

# Diálisis Peritoneal en situaciones especiales

José Portolés Pérez<sup>a</sup>, Carmen Rodríguez<sup>b</sup>, Elena Astudillo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio Nefrología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

<sup>b</sup> AGC Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias

<sup>c</sup> Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

## Enlaces de Interés

- [Síndrome Cardiorrenal](#)

Fecha actualización: 24/06/2019

## TEXTO COMPLETO

### DIÁLISIS PERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA

A pesar de los continuos avances en el tratamiento de muchas enfermedades cardiovasculares, la prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) continúa en aumento y produce una importante morbimortalidad y un consumo creciente de recursos sanitarios [1] [2]. Algunos de los factores que contribuyen a elevar el número de pacientes con IC son el envejecimiento de la población, la mayor supervivencia tras el infarto de miocardio, el tratamiento de la hipertensión arterial que sigue siendo insuficiente y una mejora en el pronóstico de los pacientes con esta patología establecida. De hecho, la extraordinaria mejora que se ha producido en el pronóstico de los pacientes con esta enfermedad ha cambiado la perspectiva que se tenía sobre la misma, pasando de ser similar a una enfermedad maligna a convertirse en una enfermedad crónica. El estudio PRICE [3] elaborado en España subraya la prevalencia creciente de la IC en las personas de más de 45 años, con valores estimados del 6,8% de la población total. Además, ésta aumenta con la edad, hasta alcanzar el 16,1% de las personas de más de 74 años.

El riesgo de muerte por IC es elevado, alrededor del 5-10% anual y se incrementa al 30-40% en pacientes con IC avanzada. Además, la IC es la principal causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años con una tasa elevada de reingresos [4].

La IC es una entidad progresiva y que puede llegar a ser letal, incluso en pacientes bien tratados. Una de las características de la IC es la existencia de un círculo vicioso que magnifica y autoperpetúa el cuadro. La activación de los sistemas neurohumorales a consecuencia de la hipoperfusión renal (sistema renina angiotensina aldosterona y sistema simpático), debido a una disminución del gasto cardíaco en los pacientes con IC, conduce a un fenómeno de vasoconstricción renal y a un aumento en la reabsorción en el túbulo proximal de agua y sodio.

De esta manera, se reduce el aporte de agua y sodio a nivel tubular distal, reduciendo la capacidad de promover diuresis del péptido natriurético atrial y aumentando la sensibilidad a la acción de la aldosterona [5]. Este mecanismo explica la resistencia a la acción de los diuréticos que ocurre en los pacientes con IC avanzada. De esta forma, el acumulo de agua que se produce condiciona un empeoramiento de la IC y reduce el gasto cardíaco, debido a un aumento del volumen diastólico del ventrículo derecho. Además, y a consecuencia de la hipoperfusión, se produce un empeoramiento de la función renal [6], que también puede estar influenciado por la activación de los sistemas neurohumorales (puede producirse glomeruloesclerosis y fibrosis tubulointersticial [7]).

Se describe así el **síndrome cardiorrenal** (SCR) en sus tipos 1 (deterioro agudo de la función cardíaca que conduce a insuficiencia renal aguda) y 2 (deterioro crónico de la función cardíaca que conduce a insuficiencia renal crónica), según la última clasificación [8] [9]. En ambos casos, el deterioro de la función renal derivado del fallo cardíaco es un predictor independiente de mal pronóstico [10] [11]. Ante una situación de sobrecarga de volumen, cualquier actuación encaminada a disminuir el exceso de líquido va a resultar beneficiosa para el paciente. Algunas de las ventajas que vamos a producir con ello son la mejoría del gasto cardíaco (gracias al mecanismo de Frank-Starling), el aumento del llenado del ventrículo izquierdo y de la capacidad respiratoria [12] [13].

La congestión o sobrecarga hídrica es un factor pronóstico más importante que el deterioro de función renal en los ingresos por reagudización de insuficiencia cardíaca. De tal forma que aquellos pacientes que son dados de alta sin sobrecarga reingresan menos y tienen mayor expectativa de vida [14]. La forma tradicional de depleción de volumen en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva ha sido el uso de diuréticos (de asa, antialdosterónicos, tiazidas o combinaciones entre ellos), tanto por vía intravenosa como oral [15]. Sin embargo, un porcentaje nada desdeñable de pacientes (13%) se vuelven refractarios a la acción de los diuréticos. Algunos de los mecanismos de refractariedad son la menor absorción intestinal por el edema de la pared, la disminución de la perfusión renal, la alteración de los mecanismos neurohumorales y en ocasiones el incumplimiento de la dieta e

ingesta de líquidos. Estos pacientes condicionan en 50% del gasto empleado en tratar la IC, merced a una media de 4 ingresos anuales, la mayoría en Unidades de Cuidados Intensivos [16].

En esta situación, desde las guías de actuación clínica de cardiología se ha propuesto que la ultrafiltración puede ser una estrategia indicada, al menos como medida paliativa [17].

Los ensayos clínicos que compararon la eficacia de la ultrafiltración mediante circuitos sanguíneos extracorpóreos frente a tratamiento médico con diuréticos no encontraron que la primera aportara ventajas en cuanto a la evolución de la función renal ni de la mortalidad en situaciones de fallo cardiaco agudo. La ultrafiltración aislada consigue reducir los días de hospitalización y el peso frente a la terapia diurética [18] [19]. Por ello, no hay suficientes evidencias que recomienden su uso. Tampoco se han publicado resultados concluyentes en cuanto al uso de este tipo de ultrafiltración en situaciones de fallo cardiaco crónico.

La ultrafiltración peritoneal podría aportar notables beneficios para el tratamiento de los pacientes con IC crónica refractaria a diuréticos. Con esta técnica la ultrafiltración es suave y continua, lo que evita el «aturdimiento miocárdico» que se asocia con la progresión de la disfunción sistólica; además existe un menor riesgo de hipotensión e hipoxia tisular que tienen un impacto negativo sobre la función renal; por ello ésta se preserva mejor. El impacto mínimo de ultrafiltración peritoneal sobre la hemodinámica es más probable que no estimule las respuestas neurohumorales de mala adaptación en el corazón y el riñón y es capaz de restaurar, al menos en parte, la respuesta a diuréticos. Otras ventajas son la menor inflamación sistémica producida por su uso (frente a hemodiálisis), el que no sea necesario un acceso vascular ni utilizar anticoagulantes y el mejor aclaramiento de moléculas de mediano tamaño que repercuten negativamente sobre la contractilidad miocárdica (TNF- $\alpha$ , Factor depresor del miocardio, Interleuquinas...), o la eliminación eficaz de solutos ( $\text{Na}^+$  y  $\text{K}^+$ ) que posibilita la utilización de IECAs y agentes antialdosterónicos. Por último cabe destacar que se trata de una terapia domiciliaria, con las repercusiones que esto tiene sobre la calidad de vida y el coste sanitario [20] [21] [22].

En los últimos años han sido numerosas las publicaciones que han tratado sobre la utilidad de la ultrafiltración peritoneal en esta situación de fallo cardiaco refractario [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35] [36]; además se ha publicado una revisión sistemática de la literatura a este respecto [37] que analiza los datos de 21 estudios y 673 pacientes. Algunos de los aspectos más destacados de lo publicado se describen a continuación (Tabla 1).

## Mejoría de la clase funcional

Existe unanimidad en todos los estudios publicados que con el empleo de la ultrafiltración peritoneal, los pacientes experimentaron una mejoría de su grado funcional, valorado mediante la escala de la New York Heart Association (NYHA); se produce una reducción de 2 grados en casi 2 tercios de los casos, especialmente aquellos que están en una peor situación clínica previa. En la revisión sistemática de Lu [37], el grado funcional en la clasificación de la NYHA mejora significativamente (3.53 vs 2.17,  $P < 0.001$ ) Esta mejoría se asocia a una mejoría discreta (en torno al 4%) de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (medido por ecocardiografía), especialmente en aquellos pacientes que tienen una peor situación basal [34] [36], y con una importante disminución de la presión sistólica en la arteria pulmonar [23]. Finalmente, nuestro grupo ha encontrado también una mejoría en el remodelado del, con una disminución manifiesta del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo, que podría ser responsable, al menos en parte, de los beneficios clínicos previamente descritos [38].

## Función renal

Si analizamos todos los estudios que incluyen datos sobre la evolución de la función renal [37] comprobamos que existe un leve deterioro (29.93 vs. 24.90 ml/min;  $P = 0.01$ ). Sin embargo, si sólo tenemos en cuenta aquellos estudios que incluyeron a pacientes sin enfermedad renal crónica estadio 5, no se encontraron diferencias en la función renal entre antes y después del tratamiento con ultrafiltración peritoneal.

## Factores depresores del miocardio y citoquinas proinflamatorias

Algunas citoquinas han sido implicadas en la patogénesis del fallo cardiaco. Así, se ha visto que moléculas proinflamatorias como TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , IL-1, IL-6, IL-17 e IL-18 pueden inducir hipertrofia de los miocardiocitos, remodelado ventricular, fibrosis cardiaca y apoptosis [39]. Mediante el uso de la DP se ha visto una disminución en la concentración plasmática de algunos factores inflamatorios y depresores del miocardio, como son IL-1, IL-6 y TNF- $\alpha$  [40]. La eliminación de estas moléculas se realiza a través del propio peritoneo, como se demostró hace ya más de 25 años [41]. Otro hallazgo significativo que se ha demostrado es la reducción en los niveles séricos de NT-pro-BNP lo que refleja la mejoría del fallo cardiaco

## Tasas de hospitalización

Uno de los aspectos más destacados de los pacientes en fases avanzadas de la IC es la necesidad de

ingresos hospitalarios frecuentes, en ocasiones en unidades de cuidados intensivos; la causa del ingreso en una inmensa mayoría de los casos se debe a sobrecarga hídrica, siendo sólo en el 5% por bajo gasto cardíaco [42]. La utilización de la DP en el tratamiento de la IC refractaria a diuréticos condiciona un descenso muy llamativo en las tasas de hospitalización, que alcanza un 80% de media [37].

## Mortalidad

Un dato preocupante en los pacientes con IC refractaria es la alta mortalidad observada. Hay que tener en cuenta que este tipo de estudios se realizaron en pacientes gravemente enfermos con un Índice de Charlson muy elevado. Debido a la confluencia de una mala situación cardíaca y una elevada comorbilidad no era esperable que ninguno de estos pacientes tuviera una supervivencia superior a un año. En pacientes con IC refractaria sometidos a tratamientos conservadores (sólo con distintos regímenes diuréticos) se ha publicado que la supervivencia media a los 6 meses es del 50%, y al año apenas supera el 25% [15]. Ante este oscuro panorama, cualquier medida que podamos tomar para mejorar el pronóstico de los pacientes debe ser bienvenida.

El empleo de la DP en pacientes con IC refractaria supuso una mejoría de la supervivencia hasta alcanzar el 80% a los 12 meses de tratamiento, y cercana al 50% a los 2 años. Este dato es de crucial importancia dado que hasta el momento no se encontró mejoría en la supervivencia en estudios realizados con otro tipo de tratamientos para esta enfermedad, como son el empleo de tolvaptán [43], nesitirida [44] o técnicas de ultrafiltración extracorpórea [18].

Uno de los trabajos publicados compara la supervivencia total y libre de ingresos entre dos cohortes: una incluye a un grupo amplio de pacientes en programa de ultrafiltración peritoneal y la otra intenta ser una especie de “grupo control” que incluyó a pacientes que desestimaron voluntariamente realizar diálisis peritoneal o que tenían alguna contraindicación para la técnica. Aunque los resultados pueden estar sesgados por las características de los grupos, las diferencias en supervivencia son muy llamativas desde las primeras semanas de seguimiento [27].

## Calidad de vida

Pocos son los estudios que han valorado la evolución de la calidad de vida con los distintos tratamientos propuestos para la IC refractaria. En nuestro grupo valoramos la calidad de vida en los enfermos mediante los cuestionarios Euroqol 5D y SF-36 [23]. El uso de la DP se asoció con una mejoría en el estado de salud percibido por el paciente, dato que se refleja también en la escala

visual analógica. En relación con el cuestionario SF-36, la mejoría se produjo en todas las dimensiones (alcanzando significación estadística en todas ellas salvo en salud general,  $p = 0,079$ ) y en las dos puntuaciones sumarias. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) antes del inicio del tratamiento estaba muy por debajo de las puntuaciones otorgadas por la población general (puntuaciones inferiores a 45), pero llegó a ser similar a la de la población general a los 6 meses de tratamiento (puntuaciones superiores a 45), excepto en la dimensión de salud general. La prevalencia de depresión definida como una puntuación sumaria mental menor o igual a 42, llegó a ser del 73% antes del inicio de la técnica y se redujo hasta sólo el 9% sólo tras 6 meses en esta modalidad de ultrafiltración. Respecto al tamaño del efecto, casi todas las dimensiones del SF-36 y los valores del EQ-5D tuvieron un tamaño grande, excepto las dimensiones de Salud general, Salud Mental y el componente sumario mental, cuyo tamaño fue moderado; todo ello indica una significación muy relevante derivada de esta terapia. Otros grupos han utilizado el Cuestionario de calidad de vida de Minnesota, con resultados similares [33].

### Complicaciones

La infección peritoneal es la única complicación reseñable relacionada con la técnica en los diferentes estudios publicados. Sin embargo, las tasas de peritonitis son significativamente bajas en comparación a la referida a series de paciente en DP por ERC [23] circunstancia en probable relación con el menor número de intercambios que realizan estos pacientes.

### Estudios de coste-eficacia

Según los cálculos realizados por nuestro grupo [23], la suma de costes que supone el paciente en programa de DP alcanza los 16.440 €, menor que el coste que supone el tratamiento conservador con diuréticos (27.551 €;  $p = 0,095$ ). Concretando en los gastos, el coste de personal y las hospitalizaciones fueron menores en el grupo de DP. Por el contrario, el coste de materiales fungibles, las pruebas analíticas y de imagen fueron más cara en este grupo. Respecto al análisis de coste-utilidad, la DP se asoció con una mayor utilidad que el tratamiento conservador (0,673 frente a 0,430;  $p < 0,01$ ). Si además tenemos en cuenta el menor coste que supone la DP, el análisis de coste-utilidad refleja que la modalidad de DP tiene un coste de 23.305 €/año de vida ajustado a calidad de vida (AVAC), mientras que el tratamiento conservador tiene un coste de 81.053 €/AVAC. La DP fue, por tanto, la estrategia dominante en términos de coste-utilidad, con una diferencia de DP 46.237 € por AVAC.

### Candidatos a Ultrafiltración peritoneal

Tras más de una década tratando a pacientes con IC refractaria a diuréticos y en consenso con cardiólogos e internistas que gestionan las Unidades de fallo cardiaco se considera que deberían ser candidatos a programas de ultrafiltración peritoneal aquellos sujetos en clase funcional III y IV de la NYHA con episodios repetidos de sobrecarga de volumen que requieren ingresos hospitalarios frecuentes o visitas al Hospital de Día para recibir diuréticos intravenosos, con elevación de los péptidos natriuréticos sin causa no cardiaca y todo ello a pesar de tratamiento optimizado (tanto médico como de dispositivos); además no debe haber ninguna contraindicación para la técnica.

#### Modalidades de ultrafiltración peritoneal

Hasta ahora no se ha llevado a cabo ningún estudio controlado para analizar que modalidad de ultrafiltración peritoneal es la más eficaz. Por ello cada grupo de trabajo ha utilizado desde la técnica manual con uno o más intercambios diarios con o sin Icodextrina hasta modelos de diálisis peritoneal automatizada [35] todos o algunos días de la semana. En nuestra opinión la modalidad más coste-eficiente y cómoda para el paciente es la realización de un único intercambio diario con Icodextrina con permanencias largas (más de 10 horas). Con este intercambio suele ser suficiencia para que el paciente se desprenda de la sobrecarga de volumen y se depuren moléculas depresoras del miocardio que pueden contribuir a deteriorar su situación clínica (Figura 1).

Por todos estos datos, consideramos que la DP es una opción terapéutica adecuada para el tratamiento de pacientes con IC refractaria a diuréticos dado que produce una mejoría funcional, reduce las tasas de hospitalización y mortalidad, mejora la calidad de vida y todo ello a un coste reducido respecto a los tratamientos convencionales. Se trata, además, de un tratamiento cómodo para el paciente, que realiza, en la inmensa mayoría de los casos, un único intercambio nocturno con Icodextrina. Las unidades que tratan la insuficiencia cardíaca deben considerar ofrecer esta modalidad de tratamiento a los pacientes adecuados para proporcionarles los beneficios anteriormente reseñados y con un coste sanitario reducido y así se ha reflejado en la literatura cardiológica [45].

Estos pacientes con SCR y situación de deterioro funcional renal refractario a diuréticos, también se benefician de medidas complementarias como la corrección de ferropenia y anemia acompañante [46].

#### DIÁLISIS PERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ASCITIS REFRACTARIA

La ascitis es una complicación muy frecuente en los pacientes con cirrosis hepática avanzada. Su

aparición comporta un empeoramiento en el pronóstico, y se asocia con una supervivencia del 50% a los 3 años. La ascitis refractaria es aquella que no puede ser movilizada o que recurre rápidamente (antes de 4 semanas) a pesar de un tratamiento dietético y diurético adecuado (40 mEq/día de sodio en la dieta asociada a 400 mg/día de espironolactona y 160 mg de furosemida). En este grupo también se incluyen los pacientes que no alcanzan la dosis máxima de diuréticos debido a la aparición de complicaciones asociadas a su uso [48]. En no pocas ocasiones se produce un daño renal concomitante a patología hepática, definiéndose así el Síndrome hepatorenal. Se han descrito dos formas de Síndrome hepatorenal. El tipo 1: es la forma más grave, se suele instaurar de forma abrupta, suele haber un incremento de la creatinina en menos de 2 semanas (generalmente se dobla el valor) y suele cursar con oliguria. El Síndrome hepatorenal tipo 2 tiene una evolución lenta e insidiosa y en muchas ocasiones desarrollan resistencia a los diuréticos [49].

La prevalencia de ascitis en la situación de enfermedad renal crónica avanzada es muy variable, según las fuentes; se ha propuesto que entre el 0,7 y 20% de los pacientes la padecen. Las causas de ascitis en la ERCA son numerosas y van desde la existencia de una enfermedad hepática asociada, la enfermedad cardiovascular coexistente, las peritonitis, la depleción grave de proteínas o formas idiopáticas [50].

La utilización de la Hemodiálisis en pacientes con daño hepático y renal tiene serias limitaciones. Así, se ha visto como la utilización de esa técnica de diálisis aumenta el riesgo de hipotensión (resistencias vasculares disminuidas) y a la que contribuye el incremento en la síntesis de óxido nítrico, de hemorragia (plaquetopenia, alteración de la coagulación, uso de anticoagulantes) en pacientes con varices esofágicas o gastropatía hipertensiva, de encefalopatía, que se ha relacionado con los cambios bruscos en la osmolaridad y en el equilibrio hidroelectrolítico y finalmente de transmisión nosocomial de virus [51].

Sin embargo, la DP en este tipo de pacientes aporta notable beneficios como son la mejor tolerancia hemodinámica, el drenaje de líquido dialítico más ascitis (no es necesario hacer paracentesis), el diagnóstico temprano de infecciones (visualización y análisis de efluente peritoneal), el menor riesgo de hemorragia y de anemia (no se usan heparinas), la mejor preservación de la función renal residual, el aporte complementario de glucosa y aminoácidos, el menor riesgo de contagio virus hepatotropos y todo ello sin las complicaciones derivadas de la colocación y uso de los catéteres intravasculares y sin mayor riesgo de peritonitis [52]. Por todo ello parece claro que la DP supone una alternativa viable y efectiva, con varios beneficios potenciales para este grupo de pacientes.



Pero además, existen ya publicaciones que describen experiencias con el uso de la DP en el tratamiento de la ascitis refractaria a diuréticos, asociada a distintos grados de enfermedad renal crónica no avanzada y con buenos resultados [50]. Además, en nuestro centro (datos no publicados), hemos iniciado tratamiento con DP a pacientes con ascitis refractaria con necesidad de paracentesis muy frecuentes (cada 7-15 días) e ingresos frecuentes por descompensaciones hidrópicas. Estos pacientes reciben de 1 a 3 intercambios diarios consiguiéndose una mejoría clínica, reducción en las tasas de frecuentación hospitalaria y hospitalización, normalización de algunos parámetros hepáticos y sin modificaciones en la función renal.

---

## TABLAS

<b>Beneficios demostrados de la DP en el SCR</b>
Mejoría en la clase funcional
Disminución en las tasas de hospitalización
Mejoría en el remodelado cardiaco
Posible mejoría en la fracción de eyección (especialmente en pacientes con FE baja)
Eliminación de citoquinas y moléculas depresoras del miocardio
Mejoría en la calidad de vida
Posible mejoría en la supervivencia
Coste-eficiencia

Tabla 1. Beneficios de la DP en el SCR

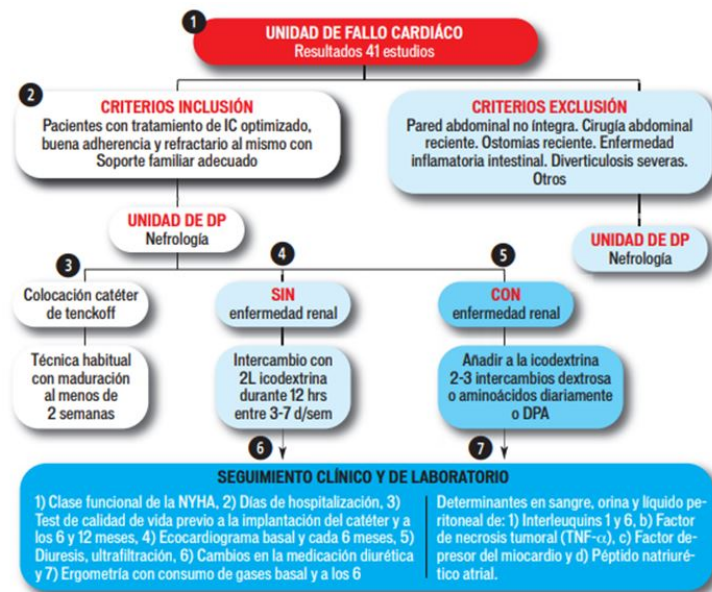


Figura 1. Algoritmo de tratamiento del SCR en el Hospital Universitario Central de Asturias [47]

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics-2007 update: a report from the American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation* 2007; 115: e69-171. [PubMed]
2. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, McGuire A, Copewell S, McMurray JJ. The current costs of heart failure to the National Health Services in the UK. *Eur J Heart Fail* 2002; 4: 361-371. [PubMed]
3. Anguita Sánchez MP, Crespo Leiro MG, De Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 1041-1049. [PubMed]
4. Grancelli H, Varini S, Ferrante D, Schwartzman R, Zambrano C, Soifer S, Nul D, Doval H; GESICA Investigators. Long-term results after a telephone intervention in chronic heart failure: DIAL (Randomized Trial of Phone Intervention in Chronic Heart Failure) follow-up. *J Card Fail* 2003; 9: 172-179. [PubMed]
5. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Rey-Calero J. Trends in hospitalization and mortality for congestive heart failure in Spain, 1980-1993. *Eur Heart J* 1997; 18: 1771-1779. [PubMed]
6. Cadnapaphornchai MA, Gurevich AK, Weinberger HD, Schrier RW. Pathophysiology of sodium and water retention in heart failure. *Cardiology* 2001; 96: 122-131. [PubMed]
7. Gil P, Justo S, Castilla MA, et al. Cardio-renal insufficiency: the search for management strategies. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2005; 14: 442-447. [PubMed]
8. Ronco C, McCullough P, Anker SD, Anand I, Aspromonte N, Bagshaw SM, et al.; Acute Dialysis Quality

- Initiative (ADQI) consensus group. Cardio-renal syndromes: report from the consensus conference of the acute dialysis quality initiative. *Eur Heart J* 2010; 31: 703-711. [Pubmed]
9. Shah RV, Givertz MM. What is old is now new: insights into cardiorenal physiology. *J Card Fail* 2014; 20: 920-922. [Pubmed]
10. Damman K, Navis G, Voors AA, et al. Worsening renal function and prognosis in heart failure: systematic review and metaanalysis. *J Card Fail* 2007; 13: 599-608. [Pubmed]
11. Smith GL, Lichtman JH, Bracken MB, Shlipak MG, Phillips CO, DiCapua P, Krumholz HM. Renal impairment and outcomes in heart failure: systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47 (10): 1987-1996. [Pubmed]
12. Alpert MA, Huting J, Twardowski ZJ, Khanna R, Nolph KD. Continuous ambulatory peritoneal dialysis and the heart. *Perit Dial Int* 1995; 15: 6-11. [Pubmed]
13. Chatterjee K. Neurohormonal activation in congestive heart failure and the role of vasopresin. *Am J Cardiol* 2005; 95: 8B-13B. [Pubmed]
14. Mullens W, Abrahams Z, Francis GS, Sokos G, Taylor DO, Starling RC, Young JB, Tang WHW. Importance of venous congestion for worsening of renal function in advanced decompensated heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 589-596 [Pubmed]
15. Jessup M, Brozena S: Heart failure. *N Engl J Med* 2003; 348: 2007-2018.
16. Muntwyler J, Abetel G, Gruner C, Follath F. One-year mortality among unselected outpatients with heart failure. *Eur Heart J* 2002; 23: 1861-1866. [Pubmed]
17. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al; Authors/Task Force Members. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37: 2129-2200 [Pubmed]
18. Costanzo MR, Guglin ME, Saltzberg MT, Jessup ML, Bart BA, Teerlink JR, Jaski BE, Fang JC, Feller ED, Haas GJ, Anderson AS, Schollmeyer MP, Sobotka PA; UNLOAD Trial Investigators. Ultrafiltration versus intravenous diuretics for patients hospitalized for acute decompensated heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 675-683. [Pubmed]
19. Bart BA, Goldsmith SR, Lee KL, Givertz MM, O'Connor CM, Bull DA, Redfield MM, Deswal A, Rouleau JL, LeWinter MM, Ofili EO, Stevenson LW, Semigran MJ, Felker GM, Chen HH, Hernandez AF, Anstrom KJ, McNulty SE, Velazquez EJ, Ibarra JC, Mascette AM, Braunwald E; Heart Failure Clinical Research Network. Ultrafiltration in decompensated heart failure with cardiorenal syndrome. *N Engl J Med* 2012; 367: 2296-2304. [Pubmed]
20. Fincher ME, Campbell HT, Sklar AH, Caruana RJ, Lightfoot BO, Cheek PL, Smith KL, Hess CP. Atrial natriuretic peptide (ANP) is removed by peritoneal dialysis in humans. *Adv Perit Dial* 1989; 5: 16-19. [Pubmed]
21. Nakayama M. Nonuremic indication for peritoneal dialysis for refractory heart failure in cardiorenal syndrome type II: review and perspective. *Perit Dial Int* 2013; 33: 8-14. [Pubmed]
22. François K, Ronco C, Bargman JM. *Blood Purif* 2015; 40: 45-52 [Pubmed]
23. Sánchez JE, Ortega T, Rodríguez C, Díaz-Molina B, Martín M, García-Cueto C, et al. Efficacy of peritoneal ultrafiltration in the treatment of refractory congestive heart failure. *Nephrol Dial Transplant*

2010; 25: 605-610. [Pubmed]

26. Sánchez JE, Rodríguez C, González I, Fernández-Viña A, Núñez M, Peláez B: Analysis of the advantages of peritoneal dialysis in the treatment of chronic refractory heart failure. *Nefrologia* 2010; 30: 487-489. [Pubmed]

31. Ruhi Ç, Koçak H, Yavuz A, Süleymanlar G, Ersoy FF: Use of peritoneal ultrafiltration in the elderly refractory congestive heart failure patients. *Int Urol Nephrol* 2012; 44: 963-969. *¿*

32. Kunin M, Arad M, Dinour D, Freimark D, Holtzman EJ: Peritoneal dialysis in patients with refractory congestive heart failure: potential prognostic factors. *Blood Purif* 2013; 35: 285-294. *¿*

33. Núñez J, González M, Miñana G, Garcia-Ramón R, Sanchis J, Bodí V, Núñez E, Puchades MJ, Palau P, Merlos P, Llàcer A, Miguel A: Continuous ambulatory peritoneal dialysis as a therapeutic alternative in patients with advanced congestive heart failure. *Eur J Heart Fail* 2012; 14: 540-548. [Pubmed]

35. Koch M, Haastert B, Kohnle M, Rump LC, Kelm M, Trapp R, Aker S: Peritoneal dialysis relieves clinical symptoms and is well tolerated in patients with refractory heart failure and chronic kidney disease. *Eur J Heart Fail* 2012; 14: 530-539. [Pubmed]

36. Takane H, Nakamoto H, Arima H, Shoda J, Moriwaki K, Ikeda N, Kobayashi K, Kanno Y, Sugahara S, Okada H, Suzuki H: Continuous ambulatory peritoneal dialysis is effective for patients with severe congestive heart failure. *Adv Perit Dial* 2006; 22: 141-146. [Pubmed]

37. Lu R, Muciño-Bermejo MJ, Ribeiro LC, Tonini E, Estremadoyro C, Samoni S, Sharma A, Zaragoza Galván Jde J, Crepaldi C, Brendolan A, Ni Z, Rosner MH, Ronco C. Peritoneal dialysis in patients with refractory congestive heart failure: a systematic review. *Cardiorenal Med* 2015; 5: 145-156 [Pubmed]

38. Martínez L, Bande JJ, Martín M, Sánchez JE, Fidalgo A, Díaz B, Lambert JL, Morís de la Tassa C. Papel de la diálisis peritoneal sobre el remodelado de ventrículo izquierdo en pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria. *Rev Esp cardiol* 2015; 68; Extraordinario 1

39. Shirazi LF, Bissett J, Romeo F, Mehta JL. Role of Inflammation in Heart Failure. *Curr Atheroscler Rep* 2017; 19: 27 [Pubmed]

40. Hedau S, Chakravarthi R, Reddy V. Ultrafiltration by Peritoneal Route in Refractory Chronic Congestive Cardiac Failure. *Indian J Nephrol* 2018; 28: 298-302 [Pubmed]

41. Zemel D, Imholz AL, de Waart DR, Dinkla C, Struijk DG, Krediet RT, et al. Appearance of tumor necrosis factor-alpha and soluble TNF-receptors I and II in peritoneal effluent of CAPD. *Kidney Int.* 1994;46:1422-30

42. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, LeJemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, Berkowitz RL, Galvao M, Horton DP; ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J* 2005; 149: 209-216. [Pubmed]

43. Gheorgiade M, Konstam M, Burnett J, et al. Short term clinical effects of tolvaptan, an oral vasopressin antagonist in patients hospitalized for heart failure. The Everest clinical status trials. *JAMA* 2007; 297: 1332-1343. [Pubmed]

44. Kazory A, Ross E. Contemporary trends in the pharmacological and extracorporeal management of heart failure: A Nephrologic perspective. *Circulation* 2008;117:975-83. [Pubmed]

45. Courivaud C, Kazory A. Can we treat fluid overload with fluid? Role of peritoneal dialysis in management of heart failure. *Eur J Heart Fail* 2012; 14: 461-463. [Pubmed]

46. Cases A, Ojeda R, Portolés J. Insuficiencia cardíaca en la enfermedad renal y déficit de hierro: importancia de la feroterapia.. Nefrología 2017; 37: 587-591. [Pubmed]
47. Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Refractaria con Diálisis Peritoneal Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud. ISBN 978-84-615-6690-7 depósito legal: M-3290-2012.
48. Ortega R, Ginés P. Ascitis en la cirrosis hepática. Med Integr 2001;38:49-51
49. Guevara M, Arroyo V. Avances en la fisiopatología y tratamiento del síndrome hepatorenal Nefrologia Sup Ext 2013; 4:4-10.
50. Ros Ruiz S, Gutiérrez Vilchez E, García Frías TP, Martín Velázquez TM, Blanca Martos L, Jiménez Salcedo T, Hernández Marrero D. Papel de la Diálisis peritoneal en el tratamiento de las ascitis. Nefrologia 2011; 31:648-655 [Pubmed]
51. Howard CS, Teitelbaum I. Renal replacement therapy in patients with chronic liver disease. Semin Dial 2005; 18: 212-216. [Pubmed]
52. Chaudhary K, Khanna R. Renal replacement therapy in end-stage renal disease patients with chronic liver disease and ascites: role of peritoneal dialysis. Perit Dial Int 2008; 28: 113-117. [Pubmed]
-