

La sobrehidratación del paciente en diálisis peritoneal detectada por bioimpedancia

M^a Angeles Guimerá Ferrer-Sama, Patricia Arribas Cobo, Sonia García Estévez, Gema María Vinagre Rea, Pilar Rodríguez Gayán, Alfredo José Sáenz Santolaya

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Introducción:

Se considera peso seco (PS) a aquel peso del paciente en el que no se presentan signos o síntomas de sobrehidratación (SH) o sobrecarga de volumen. Habitualmente esto se detecta a través de la observación clínica. La bioimpedancia (BIE) es un método más objetivo de determinar el estado de hidratación. En otros estudios, se ha detectado que pacientes en DP el PS determinado por BIE se corresponde con el determinado por la observación sólo en un 19% de los casos y que, al detectar la sobrehidratación por BIE, ésta era menor que por observación (Naini, 2012).

Objetivo:

Estudiar la evolución del estado de hidratación estimado por la clínica y por BIE en pacientes en DP.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte de 15 pacientes incidentes en DP seguidos mediante BIE (BCM-FMC). Las mediciones de BCM se realizaron bimensual o trimestralmente en función de la consulta de enfermería, y siempre en iguales condiciones. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, etiología, talla, tiempo en DP, Kt/V, TEP, si habían tenido peritonitis, diuresis y tensión arterial (TA) y peso de cada BIE. Y datos de BIE: litros de sobrehidratación (OH), volumen extracelular (VEC) e intracelular (VIC) y agua corporal total (ACT). Se calculó cociente OH/VEC, considerándose sobrecarga de volumen si éste era > 15%.

Resultados:

La muestra fue de 15 pacientes en DP, 7 mujeres y 8 hombres con una edad media de 52 (15,5) años. Su etiología era: 4 glomerulonefritis, 4 poliquistosis, 3 DM, 3 sin filiar y 1 vascular. En su último control presentaban IMC de 26,2 (4,2) Kg/m². Durante el seguimiento de 20 (14) meses, se realizaron 349 mediciones BCM. La diuresis media fue de 1009 (993) ml/día, teniendo en cuenta que en su último control, 3 pacientes estaban en anuria y otros 3 con diuresis < 400 ml/día. El Kt/V total fue de 2,3 (0,47) y el D/P del TEP fue de 0,61 (0,10).

El OH medio fue de 2,8 (2,6) rango entre -2,7 y 12,5 litros. En 180 mediciones encontramos un OH > 2 L y en esas, la PA era 151 (22)/81 (9,9) mmHg, mientras que en las de OH < 2L la PA fue de 135 (20)/80 (13) mmHg con una p < 0,001.

La media del cociente OH/VEC fue de 14,3 (11)%, siendo > del 15% en el 36,1% de los pacientes. La SH se relacionó de forma directa con el VEC, PA sistólica, ACT y edad y de forma inversa con el IMC y el índice de tejido graso.

En la evolución, 14 pacientes presentaron HTA en algún momento, precisando antihipertensivos, 8 presentaron edemas, 2 acudieron a urgencias por insuficiencia cardiaca congestiva y 3 presentaron peritonitis.

Conclusiones:

La SH por BIE es muy frecuente en los pacientes en DP, apareciendo en el 50% de las mediciones realizadas. El 87% de los pacientes en algún momento presenta SH, que se relaciona con HTA. El BCM tiene un 30% más de sensibilidad en la detección de la SH que la clínica.