

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.

Resultados: No hubo asociación entre ECW/TCW, ECW/ICW, VEC y el desarrollo de FRI, ni siquiera tras ajustes para otras covariables mediante regresión logística. Los pacientes con VEC pretrasplante de sobrehidratación sí tuvieron un mayor asociación a FRI, aunque quizás esto expresa la posible necesidad de diálisis peritrasplante debido a su sobrehidratación previa. Hallazgos similares se obtuvieron con la trombosis precoz del injerto. El ángulo de fase y VEC no se relacionaron con peor función renal, hgb o albuminemia en 1.º y 3.º mes postrasplante. ECW/TBW y ECW/ICW se asociaron a cifras tensionales más elevadas al 1.º, 3.º y 6.º mes. No hubo relación de mortalidad ni supervivencia del injerto con el ángulo de fase o los parámetros de hidratación.

Conclusiones: No se ha establecido una relación entre parámetros de BIVA pretrasplante y resultados postrasplante.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.031>

196.30

Estudio prospectivo controlado aleatorizado sobre el uso precoz de espironolactona o losartán en la regresión de la HVI postrasplante renal



Enrique Luna^a, Eugenia Fuentes^b, Victoria Millán^b, Francisco Caravaca^a, Javier Saenz-de-Santamaría^c, M. Luisa Vargas^d, Miguel Ángel Bayo^a, Boris Gonzales^a, Guadalupe Sanchez-Pino^a, Emilio Sánchez-Casado^{a,*}

^a Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^d Servicio de Inmunología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

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

La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es una afección prevalente en diálisis. Existen evidencias contradictorias sobre la remisión de HVI tras el trasplante que influyen en la morbilidad cardiovascular y muerte súbita postrasplante. Los trasplantados tienen un incremento de actividad del eje RAA y TGF beta 1 que podría evitar la remisión de HVI en el postrasplante. El uso precoz de espironolactona o losartán podría favorecer una paulatina remisión de la misma.

Material y métodos: Estudio controlado con 44 pacientes (11 por rama) sobre el efecto de espironolactona, losartán o la combinación en un uso antes de los 2 primeros meses sobre la remisión de HVI. Seguimiento de 2 años con ecocardiografía inicial, al año y a los 2 años tras la intervención. Medición de niveles TGF beta 1.

Resultados: No hubo diferencias en variables demográficas, parámetros ecocardiográficos función renal ni tensión arterial en los 4 grupos previamente a la intervención. Al 1.º año se encontraron diferencias en el volumen de la aurícula izquierda (VAI) y en el índice de masa ventricular izquierda (IMVI) siendo estas diferencias mayores en el grupo de espironolactona. Al 2.º año se objetivaron cambios en el grosor

de pared posterior (8,6 vs. 11,5 mm; $p=0,001$), tabique interventricular (9,8 vs. 12,7 mm; $p=0,001$), VAI ajustada a superficie corporal (22,5 vs. 32,5 ml/m²; $p=0,017$), masa ventricular izquierda ajustada a superficie corporal (73 vs. 102 g/m²; $p=0,001$), IMVI (36 vs. 48,5; $p=0,001$), en el grupo de espironolactona respecto al grupo control, pero no en contrastes de los otros grupos. Estos cambios fueron independientes de los niveles de TGF beta 1. Existe correlación estrecha de la dosis de espironolactona con espesores ventriculares, IMVI y VAI. El uso de espironolactona no se relacionó con hipercaliemia tóxica.

Conclusiones: El uso de espironolactona se asocia a remisión de HVI postrasplante y VAI de forma independiente del control tensional, función renal y niveles TGF beta 1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.032>

196.31

Screening cardiovascular pretrasplante y riesgo cardiovascular postrasplante



Boris Gonzales^a, Miguel Ángel Bayo^a, Carmen García^a, Laura García Serrano^b, Sara Sánchez Giralt^b, Juan Manuel Nogales^b, Sergio Barroso^a, Enrique Luna^a, Emilio Sánchez Casado^{a,*}

^a Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

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

La enfermedad renal crónica es un FRCV reconocido. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en los pacientes con enfermedad renal crónica en fase terminal (30-40%). Hasta el 80% de los pacientes en lista de espera están asintomáticos desde el punto de vista cardiovascular, siendo una afección característicamente silente desde el punto de vista clínico en estos. La ECV es la causa principal de muerte en el primer año postrasplante. En pacientes de alto riesgo la mortalidad cardiovascular postrasplante es elevada.

Objetivo: Analizar el perfil de riesgo, así como el estudio cardiovascular pretrasplante renal y su relación con la incidencia de eventos cardiovasculares postrasplante en nuestra comunidad.

Material y métodos: Pacientes trasplantados en Extremadura entre 2000 y 2010 (n=457). Se analizó el perfil de riesgo cardiovascular, así como el *screening* cardiológico pretrasplante y la relación con los eventos cardiovasculares tempranos y tardíos.

Resultados: Los factores más relacionados con los eventos cardíacos peritrasplante fueron la edad (OR 1,1/año) y la ECV pretrasplante (OR 4). Los eventos postrasplante tardíos (después de una semana) ocurrieron fundamentalmente en la población de alto riesgo cardiovascular, con una supervivencia libre de muerte cardiovascular menor (log rank $p=0,001$) al igual que en el caso de evento combinado (muerte + evento isquémico log rank $p=0,001$). Variables predictoras independientes de evento CB en el subgrupo de alto riesgo fueron: enfermedad CV previa OR=3,2; edad (años) OR=1,04; DM OR=2; tiempo en diálisis (años)