

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)

OR=1,06. No hubo diferencias en la supervivencia libre de eventos cardiovasculares entre el grupo de alto riesgo con o sin estudio cardiovascular.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes en estudio pretrasplante presentan un alto riesgo cardiovascular. El estudio CV previo al Tx no influyó en el mal pronóstico de los pacientes de alto riesgo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.033>

196.32

Fracaso renal agudo secundario a intoxicación por setas en la provincia de Badajoz en el año 2013



Edgar Chávez*, Sergio Barroso, Manuel Arrobas, Miguel Bayo, Boris Gonzales, Lilia Azevedo

Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina., Badajoz, Extremadura, España

E-mail: egrchavez@gmail.com (E. Chávez).

Introducción: Es frecuente en la provincia de Badajoz en determinadas épocas del año como primavera y otoño la recolección y consumo, por personas con y sin experiencia, de setas silvestres, lo cual ocasiona intoxicaciones accidentales al confundirlas con setas comestibles.

Material y métodos: Presentamos 4 casos, quienes luego de ingerir setas recolectadas por personas sin experiencia, presentaron vómito, diarrea y anuria. Cabe destacar que otras personas comieron al igual que ellos la misma preparación de setas y solo ellos resultaron afectados. Se constató analíticamente el deterioro moderado de la función hepática y grave de la función renal por lo que todos los casos requirieron hemodiálisis. La evolución de la función hepática fue hacia la normalidad; la función renal mejoró sustancialmente pero sin alcanzar valores de creatinina normales al alta.

Resultados: Los casos, 3 hombres y una mujer con edades entre 52 y 79 años, 2 de ellos procedentes de otras comunidades, consumieron setas recolectadas por amigos o familiares sin experiencia. Todos tuvieron síntomas digestivos intensos con deshidratación, anuria súbita y fracaso renal agudo grave. Dos de ellos con fallo hepático moderado asociado, ingresaron en UCI. Todos requirieron hemodiálisis entre 6 y 10 sesiones hasta mejoría de la función renal o recuperación de la diuresis. Ninguno al alta volvió a su creatinina basal y todos fueron enviados a consulta externa de Nefrología para seguimiento.

Conclusiones: Las intoxicaciones por setas son frecuentes en primavera y otoño, y en este año (2013) suponemos que lo fueron más porque fue una época más lluviosa de lo habitual. Las personas afectadas fueron todas mayores sin conocimiento micológico. Es clara la relación entre el consumo de un tipo de setas y la alteración de la función hepática y el fracaso renal agudo severo que requirió hemodiálisis como tratamiento principal. Aunque no fue posible la identificación de las setas, se podría inferir por la descripción, comparación fotográfica y por el síndrome clínico que produce, que la *Amanita proxima*, propia de la región, podría ser responsable de algún caso de intoxicación de esta serie al confundirse con otras de su especie que son comestibles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.034>

196.33

El uso de cinacalcet en la calcifilaxis no mejora los resultados de mortalidad en el H. U. Bellvitge en el periodo 2005-2014



Laura Martínez-Valenzuela*, Núria Montero-Pérez, Miguel Hueso-Val, Jhonny Moreno-Acosta, Josep Maria Cruzado-Garrit

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

E-mail: lmartinezv@bellvitgehospital.cat

(L. Martínez-Valenzuela).

Introducción: La calcifilaxis es una enfermedad poco prevalente (1-4% de insuficiencia renal crónica terminal) y con elevada mortalidad (60-80%). Existen casos en pacientes sin insuficiencia renal. Este estudio pretende ser un análisis de factores de riesgo, mortalidad y tratamiento de esta afección.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de datos demográficos, factores de riesgo, mortalidad y tratamiento de los casos diagnosticados de calcifilaxis mediante biopsia en el Hospital de Bellvitge en el periodo 2005 a 2014. Se obtuvieron los casos a través del registro de farmacia hospitalaria de administración de tiosulfato sódico en los últimos 10 años.

Resultados: Un total de 19 pacientes recibieron tiosulfato sódico por diagnóstico de calcifilaxis. El 85% de los pacientes eran afectados de IRC, con una media de meses en diálisis de 50 ($\pm 62,26$). De estos, el 28,57% se encontraba en tratamiento con diálisis peritoneal, mientras que el 71,43% restante se encontraba en hemodiálisis. El 73% de los casos fueron mujeres. La edad media al diagnóstico fue $67,32 \pm 12,41$ años. El calcio sérico medio al diagnóstico fue de $2,26 \pm 0,28$ mmol/L; el fosfato de $1,44 \pm 0,43$ mmol/L y la PTH de 27,63 pmol/L con un rango entre 3,2 y 93,8. La totalidad de los casos se trataron con tiosulfato sódico, mientras que se practicó paratiroidectomía total o subtotal en un 21,05% y se administró cinacalcet a diferentes dosis en el 52,65%. La mortalidad fue del 52,65%, 4 de las 10 muertes registradas se debieron a sepsis. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad de los pacientes según si fueron tratados o no con cinacalcet ($p=0,2471$). En uno de los casos se diagnosticó calcifilaxis peritoneal por biopsia.

Conclusiones: La mortalidad por calcifilaxis en nuestra población es similar a la descrita en la literatura. El uso de cinacalcet no ocasionó diferencias en la tasa de mortalidad al comparar con el tratamiento clásico con paratiroidectomía.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.035>