

¿EN QUÉ SITUACIÓN INICIAN HEMODIÁLISIS PROGRAMADA LOS PACIENTES EN ERCA?

J.A. Rodríguez Sabillón, B. Romero Cancho, E. Vázquez Leo, M. Nuno Petruzzi, J. Valladares Alcobendas, B. Cancho Castellano, R.M. Ruíz-Calero Cendero, N.R. Robles Pérez-Monteoliva. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN: Habitualmente la suma de los parámetros clínicos y analíticos orientan sobre cuándo debe el paciente con ERC5 iniciar TRS con HD. Pero en los últimos años diferentes estudios se contradicen sobre si el inicio de HD debe ser de forma temprana o tardíamente.

OBJETIVO: Revisar las características y analíticas de los pacientes que iniciaron HD de forma programada desde las CCEE de ERCA del CHUB en el año 2020.

MÉTODO: De 326 pacientes valorados en 2020, en 839 revisiones en las CCEE de ERCA del CHUB, se revisaron 37 pacientes que iniciaron HD por solicitud desde ERCA. Un paciente adicional, inició HD desde ERCA pero carecía totalmente de datos registrados. Tampoco tenemos registrados inicios imprevistos de HD de forma urgente. Se estudiaron entre otras, las variables: edad, sexo, etiología, score urémico, TA, Hb, urea, Cr, K, Ca, P, Bic, MDRD, proteinuria y presencia de FAV.

RESULTADOS: La media de edad fue 66 años. 27 varones, 10 mujeres. La etiología mayoritaria de la ERC fue DM o no filiada. Los valores medios al iniciar HD que presentaban fueron: Score urémico 6, Hb 10.3, urea 192, Cr 6.98, K 5.5, Ca 8.5, P 5.4, Bic 20.4, MDRD 7.8, proteinuria 2854 mg. Sólo un 62,2% tenía FAV funcionando al inicio de HD, fundamentalmente en los primeros meses del año.

	Edad	ScoreU	Hto	Hb	Urea	Cr	K	Ca	P	Bic	MDRD	Proteinuria	Indice de Charlson	IMC	PAS	PAD	Revisión
N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Válidos	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	66,08	5,95	32,3	10	192,5	6,98	5,5	8,5	5,4	20,38	7,843	2854,24	3,78	28,87	169	91,1	11,65
Mediana	66,00	5,00	32,8	11	196,0	7,05	5,5	8,5	5,5	19,80	7,537	2680,00	4,00	28,32	170	92,0	9,00
Moda	72	3	33 ^a	9 ^a	197 ^a	5,95	5 ^a	8,0	5,8	18,8 ^a	5,6 ^a	78 ^a	4	17,5 ^a	141 ^a	68 ^a	8
Desv. típ.	12,665	3,535	4,27	1,4	38,05	1,17	,71	,96	1,1	4,220	1,2259	2056,926	1,669	5,746	25,2	18,6	9,676
Varianza	160,410	12,497	18,2	1,9	1448	1,38	,50	,93	1,2	17,81	1,503	4230944,3	2,785	33,02	635	347	93,623
Asimetría	-,079	,442	-,613	-,5	,562	,265	-,2	-,85	,30	-1,07	,618	,870	1,386	,937	,057	-,03	2,368
Error típ. de ...	,388	,388	,388	,39	,388	,388	,39	,39	,39	,388	,388	,388	,388	,388	,388	,388	,388
Rango	47	13	22,6	6,6	184	4,77	2,9	4,9	5,6	22,6	5,7	9412	8	29,7	118	78	51
Mínimo	43	0	19,5	6,5	125	4,94	3,9	5,3	3,0	5,0	5,6	78	2	17,5	109	51	1
Máximo	90	13	42,1	13	309	9,71	6,8	10	8,6	27,6	11,3	9490	10	47,2	227	129	52

CONCLUSIONES: El inicio programado de HD se retrasa hasta niveles de filtrado bastante reducidos. Sin embargo, la mayoría mantienen poca sintomatología urémica hasta el inicio de HD. Debemos mejorar en la consecución de FAV funcionando al inicio de HD respecto al 2020. Se precisa mantener seguimiento a los pacientes con ERC que ya iniciaron HD de forma programada, además de aquellos que lo realicen de forma no programada, y seguimiento de pacientes de ERCA fallecidos, para establecer conclusiones más sólidas sobre el momento de inicio de TRS y tratamientos conservadores.