

196.18

Incidencia de síndrome de vena cava superior en el mayor centro de hemodiálisis de la provincia de Granada en un año



Ana Isabel Morales García^{a,*},
Fermín Garrido Pareja^b, María Peña Ortega^a,
María José Torres Sánchez^a,
Gaspar Balaguer Alberti^a

^a Centro de Hemodiálisis Nevada, Granada, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico, Granada, España

E-mail: amoralesg@senefro.org (A.I. Morales García).

El síndrome de vena cava superior fue descrito en 1757 por Willian Hunter. La principal causa en hemodiálisis son los catéteres centrales. La principal forma de prevenirlo es evitar colocarlos, sobre todo en la subclavia.

El catéter provoca daño mecánico de la íntima del vaso y, en un segundo tiempo, aumenta la capa de células musculares lisas que favorece la formación de trombos. La presentación clínica más común es el edema homolateral a la estenosis.

Presentamos la incidencia de este síndrome en nuestro centro en el último año, su forma de presentación y su abordaje terapéutico.

En nuestro centro, el síndrome de vena cava superior clínicamente manifestado tuvo una incidencia del 6,15% (8 pacientes) del total de los pacientes en un año. Tres presentaron edema facial, 3 edema en miembro homolateral a estenosis/trombosis venosa, uno HDA secundaria a varices esofágicas y uno fue asintomático. Otros 4 tuvieron estenosis en la cava, uno estenosis en el tronco innominado derecho, 2 trombosis en la cava y uno trombosis del tronco innominado derecho. Seis eran portadores de CVC permanente cuando se presentó el cuadro. De los portadores de CVC: uno se negó a FAV, 2 no quisieron arreglar la FAV disfuncionante que portaban y uno no tenía posibilidad de otro acceso vascular. El principal tratamiento fue angioplastia: se realizaron 5 angioplastias y una precisó stent; en un caso no fue efectiva y en otro, parcialmente. En el resto de casos se optó por tratamiento médico. Un paciente ha precisado 3 angioplastias en los últimos 5 años.

Aún son muchos los pacientes que inician HD sin FAV funcionante. Con esta revisión queremos volver a poner de manifiesto la importancia de evitar los catéteres centrales en nuestros pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.020>

196.19

Infección de catéteres venosos centrales para hemodiálisis



Jesús Pedro Marín Álvarez

Sección de Nefrología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

E-mail: jesusmarin@hotmail.com.

Introducción: Las infecciones de los catéteres venosos centrales (CVC) son frecuentes, y suponen una importante

causa de mortalidad en hemodiálisis. Nuestro objetivo es comparar la evolución de 2 grupos de pacientes ingresados por infección de CVC según la necesidad de retirarlo.

Resultados: Estudio retrospectivo descriptivo. Analizamos pacientes ingresados en nuestra sección por infección de CVC en el periodo 2009-2013. Describimos edad, sexo, etiología de ERC, tipo de acceso (transitorio o permanente), localización (yugular/femoral), estancia hospitalaria y mortalidad.

Un total de 50 pacientes ingresaron con infección de CVC (57 episodios), con una estancia media de 7 ± 3 días. De ellos 31 (62%) eran mujeres. Edad media de 67 ± 6 años. La etiología más frecuente fue nefropatía diabética (38%). La mortalidad fue del 2%; fue mayor en los portadores de catéteres transitorios ($p < 0,001$). El catéter fue retirado en 23 casos (46%). El germen más frecuente fue *S. aureus* (42%), seguido de cultivo negativo (36%) y *S. epidermidis* (10%). El porcentaje transitorios/permanentes fue 56/44%. En cuanto a la localización 34 (68%) estaban en vena yugular y 16 (32%) en femoral. Como antibióticos se utilizaron vancomicina + gentamicina en 31 pacientes (62%), vancomicina en monoterapia en 8 (16%) y vancomicina + meropenem en 2 pacientes (4%). Los catéteres permanentes tuvieron una supervivencia de $175,3 \pm 273,3$ días frente a $68,6 \pm 110,3$ de los transitorios ($p: 0,082$). Los pacientes con necesidad de retirada del CVC tuvieron más episodios previos de infección ($1,3 \pm 0,6$) frente a uno ($p: 0,021$) y necesitaron ingresos más prolongados ($9,3 \pm 6,8$ días) frente a $4,9 \pm 14,4$ ($p: 0,006$).

Conclusiones: Los CVC transitorios presentan complicaciones infecciosas más precoces y con mayor mortalidad en pacientes en hemodiálisis. Un recambio por CVC permanentes se ha de hacer precozmente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.021>

196.20

¿Influye el monitor en el volumen de infusión de la hemodiafiltración online?



Miguel Ángel Bayo, Rosa María Ruiz-Calero*,
Edgar Chavez, Boris Gonzales, Lilia M. Azevedo,
Sergio Barroso, M. Victoria Martín,
Juan José Cubero, Emilio Sanchez-Casado

Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

E-mail: rosruizca@yahoo.com (R.M. Ruiz-Calero).

Introducción y objetivo: Recientes estudios muestran asociación entre mortalidad y volumen convectivo total (VCT) en la HDF *online-post*. El sistema Ultracontrol (Evosys-UC) de Gambro o el sistema de autosustitución de la 5008 CorDiax de Fresenius (5008-C) incorporan avances tecnológicos que intentan maximizar el volumen de infusión (VI). El objetivo del presente trabajo es comparar en un grupo de pacientes que realiza habitualmente HDF *online-post* el VI conseguido con ambos monitores y con 2 filtros diferentes, manteniendo constantes el resto de parámetros de la diálisis.

Material y método: Hemos realizado a 11 pacientes 6 sesiones con monitor 5008-C y 6 sesiones con Evosys UC, utilizando 2 filtros diferentes Fx-80 y Evodial 2,2 a lo largo

de 4 semanas consecutivas. Se ha mantenido constante el tiempo de 4 h, Qb 350-400 ml/m y Qd 500 ml/m. Un total de 6 pacientes tenían FAV y 5 catéter.

Los parámetros de diálisis recogidos en cada sesión han sido: VI, peso, Kt medido por dialisancia iónica, PA, PV y PTM inicial y final, TAS y TAD horaria, ultrafiltración total, volumen de sangre tratada, número de alarmas del monitor y tolerancia por parte del paciente. Analíticamente se determinó cada semana hematocrito, proteínas totales y albúmina.

Resultados: Analizamos 128 sesiones, 63 con 5008-C y 62 con Evosys- UC. El VI medio fue de 24,18 L, $22,99 \pm 3,21$ con 5008-COR frente a $25,34 \pm 3,33$ con Evosys-UC. En el análisis multivariante, ajustando todas las demás variables, cambiar del monitor 5008-Cordiax al monitor Evosys-UC supone un aumento de 1,64 L (0,90-2,38 l) en el VI, $p < 0,001$. El filtro, el volumen de sangre tratada y las proteínas totales son otros de los factores influyentes de forma significativa.

Conclusiones: En pacientes que no consiguen un VI óptimo con 5008-C, una opción puede ser cambiar al sistema Ultracontrol de Gambro ya que otros factores pueden no ser modificables.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.022>

196.21

La vacuna frente al virus de la hepatitis B: ¿cuál es la mejor pauta en los pacientes en hemodiálisis?



María José Torres-Sánchez^{a,*}, María Peña-Ortega^a,
María Ramírez-Gómez^a, Almudena Pérez-Marfil^a,
Ana Morales-García^b, Gaspar Balaguer-Alberti^b,
Antonio Osuna-Ortega^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Nefrología, Hospitales San Cecilio y Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Centro de Hemodiálisis Nevada, Granada, España
E-mail: mjtosan@gmail.com (M.J. Torres-Sánchez).

Introducción: La vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) es más efectiva en prediálisis ya que la inmunodeficiencia que conlleva la propia enfermedad renal limita su respuesta. En ocasiones el paciente llega a diálisis de forma no programada y no realiza vacunación completa en prediálisis. Pretendemos determinar el grado de respuesta a inmunización frente a VHB con diferentes esquemas en diálisis.

Pacientes y método: Estudiamos a 30 pacientes en hemodiálisis, administrando 2 esquemas de vacunación frente a VHB con vacuna Engerix-B 40 mcg/ml de dosis. Un grupo realiza el esquema de 3 dosis (0, 1, 6 meses) (pauta 3) y otro de 4 dosis (0, 1, 2, 6 meses) (pauta 4).

Resultados: El 63,3% son varones, con edad media de $63,4 \pm 13,75$ años; el tiempo en diálisis hasta iniciar la vacunación es de $17,5 \pm 21,89$ meses. La etiología más frecuente de enfermedad renal es nefroangiosclerosis con un 26,7%. El 56,7% hizo pauta 3 con respuesta del 26,7% y el 43,3% hizo pauta 4 con 23,3% de respuesta, sin diferencias significativas entre ambas ($p = 0,6$). La tasa de ACHBs posvacunacional fue de $287,4 \pm 329,64$ mUI/ml con pauta 3 y de $717,9 \pm 415,49$ mUI/ml con pauta 4. Esta última fue significativamente mayor ($p < 0,05$), así como

las tasas mantenidas al año ($60,9 \pm 81,03$ mUI/ml pauta 3 y $404,5 \pm 376,65$ mUI/ml pauta 4). A los 2 años las tasas de anticuerpos no son significativamente diferentes entre ambas pautas. En el resto de análisis estadístico, no hubo diferencias. La vacunación realizada en pacientes con más tiempo en diálisis tuvo mayor respuesta con pauta 4 (50 vs. 85,7%; $p < 0,05$) aunque con respecto a los niveles de anticuerpos no hubo diferencias entre los que respondieron con cada pauta.

Conclusiones: No existen diferencias en la respuesta inmunológica a vacunación frente a VHB en hemodiálisis entre esquemas de 3 y 4 dosis.

Hay mayor respuesta con el esquema de 4 dosis en la vacunación en pacientes con mayor tiempo en diálisis.

Para una mejor gestión de recursos, es conveniente realizar la inmunoprofilaxis con el esquema de 3 dosis en pacientes incidentes en hemodiálisis que no han sido vacunados anteriormente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.023>

196.22

Mejoría espontánea de estenosis de arteria renal en paciente trasplantada renal



Beatriz Fernandez*, Susana Valenciano,
Anthoanet Palacios, Sofía Palomo,
Guadalupe Rodriguez, Ana Valencia,
Raquel Gordillo, Carmen Aller, Alicia Mendiluce

Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

E-mail: beafdezcarbajo@hotmail.com (B. Fernandez).

Introducción: La estenosis de arteria renal es una causa frecuente de disfunción del injerto que se estima que afecta a un 10% de los pacientes (2-38%). Clínicamente se manifiesta con hipertensión arterial y deterioro de la función renal. Se diagnostica mediante ecodoppler por velocidad > 2 m/s.

Ocasionalmente se debe a asas vasculares por tortuosidad de la arteria renal que se consideran normales mientras no causen alteración hemodinámica, o a pliegues vasculares por un asa vascular que se estrecha con los movimientos del paciente.

Presentamos el caso de una mujer trasplantada con clínica de estenosis de arteria renal del injerto, con mejoría espontánea.

Caso clínico: Mujer de 63 años con glomerulonefritis mesangiocapilar tipo I. Recibe 2.º trasplante renal de cadáver en julio de 2014, con mejoría de la función renal hasta creatinina de 2 mg/dl. El 7 de enero de 2015 empeora la creatinina hasta 2,6 mg/dl. En ecodoppler aparece estenosis de arteria renal a 1,2 cm de la anastomosis (velocidades de 500 cm/s). En arteriografía renal se objetiva acodamiento en arteria renal de 90° sin objetivarse lesiones estenóticas. Se pospone la realización de angioplastia/stent por mejoría espontánea de la función renal (creatinina de 1,7 mg/dl). Se sospecha la probable existencia de pliegue de asa de arteria renal que ocasiona un diferente grado de estenosis según la posición del paciente.

Conclusiones: La importancia de las asas vasculares es su diagnóstico diferencial con el pliegue vascular por su