

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<sup>a,\*</sup>,  
Fermín Garrido Pareja<sup>b</sup>, María Peña Ortega<sup>a</sup>,  
María José Torres Sánchez<sup>a</sup>,  
Gaspar Balaguer Alberti<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Hemodiálisis Nevada, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico, Granada, España

E-mail: [amoralesg@senefro.org](mailto: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](mailto: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  $7 \pm 3$  días. De ellos 31 (62%) eran mujeres. Edad media de  $67 \pm 6$  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](mailto: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 (EvosysUC) 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