

24 REGULACIÓN DE PARICALCITOL SOBRE MARCADORES DE TRANSICIÓN EPITELIO MESEQUIMAL SOBRE CÉLULAS MESEQUIMALES Y SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA MEMBRANA PERITONEAL EN UN MODELO ANIMAL DE DIÁLISIS PERITONEAL

L. SALANOVA VILLANUEVA¹, P. DIEZ ARIAS¹, G. GONZÁLEZ MATEO², M. LÓPEZ CABRERA², JA. SÁNCHEZ TOMERO¹, A. AGUILERA PERALTA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PRINCESA (MADRID/ESPAÑA), ²INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE LA PAZ/NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Una de las principales causas de abandono de la técnica en el paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en diálisis peritoneal (DP) es el fallo de membrana. La inflamación y la fibrosis vinculada a la ERC y a las propias soluciones de DP conllevan fallo de membrana y fracaso de la técnica. El papel antiinflamatorio y antifibrótico de vitamina D y de sus análogos, como paricalcitol (PRCT), podría conllevar beneficios en la funcionalidad de la membrana peritoneal en la técnica de DP.

Material y métodos: realizamos un estudio in vitro con células mesoteliales (CM) humanas; e in vivo con un modelo de diálisis peritoneal (DP) durante un mes. Analizamos el efecto general de PRCT sobre los cambios en la membrana peritoneal y las CMs inducidos por los líquidos de diálisis; evaluamos, especialmente, marcadores de transición epitelio mesenquimal (TEM) y el grado de fibrosis. Evaluamos el potencial papel terapéutico de PRCT, en la membrana peritoneal sana, en la prevención o inhibición de TEM.

Resultados: El uso de PRCT en el modelo animal de DP frenó de manera significativa las consecuencias de la TEM, devolviendo a la membrana peritoneal su estructura funcional con un menor grado de fibrosis y con mejoría de la capacidad de ultrafiltración. A su vez en cultivos de CMs aumentó la expresión de marcadores epiteliales como E-Cadherina ($p < 0,0001$), y descendieron marcadores como fibronectina ($p < 0,0001$), colágeno I ($p < 0,0001$), o la señal Snail ($p < 0,0001$). La expresión de BMP 7 aumentó de manera significativa ($p < 0,0001$) y la expresión de TGF B se vería alterada al descender la señal Smad 2, 3 aumentar la señal Smad 1, 5, 8. Además se frenó la expresión de alfa-SMA (smooth muscle actin; actina del músculo liso).

El uso de PRCT en modelos de DP frenó de manera significativa las consecuencias de la TEM, devolviendo a la membrana peritoneal su estructura funcional con un menor grado de fibrosis y con mejoría de la capacidad de ultrafiltración

Conclusiones: El tratamiento con PRCT en modelos de DP y en las CM peritoneales es capaz de preservar la función de la membrana peritoneal y revertir el proceso de TEM con descenso de sus marcadores.

Figure 1. La adición de PRCT (10-5 M) mantuvo la expresión de E-Cadherina en las placas de CVPH con base de colágeno I. (Microscopía de fase 20x)

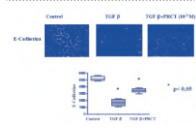
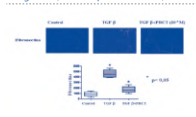


Figure 2. La adición de PRCT (10-5 M) inhibe la expresión de fibronectina inducida por TGF en las placas de CVPH bañadas con colágeno I. (Microscopía de fase 20x)



25 DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA): ANÁLISIS COMPARADO DE LOS PARÁMETROS DE FUNCIONAMIENTO DE LA CICLADORA HOMECHOICE CLARIA® (HC) ENTRE LOS RÉGIMENES CCPD VS TIDAL Y ENTRE LOS ESQUEMAS DE TERAPIA PROGRAMADO VS TERAPIA REAL

M. SANTANA BORBÓN¹, N.J. VEGA DÍAZ¹, F. GONZÁLEZ CABRERA¹, S. MARRERO ROBAYNA¹, J.C. RODRÍGUEZ PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: La DP es por excelencia la Terapia de Tratamiento Sustitutivo Renal domiciliaria. Un régimen es un plan terapéutico sistemático con los datos relativos al esquema de diálisis que se ha programado. Este queda registrado en la "Configuración del Dispositivo" que se envía por conexión remota a la cicladora en casa del paciente, que debe ser capaz de reconocerlo, ejecutarlo y almacenar los resultados "Terapia Real Completada". La cicladora HC y la plataforma "Sharesource", facilitan esta comunicación bidireccional que permite la monitorización remota de las sesiones de diálisis cumpliendo con los estándares de seguridad, confidencialidad, y fiabilidad de la transmisión de los datos en cumplimiento de las normativas reguladoras legales.

Objetivo: realizar un análisis comparativo entre el esquema programado de funcionamiento de la HC y los resultados registrados como terapia real completada con un régimen de TIDAL. **Material y métodos:** analizamos retrospectivamente el periodo de terapia nocturna de la cicladora de 43 pacientes, entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2019, en régimen de TIDAL. Se recogieron los datos demográficos y la enfermedad de base, y de cada sesión se analizó tipo de esquema, Volumen de terapia Nocturna (VTN), Volumen de infusión (VI), Volumen Tidal (VT), Volumen de última infusión (VUI); Número de ciclos (NC); Tiempo Total Tratamiento (TTT); Tiempo de Permanencia (TP); y como parámetros derivados tiempo de tratamiento útil (TUT = TP*NC) y no útil (TNUT = TT-TTU); Número de tratamientos (NT) y Volumen de Ultrafiltración (VUF).

Resultados: pacientes 43 prevalentes y 4 incidentes en el periodo, para un total de 4579 (rango 50-122). 12 pacientes sin última infusión, con día seco.

Conclusiones: De los parámetros prefijados solo se cumple volumen de última infusión, volumen residual y número de ciclos, pero ninguno de los referidos a tiempos de tratamiento.

Figure 1.

	Programado		P	Terapia Real		P													
	CCPD (min)	TOTAL (min)		CCPD (min)	TOTAL (min)														
Edad (años)	61.40 ± 13.37	62.02 ± 12.65	0.759	61.40 ± 13.37	62.02 ± 12.65	0.845													
NT (nº)	117.82 ± 17.85	117.80 ± 18.88	0.880	107.42 ± 14.83	106.49 ± 21.49	0.845													
VTT (min)	12499.23 ± 1972.00	12802.44 ± 1782.39	0.017	12087.11 ± 1428.19	11443.86 ± 1407.46	0.002													
VTN (min)	12329.81 ± 1288.91	11800.19 ± 1460.46	0.012	11488.40 ± 1461.65	1205.80 ± 830.45	0.473													
VI (ml)	1800.49 ± 239.31	2000.00 ± 174.97	0.773	-	-	-													
VUI (ml)	1208.21 ± 194.60	1419.35 ± 114.56	0.080	1499.58 ± 196.95	1429.73 ± 312.18	0.251													
NC	6.29 ± 0.81	7.26 ± 1.45	0.000	6.29 ± 0.86	7.40 ± 1.95	0.000													
TTT (min)	550.38 ± 30.38	542.79 ± 12.79	0.134	545.76 ± 33.08	545.48 ± 13.86	0.960													
TP (min)	60.94 ± 7.53	51.63 ± 11.01	0.000	58.83 ± 13.88	42.81 ± 14.35	0.000													
TUT (min)	375.89 ± 28.99	377.23 ± 65.03	0.723	342.72 ± 63.68	264.19 ± 62.72	0.109													
TNUT (min)	178.31 ± 30.83	165.47 ± 84.71	0.267	243.05 ± 85.50	261.34 ± 83.21	0.138													
VUF (ml)	-	-	-	344.25 ± 259.99	223.81 ± 234.97	0.073													
NT con mayor TTT del programado	98.25 ± 23.61	88.27 ± 22.46	0.063	-	-	-													
NT con menor TP del programado	56.73 ± 7.73	75.51 ± 30.99	0.005	-	-	-													
Máximo TTT (min)	962.75 ± 37.36	661.69 ± 63.63	0.346	-	-	-													
Máximo TP (min)	47.04 ± 13.05	42.11 ± 12.71	0.067	-	-	-													
Esquema del TP programado (min)	42.38 ± 24.91	58.40 ± 51.40	0.050	-	-	-													
TP promedio (min)	13.90 ± 10.99	9.51 ± 13.70	0.086	-	-	-													
% Variabilidad TTT	7.03 ± 3.67	9.16 ± 6.72	0.094	-	-	-													
% Variabilidad TP	23.10 ± 8.08	15.79 ± 22.84	0.140	-	-	-													
NT	Número de tratamientos	VTT	Volumen Total de Terapia	VTN	Volumen Terapia Nocturna	VUI	Volumen Última Infusión	NC	Número de ciclos	TTT	Tiempo Total Tratamiento	TP	Tiempo Permanencia	TUT	Tiempo Útil Tratamiento	TNUT	Tiempo No Útil Tratamiento	VUF	Volumen de Ultrafiltración

26 PERITONITIS EN PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL FACTORES PREDICTORES EN NUESTRO CENTRO

P. ROSA GUERRERO¹, C. MOYANO PEREGRIN¹, V. GARCÍA MONTEMAYOR¹, I. LÓPEZ LÓPEZ¹, C. RODELO HAAD¹, R. OJEDA LÓPEZ¹, A. MARTÍN MALO¹, S. SORIANO CABRERA¹

¹NEFROLOGÍA. HURS (CÓRDOBA)

Introducción: La peritonitis es la complicación más frecuente asociada a la diálisis peritoneal (DP). Representa el principal motivo de disfunción del catéter peritoneal y causa más frecuente de transferencia a hemodiálisis e ingresos hospitalarios. Es fundamental conocer los factores predictores de desarrollo de peritonitis con el objetivo de identificar aquellos pacientes más susceptibles.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes naive que inician DP en nuestra unidad entre 2000-2019 y permanencia mínima de 3 meses. Se excluyeron pacientes en DP cardiaca, transferidos desde hemodiálisis y trasplantados previamente. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos al inicio de la técnica y tras 3, 6 y 12 meses. Se compararon los pacientes que presentaron algún episodio de peritonitis frente a los que no. Se realizó un análisis multivariante para identificar variables asociadas de forma independiente con el desarrollo de peritonitis en nuestra cohorte. El estadístico de Youden identificó el punto de corte con mayor sensibilidad y especificidad a partir del cual una variable continua determinaba un mayor riesgo de peritonitis.

Resultados: 178 pacientes iniciaron DP en nuestra unidad en el periodo estudiado. El 67,4% eran varones, con edad media de 51 años (51,87±15,86) e índice de masa corporal (IMC) medio de 27,5 kg/m². El 22,5% eran diabéticos, el 38,8% hipertensos y con una mediana de permanencia en la técnica de 387 días (rango 86-4404 días). El 22,5% de los pacientes (n=40) desarrollaron peritonitis en algún momento de su evolución. No hubo diferencias en edad, sexo, diabetes, IMC e hipertensión entre grupos (Peritonitis vs No peritonitis). La peritonitis se asoció de forma significativa ($p < 0,01$) a la permanencia en técnica (923,1 vs 524,8 días), a valores más bajos de hemoglobina (11,05 g/dl vs 11,75 g/dl), albúmina (3,5 vs 3,78 g/dl) y magnesio (1,78 vs 2,21 mg/dl) y valores más elevados de proteína C reactiva (PCR) (12,8 vs 5,07 mg/l) al inicio de la técnica.

El análisis multivariante, la peritonitis se asoció de forma independiente con valores más bajos de magnesio y niveles más elevados de PCR (OR 0.14 (0.30-0,56); OR 1,10 (1.03 -1.18) respectivamente). El valor de PCR > 5.5 mg/l al inicio de la técnica se asoció al aumento de presentar un episodio de peritonitis. El magnesio sérico dentro del rango normal se comportó como un factor protector.

El análisis Kaplan-Meier mostró diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes con y sin peritonitis (Log Rank < 0.03) durante el seguimiento.

Conclusiones: La inflamación, anemia y con valores más bajos de albúmina y magnesio al inicio de técnica presentan mayor riesgo de peritonitis. Los pacientes con episodios de peritonitis presentan mayor mortalidad.

27 INCIDENCIA Y RESULTADOS DE LA INFECCIÓN POR COVID-19 EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS DOMICILIARIA EN MADRID DURANTE EL PICO DE LA PANDEMIA

M. MALDONADO¹, M. OSSORIO¹, G. DEL PESO¹, C. SANTOS¹, L. ÁLVAREZ¹, R. SÁNCHEZ-VILLANUEVA¹, B. RIVAS¹, C. VEGA¹, R. SELGAS¹, M. BAJO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: La enfermedad por coronavirus 19 (COVID19) es una infección viral causada por un nuevo coronavirus que está afectado a todo el mundo. La clínica típica es una neumonía con afectación bilateral. Hay varios estudios previos de pacientes en hemodiálisis en centro (HDC) pero no en pacientes en diálisis domiciliaria (DD). El objetivo es estudiar la incidencia y la evolución de los pacientes con COVID-19 en nuestra Unidad de Diálisis Domiciliaria (UDD)

Diseño del estudio: estudio observacional, retrospectivo, de todos los pacientes de la UDD del Hospital La Paz que fueron diagnosticados de COVID-19 entre el 10 de marzo y el 14 de mayo de 2020. Recogimos los datos clínicos de la UDD (57 pacientes en diálisis peritoneal [DP] y 22 en hemodiálisis domiciliaria [HDD]) y comparamos las características clínicas y evolución de los pacientes con o sin COVID-19.

Resultados: Doce pacientes fueron diagnosticados de COVID-19 (9 DP, 3 HDD). No hubo diferencias estadísticamente significativas con el resto de pacientes de la UDD. La edad media fue 62±18.5 años con mayoría de hombres (75%). Todos menos uno (91.6%) necesitaron hospitalización. El 75% necesitó algún tipo de oxigenoterapia y el 58% sufrió sobreinfección bacteriana. Diez (83%) fueron dados de alta con una media de hospitalización de 13.2±6 días. Dos pacientes de DP fueron diagnosticados ingresados por otro motivo y fallecieron, siendo más mayores que los recuperados. Una paciente tuvo que ser transferida de técnica a HDC por imposibilidad de autocuidado.

Conclusión: la incidencia de COVID-19 en nuestra UDD durante el pico de epidemia fue alto, especialmente en los pacientes en DP, sin observarse el posible beneficio potencial de las técnicas domiciliarias. La mayoría requirió hospitalización. La edad avanzada y la transmisión nosocomial fueron factores asociados a mal pronóstico.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

28 UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

J.E. SÁNCHEZ ALVAREZ¹, E. ASTUDILLO CORTÉS², I. GARCÍA MÉNDEZ³, A. RODRÍGUEZ CARMONA⁴, B. MILLÁN DÍAZ⁵, M.F. SLON ROBLERO⁶, B. CAMPOS GUTIÉRREZ⁷, I. JUAN GARCÍA⁸, V. PARAÍSO CUEVES⁹, A. RUBIERA MENÉNDEZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GIJÓN), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL JOSEP TRUETA (GERONA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CORUÑA (LA CORUÑA), ⁵NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ORENSE (ORENSE), ⁶NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL MIGUEL SERVET (ZARAGORA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALENCIA), ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES (COSLADA)

Introducción: El progresivo empoderamiento de los pacientes y la importancia que han adquirido los síntomas, las percepciones y las emociones han conducido al desarrollo de las medidas de resultados reportadas por ellos mismos. Estas medidas responden a los acrónimos, en inglés, PROMs ("patient-reported outcome measures") y PREMs ("patient-reported experience measures"). Hasta ahora existen pocos estudios que analicen estas medidas en Diálisis peritoneal (DP). **Objetivo:** Conocer las principales preocupaciones, percepciones y emociones de los pacientes en programa de DP según su perspectiva.

Material y métodos: Estudio multicéntrico realizado en 8 Unidades de DP de toda España, realizado en 2019. Se empleó un cuestionario con 26 preguntas relacionadas con quejas y comentarios que habitualmente refieren los pacientes durante el entrenamiento de DP o las revisiones. Incluye cuestiones relacionadas con la información recibida en la etapa prediálisis, complicaciones de la colocación del catéter o de la propia técnica, interferencia con actividades de la vida diaria, ansiedad, seguridad o con la organización de las Unidades de DP. Cada pregunta consta de 5 posibles opciones de respuesta, desde el valor 1: "puntuación más negativa", hasta el valor 5: "puntuación más positiva". La encuesta fue anónima.

Resultados: Se recogieron los cuestionarios de 327 pacientes. Las experiencias más negativas (puntuaciones más bajas en la pregunta) fueron: los problemas para viajar (3.4±1.7), uso de laxantes (3.6±1.5), alteraciones del sueño (3.7±1.8), interferencia con su ocio (3.7±1.5) y problemas para el aseo diario (en fase de cicatrización tras la colocación del catéter) (3.9±1.1). Los aspectos más valorados fueron la información que recibieron antes de empezar la técnica (4.8±0.5), la sensación de seguridad al realizar la técnica (4.8±1.1) y la facilidad para la solución de problemas en consultas o por teléfono (4.9±0.9). No reflejaron problemas en relación al servicio de transporte del material ni el volumen del mismo; tampoco con los desplazamientos al Hospital, la calidad y el tiempo de la enseñanza, la dieta ni el disconfort abdominal. Más de la mitad presentaban algún grado de ansiedad los primeros días tras el inicio del tratamiento dialítico en el domicilio y a 2 tercios les resultaba muy interesante que las cicladoras estuvieran conectadas al Hospital. No hay diferencias significativas entre las experiencias de los distintos hospitales.

Conclusiones: Los datos de experiencia de los pacientes en DP, recopilados y analizados, pueden ayudar a resaltar las fortalezas y debilidades en la efectividad y seguridad. La implementación de medidas que traten de mejorar las experiencias reducirá la sensación de ansiedad y aumentará la probabilidad de satisfacción con la técnica.

29 PRESIÓN INTRAPERITONEAL Y ULTRAFILTRACIÓN SEGÚN EL TIPO DE MEMBRANA PERITONEAL TRANSPORTADORA

DM. RODRÍGUEZ¹, JJ. BROSETA¹, E. CUADRADO¹, D. BONACHE¹, E. HERMIDA¹, M. VERA¹

¹SERVEI DE NEFROLOGIA I TRANSPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (BARCELONA)

Introducción. En diálisis peritoneal (DP), el aumento de volumen de solución de diálisis peritoneal infundido nos permite aumentar la dosis de diálisis. Sin embargo, este aumento de volumen viene acompañado de elevación en la presión intraperitoneal (PIP), pudiendo ocasionar efectos poco deseados como la disminución en la ultrafiltración (UF) neta, llegando incluso a ser causa de fallo de UF en algunos casos. Por esto, y para evitar efectos adversos mecánicos, se han establecido puntos de corte de PIP de manera generalizada a todos los pacientes en DP. No obstante, no se ha estudiado si esta alteración en la UF es constante según la velocidad de transporte a través de la membrana peritoneal.

Objetivo. Analizar la relación entre diferentes tipos de transportadores y la tasa de ultrafiltración.

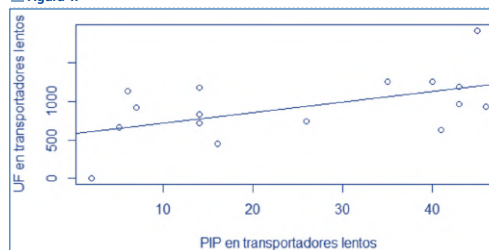
Métodos. Estudio observacional retrospectivo descriptivo de PIP y datos de la prueba de equilibrio peritoneal (PEP) en pacientes en DP de nuestro servicio entre enero 2015 y noviembre de 2019.

Resultados. Se realizaron un total de 176 PEP y mediciones de PIP en un total de 55 hombres y 35 mujeres. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 27.25 kg/m² (± 4.04), la edad media fue 60.5 años (± 15.9), el tiempo medio en diálisis fue de 14.9 meses (± 21.96), 123 PEPs y PIPs fueron realizadas con DPCA y 53 con DPA. No se encontró correlación entre la PIP y el IMC o la tasa de UF del paciente al momento de la prueba (R 0.2 y 0.03 respectivamente). El sub-análisis por grupos, en base a tipo de transportador, se encontró que PIP y UF son directamente proporcionales en transportadores lentos (p= 0.03), no hubo relación alguna entre la PIP y los transportadores medios (p= 0.20), mientras que en los transportadores rápidos parecía haber

una tendencia inversamente proporcional pero no hubo diferencia significativa (p= 0.19).

Conclusión: La PIP influye de diferente forma sobre la capacidad de UF en relación con el tipo de transportador.

Figura 1.



30 ¿ES NECESARIO MANTENER EL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL EN EL POSTRASPLANTE INMEDIATO?

A. RIVAS OURAL¹, ML. SUÁREZ FERNÁNDEZ¹, M. NÚÑEZ MORAL¹, M. FERNÁNDEZ PÉREZ¹, E. ASTUDILLO CORTÉS¹, M. GAGO FRAILE¹, EJ. BANEGAS DERAS¹, JJ. BANDE FERNÁNDEZ¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, C. DÍAZ CORTE¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

Introducción: La retirada del acceso de diálisis peritoneal (DP) suele realizarse en un plazo de 6-8 semanas tras una buena evolución del injerto renal en los pacientes trasplantados. Dada la lista de espera quirúrgica, en nuestro centro, este plazo se ve aumentado de forma considerable. El objetivo de nuestro estudio es conocer la necesidad de utilización del catéter en el posttrasplante y las complicaciones asociadas.

Material y método: Presentamos un estudio descriptivo y transversal de los pacientes en DP que fueron trasplantados desde 2014 a 2019 en nuestro hospital. Recogimos características demográficas, comorbilidades, características relacionadas con la técnica (modalidad, diuresis residual) y complicaciones relacionadas con el acceso. Durante el trasplante se recoge función renal al alta, incidencia de función renal retrasada (FRR), definida como la necesidad de diálisis en las 2 primeras semanas posttrasplante, necesidad de utilización del catéter peritoneal, complicaciones asociadas y tiempo de espera hasta la retirada.

Resultados: 188 pacientes de DP fueron trasplantados durante los años de estudio. La edad media fue de 56 +/- 12 años, siendo el 53% varones. El tiempo medio de DP fue de 17 meses. La etiología de la enfermedad renal con mayor prevalencia fue la nefropatía IgA (16%). El 49% presentaba una diuresis residual \geq 1500 mL/24h en el momento del trasplante. El tiempo de isquemia fría medio fue de 11 horas. El valor medio de creatinina fue de 2.2 mg/dL. A 32 pacientes (17%) se les retiró el catéter de DP en el mismo acto quirúrgico del trasplante, por complicaciones infecciosas o mecánicas previas, sólo 1 (3%) de estos pacientes presentó FRR precisando colocación de catéter para hemodiálisis. De los 156 pacientes restantes, 20 tuvieron FRR, 5 requiriendo hemodiálisis convencional y 15 (9,6%) realizaron DP. De ellos 10 presentaron complicaciones por el uso del catéter de DP: 3 peritonitis, 4 infección del orificio y 2 fuga peritoneal.

El tiempo medio de retirada del catéter tras el trasplante fue de 4 +/- 3 meses. 11 pacientes (8%) que no requirieron diálisis presentaron complicaciones relacionadas con el acceso.

Conclusiones: La incidencia de FRR fue muy baja en nuestra muestra (11.2%), probablemente en relación con la elevada diuresis residual de los receptores. La necesidad de utilización del catéter fue excepcional y además su uso se asoció a complicaciones. El tiempo de espera hasta retirada del catéter fue muy prolongado, condicionando la aparición de complicaciones.

Ante todos estos hallazgos, nos planteamos la retirada del catéter de DP en el mismo acto quirúrgico del trasplante.

31 DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), RÉGIMEN CCPD EN LA CICLADORA "HOMECHOICE CLARIA"® (HC): ANÁLISIS COMPARADO DEL ESQUEMA DE TERAPIA PROGRAMADA VS TERAPIA REAL

M. SANTANA BORBÓN¹, NJ. VEGA DÍAZ¹, F. GONZÁLEZ CABRERA¹, S. MARRERO ROBAYNA¹, JC. RODRÍGUEZ PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: La DP es por excelencia la Terapia de Tratamiento Sustitutivo Renal domiciliaria. Un régimen es un plan terapéutico sistemático con los datos relativos al esquema de diálisis que se ha programado. Este queda registrado en la "Configuración del Dispositivo" que se envía por conexión remota a la cicladora en casa del paciente, que debe ser capaz de reconocerlo, ejecutarlo y almacenar los resultados "Terapia Real Completada". La cicladora HC y la plataforma "Sharesource", facilitan esta comunicación bidireccional que permite la monitorización remota de las sesiones de diálisis cumpliendo con los estándares de seguridad, confidencialidad, y fiabilidad de la transmisión de los datos en cumplimiento de las normativas reguladoras legales.

Objetivo: realizar un análisis comparativo entre el esquema programado de funcionamiento de la HC y los resultados reales de funcionamiento registrados como terapia real completada con un régimen de CCPD

Material y métodos: analizamos retrospectivamente el periodo de terapia nocturna de la cicladora, de 52 pacientes de nuestro programa de DPA entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2019, en régimen de CCPD. Se recogieron los datos demográficos y la enfermedad de base de los pacientes y de cada sesión se analizó tipo de esquema, Volumen de terapia Nocturna (VTN), Volumen de infusión (VI), Volumen de última infusión (VUI); Número de ciclos (NC); Tiempo Total Tratamiento (TTT); Tiempo de Permanencia (TP); y como parámetros derivados tiempo de tratamiento útil (TUT = TP*NC) y no útil (TNUT = TT-TTU); Número de tratamientos (NT) y Volumen de Ultrafiltración (VUF).

Resultados: pacientes 48 prevalentes y 4 incidentes en el periodo, para un total de 5586 (rango 20-122) sesiones. 13 pacientes sin última infusión, con día seco.

Conclusión: Se cumplen los parámetros prefijados referidos a los volúmenes, pero no así con respecto a los tiempos de tratamiento.

Tabla 1.

CCPD	Pacientes	Programado	Terapia Real	p
NT (días)	52	117.52 ± 17.65	107.42 ± 24.83	0.000
VTN (ml)	52	12323.08 ± 1254.27	12387.11 ± 1428.19	0.523
VI (ml)	52	1988.46 ± 208.31	1978.84 ± 209.46	0.050
VUI (ml)	39	1528.21 ± 194.60	1512.38 ± 186.90	0.110
NC	52	6.23 ± 0.81	6.29 ± 0.89	0.322
TTT (min)	52	550.38 ± 30.80	545.76 ± 33.08	0.012
TP (min)	52	60.94 ± 7.53	50.83 ± 13.68	0.000
TUT (min)	52	375.08 ± 28.99	302.72 ± 63.67	0.000
TNUT (min)	52	157.31 ± 30.53	243.04 ± 65.39	0.000
VUF (ml)	52	-	344.28 ± 359.69	-

NT: Número de tratamientos; VTN: Volumen Terapia Nocturna; VI: Volumen Infusión; VUI: Volumen Última Infusión; NC: Número de ciclos; TTT: Tiempo Total Tratamiento; TP: Tiempo de Permanencia; TUT: Tiempo Útil Tratamiento; TNUT: Tiempo No Útil Tratamiento; VUF: Volumen de Ultrafiltración.

32 **DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), RÉGIMEN TIDAL EN LA CICLADORA "HOMECHOICE CLARIA"® (HC): ANÁLISIS COMPARADO DEL ESQUEMA DE TERAPIA PROGRAMADO VS TERAPIA REAL**

M. SANTANA BORBÓN¹, N.J. VEGA DÍAZ², F. GONZÁLEZ CABRERA¹, S. MARRERO ROBAYNA¹, J.C. RODRÍGUEZ PÉREZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: La DP es por excelencia la Terapia de Tratamiento Sustitutivo Renal domiciliaria. Un régimen es un plan terapéutico sistemático con los datos relativos al esquema de diálisis que se ha programado. Este queda registrado en la "Configuración del Dispositivo" que se envía por conexión remota a la cicladora en casa del paciente, que debe ser capaz de reconocerlo, ejecutarlo y almacenar los resultados "Terapia Real Completada". La cicladora HC y la plataforma "ShareSource", facilitan esta comunicación bidireccional que permite la monitorización remota de las sesiones de diálisis cumpliendo con los estándares de seguridad, confidencialidad, y fiabilidad de la transmisión de los datos en cumplimiento de las normativas reguladoras legales.

Objetivo: realizar un análisis comparativo entre el esquema programado de funcionamiento de la HC y los resultados registrados como terapia real completada con un régimen de TIDAL. **Materiales y métodos:** analizamos retrospectivamente el periodo de terapia nocturna de la cicladora de 43 pacientes, entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2019, en régimen de TIDAL. Se recogieron los datos demográficos y la enfermedad de base, y de cada sesión se analizó tipo de esquema, Volumen de terapia Nocturna (VTN), Volumen de infusión (VI), Volumen Tidal (VT), Volumen de última infusión (VUI); Número de ciclos (NC); Tiempo Total Tratamiento (TTT); Tiempo de Permanencia (TP); y como parámetros derivados tiempo de tratamiento útil (TUT = TP*NC) y no útil (TNUT = TTT-TTU); Número de tratamientos (NT) y Volumen de Ultrafiltración (VUF).

Tabla 1.

TIDAL	Pacientes	Programado	Terapia Real	p
NT (días)	43	117.09 ± 15.68	106.49 ± 21.49	0.000
VTN (ml)	43	11609.19 ± 1480.46	11443.64 ± 1427.49	0.036
VI (ml)	43	2000 ± 124.57 (1500-2300)	-	-
VT %	43	74.07 ± 15.01 (50-90)	-	-
VT (ml)	43	1483.26 ± 339.43	1593.32 ± 320.691	0.000
VR (ml)	43	516.74 ± 300.35	516.74 ± 300.35	-
VUI (ml)	31	1429.03 ± 312.19	1429.73 ± 312.18	0.971
NC	43	7.58 ± 1.45	7.40 ± 1.35	0.058
TTT (min)	43	542.79 ± 12.79	545.48 ± 13.86	0.008
TP (min)	43	51.63 ± 11.01	42.61 ± 14.35	0.000
TUT (min)	43	377.33 ± 35.04	284.15 ± 62.72	0.000
TNUT (min)	43	165.47 ± 44.71	261.34 ± 65.31	0.000
VUF (ml)	43	91.16 ± 89.56	220.81 ± 294.97	0.004

NT: Número de Tratamientos; VTN: Volumen Terapia Nocturna; VI: Volumen Infusión; VT: Volumen Tidal; VR: Volumen Residual; VUI: Volumen Última Infusión; NC: Número de ciclos; TTT: Tiempo Total Tratamiento; TP: Tiempo Permanencia; TUT: Tiempo Útil Tratamiento; TNUT: Tiempo No Útil Tratamiento; VUF: Volumen de Ultrafiltración.

Resultados: pacientes 43 prevalentes y 4 incidentes en el periodo, para un total de 4579 (rango 50-122). 12 pacientes sin última infusión, con día seco.

Conclusiones: De los parámetros prefijados solo se cumple volumen de última infusión, volumen residual y número de ciclos, pero ninguno de los referidos a tiempos de tratamiento.

33 **PD FIRST. PERO... ¿EN ANCIANOS TAMBIÉN? EXPERIENCIA DE UN CENTRO E. CALATAYUD ARISTOY¹, S. BELTRÁN CATALÁN¹, B. VIZCAÍNO CASTILLO¹, M. GONZÁLEZ MOYA¹, P. MOLINA VILA¹, M. RODRIGO VALERO¹, P. PASCUAL ESTELLÉS¹, M. MONTESA MARIN¹, A. SANCHO CALABUIG¹, LM. PALLARDÓ MATEU¹**

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET (VALENCIA)

Introducción: El envejecimiento de la población conlleva a que la edad de los pacientes que inician diálisis sea cada vez mayor. La Diálisis Peritoneal precisa de cierta capacidad de autocuidado al tratarse de una técnica de diálisis domiciliaria, pero se la debemos ofertar también a pacientes añosos para que se puedan beneficiarse de ella.

Materiales y métodos: Retrospectivo observacional de pacientes incidentes en nuestra Unidad de DP (2012-2020). Seguimiento hasta que abandonan la técnica de DP o fin de estudio. Clasificamos a los pacientes ancianos (≥65 años) y jóvenes (<65 años).

Resultados: Durante el tiempo del estudio, 194 pacientes iniciaron DP en nuestro centro. 93 (48%) formaron el grupo de añosos y 101 (52%) pacientes el grupo jóvenes. Las características basales de ambos se resumen en la Tabla 1. En el análisis, no encontramos diferencias en los datos de adecuación, alcanzando un KtV>1.7 al año el 71.4% del grupo de los añosos y el 79.1% del grupo de jóvenes. No hubo diferencias en cuanto a tasa de peritonitis entre ambos grupos (0.4 vs 0.39 paciente/año) ni más peritonitis por gram negativos. La permanencia en la técnica fue similar en ambos grupos (20.2vs22 meses; p0.4). Si que hubieron diferencias en las causas de salida de la técnica. En los jóvenes, la principal causa de salida fue el trasplante (44.2%), mientras que en ancianos fueron, el trasplante (26.2%), la transferencia a HD (42.6%) y el éxitis (26.2%). Más pacientes en el grupo de añosos salieron de la técnica por peritonitis (75vs25%, p=0.03). El análisis multivariante resultaron factores de riesgo para fallo de la técnica, la edad (HR 1.02; IC 95% [1.01-1.04], p=0.02) y el índice de Charlson (HR 1.17; IC 95% [1.02-1.34], p=0.02)

Conclusiones: Los pacientes añosos cumplen objetivos de adecuación igual que los más jóvenes y permanecen en la técnica el tiempo suficiente como para seguir ofertándosela. El análisis de nuestros datos nos indican debemos incidir todavía más en prevenir peritonitis especialmente en ancianos.

Tabla 1.

	≥65 años (n=93)	<65 años (n=101)	P
Edad en años (media, DE)	73 ± 6	47 ± 10	<0.001
% varones	66 (71%)	61 (62.2%)	0.2
IMC (kg/m ²)	27.1	26.1	0.13
Diabetes mellitus (%)	34 (36.6%)	21 (21.9%)	0.02
Índice de Charlson (sin edad)	4.1	3	<0.001
Proviene de:			
Hemodiálisis	9	14	0.12
ERCA	63	61	
Trasplante	12	12	
Etiología Insuficiencia Renal:			<0.001
DM/NAE	21/27	11/12	
G/N/PO	4/6	3/7	
Interciliar/No filiada	5/19	3/11	
FG al inicio de la técnica (ml/min)	9.8	8.9	0.12

34 **¿PROTEGEN LAS PRESCRIPCIONES ACTUALES DE LOS CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS Y DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN DIÁLISIS PERITONEAL?**

A. SASTRE LÓPEZ¹, C. BARNÉS¹, V. BARCIA¹, C. ALONSO¹, B. LINARES¹, J. GUERRA¹, C. LUCAS¹, E. MONFA¹, B. DE LEÓN¹, M. PRIETO¹

¹NEFROLOGÍA. CAULE (LEÓN/ESPAÑA)

Introducción: La continua absorción de glucosa en diálisis peritoneal puede ser causa de complicaciones metabólicas y cambios en la composición corporal, como hiperglucemia, obesidad, pérdida de masa magra, aumento de grasa y dislipemia. La glucosa absorbida provoca resistencia a la insulina e hiperglucemia, que se asocian con aumento del riesgo cardiovascular y mortalidad.

La prescripción actual de diálisis se basa en el uso restringido de soluciones hipertónicas de glucosa, soluciones libres de esta, a base de aminoácidos e icodextrina y además más biocompatibles. El objetivo de nuestro estudio fue demostrar que estas prescripciones protegen de cambios metabólicos, antropométricos y de la resistencia a la insulina.

Materiales y métodos: Reclutamos pacientes incidentes en diálisis peritoneal desde enero de 2017, recogimos los datos al inicio de la técnica y a los 2 años. Analizamos las variables peso, perfil glucolipídico, índice de resistencia a la insulina HOMAIR y HbA1C. En un subgrupo de pacientes realizamos medidas antropométricas con BCM al inicio y a los 2 años. Comparamos los datos entre los dos periodos. Las variables las expresamos en media ± desviación típica, comparamos las medias con la prueba T de Student para datos pareados, consideramos estadísticamente significativo una p<0.05.

Resultados: Estudiamos 43 pacientes, de edad media 58.6±17.8 años, 40% mujeres, 25.5% pacientes en DPA al inicio y a los 2 años 50%, resto de datos tabla 1.

Conclusión: Tras dos años en diálisis peritoneal no encontramos diferencias significativas en el peso, perfil lipídico ni cambios antropométricos en nuestros pacientes, no hubo aumento de glucosa, hemoglobina glicosilada ni en resistencia a la insulina medida por HOMAIR. Por tanto, las prescripciones actuales podrían proteger a nuestros pacientes de la diabetes de novo, de la resistencia a la insulina, de la pérdida de músculo y aumento de grasa, efectos indeseables desde el punto de vista cardiovascular.

Tabla 1.

N 43	Inicial	A los 2 años	p
Peso kg	67.2±14.30	68.4±14.40	0.16
Colesterol	166.44±29.01	173.04±33.54	0.34
HDL	51.04±13.84	50.17±21.92	0.29
LDL	90.02±34.49	97.54±33.11	0.74
Triglicéridos	110.87±53.05	120.75±58.73	0.16
Glucosa ayunas	104.97±55.04	108.16±36.11	0.66
HbA1C	5.79±0.85	5.76±0.92	0.06
HOMAIR	3.13±3.05	3.51±4.44	0.55
N 21			
OH (L)	1.3±0.27	0.76±0.23	0.57
LTI Kg/m ²	13.76±0.59	13.04±0.59	0.182
FTI Kg/m ²	11.28±1.29	12.07±1.43	0.265

35 **HIPERTRIGLICERIDEMIA Y FUNCION RENAL RESIDUAL EN DIÁLISIS PERITONEAL**

JM. RUFINO HERNANDEZ¹, A. MÁRQUEZ CORBELLA¹, PA. DE LA FUENTE GEBAUER¹, MJ. RODRIGUEZ GAMBOA¹, C. TRUJILLO GARGANO¹, G. GARCIA BONILLA¹, N. SANCHEZ DORTA¹, C. ACOSTA SORSENSEN¹, S. GARCIA REBOLLO¹, A. TORRES RAMIREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (ESPAÑA)

Introducción: La FRR en DP es un factor independiente de supervivencia del paciente y de la técnica. Diversos estudios ha demostrado que los pacientes con síndrome metabólico (SM) tienen un riesgo significativamente mayor de presentar microalbuminuria e IRC y que el grado de riesgo se relaciona con el número de componentes del SM. En un pequeño estudio previo nuestro, observamos que la hipertrigliceridemia al inicio de DP en pacientes no diabéticos parecía un factor de riesgo de pérdida de FRR a corto plazo, por lo que quisimos ampliar la muestra.

Objetivo: Estudiar la influencia de la hipertrigliceridemia basal en la evolución de la FRR a corto plazo en pacientes no diabéticos incidentes en DP.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes no diabéticos incidentes en DP desde Mayo 2010 hasta Septiembre 2019. Seguimiento hasta Abril 2020. Recogimos: edad, sexo, etiología ERC, peritonitis, Charlson, bioquímica, PET, FRR basal y 6 meses. Diagnóstico SM según la ATP-III. Estadística habitual, curvas Kaplan Meyer y Regresión de Cox para ver qué factores se asociaban a un deterioro de FRR > 1 ml/min entre las dos mediciones o > 0,3 ml/min/mes.

Resultados: 54 pacientes no DM: 55,1±14,7 años. 68,5% varones; 24,1% PQR, 24,1% GNC, 18,5% NI, 14,8% NAE, 5,6% No filiada, 5,6% sistémica, 7,5% otras. I.Charlson 4,5±1,9 (2-9). 77,8% DPA.

Todos DP con bajos PDG (4 glu 2,27%). Tto: 94% estatinas; 83% IECA-ARA-II; 96% diuréticos; 21% betabloque; 41% antiagregantes; 9% fibratos, 64% alopurinol. Tiempo entre mediciones: 5,4±2,2 m (3-14 m). Seguimiento desde inicio DP hasta cambio: 18,3±10,5 m (5-54 m). Existía correlación significativa entre pérdida de FRR (ml/min/mes) y TG basales (r= -0,35, p=0,01).

Análisis de Cox: TG basales > de 150 mg/dl conferían un riesgo de pérdida de FRR a los seis meses significativo: Exp beta 4,64 (IC 1,87-11,54, p=0,001), incluso tras ajustar para GFR basal, proteinuria, índice de Charlson, componentes del SM, peritonitis y PET. El tiempo medio hasta la caída de FRR > de 0,3 ml/min/mes (extrapolación 3,6 ml/min/año) en el grupo con TG basales > 150 mg/dl fue de 4,8±0,57 meses vs 8,9±1 meses en el otro grupo (p= 0,001). Los pacientes con SM al inicio también presentaban una caída más rápida de FRR (5,6±0,8 meses vs 9,3±0,9 meses, p= 0,045).

Conclusiones: La hipertrigliceridemia al inicio parece ser un predictor a corto plazo de pérdida de FRR en pacientes incidentes no diabéticos en DP. Pensamos que las medidas encaminadas a prevenir y tratar el SM (fármacos, cambios en el estilo de vida, minimización del uso de glucosa), podrían preservar mejor la FRR. Estos resultados deben ser tomados con cautela dado el número de la muestra y el seguimiento, pero podrían sentar las bases para realizar estudios prospectivos a mayor escala.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

36 EXPULSIÓN ESPONTÁNEA DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

E. LÓPEZ MELERO¹, RH. SOSA BARRIOS¹, S. ORTEGO PÉREZ¹, V. BURGUERA VION¹, M. ÁLVAREZ NADAL¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, ME. RIVERA GORRÍN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Existe un número no desdeñable de complicaciones mecánicas asociadas al catéter de diálisis peritoneal (DP) que debemos tener presentes. Entre ellas, la expulsión completa del catéter peritoneal es una complicación muy infrecuente.

Material y método: Analizamos tres casos ocurridos en nuestro centro de pérdida espontánea de catéter de DP entre 1996 y 2019. RESULTADO

Caso 1: Mujer de 62 años con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a glomerulonefritis crónica no biopsiada con primer trasplante renal fallido por trombosis venosa del injerto. Inició DP en 05/1996 y presentó como incidencias dos episodios de infección de orificio secundarias a *Corynebacterium* sp, resueltas. En 06/2001 presenta fuga pericatóter, resuelta tras dos meses de descanso peritoneal. Finalmente, en enero de 2002 presenta salida completa espontánea del catéter (Tenckhoff recto, 2 manguitos), sin datos de infección ni aplicación de compuestos tópicos. Se implantó catéter peritoneal contralateral, sin más incidencias.

Caso 2: Mujer de 61 años con fracaso renal agudo no recuperado secundario a enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular en 2002. Recibió corticoides a altas dosis y ciclofosfamida. En 06/2002 inicia DP a través de catéter Tenckhoff recto con 2 manguitos. Dos meses más tarde presenta expulsión espontánea del catéter, apreciándose datos de infección del orificio, con crecimiento de *Candida* parapsilosis. Se pautó tratamiento con fluconazol oral durante 2 semanas y tras curación se implantó un catéter contralateral, sin incidencias.

Caso 3: Mujer de 68 años con ERC secundaria a síndrome cardiorenal tipo 2 que inicia DP en 2017 para manejo de volumen por refractariedad a tratamiento diurético a través de catéter Tenckhoff (recto, 2 manguitos). Presentó hasta 4 episodios de peritonitis recidivante por *Pseudomonas aeruginosa* que requirieron antibioterapia dirigida y sellado de catéter con taurolidina, con buena respuesta clínica y microbiológica tras el cuarto episodio. Posteriormente, tras 2 episodios de infección del orificio por el mismo germen, se realizó pelado de dacron externo y tratamiento con tobramicina tópica. A pesar de ello no negativiza cultivos, y finalmente el 04/2019 presenta expulsión espontánea del catéter. Posteriormente se implantó catéter peritoneal contralateral sin más incidencias.

Conclusiones: Presentamos una complicación atípica en DP. Los factores desencadenantes de la expulsión espontánea parecen estar relacionados con fuga del líquido peritoneal en el primer caso, y con la infección del orificio en los dos casos restantes. Probablemente el tratamiento esteroideo jugó cierto papel, contribuyendo a la mala cicatrización y anclaje del catéter.

37 DIÁLISIS PERITONEAL ASISTIDA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

V. BURGUERA¹, H. SOSA¹, M. ÁLVAREZ NADAL¹, I. MARTÍN CAPÓN¹, D. VILLA¹, S. ORTEGO¹, E. VIERA¹, E. LÓPEZ MELERO¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, M. RIVERA GORRÍN²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, IRYCS, MADRID. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, UAH. REDINREN. (MADRID); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, IRYCS, MADRID. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, UAH. REDINREN. (MADRID)

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es un autotratamiento domiciliario que aporta beneficios clínicos y de calidad de vida sobre otras técnicas dialíticas hospitalarias. El paciente con enfermedad renal crónica avanzada que ha expresado su deseo de iniciar DP puede ver limitado su acceso o su continuación en dicha técnica si sus capacidades psicomotoras están disminuidas secundariamente a otro proceso. La diálisis peritoneal asistida (DPA) puede ser factible en estos casos cuando otra persona, sanitario o no, se encarga de la técnica y su práctica es poco conocida en nuestro entorno.

Material y Métodos: Analizamos retrospectivamente la evolución de los pacientes que recibieron DPA desde el inicio de tratamiento en nuestra unidad desde enero de 2001 a 31 de diciembre de 2018, comparando los datos con la media de la unidad en ese mismo periodo de tiempo (n=188) que iniciaron DP de forma autónoma.

Resultados: 13 pacientes (6.9%) iniciaron DPA en el periodo de estudio, 6 de ellos varones (46%) y 8 diabéticos (46%). La persona responsable de la técnica fue un familiar en 10 casos (77%) y un cuidador no cualificado en 3 (23%). Ningún cuidador fue un sanitario y todos recibieron la pauta habitual de entrenamiento para los pacientes de DP. Los motivos de incapacidad para realizar la técnica fueron: imposibilidad para el autocuidado sin deterioro cognitivo (84%), deterioro cognitivo leve (7.7%) y ceguera (7.7%). Los pacientes en DPA tenían una mediana de edad superior (75 años (69-78) vs 53 (44-66) p<0.05), un mayor índice de Charlson no ajustado por edad (6 (5-8) vs 3 (2-5) p<0.05) y necesitaron un mayor número de sesiones de entrenamiento: 15 sesiones (12-18) vs 10 (8-13) (p<0.05). No encontramos diferencias significativas entre el tiempo a la primera peritonitis (7 meses (3-26.5) vs 9 (3-23) p=0.9) y la permanencia en técnica (25 meses (22-41) vs 23 (9-42) p=0.3). La DPA se inició de forma no programada en el 31% de los pacientes y la DP automatizada fue la técnica prescrita en el 69%.

Conclusión: En nuestra experiencia, la DPA se ha mostrado como una opción válida y eficaz para pacientes con déficit psicomotor sin repercusión negativa en la tasa de peritonitis ni reducir el tiempo de permanencia en técnica. No es imprescindible tener un familiar de apoyo ni cualificación sanitaria.

38 INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES PREVALENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

CV. MARTÍNEZ ROSERO¹, A. SASTRE¹, V. BARCIA¹, C. BARNES¹, C. LUCAS¹, E. MONFÁ¹, J. ESTIFAN¹, B. DE LEÓN¹, M. PRIETO¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN/ESPAÑA)

Introducción: La función renal residual (FRR) juega un papel fundamental en los pacientes en diálisis peritoneal, en consecuencia, FRR ha sido referida como el “corazón” de la DP, no sólo por su contribución a la adecuación, sino también como marcador de supervivencia, pero hasta el momento no se ha podido correlacionar de manera consistente si la FRR influye en la calidad de vida, siendo ésta un objetivo básico a conseguir en nuestros pacientes. El objetivo de este estudio fue valorar el efecto de la FRR en la calidad de vida de los pacientes en DP.

Material y métodos: Estudio transversal, en el cual se valoraron los pacientes prevalentes de la Unidad de diálisis peritoneal del Hospital de León. Se recogieron datos como edad, sexo, modalidad de diálisis, tiempo en tratamiento sustitutivo, CCr residual en orina de 24 horas, Kt/V, Kt/V Peritoneal, hemoglobina, albúmina, PNA, IMC, PCR, índice de comorbilidad de Charlson, índice de funcionalidad de Barthel, estado de hidratación por bioimpedancia (BCM). Para evaluar la calidad de vida se utilizó la encuesta de calidad de vida relacionada con la salud de 12 ítems (SF-12). Se dividieron en dos grupos según la FRR (CCr <2 y CCr >2 mL/min/1,73m²). Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 15, la comparación con la prueba T de Student de dos colas para muestras independientes para las variables cuantitativas y con Chi2 para las cualitativas, considerándose estadísticamente significativo un valor p<0.05.

Resultados: De 33 pacientes prevalentes (24 con CCr ≥ 2 mL/min/1,73m² y 9 con CCr <2 mL/min/1,73m²), la media de edad fue 63,35 años (+14,34), 40% mujeres, 58% DPCA, media de FRR 4,45 mL/min/1,73m² (+3,32 mL/min/1,73m²), media de calidad de vida relacionada con la salud medida por cuestionario SF-12 32,36 (+8,76).

Conclusión: Los hallazgos sugieren que no hay diferencias significativas de la FRR con respecto a la calidad de vida, tampoco en el estado de volemia (sobrehidratación), ni en los niveles de albuminemia, ni en el PNA. Sin embargo, se encontró disminución de parámetros inflamatorios (PCR) en aquellos con menor FRR, siendo la modalidad DPCA la más frecuente y el Kt/V total mejor en este grupo

Tabla 1.

	>2ml/min (N24)	<2ml/min (N9)	P
Edad (Años)	62.90 (±13.82)	64.56 (±16.49)	0.774
Modalidad			
DPCA	25%	88.3%	0.002
Barthel	95.42 (±11.02)	92.22 (±16.41)	0.523
Charlson	4.42 (±1.42)	3.56 (±1.33)	0.126
SF12	32.17 (±9.05)	32.89 (±8.44)	0.833
Kt/V	2.36 (±0.57)	1.99 (±0.22)	0.011
Kt/Vp	1.25 (±0.56)	1.88 (±0.15)	0.000
Albúmina plasmática (mg/g)	3.89 (±0.32)	3.82 (±0.43)	0.604
PNA (g/día)	1.05 (±0.31)	0.84 (±0.23)	0.052
Hemoglobina (g/dl)	11.46 (±1.15)	12.18 (±1.50)	0.150
IMC	27.88 (±5.33)	26.65 (±6.42)	0.623
BCM	1.07 (±1.38)	0.52 (±0.94)	0.209
PCR (mg/L)	2.79 (±2.50)	7.13 (±6.57)	0.009
Tiempo en TRS (Años)	2.97 (±2.99)	6.04 (±6.45)	0.070

39 PERITONITIS ENTÉRICAS UN DESAFÍO EN LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

A. RIVAS OURAL¹, EJ. BANEGAS DERAS¹, OR. DURÓN VARGAS¹, P. BARRERA BAENA¹, AM. CAVADA BUSTAMANTE¹, C. SANZ GARCÍA¹, E. ASTUDILLO CORTÉS¹, JJ. BANDE FERNÁNDEZ¹, C. RODRIGUEZ SUÁREZ¹, C. DÍAZ CORTE¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

Introducción: Las peritonitis conllevan un incremento en la morbimortalidad y fallo de la técnica en los pacientes en diálisis peritoneal. En los últimos años, la incidencia de microorganismos entéricos se ha incrementado. Con todo ello, surge la necesidad de buscar factores predisponentes asociados a la infección peritoneal entérica así como marcadores pronósticos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de peritonitis entérica diagnosticados en nuestro hospital desde el 2009 hasta la actualidad (con una N total de 897 pacientes) Se recogieron características demográficas, relacionadas con la técnica y clínicas (tanto basales como relacionadas con la presentación y evolución del proceso infeccioso).

Resultados: Tras la revisión de nuestra serie de pacientes pudimos hallar 20 episodios de peritonitis entéricas en el periodo de estudio. Las variables más destacadas se exponen en la Tabla 1 adjunta; La edad media fue de 64.1 años con un 46.7 % de varones y un I. de Charlson promedio de 5.3. Además vimos que tanto la DPCA como el déficit de vitamina D y el uso de inhibidores de la bomba de protones se asociaban con una mayor incidencia de peritonitis entérica. Asimismo no observamos ningún microorganismo preponderante entre los causantes de peritonitis entérica.

Conclusiones: De la misma forma que se describe en la literatura, la incidencia de las peritonitis entéricas están incrementándose en los últimos años en nuestra unidad (Figura 1). Si bien nuestro grupo de estudio es reducido se trata una serie amplia comparándola con las que podemos ver en la literatura, habiendo datos novedosos como una asociación con los niveles bajos de Vitamina D. Quizás sería interesante la puesta en común de diferentes centros de cara a detectar posibles puntos de prevención sobre los que actuar para frenar este incremento de una patología que se asocia a una mayor incidencia de retirada de catéter que en las peritonitis no entéricas.

Figura 1.

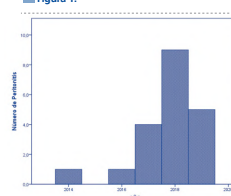


Tabla 1.

Modalidad de DP		0.027
DPCA	10	
DPA+DH	6	
DPA+DS	3	
Incremental	1	
PET		0.115
Alto transportador	14	
Medio-alto transportador	6	
Diuresis residual (cc/24 horas)	1020 ± 790	
Celularidad	9943	
Peritonitis no entérica	4 (20%)	
Ingreso	7 (35%)	
Retirada de catéter	6 (33.3%)	

40 DIÁLISIS PERITONEAL ASISTIDA: EL FUTURO DE LAS UNIDADES DE DIÁLISIS PERITONEALA. RIVAS OURAL¹, E. ASTUDILLO CORTÉS¹, J.J. BANDE FERNÁNDEZ¹, E.J. BANEGAS DERAS¹, P. BARRERA BAENA¹, OR. DURÓN VARGAS¹, C. SANZ GARCÍA¹, AM. CAVADA BUSTAMANTE¹, C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, C. DÍAZ CORTE¹¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

Introducción: La incidencia de la Diálisis Peritoneal (DP) en la última década a nivel nacional ha llegado a meseta, en parte por la edad y comorbilidad de nuestros pacientes, por ello, una manera de crecer en nuestras unidades podría ser potenciando la DP asistida.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal de todos los pacientes prevalentes 2019, que realizan DP asistida en nuestra Unidad. Recogimos características demográficas (sexo, edad, estado civil); comorbilidades (HTA, DM, Insuficiencia Cardíaca, I. Charlson, Bartel, depresión, desnutrición, IMC); relacionadas con la técnica (modalidad, número de intercambios, Icodextrina®, duración del entrenamiento). Distinguímos la causa de hacer DP asistida (déficit motor, visual, difícil acceso, comodidad); diferenciamos DP asistida total (intercambios y cura de orificio de salida (OS)) o parcial (cura de OS); quien era el cuidador que la realizaba; complicaciones infecciosas (infecciones de OS, peritonitis) y no infecciosas (nº de ingresos). La diuresis residual, PCR, Albumina, Vitamina D y KTV se usaron como marcadores de adecuación.

Resultados: 50 pacientes realizaban DP asistida de total de 107. El 80 % de los pacientes eran varones, edad media de 65 años. La etiología de la enfermedad renal con mayor prevalencia es la nefropatía diabética. La modalidad más frecuente es DPCA, siendo tres intercambios la pauta más habitual, 40% utiliza Icodextrina®. El tiempo medio de entrenamiento fue 13 horas. 90% son hipertensos, 60% diabetes mellitus, 70% insuficiencia cardíaca, tenían sobrepeso (IMC medio 29). La media de Índice de Charlson fue 6. Un 70 % estaban casados. DP asistida parcial (cura de OS) fue más frecuente 65% frente a un 35% completa. El cuidador más frecuente fue la esposa (70%). La causa de DP asistida fue por comodidad del paciente seguida de dificultad motora. No se encontró mayor número de complicaciones infecciosas (80 % no presentaron peritonitis). 55% presentaron infección del orificio de salida, siendo el germen más frecuente aislado el *S. Aureus*. La diuresis residual media es de 1 460 mL y el Ktv 2,8. Albúmina de 37,5 g/dL, vitamina D 18,65 ng/mL y PCR 0,9 mg/L.

Conclusiones: La DP asistida es frecuente dentro de nuestro programa de DP, mayoritariamente cuidado parcial pero no despreciable el total. No se objetivó ni mayores complicaciones, ni peor adecuación ni mayor duración del entrenamiento.

Debemos fomentar la DP asistida como una herramienta más para el crecimiento de nuestros programas de DP ya que es una posible forma de poder ofrecerla a pacientes ancianos y/o con alta comorbilidad.

41 ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL DESDE LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADAM. RAMÍREZ GÓMEZ¹, M. PEÑA ORTEGA¹, E. BORREGO GARCÍA¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (GRANADA)

El paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) debe conocer las diferentes opciones de tratamiento renal sustitutivo (TRS) para poder elegir una opción. En las sucesivas visitas en la consulta, se le debe aclarar que las modalidades de TRS no son excluyentes, las ventajas en algunos aspectos de la técnica inicia de diálisis peritoneal (DP). Describir las estrategias para la elección de DP en pacientes con ERCA, desde el respeto por la decisión del paciente.

Material y método: Desde ERCA a DP disponer de un equipo multidisciplinar altamente cualificado.

1. Visita inicial ERCA: recepción del paciente, encuesta de calidad de vida y valoración nutricional; proporción de información básica inicial sobre TRS de manera verbal y escrita o virtual
2. 2ª visita y sucesivas: información respetando aceptación de la enfermedad, empatía, acompañamiento y paciencia, aclarando dudas. A veces "paciente mentor"
3. Visitas finales: Confirmación, si DP: recogida en documento para la toma de decisiones y registro en base de datos.
4. Otras: 4a) Coordinación con Cirugía/Anestesia: valoración simultánea, coincidir citaciones, un único proceso quirúrgico. Asistencia al quirófano 4b) Seguimiento inmediato posterior por ERCA, que es la misma de DP para facilitar el cumplimiento y adherencia terapéutica. 4c) Visita del equipo de DP al encamado "agudo" para información y valoración por cirugía/anestesia antes del alta hospitalaria 4d) Sesiones clínicas para dar a conocer DP en otros servicios. Contacto estrecho con la unidad de Insuficiencia Cardíaca

Resultados: Inicio: 198 pacientes incidentes en consulta ERCA, edad media de 74.2 años y CKDEPI al inicio de 16.3ml/min. Información al 100%. El 97% eligieron su preferencia/opción de TRS en la segunda visita. 51% tratamiento fue conservador, del resto 74% HD en centro, 18% DP y trasplante renal 8%. Implementación estrategia ERCA/DP: 347 pacientes incidentes en consulta, edad media de 71.6 años y CKD-EPI al inicio de 16.8ml/min. Información basada en las estrategias al 100% de pacientes, el 95% elección 2ª visita.

Tratamiento conservador 63.75%, el resto: 58% HD en centro, 31% DP y 9% trasplante renal. Incremento del 51.37% tras estrategia

Conclusiones: Implementar diferentes estrategias de manera protocolizada y respetar activamente la decisión del paciente y familia, se ha mostrado como una opción de crecimiento en el número de pacientes que eligen diálisis peritoneal. Facilitar una correcta información, concreta y completa, junto con el esfuerzo coordinado del equipo multidisciplinar ayuda a la elección. La preparación y motivación del equipo médico y de enfermería en la unidad de ERCA y DP son claves para los pacientes que optan por DP desde la consulta de ERCA.

42 PLEURODESIS QUÍMICA CON POVIDONA YODADA PARA EL MANEJO DE LA FUGA PERITONEO-PLEURAL EN DIÁLISIS PERITONEAL: A PROPOSITO DE UN CASO.AV. CHÁVEZ GUILLÉN¹, P. RODRÍGUEZ DOYAGÚEZ¹, XE. GUERRA TORRES¹, JK. PEÑA ESPARRAGOZA¹, H. BOUARICH¹, F. MORENO BARRIO²¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES/ESPAÑA)

Introducción: La fuga peritoneo-pleural en diálisis peritoneal (DP) tiene una incidencia del 1,6%. El descanso peritoneal es el tratamiento de elección, pero existen casos de recurrencias que pueden llevar al abandono de la técnica. La pleurodesis química con povidona yodada es una opción terapéutica que, en casos de derrame pleural refractario, ha demostrado seguridad y eficacia frente a alternativas convencionales como la instilación intrapleural de talco o tetraciclina. Sin embargo, su uso para el tratamiento de la fuga peritoneo-pleural en DP es escasa.

Material y Método: Presentamos el caso de una paciente de 77 años en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) de nuestra unidad con diagnóstico de hidrotórax secundario a fuga peritoneo-pleural refractaria tras período de descanso peritoneal, por lo que se decide tratar mediante pleurodesis química con povidona yodada.

Resultados: El tratamiento con pleurodesis química con povidona yodada resultó eficaz y permitió que la paciente continuara en DP sin nuevas recurrencias durante el seguimiento de 1 año. Como incidencia, presentó una reacción inflamatoria importante, autolimitada, postadministración intrapleural de povidona yodada.

Conclusiones: La pleurodesis química con povidona yodada es una técnica novedosa y útil para el tratamiento de la fuga peritoneo-pleural en pacientes en DP, evitando las recurrencias y favoreciendo la permanencia de los pacientes en dicha técnica. La baja incidencia de la fuga peritoneo-pleural en los pacientes en DP, dificulta el desarrollo de ensayos clínicos que pudiesen clarificar la mejor estrategia terapéutica para este problema clínico.

43 RESULTADOS DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL EN EL QUINTO ANIVERSARIO DE SU FORMACIÓNC. YUSTE¹, B. AGUADO¹, M.J. ARANDA¹, L. RODRIGUEZ-GAYO¹, J. CARO ESPADA¹, E. MERIDA¹, E. HERNANDEZ¹, J.M. RODRIGUEZ-LAGAREJO¹, T. BADA¹, M. PRAGA¹¹NEFROLOGÍA. H DOCE DE OCTUBRE (MADRID)

En mayo de 2015 se inauguró la Unidad de Diálisis Peritoneal (DP) del Hospital 12 de Octubre, durante estos 5 años, han formado parte del programa de diálisis peritoneal 98 pacientes, y hemos atendido a un total de 108 pacientes. La DP presentó en nuestro hospital una incidencia de 27,42 % (17 de 62 pacientes) de los pacientes que inician terapia renal sustitutiva (Junio 19-20). La incidencia media en DP en nuestro centro ha sido de 18,4 pacientes/año, con un crecimiento del 7% en los tres últimos años. Contando actualmente con 42 pacientes activos en técnica.

La media de edad de nuestros pacientes ha sido 53,71±15,57 años, con un 58,16% de hombres. La prevalencia de diabetes mellitus ha sido de un 20,4%, y de HTA de 87,8%.

En cuanto a la distribución según la modalidad de DP: 32,65% escogieron CAPD (n=32) y 67,35% PDA (n=66). El Kt/V medio ha sido de 2.31±0.54 (renal 1.18±0.75; peritoneal 1.13±0.5). La permanencia media en técnica ha sido de 14,06±10,2 meses. Durante estos 5 años, 60 pacientes han abandonado la técnica: 38,34% han sido trasplantados (n=23), con una media de 10,83±6,93 meses hasta el trasplante; 48,33% transferidos a hemodiálisis (n=29) y 13,3% han fallecido (n=8).

El equipo de DP, en colaboración con el Servicio de Cirugía General, ha realizado un total de 162 procedimientos (99 implantaciones, 53 retiradas, 10 recambios de catéter) con una incidencia de complicaciones del 6% (malposición de catéter=2; sangrado menor=1; hemoperitoneo=3, que en 1 caso precisó reintervención).

La incidencia de peritonitis ha sido de 0,3 peritonitis/año (1 episodio /40 meses en riesgo) (n=29). El *S. Epidermidis* ha sido el microorganismo más frecuente, y 3 pacientes han precisado la retirada de catéter. Tras la entrada en técnica 12 pacientes han presentado defectos de pared abdominal (5 hernias umbilicales, 4 hernias inguinales, 1 veginocele, 1 hidrocele por persistencia de conducto peritoneo vaginal). Y 3 pacientes han presentado comunicación peritoneo pleural.

La implementación de la Unidad de DP en nuestro hospital ha abierto un nuevo camino necesario para optimizar la asistencia al paciente nefrológico.

Resúmenes

Dialisis peritoneal

44 ESPECTRO MICROBIOLÓGICO, SENSIBILIDAD Y RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS EN NUESTRAS PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL

F. MONCHO FRANCÉS¹, E. GIMENEZ CIVERA¹, P. TOMÁS SIMO², J. COLOMINA³, M. GONZALEZ RICO¹, I. JUAN GARCÍA¹, I. SANCHIS¹, A. PEREZ YS¹, E. PEREZ BERNAT¹, J.L. GORRIZ TERUEL¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA);²NEFROLOGIA. HOSPITAL CLINICO DE VALENCIA (VALENCIA);³MICROBIOLOGIA. HOSPITAL CLINICO DE VALENCIA (VALENCIA)

Introducción: La peritonitis en relación con la DP sigue siendo una de las complicaciones más importantes y causa de fracaso de la técnica. El espectro de microorganismos causantes parece estar cambiando en los últimos años con aumento de los episodios causados por gérmenes gram negativos. Los algoritmos de tratamiento antibiótico se basan en datos recogidos de grandes registros internacionales, pero no tienen en cuenta los datos de sensibilidad y resistencia a los antibióticos de los microorganismos locales más frecuentes.

Objetivo: Identificar los microorganismos aislados con mayor frecuencia en los cultivos de líquido peritoneal de peritonitis de nuestro centro y determinar la sensibilidad y resistencia bacterianas. Valorar el éxito del tratamiento antibiótico empírico inicial.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo analizando todas las peritonitis presentes en nuestra unidad entre los años 2015 a 2019. Realizamos análisis de la sensibilidad y resistencias bacterianas, respuesta al tratamiento empírico y evolución posterior del episodio.

Resultados: Se registraron 114 peritonitis: 14 estériles, 2 fúngicas y 98 bacterianas con 61 gérmenes grampositivos y 37 gramnegativos. Edad media de los pacientes 68 años con un 78% de hombres.

Los gérmenes gramnegativos más frecuentes reportados en nuestra serie son E. Coli (10.2%), P. Aeruginosa (10,2%), E. fecalis (4.6%) y Klebsiella (2.8%) De entre los gérmenes Gram positivos destacan S. epidermidis (25.9%), S. oralis (6.5%), M. luteus (4.6%) y S. Aureus (3.7%).

Tuvimos alta incidencia de peritonitis por P. Aeruginosa debido a una epidemia por colonización del agua en la unidad, a pesar de ello el 64% de las peritonitis por pseudomona presentaron buena evolución.

De la antibioterapia empírica que utilizamos en nuestro centro, el 100% de los gérmenes grampositivos son sensibles a vancomicina y el 93% de los gramnegativos sensibles a ceftazidima. La evolución de los episodios fue buena con una 90,7% de curación.

Conclusiones: Conocer la sensibilidad y resistencia a los antibióticos en las infecciones recogidas en cada centro es esencial para poderlas tratar adecuadamente y plantear adaptaciones locales a los tratamientos empíricos recomendados.

Tabla 1 y 2.

ANTIBIOTICO	BACTERIAS GRAM NEGATIVAS				BACTERIAS GRAM POSITIVAS			
	Amoxicilina (n=10)	Ceftazidima (n=10)	Vancomicina (n=10)	Clindamicina (n=10)	Vancomicina (n=10)	Clindamicina (n=10)	Linezolid (n=10)	Trimetoprim-sulfametoxazol (n=10)
Amoxicilina	100	100	100	100	100	100	100	100
Ceftazidima	100	100	100	100	100	100	100	100
Vancomicina	100	100	100	100	100	100	100	100
Clindamicina	100	100	100	100	100	100	100	100
Linezolid	100	100	100	100	100	100	100	100
Trimetoprim-sulfametoxazol	100	100	100	100	100	100	100	100

>85% de las cepas sensibles
50-85% de las cepas sensibles
<50% de las cepas sensibles
No testado

45 VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL FRENTE A HEMODIÁLISIS

P. CASTRO FERNÁNDEZ¹, R. RUIZ VALERO², LG. PICCONE SAPONARA¹, A. CARREÑO PARRILLA¹, E. MORAL BERRIO¹, G. FERRER GARCÍA¹, A. MARTÍNEZ CALERO¹, E. OLAZO GUITIERREZ¹, P. SÁNCHEZ ESCUDERO¹, MC. VOZMEDIANO POYATOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL (CIUDAD REAL);²FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA (CIUDAD REAL)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en diálisis peritoneal (DP) presentan menor grado de dependencia funcional frente a aquellos en hemodiálisis (HD). Esto se relaciona con factores como la edad y comorbilidad. Existen pocos estudios que comparen estas diferencias. El objetivo es comparar el grado de dependencia funcional en DP frente a HD en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio transversal. Incluye pacientes en HD y DP pertenecientes a la unidad de diálisis de nuestro centro. Se recogieron variables como edad, sexo, comorbilidad, etiología de ERC, tiempo en diálisis. Valoramos el grado de dependencia con los índices Barthel, Katz y Lawton y Brody. Análisis estadístico con SPSS 25.0. Las variables categóricas se expresan en porcentajes y se comparan con test de Chi2. Las variables cuantitativas se expresan como media +/- desviación estándar y se comparan con T-Student. Se realizó análisis de regresión logística para determinar predictores independientes de dependencia funcional. Significación estadística p<0.05.

Resultados: 113 pacientes, con edad media de 63 ± 15 años, siendo el 59.3% hombres. El 77% eran hipertensos (HTA), 39.8% diabéticos (DM) y 48.7% dislipémicos. El 23.9% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, el 12.4% arteriopatía periférica (AP) y el 6.2% enfermedad cerebrovascular (ECV). La etiología más frecuente de ERC fue la nefropatía diabética (20.4%) y la glomerular (20.4%). El tiempo medio en diálisis fue de 5 ± 9 años. El 69.9% se encontraban en HD, el 30.1% en DP. Presentaban mejor funcionalidad el 81.5% según Barthel, el 76.5% según Katz y el 60.5% según Lawton y Brody. Los factores de riesgo asociados con peor funcionalidad fueron, según Barthel: la edad (71 ± 11 años vs 62 ± 15 años p=0.031), el índice de Charlson (7.94 ± 2.24 puntos vs 5.27 ± 2.14 puntos p<0.001) y la AP (31% vs 9% p=0.028). Según Katz: la edad (72 ± 10 años vs 61 ± 15 años p=0.001), el índice de Charlson (7.73 ± 2.05 puntos vs 5.14 ± 2.12 puntos p<0.001), la HTA (95% vs 72% p=0.023), la AP (27% vs 9% p=0.029) y la ECV (18% vs 3% p=0.026). Según Lawton y Brody: la edad (71 ± 11 años vs 58 ± 15 años p<0.001), el índice de Charlson (6.63 ± 2 puntos vs 5.08 ± 2.342 puntos p<0.001), la DM (54% vs 32% p=0.029) y la ECV (15% vs 1% p=0.009).

Observamos mejor funcionalidad en DP frente a HD (Barthel: 97% en DP vs 81% en HD p=0.036; Lawton y Brody: 82% en DP vs 56% en HD p=0.010). La regresión logística mostró independencia de la edad (OR 1.06 IC95% 1.02-1.10 p=0.001) y de la técnica de diálisis (DP vs HD OR 0,3 IC95% 0.10-1.01 p=0.054) como factores independientes de mejor funcionalidad.

Conclusiones: El grado de dependencia funcional en DP es menor que en HD con una menor comorbilidad, pudiendo condicionar la elección de la técnica de terapia renal sustitutiva.

46 CONSECUENCIAS DE AÑADIR INTERCAMBIO DE ICODEXTRINA EN DIÁLISIS PERITONEAL MEDIANTE BIOIMPEDANCIOMETRIA

B. HIDALGO MARTÍN¹, R. PLATA SÁNCHEZ², JM. GIL CUNQUERO¹, FJ. BORREGO UTIEL¹, MJ. GARCIA CORTES¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAEN (JAEN);²NEFROLOGIA. PARQUE TECNOLÓGICO DE CIENCIAS DE LA SALUD (PTS) (GRANADA)

Introducción: El uso de la bioimpedanciometría (BIA) se ha generalizado en la práctica clínica diaria. La Icodextrina facilita el manejo de fluidos en pacientes en DP. Aún hoy, el efecto de preservación de Icodextrina sobre la Función Renal Residual (FRR) sigue siendo tema de estudio.

Objetivo: Valorar el efecto tras introducir Icodextrina en DP sobre la FRR, volumen diuresis, peso y presión arterial relacionándolo con la composición corporal medida con BIA.

Material y métodos: Del histórico de pacientes en DP en nuestro Hospital, seleccionamos pacientes con al menos 1 mes en DP y medida de BIA antes y entre 1-3 meses tras introducir Icodextrina.

Resultados: Estudio retrospectivo observacional de 34 pacientes en DP, edad 60±14.5 años, 22 (64,7%) mujeres, 12 (35,3%) diabéticos, Charlson 4,8±2,1 y 20±30 (7,5) meses en DP. Tras Icodextrina (tabla1) aumentó significativamente la UF diaria (321±615 cc diarios) y la dosis de diurético (19±50 mg), con disminución del peso (-1,2±3,2 kg), TAS (-11±22 mm Hg), sobrehidratación absoluta (OH -1±1,4 Litros), sobrehidratación relativa (OH/ECW -0,05±0,08 Litros), agua extracelular (ECW -1,02±1,71 Litros) y agua corporal total (TBW - 1,2±3,2 Litros). La diuresis disminuyó 181±522 cc de media sin alcanzar significación estadística. No hubo cambios significativos en la FRR, albúmina, PCR, masa magra (LTM) ni grasa (ATM) ni en volumen de líquido peritoneal diario usado. Los cambios en OH y OH/ECW se relacionaron significativamente con las modificaciones del peso (correlación de Spearman r=0,49, p<0,005), TAS (r=0,39, p<0,05) y dosis de furosemida (r=-0,42, p<0,05).

Conclusiones: Tras introducir Icodextrina aumentó la UF con reducción de TAS y grado de sobrehidratación medido con BIA sin modificación de FRR ni compartimento magro ni grasos.

La diuresis disminuyó a pesar del aumento de la dosis de furosemida. Se ha estudiado el efecto de la Icodextrina sobre la preservación de FRR pero creemos interesante incluir la herramienta de la BIA para estudiar estos cambios. Este trabajo está limitado por el pequeño tamaño muestral y las limitaciones propias de un estudio observacional retrospectivo, pero puede ser una propuesta de trabajo colaborativo futuro.

Variable	Pre Icodextrina	Post Icodextrina	Valor P
Peso (kg)	78,1±18,9	76,8±19	<0,05
TAS (mm Hg)	149±26	137±21	<0,01
TAD (mm Hg)	84±15	79±13	NS
OH (L)	2,5±2	1,7±1,2	<0,001
OH/ECW (L)	0,13±0,1	0,09±0,06	<0,005
ICW (L)	17,5±4,9	17,3±4,9	NS
ECW (L)	17,8±4,4	16,8±4,1	<0,005
TBW (L)	35,3±9	34,1±8,8	<0,05
LTM (kg)	33,8±11,8	33,2±11,4	NS
ATM (kg)	40,2±17,1	40,7±16,6	NS
Técnica DPCA/DPA	61,8% (38,2%)	61,8% (38,2%)	NS
Albúmina (g/dL)	3,4±0,6	3,4±0,4	NS
PCR (mg/L)	6,2±9,0 (2,9)	11,5±16,5 (16)	NS
Diuresis (cc)	1152±868 (938)	971±854 (750)	0,052
FRR (ml/min/1,73m2)	72,9±3,3	72,4±3,3	NS
UF (cc)	321±615 (350)	397±623 (1000)	<0,05
Furosemida (mg/24h)	13,8 (18,0)	137,74 (160)	<0,05
Vol Liq Ret (L/24h)	8,2±3,5 (7,3)	8,5±3,2 (8)	NS

Datos expresados como media, mediana (entre paréntesis) o porcentaje

47 19 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN LA UNIDAD DE DP DE H.U. PUERTO REAL: ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

VE. DE LA ESPADA PIÑA¹, L. WINDERICKX¹, C. IÑIGUEZ VILLALÓN¹, PL. QUIROS GANGA¹, C. REMÓN RODRÍGUEZ¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (CADIZ)

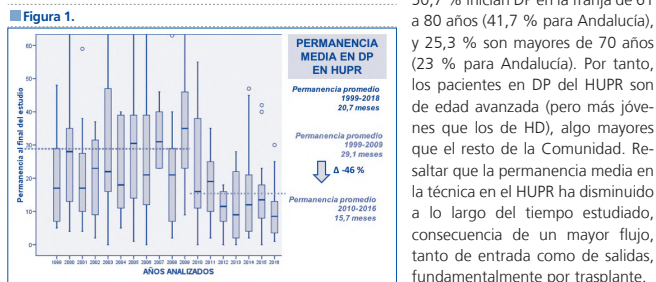
Introducción. Desde 1999 el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía recoge los datos de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo en nuestra Comunidad. Presentamos el análisis de las características demográficas de los pacientes DP desde 1999 a 2018 en Hospital Universitario Puerto Real (HUPR). Además analizamos comparativa con el resto de Unidades de DP de Cádiz y Andalucía

Material y método: Elaborado con los datos de todos los pacientes (> 14 años) que iniciaron DP desde Enero/99 a Diciembre/2018, y que hubieran permanecido más de un mes en técnica. Análisis Estadístico (Excel y SPSS, 15): medidas de tendencia central y dispersión (medias y desviación típica) para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas

Resultados y conclusiones: N total: 1 de Enero/99 hasta 31 de Diciembre/2018: 284, siendo el Hospital de la Provincia con mayor número de pacientes (Desde 1999 a 2017: HUPR: 265; HUPM: 225; Jerez: 215), siendo 58,5 % hombres (n=166) y 41,5 % mujeres (n=118).

El 82 % de los pacientes elige libremente la técnica. Los pacientes incluidos en DP en HUPR, proceden fundamentalmente de la consulta de ERCA (70%). La etiología principal Nefropatía Diabética, por la alta prevalencia de DM en nuestro medio, a diferencia de Andalucía que es la glomerulonefritis. La edad promedio en el HUPR es de 59,6 años (ds: 14,5), 3 años más que la media de Andalucía (56,7 años) (R 17-86 años). La evolución de la edad de los pacientes se ha mantenido muy poco variable en todo el periodo estudiado.

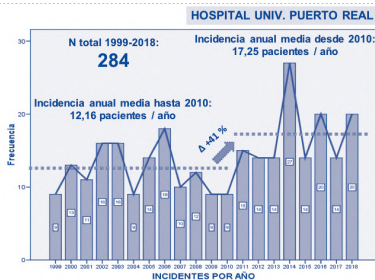
En los tres centros con DP de Cádiz muestra que el HUPR, junto con Jerez, supera en edad media al HUPM. La permanencia media en la técnica es similar. En HUPR la permanencia media ha sido de 21,5 meses, con un máximo de 124 meses. La distribución por grupos de edad (figura 1),



48 ES POSIBLE MANTENER LA PREVALENCIA DE PACIENTES EN DP EN NUESTRA UNIDAD GRACIAS AL AUMENTO DE LA WINDERICIA. PERIODO: 1999-2018
 V. DE LA ESPADA PIÑA¹, PL. QUIROS GANGA¹, L. WINDERICKX¹, C. IÑIGUEZ VILLALÓN¹, C. REMÓN RODRÍGUEZ¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (CADIZ)
Objetivo: Uno de los objetivos de eficiencia conocidos es aumentar el uso de DP. Presentamos el análisis del flujo de pacientes en EP en una unidad del sur de Andalucía (1999-2018) para conocer su evolución, comparándolo con las provincias andaluzas y la tasa de crecimiento.
Métodos: Estudio retrospectivo del total de pacientes con EP en nuestro centro (N = 284). Variables: incidencia, prevalencia, causas de salida. Resultados
 N: 284, incidencia anual promedio, hasta 2010, 12,2 nuevos pacientes / año, y desde este año 17,25 nuevos pacientes / año, representa un crecimiento del 41.2% para esta segunda década. Andalucía, los últimos 6 años, tasa de incidencia de 22,5 ppm de pacientes nuevos en EP, todavía lejos de 24-28 en España. Datos muy variables según provincia: Cádiz o Jaén, superan la incidencia media española y andaluza. Dentro de la provincia de Cádiz también encontramos diferencias: HUPR: 49,5 ppm; HUPM: 31 ppm; Jerez 30,6 ppm.
 Nº / PD pacientes / año para HUPR: 35-49 pacientes / año. Las tasas prevalentes acumuladas para el año se mantienen estables debido al aumento progresivo de la incidencia, ya que las salidas anuales también han aumentado.
 Destaca este gran flujo de entradas y salidas que existe en PD en HUPR, también es mayor en la segunda década del período.
 El aumento progresivo de las salidas significa que la prevalencia promedio ha disminuido, aunque la prevalencia promedio acumulada en el año ha aumentado (pacientes tratados en el año). La principal causa de la desviación actual, en Andalucía y en HUPR (con crecimiento progresivo en los últimos años) es el trasplante renal (aproximadamente 50%), disminuyendo la salida por muerte y estabilizándose la producida por transferencia a HD. Entre las causas de muerte, predominan las cardiovasculares. De las causas de la transferencia a HD, la peritonitis sigue siendo importante.

Figura 1.



Conclusiones: La causa del trasplante está aumentando enormemente en los últimos años. Gracias a la mayor incidencia, mantenemos la prevalencia en nuestra unidad.

49 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LAS PERITONITIS EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL, 6 AÑOS DE SEGUIMIENTO
 MT. VALDA DE MIGUEL¹, A. MARTÍNEZ LOSA¹, V. MARTÍNEZ JIMÉNEZ¹, AN. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ¹, PP. ORTUÑO LÓPEZ¹, I. LÓPEZ JIMÉNEZ¹, F. MORALES CARAVACA¹, JB. CABEZUELO ROMERO¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)
Introducción: La peritonitis en diálisis peritoneal (DP) es una complicación frecuente que causa una alteración funcional y estructural de la membrana peritoneal, siendo una de las principales causas de fracaso de la técnica.
 El objetivo ha sido analizar los aspectos epidemiológicos y clínicos de las peritonitis en nuestros pacientes en programa de DP.
Material y métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva los episodios ocurridos desde el 1 de Enero de 2.014 al 31 de Diciembre de 2.019.
Resultados: Se produjeron 114 episodios de peritonitis en 67 pacientes. La edad media fue de 61,8 años ± 5,36. El tiempo medio en diálisis en el momento de la peritonitis fue de 40.16 ± 5,61 meses (rango 3-91 meses).
 De los 114, 86 (73,3%) presentaron dolor abdominal, líquido turbio en 101 (88,8%) y la media del recuento de leucocitos fue de 7.996,85/mm3 ± 4.391 (rango 112-156.970). El cultivo fue positivo para bacterias Gram + en 71 casos (62,2%), 22 Gram – (19,2%), 8 polimicrobianas, 1 por micobacteria y 12 cultivos fueron negativos.
 El 94,1% de los episodios recibieron tratamiento vía intraperitoneal, sólo el 5,22% vía intravenosa y oral en el caso de Mycobacterium tuberculosis. En general la evolución fue buena en 103 episodios. 10 fueron transferidos a hemodiálisis y 1 de ellos falleció en el contexto de una sepsis. En cuanto a la incidencia episodios/paciente/año global ha sido de 0,19, con la siguiente distribución: 0,17; 0,28; 0,18; 0,22; 0,18 y 0,15; entre 2014 y 2019 respectivamente.

Tabla 1.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Número peritonitis	16	25	19	22	18	14
Edad media (años)	55,87	64	70,84	63,1	56,87	61,2
Tiempo en diálisis peritoneal (años)	3,07	3,71	3,95	3,42	2,63	3,28
Primer episodio	5	10	7	13	10	6
Segundo episodio	6	7	2	5	5	3
Tercero episodio	5	8	10	4	3	5
Dolor abdominal	87,5%	84%	84,21%	68%	55,55%	78,57%
Líquido turbio	87,5%	92%	89,47%	86,36%	77,77%	100%
Recuento leucocitos > 100 PMN	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CLÍNICA						
GRAM positivo	11	19	10	11	12	8
GRAM negativo	3	0	2	5	2	3
Mixto	1	1	0	0	1	1
Micobacteria	0	1	0	0	0	0
Cultivo negativo	1	4	0	3	2	2
MICROORGANISMO						
Intraperitoneal	100%	92%	100%	90,9%	88,88%	92,85%
Intravenoso		4%		9,09%	11,11%	7,14%
Oral						
Buena	16	22	18	20	16	11
Paso a hemodiálisis	1	7	1	2	2	2
Exitus						
EVOLUCION						
INCIDENCIA PACIENTE/AÑO	0,17	0,28	0,18	0,22	0,18	0,15

Conclusiones: La tasa de peritonitis se ajusta a las guías siendo inferior a 0,5 episodios por paciente y año y los gérmes causales más frecuentes son las bacterias Gram +. La evolución es buena en cuanto a supervivencia de los pacientes, sin embargo, sigue siendo una importante causa de fracaso de la técnica.

50 ¿ES IMPORTANTE LA HIPONATREMIA EN NUESTROS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL? RELACIÓN CON LA MORTALIDAD
 E. GIMÉNEZ CIVERA¹, M. GONZÁLEZ RICO¹, P. TOMÁS SIMO¹, I. JUAN GARCÍA¹, A. PÉREZ YS¹, E. PÉREZ BERNAT¹, F. MONCHO¹, MJ. PUCHADES MONTESA¹, JL. GÓRRIZ TERUEL¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA)
Introducción: Las alteraciones de la natremia son especialmente frecuentes en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis. En la diálisis peritoneal existe controversia entre diferentes series con respecto a la asociación de hiponatremia con mortalidad.
Objetivo: Calcular la prevalencia de hiponatremia en una población de pacientes incidentes en DP y registrar los cambios que presentan a lo largo de su estancia en el programa. Buscar asociación con variables de composición corporal y comorbilidad. Analizar el posible efecto sobre la mortalidad de la hiponatremia al inicio y a lo largo del tratamiento.
Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo sobre los pacientes incidentes en nuestra unidad en un periodo de 5 años excluyendo la indicación cardiorenal y aquellos con menos de tres determinaciones de natremia. Recogimos todas las determinaciones analíticas en los controles habituales para valorar la frecuencia de hiponatremia (Nap < 135). Registramos variables clínicas (sexo, edad, comorbilidad, peso, TA, sobrehidratación), analíticas y tipo de DP. Realizamos un análisis de mortalidad mediante modelos de regresión de Cox. El riesgo relativo se ajustó por las variables demográficas y de comorbilidad.
Resultados: En el periodo analizado iniciaron DP 100 pacientes (70% hombres, edad media 62,25 años) y el seguimiento medio fue de 21,3 meses. Un 33% eran diabéticos, 20% cardiopatas, 70% dispépicos, 88% hipertensos y 40% mayores de 70 años. Al inicio de DP la cifra media de natremia fue de 139,03 ± 3,6mEq/L (130-151) con un 9% de los pacientes con hiponatremia. Al comparar éstos con los normonatremicos no encontramos diferencias significativas en la edad, sexo, porcentaje de DM, cardiopatía, dislipemia ni HTA. Únicamente encontramos peso corporal significativamente menor en los pacientes hiponatremicos (67,4 ± 11 vs 79,15 ± 16).
 A lo largo del seguimiento recogimos un total de 786 determinaciones de Nap (media 139,13 ± 3) con 47 hiponatremias (6% de las muestras).
 Encontramos correlación significativa entre hiponatremia y sobrehidratación. No encontramos diferencias respecto al tipo de DP (DPCA o DPA) ni al uso de icodextrina.
 En el análisis de supervivencia la hiponatremia basal se asoció significativamente con un mayor riesgo relativo de mortalidad, mientras que las determinaciones seriadas posteriores no mostraron ese efecto.
Conclusiones: Nuestra serie presenta una prevalencia de hiponatremia baja tanto al inicio como a lo largo de la permanencia en DP. Las variaciones no se relacionan con las características de la DP analizadas. Es más frecuente la hiponatremia en los pacientes con sobrehidratación. Existe asociación de la hiponatremia al inicio de tratamiento con DP con la supervivencia de los pacientes que nos marca una población de riesgo especial que debemos identificar.

51 PERFIL LIPÍDICO EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. DIALISIS PERITONEAL VS HEMODIALISIS
 WA. AGUILERA MORALES¹, SV. POL HERES¹, N. ARESTÉ FOSALBA¹, T. ARROBAS VEILLA², M. SALGUEIRA LAZO¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA), 2BIOQUÍMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)
Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) se considera factor de riesgo cardiovascular (FRCV) independiente, siendo la enfermedad cardiovascular (ECV) la principal causa de mortalidad en estos pacientes. Las guías europeas de riesgo vascular de 2019 consideran a los pacientes en diálisis de muy alto riesgo vascular, sin encontrar evidencias que respalden el uso de estatinas en diálisis.
Objetivo: Describir el perfil lipídico en pacientes de diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD).
Material y métodos: Realizamos un análisis descriptivo sobre 113 pacientes (32 DP; 81 HD) a los que se les solicita perfil lipídico, analizando los FRCV, antecedentes de ECV y niveles de LDL, triglicéridos, apolipoproteína B-100 (Apo B-100) y Lp(a). Los datos serán recogidos de forma retrospectiva y serán analizados mediante SPSS 21.
Resultados: Los niveles medios de colesterol LDL y Apo B-100 son mayores en DP (LDL 103 mg/dl; Apo B-100 86,5 mg/dl) que en HD (LDL 71,9 mg/dl; Apo B-100 70,9 mg/dl). No hubo diferencias significativas en los niveles de Lp(a) (DP 41 mg/dl; HD 32 mg/dl). El 87% de los pacientes en DP presentaba niveles de LDL > 55 mg/dl y el 70% niveles de Apo B-100 > 65 mg/dl. En el grupo de HD el 76% presentaba niveles de LDL > 55 mg/dl y el 59% niveles de Apo B-100 > 65 mg/dl. De todos los pacientes con dislipemia, el 80% tomaba estatinas y 1 paciente alirocumab. El 59% del total tenía antecedentes de ECV.
Conclusiones: La mayoría de pacientes en tratamiento renal sustitutivo de nuestra área presentan niveles de LDL y Apo B-100 mayores de lo recomendado para muy alto riesgo vascular. Además, los pacientes en DP presentan peor perfil lipídico que los pacientes en HD. La mayoría de nuestros pacientes están en tratamiento con estatinas. Sería interesante analizar de forma prospectiva la incidencia de ECV mayores en estos pacientes relacionándolo con su perfil lipídico para valorar el posible beneficio del tratamiento hipolipemiente.

Resúmenes

Diálisis peritoneal

52 HERNIA DE MORGAGNI EN DIÁLISIS PERITONEAL INCREMENTAL: ¿ES POSIBLE CONTINUAR CON LA TÉCNICA?

C. SANTOS ALONSO¹, Y. HERNÁNDEZ PERDOMO¹, M. OSSORIO GONZÁLEZ¹, G. DEL PESO GILSANZ¹, M. MALDONADO MARTÍN¹, P. RACIONERO GONZÁLEZ¹, R. SELGAS GUTIÉRREZ¹, MA. BAJO RUBIO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Resumen: Las hernias diafragmáticas de Morgagni son defectos diafragmáticos poco frecuentes, diagnosticándose principalmente en la infancia. Su asociación con diálisis peritoneal (DP) casi no se ha descrito hasta el momento, siendo muy pocos los casos publicados. Además de su escasa incidencia, la inespecificidad de sus síntomas puede hacer que esta entidad pase desapercibida. Presentamos el caso de una paciente en tratamiento con DP incremental, con un intercambio de diálisis nocturno, que presentaba sudoración nocturna con hallazgo en una radiografía de tórax de rutina de una masa mediastínica, no presente previamente. Ante la sospecha inicial de etiología tumoral se solicitó TAC de tórax donde se evidencia la presencia de una hernia de Morgagni. Dado lo infrecuente de esta patología en pacientes tratados con DP, no existen hasta la fecha recomendaciones acerca de cómo continuar la terapia renal sustitutiva una vez se ha reparado el defecto quirúrgico. Se trata del primer caso descrito de hernia de Morgagni en DP en el que se opta por continuar con la técnica tras la corrección del defecto diafragmático.

53 QUILOPERITONEO POR AMLODIPINO EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

A. BEDIA RABA¹, A. GARCÍA BARANDIARAN¹, P. JIMENEZ ANTUÑO¹, G. GARCÍA ERAUZKIN¹
¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO)

Introducción. El quilo-peritoneo asociado al uso de antagonistas de los canales de calcio es una rara complicación de la diálisis peritoneal, caracterizado por la aparición de un efluente lechoso con una alta concentración de triglicéridos. De los 53 casos publicados en la literatura, sólo en dos se asocian a amlodipino. Presentamos dos casos de quilo-peritoneo asociado al uso de amlodipino en nuestra Unidad de Diálisis Peritoneal.

Pacientes y Métodos. Serie retrospectiva de casos, en la Unidad de Diálisis Peritoneal de nuestro hospital. Se registran tres eventos en dos pacientes.

Caso 1. Mujer de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino y doxazosina, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, y enfermedad renal crónica no filiada. A los dos días de la colocación del catéter de diálisis peritoneal, encontrándose asintomática acude por drenaje de un líquido lechoso, cuyo análisis reflejaba triglicéridos 140 mg/dl, glucosa 880 mg/dl, proteínas 0.1 g/dl, hematíes 0 cél/mm³ y leucocitos 35 cél/mm³, compatible con quilo-peritoneo. La resolución del cuadro se constata a los dos días siguientes tras la retirada del fármaco. Posteriormente, tiene un segundo episodio de quilo-peritoneo al mes de reintroducir el fármaco, que también desaparece al retirarlo.

Caso 2. Varón de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial controlada con amlodipino, dislipemia, síndrome de apnea de sueño y enfermedad renal crónica secundaria a displasia renal. Hallándose asintomático, la aparición de quilo-peritoneo, con una concentración de triglicéridos de 172 mg/dl (glucosa 1100 mg/dl, proteínas 0.1 g/dl, hematíes 0 cél/mm³ y leucocitos 27 cél/mm³), se produce a los ocho meses de la colocación del catéter peritoneal, sin modificaciones previas en el tratamiento hipotensor, con resolución completa del episodio al día siguiente de la retirada del fármaco.

Conclusiones.

1. El quilo-peritoneo es una rara complicación de la diálisis peritoneal que se ha asociado al uso de antagonistas de los canales de calcio, que remeda la presentación de una peritonitis.
2. A pesar del amplio uso del amlodipino como hipotensor, sólo en dos casos se ha reportado en la literatura que su uso se asocia con la aparición de quilo-peritoneo en diálisis peritoneal.
3. Presentamos dos casos más de asociación entre amlodipino y quilo-peritoneo en pacientes en diálisis peritoneal, con resolución completa tras la retirada del fármaco.
4. Aunque la presentación de quilo-peritoneo suele ser típicamente temprana, en uno de los casos la aparición se produjo meses más tarde de la colocación del catéter de diálisis peritoneal.

54 FACTORES PRONÓSTICOS QUE HAN MARCADO LA SUPERVIVENCIA DE NUESTROS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

L. WINDERICKX¹, C. IÑIGUEZ VILLALÓN¹, V. DE LA ESPADA PIÑA¹, P. QUIRÓS GANGA¹, C. REMÓN RODRÍGUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE PUERTO REAL (CADIZ)

Introducción, método y resultados: Análisis de 20 años de seguimiento de los pacientes de diálisis peritoneal (DP) de Hospital Universitario Puerto Real recogidos en el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA) entre Enero 1999 a Diciembre 2019. Los objetivos fueron analizar la supervivencia (SV) global de los pacientes, la comorbilidad al inicio del tratamiento y su impacto en la supervivencia.

La enfermedad cardiovascular fue el factor de riesgo más frecuente en los pacientes en DP en el HUPR, presente en el 57,4 % de los pacientes (vs 36,1 % en Andalucía), seguida por la DM (39,5 % vs 29,9 %) y la edad mayor de 70 años (23,1 %). Si analizamos el índice de Charlson, 70 % de nuestros pacientes tiene un Charlson mayor de 3. Hemos estudiado la influencia de estos factores de riesgo en la supervivencia: Observamos que tanto la edad mayor a la mediana de 55 años al inicio de la DP (p<0,001), la presencia en ese momento de diabetes mellitus (p<0,001), enfermedad cardiovascular (p<0,001) o un mayor índice de Charlson (p<0,001) condicionan con significación estadística una peor supervivencia.

Utilizamos la regresión de Cox para valorar la independencia de los distintos factores de riesgo entre sí y su influencia sobre la supervivencia. Fueron significativos: a) la edad (tratada como una variable continua), un aumento del riesgo de un 4,6 % por cada año de mayor edad, b) la enfermedad cardiovascular y c) la diabetes mellitus (HR: 1,59; IC 95 %: 1,34-1,88).

Conclusión: Nuestros pacientes son más comórbidos en relación a los datos andaluces, siendo la supervivencia similar a la de otros registros publicados. Los factores que influyen en la SV son la edad, la enf. Cardiovascular y la diabetes.

55 ASPECTOS TÉCNICOS DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN NUESTRO CENTRO DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

L. WINDERICKX¹, V. DE LA ESPADA PIÑA¹, C. IÑIGUEZ VILLALÓN¹, P. QUIRÓS GANGA¹, C. REMÓN RODRÍGUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE PUERTO REAL (CADIZ)

Introducción y método: Presentamos los datos técnicos de la diálisis peritoneal (DP) registrados en nuestro centro (1999- 2019). Estudio retrospectivo de un total de pacientes en DP en nuestro centro (N=284). Variables estudiadas: DM, IMC, cirugía asociada, cirugía previa, recolocación de catéteres, complicaciones inmediatas y tardías, infecciones relacionadas con el catéter y peritonitis, causas de salida de la técnica y tipo de técnica. Estadística (Excel y SPSS.15).

Resultados y conclusiones: Catéteres colocados en un 49% por el nefrólogo (técnica percutánea) (catéter en cuello de cisne) y el 51% por cirujano (catéter Missouri) en todo el periodo. Localización paramedial en todos (100%). Son los pacientes con intervenciones previas, más obesos, con más dificultades técnicas o en los que hay que realizar una cirugía concomitante a la implantación del catéter, los derivados para técnica quirúrgica. En la mayoría de los casos, no existen cirugías previas ni son necesarias cirugías concomitantes, por lo que ha ido aumentando el porcentaje de catéteres implantados por el nefrólogo. La mayoría de los catéteres no presentan complicaciones ni inmediatas ni tardías en su vida útil.

Actualmente en 55 % de los pacientes incluidos en el programa de DP en HUPR están en técnica automática (DPA). Ha experimentado un crecimiento discreto-moderado en los últimos 5 años con respecto a los previos. No obstante, prácticamente todos nuestros pacientes comienzan con técnica manual (DPCA). El empleo de icodextrina y sobre todo bicarbonato también ha aumentado (66% y 96% respectivamente). Las causas de salidas se distribuyen prácticamente en 1/3 por muerte, 1/3 por trasplante y 1/3 por problemas en la técnica, pero en los últimos años aumenta la salida por trasplante y disminuye por éxitus (39 % y 35 % respectivamente). Durante el periodo estudiado se contabilizaron 108 episodios de peritonitis, siendo la tasa de peritonitis del último año de 0,29 episodios/paciente/año, lo que corresponde, calculando el periodo de exposición al riesgo a menos de 1 episodio/paciente cada 40 meses. El germen fue Grampositivo en el 63.3%, Gramnegativo en el 24,3 % y hongos en el 4,3 %. La peritonitis fue polimicrobiana en el 2,9 % de los casos, y no se detectó crecimiento 5,2 %. Evolucionan a curación (77.3%), retirada de catéter (14.4%), recidiva (6.7%) y éxitus (1.1%).

56 IMPLANTACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL NO PROGRAMADA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

E. MORAL BERRIO¹, A. CARREÑO PARRILLA¹, P. CASTRO FERNÁNDEZ¹, G. FERRER GARCÍA¹, L.G. PIC-CONE SAPONARA¹, E. OLAZO GUTIÉRREZ¹, C. VALLE DOMÍNGUEZ¹, P. SÁNCHEZ ESCUDERO¹, M. UGARTE CÁMARA¹, C. VOZMEDIANO POYATOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL/ESPAÑA)

Introducción: La diálisis no programada es un problema frecuente. Habitualmente la técnica más extendida es la hemodiálisis (HD) aguda. Es escasa la información sobre el uso de la diálisis peritoneal (DP) como técnica de inicio agudo de terapia renal sustitutiva (TRS). El objetivo es describir la experiencia inicial en DP no programada (DPNP) en nuestro centro, hospital de referencia de la provincia que atiende una población de 500.000 habitantes.

Material y métodos: Presentamos 7 casos de pacientes que iniciaron DPNP durante el periodo comprendido entre junio de 2017, en que comienza el programa, hasta la actualidad. Se recogen las características de la prescripción, eficacia depuradora de la técnica y complicaciones agudas. Así como, supervivencia global y supervivencia de la técnica. El servicio cuenta con enfermería en turno de mañana y tarde que permite un tiempo de tratamiento de al menos 12 horas.

Resultados: Siete pacientes (5 varones y 2 mujeres), con una edad media de 63,9±15,5 años. El tiempo mínimo transcurrido desde la implantación del catéter peritoneal hasta el inicio de diálisis fue de 8 días, con un máximo de 157 días. La principal causa del inicio de DPNP fue la uremia terminal en 3 de los pacientes, la insuficiencia cardíaca, el agotamiento de accesos vasculares, la pérdida accidental y la retirada de catéter tunelizado de HD por bacteriemia. De los 7 pacientes, en 5 se realizó DP intermitente y en el resto DP continua ambulatoria, en relación con el tiempo transcurrido desde la implantación del catéter hasta el inicio de la técnica. 5 pacientes continúan en técnica y dos de ellos fueron transferidos a HD, uno de los cuales está recibiendo DP y HD de manera conjunta (Ver tabla 1).

Conclusiones: En nuestra opinión, la DPNP es una alternativa segura y factible a la HD aguda mediante catéter venoso central temporal para el paciente con necesidad urgente de diálisis que haya elegido DP.

Tabla 1. Tonicidad de las soluciones de DP. Porcentaje de soluciones con tonicidad >2,27/2,5%

Paciente	Sexo	Edad (años)	Peso (kg)	Tiempo hasta uso catéter (días)	NP Intercambios	V Intercambios/Total (ml)	Permanencia/Total (minutos)	Tidal (%)	Tonicidad soluciones DP	Técnica	PRU (%)	Supervivencia técnica (días)	Complicaciones precoces	Transferencia HD
1	Mujer	54	49,3	23	8	1200/7500	49/720	65	66	DPA	54	437	Fuga	No
2	Varón	53	103,7	157	4	2000/5000	50/870	60	100	DPA	27	765	Ninguna	Si
3	Varón	56	80,7	8	9	1400/8000	78/720	60	100	DPA	76	248	Fuga	Si
4	Varón	48	67,8	8	8	1400/7000	39/360	60	50	DPA	31	773	Fuga	No
5	Mujer	48	63	8	11	1000/7000	51/600	65	100	DPA	16	267	Fuga	No
6	Varón	82	72,3	71	3	1200/3600	480/1440	33	DPCA	35	658	Ninguna	No	
7	Varón	66	65,9	55	4	1500/6000	360/1440	50	DPCA	14	3	Ninguna	No	

Tabla 1. **Tonicidad de las soluciones de DP. Porcentaje de soluciones con tonicidad >2,27/2,5%.