP autoposicionante por minilaparotomía paraumbilical (MLP) izquierda con CP permeable. Tras 48 h presentó sangrado periorificio resuelto tras sutura de orificio de salida y hemoperitoneo no anemizante, sin mejoría tras lavados peritoneales con heparina. Refería además dolor a la infusión. Descartada peritonitis, en TAC se objetivó acomodamiento del CP extraperitoneal en espacio de Retzius (imagen 1A y 1B). Preciso revisión quirúrgica por laparoscopia con retirada e implante de nuevo CP. El paciente permanece actualmente en técnica.

Caso 2: Varón 76 años. ERC3b de perfil vascular y síndrome cardiorenal con miocardiopatía isquémica. FA anticoagulado con rivaroxabán. Se implantó CP autoposicionante por MLP izquierda sin incidencias. A las 48 horas presentó fallo de drenaje. Por sospecha de vaina de fibrina se selló el CP con heparina intraluminal, sin resolución. La peritoneografía y el TAC evidenciaron colocación del CP en espacio de Retzius (imagen 2A y 2B). Se retiró e implantó nuevo catéter recto de doble cuff percutáneo con buen funcionamiento. El paciente no consiguió progresar en entrenamiento y por claudicación familiar se decidió retirada de CP. Actualmente en seguimiento en unidad cardiorenal.

Caso 3: Varón 73 años. ERC5A3 por poliquistosis renal. Exploración física y ecografía sin contraindicación para implante percutáneo. Se implantó CP autoposicionante por MLP izquierda con CP permeable. Al 12º día se comprobó problemas de drenaje del CP, sin mejoría tras enemas. La peritoneografía mostró implante extraperitoneal, y el TAC confirmó el CP en el espacio de Retzius (imagen 3). Se retiró e implantó nuevo catéter recto de doble cuff por MLP derecha. Este catéter precisó maniobra alfa por disfunción a los 20 días. Actualmente el paciente se encuentra activo en técnica.

Conclusión: La colocación extraperitoneal en el espacio de Retzius del CP es una causa rara de disfunción de CP, con únicamente dos casos descritos en la literatura. En nuestra serie se presentó en varones añosos, con catéter autoposicionante y asoció a hemoperitoneo y a disfunción de CP diferida. Es recomendable tener presente esta causa en el diagnóstico diferencial de disfunción precoz de CP. Es posible que la introducción de la ecografía durante el implante del CP permita evitar esta complicación.

57 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMÁTICA FRENTE A LA CONTINUA AMBULATORIA EN RELACIÓN CON EL ESTADO DE HIDRATACIÓN ESTABLECIDO POR BIOMPEDANCIA

MA. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, M. PEÑA ORTEGA¹, DA. VARILLAS CASO¹, ED. MORALES RODRÍGUEZ¹, MD. PRADOS GARRIDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA/ESPAÑA)

Introducción: La sobrecarga de volumen en diálisis se asocia con peor control de la tensión arterial, aumento del riesgo de insuficiencia cardiaca y muerte, sin que existan estudios que demuestren una mayor supervivencia ni mayor control de la tensión arterial en base a la modalidad de diálisis peritoneal (DP), con cicladora (DPA) o de forma manual (DPCA). Sin embargo, si se han descrito diferencias en la eliminación de sodio a favor de la DPCA, dando lugar a un aumento del volumen extracelular en los pacientes en DPA.

Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo que tiene como objetivo evaluar el impacto sobre el estado de hidratación medido por bioimpedancia (BCM) en una unidad de DP durante 2023, comparando pacientes con modalidad DPA vs DPCA.

Resultados: La muestra se compone de 25 pacientes, 21 pacientes con DPA (84%) y 4 pacientes con DPCA (16%). El grupo DPCA presenta mediana BCM -0.3, mientras que el grupo DPA BCM +0.3 (p 0,316). La mediana de NT-proBNP fue superior en el grupo DPCA, 1915 pg/ml (p 0,941). Con respecto a la diuresis, el grupo DPA presenta 1620 ml vs el grupo DPCA 553 ml (p 0,088).

Las diferencias en cuanto a la TAD sí fueron significativas (p 0,008), presentando el grupo DPCA una mediana inferior de 67.12 mmHg. Por último, 18 pacientes (72%) emplean diuréticos, 15 pacientes (60%) emplean 1-2 fármacos antihipertensivos e incluso 10 pacientes (40%) emplean 3 o más.

Conclusiones: Los resultados del estudio concuerdan con publicaciones previas, en las que no existen diferencias significativas en el grado de sobrecarga de volumen en DPA vs DPCA. Títulos más altos de NT-proBNP en DPCA pueden estar en relación con la presencia de pacientes con síndrome cardiorenal, si bien se precisaría de mayor población para extraer conclusiones más plausibles.

 Ver tabla

58 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS CON LOS EPISODIOS DE PERITONITIS EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL

I. MILLÁN DEL VALLE¹, M. BERNABÉ MOLINA¹, P. DE LA FUENTE¹, JP. MORET CHAPPE¹, S. ROS RUIZ¹, A. MOYA MARTÍNEZ¹, FJ. TORRALBA IRANZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELCHE (ALICANTE)

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de terapia renal sustitutiva (TRS) cuya principal complicación sigue siendo la infección peritoneal y en ocasiones conduce al fallo de la técnica y transferencia a hemodiálisis (HD). Las dificultades en el aprendizaje, el nivel socioeconómico y la infección del orificio de salida aumentan el riesgo de presentar un episodio de infección peritoneal, otros factores individuales de cada persona son menos conocidos.

Objetivos: Realizar un estudio de la evolución de los episodios de peritonitis en el tiempo y su relación con factores clínicos.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo, en la unidad de DP del Hospital General Universitario de Elche desde agosto 2011 a agosto 2023. Se realizó un análisis de la población en DP dividida en 3 periodos de tiempo y, por otra parte, de los episodios de infección peritoneal.

Resultados: La muestra fue de 154 pacientes y 77 episodios de peritonitis. La edad media fue de 55,83 (DT 13,42) y la estancia total de 2.899 meses, con una mediana de 12 meses (IQR 15,75). Se estimó la tasa de incidencia de peritonitis por periodo (0.27 episodios paciente-año, 0.33 y 0.21 respectivamente). Se observó un descenso de la incidencia de peritonitis, sin significancia estadística. Se objetivó también un descenso no significativo del número de cultivos estériles. En el análisis de los episodios de peritonitis, fueron Gram positivos (55,8%), Gram negativos (35,06%), hongos (2,5 %) y cultivos estériles (6,4%). Con respecto a la tasa de curación y retirada del catéter hubo diferencia significativa, entre los episodios causados por Gram positivos y Gram negativos respecto a los causados por hongos (p<0,003). En cuanto a la hospitalización, un 66.2% requirieron ingreso hospitalario: Gram positivos (49%), Gram negativos (39.2%) y por hongos (100%). Los factores individuales analizados fueron estreñimiento, déficit de vitamina D, inmunosupresión, hipoalbuminemia e hipokaliemia. No se encontraron diferencias significativas en los factores individuales estudiados.

Conclusiones:

1. La disminución en la incidencia de peritonitis y cultivos negativos objetivada a lo largo del tiempo lo atribuimos al aumento de la experiencia de la unidad.
2. Obtuvimos una alta tasa de hospitalización por peritonitis en nuestra unidad, a tener en cuenta al tratarse de una técnica domiciliaria.
3. En cuanto a los diferentes factores individuales estudiados, no se encontraron diferencias significativas entre presentar estos factores y la predisposición a infección peritoneal por un patógeno u otro.

59

IMPLANTE PERCUTÁNEO DEL CATÉTER PERITONEAL (CP) POR NEFRÓLOGO EN PACIENTES MAYORES: EXPERIENCIA DE UN CENTROB. ESCAMILLA-CABRERA¹, E. TERÁN-GARCÍA¹, M. RUFINO-HERNÁNDEZ¹, C. RAMOS-DEASCANIO¹, A. FARIÑA-HERNÁNDEZ¹, M.J. RODRÍGUEZ-GAMBOA¹, P. FOX- CONCEPCIÓN¹, S. GARCÍA-REBOLLO¹, E. DEBONIS-REDONDO¹, D. HERNÁNDEZ-MARRERO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA)

Introducción: El implante percutáneo del catéter peritoneal por nefrólogos permite programar de forma autónoma el inicio de diálisis peritoneal (DP), ofreciendo mayor penetrabilidad de la técnica y menor índice de inicio no programado de diálisis. Sin embargo, no está exento de complicaciones como de perforación intestinal, fuga o mal posicionamiento del catéter. Dada la elevada prevalencia de pacientes mayores comórbidos en DP, comparamos nuestra experiencia con el implante percutáneo por nefrólogos del catéter peritoneal (CP) entre pacientes mayores y menores de 65 años.

Material y métodos: estudio retrospectivo descriptivo de pacientes incidentes DP (1/marzo/2022- 31 Enero/2024). Analizamos datos epidemiológicos, y complicaciones inmediatas relacionadas con el procedimiento intervencionista y en los 3 primeros meses. Estadística descriptiva habitual.

Resultados: Durante el periodo en estudio, se realizaron 51 procedimientos. En 2 pacientes se suspendió por sospecha no confirmada de microperforación y en otro por falta de progresión de la guía. Ver tabla con resultados. Globalmente, los pacientes mayores de 65 años tenían mayor comorbilidad, mayor prevalencia de diabetes y de consumo previo de antiagregantes y anticoagulantes y mayor prevalencia de cirugías abdominales previas.

Durante el seguimiento hubo 5 transferencias definitivas a hemodiálisis (6%): 2 por fuga peritoneopleural y 3 por peritonitis refractarias. No hayamos relación de estas complicaciones con los antecedentes quirúrgicos abdominales, peso, DM o portador nasal de SA.

Conclusión: En nuestra experiencia, el implante percutáneo del CP es una buena técnica con alta funcionalidad del catéter, aunque pueden presentar complicaciones inmediatas ocasionalmente graves. Globalmente el grupo de pacientes ≥ 65 años presentó mayor prevalencia de complicaciones mecánicas. El análisis periódico de nuestros resultados puede ayudar en la selección del paciente candidato a implante de CP por nefrólogos o por cirujanos. La colaboración de Cirugía General y la prevención y tratamiento precoz de complicaciones infecciosas son fundamentales para el éxito de la técnica.

 Ver tabla

60

LA BIOIMPEDANCIA COMO COMPLEMENTO PARA CORRELACIONAR PARÁMETROS NUTRICIONALES EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEALPD. DE LA FUENTE¹, IM. MILLÁN DEL VALLE¹, JM. MORET CHIAPPE¹, MC. CALATAYUD SANCHEZ¹, SR. ROS RUIZ¹, RR. RUIZ FERRÚS¹, FT. TORRALBA IRANZO², AM. MOYA MARTINEZ³¹NEFROLOGIA. HOSPITAL GENERAL DE ELCHE (ALICANTE), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL GENERAL DE ELCHE (ALICANTE), ³ESTADÍSTICA. HOSPITAL GENERAL DE ELCHE (ALICANTE)

Introducción: La bioimpedancia es una técnica no invasiva, poco costosa y reproducible en la práctica clínica que permite evaluar la composición corporal de los pacientes. La determinación mediante Inbody S10 en particular, si bien permite, a diferencia de los equipos convencionales, establecer la distribución de la sobrecarga de volumen en los pacientes, su importancia radica en la valoración nutricional, permitiendo, entre otras cosas, establecer un pronóstico de gravedad según el ángulo de fase, y obtener la distribución segmentaria de la grasa corporal.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el estado nutricional de los pacientes pre-valorados en diálisis peritoneal (DP) mediante bioimpedancia y correlacionar los resultados con parámetros clínicos, bioquímicos, modalidad de diálisis peritoneal (DP), carga de glucosa, y otras pruebas de imagen.

Materiales y métodos: Este estudio se enmarca dentro de un diseño descriptivo transversal. Se procederá a la selección de una muestra compuesta por 22 pacientes de nuestro hospital, Unidad de DP.

Resultados: En función a los resultados hemos visto una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al área grasa visceral y modalidad de diálisis peritoneal (DPA/DPCA) ($p=0,014$) y el predominio de grasa visceral en tronco ($p=0,015$). Y a su vez una diferencia significativa respecto a masa grasa libre y el predominio por sexo ($p=0,022$).

Como asociación entre variables cualitativas se ve una correlación positiva entre masa grasa libre y Función renal residual (FRR) ($r=0,52$) ($p=0,0113$), Albumina ($r=0,4983$), ($p=0,01826$), proteínas totales ($r=0,4607$), ($p=0,0309$) y ángulo de fase ($r=0,6835$) ($p<0,001$). Y una correlación negativa entre masa grasa libre y Troponina ($r=-0,4678$) ($p=0,0281$). Del total de nuestros pacientes un 4% se encontraba deshidratado, un 82% en estado de normohidratación y el 13% restante estaban hiperhidratados predominando esa sobrecarga de volumen en tronco y miembros inferiores.

Conclusión: Este estudio ha demostrado que la evaluación de la composición corporal mediante InBody S10 es un complemento importante en la valoración global del paciente. A nivel nutricional hemos visto que la masa libre de grasa se correlaciona positivamente con la FRR de nuestros pacientes, albumina y proteínas totales y de forma negativa con la troponina de nuestros pacientes.

61

¿ES EFICAZ EL TRATAMIENTO TÓPICO EN LAS INFECCIONES FÚNGICAS DE ORIFICIO DE SALIDA (OS) DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP)?M. PIRIS GONZÁLEZ¹, RH. SOSA BARRIOS¹, M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR¹, R. MORENO GARCÍA¹, C. CAMPILLO TRAPERO¹, F. CABALLERO CEBRIANI¹, I. MÍNGUEZ TORAL¹, V. BURGUEA VION¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS², ME. RIVERA GORRÍN²¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (UAH) (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La infección del OS de diálisis peritoneal (IOS) es una de las complicaciones más frecuentes de la técnica. La etiología fúngica es poco frecuente, sin existir recomendaciones internacionales respecto a su tratamiento.

Nuestro objetivo fue analizar la evolución de las IOS fúngicas en nuestra unidad, valorando la eficacia del tratamiento tópico.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 17 casos de IOS con etiología fúngica en 11 pacientes, diagnosticadas entre enero de 2014 y abril de 2023, ambos incluidos. Se recogieron datos demográficos, microbiológicos y clínicos respecto al tratamiento y la evolución de los pacientes.

Resultados: Revisamos 17 casos de IOS fúngicas en 11 pacientes (2 episodios en 3 pacientes, 4 episodios en 1 paciente). Todos los pacientes eran hombres, con una edad media de 64 ± 12 años. El tiempo medio en DP era de 35 ± 27 meses, todos ellos en diálisis peritoneal continua ambulatoria. 2 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y 1 paciente con onicomicosis bilateral. Todos los pacientes habían recibido tratamiento antibiótico tópico previo para IOS bacterianas leves.

En 16 de 17 casos se aisló Candida parapsilosis en el cultivo de orificio de salida. En el caso restante se identificó solamente una levadura spp.

El 100% de pacientes inició tratamiento antifúngico tópico con clotrimazol spray, con una media de 40 ± 65 días (16-267) de tratamiento. En 11/17 (64,7%) casos este abordaje fue suficiente para resolver la clínica y negativizar el cultivo. En 5 casos fue necesario añadir tratamiento antifúngico oral (fluconazol en 4 casos y voriconazol en 1 caso). En todos ellos se consiguió la curación con una media de tratamiento oral de 37,25 días. Únicamente en un caso no se alcanzó la curación, debido al fallecimiento del paciente a los 8 días de iniciar el tratamiento tópico por causa no relacionada.

Cabe destacar que en ninguno de los pacientes hubo desarrollo de tunelitis ni peritonitis fúngica posterior. No hubo necesidad de retirada de catéter de DP, pudiendo continuar todos los pacientes en técnica.

Conclusiones: En nuestra experiencia, las IOS fúngicas se relacionaron con sexo masculino y con antibioterapia previa por IOS bacterianas. Candida parapsilosis fue siempre el agente causal. El tratamiento tópico puede ser una opción de tratamiento en casos leves sin tunelitis asociada, siendo la evolución muy favorable en nuestra serie de casos.

62

VARIACION EN LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE EQUILIBRIO PERITONEAL (PEP) ENTRE VALORES BASEALES Y AL AÑO DE SEGUIMIENTO. FACTORES PREDICTIVOSM. BLANCO PARDO¹, D. SIERRA CASTRO¹, C. SALETA COBOS¹, E. SÁNCHEZ BOTANA¹, F. VÁZQUEZ IGLESIAS¹, C. RODRÍGUEZ MAGARIÑOS¹, T. GIRALDO RÚA², A. RODRÍGUEZ-CARMONA DE LA TORRE¹, M. PÉREZ FONTÁN¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (A CORUÑA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ/ESPAÑA)

Antecedentes: Se asume que existe cierta variabilidad entre sucesivas PEP en pacientes que inician Diálisis Peritoneal (DP), atribuibles a imprecisiones de la propia prueba, eventos intermedios que afecten a la membrana o a la propia evolución natural del transporte de agua y solutos (TAS).

Objetivos y método: Analizamos una amplia muestra de pacientes incidentes en DP con PEP al 3,86/4,25% realizadas basalmente y a los 12 meses, con el objetivo de detectar factores que predigan cambios en el TAS. Análisis mediante pruebas no paramétricas, ANOVA y t para datos pareados.

Resultados: El valor medio de D/P de creatinina a 240' (D/PCr) aumentó levemente al año ($+0,12$, rango intercuartil RIC $-0,60/0,95$, $p=0,11$) ($n=305$). Sin embargo, solo un 56,1% de los pacientes mantuvo un transporte estable (variación $<0,10$), mientras que aumentó en el 24,9% y disminuyó en el 19,0%. Al analizar los factores asociados a variación, el D/PCr basal resultó ser el más consistente (0,66 para estables, 0,60 para los que aumentaron y 0,79 para los que disminuyeron, $p<0,0005$). Observamos tendencia a mayor variación en los pacientes con utilización más precoz del catéter tras inserción ($p=0,048$), en mujeres ($p=0,062$) y en pacientes más jóvenes ($p=0,063$). Por el contrario, la técnica de inserción, la presencia de infecciones peritoneales durante el primer año, diabetes, mayor comorbilidad, procedencia de trasplante, índice de masa corporal, proteína C reactiva, albúmina o hemoglobina no mostraron correlación con la variabilidad de la PEP.

La UF media durante la PEP se mantuvo muy estable (variación $+2$ mL, RIC $-200/150$, $p=0,95$) ($n=111$). La UF se mantuvo estable (variación <200 mL) en el 53,8%, aumentó en el 18,9% y disminuyó en el 27,4%. Nuevamente, la UF basal fue el predictor principal de la variación (436 mL estables, 300 mL los que aumentaron y 713 mL los que disminuyeron, $p<0,0005$). Ninguno de los demás parámetros citados en el párrafo anterior mostró asociación con las variaciones en la UF.

Conclusiones: La comparación entre resultados de PEP basal y al año muestra una consistente tendencia a regresar a la media. D/PCr aumenta en los transportadores más lentos y se reduce en los más rápidos. La UF aumenta en los de baja UF inicial y disminuye en los de mayor UF basal. No detectamos otros predictores fiables de variación de estos parámetros. Nuestros datos no aclaran si los resultados responden a variaciones reales o si, simplemente, expresan imprecisión inherente a la PEP.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

63 UNA VIDA QUE MEREZCA LA PENA VIVIR: DESCRIPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA AUTOPERCIBIDA EN PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL

M. BOYA¹, I. OÑATE¹, J. VIAN¹, V. CAMARERO¹, A. ROSARIO¹, D. FERNANDEZ DE RIVERA¹, L. MARTINEZ CASTREJANA¹, P. VALLADARES¹, A. MARTIN ROSIQUE¹, M.J. IZQUIERDO ORTIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS)

Introducción: La calidad de vida en los enfermos renales se ve afectada por las repercusiones a múltiples niveles, por lo que además de tener en cuenta las medidas de eficacia analítica debemos monitorizar los síntomas relacionados con la enfermedad y la calidad de vida para optimizar el tratamiento.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo de calidad de vida en los pacientes pertenecientes a la unidad de diálisis peritoneal. La medición se ha realizado mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of Life 36 (KDQOL-36) cumplimentado de forma anónima durante las revisiones bimensuales.

Resultados: Se incluyeron un total de 9 pacientes (6 hombres, 66%) con una media de edad de 65,34 años (desviación estándar [DS] 12,12). Del total de 9 pacientes un 66,67% (6) se encuentran en programa de DP incremental, de los cuales 1 se encuentra en diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) y el resto en diálisis peritoneal automatizada (DPA). De los 3 que reciben dosis estándar de diálisis, 1 está con CAPD y los otros 2 con DPA. Además un paciente recibe DPA asistida por familiar. La puntuación media de la escala KDQOL36 fue de 83,56 (DS 8,99) en cuanto a síntomas, de 73,50 (DS 13,47) de efectos de la enfermedad renal y de 54,17 (DS 24,21) en cuanto a carga de enfermedad. En el compuesto de salud física (PCS) puntuaron una media de 40,66 (DS 10,11) y en el de salud mental (MCS) una media de 48,51 (DS 6,57). La escala KDQOL36 divide en tres categorías: debajo de la media, en la media o por encima de la media, que se definen por intervalos con los puntos comprendidos entre media menos DS y media más DS. Basándonos en los datos de la cohorte española recogida por Yang et al¹, consideramos en la media a las siguientes puntuaciones: síntomas [67,34-97,14]; efectos de la enfermedad [41,54-86,44]; carga de enfermedad [29,29-82,37]; PCS [28,8-50,64] y MCS [35,26-55,56].

Conclusiones: La calidad de vida registrada en nuestra unidad está en la media en todos los apartados recogidos en la KDQOL36. Se trata de un estudio preliminar con pocos pacientes para valorar la acogida del mismo con la intención de incluir al resto de la unidad. Debemos ampliar los registros de calidad de vida en diálisis para poder aportar un manejo más holístico y completo a nuestros pacientes.

*Bibliografía: Yang F. et al: Mapping the kidney disease quality of life 36-item short form survey (KDQOL-36) to the EQ-5D-3L and the EQ-5D-5L in patients undergoing dialysis. The European Journal of Health Economics (2019) 20:1195–1206 <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01088-5>.

64 UTILIDAD DEL SELLADO DEL CATETER PERITONEAL CON DAPTOMICINA EN INFECCIONES PERITONEALES RECIDIVANTES

K. RIVERO GARCÍA¹, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, C. RODRIGUEZ TUDERO¹, A. LIZARAZO SUAREZ¹, G. GONZÁLEZ ZHINDÓN¹, S. SÁNCHEZ MONTERO¹, G. DELGADO LAPEIRA¹, M. HERAS BENITO¹, G. TABERNEIRO FERNÁNDEZ¹, P. FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (ESPAÑA)

Introducción: La tasa de incidencia de infecciones peritoneales ha disminuido en la última década, pero sigue siendo la principal causa del fracaso de la técnica, las peritonitis graves o recurrentes producen deterioro de la membrana peritoneal y transferencia temporal o definitiva a hemodiálisis. Algunos de los gérmenes tienen capacidad de formación de biofilm en la luz del catéter peritoneal, siendo responsables de la recurrencia, a pesar de contar con antibióticos muy sensibles al germen, no siempre tiene la capacidad de penetrar en la estructura de biofilm para erradicar la bacteria. Analizamos los resultados de los pacientes que se realizaron sellado con daptomicina en los últimos 40 meses en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo en pacientes de DP que presentaron peritonitis recidivante y se sellaron con daptomicina en el periodo de 2021 – 2024. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, estado de portador nasal, infección de orificio de salida (OS). Protocolo: sellado de catéter con daptomicina 350mg diluido en 7ml de suero fisiológico, con permanencia de 12 horas, realizándolo semanalmente durante 1 mes, por personal de enfermería entrenado.

Resultados: Se recogieron un total de 26 episodios de peritonitis, con una tasa de 0,41 peritonitis paciente/año, de las cuales 8 (30%) presentaron peritonitis recidivante a pesar de tratamiento dirigido, 7 pacientes se realizó sellado de catéter con Daptomicina. Edad media 62 años, 100% varones, 85% se aisló germen gran positivos (el más frecuente S. Epidermidis (4 casos), 1 paciente sin crecimiento bacteriano, Ninguno se asoció a infección OS. El 86% de los sellados con daptomicina presentaron curación, sólo 1 paciente presentó nueva recidiva por lo que se retiró el catéter peritoneal.

Conclusiones:

El sellado con daptomicina parece ser una herramienta eficaz en pacientes con peritonitis recurrente con sospecha de colonización del catéter, ha permitido resolver la infección y evitar la transferencia a hemodiálisis.

Tabla 1. Resultados de pacientes con peritonitis recidivantes y sellado con daptomicina.

Edad (años)	Germen	Negativización recuento (días)	Recidiva (tras ATB)	ATB ip	Sellado	Evolución
79	S. Epidermidis	4	7 días	Vancomicina + ceftazidima	Daptomicina	Remisión
43	Sin crecimiento	10	6 días	Vancomicina + Ceftazidima	Daptomicina	Remisión
53	S. Epidermidis	5	22 días	Vancomicina + Ceftazidima	Daptomicina	Remisión
81	S. Epidermidis	5	25 días	Vancomicina + Ceftazidima	Daptomicina	Remisión
70	S. Epidermidis	7	12 días	Vancomicina + Ceftazidima	Daptomicina	Remisión
81	Bacillus Cereus	11	10 días	Vancomicina + meropenem	Daptomicina	Recidiva, retirada catéter
32	Estreptococcus mitis	4	14 días	Daptomicina	Daptomicina	Remisión

65 ABANDONO ANTICIPADO DE DIÁLISIS PERITONEAL: BUSCANDO FACTORES RELACIONADOS

A. ALONSO BETHENCOURT¹, EM. MARTÍN IZQUIERDO¹, M.J. REGUERA CARMONA¹, S. ABRANTE GARCÍA¹, C. RODRIGUEZ ALVAREZ¹, O. SIVERIO MORALES¹, PM. GARCIA GARCIA¹, D. LUIS RODRIGUEZ¹, M. MACIJA¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (ESPAÑA)

Introducción: La supervivencia de la diálisis peritoneal (DP) constituye el principal punto débil de la técnica, siendo necesario que entre el 13-21% de los pacientes que inician DP tengan que ser transferidos a hemodiálisis durante el primer año. El objetivo del estudio es analizar los factores que provocaron el abandono de la técnica antes del primer año.

Material y método: Estudio analítico, observacional, retrospectivo que incluyó a pacientes en DP durante el periodo enero/2018-diciembre/2022, con tiempo de permanencia en dicha técnica inferior a un año en nuestro centro.

Resultados: N=22. 95,5% varones. Edad media: 53±15,56 años. Comorbilidades: 100% era HTA y el 50% diabéticos. Índice de Charlson: 6,32±4,03. Etiología de ERC: glomerular(45,3%), diabetes(31,8%), cardiorenal(13,6%). Modalidad de DP: 76,2% DPA, 23,8% CAPD. El 72,7% de los catéteres implantados fue percutáneo. Causa más frecuente de abandono precoz de técnica: trasplante renal(n=8; 36,4%), hidrotórax(n=5; 22,7%), ineficacia de diálisis(n=5; 22,7%) y éxitus(n=3; 13,6%). TEP: 10 pacientes(45,5%) no se le realizó, 6 pacientes(27,3%) eran medio-alto; 4 pacientes(18,2%), medio-bajo; y el resto(9%), bajo. La mediana de volumen de diuresis residual:1200±588 ml; la de aclaramiento de creatinina en orina 24h:9,9±7,5 ml/min; la del KtV:2,55±0,72; y la de la Hb:11,50±1,36 g/dl. La mediana de tiempo en DP:172,5±94,48 días, permaneciendo menos de 90 días en técnica: 27,3%. Al dividir la muestra según tiempo de permanencia en técnica (<90 vs >90 días), hubo significación estadística en abandono precoz de técnica si DPA vs DPCA, Charlson, anemia y diuresis.

Conclusión: El abandono precoz de DP está relacionado con causas no relacionadas con la técnica en la mayor parte de los casos (trasplante renal) aunque también está motivado por causas inherentes a la DP y a la propia enfermedad renal, pudiendo concluirse que la modalidad de DP escogida, la comorbilidad del paciente, el volumen de diuresis y el grado de anemia, condicionaron una salida precoz de técnica de forma significativa.

Tabla 1.

	DPA	TIEMPO DE PERMANENCIA EN DP		p valor
		< 90 días	> 90 días	
Modalidad de diálisis peritoneal (%)	DPCA	20	93,8	0,004
	DPCA	80	6,2	
Índice de Charlson		9,33 ± 3,08	5,19 ± 3,82	0,03
Hemoglobina (g/dl)		10,30 ± 1,39	11,96 ± 1,07	0,007
Volumen de diuresis (ml/24h)		612,5 ± 473,24	1307,5 ± 539,15	0,03
Aclaramiento de creatinina en orina de 24 h (ml/min)		3,33 ± 1,19	11,82 ± 7,23	0,064

66 FUGA PLEURO-PERITONEAL EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL -EXPERIENCIA EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE NIVEL IV

C. FONSECA DE JESUS SILVA¹, K. RIVERO GARCIA¹, A. LIZARAZO SUÁREZ¹, A. FALCONI SARMIENTO¹, L. CORREA MARCANO¹, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, C. RODRIGUEZ TUDERO¹, G. GONZÁLEZ ZHINDÓN¹, G. DELGADO LAPEIRA¹, P. FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: La fuga pleuro-peritoneal es una complicación de diálisis peritoneal(DP) secundaria al aumento de presión intraabdominal(PIA) por acumulo de líquido de diálisis.Ciertamente infradiagnosticada, tiene incidencia 1,6-10%. Su etiología se relaciona con defectos congénitos de pared diafragmática, adquiridos(aumento de la PIA) o alteraciones del drenaje linfático.La disnea asociada a reducción brusca de la ultrafiltración es la clínica más frecuente.El diagnóstico se realiza mediante radiografía torácica demostrando derrame pleural, toracocentesis diagnóstica y evacuadora, confirmándose posteriormente con gammagrafía con Tc99m intraperitoneal(IP).Se trata con descanso peritoneal, pudiendo suspenderse la técnica con transferencia a hemodiálisis o realización de pleurodesis de forma a permanecer en DP.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos de fuga pleuro-peritoneal secundaria a DP, entre marzo del 2019 y abril 2024, en un complejo asistencial de nivel IV.

Resultados: Describimos una serie de casos de 5 pacientes (3 varones y 2 mujeres), edad media de 65.8 años y con enfermedad renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis, nefropatía diabética, nefritis lúpica y nefropatía intersticial por litio. La mayoría debutó precozmente a los 2-3 meses de iniciar la técnica y 2 pacientes tardamente (1-3 años).Un caso realizaba DP automatizada y los demás continua ambulatoria.No encontramos asociación con el volumen de infusión(< 2000ml).La clínica fue común a todos con disnea asociada a fallo de ultrafiltración, excepto un caso que debutó con peritonitis sin clínica respiratoria.Se realizó radiografía torácica demostrando derrame pleural (4 derechos y 1 izquierdo), seguido de toracocentesis diagnóstica y evacuadora.El diagnóstico se confirmó con gammagrafía de Tc99m IP demostrando existencia de fugas a nivel diafragmático.Suspendimos la DP en todos los casos con transferencia a hemodiálisis.Tres pacientes no desearon volver a DP tras el descanso peritoneal por voluntad propia.Actualmente dos están trasplantados y uno incluido en lista de espera quirúrgica(LEQ). Otro paciente presentó mejoría progresiva de función renal, estando actualmente en la consulta ERCA y en LEQ para trasplante.

Conclusiones: La fuga pleuro-peritoneal es una complicación infrecuente pero importante, pudiendo suponer el abandono de la técnica.Es más frecuente del lado derecho, concordando con nuestra experiencia.La sospecha clínica facilita el diagnóstico mediante auscultación pulmonar, radiografía torácica, toracocentesis y gammagrafía peritoneal.El descanso peritoneal es el tratamiento de elección y no observamos recidivas en nuestra cohorte.Aunque en nuestro centro no se realice habitualmente, deberíamos implementar la pleurodesis para continuar la técnica de DP.

67

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE LAS PERITONITIS ASOCIADAS A DIÁLISIS PERITONEAL Y ADECUACIÓN DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANAA. LÓPEZ DE LA TORRE MOLINA¹, M. RAMÍREZ PEÑA¹, N. ARESTÉ FOSALBA¹, M. SÁNCHEZ RUIZ DE LA MUELA², M. GARCÍA PÉREZ¹, M. SALGUEIRA LAZO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA), ²UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)**Introducción:** La peritonitis es la complicación infecciosa más frecuente de la diálisis peritoneal (DP). Es importante conocer los patrones de resistencia en cada centro para adecuar la terapia antimicrobiana empírica más adecuada y así obtener los mejores resultados.**Objetivo:** Conocer la etiología de las peritonitis en pacientes sometidos a DP, así como los patrones de resistencia a antibióticos y la terapia realizada en un periodo de 5 años en nuestra área sanitaria.**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las muestras de líquido de diálisis peritoneal analizadas entre enero de 2019 y octubre 2023, en nuestro Hospital. Las muestras se inocularon en frascos del sistema Bactec FX® (Becton Dickinson) y fueron procesadas siguiendo pautas habituales. Se analizaron así mismo las características clínicas de los pacientes que habían presentado esta infección.**Resultados:** 65 episodios de peritonitis en 32 pacientes de edad media 65,5 años (49-85). Características clínicas: - 56.3% hombres; - Cardiopatía hipertensiva 100%; - DM 46.9%; - Clínica más frecuente al debut fue el dolor abdominal (66.7%), seguido de líquido turbio (65.5%). Características microbiológicas: - El microorganismo más frecuente fue *S.epidermidis* (26.1%) seguido de *S.aureus* y *P.aeruginosa* (12.3%); - El 3% de *P.aeruginosa* fueron cepas panresistentes; - De los gram negativos aislados, un 4.6% eran BLEE; - Tratamiento empírico utilizado: vancomicina y ceftazidima IP.

Las infecciones por gram positivos pudieron mantenerse con vancomicina (100% sensibles). En un 5,5% de los episodios se cambió posteriormente a otro antibiótico por mala evolución clínica.

Las infecciones por gram negativos, en 11 episodios (37.9%) se precisó de cambio de antibioterapia. De estos, en 3 se cambió la antibioterapia por resistencia a ceftazidima (10.3%), y en el resto de los casos se hizo por mala evolución clínica. Ningún caso de peritonitis fúngica. El 25% de los pacientes sufrieron recidivas, siendo el microorganismo más frecuente el *S. epidermidis* (37,5%). 11 pacientes pasaron a técnica de hemodiálisis a causa de peritonitis recidivantes.**Conclusiones:** - En nuestra área sanitaria, las peritonitis asociadas a DP están causadas mayoritariamente por cocos gram positivos; - El protocolo que se está utilizando en nuestro hospital es correcto. El tratamiento empírico con vancomicina y ceftazidima es activo frente a la mayoría de los patógenos aislados; - En nuestro medio, no estaría justificado incluir un antifúngico de forma empírica; - El porcentaje de éxito en nuestros pacientes fue elevado, conllevando en pocos casos la interrupción de la técnica peritoneal.

Tabla 1.

Microorganismo aislado	Número de muestras	Porcentaje (%)
<i>S. epidermidis</i>	17	26.1
<i>S. aureus</i>	8	12.3
<i>P. aeruginosa</i>	8	12.3
<i>E. faecalis</i>	5	7.6
<i>E. coli</i>	4	6.1
<i>K. pneumoniae</i>	3	4.6
Otros:	20	
<i>S. Warneri</i>		
<i>Corynebacterium spp.</i>		
<i>E. casseliflavus</i>		
<i>Moraxella osloensis</i>		

68

TRANSICIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL A TRASPLANTE RENAL: CURSO EVOLUTIVO POSTRASPLANTEP. OLIVEROS MARTÍNEZ¹, O. REGO OJEA¹, V. MUÑOZ CÁRDENAS¹, E. PORTAS BETANZOS¹, P. MORRAIS MACEDO¹, AI. DIAZ MAREQUE¹, V. BECERRA MOSQUERA², C. DIAZ RODRÍGUEZ², R. ALONSO VALENTE²¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (ESPAÑA)**Introducción:** El trasplante renal es la terapia de sustitución renal de elección para la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Se ha analizado la diálisis peritoneal y su impacto en los resultados post-trasplante. En una reciente revisión sistemática y metaanálisis de 26 estudios los pacientes de diálisis peritoneal presentaron un riesgo menor de retraso en la función inicial del injerto y de pérdida del mismo.**Objetivo:** Evaluar los resultados del trasplante renal en los pacientes cuya modalidad dialítica durante la transición al trasplante renal fue la diálisis peritoneal.**Material y métodos:** Un estudio observacional descriptivo retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes trasplantados renales que previamente realizaron diálisis peritoneal en nuestro centro desde enero 2020 a marzo 2023. Se analizaron datos demográficos, diuresis residual, tiempo en diálisis peritoneal, en lista de espera, retraso en la función del injerto y tiempo de hospitalización. Se evaluó el porcentaje de pacientes que alcanzaron función del injerto óptima (FGe >60 ml/min.sc) al mes 1º, 6º y 12º post-trasplante, la tasa de rechazo agudo al año y el momento de retirada del catéter peritoneal.**Resultados:** Se estudiaron 29 pacientes de edad media 55 años, 18 mujeres (62.07%) y 11 hombres (37,93%). Hipertensión arterial estaba presente en 22 pacientes (84.62%). El 75,86% de los donantes fue en muerte encefálica. La diuresis residual media previa era de 1600 ml. El tiempo promedio en diálisis peritoneal fue de 1 año y 5 meses, el tiempo en la lista de espera fue de 3 meses y 16 días. La función retardada del injerto se evidenció en 6 pacientes (20.69%). La estancia hospitalaria fue 13 días (±5 días). El porcentaje que alcanzaron FGe ≥ 60 ml/min al 1º, 6º y 12º meses fue 24.10%, 10% y 6,9% respectivamente. Los dos tipos de trasplante, Asistolia (A) y Muerte Encefálica no mostraron diferencias significativas para la probabilidad de alcanzar una función renal óptima al año (Log Rank Asintótico Exacto, p=0.76). Solo un paciente presentó rechazo agudo celular. El tiempo hasta la retirada del catéter peritoneal fue 8 meses. Ningún paciente regresó a diálisis.**Conclusión:** Este estudio proporciona una visión de la experiencia en la transición de los pacientes de DP a trasplante renal en nuestro centro. Podemos concluir que la diálisis peritoneal, al año del post-trasplante, no tiene una influencia negativa en los resultados obtenidos. Esta modalidad podría ser la opción dialítica preferida previa al trasplante renal.

69

EVOLUCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL Y SUS FACTORES RELACIONADOSAB. BASANTES DELGADO¹, KP. PASACHE CHONG¹, AT. TINOCO¹, AD. DOMÍNGUEZ GUASCH¹, JE. ELBACHOUTI¹, AH. HERREROS GARCÍA¹, SB. BENITO GARCÍA¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA)

En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad, siendo la hipertensión arterial (HTA) el factor de riesgo predominante y controlar la presión arterial es fundamental en pacientes en diálisis peritoneal (DP). Este estudio evalúa el control de la HTA en pacientes incidentes en DP y los factores asociados. Es un estudio retrospectivo observacional monocéntrico entre 2016 y 2022, incluyendo a pacientes incidentes en DP y con un seguimiento de 24 meses, con al menos un año de permanencia, analizándose variables clínicas en intervalos de 3, 6, 12, 18 y 24 meses. El objetivo de tensión arterial(TA) fue < 6 = 140/90 mmHg. Se propuso como indicador de bioimpedancia patológica superior a 1 litro.

Se incluyeron 53 pacientes, edad media de 64 años. La nefropatía diabética representó una de las causas principales de ERC, representando el 18,5% de los casos.

A los 3 meses de iniciar la DP, el 52% de los pacientes controló la tensión arterial sistólica (TAS), manteniéndose así hasta los 24 meses, resultado estadísticamente significativo (p=0.015 y p=0.000).

Entre los factores asociados al control de la TA, los pacientes con buen control de la TAS mostraron una mayor tasa de ultrafiltración (UF) a los 3 meses en comparación con aquellos con mal control. La diuresis residual en el primer año fue de 1.5 litros en pacientes con mejor control de la TA y de 1.3 litros en aquellos con mal control.

Además, el 60% de los pacientes con mal control tensional presentaron bioimpedancia patológica, con significancia estadística a partir de los 6 meses en DP.

Los pacientes con buen control usaron en promedio 2 fármacos, mientras los paciente con mal control usaron 3 y 4 (p=0.02).

En pacientes con mal control de la TA, hay mayor prevalencia de obesidad (p=0.01) y tendencia a tener más DMII y dislipemia. No encontrándose mayor prevalencia de antecedentes de infarto agudo de miocardio.

Este estudio revela un mayor control tensional al reportado en otras series, siendo significativo desde los tres meses y sostenido hasta los dos años de seguimiento en pacientes con DP.

La sobrehidratación y pérdida de diuresis residual se correlacionan con un control deficiente de la TA, mientras que la DM II influye significativamente desde las etapas iniciales de la DP.

No hubo variación en el número de fármacos utilizados para tratar la HTA, posiblemente debido a la importancia de los IECAs, ARA II y furosemida en el control de la proteinuria en pacientes con ERC y/o en la preservación de la función renal residual.

70

IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES PERITONEALES: 12 AÑOS DE EXPERIENCIA

VD. DELGADILLO LIMON, MP. PANADERO MOYA, DS. SALCEDO HERRERO, IM. VILLEGAS PEREZ, JF. GONZALEZ MARTINEZ

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL TORRECÁRDENAS (ALMERIA/ESPAÑA)

Desde el 2012, implantamos 161 catéteres peritoneales autoposicionables a través de minilaparotomía con incisión paraumbilical.

El objetivo de nuestro trabajo es conocer la proporción de migraciones y otras complicaciones relacionadas con el catéter:

- Salida del cuff.
- Infección del orificio de salida.
- Fuga.
- Peritonitis.
- Necesidad de recambio de catéter.

De los 161 pacientes, 45 fueron mujeres y 116 varones, con una media de edad de 54,6 +/- 12 años y una media de seguimiento de 24 +/- 12 meses. El equipo médico que se encargaba de implantar los catéteres consistía en 2 nefrólogos y un cirujano general y fueron siempre los mismos nefrólogos los que pusieron los catéteres en todos los pacientes. El cuff interno se coloca en el espacio preperitoneal y el orificio de salida se realiza lateral a la línea media, con un túnel subcutáneo. El procedimiento se realiza en quirófano, su duración ronda los 25 minutos aproximadamente y no es necesario contar con la presencia de un anestésico, ya que el procedimiento se realiza con anestesia local.

Además, tampoco es necesario contar con equipo de laparoscopia ya que el procedimiento se realiza a través de la técnica de implantación a ciegas o percutánea cerrada (método de Seldinger).

En nuestros 12 años de experiencia nos encontramos con 6 (3.7%) catéteres malposicionados, 12 (7.4%) fugas de catéter, 3 (1.3%) cuffs internos extruidos, 11 (14%) atrapamientos que requirieron laparoscopia para resolver el problema, 23 (14.2%) infecciones del orificio de salida y tunelitis en 4 (2.4%) pacientes. El Kt/V medio peritoneal fue de 2.2 +/- 0.6.

En nuestra experiencia, la utilización de catéteres autoimplantables parece ser una medida útil para prevenir la migración del catéter ya que posee un peso en la punta que mantiene al catéter permanentemente orientado hacia la pelvis menor. Lateral a la línea media es el mejor lugar para realizar la incisión para la implantación del catéter ya que te permite evitar fácilmente la arteria epigástrica inferior y realizar un túnel subcutáneo acodado lo suficientemente largo para prevenir infecciones de cavidad. Las dos complicaciones más frecuentes fueron las infecciones del orificio de salida y el disconfort abdominal secundario al peso de tungsteno localizado en saco de Douglas.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

71 CAMINO HACIA UNA DIÁLISIS PERITONEAL DE ALTA CALIDAD CENTRADA EN EL PACIENTE

I. GARCÍA ALFARO¹, FJ. CENTELLAS PÉREZ², A. ORTEGA CERRATO¹, R. GONZÁLEZ CANO¹, S. BLAS GÓMEZ¹, FJ. VIGUERAS RUIZ¹, M. GERÓNIMO PARDO², C. SELVA SEVILLA³, RE. PÉREZ MORALES¹, J. PÉREZ MARTÍNEZ¹

¹NEFROLOGÍA. CHUA (ALBACETE/ESPAÑA). ²PROFESOR ASOCIADO. UCLM (ALBACETE/ESPAÑA). ³PROFESORA TITULAR. UCLM (ALBACETE/ESPAÑA). ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL NS CANDELARIA (STA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: Históricamente el Kt/V se ha considerado el concepto principal a partir del cual los nefrólogos han basado la “adecuación” de la diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, se pudo comprobar como el control estricto de este parámetro no siempre se traducía en beneficios sobre la calidad de vida (CdV), supervivencia en técnica o mortalidad en estos pacientes.

En este sentido, en 2020 la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal estableció unas nuevas directrices que se basaban en un cambio de terminología, pasando de hablar de diálisis “adecuada” a hablar de diálisis “de alta calidad”. Esta última, enfatiza en una toma de decisiones compartidas entre paciente y equipo de atención, basada en la evaluación de múltiples parámetros, y teniendo como objetivo que los pacientes puedan alcanzar sus propias metas en la vida. El objetivo de este estudio es evaluar la influencia de diferentes variables clínicas y analíticas en la CdV de pacientes que reciben DP.

Material y método: Análisis prospectivo y comparativo (coeficiente de correlación de Spearman) entre diferentes variables cuantitativas y la CdV en una serie de pacientes sometidos a DP en nuestro hospital.

Las variables analizadas fueron: edad, índice de masa corporal, altura, presión arterial sistólica, diastólica y media, diuresis residual, índice de Charlson, número de peritonitis previas, Kt/V, hemoglobina, calcio, fósforo, PTH, albúmina, PCR, ferritina y urea.

La CdV fue evaluada a través del cuestionario “European Quality of Life-5 Dimensions” (EQ5D5L).

Resultados: Se incluyeron un total de 50 pacientes (35 hombres y 15 mujeres) con una edad media de 59,28 años (rango de edad de 23 a 86 años), en los que se analizaron las variables anteriormente descritas. En el análisis comparativo destacamos una correlación significativa entre la CdV y tres de estas variables: se objetivó una correlación negativa con respecto a la edad (Coef de correlación -0.317 ; $p=0.025$), y positiva con respecto a la albúmina (Coef de correlación 0.286 ; $p=0.044$) y la presencia de diuresis residual (Coef de correlación 0.417 ; $p=0.003$). No se objetivó correlación estadística entre la CdV y el resto de variables, destacando el Kt/V ($p=0.418$).

Conclusiones: Este análisis, a pesar de sus limitaciones, muestra como la albúmina (reflejo del estado nutricional) o la diuresis residual (reflejo de la volemia) influyen en la CdV de nuestros pacientes. Hemos superado la era de apuntar a una DP “adecuada” basada en el Kt/V. En el futuro, el objetivo en DP será optimizar los resultados que realmente importan: la salud y el bienestar general de nuestros pacientes.

72 COMPLICACIONES MECÁNICAS ASOCIADAS AL AUMENTO DE LA PIP EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

E. SÁNCHEZ BOTANA¹, C. SALETA COBOS¹, D. SIERRA CASTRO¹, F. VÁZQUEZ IGLESIAS¹, M. BLANCO PARDO¹, C. RODRÍGUEZ MAGARIÑOS¹, A. RODRÍGUEZ-CARMONA DE LA TORRE¹, M. PÉREZ FONTÁN¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (A CORUÑA/ESPAÑA)

Introducción: En los pacientes en diálisis peritoneal se produce un aumento en la presión intraperitoneal (PIP) como consecuencia de la infusión del líquido peritoneal. Las complicaciones mecánicas más frecuentes derivadas del aumento de la PIP son los problemas de la pared abdominal (hernias, fugas) y el hidrotórax. Suelen producirse en los primeros meses tras el implante del catéter peritoneal y son una causa frecuente de fracaso de la técnica y transferencia a hemodiálisis. El objetivo de este estudio fue realizar un análisis descriptivo en los pacientes de nuestro programa de diálisis peritoneal que presentaron este tipo de complicaciones.

Material y métodos: Estudiamos 18 pacientes que presentaron 19 complicaciones mecánicas en diálisis peritoneal entre los años 2017 al 2024 en nuestro centro. Registramos el tipo de complicación, el manejo y la necesidad o no de transferencia de hemodiálisis, tanto temporal como definitiva.

Resultados: Registramos 7 pacientes con hernias, de las cuales 2 fueron inguinales, 3 umbilicales y 2 estuvieron asociadas a hidrocele. En todas se realizó hernioplastia y posteriormente 4 requirieron transferencia temporal a HD, 1 transferencia definitiva y 2 reposo peritoneal. Se registraron 7 fugas peritoneales, de las cuales 4 fueron a pared abdominal, 1 transvaginal tras realizar una conización, 1 postpunción de quiste renal y 1 a través de drenaje de colestostomía. 3 se manejaron con reposo peritoneal, 3 requirieron reparación quirúrgica y/o reimplante del catéter, con 3 pacientes que precisaron transferencia temporal a HD posterior. 5 pacientes presentaron hidrotórax, en los cuales a 3 se les realizó pleurodesis con transferencia temporal a HD, 1 transferencia definitiva a HD y 1 se manejó con tratamiento conservador con volúmenes bajos de intercambio. En cuanto a la técnica de implantación del catéter, 11 se realizaron percutáneamente y 7 fueron implantaciones quirúrgicas. Por lo tanto, en total de los 18 pacientes que presentaron alguna complicación mecánica, 15 de ellos (83%) precisaron transferencia a HD en algún momento, y de éstos 2 requirieron transferencia definitiva (13%).

Conclusiones: Las complicaciones mecánicas durante el tratamiento con diálisis peritoneal son una causa frecuente de fracaso de la técnica y de transferencia a HD, tanto temporal como definitivamente.

73 IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN LA INFECCIÓN DEL ORIFICIO DE SALIDA DEL CATÉTER PERITONEAL. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

M. BARRALES IGLESIAS¹, V. GARCÍA CHUMILLAS¹, DA. VARILLAS CASO¹, E. BORREGO GARCÍA¹, M. PEÑA ORTEGA², MD. PRADOS GARRIDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA). ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA)

Introducción: La infección del orificio de salida (IOS) del catéter peritoneal (CP) es una complicación que asocia mayor riesgo de infección peritoneal (IP) y supone una de las principales causas de retirada del CP. El cuidado del orificio de salida (OS) e implantación de protocolos para prevención y manejo de complicaciones suponen una parte fundamental en el buen desarrollo de la técnica. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en nuestro centro en la prevención y manejo de IOS en los últimos 6 años.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo que analiza la prevención, manejo y evolución de las IOS en nuestro centro desde 1/11/2017 hasta 30/11/2023. Se evalúan las diferencias objetivadas tras instaurarse desde Noviembre 2019 un nuevo protocolo de cuidado del OS. Se recogen datos demográficos, tiempo desde inserción CP, prevención, germen causante, tratamiento, recidiva del cuadro y evolución.

Resultados: Tras inserción del CP, en nuestra unidad se realiza un protocolo de curas locales del OS en todos los pacientes. Hasta Noviembre 2019 constaba únicamente de suero hipertónico y cura oclusiva con apósito estéril, ampliándose posteriormente con ciprofloxacino ótico. En los pacientes con vello abundante se indica tratamiento láser.

Se registraron en 27 pacientes un total de 85 episodios de IOS, siendo 24 episodios recidivas (28.2%). El número de pacientes de la unidad aumentó exponencialmente desde 1 en 2018 hasta 40 en 2023.

Sexo masculino 69%. Edad media 51.2 ± 19.48 años. Tiempo medio desde inserción CP hasta primer episodio de IOS 6 meses. 25.9% causadas por *S.aureus*, 21.2% *Corynebacterium*, 11.8% *polimicrobianas*, 10.6% *S.epidermidis*, 8.2% *Paeruginosa*, 8.2% otros *Staphylococcus spp*, 4.7% *K.oxytoca*, 3.5% *S.marcescens*, 5.9% otros. La pauta de tratamiento antibiótico se realizó según antibiograma, siguiendo las recomendaciones de las guías ISPD. La gentamicina fue el antibiótico más empleado para tratamiento local (35.5%), seguida del ciprofloxacino (24.7%). Se asoció tratamiento oral en 38.8% de los casos, siendo moxifloxacino el más empleado (63.6%). La duración del tratamiento dependió del tipo de infección y germen causante, 14 días en la mayoría de los casos (57.6%), 21 días en el 30.3% y 7 días en el 12.1%. El 7% presentó IP secundaria a IOS requiriendo tratamiento intravenoso o intraperitoneal. Porcentaje de curación del 95%. Cuatro pacientes precisaron retirada del CP, siendo *S.aureus* el germen causante en todos los casos.

Conclusiones: - En nuestra experiencia, las IOS fueron fundamentalmente causadas por gérmenes de piel y mucosas presentando evolución favorable en el 95% de casos.

- Tras la implantación del nuevo protocolo de cuidado del OS se objetivó menor tasa de IOS y recidivas.

- Un elevado porcentaje de IOS debe hacernos reconsiderar las estrategias para el manejo y reducción de complicaciones asociadas.

74 EFECTOS DE LOS iSGLT2 Y aGLP1r EN NUESTRA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL

C. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ¹, D. BARBIERI MERLO¹, C. RIAZA ORTIZ¹, M. MUÑOZ RINCÓN¹, RK. LOAYZA LÓPEZ¹, A. MORALES ROSAS¹, M. PUJOL PUJOL¹, JA. HERRERO CALVO¹, V. LÓPEZ DE LA MANSANARA¹, AI. SÁNCHEZ FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HCSC (ESPAÑA)

Introducción: Los nuevos antidiabéticos (aGLP1r e iSGLT2) han demostrado beneficio cardiovascular y renal. Apenas hay datos sobre estos fármacos en diálisis peritoneal. El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de estos fármacos en pacientes de nuestro programa de diálisis Peritoneal (DP).

Material y métodos: Estudio observacional, trasversal y retrospectivo. Fueron incluidos pacientes que hubiesen iniciado el tratamiento encontrándose ya en diálisis. Se analizaron características basales antes del inicio y después de 3 meses de tratamiento con iSGLT2 y/o aGLP1r. Se evaluó la HbA1c, el peso, la diuresis, la ultrafiltración, la media de glucosa/L en la pauta de DP y los valores del PET (D/P a 4h de Cr y Urea y D/D0).

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes de los cuales 8 estaban a tratamiento con iSGLT2, 3 con aGLP1r y 4 tomaban ambos fármacos. La media de edad fue de $69 \pm 8,76$ años, con un tiempo medio en diálisis de 32 ± 20 meses. Un 61% tenía diabetes. El 30.8% estaban diagnosticados de insuficiencia cardiaca con FEVI preservada y el 38,5% con FEVI deprimida. Entre los pacientes que tomaban iSGLT2 el 16,6% (n=2) usaba Dapagliflozina frente al 83.3% (n=10) que usaba Empagliflozina. En el grupo de aGLP1r 2 todos tomaban Semaglutida, siendo el 28,5% (n=2) en su forma subcutánea y el 71,4% (n=5) por vía oral. Entre las variables analizadas encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al peso pre y post iSGLT con una pérdida media de $3,09 \pm 3,85$ Kg ($p=0,024$). En el resto de variables (glucosa/L, variables PET, UF, etc) no se encontraron diferencias. Tampoco se encontraron diferencias significativas pre y post inicio de aGLP1r. No se registraron efectos adversos serios asociados al inicio de estos fármacos.

Conclusiones: En nuestros pacientes en DP los iSGLT2 han demostrado un beneficio en cuanto a la pérdida de peso en tan solo 3 meses de tratamiento. Los iSGLT2 Y GLP1RA son seguros en diálisis peritoneal. se requieren estudios más grandes para analizar su beneficio cardiovascular y renal en pacientes en diálisis peritoneal.

75 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PERITONITIS POLIMICROBIANA ASOCIADA A LA DIÁLISIS PERITONEALM. DA SILVA PITA¹, F. FERNÁNDEZ GIRÓN¹, C. MARTÍNEZ ALDANA¹, A. MARTÍN MÁRQUEZ², S. BARRERO MARTÍN¹, C. GALLARDO CHAPARRO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL JUAN RAMON JIMENEZ (HUELVA/ESPAÑA)

Introducción: La peritonitis polimicrobiana se define por el aislamiento de dos o más microorganismos en el cultivo del efluente de diálisis en un paciente con peritonitis asociada a la diálisis peritoneal. Representa un porcentaje de todos los episodios de peritonitis, variando según el país del 2,6% al 21%. Aunque las infecciones polimicrobianas siguen siendo menos frecuentes que las monomicrobianas, su incidencia relativa parece haber aumentado en las últimas décadas. Se han identificado tres causas principales de peritonitis polimicrobiana: errores de manipulación durante el intercambio, contaminación ambiental y translocación de gérmenes entéricos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo con recogida de datos clínicos y analíticos en 32 pacientes, con el objetivo de describir nuestra población con presencia de peritonitis polimicrobiana asociada a la diálisis peritoneal y determinar sus peculiaridades.

Resultados: Se extrajeron los datos de 32 pacientes, con una edad media de 62 años, de los cuales el 59% eran hombres, y el 41% restante mujeres. El origen de la enfermedad renal era la poliquistosis renal en un 15% de los pacientes (5/32). Se produjeron un total de 37 peritonitis polimicrobianas lo que supone un 13% del total de los episodios de peritonitis (37/282). En menos de la mitad de los pacientes (38%) que experimentaron una peritonitis polimicrobiana, este era su 1º episodio, mientras que en el (62%) restante representaba el 2º episodio o más. La mediana de tiempo de evolución desde el inicio de diálisis y la peritonitis fue de 15 meses. Se aislaron 2 microorganismos en el 81% de los casos y 3 microorganismos o más en el 19% restante, siendo con mayor frecuencia gérmenes gram negativos representando el (62%), seguidos de un (22%) de gérmenes gram positivos más gram negativos y en menor frecuencia solo gram positivos (14%), además en 1 de los casos se asoció infección por hongos (*Candida albicans*). Patógenos entéricos que residen en el tracto gastrointestinal se aislaron en un 65% de los casos. En 4 pacientes la causa de la peritonitis asociaba una patología abdominal (apendicitis, perforación de víscera hueca, isquemia mesentérica...). Con una tasa de curación del 73%, retirada del catéter del 22% y mortalidad en el 11% de los casos.

Conclusiones: La peritonitis polimicrobiana es una causa relativamente frecuente de infección peritoneal en pacientes en diálisis peritoneal. Solo una minoría son secundarias a perforación de víscera hueca u otras patologías intrabdominales, predominando la presencia de 2 o más gérmenes principalmente gram negativos, importante destacar además que comparado con las peritonitis monomicrobianas, estas tienen una mayor tasa de morbimortalidad.

76 VOLVER A DIÁLISIS PERITONEAL TRAS EL TRASPLANTE, ¿AUMENTA EL RIESGO DE INFECCIÓN PERITONEAL?M. SÁEZ MORALES¹, P. JIMÉNEZ ANTUÑANO², I. FERNÁNDEZ ESPINOSA¹, S. SÁNCHEZ BLANCO¹, A. MOLINA ORTEGA¹, N. MURUA ETXARRR¹, N. ORMAETXE RUIZ DE HILLA²¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. OSAKIDETZA (VITORIA/ESPAÑA), ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. OSAKIDETZA (BILBAO/ESPAÑA)

Se estima que los pacientes en diálisis peritoneal pueden tener riesgo de padecer al menos una infección peritoneal al año. La mayoría de los pacientes evolucionan hacia la curación, siendo el germen causal y la presencia de infección del orificio de salida asociada, los mayores factores de riesgo para la hospitalización.

La condición de trasplantado renal, no debería ser una limitación para la realización de diálisis peritoneal una vez que se produce el fracaso crónico del injerto. Sin embargo, nos preguntamos si, el mantenimiento de la inmunosupresión que se realiza puede tener consecuencias infecciosas.

Para dar respuesta a esta pregunta, hemos realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo para conocer los datos acerca de las infecciones peritoneales que sufren los pacientes trasplantados que vuelven a diálisis peritoneal.

Anonimizamos una base de datos y tras ello, analizamos las infecciones peritoneales que han acontecido entre los años 2013 y 2022.

De esta manera, hemos obtenido una n de 149 pacientes, de los cuales trasplantados eran un total de 30 pacientes, todos ellos mantenían terapia inmunosupresora.

Como resultados obtuvimos que, de las 37 peritonitis que se dieron en los últimos 10 años, tan solo 9 fueron en pacientes trasplantados.

En cuanto a los pacientes trasplantados que vuelven a diálisis peritoneal, la incidencia acumulada de infección peritoneal en pacientes trasplantados fue de un 29%.

La probabilidad de padecer una infección peritoneal en los pacientes trasplantados, calculada en forma de riesgo relativo fue 1.18. El riesgo de peritonitis atribuible al trasplante renal fue del 4%. El germen causal principal fue *Escherichia Coli*. Tan solo uno de los pacientes tuvo que abandonar la técnica por culpa de una infección peritoneal.

Como conclusión, nuestros datos indican que existe un mínimo riesgo de infección peritoneal superior, en los pacientes que vuelven a diálisis peritoneal tras el fracaso del injerto, sin embargo, este riesgo fue atribuible tan solo en un 4% al trasplante previo, lo que indica que es prácticamente mínimo. Por ello consideramos que la condición de trasplantado renal, no debería ser una limitación para la realización de diálisis peritoneal una vez fracasa el injerto. Sin embargo, el estado de inmunosupresión nos tiene que poner en alerta, ya que estos pacientes tienen un riesgo mínimamente superior de sufrir infecciones peritoneales.

77 ANALISIS DE LAS INFECCIONES DEL ORIFICIO DE SALIDA DEL CATETER PERITONEALR. MARTINEZ MIFSUT¹, A. CHANDU NANWANI², J. GARCIA GARCIA¹, E. BOSCH BENITEZ-PARODI¹, I. CHAMORRO BUCHELI², E. DOMENECH HERRANZ², Y. RIVERO VIERA¹, S. GONZALEZ NUEZ², S. FERNANDEZ GRANADOS¹, C. GARCIA-CANTON¹¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (ESPAÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (ESPAÑA)

Objetivos: Analizar las infecciones del orificio de salida (IOS) del catéter peritoneal, identificando los principales factores relacionados con las mismas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron pacientes tratados en la Unidad de DP durante el año 2022. Nuestro protocolo indica curas del catéter peritoneal con suero salino o solución alcohólica de cloruro de benzalconio. Se analizaron variables demográficas y clínicas. En relación a la IOS se recogieron los episodios, el germen causante y la evolución de las mismas.

Resultados: 79 pacientes, edad media 61.5±14.3 años, 68.4% varones. 39.2% diabéticos, 78.5% provenían de la consulta ERCA, la mediana del índice de Charlson fue de 6 (rango intercuartílico 2-9), con un tiempo medio en DP de 21.9±22.7 meses. El 88.6% estaban en modalidad DPA, y el 84.8% con catéter Tenckoff 2 cuff.

Durante el periodo analizado objetivamos un total de 86 episodios de IOS en 37 pacientes lo que supone una incidencia del 46.8% (1.32 episodio/paciente/año). En los pacientes incidentes, el tiempo medio hasta el primer episodio de IOS fue de 2.2 meses. 40 episodios fueron por Gram positivos (26.7% por *Staphylococcus aureus*), 43 episodios por Gram negativos (19.7% *Serratia marcescens*- 18% *Pseudomona aeruginosa*) y 3 episodios de causa polimicrobiana. No tuvimos ningún caso de IOS por hongos. El porcentaje de curación fue del 57.1% y el 40% presentaron recidiva. De los 37 pacientes con IOS, 3 presentaron peritonitis secundaria (11.5%) precisando uno de ellos transferencia temporal a hemodiálisis por tunelitis y peritonitis simultánea. No hubo ningún caso de exitus por complicación de IOS o peritonitis. De los 79 pacientes incluidos, 10 (12.7%) tenían frotis nasal positivo a *S.aureus*, de los cuales 7 (70%) desarrollaron IOS. No se observó relación estadística entre IOS y el género, la diabetes, los niveles de albúmina o el tipo de catéter.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de IOS debe hacernos reconsiderar las estrategias para el manejo y reducción de complicaciones en DP. A raíz de este trabajo y de las guías ISPD del 2023 cambiamos el protocolo de cura del OS a la aplicación tópica diaria de crema antibiótica. La erradicación de portadores nasales de *S.aureus* puede contribuir a reducir las IOS y mejorar la calidad de vida del paciente. El entrenamiento de la técnica y la educación del paciente para su autocuidado es clave para prevenir complicaciones infecciosas.

78 BIOMARCADORES DE CONGESTION HIDRICA Y BIOIMPEDANCIOMETRIA EN DIÁLISIS PERITONEALR. MARTINEZ MIFSUT¹, J. GARCIA GARCIA¹, A. CHANDU NANWANI², E. BOSCH BENITEZ-PARODI¹, I. CHAMORRO BUCHELI², E. DOMENECH HERRANZ², S. ALADRO ESCRIBANO¹, Y. RIVERO VIERA¹, S. GONZALEZ NUEZ², C. GARCIA-CANTON¹¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (ESPAÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (ESPAÑA)

Introducción: En la valoración diagnóstica y pronóstica de la Insuficiencia cardiaca (ICC) es de especial interés el uso de biomarcadores. El antígeno carbohidrato 125 (Ca-125) es una glicoproteína sintetizada por las células serosas epiteliales en respuesta a la congestión o a estímulos inflamatorios. La elevación de la fracción aminoterminal del péptido natriurético cerebral (NT pro-BNP) permite confirmarlo y tiene valor pronóstico en la ICC. Hay que tener en cuenta que se elevan de forma fisiológica con la edad y el daño renal, que son más elevadas en mujeres y que en pacientes obesos pueden estar bajos.

El objetivo del estudio fue comparar la relación entre estos biomarcadores y los datos de sobrehidratación medidos por bioimpedanciometría.

Material y métodos: Estudio de corte transversal que incluyó a 53 pacientes estables en programa crónico de diálisis peritoneal sin antecedentes de ICC en los 6 meses previos. A todos se les realizó bioimpedancia multifrecuencia durante la visita de seguimiento y coincidiendo con la determinación de Ca125 y NT-ProBNP. Se definió sobrecarga hídrica cuando el valor de OH era > 2.5 litros y/o la relación OH/ECW > 15%, usando el dispositivo BCM®. En el caso del CA125 se tomó como valor una cifra superior a 35U/mL y para el NTPro-BNP un valor superior a 1800pg/mL.

Resultados: edad media 59.8 +/-12.9 años, 60% Varones, 26.4% Obesos, 37.7% Diabéticos, 96.2% HTA, 32% sin diuresis residual. El 90% estaban en DPA y el 94,3% con icodextrina.

El número de pacientes que cumplieron los criterios de sobrecarga hídrica con BCM fueron 9 (17%), sin relación con la icodextrina, ni el tiempo en DP. Los diabéticos estaban más sobrehidratados (p=0,006).

El valor medio de Ca125 fue de 27.03 U/ml (5-173.2) y de NTPro-BNP fue 3644.6 pg/mL (161-17956).

No encontramos correlación estadísticamente significativa entre los valores de Pro-BNP y Ca125 con la sobrehidratación medida por BCM pero si observamos una correlación significativa entre el Ca125 y la proteinuria (r=0,508; p=0,000) e inversamente proporcional entre el proBNP y el volumen de diuresis (r=-0,357; p=0,009). El sexo, la edad, la diabetes y la obesidad no se relacionan con mayores cifras de Ca125 ni de NT-proBNP de forma significativa.

Conclusiones: Aunque estudios previos establecen una asociación entre los biomarcadores y los parámetros clínicos de congestión, en nuestro estudio no encontramos relación entre el Ca125 y el NT-ProBNP con los datos aportados por la impedanciometría multifrecuencia. Son necesarios más estudios para esclarecer qué biomarcador sería de mayor utilidad en esta población.

79

¿ES EQUIPARABLE EL CRIBADO DE SODIO EN LA PRIMERA HORA CON EL OBTENIDO EN LA SEGUNDA HORA DURANTE EL PET AL 3'86%?L. CUETO BRAVO¹, B. ALONSO CALLE¹, M. PADRÓN ROMERO¹, D. ARÉVALO CARRERO¹, MA. GÁLVEZ VELASCO¹, C. ALONSO LÓPEZ-REY¹, A. CUBAS SÁNCHEZ-BEATO¹, C. CABEZAS REINA¹, MA. GARCÍA RUBIALES¹, FJ. AHUADO HORMIGOS¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO, ESPAÑA)

Introducción: El cribado de sodio durante el PET de 4 horas añade información importante respecto a la capacidad de ultrafiltración de la membrana peritoneal al explorar la función de las acuaporinas. Se describió inicialmente como cribado máximo de sodio la medición de éste a los 60' (1ª hora). Nos preguntamos si la medición a los 120' (2ª hora), aprovechando el momento de la obtención de la muestra programada en el PET, podía ser equivalente y permitiría simplificarlo.

Material y métodos: Estudiamos de manera retrospectiva (2023-2024) el cribado de sodio a los 60 y 120 mins de un intercambio al 3,86/4,25% en 29 pacientes. Análisis de datos con programa estadístico STATA, por el pequeño tamaño muestral utilizamos test no paramétricos.

Resultados: De 29 pacientes incluidos, 7 eran mujeres (24'13%), 27 eran HTA (93'10%) y 10 eran DM (34'48%). La etiología de la ERC fue multifactorial en 11 (37'9%), por ERD en 10 (34'48%) por PQRAD en 5 (17'24%) y por vasculitis anti-MPO en 1 paciente (3'44%). Comparamos cribado del Na entre 1ª y 2ª hora mediante el test de Wilcoxon, siendo diferentes con significación estadística (p= 0'0231). Si relacionamos los cribados del Na a la 1ª y 2ª hora junto con la UF mediante el test de Spearman, también objetivamos diferencias significativas. Sin embargo, si atendemos a las medias entre ambos cribados, éstos sí podrían ser equiparables puesto que el cribado de la 2ª hora es mayor o igual al de la 1ª hora en 21 de los 29 (72'41%).

Conclusiones: Según el resultado de nuestro estudio, el cribado de Na a la 1ª hora aporta similar información que el de la 2ª hora en la mayoría de los casos, pero nuestro estudio presenta limitaciones por el tamaño muestral. Se requieren más estudios para analizar el grupo en el que no ocurre este fenómeno.

	Media	D. Estándar	Rango
Na basal	132.37	0.853	130.632 - 134.126
Na 1ª hora	125.37	0.679	123.987 - 126.771
Na 2ª hora	124.51	0.738	123.003 - 126.030
Cribado Na 1ª hora	7	1.015	4.919-9.080
Cribado Na 2ª hora	7.86	1.128	5.551 - 10.172
UF	2395.24	126.735	2340.476 - 2450.006
D/P Cr 4ª hora	0.7606	0.019	0.721 - 0.799

80

EFFECTOS Y CAMBIOS A LARGO PLAZO EN EL TRANSPORTE PERITONEAL CON EL USO EXCLUSIVO DE SOLUCIONES BIOCOMPATIBLESYH. HERNÁNDEZ PERDOMO¹, LL. LEÓN MACHADO¹, MO. OSSORIO GONZALEZ¹, GP. DEL PESO GIL-SANZ¹, MB. BAJO RUBIO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PRINCESA (ESPAÑA)

Introducción: El uso de fluidos biocompatibles mantenidos en el tiempo en pacientes en diálisis peritoneal (DP) puede tener ventajas potenciales en las características del transporte peritoneal. Es fundamental analizar los principales factores implicados en los cambios funcionales peritoneales relacionados con el uso de estas soluciones.

Métodos: Se incluyeron pacientes en DP tratados exclusivamente con soluciones biocompatibles. Se analizaron las características demográficas, los parámetros funcionales peritoneales (coeficientes de área de transferencia de masa de creatinina y urea [ACTM], relación creatinina/dializado/plasma, capacidad de ultrafiltración [UF], tamizado de sodio) y los antecedentes de peritonitis.

Resultados: Se estudió a un total de 187 pacientes (63% hombres, edad media de 57 años, 29% diabéticos). El seguimiento medio fue de 37 meses (rango 1-132). Clasificamos el tipo de transporte peritoneal según los cuartiles de Cr-MTAC basales. Observamos una tendencia a la normalización de la Cr-MTAC durante el primer año de DP en todos los grupos de transporte peritoneal, con posterior estabilización a lo largo del seguimiento. No se observaron cambios estadísticamente significativos en la evolución de los demás parámetros de función peritoneal (Tabla 1). Los pacientes con episodios de peritonitis durante los dos primeros años (n=57) mostraron un comportamiento del transporte peritoneal similar al de los pacientes sin peritonitis. Sin embargo, la proporción de pacientes con sobrecarga de glucosa fue significativamente mayor en el grupo con peritonitis, en comparación con aquellos sin peritonitis (25% vs 11%, p=0,023).

Conclusión: En los pacientes tratados exclusivamente con fluidos biocompatibles, se observa una tendencia a la normalización a corto plazo de los valores de Cr-MTAC con estabilización posterior. La presencia de episodios de peritonitis durante los dos primeros años en DP se asoció a un mayor uso de glucosa.

	Baseline (n=187)	1 year (n=163)	4 years (n=25)
Creatinina MTC (ml/min)	10.89±3.70	11.27±3.85*	11.41±4.40*
Urea MTC (ml/min)	27±4.3	26.8±3.8	27.3±3.4
Creatinina D/P ratio	0.70±0.10	0.71±0.08	0.73±0.13
Capacidad de ultrafiltración (ml/4h)	567.89±278.8	598.87±223.38	585.2±240.05
Función renal residual (ml/min)	7.22±3.46	5.16±3.48	3.03±2.82
Cribado de Sodio (mmol/1h)	3.17±5.26	3.62±3.63	4.08±3.07

*Valores medios ± DS * p<0.05 vs basal.

81

EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO CON aGLP1 EN DIÁLISIS PERITONEALM. BLANCO PARDO¹, C. RODRIGUEZ MAGARIÑOS¹, C. SALETA COBOS¹, D. SIERRA CASTRO¹, E. SÁNCHEZ BOTANA¹, F. VÁZQUEZ IGLESIAS¹, EF. NERCELLAS RODRIGUEZ¹, A. RODRÍGUEZ-CARMONA DE LA TORRE¹, M. PÉREZ FONTÁN¹¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (ESPAÑA)

Los agonistas de receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 son fármacos antihiperoglucémicos que han demostrado una reducción de la HbA1c, bajo riesgo de hipoglucemia, reducción del peso y beneficios cardiovasculares y renales. Sin embargo, la experiencia con estos fármacos en diálisis es limitada. Presentamos nuestra experiencia con semaglutide oral en diálisis peritoneal.

Se trata de seis mujeres con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, con edades comprendidas entre 53 y 80 años (edad media 67 años), con obesidad (peso medio al inicio del tratamiento 96 kg) y dificultades para pérdida ponderal pese a medidas higiénico-dietéticas. Su pauta de diálisis peritoneal consta de 3 intercambios de glucosa al 1.36%, Nutrineal y Extraneal, salvo en un caso que precisa glucosa al 2.27% y Extraneal para manejo de volemia. Tres de ellas son diabéticas y otras tres no diabéticas. 2 de ellas realizaron aumento progresivo de dosis sin efectos secundarios. Las otras 4 pacientes precisaron de aumento más paulatino de dosis, o incluso precisaron volver a dosis iniciales para aumentar tolerancia. Una de ellas solicitó paso a semaglutide subcutánea, con mejor tolerancia. Tras una media de 3 meses de tratamiento presentaron un descenso del peso medio de 6 kg. No hubo desarrollo de otras complicaciones relacionadas con el tratamiento. No encontramos diferencias en cuanto a parámetros analíticos, diuresis residual y ultrafiltración diaria antes y después del tratamiento.

Los aGLP1 se postulan como una opción eficaz de control de peso en pacientes en diálisis peritoneal que tienen dificultades para la pérdida ponderal y para el acceso a la lista de espera de trasplante renal. En nuestra pequeña serie no hubo problemas en cuanto a seguridad y ha sido eficaz en cuanto a pérdida ponderal incluso en aquellas pacientes que precisaron descender dosis por intolerancia.

82

USO DE SELLADORES SINTÉTICOS PARA PREVENIR FUGAS PERITONEALES PRECOCES. NUESTRA EXPERIENCIAJM. BELLURIE SIMÓN¹, S. BEA GRANELL¹, M. GIMÉNEZ EDO¹, L. LÓPEZ ROMERO¹, C. REDONDO CAMO¹, A. GALÁN SERRANO¹¹NEFROLOGÍA. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA), ²CIRUGÍA GENERAL. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA)

Introducción: La fuga peritoneal precoz (FPP) supone una de las complicaciones más frecuentes tras la inserción del catéter peritoneal, la aparición de esta puede retrasar el inicio de la técnica e incluso impedir la en algunos casos. En la literatura se recoge una incidencia de FPP de hasta el 30%, siendo en nuestro hospital similar a la descrita. Con la finalidad de reducir esta tasa, desde marzo de 2023 (Con la colaboración de Cirugía General) aplicamos sobre el cuff muscular del catéter peritoneal alrededor de 1 ml de un sellador sintético (GLUBRAN®).

El objetivo de este trabajo es valorar si la aplicación de selladores sintéticos es útil para prevenir la aparición de FPP.

Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo. Se incluyeron en el estudio, las inserciones de catéter peritoneal (Primera inserción) realizadas desde julio de 2022 hasta marzo de 2024, siendo un total de 40, en 21 de ellas se puso el sellador sintético (GLUBRAN®) y en 19 no. Todas las inserciones se llevaron a cabo por el mismo equipo y utilizando la misma técnica quirúrgica. Además, se incluyeron las variables edad, sexo, presencia de hernia, índice de masa corporal, anticoagulación y diabetes. Se valoró si durante los siguientes 30 días tras la implantación se producía fuga. Se realizó el análisis de los datos y su asociación con la aparición de FPP mediante SPSS.

Resultados: Dentro del grupo al que no se le puso el sellador sintético, la FPP apareció en un 36,8% de los casos. En aquellos a los que sí que se les aplicó, dicha complicación apareció en un 9,5% de las inserciones. Tras analizar los datos, podemos afirmar que la incidencia de fugas fue significativamente menor en el grupo al que se le aplicó el sellador (P:0,039). En cambio, no encontramos una asociación estadísticamente significativa con el resto de las variables analizadas (P>0,05). No se describieron efectos adversos derivados del uso del sellador sintético (GLUBRAN®).

Conclusiones: Podemos afirmar que en nuestra muestra la aplicación del sellador sintético (GLUBRAN®) fue útil como profilaxis frente a la FPP. No hallamos efectos adversos derivados del uso de este producto. Consideramos recomendable su uso e introducción dentro del protocolo de implante del catéter peritoneal.

83

SELLADO DEL CATÉTER PERITONEAL ¿DISMINUYE LAS RECIDIVAS DE PERITONITIS? C. GARCÍA PAREJO¹, A. ERASO NÁJERA¹, B. MARTÍN ÁLVAREZ², MV. TORRES JARAMILLO³, AY. ROSARIO VARGAS¹, N. MARTÍNEZ TEJEDA¹, DA. TICONA ESPINOZA¹, B. ALAGUERO DEL POZO¹, B. GÓMEZ GIRALDA¹, LG. SÁNCHEZ GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: La peritonitis recidivante es un nuevo episodio causado por el mismo microorganismo en menos de 4 semanas después de finalizar el tratamiento. Se asocia a la formación de biofilm en el catéter pudiendo su retirada, al aumento del fracaso de la técnica, morbimortalidad y costes sanitarios.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo unicéntrico. Analizamos las peritonitis en nuestra unidad de DP durante 5 años (2019-2023). Recogimos datos demográficos y factores de riesgo: edad, sexo, etiología ERC, diabetes, modalidad, DP asistida y estado de portador nasal de *S. aureus*.

Se documentaron: número de peritonitis, gérmenes, tratamiento y sellado junto con las pautas y evolución (curación, recidiva, retirada del catéter).

Resultados: Analizamos 84 pacientes. Características demográficas: edad media 66,5, 71,4% varones, 28,6% diabéticos, 45,2% DPA, 11,9% DP asistida, 5,9% portadores nasales *S. aureus*. Etiología ERC: 66,7% no filiada, 11,9% glomerulonefritis, 7,1% PQRAD, 5,9% NTIC y 1,2% vasculitis, mieloma múltiple, anefria, NTA, lupus, síndrome de Alport y nefronoptosis.

Hubo 71 episodios de peritonitis. Gérmenes causantes: 36,6% estafilococos coagulasa negativos, 21,1% estreptococos, 19,7% cultivo negativo, 7% enterobacterias y polimicrobianas, 4,2% *S. aureus*, 2,8% enterococos y 1,4% corinebacterias.

Realizamos sellado en 47 peritonitis: 34% antibiótico, 21,3% antibiótico más T-H y 44,6% T-H. El 55,3% de los sellados se realizaron en peritonitis causadas por ECN (65,4% se sellaron con T-H o antibiótico más T-H) (tabla 1).

Dos recidivaron con tratamiento convencional (sin sellar o sellado con antibiótico) y, tras el sellado con T-H, no se observó ninguna recidiva.

Conclusiones: El sellado del catéter peritoneal, especialmente con T-H, parece ser eficaz en el tratamiento y prevención de peritonitis recidivante. En nuestro caso, no observamos ninguna recidiva tras su uso.

A pesar de su uso generalizado, apenas existen estudios sobre su utilización y las pautas más recomendables, por lo que creemos que deberían realizarse más estudios.

84

INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA: ¿QUÉ OFRECE LA DIÁLISIS PERITONEAL? S. BENITO GARCÍA¹, L. LÓPEZ LÓPEZ², A. RAMOS GALÍ³, C. RUIZ GARCÍA³, M. PILCO TERAN³, MJ. LLORET CORA³, E. COLL PIERA³, JM. DÍAZ GÓMEZ³, L. GUIRADO³, MA. HERREROS³

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL SANTA CREU I SANT PAU (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

Introducción: La insuficiencia cardíaca refractaria (ICR) suele asociarse una disfunción renal que contribuye a la refractariedad del tratamiento diurético, por lo que la diálisis peritoneal (DP) se presenta como un tratamiento adyuvante que permite mejorar la clínica congestiva con una ultrafiltración bien tolerada hemodinámicamente y disminuir el número de descompensaciones. El objetivo de este estudio fue constatar los beneficios teóricos de la DP en los pacientes con ICR que iniciaron este tratamiento y contrastar los resultados con los de los pacientes que no pudieron o no quisieron realizar DP.

Material y métodos: Estudio prospectivo desde 2014 hasta la actualidad que incluye 41 pacientes en ICR que fueron valorados para DP como tratamiento paliativo, de los cuales 17 fueron aceptados y el resto descartados por los siguientes motivos, siendo rechazado por paciente, comorbilidades, incapacidad de aprendizaje o descompensación.

En el grupo sí-DP, 15 pacientes tenían pautado un único intercambio de Icodextrina y 2 una pauta estándar de 3 o 4 intercambios por deterioro renal importante. Todos ellos estaban en DP continua ambulatoria (DPCA).

En el grupo no-DP, evaluamos supervivencia desde rechazo de técnica hasta fallecimiento, inicio de hemodiálisis (HD) o actualidad, así como número de ingresos/año y tratamientos/año de diurético endovenoso por descompensación de ICR.

Resultados: Ambas poblaciones eran principalmente masculinas; siendo el grupo sí-DP más joven y presentando menor prevalencia de Diabetes Mellitus de manera estadísticamente significativa. La principal causa de cardiopatía en el grupo sí-DP era la isquémica y en no-DP, la valvular.

Destacar que los pacientes sí-DP presentaban una peor clase funcional que no-DP al inicio ($p=0.02$), pero una mejor al final ($p=0.03$). La principal causa de no inclusión en DP (58%) fue el rechazo por parte del paciente.

La supervivencia desde el inicio/rechazo de DP hasta actualidad, fallecimiento o cambio de técnica es mayor en el grupo sí-DP (13.35 versus 11 meses), aunque sin alcanzar significancia estadística. Si bien no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el número de ingresos/año (aunque es menor en el grupo sí-DP: 0.936 versus 1.399), el número de tratamientos endovenosos sí es menor de manera significativa en sí-DP ($p=0.003$).

Conclusiones: Nuestros resultados confirman que la diálisis peritoneal ofrece una mayor calidad de vida en ICR (menor número de ingresos/año y de tratamientos endovenosos/año y mejor clase funcional al final del tratamiento) aunque no implica un aumento de la supervivencia al menos de forma estadísticamente significativa.

85

¿INFLUYE EL TAMAÑO DEL CENTRO SOBRE LOS RESULTADOS EN DIÁLISIS PERITONEAL? P. BOUZA PIÑEIRO¹, E. BOUZAS CAAMAÑO², R. ALONSO VALENTE³, M. BLANCO PARDO⁴, O. CONDE RIVERA⁵, B. MILLÁN DÍAZ⁶, L. GONZÁLEZ TABARES⁷, M. MOREIRAS PLAZA⁸, C. RODRÍGUEZ MAGAÑO⁹, A. VELLO ROMÁN⁹

¹NEFROLOGÍA. CHUF (FERROL), ²REXER. SERGAS (SANTIAGO DE C.), ³NEFROLOGÍA. CHUS (SANTIAGO DE C.), ⁴NEFROLOGÍA. CHUAC (A CORUÑA), ⁵NEFROLOGÍA. CHUP (PONTEVEDRA), ⁶Nefrología. CHOU (Ourense), ⁷Nefrología. HULA (Lugo), ⁸Nefrología. CHUVI (Vigo), ⁹Nefrología. POVISA (Vigo)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: Registro Galego de Enfermos Renais (REXER)

Introducción: Varios estudios realizados en otros países señalan al tamaño de los programas de DP como un factor determinante de la evolución de los pacientes. Nuestro objetivo es analizar si existen diferencias en las características de los pacientes, aparición de complicaciones y supervivencia según pertenezcan a centros pequeños (≥ 25 pacientes) con datos obtenidos del Registro Galego de Enfermos Renais (REXER).

Material y métodos: Se analizaron los datos demográficos y clínicos de 580 pacientes seguidos entre los años 2020 y 2022, de los cuales 110 pertenecían a centros pequeños (3 centros, Grupo1) y 470 a centros grandes (5 centros, Grupo2). Las variables numéricas se describen con mediana y recorrido intercuartílico, las cualitativas con porcentajes. Comparación de variables cualitativas mediante χ^2 de Pearson o test exacto de Fisher; cuantitativas mediante U de Mann-Whitney o t de Student según procediese. Análisis de supervivencia por Kaplan-Meier y comparación mediante Log-Rank.

Resultados: En los centros pequeños los pacientes presentaron una mayor edad (Grupo1 67.3 (57.75, 74.78), Grupo2 62.9 (52.96, 72.4); $p=0.012$), mayor prevalencia de diabetes (40.9% Vs 29.8%; $p=0.024$) y mayor comorbilidad (I. Charlson ≥ 6 Grupo1 46.4%, Grupo2 32.6%; $p=0.001$). La DP fue la terapia renal sustitutiva inicial en un 78.0% del Grupo1 frente al 86.9% en el Grupo 2 ($p < 0.05$).

En cuanto a la implantación del catéter, en el Grupo1 se realizó por microlaparotomía en el 70.8%, por laparoscopia 24.7% y percutáneo 4.5%; Grupo2 53.2%, 18.3% y 28.5% respectivamente ($p < 0.001$). No hubo diferencias en el tipo de terapia (DPCA/DPA) o el uso de icodextrina.

Un 31.8% de los pacientes del Grupo1 presentaron IOS frente al 17.9% del Grupo2 ($p=0.001$), sin hallar diferencias significativas en la aparición de peritonitis (23.6% Vs. 29.8%, NS), hospitalizaciones (37.3% Vs. 36.8%, NS) ni en la transferencia a HD (16.4% Vs. 13.6%, NS). La mediana de supervivencia desde el inicio de DP fue de 7.3 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Log-Rank $p=0.11$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes dializados en centros pequeños mostraron una edad superior, mayor prevalencia de diabetes y una mayor comorbilidad con respecto a los de centros grandes, hallando diferencias en el método de implantación del catéter peritoneal. La incidencia de IOS fue superior en los centros pequeños, sin observar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a peritonitis, hospitalizaciones, transferencias a HD o en la supervivencia de los pacientes.