

la ecografía es una buena medida para confirmar el diagnóstico y evolución del AV, desde su creación hasta su utilización y posteriormente durante la vida de la FAVI.

En el momento de la punción, la ecografía nos ayuda por ser una técnica de imagen inmediata, no invasiva y con resultados fiables. La complicación es bastante frecuente: la FAVI puede ser dificultosa, por escasa maduración, escaso desarrollo, estenosis en la vena yuxtaanastomótica y por la existencia de venas accesorias, colaterales no puncionables, o por hematomas previos de anteriores punciones. Incluso puede no saberse la dirección de la canulación. La ecografía es una prueba que nos permite hacer diferenciación entre FAVI, partes blandas, estenosis, hematomas extraluminales, trombos intraluminales, abscesos, aneurismas, pseudoaneurismas, edemas. La ecografía es el único método diagnóstico que aporta información anatómica y hemodinámica al mismo tiempo. Permite medir el flujo del AV. El examen del AV se puede realizar con el transductor tanto en el plano longitudinal como en el plano transversal así como realizar el estudio con o sin color.

Concluimos que la ecografía es una herramienta muy importante para el personal de enfermería, previamente entrenado para su utilización, porque nos permite valorar la FAVI en cada momento, tanto en la observación como en la punción; porque es un procedimiento no invasivo; por proporcionarnos información con relación a la permeabilidad arterial y venosa, así como del sentido del flujo, de la profundidad existente entre la superficie de la piel y la pared del vaso, del diámetro del vaso (medido de íntima a íntima) y de proporcionar la posibilidad de hacer la punción dirigida.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.029>

196.28

¿Cómo inician hemodiálisis los pacientes en nuestro hospital?



L.M. Azevedo, R.M. Ruiz-Calero, E. Chavez, B. Gonzales, M.A. Bayo, S. Barroso, M.V. Martín, J.J. Cubero, E. Sanchez-Casado*

Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

E-mail: esanchezcasado@gmail.com (E. Sanchez-Casado).

Introducción y objetivo: El inicio programado de hemodiálisis (HD) debe ser un objetivo prioritario en la atención de la ERC. El inicio no programado o subóptimo se produce en enfermos hospitalizados y sin un acceso definitivo y se relaciona con mayor morbimortalidad y coste. Las causas pueden ser la falta de seguimiento por Nefrología, el retraso en la realización del acceso vascular (AV) y la disminución inesperada de la función renal en ERC. Nuestro objetivo es revisar las características asociadas al inicio de HD en pacientes incidentes durante 2014 en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes registrados en Nefrosoft. Se analizan datos epidemiológicos, analíticos, AV, índice de comorbilidad de Charlson (IC) y composición corporal según BIVA de incidentes en 2014.

Resultados: Un total de 68 pacientes iniciaron HD con edad media de 63,4 años e IC de $7,18 \pm 2,8$, de los cuales un 66,2% eran varones. Las etiologías más frecuentes

fueron la no filiada (25%), la nefropatía diabética (19,1%) y la vascular (16,2%). El AV al inicio de HD fue catéter en 66,2% y FAV en 43,8%. Un total de 29 pacientes (42,6%) iniciaron la HD de forma ambulatoria y 39 mediante ingreso hospitalario (57,4%). De los pacientes ingresados, solo 6 no habían tenido nunca seguimiento nefrológico. Los pacientes ingresados frente a los de inicio ambulatorio presentaban tanto por analítica como por BIVA mayor desnutrición e inflamación (ángulo de fase, intercambio Na/K, albúmina y PCR) así como un peor control del metabolismo mineral (Ca y P), sin diferencias significativas en edad, IC, Hg, K, PTH, ferritina y MDRD. El inicio ingresado se asoció a mayor necesidad de catéter 79,5% (mayoría transitorios) versus 48,3% en inicio ambulatorio (casi la mitad tunelizados). El 50% de los pacientes seguidos en ERCA inició la HD de forma ambulatoria, pero de los seguidos en Tx solo el 25%.

Conclusiones: En nuestro hospital el inicio de HD más frecuente es durante un ingreso hospitalario y mediante catéter transitorio, asociado a un peor estado de nutrición-inflamación y del metabolismo mineral. Aunque la mayoría han tenido algún seguimiento por nefrólogo, no disponen de AV definitivo bien por retraso en la realización o por agravamiento inesperado de ERC, cuestiones que debemos investigar y tratar de mejorar.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.030>

196.29

Bioimpedancia pretrasplante en resultados de trasplante renal a corto plazo



Miguel Ángel Bayo, Boris Gonzales, Guadalupe Sanchez Pino, Carmen Garcia, Rosa Ruiz Calero, Francisco Caravaca, Enrique Luna, Emilio Sánchez Casado*

Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

E-mail: esanchezcasado@gmail.com (E. Sánchez Casado).

La bioimpedancia ha supuesto un avance en la valoración del estado nutricional y de hidratación de pacientes en diálisis y ERCA. Parámetros como el ángulo de fase o la sobrehidratación se han implicado como marcadores de riesgo de mortalidad. Existen escasas evidencias del uso de la bioimpedancia peritrasplante, algunas de las cuales han relacionado la determinación del estado de hidratación pretrasplante con el desarrollo de función retrasada del injerto (FRI).

Objetivo: Valorar si el uso de parámetros de bioimpedancia monofrecuencia vectorial (BIVA) pretrasplante puede predecir en desarrollo de FRI, trombosis de injerto o supervivencia del paciente/injerto.

Material y métodos: Estudio prospectivo con 125 pacientes entre junio de 2010 y enero de 2015 con realización de BIVA una hora antes del trasplante, mediciones de parámetros como ángulo de fase, cociente agua extracelular/agua corporal total (ECW/TCW), cociente ECW/ICW, estimación de estado de hidratación basado en la situación del vector por encima o por debajo de la elipse de tolerancia al 75% (VEC). Se definió FRI como necesidad de diálisis durante la primera semana postrasplante.