

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 90º 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

diferente pronóstico y manejo. Las opciones terapéuticas comprenden el tratamiento médico y la vigilancia de la función renal. Se hace un tratamiento intervencionista cuando la estenosis es mayor de un 70% o existe deterioro progresivo de la función renal.

En nuestro caso decidimos, junto al Servicio de Radiología Intervencionista, continuar con control de la función renal y la realización de angioplastia o stent si empeorase dicha función renal.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.024>

196.23

Metodología de la página web científica
www.sedyt.org



Julen Ocharan-Corcuera*, Javier Fuertes,
María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong,
Jordi Bover, Junta Directiva de SEDYT

*Sociedad Española de Diálisis y Trasplante (SEDYT),
Vitoria-Gasteiz, Álava, España*
E-mail: JOSEJULIAN.OCHARANCORCUERA@osakidetza.net
(J. Ocharan-Corcuera).

La Sociedad Española de Diálisis y Trasplante (SEDYT) es una asociación científica que engloba a los especialistas que se ocupan de las enfermedades del riñón y sus terapias. Fundada en febrero del 1977, congrega a los médicos nefrólogos e interesados en el estudio y la atención del paciente en su enfermedad renal con diálisis o trasplante. Sus fines son estimular y divulgar la investigación en los campos de la enfermedad renal crónica, la diálisis y sus diferentes modalidades, la nefrología, la aféresis y el trasplante renal, así como otras materias afines. Su independencia de intereses sectoriales y coyunturales la ha convertido en una entidad asesora en organizaciones de la comunidad.

Los profesionales que la integran aportan su esfuerzo solidario en pos de los objetivos de la sociedad ligada a la causa de la enfermedad renal. La SEDYT, a través de su cooperación con otros organismos internacionales y su integración en la EDTA-ERA, participa del movimiento renal europeo. La Sociedad cuenta con el invaluable apoyo de la Fundación Española de Diálisis (FED) para el desarrollo de sus actividades. La web de la SEDYT pretende favorecer la información, comunicación y cooperación entre sus asociados y de estos con el resto del mundo científico.

La clasificación de los apartados de la web son: Inicio (Novedades, TV Sedyt, Formación: Casos clínicos, Hazte socio, Beneficios, Centro de diálisis, Calculadores); SEDYT (Carta del presidente, Junta directiva, Hazte socio, Estatutos, Secretaría, FED); Revista (desde 1979 hasta 2013); Becas-premios (Premios Cartagena 2014); Congresos SEDYT (Próximo congreso, Anteriores); Guías clínicas; University (Novedades bibliográficas, Formación: Casos clínicos, Cursos); Bolsas de empleo; Centro de diálisis; TV Sedyt; Enlaces; Noticias; Contacto. Destacamos la inclusión de los vídeos de formación dentro del formato TV Sedyt.

Concluimos, nuestra web está en continua actualización y renovación con las nuevas aportaciones que facilitan y fomentan el contacto, intercambio científico y el trabajo entre todos los profesionales. Sé bienvenido a nuestra página

en donde te recibimos con satisfacción y con la esperanza de poder construir contigo más que un equipo. Esperamos que tus sugerencias y aportaciones hagan esta nueva página web más activa y útil para todos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.025>

196.24

Puesta en marcha de un programa de dispensación a domicilio de agente estimulante de la eritropoyesis en pacientes en consulta prediálisis



Antonio Gascón^{a,*}, Irene Valle^b,
José Carlos de la Flor^a, Franz Fernandez^a,
Jorge Ruiz^a

^a *Servicio de Nefrología, Hospital Obispo Polanco, Huesca, España*

^b *Servicio de Farmacia, Hospital Obispo Polanco, Huesca, España*

E-mail: agasconm@salud.aragon.es (A. Gascón).

Los pacientes con insuficiencia renal crónica, atendidos en consulta prediálisis, precisan iniciar tratamiento con agentes estimuladores eritropoyéticos cuando se detecta anemia. Estos pacientes deben acudir todos los meses a la farmacia del hospital para recoger las dosis correspondientes a un mes de tratamiento. Esta circunstancia les condiciona la necesidad de desplazamientos todos los meses, y durante años, desde sus localidades de residencia hasta el centro hospitalario. En los últimos años se habían recibido quejas en la consulta de prediálisis por parte de los enfermos y de sus familiares por esta restricción en la dispensación de la farmacia hospitalaria. El laboratorio Amgen, ante nuestro requerimiento, ha ofrecido el servicio *home delivery* de dispensación a domicilio de su agente estimulante eritropoyético darbepoetina alfa. La puesta en marcha del programa *home delivery* ha requerido la colaboración estrecha entre los Servicios de Nefrología y Farmacia de nuestro hospital. La realización del servicio de *home delivery* se realiza por un proveedor logístico designado por Amgen y por el hospital. La empresa de transporte recibe las instrucciones de entrega del hospital, prepara las expediciones y se encarga de su entrega al paciente designado por el hospital. No realiza entrega alguna del producto que no venga expresamente solicitada por escrito por el hospital. Amgen se hace cargo de los costos de transporte al domicilio del paciente. Los pacientes deben firmar un consentimiento informado para su participación en el programa de dispensación a domicilio. El programa se puso en marcha en el mes de septiembre de 2014 y en los 3 primeros meses se han incluido 20 pacientes. No se han originado problemas logísticos y los pacientes han mejorado su atención al no tener que desplazarse todos los meses al hospital. El programa *home delivery* debe ser conocido por otros centros hospitalarios para su puesta en marcha.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.026>