

## 196.25

### Tratamiento tópico con nitrato de plata del granuloma a cuerpo extraño en catéteres para hemodiálisis: presentación de un caso clínico



Laura Martínez<sup>a,\*</sup>, Jordi Carreras<sup>b</sup>,  
Jhonny Moreno<sup>a</sup>, Nuria Montero<sup>a</sup>,  
Andreu Foraster<sup>b</sup>, Josep Maria Cruzado<sup>a</sup>,  
Miguel Hueso<sup>a</sup>, Teresa Olaya<sup>b</sup>, Paz Pereira<sup>b</sup>,  
Gustavo Villalobos<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

<sup>b</sup> Diaverum, Centro de Diálisis del Baix Llobregat, Barcelona, España

E-mail: [lauramartinezval252@gmail.com](mailto:lauramartinezval252@gmail.com) (L. Martínez).

Las infecciones de catéter son una importante causa de morbilidad y la segunda causa de muerte en los pacientes en hemodiálisis. Las infecciones del orificio de salida del catéter aumentan el riesgo de bacteriemia pero suelen resolverse con éxito con un tratamiento intra- o extraluminal según si se actúa o no en el interior del catéter. La aparición de granulomas a cuerpo extraño es poco frecuente, pero se asocia a un alto índice de fracaso del tratamiento conservador, no existe consenso sobre su manejo terapéutico y obliga a retirar el catéter. Este fenómeno es más frecuente en catéteres para diálisis peritoneal, y no existe literatura en catéteres para hemodiálisis. Presentamos el caso de una mujer de 78 años con ERC secundaria a mieloma múltiple en programa de hemodiálisis a través de catéter yugular derecho tunelizado complicado con un granuloma en el orificio de salida de catéter con frotis positivo para E. coli. Durante 11 días se trató con gentamicina intravenosa asociada a curas tópicas de mupirocina, sin respuesta. Finalmente se inicia uso de apósito de plata (EXIT-PRO™ AG, EMODIAL) para la cobertura del catéter durante el periodo interdiálisis, y cauterización del granuloma con nitrato de plata una vez a la semana. Se consiguió su curación, la negativización del frotis y la conservación del catéter.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.027>

## 196.26

### Valoración de la aterosclerosis en pacientes con terapia renal sustitutiva



Fátima Alvaredo<sup>\*</sup>, Belén Gómez, Álvaro Revilla,  
Luisa Sánchez, Fozí Moussa, Rubén Velasco,  
Karina Ampuero, Armando Coca, Flor Rodríguez,  
José María Monfa

SACYL, Valladolid, España

E-mail: [fatimalvaredo@gmail.com](mailto:fatimalvaredo@gmail.com) (F. Alvaredo).

La prevención en enfermedades cardiovasculares (ECV) identifica individuos de riesgo. Esta es la 1.<sup>a</sup> causa de muerte en la enfermedad renal, al ser individuos de alto riesgo y precisar herramientas no invasivas. Destacan la ecografía carotídea (grosor íntima-media [GIMc]) y el ITB que valoran la aterosclerosis sistémica y la presencia de enfermedad

periférica. Ambas, independientes de la incidencia de ECV, se asocian con aumento de la morbimortalidad. Nuestros objetivos fueron describir la presencia de calcificación en los ERC según diferentes métodos; describir la asociación entre el GIM y la presencia de otros FRCV y el grado de RCV según la función SCORE y la REGICOR.

Estudio transversal, descriptivo y observacional con pacientes en diálisis incluyendo a trasplantados (total 36) del Hospital Universitario Río Hortega sin ECV previa. Se realizó índice de Adragao y Kaupilla, ITB, ecocardiograma y el GIM mediante ecografías carotídeas y femorales. Se calculó el RCV según las fórmulas SCORE y REGICOR. La media de edad era 64 ± 16 años y el 60% eran varones, el 71% en HD. El 91% presentaba hipertensión, el 17% DM y el 43% hipercolesterolemia. La media de riesgo según la fórmula SCORE fue 2 ± 3 y de REGICOR 4,4 ± 3. El aumento GIM se relaciona significativamente (p < 0,05) con la técnica (HD), HTA y DM (p < 0,01).

El GIM es de elección para determinar la arteriosclerosis en poblaciones seleccionadas (ERC) y prevenir ECV. La ecografía detecta EA precoz, que es el indicador de control estricto de los FRCV clásicos. Ya que en diálisis existe mayor incidencia de calcificaciones y ECV, en nuestro estudio se realizaron ajustes de tratamiento y control estricto de FRCV en pacientes de alto riesgo. Se necesitan estudios prospectivos a largo plazo y con más pacientes para evaluar el rol de la etiopatogenia de las CV, aterosclerosis y su relación con la ERC y ECV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.028>

## 196.27

### Papel de la autoayuda con la ecografía en los accesos vasculares para hemodiálisis en la enfermería nefrológica



Javier Hernández-López<sup>\*</sup>,  
María Rodríguez-González,  
Carmen María González-Ríos,  
Juan Manuel Mayor-Iturburuaga

Enfermería de Hemodiálisis, Servicio de Nefrología, OSI Barrualde Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España  
E-mail: [javier.hernandezlopez@osakidetza.net](mailto:javier.hernandezlopez@osakidetza.net)  
(J. Hernández-López).

Para hacer una valoración del acceso vascular (AV) por parte de enfermería de las Unidades de Hemodiálisis una herramienta muy importante es la utilización de la ecografía, que nos permite analizar el estado del AV, la técnica de punción y los cuidados especiales. La técnica de punción tiene una relación directa con la aparición en el tiempo de complicaciones en el AV.

Todo AV interno debe ser evaluado y seguido en su evolución, desde su creación, por enfermería de hemodiálisis, nefrólogos y el propio paciente. En la monitorización de la función del acceso es obligado el examen físico sistemático antes y después de cada sesión de hemodiálisis: observación directa, palpación y auscultación. Una buena medida para confirmar el diagnóstico y evolución del AV, desde su creación hasta su utilización y posteriormente durante la vida de la fístula arteriovenosa interna (FAVI), por parte de enfermería, sería la utilización de la ecografía. La utilización de

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](mailto: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](mailto: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.