

126 DESACOPAMIENTO VENTRÍCULO DERECHO-ARTERIA PULMONAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA CON REMODELADO VENTRICULAR SEVERO

G. ROMERO-GONZÁLEZ¹, O. GONZÁLEZ-AROSTEGUI¹, MA. ROJAS-FERNÁNDEZ¹, IJ. LORENZO-FERRIS¹, I. GARCÍA-TRIGO¹, J. LAVILLA¹, PL. MARTÍN-MORENO¹, N. GARCÍA-FERNÁNDEZ¹, J. DÍEZ¹

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA)

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

Proyecto SURVIVAL

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis (HD) crónica pueden presentar disfunción del ventrículo derecho (VD) y elevación de la presión de la arteria pulmonar (AP), lo que puede producir un desacoplamiento VD-AP de mal pronóstico. Este estudio se diseñó para estudiar el acoplamiento VD-AP en pacientes en HD.

Métodos: Se estudiaron 41 pacientes a los que tras efectuarse un ecocardiograma transtorácico se les clasificó según la presencia y severidad del remodelado del VD definido por la presencia de dilatación del VD (diámetro del anillo tricúspide ≥ 40 mm) y disfunción sistólica del VD (excursión sistólica del plano anular tricúspide [ESPAT] < 17 mm). El acoplamiento VD-AP se estimó mediante el cociente entre la ESPAT y la presión sistólica en la AP (PSAP) estimada ecocardiográficamente.

Resultados: Se identificaron tres grupos de pacientes: Sin remodelado (Grupo 1, n=26), con remodelado ligero-moderado (Grupo 2, n=11) y con remodelado severo (Grupo 3, n=4). Comparados con los pacientes de los Grupos 1 y 2, los pacientes del Grupo 3 presentaban valores inferiores de ESPAT ($p < 0.001$), tendencia a valores superiores de PSAP ($p = 0.054$) y valores inferiores del cociente ESPAT:PSAP ($p = 0.012$). Los valores de proteína C reactiva se correlacionaban directamente con los valores de PASP ($r = 0.405$, $p = 0.017$) e inversamente con los de ESPAT ($r = -0.311$, $p = 0.041$) y los del cociente ESPAT:PSAP ($r = -0.392$, $p = 0.015$). Estos tres parámetros ecocardiográficos no se correlacionaban con otros parámetros antropométricos, hemodinámicos o bioquímicos.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren que existe un marcado desacoplamiento VD-AP en los pacientes en HD con remodelado severo del VD. Se requieren estudios adicionales para confirmar estas observaciones, así como el posible papel que juega la inflamación sistémica en el remodelado VD y el desacoplamiento VD-PA en los pacientes en HD.

127 COMPLICACIONES TRAS BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER TUNELIZADO. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 14 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

M. ALMENARA TEJEDERAS¹, J. BURGOS MARTÍN¹, SV. POL HERES¹, MA. RODRÍGUEZ PEREZ¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: Las complicaciones más frecuentemente asociadas a bacteriemia relacionada con catéter tunelizado (BRC) son endocarditis, osteomielitis y tromboflebitis. Su aparición obliga a la retirada inmediata del catéter, con el consiguiente aumento de morbimortalidad para el paciente en hemodiálisis

Material y método: Estudio retrospectivo que incluye los catéteres tunelizados (CT) implantados de 2005 a 2019 en nuestro centro. Recogemos variables clínicas, demográficas, características del catéter y episodio de BRC, incluyendo complicaciones asociadas. El seguimiento clínico se realiza desde la colocación del CT hasta el exitus o finalización del estudio (31 de marzo, 2020). La mediana de seguimiento ha sido 690 días (308-1360)

Resultados: Se han implantado un total de 412 CT. La edad media de los sujetos incluidos en el estudio fue 67 años (55-75). Entre las características clínicas destaca 90% hipertensión arterial, 15% hipotiroidismo y 45% diabetes mellitus, siendo la nefropatía diabética la etiología más frecuente (23,1%). Las principales indicaciones de implantación de CT fueron agotamiento acceso vascular (29%), disfunción de fístula arteriovenosa (20%) y ausencia de acceso vascular interno (19%). El lugar de inserción más utilizado fue yugular derecha (335 CT), seguido de subclavia izquierda (45 CT), subclavia derecha (25 CT) y femoral derecha (4 CT). Durante el periodo de seguimiento, se han detectado 95 BRC (43 por S. epidermidis, 26 por S. aureus) en 62 pacientes, lo que supone una tasa de BRC de 0,42 por cada 1000 días de CT. La mediana tiempo hasta la primera BRC es 435 días (120-716). Se han objetivado 9 complicaciones (9,5%): 4 endocarditis debidas a S. epidermidis (3) y Streptococcus bovis (1); 2 osteomielitis por S. aureus (1) y Pseudomona aeruginosa (1); 1 espondilodiscitis; 1 tromboflebitis por S. epidermidis. Un paciente presentó émbolos sépticos pulmonares tras BCR por S. aureus. La media de aparición de la complicación es 33 días (5-61) tras la BCR. Han fallecido 8 pacientes (5,5% del total) por BCR, dos de ellos tras endocarditis, debido a S. aureus (4), S. epidermidis (3) y Streptococcus bovis (1). El tiempo desde la BRC hasta el exitus ha sido 6 días (2-9). La supervivencia del CT y del paciente es menor al presentar complicaciones: 577 (82.415) y 873 (574-1171) días, versus 778 (54-671) y 1373 (1042-1703) en aquellos que no se objetivaron ($p < 0,05$).

Conclusiones: Las complicaciones ocurren en un 9,5% en nuestra serie, cifra inferior a la publicada en estudios previos, siendo la endocarditis la más frecuente. El principal microorganismo aislado ha sido S. epidermidis tanto de forma global como en los pacientes con complicaciones secundarias a BRC, aunque S. aureus ha supuesto mayor mortalidad, aislándose en el 50% de los exitus.

128 VARIACIONES EN EL VOLUMEN SANGUÍNEO ABSOLUTO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA AL MODIFICAR LA TEMPERATURA DEL BAÑO

M. ÁLVAREZ NADAL¹, I. MARTÍN CAPON¹, ER. VIERA RAMIREZ¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL (MADRID)

Introducción: La hipotensión intradialítica es la complicación más frecuente en una sesión habitual de hemodiálisis (HD), producida por un desequilibrio entre el relleno vascular y la ultrafiltración. Recientes estudios proponen un nuevo método, sencillo y no invasivo, que permite determinar el volumen sanguíneo absoluto (VSA) en cualquier momento de la sesión de HD y estimar el relleno vascular que se produce durante la misma. El objetivo de este trabajo es analizar si modificaciones en la temperatura del baño de diálisis se relacionan con variaciones en el VSA.

Material y métodos: El estudio ha sido llevado a cabo en 50 pacientes prevalentes en HD. Durante dos sesiones diferentes se fijó la temperatura del baño a 35.5°C (baja temperatura) y 36.5°C (neutra), respectivamente. Se calculó el VSA al inicio y al final de ambos tratamientos, así como el volumen de relleno vascular, utilizando la metodología propuesta por Kron et al. Se registró la incidencia de eventos intradialíticos (EID), entendidos como una caída en la tensión arterial sistólica (TAS) superior a 20 mmHg, acompañados o no por sintomatología (mareo, síncope, náuseas, vómitos, calambres).

Resultados: Se analizaron 100 sesiones de diálisis, durante las cuales se registraron 39 EID: 14 tuvieron lugar en sesiones con baño a baja temperatura y 25 tuvieron lugar en tratamientos con temperatura neutra. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en VSA ni en volumen de relleno vascular entre ambas temperaturas. Cuando se analizaron los pacientes que habían presentado algún EID (en cualquiera de las dos sesiones), se observó una caída del VSA menor en aquellos tratamientos realizados a 35.5°C (0.57 L) con respecto aquellos realizados con temperatura de baño neutra (0.71 L). Las diálisis realizadas con baño a baja temperatura tienden a presentar una mayor fracción de relleno vascular.

Conclusiones: La HD con baño a baja temperatura se relaciona con una menor variación del VSA y una mayor fracción de relleno vascular, lo que podría explicar una mejor tolerancia hemodinámica de las sesiones de diálisis.

129 DIÁLISIS SIN CALCETINES: DETECCIÓN DE ÚLCERAS Y AMPUTACIONES EN HEMODIÁLISIS

R. ZAMORA GONZÁLEZ-MARIÑO¹, R. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ¹, C. LEDESMA TORRE¹, L. RODRÍGUEZ-OSORIO JIMENEZ¹, A. DE SANTOS WILHELM¹, G. FERNÁNDEZ MARTÍN FORERO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (MADRID); ²CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (MADRID)

Introducción: Los pacientes en diálisis tienen un riesgo muy alto de isquemia en miembros inferiores y úlceras en pies (14,4%) que muy frecuentemente preceden a complicaciones severas, incluyendo amputaciones (5,9%), hospitalizaciones y mortalidad. La isquemia crítica en dicha localización supone un 20% de las causas de muerte anual en hemodiálisis, produce dolor de difícil control y reduce enormemente la calidad de vida.

El objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia y factores asociados con amputaciones en pacientes en hemodiálisis, valorar la evolución tras la amputación.

Material y métodos: Realización de una encuesta por correo electrónico enviada por la SEN y SOMANE. Estudio retrospectivo transversal, multicéntrico. Enero-Febrero 2020

La encuesta enviada a todas las unidades de hemodiálisis a nivel nacional. Contestada por 47 Centros. Criterios de exclusión fueron las amputaciones traumáticas u oncológicas

Resultados:

El 50% de las unidades tienen más de 70 pacientes. Un 40% son diabéticos.

Un 5% de los dializados presentan úlceras.

El 70% de los centros contestan que un 5% presentan amputaciones menores y otro 5% amputaciones mayores. El 63% de los centros contesta que un 5% de los pacientes presentan más de una amputación

Los factores de riesgo asociados a esas amputaciones fueron edad mayor de 60 años, el sexo masculino, la diabetes, tabaquismo activo, hiperfosfatemia, desnutrición y cardiopatía isquémica.

Menos del 10% de los pacientes con amputaciones se han protetizado La mortalidad anual en pacientes con isquemia crónica es de un 20%.

La mayoría de las unidades utiliza alguna (aunque no todas) medidas diagnósticas de despistaje de úlceras y/o isquemia crónica de miembros inferiores

Conclusiones: La mayoría de las unidades de diálisis tienen pacientes con úlceras en miembros inferiores que preceden a amputaciones, mortalidad y dependencia Tener pacientes amputados en la Unidad conlleva reorganización del trabajo y un esfuerzo de recursos humanos y materiales.

Además de tratar los factores de riesgo modificables, es necesario implementar protocolos de detección y prevención de úlceras y problemas isquémicos en pacientes en diálisis.