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 ± 3,21 con 5008-COR frente a 25,34 ± 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 ± 13,75 años; el tiempo en diálisis hasta iniciar la vacunación es de 17,5 ± 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 ± 329,64 mlUI/ml con pauta 3 y de 717,9 ± 415,49 mlUI/ml con pauta 4. Esta última fue significativamente mayor (p < 0,05), así como las tasas mantenidas al año (60,9 ± 81,03 mlUI/ml pauta 3 y 404,5 ± 376,65 mlUI/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.° 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 90° 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