

## Encuesta de satisfacción de pacientes en diálisis. Experiencia inicial<sup>☆</sup>

### Satisfaction survey in patients under dialysis. Initial experience

### Dialisian dauden gaixoentzako gogobetetze inkesta. Hasierako esperientzia

*Sr. Director:*

Las encuestas de satisfacción se utilizan en sanidad, fundamentalmente en unidades en los que el enfermo ha sido dado de alta tras curación o mejoría. En diálisis crónicas es menos habitual y carecemos de referencias de resultados. Los escasos ejemplos previos se limitan a unidades de hemodiálisis (HD) extrahospitalarias y no incluyen pacientes en diálisis peritoneal (DP).

Presentamos nuestra encuesta inicial y sus resultados, como punto de partida para la confección de un instrumento de mejora perfeccionado.

<sup>☆</sup>Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

Resultados: respondió un 62% sin diferencias entre HD y DP. Destacamos las valoraciones positivas en accesibilidad (91%), que baja al 78% en la demora para la diálisis, sin diferenciar la debida a un retraso de la diálisis o a un adelanto del transporte.

La valoración del trato fue del 100% en amabilidad y respeto, tanto médico como de enfermería. Descendió al 84% en intimidad. En confort, se superan los objetivos con un 95% en estructura y un 94% en limpieza, áreas de las que nos sentimos muy orgullosos.

La calidad técnica se valora positivamente con un 100% en conocimientos y competencia, tanto de las enfermeras como de las auxiliares, y con un 94% en los medios materiales.

En información médica se obtienen valores inferiores a los obtenidos en las unidades de hospitalización. El 65,6% de los pacientes de diálisis creen que todos sus problemas médicos deben ser atendidos por el nefrólogo. La valoración general fue positiva en el 100% y excelente en el 82%

Miguel Pinedo\*, O. González, I. Ugarte e I. Moina

*Unidad de Diálisis, Hospital de Basurto, Bilbao, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* MIGUELANGEL.PINEDOLABARRIA@osakidetza.net (M. Pinedo).

## Tratamiento de la calcifilaxia: a propósito de un caso<sup>☆</sup>

### Treatment of calciphylaxis: a propos of a case

### Kaltzifilaxiaren tratamendua: kasu bat

*Sr. Director:*

La calcifilaxia es un síndrome clínico caracterizado por la aparición de lesiones violáceas, frecuentemente dolorosas, en la piel de pacientes con nefropatía crónica, diálisis o trasplante renal. Su prevalencia es del 1% en pacientes con nefropatía crónica y un 4% en diálisis. Es clásicamente conocida su relación con el hiperparatiroidismo secundario; además, se han descrito otros factores de riesgo, como administración de anticoagulantes orales, déficit de antitrombina III y/o proteína C, sobrecarga de hierro endovenoso, pobre estado nutricional, diabetes mellitus e hiperlipidemia, entre otros. No existe una prueba diagnóstica específica, aunque la radiografía con técnica de mamografía tiene una alta sensibilidad. Al no conocerse exactamente su fisiopatología, hay limitaciones en su tratamiento. Entre las me-

didias tradicionales se encuentra la normalización del producto calcio-fósforo en el hiperparatiroidismo y en las últimas publicaciones se han descrito casos de terapia combinada con cinacalcet y tiosulfato de sodio.

Presentamos un caso en una trasplantada renal con antecedentes de calcifilaxia durante su estancia en hemodiálisis. En aquel momento, el producto calcio-fósforo era normal y tras curas locales, junto con tratamiento corticoideo por vía oral, se produjo la remisión del cuadro. En el posttrasplante inmediato presentó reagudización importante de las lesiones, que tras la confirmación diagnóstica se trataron con tiosulfato de sodio y mampara, con buena evolución (tabla 1).

La radiografía con técnica de mamografía posee una alta sensibilidad en el diagnóstico. Se aprecia un aumento de incidencia por una mayor supervivencia del paciente en hemodiálisis, mayor prevalencia de arteriosclerosis y diabetes, y por el uso de compuestos cálcicos y análogos de la vitamina D. La presencia de valores elevados de calcio, fósforo y/o PTH son sugestivos pero no confirmatorios, ya puede existir con producto calcio-fósforo normal. No existe un tratamiento de elección y dentro de las posibilidades terapéuticas encuentra la terapia combinada tiosulfato de sodio y cinacalcet.

I. Castaño, M.F. Son, D. Izquierdo y A. Ferrer

*Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, España*

Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* josejulian.ocharancoruera@osakidetza.net (I. Castaño).

<sup>☆</sup>Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

Tabla 1

	Pretrasplante	Postrasplante	Al ingreso	Al alta
Triglicéridos	186	165	306	169
Colesterol total	204	239		247
Albumina	3.680	—	—	—
Calcio	9,8	10	10	10,3
Fósforo	4,4	2,1	2,3	2,9
Producto Ca × P	43,12	21	23	29,87
PTH	288	144	137	
Dosis de Hierro iv	No, en el último mes	—	—	—
Ferritina	936	990	—	—
Diabetes	Si	Si	Si	Si
Tratamiento	Fosrenol 750 mg/ 8 h	—	—	Mimpara 60 mg Tiosulfato sódico 25%12,5 g (3 días/semana)

iv: vía intravenosa.

## Coma hiperosmolar: sospecha y actitud terapéutica<sup>☆</sup>

### Hyperosmolar coma: diagnostic suspicion and therapeutic approach

### Koma hiperosmolarra: susmoa eta jarrera terapeutikoa

S. Director:

La intoxicación por metanol es poco frecuente pero de una gran morbimortalidad, por lo que el diagnóstico y el tratamiento temprano son fundamentales en la evolución de estos pacientes.

<sup>☆</sup>Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, bebedora activa, con antecedentes de cirrosis OH Child A y síndrome depresivo, trasladada a la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital desde el Hospital de Mendara, con el diagnóstico de fracaso multiorgánico por descompensación hepática secundaria a intoxicación por etanol frente a sepsis. A su llegada, se objetivó un importante deterioro neurológico asociado a acidosis metabólica severa con GAP aniónico y osmolar muy elevado, por lo que se inició tratamiento empírico con etanol y HDFVV ante la sospecha de intoxicación por metanol.

M. Porto-Bujía

Servicio de Nefrología, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

Correo electrónico: josejulian.ocharancorcuera@osakidetza.net

## Técnica de HDFVVC en paciente sometido a trasplante de médula ósea<sup>☆</sup>

### Continuous venovenous hemodiafiltration in a patient undergoing bone marrow transplantation

### HDFVVC teknika, hezur-muineko transplantea duten gaixoetan

S. Director:

Presentamos el caso de un varón de 63 años, hipertenso de años de evolución, sin tratamiento farmacológico, fumador

<sup>☆</sup>Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

y bebedor moderado. Episodio de cólico nefrítico hace 20 años sin otros antecedentes de interés.

Ingresa en diciembre del año 2006 por insuficiencia renal severa de causa no filiada y se realizó hemodiálisis urgente. Tras objetivarse proteinuria de Bence-Jones positiva con cadenas Kappa 288 mg/dl y banda monoclonal IgA 1,89, se realizó un aspirado de médula ósea y se confirmó el diagnóstico de mieloma múltiple de Bence Jones (+), con infiltración plasmocitaria de médula ósea > 70%. En la serie ósea se observó una lesión lítica en 7.ª costilla sacra derecha y en el cráneo, sugestivas de afectación ósea por mieloma.

Se mantuvo la terapia renal sustitutiva con hemodiálisis a días alternos, presentando una aclaramiento de creatinina de 4,8ml/min y función renal residual (1.000 ml/24 h).

Se inició tratamiento con dexametasona, seguido de ciclos de quimioterapia tipo VAD. Tras el cuarto ciclo presentó una respuesta parcial a nivel hematológico (descenso de ca-