

42

## PAPEL DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL BASAL DEL ENFERMO EN DIÁLISIS PERITONEAL EN EL RETRASO DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO RENAL

ORLANY GARCÍA VARGAS<sup>1</sup>, LORELEY BETANCOURT CASTELLANOS<sup>1</sup>, JOAN VIDIELLA MARTÍN<sup>1</sup>, SANDY PICO RUIZ<sup>1</sup>, CARLA COMAS MIR<sup>1</sup>, CARMEN GRAU PUELLO<sup>1</sup>, MARÍA JOSÉ GORDO GARCÍA<sup>1</sup>, CONCHITA BLASCO CABAÑAS<sup>1</sup>, ESTHER PONZ CLEMENTE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI (SABADELL (BARCELONA))

**Introducción:** Estudios recientes demuestran que la presión intrabdominal (PIA) elevada medida con sonda urinaria en el post trasplante renal (TR) inmediato se relaciona con más complicaciones quirúrgicas y retraso de la función renal. Una PIA elevada en enfermos críticos favorece más fracasos renales agudos. La presión intraperitoneal (PIP) en Diálisis Peritoneal (DP) es equivalente a la PIA.

**Objetivo:** Estudiar la relación de la PIP medida en DP con los resultados del TR inmediato: función del injerto y complicaciones.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de enfermos en DP que recibieron un TR, con determinación de PIP al inicio de DP (2011-2024). Se recogieron variables generales y post TR: Cr basal, a los 2, 7, 14, 30 días; necesidad de Hemodiálisis (HD); y trombosis vasculares. Definición del Retraso de la Función del Injerto (RFI): Descenso < 50% de Cr a los 7 días post TR.

**Resultados:** 71 enfermos en DP recibieron un TR (16,9% de donante vivo, 45,1% Maastricht III y 32,4% IV), 74,6% bajo riesgo inmunológico. Edad media 55,5±14 años, 71,8% varones, 26% diabéticos, IMC 26,8± 5,1kg/m<sup>2</sup>, Charlson 3,7±1,5, PIP 14,8±4,6 cmH<sub>2</sub>O (22,5% PIP≥20 cmH<sub>2</sub>O) y diuresis media 1159,5±757mL (56,3%>1000mL/24h). Tiempo medio en DP 21,7±16 meses (39%<12 meses).

Una PIP elevada se relacionó de forma independiente con mayor IMC (p<0,001), Charlson (p=0,002), trombosis del injerto (p=0,043) y RFI (p=0,009). Una menor reducción porcentual de Cr (RPCr) a la semana post TR se relacionó de forma independiente con mayor PIP (p<0,001) y menor IMC (p=0,03). No se reprodujeron los resultados con la RPCr al mes, pero aquellos con RPCr <50% tenían más PIP (17,2±6,3 vs 14,6±4,6cmH<sub>2</sub>O), sin significación estadística.

### Conclusiones:

- Una PIP basal elevada en DP se relaciona con la trombosis del injerto y el RFI, en enfermos de menor edad, comorbilidad y PIP que la población general en DP.
- Una PIP alta se relaciona con peor creatinina a la semana post trasplante. No se reproducen los resultados al mes, mejorando globalmente la función renal. Los efectos negativos de la PIP parecen tener más influencia en el post-trasplante inmediato.
- Estos resultados son concordantes con publicaciones recientes, con el valor añadido de tratarse de una PIP medida en situación de estabilidad clínica y no en el postquirúrgico inmediato.

43

## APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

E. GARCÍA-MENÉNDEZ<sup>1</sup>, J.C. DE LA FLOR<sup>2</sup>, A. MUÑOZ SANCHEZ<sup>1</sup>, C. MARTÍN RODRIGUEZ<sup>1</sup>, A. TATO RIBERA<sup>3</sup>, JR. RODRIGUEZ PALOMARES<sup>1</sup>, E. MARTÍNEZ MORALES<sup>1</sup>, A. MARTÍNEZ PERAL<sup>1</sup>, D. JANEIRO<sup>1</sup>, J. PORTOLÉS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GÓMEZ ULLA (ESPAÑA); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCÓN (ESPAÑA); <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (ESPAÑA)

### El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Grupo Centro de Diálisis Peritoneal (GCDP)

La ecografía nutricional (ECONU) se postula como una herramienta emergente para la valoración integral en el diagnóstico de la desnutrición relacionada con la enfermedad. Los pacientes en diálisis están expuestos a múltiples procesos patológicos que los hacen más vulnerables a la desnutrición, provocando resultados adversos en la supervivencia. Por ello, es de especial interés buscar herramientas que nos permitan un adecuado cribado y diagnóstico de la desnutrición.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de valoración con ECONU en pacientes prevalentes en diálisis peritoneal (2023-2024), para valorar la capacidad diagnóstica de Sarcopenia. Se excluyeron pacientes en técnica por Síndrome Cardiorenal. Se Diagnosticó de Sarcopenia según EWGOSP2 (handgrip+índice masa muscular esquelética apendicular [IMMEA] disminuido). La ECONU (medición del recto anterior del cuádriceps [RAC] y grasa abdominal) se realizó siguiendo protocolos estandarizados.

**Resultados:** Analizamos 59 pacientes, edad media 64.2años. Tiempo en DP 1.5(2.2)años. El 33.9% eran DM , 86.4% HTA, 20.3% Cardiopatía isquémica (CI). El EjeY medio del RAC fue 11.14mm y el áreaRAC 3.5cm<sup>2</sup>. Las mediciones de grasa en pierna y abdomen eran mayores en mujeres, excepto la grasa preperitoneal (GPP) (Tabla1). Los pacientes con CI presentaron menor EjeY (11.6vs9.47mm, p=0.008) y GPP [5.4vs3.7mm p=0.01]. El EjeY se correlacionó con LTI, ángulo de fase e IMMEA p<0,001, la grasa superficial del muslo y abdominal con el FTI p<0,001, pero no la GPP. El áreaRAC y áreaRAC/alt se correlaciona con LTI, ángulo de fase e IMMEA p<0,001. Clasificamos al 15.3% como Sarcopénicos. El punto de corte EjeY≤10,22mm logra buena discriminación de Sarcopenia (AUC=0.77). Se mantiene el punto de corte en hombres, sin poder establecerlo en mujeres. El punto de corte para IMMEA disminuido en hombres: EjeY≤10,21mm(AUC=0.83), mujeres: EjeY≤9.06mm(AUC=0.83).

**Conclusiones:** La ECONU tiene muy buena capacidad discriminativa para detectar Sarcopenia e IMMEA. Los patrones son distintos en ambos sexos, aunque se precisan más estudios para definir puntos de corte específicos.

 Ver tabla

44

## FIJAR EL FUTURO: UNA NUEVA VÍA PARA ASEGURAR EL ÉXITO EN LA DIÁLISIS PERITONEAL

J.E. SÁNCHEZ ALVAREZ<sup>1</sup>, E. ASTUDILLO CORTÉS<sup>1</sup>, G. MARTÍNEZ IZQUIERDO<sup>1</sup>, J.L. RODICIO MIRAVALLÉS<sup>3</sup>, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ<sup>1</sup>, M. ALFONSO MATEO<sup>1</sup>, N. PALACIO LIÉBANA<sup>1</sup>, J. BLANCO SIERRA<sup>1</sup>, N. MOLINA ALVAREZ<sup>1</sup>, L. MUÑOZ HERNANDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), <sup>2</sup>CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUENES (GIJÓN)

**Introducción:** El correcto funcionamiento del catéter de diálisis peritoneal (DP) es clave para una diálisis eficaz. Su mal funcionamiento suele deberse a desplazamientos o atrapamientos abdominales. Las técnicas más comunes de implantación de catéteres son la minilaparotomía y la laparoscopia, siendo esta última preferida por su visualización directa y menor riesgo de disfunción, aunque con mayor coste. La ISPD recomienda adaptar el procedimiento al paciente y al entorno. Recientes innovaciones incluyen la tunelización a través de la vaina de los rectos, que busca mejorar la fijación del catéter y reducir su mal funcionamiento, una de las principales causas de fallo de la técnica.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los catéteres colocados mediante la técnica de la tunelización por la vaina de los rectos y omentopexia selectiva desde enero 2019 a la actualidad. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas y las propias del entorno quirúrgico.

**Resultados:** Se realizó esta técnica en 101 pacientes (61±14 años, 59% varones, 63% diabéticos, IMC 27±6 Kg/m<sup>2</sup>). En 78 pacientes se colocó su primer catéter de esta manera; en el resto se retiró el catéter previo por disfunción o infección. En algo más de la mitad de los casos, el catéter se colocó en hemiabdomen izquierdo (52%). La punta del catéter se alojó en todos los casos en la pelvis menor. La duración del procedimiento fue de 36±18 minutos y la estancia hospitalaria total fue 28±25 horas. El funcionamiento del catéter fue adecuado desde el momento inicial en el 92% de los casos. No se encontró ninguna reacción adversa derivada de la tunelización en la vaina del recto. Los pacientes no precisaron más analgesia, ni en postoperatorio inmediato ni posteriormente. Tras un seguimiento medio de 19±9 meses, sólo 3 catéteres se desplazaron, recuperando su posición original tras maniobra alfa en 2 de ellos y siendo necesario el recambio de catéter en el caso restante. Un único paciente tuvo una peritonitis dependiente de catéter en los 3 primeros meses, resuelta con antibióticos. No se objetivaron problemas de infusión ni drenaje con la técnica manual ni en la automatizada.

**Conclusión:** La tunelización del catéter de DP por la vaina de los rectos permite asegurar el funcionamiento del catéter y reducir los riesgos de desplazamiento. La técnica es sencilla, corta y bien tolerada por lo que podría convertirse en la de elección para la colocación de estos catéteres.

45

## ECOGRAFÍA NUTRICIONAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE MASA MUSCULAR Y TEJIDO ADIPOSO EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

E. GARCÍA-MENÉNDEZ<sup>1</sup>, A. MUÑOZ SÁNCHEZ<sup>1</sup>, M. RIVERA GORRÍN<sup>2</sup>, A. VEGA<sup>3</sup>, P. VILLEGAS<sup>1</sup>, MR. LÓPEZ<sup>1</sup>, O. CASTEDO<sup>1</sup>, J. FERNÁNDEZ-CUSCANQUI<sup>1</sup>, D. JANEIRO<sup>1</sup>, J. PORTOLÉS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (ESPAÑA); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (ESPAÑA)

### El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Grupo Centro de Diálisis Peritoneal (GCDP)

Los pacientes en DP están expuestos a procesos patológicos que pueden empeorar su estado nutricional y funcionalidad. Necesitamos herramientas que permitan diagnosticar precozmente cambios en la fragilidad y el estado nutricional. La Ecografía Nutricional (ECONU) se postula como una herramienta inocua de fácil acceso para evaluar el estado nutricional tanto de la masa muscular como del tejido graso.

**Métodos:** Estudio retrospectivo del seguimiento durante de 6 meses con ECONU (medición: recto anterior cuádriceps [RAC] y grasa abdominal) y bioimpedancia-BIA, analítica, FRALScale y SPPB-test-funcional en pacientes prevalentes en DP. Se excluyeron a pacientes en técnica por SCR.

**Resultados:** De 59 pacientes con edad media 64.2 (SD14.0), completan una 2ª evaluación 40 pacientes. Las causas de no tener 2ª evaluación: 47.37% por trasplante, 15.79% pasa HD, 5.26% pasa HDD y un 31,58% sigue en técnica, pero no tiene todavía 2ª evaluación. A los 6 meses observamos que se mantienen los valores de handgrip, mantienen la capacidad funcional, y se ve una mejoría en la escala de fragilidad (1,3 vs 1,0 p=0.032), Eje Y (10,4 vs 11,7mm p=0.002) y áreaRAC p=0.030. Sin diferencias significativas en Eje X, ángulo de fase, LTI, MIS. Si analizamos los que tiene 1ª evaluación vs los que completan 2ª evaluación presentan valores de EjeY significativamente más altos [12.62vs10.44mm p=0.008]. Respecto a la grasa corporal, hubo un aumento del FTI [11.1vs 12.1 p=0,001] y de la grasa supramuscular [8.7 vs 9.5mm p=0.025]. Sin embargo, no hubo diferencias en la grasa abdominal, tanto superficial como profunda y de la grasa preperitoneal. Resto de parámetros se resumen en la Tabla 1.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, la ECONU nos ha permitido detectar cambios en la masa muscular y grasa del muslo en pacientes prevalentes en DP con aumento del FTI. Existe una mejora de la fragilidad y mantienen la capacidad funcional.

 Ver tabla

**46 BARRERAS PARA EL IMPULSO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN LA ACTUALIDAD. ANÁLISIS DE PROBLEMAS Y SOLUCIONES**

J.C. QUEVEDO REINA<sup>1</sup>, CA. SANTANA QUINTANA<sup>1</sup>, D. MEDINA GARCÍA<sup>1</sup>, S. ALADRO ESCRIBANO<sup>2</sup>, Y. DARUIZ D'ORAZIO<sup>3</sup>, P. FERNÁNDEZ NAVARRO<sup>4</sup>, M. VALCÁRCEL HERRERA<sup>1</sup>, E. GÓMEZ FLORES<sup>1</sup>, F. GONZÁLEZ CABRERA<sup>1</sup>, P. PÉREZ BORGES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

**Introducción:** Uno de los objetivos desde los servicios de Nefrología es el impulso de las terapias domiciliarias y, concretamente, de la diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, actualmente nos encontramos con barreras que nos limita su crecimiento.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes que comenzaron DP en nuestro centro entre el 01/01/2022 y el 30/11/2024. Analizamos variables demográficas, relacionadas con la técnica, barreras que nos encontramos y sus potenciales soluciones, así como su evolución en DP; valorando complicaciones y supervivencia de la técnica.

**Resultados:** Se analizó un total de 133 pacientes, encontrando barreras en 82 (62%) (Ver Tabla de Resultados). Del total de pacientes, 58 (44%) expresó que no quería DP en su primera consulta ERCA. Como barreras y potenciales soluciones definimos:

1. No autónomos a DP asistida: n=32 (39%).
2. Inicio urgente DP a Asumir intervencionismo por nefrología: n=10 (12%).
3. Persona >85 años que vive sola a DP incremental + formación: n=7 (9%).
4. Abdomen complicado (cirugía abdominal mayor, IMC >35) a Intentar DP, explicar al paciente: n=18 (22%).
5. Problemas sociales (casas compartidas o de acogida, ex-adicción a drogas, alteraciones auditivas o visuales) a Intentarlo y formación: n=6 (7%).
6. Inicio previo de Hemodiálisis urgente a educación sobre terapias y búsqueda de pacientes: n=9 (11%), de los cuales tres se transfirieron a DP por agotamiento del acceso vascular.

**Conclusiones:** Tras nuestro análisis, encontramos como potenciales soluciones para el crecimiento de la DP: DP asistida, asumir intervencionismo (y que sea de calidad) por nefrología, DP incremental y una adecuada formación e información para nuestros pacientes en su proceso de decisión, siendo clave una buena consulta ERCA. Aunque se necesita más estudios, nuestros datos reflejan que los pacientes con barreras presentaban peor situación basal e ingresaban más, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en problemas o fracaso de la técnica ni porcentaje de éxitos. Salvo la DP asistida, el resto de soluciones propuestas dependen de los propios nefrólogos/as.

[Ver tabla](#)

**47 ¿QUÉ OCURRE CON LOS PACIENTES CARDIORRENALES CUANDO ABANDONAN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL? ANÁLISIS DE LAS CAUSAS Y EVOLUCIÓN POSTERIOR**

M. GONZÁLEZ RICO<sup>1</sup>, R. DE LA ESPRIELLA JUAN<sup>1</sup>, M. MONTOMOLI<sup>1</sup>, G. NUÑEZ MARIN<sup>1</sup>, C. SOLANO RIVERA<sup>1</sup>, C. RODRIGUEZ VELASQUEZ<sup>1</sup>, B. AGUILAR URIARTE<sup>1</sup>, G. PULIDO LABARCA<sup>1</sup>, J. NUÑEZ VILLOTA<sup>1</sup>, JL. GORRIZ TERUEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA); <sup>2</sup>CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA)

**Introducción:** La diálisis peritoneal ha demostrado su utilidad en el tratamiento de pacientes con síndrome cardiorenal refractario con buenos resultados en calidad de vida (ingresos hospitalarios) y supervivencia. Nos planteamos analizar los motivos de abandono de la técnica de DP de estos pacientes y su evolución posterior.

**Pacientes y métodos:** De los pacientes incluidos en nuestro programa de diálisis peritoneal para insuficiencia cardíaca refractaria recogemos los datos de aquellos que abandonan la técnica por diferentes motivos excluyendo a los que fallecen. Analizamos variables demográficas, comorbilidad, causa de la salida de la técnica, paso posterior o no a hemodiálisis y desenlace final.

**Resultados:** Desde su origen (2008) hasta diciembre de 2023 hemos incluido en DP a 139 pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria. La permanencia media en programa es de 26,3 m. De ellos ha habido 30 salidas de programa excluyendo las muertes. Son predominantemente hombres (63,3%) con una edad media de 72 años y una permanencia media en DP de 22,6 m. Las causas para abandonar la DP han sido: 8 por peritonitis (26,6%), 7 por problemas con el catéter (23,3%), 5 por fallo de la membrana peritoneal (infradiálisis o fallo de UF) (16,7%), 4 por cese de tratamiento (13,3%) y 6 por otras causas. Tras la DP, 16 pacientes (53,3%) continúan tratamiento con hemodiálisis. Al final del seguimiento, 27 de los pacientes habían fallecido. Las medianas de supervivencia tras el abandono son de 9,48 meses para los pacientes que continúan en DP y de 8,93 meses para los que no realizan otro tratamiento.

**Conclusiones:** El abandono del programa de diálisis peritoneal (DP) en pacientes cardiorenales refractarios ocurre principalmente por complicaciones técnicas o infecciosas, como peritonitis o problemas con el catéter. Más de la mitad de los pacientes que abandonan la técnica continúan tratamiento con hemodiálisis, lo que refleja la necesidad de mantener opciones terapéuticas viables tras la DP. Sin embargo, la supervivencia tras el abandono, independientemente de la estrategia posterior, es limitada. Estos datos subrayan la fragilidad de esta población y la importancia de un seguimiento estrecho y una planificación individualizada del tratamiento renal sustitutivo.

**48 EFECTO DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL SOBRE LA ULTRAFILTRACIÓN Y EL ACLARAMIENTO DE AGUA LIBRE EN DIÁLISIS PERITONEAL**

A. SORIBINO PÉREZ<sup>1</sup>, L. SÁNCHEZ GARCÍA<sup>2</sup>, S. SANZ BALLESTEROS<sup>3</sup>, C. FELIPE FERNÁNDEZ<sup>4</sup>, E. HERNÁNDEZ GARCÍA<sup>5</sup>, V. OVIEDO GÓMEZ<sup>6</sup>, R. DE TORO CASADO<sup>7</sup>, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ<sup>8</sup>, MJ. FERNÁNDEZ-REYES LUIS<sup>9</sup>, V. PÉREZ DÍAZ<sup>10</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO MÉDICO. FRESENIUS MEDICAL CARE (MADRID); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID); <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID); <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA); <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA (PALENCIA); <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS); <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA (SEGOVIA)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:** Grupo PIPDPCyL para el estudio de la presión intraperitoneal en diálisis peritoneal.

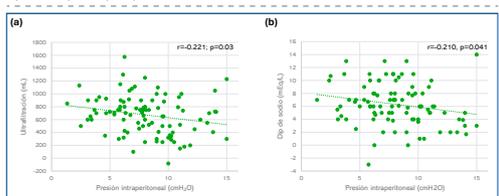
**Introducción:** El efecto de la presión intraperitoneal (PIP) contrarrestando la ultrafiltración (UF) en diálisis peritoneal (DP) está ampliamente demostrado, pero su relevancia en la clínica no está contrastada. El criterio para conceder trascendencia clínica a un cambio de UF es la posibilidad de provocar fallo de UF (FUF), definido por una UF inferior a 400 mL en el test de equilibrio peritoneal (PET) con glucosa 4.25%/3.86%, 4h, 2L. Otro criterio objetivo de la UF, definido en el PET, es el transporte de agua libre a través de las acuaporinas inferior por el descenso de la concentración de Na en el dializado tras la primera hora (NaDip). En este trabajo medimos la PIP en el PET para estudiar su posible influencia tanto en la UF como en el transporte de agua libre a través de las acuaporinas.

**Métodos:** Estudiamos 96 pacientes, estables en DP, en los que realizamos un PET 4.25%/3.86% (2L, 4h). Medimos la UF, el NaDip y la PIP en vacío. Se consideró disfunción de acuaporinas (AQPD) a un NaDip ≤5 mEq/L.

**Resultados:** La PIP correlacionó negativamente tanto con la UF (r=-0.221; p=0.03) como con el NaDip (r=-0.210, p=0.041) (Figura 1). Un 18% de pacientes presentaron FUF y 39%, AQPD. En ambos grupos, la PIP fue significativamente superior que en el resto de los pacientes sin estas patologías (FUF: 9.4±2.5 (4.6-15.0) vs. 7.8±3.1 (1.3-15.0) cmH2O, p=0.038// AQPD: 9.2±3.3 (3.1-15.0) vs. 7.4±2.7 (1.33-15) cmH2O; p=0.003).

**Conclusión:** La influencia de la PIP en la incidencia del FUF y AQPD en el PET 4.25%/3.86%, nos confirma que la intensidad con la que la PIP contrarresta la UF en DP tiene trascendencia clínica. La modificación del NaDip inducido por la PIP, que observamos en nuestro estudio, sugiere que la PIP interfiere directamente en la UF de agua libre a través de las acuaporinas.

**Figura 1.** Relación entre la presión intraperitoneal y la ultrafiltración (a) y entre la presión intraperitoneal y el dip de sodio (b) en el PET 4,25%/3,86%, 4h, 2L.



**49 IMPACTO DE UNA PRESIÓN INTRAPERITONEAL ELEVADA EN LA EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL TRANSPORTE PERITONEAL**

JOAN VIDIELLA MARTÍN<sup>1</sup>, LORELEY BETANCOURT CASTELLANOS<sup>1</sup>, CARLA COMAS MIR<sup>1</sup>, ORLANY GARCÍA VARGAS<sup>1</sup>, MARIA JOSÉ GORDO GARCÍA<sup>1</sup>, CONCHITA BLASCO CABAÑAS<sup>1</sup>, CARMEN GRAU PUELLO<sup>1</sup>, ESTHER PONZ CLEMENTE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI (SABADELL (BARCELONA).)

**Introducción:** El Test de Equilibrio Peritoneal (TEP), glucosa 3.86%, estudia el transporte peritoneal (TP) de solutos y agua en Diálisis Peritoneal (DP). Enfermos con TP rápido y fallo ultrafiltración (UF) en TEP basal evolucionan a TP medio y mejor UF.

**Hipótesis:** Una Presión Intraperitoneal (PIP) elevada condiciona que la UF del TEP de seguimiento no mejore.

**Objetivo:** Estudiar la influencia de PIP elevada en la evolución del TEP basal y al año.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de TEP basal y al año. DP primera técnica y sin infección peritoneal previo TEP. Fallo UF: UF4h <400 mL.

**Resultados:** 56 pacientes: edad 61,5±14 años, 67% varones, 42% diabéticos, IMC 28,93±4,9, Charlson 4,8±1,9 y PIP 16,3±4.6. cmH2O, La PIP elevada se relacionó de forma independiente con mayor IMC (p=0,002) y menor D/PCr4h en TEP de seguimiento (p=0,012). No hubo relación entre PIP elevada y UF de los TEPs. La UF elevada del TEP basal solo se relacionó con la UF del TEP de seguimiento (p=0,003).

Grupo1(PIP <20 cmH2O, N=42): UF TEP basal, 421±326 mL; UF TEP año, 456±222 mL, incremento medio +35 mL. Fallo UF basal, 45,9% y seguimiento, 38,09%. D/PCr4h estable, de 0,71 a 0,73.

Grupo 2 (PIP ≥ 20 cmH2O, N=14): UF TEP basal, 401±339 ML; UF TEP año, 395±225 mL, descenso medio -6 mL. Fallo UF basal, 42,8% y seguimiento, 57,14 %. D/PCr4h descendió, de 0,74 a 0,69 (Tabla).

**Conclusiones:**

- No hubo relación entre una PIP elevada y la UF del TEP basal y al año.
- Se observó que con PIP ≥20 cmH2O no mejora la UF del TEP al año, a pesar de que baja el TP de solutos.
- Estos resultados apoyan el posible efecto de la PIP alta sobre la UF, más dependiente de la presión hidrostática y la reabsorción linfática que de la superficie peritoneal efectiva.

**Tabla1.** Evolución de TP y UF en TEP basal y al año.

PIP	TEP basal UF 4 h	TEP al año UF 4 h	TEP basal D/PCr 4 h	TEP al año D/PCr 4 h
< 20 cmH <sub>2</sub> O	421±326 mL	456±222 mL	0.71±0.09	0.73±0.09
≥ 20 cm H <sub>2</sub> O	401±339 mL	395±225 mL	0.74±0.05	0.69±0.08

# Resúmenes

## Dialisis peritoneal

### 50 EFECTO DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL SOBRE LA ULTRAFILTRACIÓN DEL TEST DE EQUILIBRIO PERITONEAL

A. SOBRINO PÉREZ<sup>1</sup>, L. SÁNCHEZ GARCÍA<sup>2</sup>, S. SANZ BALLESTEROS<sup>3</sup>, C. FELIPE FERNÁNDEZ<sup>4</sup>, E. HERÁNDEZ GARCÍA<sup>5</sup>, V. OVIEDO GÓMEZ<sup>6</sup>, R. DE TORO CASADO<sup>7</sup>, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ<sup>8</sup>, MJ. FERNÁNDEZ-REYES LUIS<sup>9</sup>, V. REYES DÍAZ<sup>10</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO MÉDICO. FRESenius MEDICAL CARE (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA (PALENCIA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA (SEGOVIA)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Grupo PIPDPCyL para el estudio de la presión intraperitoneal en diálisis peritoneal.

**Introducción:** La valoración del estado nutricional en diálisis peritoneal (DP) está ganando relevancia dada su influencia en el pronóstico de los pacientes. Hasta donde conocemos, no se ha estudiado su relación con la ultrafiltración (UF). Estudiamos aquí la influencia de los componentes de la composición corporal (BC) (índice de masa magra, LTI; índice de masa grasa, FTI; sobrehidratación, OH) en las alteraciones de la UF del test de equilibrio peritoneal (PET).

**Métodos:** Realizamos un PET 4.25%/3.86% en 76 pacientes no seleccionados. Antes del llenado de inicio, medimos la BC (LTI, FTI, OH) mediante bioimpedancia, utilizando el Body Composition Monitor (BCM®, Fresenius Medical Care, Bad Homburg, Germany). Recogimos los datos habituales del PET, considerándose fallo de UF (FUF) a una UF<400mL y disfunción de acuaporinas (AQPD) al descenso de la concentración de sodio en el dializado en la primera hora  $\leq 5$  mEq/L respecto a la basal.

**Resultados:** Los resultados de IMC y BC se muestran en la Tabla 1. Los pacientes con FUF (22%) tuvieron menor LTI; aquellos con AQPD (41%) presentaron mayor FTI y menor LTI, de manera estadísticamente significativa. En el análisis multivariante ajustado por el D/PCreatinina, el IMC y los componentes de la BC, se observa que tanto un mayor FTI (OR=1,161; p=0,004), como un mayor D/PCreatinina (OR=147; p=0,033) se presentan como factores de riesgo para el FUF y/o AQPD.

**Conclusiones:** Nuestros resultados apuntan a que la BC tiene influencia en los resultados de UF del PET. Los pacientes con FUF y/o AQPD presentan un perfil nutricional más deteriorado (mayor FTI y menor LTI) que los pacientes sin estas patologías. Queda por estudiar si estas relaciones se vinculan con la presión intraperitoneal y su efecto contrarrestando la UF. La monitorización del estado nutricional de nuestros pacientes, así como la búsqueda de estrategias para mejorarlo, resulta fundamental en DP.

**Tabla 1.** Diferencias de composición corporal entre los pacientes con y sin fallo de ultrafiltración (FUF) y con y sin disfunción de acuaporinas (AQPD) según los resultados del PET 4.25%/3.86%. IMC: índice de masa corporal. LTI: índice de masa magra. FTI: índice de masa grasa. OH: sobrehidratación. Los resultados se muestran como media  $\pm$  DS.

	FUF	p	No-FUF	FAQ	p	No-FAQ	FUF y/o AQPD	p	No FUF, no AQPD
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,9 $\pm$ 4,3	0,63	26,4 $\pm$ 4,4	27,7 $\pm$ 4,7	0,050	25,7 $\pm$ 4,1	25,6	0,055	27,5
LTI (kg/m <sup>2</sup> )	13,4 $\pm$ 3,6	0,022	15,7 $\pm$ 3,6	14,1 $\pm$ 3,8	0,048	15,8 $\pm$ 3,4	14,2 $\pm$ 3,8	0,024	16,1 $\pm$ 3,4
FTI (kg/m <sup>2</sup> )	13,2 $\pm$ 7,2	0,096	10,4 $\pm$ 8	12,9 $\pm$ 5,5	0,005	9,3 $\pm$ 5,1	12,6 $\pm$ 5,8	0,004	9,0 $\pm$ 4,8
OH (L)	-1,1 $\pm$ 1,6	0,5	-1,5 $\pm$ 1,9	-1,5 $\pm$ 1,7	0,74	-1,3 $\pm$ 2	-1,5 $\pm$ 1,7	0,52	-1,3 $\pm$ 2,0
n (%)	17 (22%)		59 (78%)	31 (41%)		44 (59%)	37 (49%)		39 (51%)

### 51 PÉRDIDA PROTEICA PERITONEAL (PPP), ¿ESTÁ ASOCIADA A SARCOPENIA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP)?

A. MUÑOZ SÁNCHEZ<sup>1</sup>, E. GARCÍA-MENÉNDEZ<sup>2</sup>, I. GARCÍA GARCÍA<sup>3</sup>, C. MARTÍN RODRÍGUEZ<sup>4</sup>, O. CASTEDO MARTÍNEZ<sup>5</sup>, J. FERNÁNDEZ CUSICANQUI<sup>6</sup>, MR. LLOPEZ CARRATALA<sup>7</sup>, D. JANIERO MARIN<sup>8</sup>, M. VALDENEBRO RECIO<sup>9</sup>, J. PORTOLES<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO (ESPAÑA)

**Introducción:** La sarcopenia es altamente prevalente en DP, relacionándose con la edad, la comorbilidad, la desnutrición y la inflamación. Asocia peor calidad de vida, mayor riesgo de hospitalización, y aumento de la discapacidad, fragilidad y mortalidad. La PPP puede oscilar de 2-15 g/diarios, existiendo variabilidad inter-individual. Dado que es algo olvidado, nuestro objetivo es analizar la asociación entre PPP y sarcopenia.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio observacional en pacientes prevalentes en DP desde Julio de 2023, con un tiempo medio de seguimiento de al menos 6 meses. Se recogieron parámetros clínicos, de eficacia, analíticos y nutricionales, junto con fragilidad (escala FRAIL), riesgo de desnutrición (escala MIS), PPP y urinaria. Evaluamos también el riesgo de discapacidad con el Short Physical Performance Battery (SPPB). Clasificamos a los pacientes con riesgo de sarcopenia según la fuerza palmar (handgrip) y el índice de masa muscular esquelética apendicular (IMMEA), según los criterios EWGSP02.

**Resultados:** Evaluamos 40 pacientes con un tiempo medio en técnica de 1.67años (SD 2.48). El 55% eran varones, el 67.5% estaban en modalidad APD, y un tercio eran diabéticos (35%). El 25% fue clasificado como sarcopénico (handgrip + IMMEA disminuidos); 15 eran no frágiles, 23 prefrágiles, y 2 frágiles. Los sarcopénicos tenían menor FRR, 2,5 (SD 3.2) vs 5.4 (SD 3.1) ml/min/1.73m<sup>2</sup>, p 0.02.

La PPP media fue de 6 g/día (SD 2.52), sin encontrar asociación entre el tipo de transporte o la modalidad CAPD/APD con la PPP, tampoco al separar por comorbilidad, salvo en los que habían tenido un infarto agudo de miocardio, que tenían mayor PPP, p 0.004. En diabéticos encontramos un transporte significativamente mayor 0.72, (SD 0.079) vs 0.65 (SD 0.08).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la PPP y el tiempo en técnica. La PPP media fue de 5.18 (SD 2.83) en el primer tercil y de 6.99 (SD 2.67) en el tercer tercil. Las mujeres tenían menor pérdida de proteínas 5 g/día (SD 1.91) que los hombres 6.75 g/día (SD 2.76), p 0.04.

En cuanto a fragilidad, observamos que, a mayor fragilidad, mayor PPP, media 10.95 (SD 3.74) en frágiles vs 6.55 (SD 2.21) en prefrágiles vs 4.6 (SD 1.7) en no frágiles. Encontramos una correlación negativa entre PPP y albúmina (r=-0.36); y entre fragilidad y SPPB (r=-0.7).

**Conclusiones:** La PPP se asoció con fragilidad, encontramos una correlación positiva entre ambas variables, y negativa entre PPP y albúmina. No se encontró asociación entre PPP y sarcopenia, tampoco con el tipo de transporte, la modalidad CPAD/APD o el tiempo en técnica.

### 52 NUEVAS RESINAS DE INTERCAMBIO: ¿ESTÁN EXENTAS DE EFECTOS ADVERSOS?

R. MORENO GARCÍA<sup>1</sup>, RH. SOSA BARRIOS<sup>2</sup>, M. PIRIS GONZÁLEZ<sup>3</sup>, M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR<sup>4</sup>, F. CABALLERO CEBRIÁN<sup>5</sup>, C. CAMPILLO TRAPERÓ<sup>6</sup>, Y. GUTIÉRREZ MARTÍN<sup>7</sup>, R. VILLAVELO GUERRERO<sup>8</sup>, M. FERNÁNDEZ LUCAS<sup>9</sup>, ME. RIVERA GORRINI<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** El tratamiento de la hiperpotasemia crónica en pacientes en diálisis peritoneal (DP) o con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) puede precisar el uso de resinas de intercambio. Su eficacia es incuestionable pero sus efectos adversos son poco conocidos dada su reciente aparición en el mercado.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico (enero 2021 - febrero 2025). Recogimos datos demográficos y analíticos al inicio y durante el tratamiento. Analizamos cambios clínicos, bioquímicos y eventos adversos.

**Resultados:** Los datos demográficos y bioquímicos de pacientes tratados con Ciclosilicato de Zirconio (CSZ) y con Patiromer (PTM) se presentan en la Tabla 1.

- Efectos adversos registrados:
  - Grupo CCZ (n=24): 9 pacientes (37,5%) presentaron sobrecarga de volumen (2 anúricos), lo que motivó suspensión del fármaco o ajustes del tratamiento (diuréticos, pauta de diálisis o antihipertensivos). En tres pacientes se había aumentado la dosis a 10 gr/24h. Dos pacientes suspendieron el tratamiento por efectos gastrointestinales (1 diarrea, 1 estreñimiento)
  - Grupo PTM (n=8): 2 pacientes (25%) precisaron la suspensión del fármaco, 1 por estreñimiento severo y 1 por inestabilidad de la marcha.
- 100% normalizó la kalemia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la natremia ni la tensión arterial sistólica entre el inicio del tratamiento y el final del mismo en ambos grupos.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, el CCZ se asoció a más episodios de sobrecarga de volumen (37,5%), precisando la suspensión del fármaco y modificación del tratamiento, en el caso de PTM por estreñimiento. En el 33% de los casos, la sobrecarga de volumen coincidió con un incremento de dosis del fármaco. Ambos tratamientos presentan eficacia y buena tolerancia relevante clínicamente.

**Tabla 1.** Características basales de los pacientes tratados con CSZ y PTM.

	CSZ (n=24)	PTM (n=8)	P-valor
Edad media (años)	59,3 $\pm$ 15	65,5 $\pm$ 20	0,440
Sexo (%) (M/H)	41,7% / 58,3%	50% / 50%	0,703
Hipertensión arterial previa (%)	91%	100%	1,000
Diabetes mellitus (%)	37%	12,5%	0,380
Insuficiencia cardiaca previa (%)	25%	25%	1,000
Insuficiencia cardiaca post (%)	4%	0%	1,000
Edemas post tratamiento (%)	25%	0%	0,290
Diuresis residual media (%)	83%	87%	1,000
Anuria (%)	16,6%	12,5%	1,000
Tratamiento con bicarbonato oral (%)	75%	37%	0,088
Predialisis peritoneal (%)	58%	37%	0,423
Tiempo medio de tratamiento (meses)	6 $\pm$ 5	5 $\pm$ 4	0,337
TA sistólica inicio (mmHg)	134 $\pm$ 18	151 $\pm$ 24	0,097
TA sistólica fin (mmHg)	137 $\pm$ 22	141 $\pm$ 13	0,540
Natremia inicio (mmol/L)	138 $\pm$ 3	136 $\pm$ 3	0,128
Natremia fin (mmol/L)	136 $\pm$ 5	136 $\pm$ 3	1,000

### 53 FRAGILIDAD Y SARCOPENIA EN DIÁLISIS PERITONEAL: RETOS AÚN NO RESUELTOS

E. GARCÍA-MENÉNDEZ<sup>1</sup>, MJ. FERNÁNDEZ-REYES<sup>2</sup>, C. SÁNCHEZ GONZÁLEZ<sup>3</sup>, J. CARO ESPADA<sup>4</sup>, B. CANCHO CASTELLANO<sup>5</sup>, F. TORNERO<sup>6</sup>, L. ESPINEL COSTOSO<sup>7</sup>, M. OSSORIO GONZALEZ<sup>8</sup>, A. CIRUJEDA<sup>9</sup>, J. PORTOLES<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA (ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (ESPAÑA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE (ESPAÑA), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (ESPAÑA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (ESPAÑA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (ESPAÑA)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Grupo Centro de Diálisis Peritoneal (GCDP)

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de reserva fisiológica y funcional, que incrementa la vulnerabilidad ante eventos adversos (caídas, infecciones, hospitalizaciones prolongadas y mortalidad). Su relevancia es tal, que ha sido incluida como plan de atención integral en la estrategia de la Consejería de Sanidad. Supone un desafío mayor en el contexto del tratamiento domiciliario que requiere un alto grado de independencia y autogestión por el paciente. Estudios previos asocian fragilidad con un mayor riesgo de peritonitis, hospitalización y abandono de técnica. Por ello, necesitamos estrategias específicas para DP. Aunque existen herramientas validadas para evaluar la fragilidad, su aplicación sigue siendo limitada y heterogénea. **Objetivo:** Identificar las estrategias implementadas en las unidades de DP para el abordaje de la fragilidad, así como las barreras percibidas por los profesionales y las oportunidades de mejora para optimizar la atención.

**Material y métodos:** El Grupo-Centro-de-Diálisis-Peritoneal (GCDP) diseñó una encuesta dirigida a unidades de DP que incluía siete ítems sobre el uso de: Escalas de fragilidad, Evaluación nutricional, Dinamómetro, Ecografía para valoración muscular, Bioimpedancia, Encuestas de calidad de vida.

**Resultados:** Respondieron 20 Hospitales, con una mediana de 24 pacientes por centro (RIC 15-34) y 10 incidentes anuales (RIC 6-19). Doce centros disponen de dinamómetro, aunque su uso no es sistemático. Todos cuentan con equipos de bioimpedancia y la aplican de manera programada. De igual manera, todos tienen ecógrafo, aunque solo cinco tienen experiencia en medición muscular. Solo 7 centros evalúan calidad de vida (más usada escala KDQOL). 13 centros emplean escalas nutricionales (11 MIS Scale). Las escalas de fragilidad se utilizan en 11 centros (FRAIL Scale en 8). Solo 2 centros miden la capacidad funcional por scores/test. Las principales barreras identificadas para la evaluación de la fragilidad fueron la falta de tiempo y la ausencia de guías, tanto para la valoración como para la intervención en estos pacientes.

**Conclusiones:** Existe una notable heterogeneidad en la evaluación de la fragilidad en las unidades de DP. A pesar de la disponibilidad de herramientas (bioimpedancia, ecografía, dinamómetros) su uso no está estandarizado. Entender cómo las unidades españolas abordan la fragilidad es clave para desarrollar estrategias adaptadas a nuestro contexto sanitario. La implementación de guías específicas y la optimización del tiempo clínico podrían mejorar el abordaje de la fragilidad en estos pacientes, favoreciendo un mejor pronóstico y calidad de vida.

## 54 TRANSFERENCIA DE HEMODIÁLISIS A DIALISIS PERITONEAL. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS Y LA EVOLUCIÓN

A. MARÍN MARQUÉS<sup>1</sup>, D. MANZANO SÁNCHEZ<sup>2</sup>, A. MARTÍNEZ LOSA<sup>1</sup>, A. ALEDO OLTRA<sup>1</sup>, M. DE LARA GIL<sup>1</sup>, M. LÓPEZ VIGUERAS<sup>1</sup>, I. FERRER LOZANO<sup>1</sup>, JB. CABEZUELO ROMERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

**Introducción:** Existe una percepción de que los pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo (TRS) con hemodiálisis (HD) no son candidatos idóneos para transferir a diálisis peritoneal (DP), entre otros factores, por la pérdida acelerada de la función renal residual. Sin embargo, algunos pacientes pueden experimentar una recuperación parcial de la misma en DP, gracias a su menor agresividad hemodinámica.

La elección del TRS determina la calidad de vida y la supervivencia. El inicio de manera no programada suele hacerse en HD. La transferencia precoz de HD a DP podría representar pacientes con inicio no programado. La transferencia tardía podría deberse a fallo de técnica, en especial problemas de acceso vascular. Este estudio evalúa causas y características de pacientes que pasan de HD a DP; evolución de la diuresis y supervivencia en DP.

**Material y método:** Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, del 1 de enero de 2000 al 1 de enero de 2025. Variables recogidas: edad, sexo, etiología de enfermedad renal crónica (ERC), factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes y cardiopatía isquémica), tiempo en HD, motivo del paso a DP, tipo de técnica, diuresis al inicio de DP y al tercer mes, tiempo en DP y motivos de salida.

**Resultados:** 153 pacientes pasan de HD a DP. 57.1% hombres, edad 43.2 ( $\pm$ 17.5) años. Etiología de ERC 35.7% glomerulonefritis y 17.9% no filiada. 85.5% hipertensos, 18.2% diabéticos y 9.1% con cardiopatía isquémica.

92.95% pasa a DP por elección propia, 5.36% por problemas de acceso vascular. Transferencia a DP tras tiempo medio en HD de 4.9 (0.3-46.5) meses. Todos los pacientes inician en DPCA y un 42.6% de los pacientes pasan posteriormente a DPA. Permanencia media en DP de 27.6 (2.6-143.1) meses.

66.1% de los pacientes que salen del programa de DP lo hacen por trasplante, 21.4% vuelven a HD y 7.1% fallecen.

Existe un aumento significativo de la diuresis ( $p < 0.001$ ) tras tres meses del cambio, así como una menor diuresis en los pacientes que pasaron a DPA ( $p = 0.013$ ).

En el 25% de los pacientes el cambio se hizo tras más de 5 meses en HD, el 95% por decisión propia. La evolución de estos pacientes fue buena, con permanencia en DP de 26.3 (2.6-74.23) meses.

### Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes cambia de modalidad de TRS para adaptarla a sus necesidades.
- La transición de HD a DP se asoció con una mejora significativa de la diuresis residual. La mayoría de los pacientes permanecen en técnica sin necesidad de regresar a HD.
- Es necesario mejorar la información sobre las opciones de TRS sin olvidar a aquellos pacientes que han precisado un inicio de TRS no programado.

## 55 EL ÍNDICE SENO/CORTEZA COMO PREDICTOR DE DISFUNCIÓN RENAL

JR. RODRIGUEZ PALOMARES<sup>1</sup>, KM. PERES DEL VALLE<sup>1</sup>, N. BEGOÑA BOLDOVA<sup>1</sup>, C. GOMEZ<sup>2</sup>, A. BENITO SALMERON<sup>1</sup>, B. HERNANDEZ SEVILLANO<sup>1</sup>, G. DE ARRIBA DE LA FUENTE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GUADALAJARA (GUADALAJARA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. UNIVERSIDAD DE ALCALA DE HENARES (GUADALAJARA)

**Introducción:** La ecografía es una herramienta fundamental en la evaluación de la insuficiencia renal crónica (IRC). Parámetros ecográficos tradicionales como el tamaño renal, el grosor cortical y el volumen renal han sido utilizados para estimar la función renal, aunque presentan limitaciones en su capacidad discriminativa. En este estudio, se propone el Índice Seno/Corteza (SC), un nuevo parámetro basado en la proporción del área renal ocupada por el seno renal, con el objetivo de evaluar su utilidad en la predicción de la disfunción renal.

**Material y método:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo 1,446 ecografías renales realizadas entre enero de 2020 y enero de 2025. Se analizaron los parámetros ecográficos tamaño renal, grosor parenquimatoso, volumen renal e Índice SC, medidos por un único operador para minimizar la variabilidad interobservador. La función renal se categorizó según el filtrado glomerular estimado (FGe) utilizando la ecuación CKD-EPI, y los pacientes fueron estratificados según el grado de deterioro renal.

El análisis estadístico incluyó correlaciones de Spearman para evaluar la relación entre los parámetros ecográficos y el FGe, curvas ROC para determinar su capacidad discriminativa y análisis de regresión logística para evaluar el Índice SC como predictor de insuficiencia renal.

**Resultados:** El Índice SC mostró una correlación significativa con el FGe ( $r = 0.38$ ,  $p < 0.001$ ). El análisis ROC identificó un SC  $\leq 0.446$  como punto de corte óptimo para detectar un FGe  $< 45$  mL/min, con un área bajo la curva (AUC) de 0.697, lo que indica una capacidad discriminativa moderada.

El grosor parenquimatoso presentó la mejor capacidad diagnóstica (AUC = 0.742), mientras que el tamaño renal y el volumen renal mostraron un desempeño inferior (AUC = 0.645 y 0.629, respectivamente).

El análisis de regresión logística mostró que el Índice SC fue un predictor independiente de insuficiencia renal en pacientes con FGe  $< 60$  mL/min (OR = 6.58,  $p = 0.009$ ), lo que refuerza su utilidad diagnóstica.

**Conclusiones:** El Índice Seno/Corteza (SC) es un parámetro ecográfico prometedor en la evaluación de la insuficiencia renal crónica, especialmente en pacientes con FGe  $< 60$  mL/min. Un SC  $\leq 0.446$  se asocia con un deterioro significativo de la función renal, lo que sugiere su potencial como marcador complementario en la práctica clínica. Se requieren estudios prospectivos para validar su aplicabilidad y definir su utilidad en la toma de decisiones clínicas.

## 56 EVOLUCIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN POR BIOIMPEDANCIA EN LA TRANSICIÓN DE LA FASE PREDIALÍTICA A DIALISIS PERITONEAL: ESTUDIO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO

JR. RODRIGUEZ PALOMARES<sup>1</sup>, KM. PEREZ DEL VALLE<sup>1</sup>, N. BEGOÑA BOLDOVA<sup>1</sup>, I. NIETO ABAD<sup>1</sup>, A. PEREZ ALICIA<sup>1</sup>, A. BENITO SALMERON<sup>1</sup>, G. DE ARRIBA DE LA FUENTE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA)

**Antecedentes y objetivos:** La sobrehidratación es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada y se asocia con mayor riesgo cardiovascular y mortalidad. Mientras que el estado de hidratación en hemodiálisis (HD) suele fluctuar debido a la naturaleza intermitente de la técnica, la diálisis peritoneal (DP) se ha considerado tradicionalmente más estable en términos de balance hídrico. Sin embargo, evidencias recientes sugieren que una proporción significativa de pacientes en DP permanece crónicamente sobrehidratada. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución longitudinal de la sobrehidratación, medida mediante bioimpedancia (BIS), antes y después del inicio de la DP.

**Diseño, ámbito, participantes y mediciones:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo y longitudinal en una cohorte de pacientes con ERC estadio 5 que iniciaron DP entre [fecha inicio] y [fecha fin] en [nombre del hospital]. Se incluyeron pacientes con al menos tres mediciones de BIS en el año previo al inicio de DP y tres mediciones posteriores. Se recogieron datos de sobrehidratación absoluta (OH, en litros) y relativa (%ECV), además de variables clínicas y analíticas. Las mediciones se agruparon en intervalos pre-DP (-12 a -6 meses y -6 a -1 meses) y post-DP (0-6, 6-12 y 12-24 meses). Se analizaron los cambios temporales mediante comparación pareada y modelos de medidas repetidas.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes. En el año previo a la DP se observó una tendencia al aumento del OH, desde 1,38 L en el periodo -12 a -6 meses hasta 2,00 L en el periodo -6 a -1 meses. Tras el inicio de la DP, se documentó una reducción progresiva del OH:  $2,07 \pm 1,64$  L en los primeros 6 meses,  $1,86 \pm 2,02$  L entre los 6 y 12 meses, y  $1,52 \pm 1,38$  L entre los 12 y 24 meses. La comparación entre el último periodo pre-DP y el primero post-DP mostró una mejora estadísticamente significativa del estado de hidratación ( $p = 0,029$ ). No se hallaron diferencias significativas entre los periodos posteriores.

**Conclusiones:** La instauración de la DP se asoció con una reducción sostenida del exceso de volumen, medida mediante BIS. Aunque se observó alta variabilidad interindividual, los datos respaldan el efecto beneficioso de la DP en el control de la sobrehidratación. La progresión previa y la estabilización posterior refuerzan el valor de la BIS como herramienta de seguimiento longitudinal y gestión personalizada del volumen en la ERC avanzada.

## 57 CUANDO EL AGUA HABLA: LO QUE LA SOBREHIDRATACIÓN REVELA DEL PACIENTE EN DP

JR. RODRIGUEZ PALOMARES<sup>1</sup>, N. BEGOÑA BOLDOVA<sup>1</sup>, KM. PEREZ DEL VALLE<sup>1</sup>, A. BENITO SALMERON<sup>1</sup>, Y. GIL GIRALDO<sup>1</sup>, C. COTON BATRES<sup>1</sup>, G. DE ARRIBA DE LA FUENTE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA)

La sobrehidratación es un hallazgo frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con diálisis peritoneal (DP), y se ha relacionado con peores resultados clínicos. Sin embargo, el significado clínico de la sobrehidratación y su relación con otras dimensiones del estado del paciente sigue siendo objeto de estudio.

**Objetivo:** Describir las asociaciones entre el estado de sobrehidratación, medido por bioimpedancia, y variables clínicas, inflamatorias y nutricionales en una cohorte representativa de pacientes en DP.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal en pacientes adultos en DP con mediciones disponibles de bioimpedancia y parámetros clínico-analíticos. Se analizaron comparaciones de sobrehidratación (OH) por subgrupos clínicos y correlaciones de Spearman entre OH y variables cuantitativas. Se utilizaron pruebas de Mann-Whitney para comparaciones entre grupos.

**Resultados:** La OH fue significativamente mayor en varones ( $2.12 \pm 1.95$  L vs.  $1.24 \pm 0.81$  L;  $p = 0.0057$ ), en mayores de 60 años ( $2.03 \pm 1.45$  L vs.  $1.25 \pm 1.71$  L;  $p = 0.00067$ ), y en pacientes diabéticos ( $2.55 \pm 1.99$  L vs.  $1.46 \pm 1.52$  L;  $p = 0.0175$ ). Se observó una tendencia no significativa a mayor OH en pacientes sin diuresis residual. OH se correlacionó de forma significativa con PCR ( $p = 0.156$ ), ferritina ( $p = -0.273$ ), aclaramiento de urea ( $p = -0.214$ ), KtV ( $p = -0.218$ ), albúmina ( $p = -0.468$ ), colesterol ( $p = -0.261$ ) y FTI ( $p = 0.273$ ).

**Conclusión:** La sobrehidratación refleja no solo el estado de volumen, sino también el perfil inflamatorio, nutricional y la función renal residual en pacientes en DP. Su evaluación sistemática puede contribuir a una valoración clínica más integral y a la individualización del tratamiento.

 Ver figuras

# Resúmenes

## Dialisis peritoneal

### 58 SEGURIDAD Y POSIBLES BENEFICIOS DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (ISGLT2) EN PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL

E. ROMERO ZALDUMBIDE<sup>1</sup>, A. SASTRE LOPEZ<sup>2</sup>, L. GOMEZ ACOSTA<sup>1</sup>, M. RODRIGUEZ SARMIENTO<sup>3</sup>, C. MARTINEZ ROSERO<sup>4</sup>, X. MARTELLI GUERRERO<sup>5</sup>, E. MONFA GUIX<sup>6</sup>, G. ESTIFAN KASABJI<sup>1</sup>, C. LUCAS ALVAREZ<sup>7</sup>, M. PRIETO VELASCO<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE LEÓN (LEÓN)

**Introducción:** Los pacientes en diálisis peritoneal (DP) tienen una importante morbi-mortalidad cardiovascular, esta empeora con la sobrecarga de volumen, el estrés oxidativo y la inflamación. Además, están sometidos a una sobrecarga de glucosa derivada de la técnica por ello planteamos que el uso de ISGLT2 podrían ser fármacos beneficios en esta población.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que estudiamos los efectos de los ISGLT2 en los pacientes prevalentes en programa de DP con función renal residual, comparamos las variables a estudio antes y después del tratamiento. Se evaluaron parámetros antropométricos, bioquímicos y dialíticos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 29, y se utilizó Test de Wilcoxon para variables cuantitativas relacionadas.

**Resultados:** Se incluyó a 13 pacientes en DP tratados con ISGLT2 durante una mediana de 9 meses. 9 (69.2%) eran varones, y 4 (30.8%) eran mujeres. La mediana de edad fue de 66 años. En cuanto a la modalidad 11(84.6%) se encontraban en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y 2 (15.4%) en diálisis peritoneal automatizada (DPA).

**Conclusiones:** 1. En esta cohorte preliminar de pacientes en DP, el uso de ISGLT2 fue seguro y bien tolerado, sin inducir efectos adversos relevantes; 2. Aunque no se observaron mejoras significativas en la mayoría de los parámetros clínicos y bioquímicos debido quizás al tamaño muestral, la estabilidad de los indicadores sugiere que los ISGLT2 pueden ser una alternativa terapéutica viable en pacientes seleccionados en DP; 3. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo para confirmar estos hallazgos y explorar beneficios potenciales adicionales.

Tabla 1.

	Pre Medicación		Post Medicación		p
	Mediana	Rango Intercuartilico	Mediana	Rango Intercuartilico	
Peso(Kg)	78.50	64.75-86.62	74.70	64.50-89.40	0.583
IMC(Kg/m2)	26.30	24.77-29.80	27.80	24.42-30.75	0.937
BCM(L)	1.2	-750-2.1	-100	-500-900	0.169
LTI (Kg/m2)	12.30	10.20-14.15	12.80	9.95-13.70	0.861
FTI (Kg/m2)	12.60	11.25-15.20	14.70	11.40-17.45	0.046
KT/v	2.49	2.04-2.84	2.01	1.88-2.93	0.382
KT/Cv	96.60	76.25-118	92.06	76.75-113.50	0.917
Urea	1.09	0.95-1.45	1.12	0.81-1.62	0.675
FR(mL/min)	7.11	4.81-10.12	7.12	3.89-9.21	0.600
Absorción de Glucosa en LP (mg/dL)	471	271.5-868	654	266-842	0.345
UF(mL)	500	200-900	650	400-1225	0.265
CA125	23	15.1-32.7	20.2	12.3-33.4	0.917
Hb(g/dL)	11.7	10.10-12.5	12.30	11.35-12.75	0.152
INR	34.70	30-38.5	39.50	32.45-38.35	0.249
Ac Úrico(mg/dL)	4.40	4.15-5.25	4.60	4.00-5.80	0.649
HCO3(mmol/L)	22.20	20.15-24.10	22.70	19.80-24	0.780
TG(mg/dL)	113	68-157	120	77.50-175.50	0.249
HDL (mg/dL)	41	31.50-66.50	35	32-73.50	0.327
LDL (mg/dL)	74	44-100	90	49-121	0.656
HbA1c(%)	8.8	5.2-7.6	5.6	5.2-7.0	0.593
Albumina(g/dL)	3.9	3.7-4.25	3.9	3.55-4.1	0.306
Proteínas totales(g/dL)	7.10	6.35-7.25	6.90	6.00-7.10	0.326
PCR ng/mL	2.4	1.4-17.65	3.50	1.35-12.85	0.374
Ferritina ng/mL	194	74.50-475	139	49.00-413.50	0.117
IPAS (mmHg)	127	117.5-151	125	114-130	0.220
PAD (mmHg)	81	68.50-88	79	67.50-81.50	0.221

### 60 IMPORTANCIA DEL MAPA MICROBIOLÓGICO LOCAL EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA PERITONITIS ASOCIADA A DIALISIS PERITONEAL: ANÁLISIS DE CINCO AÑOS EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA

MT. FERNÁNDEZ QUIRÓS<sup>1</sup>, E. DELGADO SÁNCHEZ DE MURGA<sup>1</sup>, AM. GARCÍA GIRÓN<sup>1</sup>, EB. PEREIRA PÉREZ<sup>1</sup>, MJ. ESPIGARES HUETE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

**Introducción:** Las infecciones intraperitoneales continúan siendo una complicación frecuente y grave en diálisis peritoneal, siendo la tercera causa de fallo de técnica y contribuyendo a una elevada morbi-mortalidad. Pese a los avances en su prevención, su manejo sigue siendo variable, condicionando por la escasa evidencia sólida disponible. La elección empírica del tratamiento antibiótico basado en la sensibilidad local es clave para mejorar los resultados clínicos. Este estudio analiza los episodios de peritonitis registrados entre 2020 y 2024 en nuestra unidad con el objetivo de caracterizar su etiología microbiana, evaluar la eficacia del tratamiento empírico y analizar factores de riesgo asociados.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de los episodios de peritonitis en diálisis peritoneal en nuestra unidad entre 2020 y 2024. Se analizaron datos microbiológicos, perfiles de sensibilidad antibiótica y desenlaces clínicos (hospitalización, retirada de catéter, fallo de técnica). Se evaluó la influencia de factores de riesgo como diabetes, inmunosupresión, obesidad, edad y portación nasal de *Staphylococcus aureus*.

**Resultados:** Los principales datos microbiológicos, de sensibilidad antibiótica y desenlaces clínicos se detallan en la tabla adjunta. Destaca la mayor sensibilidad de los Gram positivos a vancomicina (100%) frente a cefazolina (78.9%), y de los Gram negativos a ceftazidima (92%) frente a gentamicina (84%). La presencia de IOS y tunelitis se asoció significativamente con fallo de técnica y necesidad de retirada del catéter.

**Conclusiones:** Los resultados reflejan que la pauta empírica con vancomicina y ceftazidima proporciona una cobertura más eficaz frente a la flora local que la combinación tradicional de cefazolina y gentamicina. El conocimiento de los perfiles de sensibilidad antibiótica y los factores de riesgo identificados permiten adaptar los protocolos terapéuticos, optimizar el tratamiento empírico inicial y mejorar el pronóstico de los pacientes en diálisis peritoneal.

Tabla 1.

Peritonitis en 5 años	n=105
Edad (años)	65.7 ± 16.1
Sexo	Varones: 67 (63.81%) Mujeres: 38 (36.19%)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26.7 ± 4.1
Clasificación IMC	Sobrepeso: 55 (52.38%) Obesidad: 17 (16.19%)
Tiempo en DP (meses)	31.7 ± 28.4
Diabetes	Si: 33 (31.43%) No: 72 (68.57%)
Terapia inmunosupresora	Si: 24 (22.86%) No: 81 (77.14%)
Técnica de DP	CAPD: 46 (43.81%) DPA: 59 (56.19%)
Etiología de la peritonitis	Gram positivos: 52 (49.52%) Gram negativos: 25 (23.81%) Polimicrobiana: 5 (4.76%) Hongos: 4 (3.81%) Peritonitis estéril: 19 (18.10%)
Multiresistentes	22 (20.95%)
Sensibilidad	Gram positivo: Cefazolina 78.9% Vancomicina 100% Gram negativo: Gentamicina 84% Ceftazidima 92%
Tipo de Peritonitis	Recidivante: 8 (7.62%) Recurrente: 5 (4.76%)
Factores de riesgo (Odds Ratio)	IOS Tunelitis P. Fúngicas
Retirada del catéter	6.05 (p=0.002) 23.45 (p<0.001)
Fallo de la técnica	6.05 (p=0.002) 11.81 (p=0.002)
Ingreso hospitalario	- 23.53 (p=0.001)
Portador nasal de S. aureus	10 (9.52%) (asociado a peritonitis por S. aureus)

### 59 COMPLICACIONES DE LA DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES CON POLIQUISTO-SIS RENAL

HK. PASACHE-CHONG<sup>1</sup>, AT. TINOCO<sup>1</sup>, SB. BENITO<sup>1</sup>, BC. COLL<sup>1</sup>, ML. LLORET<sup>1</sup>, CR. RUIZ<sup>1</sup>, AR. RAMOS<sup>1</sup>, MP. PILCO-TERÁN<sup>1</sup>, JD. DÍAZ<sup>1</sup>, AH. HERREROS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAAÑA)

**Introducción:** Las complicaciones descritas en la literatura sobre pacientes con poliquistosis renal (PQR) que se encuentran en programas de diálisis peritoneal (DP) han sugerido que este subgrupo de pacientes podrían tener un mayor riesgo de complicaciones presumiblemente secundarias al aumento de la presión intraperitoneal por visceromegalia. En el presente estudio describimos las complicaciones encontradas en los pacientes de nuestro centro.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se compararon pacientes con PQR versus no PQR entre 2013 a 2024 de nuestro centro, además se evaluaron las complicaciones mecánicas asociadas y requerimiento de cambio de técnica.

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes; 25 con PQR (Grupo PQR) y 36 sin PQR (Grupo No-PQR). En el grupo PQR se observaron predominantemente mujeres 64% (16) mientras que en el grupo No-PQR predominaron hombres 63,9% (23) (p=0,029). Las medias de edad fueron en el grupo PQR 56.80 ± 12.93 años y en el No-PQR 56.11 ± 11.27 años. El tiempo en DP fue similar para ambos grupos con 18.80 ± 18.36 vs 19.08 ± 17.32 meses respectivamente.

Se encontró diferencia significativa en la aparición de hernias en el grupo PQR 40% (10) frente a No-PQR 13,9% (5) (p=0,022), con tiempo de aparición de 10.60 ± 4.9 meses tras el inicio de DP. Respecto a hernias previas hubo diferencias entre grupos: PQR 52% (25) vs No-PQR 22,2% (8) (p=0,017); estas hernias, se repararon quirúrgicamente al momento de la implantación del catéter de DP. Finalmente no se encontraron diferencias en cuanto a la aparición de fugas, colecciones, sensación de molestias abdominales no asociada al catéter, modalidad de la técnica o transferencia a hemodíalisis.

**Conclusiones:** La experiencia de nuestro centro muestra que existen diferencias significativas de complicaciones mecánicas secundarias a la técnica en pacientes con PQR vs sin PQR pero esto no conlleva a necesidad de cambio de la técnica.

### 61 SELLADO DE CATÉTERES PERITONEALES CON TAUROLIDINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS RECIDIVANTE. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

CE. MARTINEZ ALDANA<sup>1</sup>, F. FERNANDEZ GIRON<sup>1</sup>, A. MARTIN MARQUEZ<sup>2</sup>, MR. DA SILVA PITA<sup>3</sup>, P. BRAVO PRIETO<sup>3</sup>, S. SANTANA SANCHEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMON JIMÉNEZ (HUELVA, ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMON JIMÉNEZ (HUELVA, ESPAÑA)

**Introducción:** La peritonitis recidivante es una importante complicación que se asocia a fallo de la técnica, pérdida del catéter, y en algunos casos, la transferencia a hemodíalisis. La formación de un biofilm en el lumen del catéter hace que las bacterias queden ubicadas en el mismo y el antibiótico no pueda acceder a dichas bacterias. El uso de taurolidina, ha demostrado ser una opción prometedora como método de sellado en catéteres de diálisis peritoneal debido a su potencial para disminuir las tasas de infección y proteger la funcionalidad del acceso peritoneal. Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia en DP es aún limitada.

**Métodos:** El siguiente es un estudio descriptivo, retrospectivo de 8 casos de pacientes en programa de DP con peritonitis recidivante a quienes se les administro un protocolo de sellado del catéter con taurolidina en la unidad de diálisis peritoneal del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva entre 2018 y 2024.

**Resultados:** La distribución por sexo fue igual tanto para hombres como mujeres, con una edad media de 66 ± 11.9 años. La mayoría de los pacientes (62,5%) se encontraban con DP automatizada (APD), todos los pacientes tenían un catéter peritoneal Swan neck Missouri y el tiempo en meses desde el inicio de la técnica hasta el tratamiento con taurolidina fue de 24,7 ± 15.6 meses. La mayoría de los pacientes (87,5%) presento infección peritoneal por bacterias gram positivas, un solo paciente presento infección por una bacteria gram negativa. El 62,5% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico con cefalosporinas de 1º y 3º generación, el resto (27,5%) fueron tratados con un glucopéptido. Ninguno de los pacientes experimentó eventos adversos relevantes, y sólo dos de los ocho presentaron molestias abdominales leves durante la administración de la taurolidina que desaparecieron al disminuir la velocidad de infusión. En un solo caso hubo necesidad de retirar en catéter peritoneal.

**Conclusión:** El uso de taurolidina como método de sellado del catéter peritoneal en peritonitis recidivante es una opción efectiva con resultados clínicos positivos en la erradicación de los microorganismos patógenos, la preservación del catéter peritoneal y la continuidad de la técnica. Se requieren estudios adicionales con un diseño robusto para validar la efectividad y seguridad de la taurolidina en el tratamiento de la peritonitis recidivante en diálisis peritoneal.

Tabla 1.

IDAD	SEXO	AÑO INICIO DE TÉCNICA	TIPO DE TÉCNICA	Tiempo (meses) EN DP HASTA EL EPISODIO DE PERITONITIS RECIDIVANTE	TIPO DE BACTERIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	COMPLICACIONES/EFECTOS ADVERSOS	RETIRADA DEL CATÉTER
49	H	2017	CAPD	45	Staphylococcus haemolyticus	CEFADOLINA	NINGUNO	NO
44	H	2015	APD	35	Staphylococcus haemolyticus	CEFADOLINA	NINGUNO	NO
65	H	2015	APD	33	Staphylococcus epidermidis	VANCOMICINA	NINGUNO	NO
35	M	2020	CAPD	8	Mycobacterium fortuitum	CEFADOLINA	NINGUNO	SI
40	M	2020	APD	24	Morganella morganii	CEFTRIAJONA	DOLOR ABDOMINAL	NO
83	M	2020	APD	28	Staphylococcus aureus	VANCOMICINA	NINGUNO	NO
72	M	2020	APD	45	Enterobacteriaceae	VANCOMICINA	NINGUNO	NO
57	H	2023	CAPD	7	Bacteria Staphylococcus aureus	CEFADOLINA	DOLOR ABDOMINAL	NO

## 62 PREVALENCIA DE RESISTENCIA A LA MUPIROCINA TÓPICA EN PACIENTES PORTADORES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS NASAL EN NUESTRA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL

D. VINUEZA ESPINOSA<sup>1</sup>, S. BEA GRANELL<sup>1</sup>, A. GALAN SERRANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. CHUGV (VALENCIA)

**Introducción:** Staphylococcus aureus es un microorganismo que puede colonizar diferentes partes del cuerpo como la nariz, la faringe, las ingles, la región perianal y las axilas, lo que se considera un factor predisponente para las infecciones invasivas. Entre el 15 y el 30 % de los adultos sanos presentan colonización nasal por S. aureus sensible a la meticilina (SAMS), y entre el 1 y el 3 % por S. aureus resistente a la meticilina (SAMR).

Aunque las definiciones de resistencia a la mupirocina varían y no existen pautas del NCCLS para este agente, la mayoría de los estudios han reconocido niveles bajos y altos de resistencia [concentración inhibitoria mínima (CIM) 8 – 256,  $\geq$  512 mg/L, respectivamente].

Los intentos de eliminar S. aureus de las fosas nasales de los portadores tienen dificultades innatas. No sólo es necesario examinar periódicamente a los pacientes con cultivos de hisopos nasales para detectar la presencia de S. aureus, sino que aquellos que resultan positivos deben tratarse con la administración repetida de ungüento nasal en las fosas nasales durante varios días. Si bien es factible, es costoso, el cumplimiento por parte de los pacientes es cuestionable y la recolonización en ciertos grupos de pacientes es frecuente.

**Metodología:** Se realiza un estudio de prevalencia de resistencia a mupirocina tópica en exudado nasal positivo para S. aureus en pacientes de nuestro centro de diálisis peritoneal

**Resultados:** Actualmente, tenemos 63 pacientes en nuestro programa de diálisis peritoneal, de los cuales 20 (31.74%) son positivos para S. aureus (en exudado de fosas nasales) y están en tratamiento con mupirocina tópica (5 primeros días de cada mes). De ellos ya tenemos un 10% que presentan resistencia con un CMI mayor de 256. Este aumento de prevalencia lo hemos venido observando en este último año, lo cual puede estar indicando un cambio en la resistencia del S. aureus a meticilina.

**Conclusiones:** De acuerdo con la evidencia actual, no se recomienda suspender la profilaxis antibiótica tópica, siendo la mupirocina la primera elección debido al riesgo de peritonitis e infecciones del orificio de salida en personas colonizadas por S. aureus. Sin embargo, debido al aumento de infecciones por S. aureus meticilino resistente, es necesario adaptar la antibioterapia según el antibiograma, ya que el uso prolongado de antibióticos podría contribuir a este aumento de resistencia. Es recomendable considerar siempre la sensibilidad antibiótica del S. aureus nasal a la meticilina y utilizar los antibióticos de manera adecuada, monitoreando la resistencia mediante pruebas rutinarias y cultivos de vigilancia.

## 63 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO KDQOL™-36: EXPERIENCIA DE UNA COHORTE ÚNICA

J. MACÍAS MURILLO<sup>1</sup>, S. ÁLVAREZ PARRA<sup>2</sup>, N. SUAREZ CONDO<sup>2</sup>, A. ROSARIO VARGAS<sup>2</sup>, M. VALDA DE MIGUEL<sup>2</sup>, M. SAEZ CALERO<sup>1</sup>, V. CAMARERO TEMIÑO<sup>1</sup>, B. HIJAZI PRIETO<sup>1</sup>, B. GONZALEZ DIEZ<sup>1</sup>, M. IZQUIERDO PRIETO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (ESPAÑA)

**Introducción:** La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, particularmente en aquellos que requieren tratamiento renal sustitutivo. En este contexto, el cuestionario KDQOL™-36 constituye una herramienta validada para evaluar de forma integral aspectos físicos, emocionales y específicos de la enfermedad. Este estudio tiene como objetivo analizar la calidad de vida de los pacientes en diálisis peritoneal (DP), aportando datos relevantes para la atención personalizada.

**Material y método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron todos los pacientes activos en el programa de DP de la unidad hospitalaria en abril de 2025. A cada paciente se le aplicó el cuestionario KDQOL™-36 en su versión española. Se recogieron y analizaron las puntuaciones medias, medianas y desviaciones estándar de los distintos dominios evaluados por el instrumento.

**Resultados:** Participaron 16 pacientes. El dominio "síntomas/problemas" presentó una puntuación media de 83,72, lo que refleja un adecuado control clínico y una buena percepción del estado general. El dominio "efectos de la enfermedad renal" obtuvo una media de 74,64, mientras que la "carga de la enfermedad renal" mostró una media de 74,22, con una alta variabilidad entre pacientes (DE: 11,61), indicando percepciones diversas sobre el impacto vital de la enfermedad. Las puntuaciones compuestas del SF-12 fueron 48,56 en salud física y 50,48 en salud mental, esta última comparable con la de la población general.

**Conclusiones:** Los pacientes en DP de esta cohorte mostraron una buena percepción general de su calidad de vida, especialmente en control de síntomas y salud mental. La alta variabilidad en la carga percibida de la enfermedad subraya la necesidad de intervenciones personalizadas. El KDQOL™-36 demostró ser útil y aplicable en unidades pequeñas, y ofrece una base sólida para estudios futuros y mejora en la planificación asistencial.

[Ver tabla y figuras](#)

## 64 POSIBLES BENEFICIOS DE ISGLT2 EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP): EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO

M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR<sup>1</sup>, RH. SOSA BARRIOS<sup>1</sup>, R. MORENO GARCÍA<sup>1</sup>, M. PIRIS GONZÁLEZ<sup>1</sup>, F. CABALLERO CEBRIÁN<sup>1</sup>, C. CAMPILLO TRAPERÓ<sup>1</sup>, Y. GUTIÉRREZ MARTÍN<sup>1</sup>, M. FERNÁNDEZ LUCAS<sup>1</sup>, M. RIVERA GORRIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado beneficios cardiovasculares y renales, incluyendo la reducción de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (ICC) y la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). En pacientes en DP, su utilidad no está bien establecida. En algunos artículos se ha descrito un posible efecto beneficioso sobre membrana peritoneal y la eritropoyesis. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de los iSGLT2 sobre la volemia, la UF y la anemia en pacientes en DP, en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico de pacientes en DP tratados con iSGLT2 (febrero 2023-marzo 2025).

Indicación de iSGLT2: incremento de la diuresis en ICC (n=2), incrementar UF (n=3), esclerosis peritoneal (n=1) y preservar FRR (n=1). Recogimos datos clínicos y analíticos antes, al mes y tras 6 meses de tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 7 pacientes, 5 varones y 2 mujeres con mediana de edad 69±11.3 años. 2 iniciaron iSGLT2 11 y 12 meses antes de la DP, 6 con dapaglifozina y 1 empaglifozina. Sólo 1 tenía DM2. La ERC de base fue: 2 síndrome cardiorenal tipo 2, 1 síndrome hepatorenal, 1 lupus, 1 nefropatía membranosa y 1 nefritis intersticial crónica por tumor retroperitoneal. La mediana de diuresis no se modificó al mes (1300±960 mL vs 1200±1028 mL basal), pero descendió a 900 mL a los 6 meses. La mediana de UF aumentó de 659±106 mL a 987.5±136 mL/24h tras el inicio del tratamiento. El 60% presentó reducción de edemas y 1 con ingresos frecuentes por ICC no reingresó nuevamente por sobrecarga de volumen. 1 paciente permanece sin diálisis un año después con un FGe de 23,89 ml/min.

La Hb media no se modificó significativamente (11.06 g/dL basal, y 11.17 g/dL a los seis meses). Un paciente requirió suspensión temporal del fármaco por deterioro de la función renal; tras recuperación, se reinició sin incidencias.

No hubo efectos secundarios relevantes. Los dos pacientes con síndrome cardiorenal fallecieron (ICC refractaria y muerte súbita a los 9 y 16 meses de iniciar el tratamiento).

**Conclusiones:** Aunque con las limitaciones del tamaño muestral, el uso de iSGLT2 se asoció con una mejora en la UF y una estabilización de la Hb, sin eventos adversos significativos. Estos hallazgos respaldan su posible papel beneficioso sobre la sobrecarga hidrosalina y anemia en DP.

## 65 EL DESAFÍO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE PERITONITIS

E. GHOLBI VIVES<sup>1</sup>, A. SOLDEVILA ORIENT<sup>1</sup>, M. CAVERO MARTÍNEZ<sup>1</sup>, M. GAVILÀ CHORNET<sup>1</sup>, A. FERRI CORTÉS<sup>1</sup>, O. PELLICER BURILLO<sup>1</sup>, A. SERRANO LÓPEZ<sup>1</sup>, E. SORIA OLIVAS<sup>1</sup>, R. DEVEZA SUCH<sup>1</sup>, P. SANCHEZ PEREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA); <sup>2</sup>INTELLIGENT DATA ANALYSIS LABORATORY. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA (VALENCIA); <sup>3</sup>INTELLIGENT DATA ANALYSIS LABORATORY. UNIVERSIDAD DE VALÈNCIA (VALENCIA)

**Introducción:** La diálisis peritoneal es una modalidad de terapia renal sustitutiva. A pesar de la disminución progresiva de la incidencia de peritonitis en los últimos años debido a los avances en los sistemas de diálisis (doble bolsa, nuevos catéteres), protocolos de cuidado diario, entrenamientos más estructurados y el uso de soluciones biocompatibles, la peritonitis sigue siendo la principal complicación clínica en estos pacientes. Es la causa más frecuente de fracaso de la técnica, necesidad de retirada del catéter y transferencia a hemodiálisis, así como un factor importante en la morbimortalidad. Se han descrito diversos factores de riesgo asociados, tanto modificables (obesidad, tabaquismo, hipoalbuminemia) como no modificables (edad avanzada, sexo femenino, diabetes mellitus).

Este estudio tiene como objetivo analizar los episodios de peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal e identificar factores predisponentes.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó a 282 pacientes del programa de diálisis peritoneal del Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia) entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2023, con seguimiento hasta el 31 de diciembre de 2024.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 282 pacientes. Se identificaron diversos factores asociados significativamente con la incidencia de peritonitis en diálisis peritoneal.

La presencia de diabetes mellitus (p = 0,0018), dislipemia (p=0,0007) y tratamiento inmunosupresor (p=0,0481) fue significativamente mayor en el grupo con peritonitis. En concordancia con estos hallazgos, los parámetros bioquímicos como hemoglobina glicosilada (p=0,0041), colesterol total (p=0,0005), LDL (p=0,0002) y triglicéridos (p=0,0000), también fueron significativamente más elevados en este grupo. Además, se observaron diferencias significativas en la hemoglobina (p=0,0047), albúmina (p=0,0000), PCR (p=0,0007), ácido úrico (p=0,0000), PTH (p=0,0006) y vitamina D (p=0,0000). La edad al inicio de la técnica fue mayor en el grupo con peritonitis (p = 0,0323).

Por otro lado, variables como el sexo, hábitos tóxicos, etiología, hipertensión arterial, resto de series hematológicas y otros parámetros relacionados con la membrana peritoneal no mostraron una asociación significativa con la incidencia de peritonitis.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, factores como la diabetes mellitus, la dislipemia, el tratamiento inmunosupresor, parámetros bioquímicos (hemoglobina glicosilada, colesterol total, LDL, triglicéridos, albúmina, PCR, ácido úrico, hemoglobina, PTH y vitamina D) y edad al inicio de la técnica se asocian significativamente con la peritonitis en diálisis peritoneal. Controlar estos factores puede ser clave para reducir el riesgo de peritonitis y mejorar los resultados en estos pacientes.

## Resúmenes

## Diálisis peritoneal

## 66 EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO KDQOL-36

CF. MOROCHO PINDO<sup>1</sup>, M. GONZÁLEZ DE RIVERA UTRERA<sup>1</sup>, R. MARTÍNEZ CADENAS<sup>2</sup>, A. ORTIZ<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA), <sup>2</sup>INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** Los pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal (DP) ven afectada negativamente su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), un importante indicador de bienestar. Explorarla es una herramienta útil para evaluar la adecuación del tratamiento e identificar áreas susceptibles de mejora. El objetivo del estudio es analizar la calidad de vida de pacientes en DP y correlacionarla con distintos factores clínicos, sociodemográficos y relacionados con la técnica.

**Material y método:** Estudio descriptivo transversal en pacientes prevalentes en DP en diciembre de 2024, que hubieran estado en DP al menos tres meses. Se evaluó la CVRS mediante el cuestionario KDQOL-36, que contiene 5 subescalas: síntomas/problemas, efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal, componente físico y componente mental. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la DP y las escalas FRAIL, PHQ-4, MNA-SF, Charlson.

**Resultados:** De 28 pacientes evaluados, el 62% eran varones y la edad media  $62 \pm 16$  años, 38% se encontraban en DP automatizada (DPA), con un tiempo medio en DP de  $25 \pm 14$  meses. El 46% estaban jubilados y, de aquellos en edad de trabajar, 64% ocupados. El 46% tenían riesgo alto en el índice de comorbilidad de Charlson.

La dimensión con menor puntuación fue el componente físico ( $44 \pm 10$ ), seguido de la carga de la enfermedad ( $47 \pm 25$ ). La mejor puntuada fue la lista de síntomas/problemas ( $78 \pm 17$ ).

Los pacientes con síntomas de ansiedad y/o depresión, según el PHQ-4 (27% leves y 8% moderados), presentaron un menor puntaje en el componente físico ( $39 \pm 6$ ) que aquellos sin síntomas ( $46 \pm 11$ ,  $p=0,01$ ).

Los pacientes en diálisis incremental tuvieron mejor puntuación que aquellos con diálisis "estándar" tanto en componente mental ( $52 \pm 6$  vs  $45 \pm 7$ ,  $p=0,02$ ); como en efectos de la enfermedad ( $73 \pm 11$  vs  $59 \pm 22$ ,  $p=0,10$ ), aunque este último no alcanzó significación estadística.

No encontramos diferencias significativas en ninguna dimensión del cuestionario según la situación laboral, modalidad DP, función renal residual, diuresis, y episodios de peritonitis, entre otros.

**Conclusiones:** Se observaron asociaciones entre síntomas emocionales y percepción de la salud física en pacientes en DP, así como entre diálisis incremental y mejor calidad de vida que la diálisis "estándar". Estos datos facilitarán el diseño de un estudio multicéntrico que evalúe si existe una relación causal en estas asociaciones, lo que permitiría actuar sobre determinantes de calidad de vida.

67 ¿ES RELEVANTE LA HIPONATREMIA AL INICIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL? SOLEDAD PIZARRO SANCHEZ<sup>1</sup>, JARA CARO ESPADA<sup>1</sup>, ANDREA CIFUENTES TALAVERA<sup>1</sup>, JOSE ENRIQUE RUIZ CABELLO SUBIELA<sup>1</sup>, BEGOÑA AGUADO NAVARRO<sup>2</sup>, INMACULADA TAPIA HERRERA<sup>1</sup>, CLAUDIA YUSTE LOZANO<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID), <sup>2</sup>ENFERMERÍA NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)

**Introducción:** La hiponatremia es una alteración electrolítica frecuente en pacientes en diálisis peritoneal (DP) y se ha identificado como un factor pronóstico adverso, así como un predictor independiente de mortalidad. Esta condición se asocia comúnmente a sobrecarga de volumen y aumento de peso. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de la hiponatremia basal sobre la mortalidad en pacientes en DP.

**Material y método:** Estudio retrospectivo que incluyó a pacientes incidentes en DP tratados en el Hospital 12 de Octubre entre agosto de 2015 y diciembre de 2024. Se analizaron variables demográficas, epidemiológicas, niveles basales de sodio plasmático, parámetros de adecuación y los resultados del test de equilibrio peritoneal (PET) inicial.

**Resultados:** Se evaluaron 154 pacientes incidentes en DP (edad media:  $55,9 \pm 14,7$  años; 60,4% varones; 93,5% hipertensos; 26% diabéticos), mayoritariamente en DP automatizada (79,2%) y con un seguimiento medio de  $24,4 \pm 18,5$  meses. Los pacientes se clasificaron según su natremia basal en normonatremicos ( $Na > 135$  mEq/L) e hiponatremicos ( $Na \leq 135$  mEq/L). Se identificó hiponatremia en 20 pacientes (13%), con una natremia media de  $131 \pm 4,5$  mEq/L, frente a  $141,1 \pm 2,6$  mEq/L en el grupo normonatremico.

Los pacientes hiponatremicos eran significativamente mayores ( $63,2 \pm 15,9$  vs  $54,9 \pm 14,3$  años;  $p=0,017$ ), más frecuentemente anuricos al inicio (25% vs 8,2%;  $p=0,022$ ) y presentaban mayor comorbilidad (Índice de Charlson  $6,8 \pm 2,4$  vs  $5,6 \pm 2,3$ ;  $p=0,04$ ).

Además, este grupo recibió con mayor frecuencia DP continua ambulatoria (40% vs 17%;  $p=0,027$ ) y asistencia domiciliaria (25% vs 6%;  $p=0,004$ ). Aunque el Kt/V total y renal fue similar en ambos grupos, el Kt/V peritoneal fue significativamente mayor en los pacientes hiponatremicos ( $1,5 \pm 1,8$  vs  $1,03 \pm 0,4$ ;  $p=0,01$ ). También presentaron un transporte peritoneal más elevado (41% vs 14%;  $p=0,001$ ), mayor eliminación de sodio ( $12,2 \pm 7,7$  vs  $8,67 \pm 6$  mEq/L;  $p=0,04$ ) y menor ultrafiltración total ( $428 \pm 282$  vs  $667,3 \pm 249,6$  ml;  $p<0,001$ ).

La mortalidad fue significativamente mayor en el grupo con hiponatremia (6 pacientes; 30%) en comparación con los normonatremicos (11 pacientes; 8,2%;  $p=0,004$ ). No se observaron diferencias significativas en cuanto a transferencias a hemodiálisis o trasplante, ni en la incidencia de peritonitis.

**Conclusiones:** La hiponatremia basal en pacientes en diálisis peritoneal podría ser un marcador temprano de mal pronóstico. Estos pacientes eran mayores, con mayor fragilidad clínica, lo que podría explicar la mayor tasa de mortalidad observada. Asimismo, presentaban un perfil de alto transporte peritoneal, mayor eliminación de sodio y menor capacidad de ultrafiltración. Se requieren estudios adicionales para valorar si una intervención precoz en este subgrupo de pacientes podría mejorar los resultados clínicos a largo plazo.

## 68 ¿MEDIMOS LA ELIMINACIÓN DE SODIO EN LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL?

SOLEDAD PIZARRO SANCHEZ<sup>1</sup>, JARA CARO ESPADA<sup>1</sup>, ANDREA CIFUENTES TALAVERA<sup>1</sup>, JOSE ENRIQUE RUIZ CABELLO SUBIELA<sup>1</sup>, BEGOÑA AGUADO NAVARRO<sup>2</sup>, INMACULADA TAPIA HERRERA<sup>1</sup>, CLAUDIA YUSTE LOZANO<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID), <sup>2</sup>ENFERMERÍA NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)

**Introducción:** La eliminación de sodio en la diálisis peritoneal (DP) depende principalmente del transporte convectivo asociado a la ultrafiltración a través de los poros pequeños. Para una mejor evaluación de las causas de sobrecarga de volumen, sed e hipertensión, es fundamental cuantificar la eliminación de sodio midiendo la concentración de sodio en el efuyente y el volumen de ultrafiltración.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes en DP tratados en el Hospital 12 de Octubre entre agosto de 2015 y diciembre de 2024. Se analizaron datos demográficos y clínico-epidemiológicos, tasa de ultrafiltración y resultados del test de equilibrio peritoneal (PET). La eliminación de sodio mediante ultrafiltración se calculó utilizando muestras del efuyente del PET con tiempos de permanencia de 0, 1 y 4 horas. El PET se realizó durante el primer mes tras el inicio de la DP.

**Resultados:** Se evaluaron 154 pruebas PET en 154 pacientes incidentes en DP. El cociente dializado/plasma de creatinina (D/P Creat) fue de  $0,72 \pm 0,08$ . La tasa de ultrafiltración fue de  $631 \pm 204$  ml. La eliminación de sodio (sodium sieving) fue de  $9,5 \pm 6,279$  mmol/L. De los 154 pacientes analizados, 48 presentaron una eliminación de sodio inferior a 5 mmol/L al inicio de la técnica. No se observaron diferencias significativas según el sexo (31 hombres y 17 mujeres), ni en la edad. La tasa de fallo en la ultrafiltración fue del 17% (8 pacientes). Se observó una correlación inversa entre la eliminación de sodio y el cociente D/P creatinina ( $r = -0,18$ ).

**Conclusiones:** Registrar la eliminación de sodio en los pacientes en diálisis peritoneal desde el inicio es relevante, ya que puede indicar el tipo de transporte peritoneal y predecir el riesgo de fallo en la ultrafiltración. Los resultados de este estudio sugieren que una eliminación de sodio inferior a 5 mmol/L al inicio podría asociarse a un perfil de alto transportador, lo que permitiría ajustar de forma más adecuada el tratamiento dialítico.

## 69 PERITONITIS ASOCIADAS A DIÁLISIS PERITONEAL: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DE INGRESOS

N.Z. ZAMORA RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, A.F. FARIÑA HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, B.E. ESCAMILLA CABRERA<sup>1</sup>, D.A. ALVAREZ SOSA<sup>1</sup>, L.P. PEGUERO<sup>1</sup>, C.R. RAMOS<sup>1</sup>, C.R. RODRÍGUEZ ADANERO<sup>1</sup>, S.G. GARCÍA REBOLLO<sup>1</sup>, E.B. DE BONIS REDONDO<sup>1</sup>, D.H. HERNÁNDEZ MARRERO<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

**Introducción:** La peritonitis (P) es la principal complicación infecciosa de la diálisis peritoneal (DP), y puede condicionar el fracaso de la misma.

**Objetivos:** 1. Analizar las características de pacientes de DP con episodios de peritonitis y las características microbiológicas de cada evento; 2. Investigar las diferencias entre aquellos en donde condicionó retirada de catéter peritoneal. (R vs NOR)

**Material y método:** Cohorte de 32 pacientes con 41 episodios de peritonitis que condicionaron ingreso en un hospital entre: 01/01/2019 y 30/04/2025, con una mediana de ingreso 10 días (+/- 6.6).

**Resultados:** El 64% de los pacientes eran varones y el 36% mujeres, y la mediana de edad de 70 años. El 45% estaban afectados de diabetes mellitus, y tenían una mediana de índice de Charlson de 7. Las causas de la enfermedad renal crónica fueron: glomerulares (26%), nefropatía diabética (24%), síndrome cardiorenal (19%), nefropatía túbulointersticial crónica (14%), poliquistosis hepatorenal (7%), nefropatía vascular (7%), el síndrome de Alport (3%).

En cuanto a la modalidad el 69% está con DPA y el 31% CAPD, la mediana de tiempo en técnica hasta el episodio de peritonitis fue de 8.6 meses y el 50% de los pacientes no tenían antecedentes de peritonitis. El 76.2% de los implantes se hicieron vía laparoscópica y sólo 2 eventos fueron precoces.

Con respecto al agente etiológico más frecuentemente detectado fueron las bacterias GRAM positivas (40.5%): Staphylococcus coagulans negativos (11.9%), SAMS (11.9%), seguido de los Streptococcus sp (7.2%), y Enterococcus sp (7.1%). En segundo lugar, las bacterias GRAM negativas (28.7%): 9.5% Pseudomonas aeruginosa, las peritonitis con cultivos negativos (16.7%), y las polimicrobianas (14.3%).

El 50% de los gérmenes presentaba al menos una resistencia a un grupo antibiótico, y el 68% no presentaban infección de orificio concomitante. La mediana en recuento leucocitario en afuyente peritoneal fue  $96177/mm^3$  (rango de  $100-39678/mm^3$ ).

La evolución fue: curación en 83.3%, recurrente 4.8%, recidivante 2.4%, de repetición 2.4% y refractaria 7.1%. Sin embargo hubo un 50% de retirada de catéter peritoneal.

En la comparativa de ambos grupos sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad: (R:  $71 \pm 9$ , NOR:  $66 \pm 16$  años  $p=0.038$ ), en el sexo: (R: 17 hombres, NOR: 9 hombres  $p=0.02$ ). La citología del líquido peritoneal no alcanzó la significación estadística si bien ampliando la muestra podría ocurrir.

**Conclusiones:** 1. Las peritonitis en DP en nuestro medio se dan más frecuentemente en pacientes en DPA, varones añoso y comórbidos con un I.Charlson 7 que implica una supervivencia a 10 años de 0.01%; 2. Los gérmenes fundamentalmente fueron gram positivos con resistencias y sin infecciones de orificio concomitante; 3. Aunque la mayoría evolucionó a la curación, en el 50% de los casos condicionaron retirada del catéter, sin claros factores de riesgo basales más allá de la edad y el sexo.

**70 CURA DEL ORIFICIO DE SALIDA DEL CATÉTER PERITONEAL: COMPARATIVA ENTRE EL TRATAMIENTO CON SOLUCIÓN HIPERTÓNICA Y LA ANTIBIOTICOTERAPIA**

CA. CRISTINA AMORÓS<sup>1</sup>, IG. ISABEL GALCERAN<sup>1</sup>, ET. ELISABETH TEJEDA<sup>1</sup>, MI. MERITXELL ILLA<sup>1</sup>, OF. ONIA FRANQUET<sup>1</sup>, LB. LUISA CARMEN BASCOPE<sup>2</sup>, SG. SARA GIMÉNEZ<sup>2</sup>, MC. MARTA CRESPÓ<sup>2</sup>, FB. FRANCESC BARBOSA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI (ARGENTINA)

**Introducción:** Las infecciones asociadas a los catéteres de diálisis peritoneal (DP) constituyen una de las principales causas de morbimortalidad en estos pacientes. El cuidado del orificio de salida (OS) del catéter es fundamental para prevenir complicaciones. Tradicionalmente, ante un cultivo positivo se realiza tratamiento antibiótico, sin embargo, para reducir las resistencias antibióticas, se ha propuesto el tratamiento con suero hipertónico (SH) que reduce la carga bacteriana por efecto osmótico. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia del cuidado del OS con suero hipertónico frente a la antibioterapia clásica.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo comparativo de pacientes de la unidad de DP con cultivos del OS positivos entre marzo y diciembre de 2024. Se recogieron datos clínicos, demográficos y microbiológicos. Se compararon los resultados del tratamiento con SH y con antibiótico tópico dirigido según antibiograma.

**Resultados:** Se realizaron 151 frotis del OS, 51 (33,8%) fueron positivos, correspondientes a 22 pacientes. Los microorganismos grampositivos más frecuentes fueron *S. lugdunensis* (21,1%), *S. aureus* (21,1%) y *S. epidermidis* (19,2%); y entre los gramnegativos, *Pseudomonas aeruginosa* (9,6%). De los 51 casos positivos, 29 se trataron con SH (grupo 1) y 22 con antibiótico tópico (grupo 2). La negativización de los cultivos tras el tratamiento fue del 55,8% en el grupo 1 y del 44,2% en el grupo 2, sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,3). En el análisis por subgrupos de microorganismos tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 1).

**Conclusión:** El SH no mostró inferioridad frente al tratamiento antibiótico, lo que sugiere que puede ser una alternativa terapéutica válida. Son necesarios estudios aleatorizados con mayor muestra para confirmar estos resultados y valorar su uso como estrategia para reducir el empleo de antibióticos y las resistencias bacterianas.

**Tabla 1. Resultados de tratamiento con hipertónico vs antibiótico según el microorganismo aislado en cultivo.**

Microorganismo	Tratamiento	Cultivo + pos-tratamiento	P
<i>S. epidermidis</i> (10)	Hipertónico	3/7	>0.05
	Antibiótico	2/3	
<i>S. aureus</i> (10)	Hipertónico	0/0	>0.05
	Antibiótico	4/10	
<i>S. haemolyticus</i> (1)	Hipertónico	0/1	-
	Antibiótico	0/0	
<i>S. lugdunensis</i> (11)	Hipertónico	7/10	>0.05
	Antibiótico	0/1	
<i>P. aeruginosa</i> (5)	Hipertónico	1/1	>0.05
	Antibiótico	3/4	
<i>Corynebacterium</i> (6)	Hipertónico	1/4	>0.05
	Antibiótico	1/2	
<i>Proteus mirabilis</i> (1)	Hipertónico	0/1	-
	Antibiótico	0/0	
<i>Enterobacter aerobius</i> (1)	Hipertónico	0/1	-
	Antibiótico	0/0	
<i>Klebsiella oxytoca</i> (1)	Hipertónico	1/1	-
	Antibiótico	0/0	
<i>Acromobacter</i> (1)	Hipertónico	0/1	-
	Antibiótico	0/0	
<i>Serratia</i> (1)	Hipertónico	1/1	-
	Antibiótico	0/0	
<i>Citrobacter koseri</i> (1)	Hipertónico	1/1	-
	Antibiótico	0/0	
<i>E. coli</i> (1)	Hipertónico	0/0	-
	Antibiótico	0/1	
<i>Enterobacter cloacae</i> (1)	Hipertónico	0/0	-
	Antibiótico	0/1	

**71 ¿DE VERDAD LA DIÁLISIS PERITONEAL INCREMENTAL DA MAYOR CALIDAD DE VIDA?**

M. BOYA<sup>1</sup>, I. OÑATE<sup>1</sup>, A. ROSARIO<sup>1</sup>, A. MARTIN<sup>1</sup>, MJ. IZQUIERDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS)

**Introducción:** La calidad de vida en diálisis peritoneal (DP) se ve afectada por los numerosos intercambios. La diálisis peritoneal incremental (DPI), definida como menos de 3 intercambios o volumen menor de 10 litros en diálisis peritoneal automatizada (DPA), están cobrando importancia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de calidad de vida en los pacientes en DP. Se divide la población en dos grupos: modalidad de DPi y pauta estándar. El test utilizado fue el Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) 36, cumplimentado durante las revisiones en 4 meses de seguimiento.

**Resultados:** Se incluyen 12 pacientes (9 hombres, 75%), media de edad 75,67 años [52,7-98,7]. 7 pacientes (58,33%) en programa de DPi, 2 en la modalidad DPA y el resto en diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD). 5 reciben dosis estándar de diálisis, 3 con CAPD y los otros 2 con DPA. Las puntuaciones medias de la escala KDQOL36 se presentan en la tabla 1. Durante el seguimiento no se registraron complicaciones.

**Discusión:** La calidad de vida registrada en DPi es superior a la DP sin asociar complicaciones. Tentori et al. describen resultados similares. La DP es una técnica más contaminante como describen Barraclough y Agar. Por tanto, la DPi ofrece mejor calidad de vida y mayor sostenibilidad siendo la opción de inicio ideal.

**Tabla 1. Resultados de KDQOL36.**

	Síntomas	Efectos de enfermedad renal	Carga de enfermedad renal	Salud física (SF-12)	Salud mental (SF-12)
DP estándar	81,25 [45,5-117,0]	68,36 [27,2-109,5]	44,10 [21,2-67,0]	46,93 [27,8-66,0]	45,26 [26,5-62,0]
DP incremental	86,16 [67,0-105,3]	87,95 [73,3-102,6]	55,80 [15,5-127,1]	44,10 [21,2-67,0]	50,78 [31,7-69,9]
Global	84,38 [58,4-110,4]	80,82 [48,1-113,5]	54,55 [15,8-114,8]	45,13 [23,8-66,4]	48,77 [30,1-67,5]

**72 NUEVA TÉCNICA PARA LA RECOLOCACIÓN DE CATÉTERES PERITONEALES A TRAVÉS DE MICROPUNCIÓN PERITONEAL**

S. ABRANTE GARCÍA<sup>1</sup>, I. HERNÁNDEZ CABEZUDO<sup>2</sup>, J. QUINTANA BUBU<sup>1</sup>, M. GERARD<sup>1</sup>, A. CHINEA DIAZ<sup>1</sup>, E. MARTIN IZQUIERDO<sup>1</sup>, A. ALONSO BETHENCOURT<sup>1</sup>, I. FLORES GIL<sup>1</sup>, T. DEL ESTAL DARIAS<sup>1</sup>, M. MACÍA HERAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE), <sup>2</sup>RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

**Introducción:** El malposicionamiento es posiblemente de las causas más frecuentes de disfunción de catéter peritoneal. Inicialmente, se intenta realizar un manejo conservador con laxantes y en caso de persistencia de disfunción, se suele plantear la recolocación a través de la "maniobra alfa".

Sin embargo, la tasa de éxito suele ser variable dependiendo del centro. En nuestro hospital, hemos creado una técnica de recolocación de catéter peritoneal, no anteriormente descrita ni realizada, con el objetivo de mejorar la disfunción por mal posicionamiento del catéter, con respecto a la maniobra alfa.

**Material y métodos:** Se realizó dicha técnica a 2 pacientes en el servicio de Radiología Vascul ar Intervencionista. Se analizó la tasa de éxito del procedimiento, tasa de complicaciones y promedio de tiempo del procedimiento.

**Descripción de procedimiento:** Se infunde 1500 ml de líquido de infusión y se procede a la micropunción en Fosa Iliaca Izquierda a través de un introductor de 8 Fr. Se introduce una guía a través del catéter peritoneal y un lazo endovascular recuperador a través de la micropunción peritoneal para la captación de la guía, iniciando el desplazamiento hacia el plano caudal. Tras conseguir el resultado deseado, se realiza retirada del introductor y posterior hemostasia mecánica durante 10 minutos. Tras finalización se procede al drenaje del líquido peritoneal.

**Resultados:** Un total de 2 pacientes se sometieron a la realización de la nueva técnica. Previamente se había intentado maniobra alfa sin éxito. Ambos fueron varones con una edad media de 78 años y con disfunción media a los 33 días tras inicio de técnica a pesar de laxantes.

La media de duración del procedimiento fue de 33 minutos. No existieron complicaciones en el procedimiento. Se pudo movilizar catéter peritoneal a pelvis menor. El tiempo mínimo de descanso peritoneal fue de 3 días. No se objetivaron fugas a través de la zona de micropunción ni hubo complicaciones infecciosas.

Tras el descanso peritoneal, se iniciaron las sesiones de diálisis peritoneal en la pauta habitual del paciente sin incidencias durante el inicio de DPA. Uno de los pacientes volvió a tener problemas de drenaje a los 4 meses del procedimiento, precisando recolocación quirúrgica por atrapamiento del catéter en el epiplón.

**Conclusión:** La técnica descrita podría ser una alternativa para la recolocación del catéter peritoneal sin necesidad quirúrgica, pudiendo conseguir la movilización de una forma más efectiva que la maniobra alfa. Sin embargo, es necesario ampliar el número de pacientes para valorar las complicaciones y efectividad a largo plazo.

**73 IMPLANTE QUIRURGICO CATETER PERITONEAL, CRITERIOS DE CALIDAD**

V. OVIEDO GÓMEZ<sup>1</sup>, I. ACOSTA-OCHOA<sup>1</sup>, B. MARTÍN HALCÓN<sup>1</sup>, C. FERNÁNDEZ MARCIAL<sup>2</sup>, R. CASANAERA VELASCO<sup>3</sup>, A. CENTENO VELASCO<sup>3</sup>, C. CALDERÓN GONZÁLEZ<sup>3</sup>, K. AMPUERO ANACHURRI<sup>1</sup>, R. VELAZCO PILAR<sup>1</sup>, E. HERNÁNDEZ GARCÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN (PALENCIA/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA/ENFERMERÍA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN (PALENCIA/ESPAÑA), <sup>3</sup>CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN (PALENCIA/ESPAÑA)

**Introducción:** El éxito de la diálisis peritoneal depende del adecuado funcionamiento del catéter peritoneal (CP). Su inserción puede ser percutánea o quirúrgica (abierta/laparoscópica), es realizada por cirujanos, nefrólogos. La Sociedad-Internacional-Diálisis-Peritoneal (ISPD) establece unos criterios de calidad que incluyen la permeabilidad y ausencia de infecciones, estudiamos estos criterios en nuestra unidad.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo sobre los resultados de la implantación de los CP de 2011 a 2024. Analizamos complicaciones quirúrgicas y supervivencia del CP. La técnica empleada fue minilaparotomía abierta (incisión pararectal izquierda bajo anestesia local). Usamos los CP Tenckhoff doble-cuff, cuello de cisne.

Los criterios de calidad del implante estudiados fueron: 1º supervivencia CP 12m >80% (95% en laparoscopia); 2º infección del túnel-orificio de salida <5% 30d; 3º peritonitis <5% 30d; 4º perforación/lesión visceral <1%; 5º hemorragia importante con necesidad de transfusión o cirugía <1%.

**Resultados:** Se implantaron 83 CP, 70%, varones, edad 60±12. IMC 27±4. Las etiologías más frecuentes de la ERCT fueron: NAE (18%) y PQHR (18%), intersticiales (15%), GEFS (15%), NDM (8%), no filiada (7%), GNF MP (6%), IgA (4%).

Tiempo de espera medio para la colocación CP 19±10 días.

1º permeabilidad del catéter a los 12m: 86%. Se registraron 11 (13%) casos de malposición que precisaron recolocación laparoscópica; 8 (73%) presentaban cirugía abdominal previa, la más frecuentemente asociada fue la herniorrafia inguinal OR 9.17 (95% IC: 2.15-39.14, p=0,005).

2º infección OSC/tunelitis se presentó en 9 individuos (11%); 4 de ellos con estudio de portadores positivo, sin relación estadísticamente significativa: Portador 0.49 (95% IC: 0.21-1.14, p=0,14).

3º no se presentaron peritonitis en los primeros 30d.

4º no se registró ninguna lesión visceral.

5º 2 hemorragias peritoneales que no precisaron transfusión ni re-intervención.

Se detectaron fugas en 9 individuos (11%), no relacionados con el IMC ni cirugías previas. Aunque este criterio no está incluido en las guías.

**Conclusiones:** La implantación quirúrgica es segura y eficaz y proporciona buenos resultados a largo plazo. Es fundamental contar con un equipo quirúrgico entrenado e involucrado con el servicio de Nefrología para la rápida colocación del catéter peritoneal y resolución de problemas. Debemos mejorar nuestra tasa de infecciones del OSC el primer mes.

- 74 EXPERIENCIA CON ROXADUSTAT EN DIÁLISIS PERITONEAL**  
C. MARTÍN-RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, E. GARCÍA-MENÉNDEZ<sup>2</sup>, A. MUÑOZ SÁNCHEZ<sup>3</sup>, E. MARTÍNEZ MORALES<sup>4</sup>, R. LÓPEZ CARRATALÁ<sup>5</sup>, JN. FERNÁNDEZ CUSICANQUI<sup>6</sup>, I. GARCÍA GARCÍA<sup>7</sup>, M. PÉREZ GARCÍA<sup>8</sup>, D. JANEIRO MARÍN<sup>9</sup>, JM. PORTOLÉS PÉREZ<sup>10</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO (MADRID)
- Introducción:** La anemia es una complicación frecuente en los pacientes en diálisis peritoneal (DP). La aparición de nuevos tratamientos como el Roxadustat con un mecanismo de acción diferente (inhibidores del HIF) y la posibilidad de ser administrados por vía oral, plantea la posibilidad de una nueva opción terapéutica, pero la ausencia de experiencia limita su uso. Nuestro objetivo consiste en describir nuestra experiencia con el uso del Roxadustat en DP.
- Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes que inician DP entre abril de 2024 y enero de 2025, con anemia en tratamiento previo con Roxadustat que se mantiene al entrar en DP. Analizamos la evolución de estos pacientes desde el inicio del tratamiento. Los resultados se expresan en medianas, rangos intercuartílicos o porcentajes.
- Resultados:** Analizamos 6 pacientes en DP que iniciaron el Roxadustat en situación de ERCA, con una mediana de seguimiento desde el inicio del tratamiento de 11[10-11] meses. En 1 paciente hubo paso intermedio por hemodiálisis con cambio temporal por Eritropoyetina-alfa. La mediana de tiempo en DP es de 5.5 [4-8] meses. El 66.7% eran varones y la mediana de edad de 66.5 años [50-75], todos con peso. Durante el seguimiento, se observó una mejora de la hemoglobina (Hb-inicio 10.5 [10.4-10.7] g/dl, Hb-final 11.6 [11.-11.9] g/dl, p<0.05) junto con una disminución en la dosis de Roxadustat [dosis-inicio 150 (150-210)mg, dosis-final 120 (120-150)mg, p<0.05]. Las cifras de colesterol y LDL se mantuvieron estables. Se observa un aumento en la ferritina (p<0.05) pero no en otros marcadores de inflamación (PCR, albúmina), lo que sugiere que pudiera estar en relación con el uso de hierro IV. Existe un deterioro de función renal esperable (p<0.05) comparando con el inicio del tratamiento (ERCA), pero analizando la función renal residual, ésta se mantiene estable durante el periodo en DP. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones tromboticas o epilepsia. Un paciente presentó una infección respiratoria y otro un episodio de peritonitis que aconteció tras una intervención ginecológica, ambas con buena evolución.
- Conclusión:** El Roxadustat parece ser una buena opción terapéutica en pacientes en diálisis peritoneal, permitiendo un adecuado control de la anemia sin necesidad de dosis excesivas y facilitando la adherencia terapéutica en aquellos pacientes que prefieren la vía oral.

- 76 iSGLT2 EN DIÁLISIS PERITONEAL: TRANSPORTE Y ULTRAFILTRACIÓN**  
N. MOLINA ALVAREZ<sup>1</sup>, JA. MENDOZA HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, L. MUÑOZ HERNANDO<sup>3</sup>, E. ASTUDILLO CORTES<sup>4</sup>, C. RODRIGUEZ SUAREZ<sup>5</sup>, JE. SANCHEZ ALVAREZ<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)
- Introducción:** Los beneficios de los inhibidores del cotransportador sodio/glucosa tipo 2 (iSGLT2) han sido demostrados en la enfermedad renal crónica y la preservación de la diuresis residual (DR), pero son pocos los estudios en diálisis peritoneal (DP). Se han descubierto in vitro transportadores SGLT2 en el peritoneo por lo que actuar sobre ellos quizás tenga efecto sobre el transporte peritoneal y ultrafiltración (UF).
- Material y método:** Con el fin de analizar si el tratamiento con iSGLT2 contribuye a preservar la DR, permitiendo una menor carga de glucosa en los intercambios, mayor preservación del peritoneo y ultrafiltración, diseñamos un estudio observacional descriptivo, retrospectivo de 24 pacientes prevalentes a diciembre de 2024 en DP, comparando 12 casos (con iSGLT2) con 12 controles de características similares. Todos ellos llevaban al menos 6 meses en diálisis y 4 pacientes iniciaron iSGLT2 durante la técnica.
- Se recogieron parámetros descriptivos sobre la pauta de diálisis, la diuresis residual, la UF, la presencia de factores de riesgo cardiovascular o eventos cardiovasculares en el último año. Respecto al test de equilibrio peritoneal, el cribado de sodio y el CA125 en líquido peritoneal, se recogió el último dato previo a diciembre de 2024.
- Resultados:** De los 24 pacientes totales, el 75% eran hombres y la mediana de edad fue de 69 años; todos eran hipertensos, el 62% diabéticos, un 75% dispépicos y un 37% obesos. El 83% de los pacientes estaban en DPCA (DP continua ambulatoria), un 66% eran medio- alto transportadores. Hubo 2 casos de peritonitis en el grupo control.
- El 62% de los pacientes tomaban inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, siendo la proporción mayor en el grupo con iSGLT2 (p 0,02).
- No existieron diferencias significativas en la diuresis en ambos grupos. Hubo una tendencia a una mayor UF (en ml) en el grupo de tratamiento (p 0.29). De igual forma no hemos encontrado diferencias significativas en relación al tipo de transporte, el KTV, el cribado de sodio o el CA125 peritoneal.
- Conclusiones:** El uso de inhibidores de SGLT2 en nuestra muestra no ha demostrado diferencias significativas respecto a controles, en cuanto a la preservación de la diuresis residual y su influencia en el transporte peritoneal y la ultrafiltración. Si hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre la presencia de iSGLT2 e iSRAA, pudiendo ser interesante analizar los efectos añadidos de ambos fármacos.
- No obstante, se trata de un pequeño tamaño muestral, siendo necesario formular estudios futuros más robustos.

- 75 DIFERENCIAS ENTRE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS RELACIONADAS CON LA DIÁLISIS PERITONEAL EN PACIENTES PROCEDENTES DE ERCA Y DE TRASPLANTE RENAL**  
SG. GIMÉNEZ MORALES<sup>1</sup>, IG. GALCERAN HERRERA<sup>2</sup>, FB. BARBOSA PUIG<sup>3</sup>, MI. ILLE CASELLAS<sup>4</sup>, ET. TEJEDA ARAEZ<sup>5</sup>, JH. HUESCA CAMPILLO<sup>6</sup>, CA. AMOROS ROBLES<sup>7</sup>, EB. BARBERO NARBONA<sup>8</sup>, MC. CRESPO BARRIO<sup>9</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)
- Introducción:** Las infecciones relacionadas con la diálisis peritoneal (DP) son una de las principales complicaciones que comprometen la supervivencia de la técnica. En los últimos años, ha aumentado el número de pacientes procedentes de trasplante renal (TR) que, tras la pérdida del injerto, regresan a DP. El objetivo del trabajo fue comparar la incidencia de las complicaciones infecciosas propias de la DP en función de la procedencia del paciente: ERCA o TR.
- Material y método:** Estudio observacional retrospectivo comparativo entre 24 pacientes procedentes de ERCA y 12 procedentes de TR que iniciaron DP entre 2017-2024. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes, además de las complicaciones infecciosas desarrolladas durante la DP.
- Resultados:** No hallamos diferencias significativas en las características basales de los pacientes, ERCA vs TR: edad media (64,5±15,7 vs 56,1±14,8 años,p=0,06), sexo (hombres: 75% vs 75%,p=1), HTA (95,8% vs 100%,p=0,4), diabetes (41,7% vs 25%,p=0,3), dislipemia (87,5% vs 91,7%,p=0,7), cardiopatía (33,3% vs 41,7%,p=0,6) o vasculopatía (8,3% vs 8,3%,p=1). Tampoco hallamos diferencias en el tiempo total en DP: ERCA 21 [12,6-25,8] meses vs TR 20,6 [12,2-34,4] meses, p=0,8. Los pacientes procedentes de TR precisaron de más paso a DPA (diálisis peritoneal automatizada) que los procedentes de ERCA: 37,5% vs 83,3%, p=0,009. La inmunosupresión durante el periodo de DP en los pacientes TR fue en el 41,7% la monoterapia con prednisona, el 33,3% la retirada completa de la inmunosupresión y el 25% de biterapia con tacrolimus y prednisona. Durante el seguimiento en DP, no hallamos diferencias en las complicaciones infecciosas: frotis del orificio de salida (OS) positivos: ERCA 33,3% vs TR 41,7% (p=0,6), infección del OS: ERCA 12,5% vs TR 25,0% (p=0,3), solo un paciente procedente de ERCA presentó tunelitis (4,2% vs 0%,p=0,4) y peritonitis: ERCA 29,2% vs TR 33,3% (p=0,7). Tampoco hallamos diferencias en la necesidad de retirada de DP por problemas infecciosos: ERCA 12,5% vs TR 30,0% (p=0,2). A nivel microbiológico, los principales microorganismos aislados en frotis fueron *S. aureus* (32,3%) y *P. aeruginosa* (9,7%), con ligera predominancia de *S. aureus* en TR. Las infecciones confirmadas y episodios de peritonitis mostraron una distribución similar de bacterias, con tendencia a mayor heterogeneidad en ERCA. No se observaron diferencias significativas en distribución microbiana ni en el tratamiento.
- Conclusiones:** Los datos obtenidos no evidencian diferencias significativas en las complicaciones infecciosas propias de la DP entre pacientes procedentes de ERCA i de TR. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estas observaciones.

- 77 DIÁLISIS PERITONEAL EN EL PACIENTE ANCIANO Y FRÁGIL**  
N. MOLINA ALVAREZ<sup>1</sup>, C. FERNANDEZ FERNANDEZ<sup>2</sup>, JE. SANCHEZ ALVAREZ<sup>3</sup>, C. RODRIGUEZ SUAREZ<sup>4</sup>, E. ASTUDILLO CORTES<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)
- Introducción:** Estudios previos describen una alta prevalencia de síndrome de fragilidad en pacientes en diálisis peritoneal (DP), entendiendo fragilidad como un estado que reduce la capacidad fisiológica y aumenta la vulnerabilidad del paciente, sumado además a la mayor prevalencia de pacientes ancianos en DP. La DP asistida puede ser una opción en pacientes frágiles.
- Material y método:** Para analizar si la diálisis peritoneal es una técnica posible basándonos no sólo en la edad sino en el perfil de fragilidad, diseñamos un estudio observacional descriptivo, retrospectivo de 58 pacientes ancianos prevalentes en DP, dividiéndolos en dos grupos de edad (65-75 y >75 años). Se recogieron comorbilidades, técnica DP y si era o no asistida, ingresos hospitalarios relacionados o no con la técnica en el último año, escalas de fragilidad (Barthel, Frail, Pfeiffer), dinamómetro, SPPB\* y parámetros analíticos.
- Resultados:** 35 pacientes pertenecen al grupo de 65-75 años y 23 al de más de 75 años, con una mediana general de 74 años y una edad máxima de 91. En ambos grupos, el sexo masculino predominó. Respecto al índice de Charlson ajustado por edad, la media fue ligeramente superior en el grupo de 65-75 años (p 0.80). La técnica de diálisis mayoritaria en ambos grupos es la DP continua ambulatoria (p 0.248).
- Otros resultados preliminares se muestran en la tabla: (TABLA ADJUNTA).
- Al correlacionar edad, DP asistida y escalas de fragilidad, se observó que la DP asistida predominó en >75 años y que a mayor puntuación de Barthel (menor fragilidad), menor proporción de DP asistida (p valor 0.008).
- Conclusiones:** La DP puede ser factible en ancianos frágiles, siendo fundamental utilizar escalas validadas de fragilidad para valorar estos pacientes y no sólo la edad o comorbilidad. Sería fundamental disponer de sistemas estructurados de DP asistida que garanticen la técnica a este perfil de pacientes.

 Ver tabla

## 78 ¿CÓMO HA CAMBIADO EL PERFIL DEL PACIENTE INCIDENTE EN DP? REVISIÓN DE TRES AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

EM. EDDUIN MIGUEL MARTIN IZQUIERDO<sup>1</sup>, AA. ALEJANDRO ALONSO BETHENCOURT<sup>1</sup>, SA. SAMUEL ABRANTE GARCÍA<sup>1</sup>, MG. MICHAELA GERAD<sup>1</sup>, NC. NIEVES DEL CASTILLO RODRIGUEZ<sup>1</sup>, EG. EDUARDO GALLEGU MORA<sup>1</sup>, OM. ORLANDO SIVERIO MORALES<sup>1</sup>, MM. MANUEL MACÍAS HERAS<sup>1</sup>, JQ. JACKIE JOHANA QUINTANA BUBU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

**Introducción:** La DP es una opción terapéutica eficaz en la ERC, especialmente cuando se planifica con antelación. Analizar el perfil de los pacientes que inician DP permite identificar patrones clínicos, evaluar la calidad asistencial y anticipar necesidades de mejora en el abordaje integral. Este estudio describe las características basales y evolución inicial de los pacientes incidentes en DP en nuestra unidad entre 2022-2024, con el objetivo de detectar oportunidades de mejora asistencial.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en la unidad de DP, incluyendo los pacientes que iniciaron tratamiento entre el 1/2022- 12/2024. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (etiología de la ERC, diabetes, índice de Charlson) y asistenciales (procedencia, ingresos). La información se extrajo de nuestra base de datos y se procesó mediante estadística descriptiva con SPSS.

**Resultados:** Durante el periodo 2022–2024 iniciaron DP 125 pacientes, una media anual de 41 incidentes. La edad media fue de 63 años, observándose un ligero aumento en la desviación estándar, lo que indica mayor heterogeneidad. El porcentaje de varones osciló entre el 55,8 % y el 71,1 % manteniéndose estable en las mujeres. El 72 % procedía de la consulta de ERCA, la etiología más frecuente fue DM. La proporción de diabéticos disminuyó del 60,5 % en 2023 al 49,1 % en 2024. Se produjeron 34 ingresos hospitalarios, de los cuales el 58 % no estuvieron relacionados con la técnica. El índice de Charlson aumentó de 6,4 en 2022 a 7,2 en 2024, reflejando mayor complejidad clínica.

**Conclusiones:** Los pacientes incidentes en DP mostraron una edad media estable de 63 años y un aumento en la comorbilidad, con predominio masculino y variaciones en la prevalencia de diabetes. Aproximadamente el 22 % de los ingresos hospitalarios del trienio correspondieron a pacientes incidentes. Estos hallazgos destacan la importancia de una selección adecuada y del seguimiento intensivo al inicio del tratamiento con DP.

Ver tablas y figura

## 79 AUTOPHAGY IMPAIRMENT AND NLRP3 INFLAMMASOME ACTIVATION COULD LEAD TO PERITONEAL FIBROSIS IN PATIENTS UNDERGOING PERITONEAL DIALYSIS

M. LÓPEZ PARDO<sup>1</sup>, O. RAMIL GÓMEZ<sup>2</sup>, G. RODRÍGUEZ VARELA<sup>1</sup>, A. RODRÍGUEZ CARMONA<sup>2</sup>, M. BLANCO PARDO<sup>2</sup>, C. RODRÍGUEZ MAGARIÑOS<sup>2</sup>, M. PÉREZ FONTÁN<sup>2</sup>, MJ. LÓPEZ ARMADA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AGING AND INFLAMMATION RESEARCH LABORATORY. INSTITUTE FOR BIOMEDICAL RESEARCH OF A CORUÑA (INIBIC) (A CORUÑA/SPAIN); <sup>2</sup>DIVISION OF NEPHROLOGY. UNIVERSITY HOSPITAL A CORUÑA (CHUAC) (A CORUÑA/SPAIN)

**Introduction:** Peritoneal dialysis (PD) is a renal replacement therapy that uses the peritoneum as a filter to remove toxins and water excess accumulated in the blood due to kidney failure. However, this technique induces an inflammatory response and oxidative stress that could lead to peritoneal fibrosis, resulting in the technique's failure. It has been shown that during this fibrotic process, mesothelial cells lining the peritoneal membrane suffer from mitochondrial dysfunction. In this context, the aim of the present study was to evaluate whether the cross-talk between autophagy and inflammasome processes contributes to peritoneal membrane remodelling.

**Materials and methods:** Mesothelial cells from patients undergoing PD were isolated from PD effluent and classified as epithelial cells or fibroblasts by morphological evaluation and validated using E-cadherin and fibronectin protein expression. Autophagy (ATG14 phosphorylated at s29, LC3-II, p62,) and inflammasome markers (NLRP3, caspase-1, IL-1 $\beta$ ) were analyzed by real-time PCR, ELISA and Western blot. Tumor necrosis factor (TNF)- $\alpha$  and paraquat (PQ) were combined to activate the inflammatory response and mitochondrial dysfunction in epithelial cells. The antioxidant effect of resveratrol (RSV) was also checked.

**Results:** In comparison with epithelial cells, fibroblasts showed significantly higher activity in inflammasome markers (NLRP3, procasp1, proIL-1 $\beta$  and IL-1 $\beta$ ), as well as LC3-II, but not autophagic initiator ATG14 or p62. Furthermore, TNF- $\alpha$  induced NLRP3 mRNA expression, while PQ had no effect, and their combination did not enhance the TNF- $\alpha$  response. In contrast, IL-1 $\beta$  expression (both mRNA and protein) was upregulated by TNF- $\alpha$  and PQ individually, with a clear synergistic effect. RSV significantly reduced NLRP3 and IL-1 $\beta$  expression levels induced by the TNF- $\alpha$  and PQ treatment.

**Conclusion:** Activation of the NLRP3 inflammasome may contribute to peritoneal fibrosis in patients undergoing PD, potentially involving a defective canonical autophagy due to an incomplete activation of the pathway. The antioxidant RSV may help to attenuate this damage.

**KEYWORDS:** Peritoneal dialysis, mesothelial cells, fibrosis, inflammasome and autophagy.

## 80 ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE iSGLT2 Y ACLARAMIENTO DE SOLUTOS EN DIÁLISIS PERITONEAL

IM. BURGOS BORRERO<sup>1</sup>, C. RODELO HAAD<sup>1</sup>, A. TORRALBA DUQUE<sup>1</sup>, CF. NOVILLO SARMIENTO<sup>1</sup>, M. HUELVA LÓPEZ<sup>1</sup>, R. OJEDA LÓPEZ<sup>1</sup>, C. MOYANO PEREGRÍN<sup>1</sup>, S. SORIANO CABRERA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFÍA DE CÓRDOBA (CÓRDOBA)

**Introducción:** El uso de iSGLT2 reduce la progresión de la ERC y eventos cardiovasculares. No existe evidencia suficiente sobre su seguridad y uso en sujetos en diálisis Peritoneal (DP). Se ha sugerido que los iSGLT2 en esta población podría ayudar a preservar la función renal residual y proteger el peritoneo.

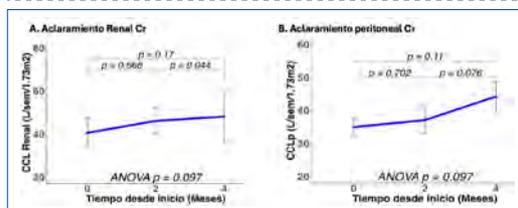
**Objetivo:** Analizar si el uso de iSGLT2 en sujetos en DP diabéticos y no diabéticos se modula el aclaramiento renal (CCl<sub>r</sub>) o peritoneal de creatinina (CCl<sub>p</sub>), volumen residual de diuresis o a reducción de proteinuria.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se analizaron 12 sujetos prevalentes e incidentes en DP en nuestra unidad quienes recibían iSGLT2 como parte de su tratamiento. Se analizaron variables demográficas y bioquímicas. Se analizaron volumen urinario, CCl<sub>r</sub>/semana, CCl<sub>p</sub>/semana, KtV total/semana y ratio proteína/creatinina al momento de iniciar los iSGLT2, a los 2 meses y a los 4 meses. La prueba de anova con ajuste de Bonferroni se utilizó para evaluar diferencias entre los diferentes tiempos.

**Resultado:** Se incluyeron 12 sujetos. 9 varones (80%) y 3 mujeres. 50% (n=6) eran diabéticos. La edad media de los sujetos era de 60.8  $\pm$  10.6 años. La mediana de aclaramiento renal de creatinina /semana (CCl<sub>r</sub>) fue de 54.9 (33-110) L, 50.4 (45-60) al mes 2 y 67.1 (48-85) al mes 4 (p anova =0.097). Sin embargo, T2 vs. T4 para CCl<sub>r</sub> (p=0.044, Figura 1A). El aclaramiento peritoneal/semana (CCl<sub>p</sub>) mostró una tendencia similar sin lograr alcanzar diferencias significativas entre los 2 y 4 meses de uso (figura 1B). No se observó mejoría del KtV/semana ni reducción significativa de la proteinuria.

**Conclusión:** El uso de iSGLT2 en sujetos en DP parece mejorar el aclaramiento renal de creatinina. Se requieren estudios con mayor número de sujetos y mayor seguimiento para evaluar los beneficios de iSGLT2 en DP.

Figura 1. Aclaramiento Renal y Peritoneal de Cr semana tras introducción de iSGLT2.



## 81 EL PAPEL DEL CLORO EN DIÁLISIS PERITONEAL

L. MUÑOZ HERNANDO<sup>1</sup>, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ<sup>1</sup>, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ<sup>1</sup>, M. GONZÁLEZ DE RIVERA UTRERA<sup>2</sup>, E. ASTUDILLO CORTÉS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)

**Introducción:** El cloro es fundamental en la distribución del volumen entre los distintos compartimentos del organismo y el mantenimiento del equilibrio osmótico y ácido-base. Los trastornos hidroelectrolíticos y de la volemia son frecuentes en los pacientes que llegan a diálisis. Nuestro objetivo es dilucidar si existen variaciones en la cloremia atribuibles a la propia técnica de diálisis peritoneal (DP).

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo que incluye datos de 65 pacientes incidentes en DP, con un registro previo al inicio de la técnica y otro posterior. Se registraron valores de cloro, sodio, bicarbonato, pCO<sub>2</sub>, NT-proBNP y CA-125, así como la toma de fármacos potencialmente relacionados con el objetivo del estudio (ISRAA, diuréticos, iSGLT2), datos clínicos relativos al estado de volemia (diuresis residual, BCM y signos clínicos de congestión) y el tipo de solución de diálisis con la cual se inicia la técnica.

**Resultados:** La muestra incluye 41 hombres (63.1%) y 24 mujeres (36.9%). La media de edad es 62.2 años (IC 95%=58.4-65.8 años) y la diuresis residual 1840 ml (IC 95%=1669.7-2011.5 ml). Sólo un 9.2% de los pacientes presentaban datos de congestión y la mayoría tomaban algún ISRAA (35 pacientes, 53.8%) y/o un diurético de asa (38 pacientes, 58.5%). Las soluciones más prevalentes fueron StaySafe (20 pacientes, 30.8%) y Balance (20 pacientes, 30.8%); y solo 12 pacientes (18.5%) utilizaban icodextrina. La mediana de cloro sérico en prediálisis fue 105 mmol/L (RIQ=101-107 mmol/L), mientras que una vez iniciada la DP fue 102 mmol/L (RIQ=98.5-104), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0.000). Son también significativas las diferencias en las cifras de bicarbonato y pCO<sub>2</sub> previas y posteriores al inicio de la técnica, existiendo una correlación media y directa (p=0.481; p= 0.000) entre las variaciones de cloro y sodio y débil e inversa (p=0.259; p= 0.044) entre las variaciones de cloro y bicarbonato. Además, encontramos que las variaciones en la cloremia se relacionan significativamente con el uso de icodextrina (p=0.038), pero no dependen del uso de otras soluciones ni de diferencias en el tratamiento.

**Conclusiones:** Parece que existe un cambio en la cloremia tras el inicio de DP potencialmente atribuible a la propia técnica, por lo que postulamos que ciertos ajustes en la pauta podrían ser beneficiosos para lograr normalizar el cloro sérico y conseguir con ello un mejor manejo de la volemia. Esto nos ayudaría a disminuir el riesgo de insuficiencia cardíaca y la morbimortalidad de los pacientes, aumentando su supervivencia y calidad de vida.

## 82 ¿PODEMOS PREDECIR LA PERITONITIS TEMPRANA EN DIÁLISIS PERITONEAL?

E. CHOLBI VIVES<sup>1</sup>, A. SOLDEVILA ORIENT<sup>1</sup>, M. CAVERO MARTÍNEZ<sup>1</sup>, M. GAVILÀ CHORNET<sup>1</sup>, A. FERRI CORTÉS<sup>1</sup>, O. PELLICER BURILLO<sup>1</sup>, A. SERRANO LÓPEZ<sup>1</sup>, E. SORIA OLIVAS<sup>1</sup>, R. DEVESA SUCH<sup>1</sup>, P. SANCHEZ PEREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA), <sup>2</sup>INTELLIGENT DATA ANALYSIS LABORATORY. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA (VALENCIA), <sup>3</sup>INTELLIGENT DATA ANALYSIS LABORATORY. UNIVERSIDAD DE VALENCIA (VALENCIA)

**Introducción:** La peritonitis sigue siendo una de las principales complicaciones en pacientes en diálisis peritoneal, asociándose a un aumento de la morbilidad, el fracaso de la técnica y la necesidad de transferencia a hemodiálisis. Podemos distinguir entre peritonitis de aparición temprana, aquella que ocurre los primeros 6-12 meses tras la colocación del catéter y tardía, cuando se desarrolla posteriormente. La evidencia sugiere que la peritonitis temprana se asocia con un peor pronóstico, incluyendo mayor número de episodios de peritonitis y menor supervivencia de la técnica. Existen diversos factores de riesgo que podrían estar relacionados con una aparición más temprana de la peritonitis, tales como la hipoalbuminemia, el índice de masa corporal elevado, la diabetes mellitus, la edad avanzada y comorbilidades como la enfermedad cerebrovascular.

Este estudio tiene como objetivo analizar diversos factores relacionados con la aparición temprana de peritonitis en pacientes en DP.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo que evaluó a 282 pacientes incluidos en el programa de diálisis peritoneal del Hospital Universitari i Politècnic La Fe (València) entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2023.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 282 pacientes, de los cuales un 18% presentó al menos un episodio de peritonitis durante el primer año. Se identificaron como factores asociados a la aparición de peritonitis temprana niveles bajos de albúmina ( $p = 0.035020$ ), valores elevados de hemoglobina glicosilada ( $p = 0.004315$ ) y ácido úrico ( $p = 0.010614$ ), así como alteraciones en parámetros del metabolismo fosfocálcico, como niveles bajos de vitamina D ( $p = 0.003305$ ) y niveles elevados de PTH ( $p = 0.010778$ ). En cambio, variables como sexo, edad, índice de masa corporal, hábitos tóxicos, hipertensión arterial, dislipemia, etiología de la enfermedad renal crónica o valores de proteína C reactiva no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin peritonitis en el primer año.

**Conclusión:** La aparición temprana de peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal se asocia significativamente con parámetros analíticos como hipoalbuminemia, mal control glucémico, hiperuricemia y alteraciones del metabolismo mineral óseo. La identificación y el control precoz de estos factores podría contribuir a reducir la incidencia de peritonitis precoz y mejorar la supervivencia de la técnica.

## 83 RELACIÓN DEL CRIBADO DE SODIO CON LA MORFOLOGÍA PERITONEAL EN PACIENTES TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

S. ALDANA BARCELÓ<sup>1</sup>, M. OSSORIO GONZÁLEZ<sup>1</sup>, I. VÁZQUEZ RASO<sup>1</sup>, Y. HERNÁNDEZ PERDOMO<sup>1</sup>, J. AZORES MORENO<sup>1</sup>, L. LEÓN MACHADO<sup>1</sup>, MA. ENCALADA LANDIRES<sup>1</sup>, M. SORIANO GUILLÉN<sup>1</sup>, G. DEL PESO GILSANZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** En pacientes en DP, el análisis del descenso de sodio en la primera hora de una cinética peritoneal realizada con glucosa hipertónica nos permite evaluar indirectamente el funcionamiento de las acuaporinas. El elevado gradiente osmótico generado favorece el paso de agua libre a través de estos canales, lo que se refleja en una reducción de la concentración de sodio en el dializado denominada cribado de sodio. La alteración del cribado de sodio es un marcador precoz de fallo de membrana que se ha asociado, además de con disfunción de las acuaporinas, con fibrosis submesotelial y elevado riesgo de desarrollo de esclerosis peritoneal encapsulante.

Nuestro objetivo es evaluar si existe relación entre el cribado de sodio y la morfología peritoneal en pacientes con distintas estancias en DP.

**Material y métodos:** Analizamos 43 biopsias peritoneales de pacientes en DP que tenían una cinética peritoneal con glucosa hipertónica en los últimos 6 meses. Se recogieron datos epidemiológicos, morfológicos (integridad mesotelial, transición mesotelio-mesotelial, fibrosis y vasculopatía hialinizante) y funcionales: coeficiente de transferencia de masa de urea (MTC-U) y creatinina (MTC-Cr), cociente dializado/plasma de creatinina (D/P Cr), ultrafiltración (UF) y cribado de sodio. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS v26.

**Resultados:** La edad media de los pacientes era de  $48,3 \pm 16$  años. El 60,5% eran hombres, con tiempo en DP de  $25,6 \pm 18$  meses (rango 1.4-79). El 46,5% recibían soluciones biocompatibles y 32,6% tenían antecedentes de peritonitis. El 83,7% de las biopsias se realizaron durante la cirugía de trasplante renal. Cinco pacientes (11,6%) tenían rápido transporte peritoneal y 14 pacientes (32,6%) presentaban alteración del cribado de sodio (Na basal-Na 60 minutos  $0,81$ ,  $n=4$ ) presentaban mayor tendencia a tener alterado el cribado de sodio que los pacientes con cribado normal (75% vs. 28,2%,  $p=0,057$ ). Los pacientes con cribado de sodio alterado tenían más tendencia a presentar fibrosis que los pacientes con cribado normal (69% vs. 38%,  $p=0,06$ ). La presencia de cribado de sodio alterado fue independiente del tiempo en DP.

**Conclusiones:** No se encontró asociación significativa entre la alteración del cribado de sodio y los parámetros morfológicos ni con el tiempo en DP. Se observó una tendencia a mayor prevalencia de fibrosis peritoneal en pacientes con cribado de sodio alterado. Serían necesarios estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estas asociaciones.

## 84 IMPACTO DE LA AMPLIACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN DIÁLISIS PERITONEAL EN NUESTRO CENTRO

E. RODRÍGUEZ MENA<sup>1</sup>, S. BEA GRANELL<sup>1</sup>, A. PALACIOS CASTILLO<sup>1</sup>, A. GALÁN SERRANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA)

**Introducción:** Tradicionalmente, la diálisis peritoneal (DP) se ha utilizado bajo estrictos criterios como modalidad de terapia renal sustitutiva, con el objetivo de minimizar complicaciones. Sin embargo, la evidencia reciente sugiere que ampliar estos criterios no incrementa la tasa de complicaciones. La prevalencia de la DP es variable, situándose en un 11% a nivel mundial y en un 10% en España, con diferencias entre comunidades autónomas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional y retrospectivo con pacientes adultos incluidos en el programa de DP entre 2016 y 2024 en nuestro centro. Se compararon dos cohortes: 2016-2021 (criterios restrictivos) y 2023-2024 (criterios ampliados, incluyendo cirugías abdominales previas, obesidad y fragilidad en ancianos). Las variables principales fueron las complicaciones infecciosas (peritonitis, infecciones del orificio de salida) y las hospitalizaciones. El objetivo fue evaluar si la ampliación de los criterios de inclusión para la DP se asocia con un aumento de complicaciones.

**Resultados:** En el periodo 2023-2024, la incidencia y la prevalencia aumentaron significativamente (24 y 55,5, respectivamente) en comparación con 2016-2021 (12,3 y 34). La edad media de los pacientes incidentes fue mayor en 2023-2024 (65,3 años) respecto a 2016-2021 (57,8 años). La mediana del índice de Charlson aumentó de 5 en 2016-2021 a 7 en 2023-2024. El número de ingresos hospitalarios aumentó notablemente en 2023-2024, alcanzando los 14 ingresos, frente a 8 en 2016-2021 y 5 en 2022. La estancia media por ingreso se mantuvo estable a lo largo del tiempo, con 7,4 días en 2023-2024 frente a 7,7 días en 2016-2021. La tasa de peritonitis no mostró cambios significativos, siendo de 0,018 pacientes/mes en 2016-2021 frente a 0,021 pacientes/mes en 2023-2024. La tasa de infecciones del orificio de salida (OS) disminuyó de 0,016 en 2016-2021 a 0,008 en 2023-2024.

**Conclusiones:** La ampliación de los criterios para la diálisis peritoneal en 2023-2024 se asoció con un aumento de la incidencia, la prevalencia y la comorbilidad de los pacientes, sin un incremento relevante en las tasas de peritonitis, la estancia media por ingreso y se observó una reducción en las infecciones del OS. Estos resultados sugieren que la estrategia de inclusión ampliada es segura y permite aumentar el acceso a la técnica sin un incremento significativo de complicaciones.

## 85 GESTIÓN DE CALIDAD Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL

FATIMA NINETH MORENO GUZMAN<sup>1</sup>, MONICA POU POTAU<sup>1</sup>, ANGELES MONTYOYA ARIZA<sup>1</sup>, YOLANDA MOLINA MORENO<sup>1</sup>, VICENS ESTEVE SIMÓ<sup>1</sup>, IRATI TAPIA GONZALEZ<sup>1</sup>, PATRICIA JIMENEZ COSTA<sup>1</sup>, SANDRA RUBIO PAEZ<sup>1</sup>, MANEL RAMIREZ DE ARELLANO<sup>1</sup>, ELIZABET GONZALEZ LAO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (TERRASSA), <sup>2</sup>CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (TERRASSA)

**Introducción y objetivos:** La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de tratamiento renal que promueve la autonomía del paciente y mejora su calidad de vida. Su éxito requiere una atención estructurada, centrada en el paciente y basada en criterios de calidad asistencial.

**Objetivo:** Analizar prácticas de gestión de calidad aplicadas en una unidad de DP, identificar áreas de mejora y proponer acciones para optimizar la atención.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y cualitativo en 2024 realizado en una unidad de DP certificada según la norma ISO 9000:2015 y desde 2022 en gestión de Riesgos y Seguridad de Paciente. Se utilizaron fuentes múltiples: observación directa, grupos focales de gestión de riesgos, análisis de registros clínicos y plataforma Nefrosoft®. Se evaluaron indicadores clave (tasa de peritonitis, complicaciones hospitalarias, cumplimiento en la entrega de muestras, actividad asistencial) y se aplicó un cuestionario de satisfacción a pacientes (PREMs), que abordó cinco dimensiones: entorno físico, comunicación, intimidad, transporte y satisfacción global.

**Resultados:** Incidencia anual: 19 pacientes (65% DPCA, 35% DPA). La tasa de peritonitis fue de 0,32 episodios/paciente/año. El 62,5% de los cultivos fueron cocos grampositivos, un 12,5% cultivos negativos. No se observaron complicaciones en pacientes hospitalizados. El cumplimiento en la entrega de muestras fue del 100%. La actividad asistencial mensual se mantuvo dentro de los objetivos establecidos.

Encuesta de satisfacción, el 92% otorgó una puntuación de 10/10. Dimensiones mejor valoradas: atención profesional y adecuación del entorno. El 13% expresó margen de mejora en el área de intimidad. Se identificaron buenas prácticas en educación sanitaria, con una adherencia superior al 90%. Se identificó un riesgo asociado al cambio de material para la implantación del catéter, que requirió adoptar una técnica alternativa y formación específica al profesional responsable. Detectada alguna dificultad de comprensión de la información, como oportunidad de mejora se ha iniciado un proyecto de lenguaje accesible.

**Conclusiones:** La gestión de calidad en DP, basada en protocolos, formación continua y análisis de indicadores, permite ofrecer una atención segura y centrada en el paciente. Las encuestas PREMs facilitan la identificación de fortalezas y áreas de mejora. Se recomienda mantener auditorías internas periódicas y fomentar la implicación activa del paciente en su proceso asistencial e introducir progresivamente la medición de PROMs.

**86 SÍNDROME CARDIORRENAL EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CARDIORRENAL**E. GÓMEZ FLORES<sup>1</sup>, E. FUENTE GONZÁLEZ<sup>2</sup>, J.C. QUEVEDO REINA<sup>1</sup>, M. GALVÁN RUIZ<sup>3</sup>, MV. GROBA MARCO<sup>2</sup>, CA. SANTANA QUINTANA<sup>4</sup>, D. MEDINA GARCÍA<sup>1</sup>, YE. DARUIZ D'ORAZIO<sup>1</sup>, P. FERNÁNDEZ NAVARRO<sup>1</sup>, P. PÉREZ BORGES<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUGCDN (ESPAÑA), <sup>2</sup>CARDIOLOGÍA. HUGCDN (ESPAÑA)

**Introducción:** El síndrome cardiorenal (SCR) está cambiando en su abordaje. Sin embargo, no existe consenso sobre el beneficio de los fármacos modificadores del pronóstico (FMP) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y terapia renal sustitutiva (TRS). Nuestro objetivo fue analizar el impacto de estos tratamientos en esta población.

**Métodos:** Realizamos un análisis observacional, retrospectivo de pacientes con TRS en seguimiento por la Unidad Cardiorenal (UCR) desde 2023. Se recogieron comorbilidades, datos analíticos, ecocardiográficos y terapéuticos. Posteriormente se comparó el impacto en clase funcional, titulación de FMP, ingresos y mortalidad.

**Resultados:** Incluimos 58 pacientes con SCR en TRS, 69% varones, edad media de 65,6 años  $\pm$  12,5, distribuidos en tres grupos: hemodiálisis (HD) (n=36; 62,1%), ultrafiltración peritoneal (UF) (n=15; 25,9%) y diálisis peritoneal automatizada (n=7; 12,1%). Las comorbilidades prevalentes fueron hipertensión arterial (86,2%), dislipemia (72,4%) y diabetes mellitus (51,7%). El índice de Charlson fue 5,83 $\pm$ 2,04.

Los pacientes en HD eran más hipertensos, con fenotipo izquierdo y mayor % de fracción de eyección (FEVI) preservada. Los de UF eran mayores, más frecuentemente mujeres, con fenotipo derecho y FEVI reducida (Tabla 1).

En el seguimiento, se observó mejoría funcional independiente de la TRS basal. Respecto al tratamiento, objetivamos un incremento significativo de los FMP en los tres grupos. Se redujeron significativamente las dosis de furosemida, lo que sugiere mejoría en la congestión.

Doce pacientes requirieron ingreso por IC y seis fallecieron, sin diferencias entre grupos.

**Conclusiones:** El manejo del SCR con TRS es un reto por su complejidad y falta de evidencia. En nuestra serie, independiente de la técnica de TRS, evidenciamos mejoría de la clase funcional, mayor uso de FMP y menor necesidad de diuréticos de asa. A pesar del perfil de pacientes, destacamos bajas tasas de reingresos por IC y mortalidad. Se necesita más estudios para corroborar el impacto de las UCR en SCR y TRS.

 Ver tablas
**87 CUANDO EL CULTIVO CALLA: PERITONITIS ESTÉRIL EN DIÁLISIS PERITONEAL**J. MENDOZA HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, E. SANCHEZ<sup>1</sup>, E. ASTUDILLO CORTES<sup>1</sup>, E. MOLINA MARTINEZ<sup>2</sup>, N. MOLINA ALVAREZ<sup>2</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

**Introducción y objetivos:** La peritonitis estéril constituye un desafío clínico importante en pacientes en diálisis peritoneal (DP), debido a su presentación indistinguible de la peritonitis infecciosa, pero con cultivos microbiológicos negativos. Representa el 15% de todos los episodios de peritonitis y su diagnóstico requiere la exclusión rigurosa de infección mediante cultivos apropiados. A pesar de su relevancia clínica, la literatura disponible es escasa y se limita, en su mayoría, a casos clínicos aislados. Nuestro objetivo fue conocer la incidencia de peritonitis estériles en nuestra unidad y describir sus características.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional, único centro. Se incluyeron pacientes de DP con episodios de peritonitis estéril entre 2015 y 2025. Se analizaron variables clínicas, analíticas y terapéuticas, incluyendo tipo de técnica de DP, etiología de la enfermedad renal crónica (ERC), comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e insuficiencia cardíaca (IC), uso de inmunosupresores e icodextrina, y parámetros bioquímicos como albúmina, proteína C reactiva (PCR), ferritina y presión intraabdominal (PIA).

**Resultados:** De los 500 pacientes atendidos en nuestra unidad de DP, solo el 27 (5,4%) sufrieron algún episodio de peritonitis estéril. La mediana de edad fue 80 años. Las causas más frecuentes de ERC fueron nefrosclerosis 26%, enfermedad renal diabética 15% y nefritis intersticial crónica 11%. En cuanto a la técnica de DP, el 89% utilizaban diálisis peritoneal ambulatoria continua y el 11% diálisis peritoneal automatizada. El 41% de los pacientes presentaba IC y también el 41% DM tipo 2. El 74% utilizaba icodextrina, y el 11% inmunosupresores. La mediana de la PIA fue 16 mmHg. El 78% recibió terapia empírica con gentamicina, vancomicina y profilaxis con fluconazol, según las guías clínicas actuales.

**Conclusiones:** La peritonitis estéril es relativamente infrecuente en nuestra unidad con una incidencia del 5,4%. Se identificó una posible asociación entre estos episodios y la presencia de IC, DM2, uso de icodextrina y valores elevados de PIA. Hallazgos que sugieren factores predisponentes que podrían intervenir en su desarrollo. Son necesarios estudios comparativos más amplios para confirmar estas observaciones y establecer estrategias terapéuticas más eficaces.

**88 SOPORTE CON DIÁLISIS PERITONEAL EN EL SÍNDROME DE FUGA CAPILAR**S. PIQUERAS SÁNCHEZ<sup>1</sup>, J. PÉREZ MARTÍNEZ<sup>2</sup>, A. ORTEGA CERRATO<sup>3</sup>, FJ. CENTELLAS PÉREZ<sup>4</sup>, M. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ<sup>5</sup>, C. CAMPAYO ESCOLANO<sup>6</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE HELLÍN (ALBACETE), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>3</sup>M. INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>4</sup>M. INTERNA. HOSPITAL DE HELLÍN (ALBACETE)

**Introducción:** El síndrome de fuga capilar sistémica (SCLS) es un trastorno raro caracterizado por episodios agudos de hemoconcentración debido a aumento de la permeabilidad vascular, que provocan hipotensión y shock. Se ha descrito, en menos de 10 casos, una forma crónica con edema refractario, derrames pleurales y pericárdicos, e hipoalbuminemia. Puede ser idiopático (síndrome de Clarkson) o secundario. La dificultad clínica radica en el manejo de la volemia y tratamientos.

**Caso clínico:** mujer de 20 años, antecedentes atopía, alergia a tiomersal y mertiolato, sin vacunación reciente. Obesa (peso>80 kg), tratamiento crónico con anticonceptivos por síndrome de ovario poliquístico. Durante un mes, acudió repetidamente a urgencias por edema facial persistente y febrícula, sospechando angioedema adquirido o hereditario iniciando amchafibrin y antagonista de bradicinina sin mejoría. 48 horas después, ingresó en UCI por insuficiencia cardíaca en anasarca, ortopnea y derrame pleuro-pericárdico severo con compromiso hemodinámico, requiriendo pericardiocentesis. Analíticamente presentaba Hb entre 16-17 g/dl, función renal normal y tendencia a hipopotasemia. Se descartaron síndrome nefrótico, enfermedades autoinmunes y enteropatías que pierdan proteínas. El diagnóstico fue compatible con SCLS crónico sin etiología. Durante meses permaneció hospitalizada en Medicina Interna y UCI por anasarca persistente, llegando a 140kg. Requirió intubación, ventilación mecánica no invasiva, ventana pericárdica y múltiples drenajes pleurales. Para soporte mientras se iniciaban tratamientos inmunomoduladores (inmunoglobulinas, terbutalina, teofilina, infliximab, bevacizumab y rituximab), se propuso diálisis peritoneal mediante colocación de catéter autoposicionante por minilaparotomía a ciegas para ultrafiltración. Tras una semana se utilizó el catéter con bajos volúmenes de icodextrina debido a fuga pericatóter. A los 15 días se programó cicladora para optimizar ultrafiltración extrayendo unos 2000cc en 10horas, logrando balances negativos progresivos. Posteriormente presentó dificultades para infusión y drenaje abdominal con dolor asociado; descartada peritonitis. La buena respuesta a diuréticos (espironolactona, acetazolamida, torasemida) y la mejoría clínica llevaron a no continuar con la técnica. Mientras esperaba la retirada programada del catéter, desarrolló infección por S.aureus meticilino-resistente en orificio y peritonitis asociada; retirándose de urgencia. Actualmente mantiene estabilidad clínica en controles ambulatorios.

**Conclusiones:** Este caso resalta las potencialidades de la diálisis peritoneal ante indicaciones complejas como el SCLS crónico refractario. Sin embargo, evidencia problemas técnicos como fuga pericatóter e infecciones que requieren una cuidadosa evaluación del riesgo-beneficio en su uso.

**89 UN SOLO ACTO, DOS DECISIONES: RETIRADA DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL, EN EL ACTO DEL TRASPLANTE RENAL. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL**RG. BERREZUETA BERREZUETA<sup>1</sup>, LF. MORÁN FERNÁNDEZ EZ<sup>2</sup>, M. NUÑEZ<sup>3</sup>, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ<sup>4</sup>, E. ASTUDILLO CORTES<sup>5</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

**Introducción:** En pacientes en diálisis peritoneal (DP) que reciben un trasplante renal, la retirada del catéter durante el acto quirúrgico continúa siendo una práctica controvertida. Aunque las guías actuales recomiendan mantenerlo durante los primeros tres meses como respaldo ante una posible disfunción precoz del injerto, esta estrategia podría aumentar el riesgo de infecciones y otras complicaciones abdominales. Este estudio evalúa la seguridad de la retirada inmediata del catéter, analizando las complicaciones clínicas y quirúrgicas durante los tres primeros meses posttrasplante.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias, en pacientes en DP a quienes se retiró el catéter durante el trasplante renal, entre abril de 2014 y junio de 2023. Se recogieron variables antropométricas, antecedentes del donante y datos relacionados con el trasplante. Se analizaron las complicaciones postoperatorias en distintos momentos del seguimiento.

**Resultados:** Se analizaron 72 pacientes, (edad media 63 años; 64% varones). Las tres principales causas de enfermedad renal crónica fueron poliquistosis hepatorenal y las glomerulopatías (19% cada una), y nefropatía diabética (15%). En la primera semana posttrasplante, el 16% de los pacientes presentó síntomas digestivos asociados a la inmunosupresión. La disfunción aguda del injerto (4%) dio lugar a función retardada del injerto con necesidad de hemodiálisis (HD) en dos pacientes, lo que prolongó la estancia hospitalaria una media de seis días. La hiperpotasemia (4,2%) y las complicaciones vasculares (11%) provocaron el 88,7% de las sesiones de HD. En el primer mes posttrasplante las infecciones aumentaron un 9%, siendo el 80% de origen viral. Se documentó un único caso de infección del orificio de salida del catéter, que fue manejado de forma ambulatoria sin prolongar la hospitalización. Las colecciones abdominales estuvieron presentes en el 11% de los casos, mientras que las complicaciones vasculares afectaron al 3% de los pacientes, siendo responsables del total de las sesiones de HD durante este periodo. Durante el segundo mes, se registró un repunte de infecciones hasta el 26,4%, con predominio viral (65%). En el tercer mes, la incidencia de infecciones disminuyó un 10%, con una distribución equitativa entre origen viral y bacteriano (50% cada uno). Se reportó un único caso de herniación en el sitio del catéter, que fue corregido quirúrgicamente.

**Conclusiones:** La retirada del catéter de DP durante el trasplante renal se presenta como una estrategia segura y factible. La baja incidencia de disfunción del injerto y complicaciones directamente relacionadas con el catéter no justifica su mantenimiento prolongado. Estos datos respaldan una retirada temprana como opción válida en la práctica clínica habitual.

## Resúmenes

## Diálisis peritoneal

## 90 PERITONITIS ENTÉRICAS EN DIÁLISIS PERITONEAL: REVISIÓN DE 10 AÑOS

B. MILLÁN DÍAZ<sup>1</sup>, C. ÁLVAREZ ESCUDERO<sup>1</sup>, C. PÉREZ MELÓN<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (OURENSE/ESPAÑA)

**Introducción:** Las peritonitis son una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes en programa de diálisis peritoneal (DP) que conllevan a comorbilidad, fallo, abandono de la técnica y éxitus en los casos extremos. Hay incremento en los últimos años de gérmenes entéricos causantes de esta patología.

**Materiales y métodos:** Revisamos los casos de peritonitis causadas por gérmenes entéricos desde abril de 2015 hasta abril de 2025, su evolución y su posible relación con estado de hiperhidratación.

Objetivamos 46 peritonitis en 36 pacientes causadas por gérmenes entéricos de un total de 163 episodios (28.2%). Evaluamos características demográficas, parámetros relacionados con la técnica de DP y con estudio de volemia del paciente y la evolución del cuadro.

**Resultados:** La edad media fue de 67.8±12.32 años con un tiempo de permanencia en DP de 27 meses(2-120). El 78.3% de las peritonitis se presentaron en varones, siendo el 34.8% en diabéticos. Las causas de enfermedad renal crónica fueron: 8 de etiología no filiada, 14 nefropatía diabética, 1 enfermedad vascular renal, 11 causa glomerular, 2 nefritis túbulo-intersticial crónica, 1 enfermedad quística renal y 9 prevenían de trasplante tras nefropatía crónica del injerto. Los gérmenes obtenidos en cultivos fueron: Enterococcus 16 casos(34.8%), Escherichia coli 9 (19.6%), Klebsiella 6 (13,0%), Polimicrobiana Gram negativas 3 (6.5%), Serratia marcescens 3 (6.5%) y 9 con otros gérmenes (19,6%).

18 de los casos se presentaron en pacientes con DP manual y 28 con DP automática. En el 82.6% de las peritonitis, el tratamiento incluía icodextrina.

Los datos obtenidos del test de equilibrio peritoneal(PET) clasifican a los pacientes en 3 bajos transportadores (6.5%), 11 medio-bajo (23.9%), 20 medio-alto (43,5%) y 7 alto (15,2%). En 5 pacientes no obtuvimos datos del PET. La diuresis residual de los pacientes fue de 500 (0-2700) cc.

La presión intraperitoneal media medida antes del drenaje completo a las 4 horas del PET fue de 16.5 ± 2.79 cmH<sub>2</sub>O y un OH medido mediante BCM de 1.7 (-1.6- 7).

La evolución de los casos fue favorable en 39 peritonitis (84.8%) con curación, en 6 (13.0%) se precisó retirada del catéter y un paciente fue éxitus.

**Conclusiones:** La mayor parte de los casos que evolucionaron a curación precisaron más de un antibiótico tras obtención de antibiograma para obtener evolución favorable de la peritonitis. En nuestra serie hemos observado elevada proporción de casos en pacientes que iniciaron DP tras trasplante renal y desde ERCA por causa glomerular, lo que probablemente se relacione con los tratamientos inmunosupresores previos recibidos. Más de la mitad de los casos de peritonitis se presentaron en pacientes con transporte medio alto o alto y diuresis residual alrededor de 500 cc por lo que nuestra serie apoya la literatura que relaciona las peritonitis entéricas con la hiperhidratación.

## 91 PARÁMETROS DE CONGESTIÓN EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

JJ. ALVAREZ-SALTOS<sup>1</sup>, GM. GONZALEZ SUAREZ<sup>1</sup>, CM. CASTILLO DEVIA<sup>1</sup>, NM. MARTIN ALEMANY<sup>1</sup>, AM. MERINO-RIBAS<sup>1</sup>, LG. GARCIA-CANTALEJO<sup>1</sup>, C. NOBOA PAEZ<sup>1</sup>, YA. ACOSTA BAPTISTA<sup>1</sup>, M. CUIF VALLMAJOR<sup>1</sup>, JC. CALABIA MARTINEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DR JOSEP TRUETA (GIRONA/ESPAÑA)

**Introducción y objetivos:** La sobrecarga de volumen en pacientes en diálisis se asocia con mayor mortalidad, por lo que mantener la euvolemia es esencial. Diversos métodos, tanto clínicos como paraclínicos, han sido desarrollados para evaluar el estado de volumen. Este estudio describe la relación entre parámetros asociados a hipervolemia en pacientes en diálisis peritoneal (DP) y evalúa el uso de ecografía en el punto de atención (PoCUS) y la herramienta Composite Congestion Score (CCS) para caracterizar fenotipos de congestión.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y comparativo en pacientes en DP, divididos en dos grupos según bioimpedancia: no congestivos (Grupo 1, n=15) y congestivos (Grupo 2, n=7). Se realizaron dos evaluaciones ecográficas (pulmonar, vena cava inferior, vena porta) antes y después de la prueba de equilibrio peritoneal (PET). Los datos se analizaron con pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk), comparaciones (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis) y correlaciones (Spearman). Se utilizó SPSS v30.

**Resultados:** No hubo diferencias significativas en edad o sexo. La hipertensión fue prevalente en ambos grupos (93-100%). La insuficiencia cardíaca fue más común en el grupo congestivo (71,4% vs. 26,7%, p=0,052). Las regurgitaciones mitral (85,7% vs. 40%, p=0,031), aórtica (71,4% vs. 20%, p=0,022) y tricuspídea fueron más frecuentes en este grupo. La diuresis residual fue menor en los pacientes congestivos (1078 vs. 1653 mL, p=0,033), al igual que el grosor del septum interventricular fue mayor (12,29 mm vs. 10,13 mm, p=0,013). La presión intraperitoneal fue más alta (20,29 vs. 16,6 mmHg, p=0,028).

Aunque NT-proBNP y CA-125 fueron más elevados en el grupo congestivo, las diferencias no alcanzaron significancia estadística. Se encontró correlación entre la diuresis residual y la puntuación de Charlson (p=0,035), así como con la presión sistólica pulmonar (p=0,023). BNP se asoció con Ca-125 (p=0,05) y con el diámetro de la vena cava (p=0,005). La puntuación compuesta de congestión se correlacionó con edad (p=0,043), Ca-125 (p=0,042), bioimpedancia y diuresis residual (p=0,033).

**Conclusiones:** La insuficiencia cardíaca, las valvulopatías y la baja diuresis residual son factores relevantes en la hipervolemia en DP. La función sistólica no fue un factor diferenciador. La mayor presión intraperitoneal podría reflejar sobrecarga. Se resalta la utilidad de un enfoque multimodal para evaluar y manejar la hipervolemia en pacientes en DP.

## 92 REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE QUILOPERITONEO EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

GP. GARCÍA PAREJO<sup>1</sup>, SG. SÁNCHEZ GARCÍA<sup>1</sup>, M<sup>a</sup>. MARTÍN ÁLVAREZ<sup>1</sup>, TJ. TORRES JARAMILLO<sup>1</sup>, MC. MARTÍN CABALLERO<sup>1</sup>, MT. MARTÍNEZ TEJEDA<sup>1</sup>, ÁT. ÁLVAREZ TUNDIDOR<sup>1</sup>, DC. DELGADO CERÓN<sup>1</sup>, AP. ALAGUERO DEL POZO<sup>1</sup>, GG. GÓMEZ GIRALDA<sup>1</sup>

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

**Introducción:** El quilo peritoneo es una condición poco frecuente caracterizada por la acumulación de líquido peritoneal (LP) lechoso y rico en triglicéridos (TG), debido a la presencia de linfa en la cavidad abdominal. Su incidencia en pacientes en diálisis peritoneal (DP) es baja, estimándose alrededor del 0,5%. Las causas incluyen neoplasias (linfomas), cirrosis, infecciones, cirugía abdominales, anomalías linfáticas y fármacos (calcioantagonistas). Tradicionalmente, se considera diagnóstico un nivel de TG en LP >110 mg/dL.

El objetivo del estudio fue analizar la concentración de TG en LP y su relación con el aspecto del LP, valorando la utilidad de un umbral diagnóstico inferior a 110 mg/dL.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en la Unidad de DP de nuestro centro. Analizamos 43 muestras de LP en 28 pacientes. Recogimos variables demográficas, clínicas (etiología ERC, neoplasias, cirugía abdominal previa, infecciones, fármacos), relacionadas con la técnica de DP (modalidad, tiempo en DP, tipo de transporte peritoneal) y parámetros de laboratorio (recuento celular, proteínas y TG en LP y TG séricos). Se correlacionaron los niveles de TG en LP con el aspecto macroscópico del líquido y otras variables clínicas.

**Resultados:** La mediana de edad fue 75 años [26-82], el 71,4% eran hombres y el 66,7% estaban en tratamiento con calcioantagonistas, la etiología de la ERC fue no filiada en el 46.5%. El 57,2% realizaba DPA, el 25% no había presentado peritonitis, el 50% son transportadores medio-altos según el D/P de Cr y la mediana de tiempo en DP fue de 22 meses [1-105].

Analizamos 10 muestras con aspecto turbio/lechoso, de las cuales 9 presentaron niveles de TG <110 mg/dL, con una mediana de 44,5 mg/dL [11-61]. Sólo una muestra presentó TG >110 mg/dL, que correspondía a un exudado en paciente en descanso peritoneal. En los líquidos de aspecto claro, los TG fueron siempre <15 mg/dL. En un caso coincidente con peritonitis, también se midieron TG <10 mg/dL. Los TG séricos mostraron una mediana de 90 mg/dL [38-255].

**Conclusiones:** La mayoría de los LP con aspecto turbio/lechoso presentaron niveles de TG por debajo del umbral clásico de 110 mg/dL, y los niveles fueron mucho menores en los pacientes con líquido claro, habitualmente <15 mg/dL. Estos resultados sugieren que el punto de corte tomado como referencia podría no ser suficientemente sensible en pacientes en DP y que valores más bajos de TG podrían tener utilidad diagnóstica en este contexto.