

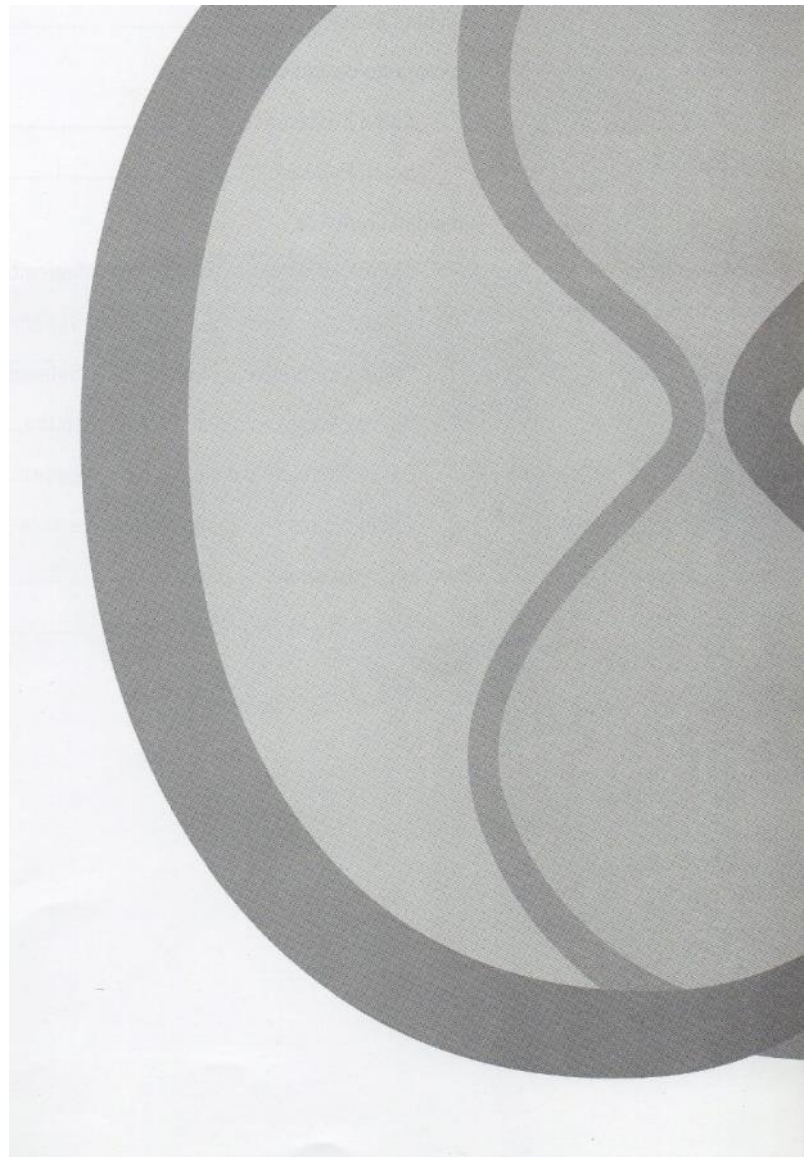


VIII Congreso **Uruguayo** de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN - Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay





VIII Congreso **Uruguayo** de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Ben Szpinak
Presidente

Dr. Arturo Altuna

Dra. Raquel Arregui

Dr. José Boggia

Dra. Beatriz Gelabert

Dr. Raúl Mizraji

Dra. Gabriela Ottati

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Hena Caorsi
Presidente

Dr. Carlos Dufrechou

Dr. Juan Fernández Cean

Dr. Alejandro Ferreiro

Dra. Liliana Gadola

Dr. Francisco González

Dra. Pilar Varela

COMITÉ ENFERMERÍA

Lic. Miriam Tritten

Lic. Mary Pérez

AUSPICIOS

Academia Nacional de Medicina

Colegio de Enfermeras del Uruguay

Escuela de Graduados

Facultad de Enfermería

Facultad de Medicina

Federación Médica del Interior

Fondo Nacional de Recursos

Ministerio de Salud Pública

Sindicato Médico del Uruguay

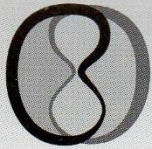
Sociedad de Medicina Interna del Uruguay

Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial

Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva

Sociedad Uruguaya de Transplantes

**Declarado de Interés Turístico por
el Ministerio de Turismo y Deporte según
Expediente N° 2012 01868**



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel, Uruguay

Índice

Autoridades	1
Auspicios.....	1
Invitados Extranjeros.....	3
Actividad Social	3
Cronograma de Actividades	
Salón Conference	4
Salón Picasso	5
Actividad Científica	
Salón Conference - Jueves 27 de Setiembre	6
Salón Conference - Viernes 28 de Setiembre	8
Salón Conference - Sábado 29 de Setiembre	10
Salón Picasso - Jueves 27 de Setiembre.....	12
Salón Picasso - Viernes 28 de Setiembre.....	15
Salón Picasso - Sábado 29 de Setiembre.....	16
Información General.....	21
Resúmenes de trabajos presentados.....	22

VIII Congreso **Uruguayo** de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay



INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. Emmanuel Burdmann (Brasil)

Dr. Josep Cruzado (España)

Dr. Eduardo Ducasse (Argentina)

Dr. Fernando Fervenza (USA)

Dra. Vesna Garovic (USA)

Lic. Aline Gullo (Brasil)

Dra. Marie Hogan (USA)

Lic. Yolanda Ibacache (Chile)

Dr. Nelson Leung (USA)

Dra. Dawn Milliner (USA)

Dr. Marcelo Orias (Argentina)

Dr. Biff Palmer (USA)

Dr. Roberto Pecoits-Filho (Brasil)

Dr. Helmut Rennke (USA)

Dr. Sanjeev Sethi (USA)

Dr. Ulrich Specks (USA)

Dr. Stephen Textor (USA)

ACTIVIDAD SOCIAL

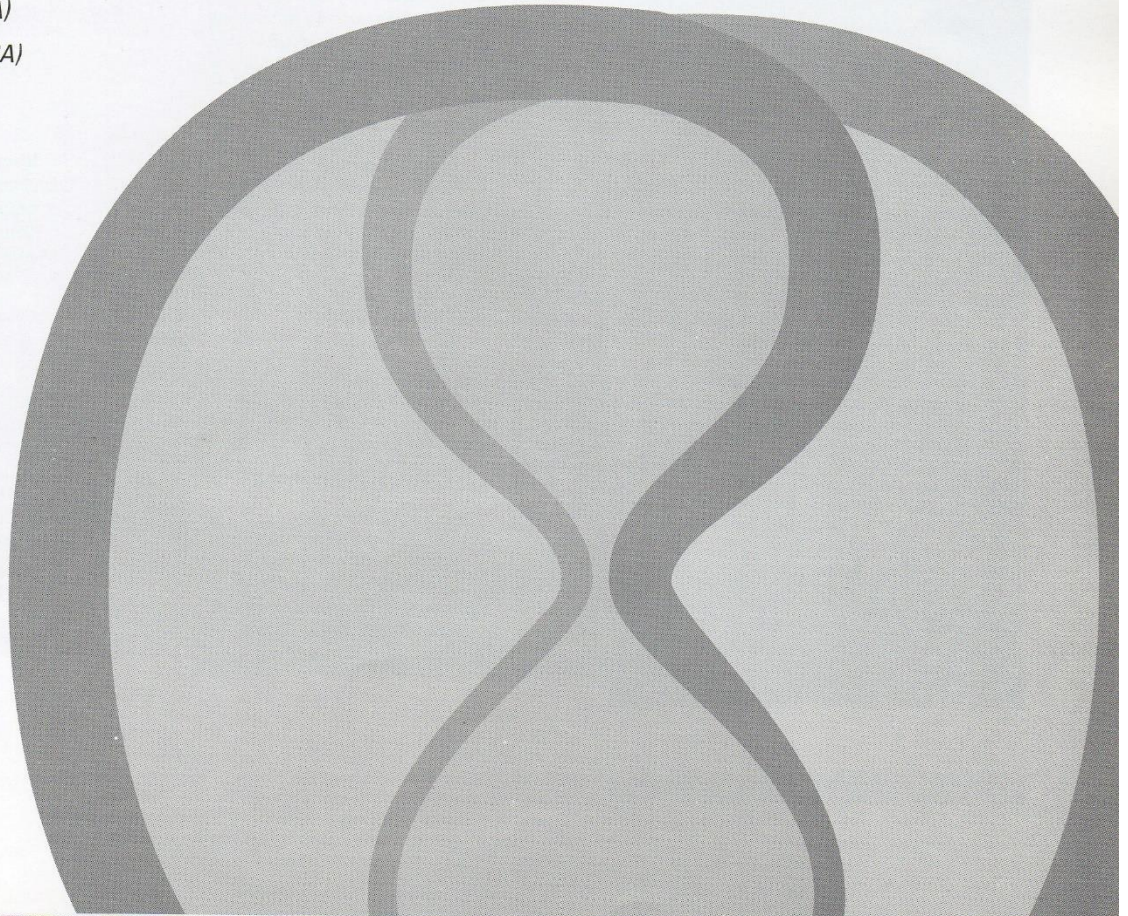
Cóctel de Bienvenida

Día: Jueves 27 de Setiembre de 2012

Hora: 21.30

Lugar: Club de Golf (Br. Artigas 379)

Auspician: Baxter – Abbott - Nipro





VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo

XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - SALÓN CONFERENCE

Jueves 27 de Setiembre		Viernes 28 de Setiembre		Sábado 29 de Setiembre	
SALA ABBOTT		SALA BAXTER			
07:30 - 08:30	Inscripciones			08:00 - 09:00	Historias Clínicas Comentadas Trasplante (Recidiva Trasplante)
08:30 - 10:30	Foro Nefrológico Historias Clínicas Comentadas Coordinador: Dr. Arturo Altuna Secretaria: Dra. Cristina Verdaguer	08:00 - 10:00	Mesa Glomerulonefritis membranoproliferativa Coordinador: Dr. Nelson Acosta Secretaria: Dra. Virginia Coria Participantes: Dres. Sanjeev Sethi (USA), Fernando Ferenza (USA), Helmut Rennke (USA), Nelson Acosta, Virginia Coria	09:00 - 10:00	Foro Nefrológico Coordinadores: Dr. Francisco González, Dra. Gabriela Ottati
		10:00 - 10:15	Descanso	10:00 - 10:30	Descanso
10:30 - 11:00	Descanso	10:15 - 12:15	Mesa Glomerulopatías Coordinadora: Dra. Gabriela Ottati Secretaria: Dra. Jimena Cabrera Participantes: Dres. Liliana Gadola, Fernando Ferenza (USA), Gabriela Ottati	10:30 - 12:30	Mesa - Auspicio: SUHA Hipertensión Coordinador: Dr. José Boggia Secretaria: Dra. María del Carmen Fontans Participantes: Dres. Stephen Textor (USA), Emma Schwedt, José Boggia, Marcelo Orias (Argentina), Biff Palmer (USA)
11:00 - 13:00	Mesa Aspectos de prevención y manejo de la injuria renal aguda Coordinadora: Dra. Pilar Varela Secretaria: Dra. Rossana Astesiano Participantes: Dres. Emmanuel Burdmann (Brasil), Raúl Lombardi, Alejandro Ferreiro	12:15 - 12:30	Descanso	12:30 - 14:00	Intervalo
13:00 - 13:45	Conferencia Abbott Avances en fisiopatología y tratamiento de las alteraciones del metabolismo óseo mineral en la enfermedad renal crónica Dra. Inés Olaizola	12:30 - 13:45	Conferencias Disregulación podocitaria en la preeclampsia Enfermedades glomerulares en el embarazo. Diagnóstico y tratamiento Dra. Vesna Garovic (USA) Presidente: Dr. Raúl Mizraji		
13:45 - 14:00	Lunch Cortesía Laboratorio Abbott	13:45 - 14:00	Intervalo		
14:00 - 16:00	Mesa Hemodiálisis Coordinadora: Dra. Asunción Alvarez Secretaria: Dra. Graciela Baldovinos Participantes: Dres. Carlota González, Nieves Campistrús, Emma Schwedt, Eduardo Ducasse (Argentina)	14:00 - 16:00	Mesa Trasplante Coordinador: Dr. Marcelo Nin Secretaria: Dra. Melania Kurián Participantes: Dres. Josep Cruzado (España), Francisco González, Sergio Orihuela, Marcelo Nin, Nelson Dibello	14:00 - 16:00	Mesa Discrasias plasmocitarias Coordinadora: Dra. Beatriz Gelabert Secretaria: Dra. Cristina Fernández Participantes: Dres. Helmut Rennke (USA), Gabriel Borelli, Nelson Leung (USA)
16:00 - 16:30	Descanso	16:00 - 16:30	Descanso	16:00 - 16:30	Descanso
16:30 - 18:30	Mesa Vasculitis Coordinadora: Dra. Hena Caorsi Secretaria: Dra. Alicia Petraglia Participantes: Dres. Hena Caorsi, Oscar Noboa, Nelson Acosta, Ulrich Specks (USA)	16:30 - 17:15	Simposio Baxter Diálisis peritoneal, carga de glucosa y riesgo cardiovascular Dra. Angela Rivera (Colombia) Coordinador: Dr. Daniel Pérez	16:30 - 18:30	Mesa Nefropediatría Coordinadora: Dra. Anabella Rébora Secretaria: Dra. Virginia Ramela Participantes: Dres. Dawn Milliner (USA), Mary Velasco, Rosario Satriano, Felipe Scivoli
18:30 - 19:30	Conferencia Apertura Enfermedad poliquística del adulto en el 2012 Dra. Marie Hogan (USA) Presidente: Dr. Ben Szpinak	17:15 - 19:15	Mesa Peritoneal Coordinador: Dr. Daniel Pérez Secretaria: Dra. Alicia Sans Participantes: Dres. Roberto Pecoits Filho (Brasil), Liliana Gadola, Juan Daputo	18:30 - 19:00	Ceremonia de Clausura Entrega de Premios
21:30	Cóctel de Bienvenida - Club de Golf				

VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - SALÓN PICASSO

Jueves 27 de Setiembre		Viernes 28 de Setiembre		Sábado 29 de Setiembre	
SALA NIPRO		JORNADAS ENFERMERÍA		SALA NIPRO	
07:30 - 08:30	Inscripciones	08:00 - 08:10	Apertura de las Jornadas <i>Lic. Miriam Tritten</i>		
		08:15 - 09:00	Curso Gestión de calidad y seguridad		
		09:00 - 09:30	Conferencia Etica, calidad de gestión y seguridad asistencial		
		09:30 - 10:00	Conferencia Calidad y seguridad		
		10:00 - 10:30	Conferencia Calidad y seguridad en el manejo de accesos vasculares		
		10:30 - 11:00	Descanso		
		11:00 - 12:00	Panel Gestión de calidad y prácticas seguras en Nefrología		
		12:00 - 13:00	Simposio Normas actualizadas de diálisis en el Mercosur		
13:00 - 14:15	Presentación E-posters	13:00 - 14:00	Intervalo	12:30 - 14:30	Presentación E-posters
		14:00 - 15:00	Mesa Redonda Rol de Enfermería en la Seguridad de Nefrología		
		15:00 - 16:00	Simposio NIC-NOC en seguridad en diálisis peritoneal		
		16:00 - 16:30	Descanso		
		16:30 - 17:00	Casos Clínicos		
		17:00 - 18:00	Conferencia Mente sana, cuidados seguros		
		18:00 - 18:30	Entrega de evaluación y sugerencias Entrega de premios y certificados		
				18:30 - 19:00	Ceremonia de Clausura - Salón Conference Entrega de Premios
21:30	Brindis de Bienvenida - Club de Golf				



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo

XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

SALÓN NIPRO

PICASSO

JUEVES 27 DE SETIEMBRE

13.00 – 14.15

SECTOR A

Presentación E-posters

Nefropediatría, Nefrología Clínica

Comentadores: *Dr. Carlos Dufrechou, Dra. Marina Caggiani, Dra. Alicia Petraglia*

13.00 – 13.05 **Nº9 REFLUJO VESICO URETERAL Y DAÑO RENAL EN MENORES DE 5 AÑOS.**

Rébori A, Velasco M, Ramela V, Caggiani M.

Unidad de Nefrología Pediátrica de ASSE. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay

13.05 – 13.10 **Nº34 LITIASIS URINARIA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS**

Halty M, Caggiani M, Giachetto G.

Clínica Pediátrica C. Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell

13.10 – 13.15 **Nº20 INICIO DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL DURANTE LA GESTACIÓN. ANÁLISIS DE 15 EMBARAZOS ASISTIDOS EN UN ÚNICO CENTRO**

Silvariño R, Larre Borges P, Brovia S, Santiago J, Gadola L, González F, Noboa O

13.15 – 13.20 **Nº24 IMPORTANCIA DE LA PROLIFERACION EXTRACAPILAR INFERIOR AL 30% EN LA NEFROPATIA IgA**

Ríos P, Gelabert B, Aunchayna M, Alba A, Gadola L, Panuncio A, Noboa O, Rabaza V, Gonzalez F.

Servicio de Nefrología del Hospital Maciel. Centro de Nefrología Hospital de Clínicas. Servicio de Nefrología Hospital Policial. Montevideo. Uruguay.

13.20 – 13.25 **Nº26 MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE LA NEFROPATÍA LÚPICA DURANTE LA GESTACIÓN**

De Los Santos C, Zubiaurre V, Silvariño R, Guirado M, Cora M, Alonso C, Stevenazzi M, Conselo E, Sosa L

13.25 – 13.30 **Nº47 ANALISIS DE LA NEFROPATIA LUPICA EN EL URUGUAY. EN REPRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE GLOMERULOPATIAS.**

Ottati G, Garau M, Noboa O, Gadola G, Caorsi H, Gonzalez F.

13.30 – 13.35 **Nº50 EVOLUCION DE FUNCION RENAL Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON MIELOMA MULTIPLE E INSUFICIENCIA RENAL**

Gelabert B, Borelli G, Rabaza V, Ríos P, Sauer J, De Giuda R, Gabús R

Servicios de Nefrología y Hematología. Hospital Maciel. Uruguay

13.35 – 13.40 **Nº55 LUPUS EN EL HOMBRE, EXPERIENCIA EN URUGUAY**

Álvarez A, Urrestarazú A, Coitiño, Robaina R, Ottati G.

13.40 – 13.45 **Nº57 NEFROPATIA LÚPICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 50 PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN UN ÚNICO CENTRO, HOSPITAL DE CLINICAS.**

Geido D, San Roman S, Silvariño R, Ottati G, Noboa O.

Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

13.45 – 13.50 **Nº63 ANALISIS RETROSPECTIVO DE NEFROPATÍA IgA EN URUGUAY**

Cabrera J, Ottati G, Acosta N, Autchaina M, Melessi S, Panuncio A, Dibello N, García F, Petraglia A, Verdaguer C, Varela F, García M, Ríos P, Gelabert B, Santiago J, Arregui B, Noboa O, Garau M, González F, Gadola L

En nombre de todos los participantes del Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG), Uruguay.

VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay



13.50 – 13.55 **N°69 NEFROPATIA IgA CON CREATININEMIA DE 2.5 mg/dl Y EL PUNTO DE NO RETORNO.**
Cabrera J, Otatti G, Acosta N, Auntchaina M, Panuncio A, Melessi S, Ríos P, Gelabert B, Verdaguer C, Chá M, Dibello N, Santiago J, García F, Petraglia A, Varela F, García M, Cuña P, Arregui R, Szpinak B, Brovia S, Antúnez M, Desiderio G, Vilaro L, Mizraji, Burgos C, Maino A, Ballardini Sylvia, Operti A, Marton S, Borggini P, Garau M, González C, Noboa O, Gadola L, González F.

Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías.

13.55 – 14.00 **N°74 INDICADORES PRONÓSTICOS Y EVOLUCIÓN DE LAS DISCRASIAS PLASMOCITARIAS CON COMPROMISO DE LA FUNCIÓN RENAL.**

Dafonseca F, Leyun MN, Petraglia A, Olaizola I, Ferreiro A.

Dpto. de Nefrología de CASMU-IAMPP. Montevideo, Uruguay.

13.00 – 14.15

SECTOR B

Presentación E-posters

Epidemiología

Comentadores: *Dr. Juan Nin, Dra. Laura Solá, Dr. Pablo Ríos*

13.00 – 13.05 **N°18 ESTUDIO SOBRE AUSENTISMO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA**

Chassale L, Lemaire P.

Dpto. Salud Renal Hospital Evangélico, Montevideo, Uruguay

13.05 – 13.10 **N°23 IMPORTANCIA DE LA ALBUMINURIA EN LA PROGRESION DE LA NEFROPATIA DIABETICA**

Ríos P, Schwedt E, Noboa O, Solá L, Daglio M, Etchegaray V, Gadola L, Lamadrid V, Canzani O, Mazzuchi N.

Programa de Salud Renal de Uruguay.

13.10 – 13.15 **N°29 FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO ¿CUÁNTO APORTA A NIVEL POBLACIONAL EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR ENCIMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA Y OTROS FACTORES DE RIESGO VASCULAR?**

Boggia J, Sandoya E, Staessen J y Schwedt E.

Asociación Española Primera en Salud-Depto. de Cardiología, Universidad de la República- Centro de Nefrología y Depto. de Fisiopatología.

13.15 – 13.20 **N°30 RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL EXTREMA Y MUERTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA**

Sola L, De Souza N, Ríos P, Schwedt E, Lamadrid V, Canzani O, Mazzuchi N

Programa de Salud Renal. Montevideo, Uruguay

13.20 – 13.25 **N°41 GENOTIPO FENOTIPO Y AMBIENTE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL URUGUAY. (GEFA-HT-UY). Inicio de un estudio de cohorte**

Arce F, Robaina S, Sottolano M, Lujambio I, Da Rosa A, Flores M, Márquez M, Garau M, Noboa O, Olascoaga A, Luzardo L, Boggia J.

13.25 – 13.30 **N°42 PRESIÓN AÓRTICA CENTRAL Y RIGIDEZ ARTERIAL EN LA COHORTE GEFA-HT-UY. Reporte de los primeros cuatro meses.**

Sottolano M, da Rosa A, Lujambio I, Arce F, Robaina S, Flores M, Márquez M, Garau M, Noboa O, A.Olascoaga, Boggia J, Luzardo L.

13.30 – 13.35 **N°45 PERCEPCION DE LOS USUARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA POLICLINICA DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA**

Michelin M, Flores J, Ríos P

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

13.35 – 13.40 **N°48 OPTIMIZAR LA GESTION DEL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE CLINICAS EN EL PERIODO 2012-2015.**

Chá M, Lacasa M, Collazo L, Mures M.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

- 13.40 – 13.45 **N°49 IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE CALIDAD EN UN MODELO DE GESTION DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIALISIS. HOSPITAL ESPAÑOL – URUGUAY**
fagundez a, alvarez a, acuña p.
Hospital Español
- 13.45 – 13.50 **N°51 IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE GESTION EN LA REALIZACION DE ACCESOS VASCULARES EN DIÁLISIS.**
Álvarez A, Paz F, Figoli L, Dutto G, Fagundez A, Acuña P, Ottati G, Baldovinos G, Pinato M, Acuña G, Kurdian M, Robaina R.
HOSPITAL ESPAÑOL MONTEVIDEO URUGUAY
- 13.50 – 13.55 **N°58 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL EN POBLACIÓN LABORALMENTE ACTIVA DE MONTEVIDEO**
Alvarez M, Canzani O, De Souza N, Fort Z, Gadola L, Lamadrid V, Mateo M, Mazzuchi M, Piñeyro C, Piñeyro M, Ríos P, Solá L, Schwedt E, Vodanovich V.
Clínicas Preventivas-Digesa-MSP. Programa de Salud Renal. Uruguay.
- 13.55 – 14.00 **N°59 ANÁLISIS DEL IMPACTO DE INDICADORES SOCIOECONÓMICOS Y DE DESARROLLO HUMANO EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL EXTREMA EN URUGUAY**
Ferreiro A, Fernández-Cean J, González Bedat C, Schwedt E.
Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). Montevideo. Uruguay
- 14.00 – 14.05 **N°60 EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS DE PACIENTES EN DIÁLISIS LUEGO DE IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO PARA ESTIMULACIÓN CARDÍACA PERMANENTE**
Ferreiro A, Vanerio G, González C, Schwedt E.
Registro Uruguayo de Diálisis. CASMU-IAMPP. Montevideo. Uruguay.
- 14.05 – 14.10 **N°61 EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD E IMPACTO ASISTENCIAL DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA**
Barberán M, Poggio V, Miotti M, Herou A, Petraglia A, Olaizola I, Ferreiro A.
Departamento de Nefrología. CASMU– IAMPP. Montevideo Uruguay

VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay



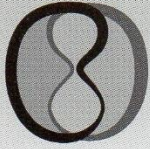
SALÓN

PICASSO

VIERNES 28 DE SETIEMBRE

XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

- 08.00 - 08.10 **Apertura de las XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología**
Presidente: *Lic. Miriam Tritten*
- 08.15 - 09.00 **Curso**
Gestión de Calidad y Seguridad.
Lic. Alicia Cabrera
- 09.00 - 09.30 **Conferencia**
Ética, calidad de gestión y seguridad asistencial.
Lic. Isabel Catoni (Chile)
- 09.30 - 10.00 **Conferencia**
Calidad y seguridad
Lic. Yolanda Ibacache (Chile)
- 10.00 - 10.30 **Conferencia**
Calidad y seguridad en el manejo de accesos vasculares
Lic. Joanna Richards
- 10.30 - 11.00 **Descanso**
- 11.00 - 12.00 **Panel**
Gestión de Calidad y Prácticas Seguras en Nefrología
Nefroprevención: *Lic. María Miotti*
Hemodiálisis: *Lic. Miriam Tritten*
Diálisis Peritoneal: *Lic. Soledad Fumero*
Trasplante Renal: *Lic. Gabriela López*
- 12.00 - 13.00 **Simposio**
Normas actualizadas de Diálisis en el Mercosur.
Lic. Aline Gullo (Brasil), Lic. Silvia Sánchez, Lic. Paulina Espoz Lara (Chile), Lic. Mónica Samudio
- 13.00 - 14.00 **Intervalo**
- 14.00 - 15.00 **Mesa Redonda**
Rol de Enfermería en la Seguridad en Nefrología
Educación herramienta de seguridad en la gestión
Lic. Susana Marcos (Argentina)
Gestión y seguridad en servicios de nefrología: RRHH
Lic. Uber Amador
Bioseguridad en nefrología
Lic. Laura Uturbey
- 15.00 - 16.00 **Simposio**
NIC- NOC en Seguridad en diálisis peritoneal
Lic. Fátima Mastandrea, Lic. Gabriela López, Lic. Roxanna Laborde, Lic. Carla Poggi
- 16.00 - 16.30 **Descanso**
- 16.30 - 17.00 **Presentación de Casos Clínicos**
Anorexia e I.R.C
Lic. María Rosa Vener, Lic. Nancy Irigaray, Lic. Zulma Grampín
Helmintiasis en el paciente renal
Lic. Dalia Bastos, Lic. Alberto Barrios, Lic. Zully Pasos
- 17.00 - 18.00 **Conferencia**
Mente sana, cuidados seguros
Lic. Marcelo Arenas (Argentina)
- 18.00 - 18.30 **Entrega de Evaluación y Sugerencias. Entrega de premios y certificados.**



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

SALÓN NIPRO

PICASSO

SÁBADO 29 DE SETIEMBRE

12.30 – 14.30

SECTOR A

Presentación E-posters

Trasplante, Insuficiencia Renal Aguda, Nefrología Clínica, Casos Clínicos

Comentadores: *Dra. Evelyn Wibmer, Dra. Lilián Curi, Dra. Melania Kurdián,
Dr. Alejandro Operti, Dr. Raúl Mizraji*

12.30 – 12.35

N°1 EXPERIENCIA ESPAÑOLA EN TRASPLANTE CRUZADO Y EN CADENA

*Machado D 1, Guirado L 1, Breda A 1, Osuna A 2, Cozar JM 2, Dieckman F 3,
Alcaraz A 3, Selgas R 4, de la Peña J 4, Valentín M 5, Matesanz R 5*

(1) Fundació Puigvert, Barcelona (2) Hospital Virgen de las Nieves, Granada (3) Hospital Clínic,
Barcelona (4) Hospital La Paz, Madrid (5) Organización Nacional de Trasplantes, Madrid. España

12.35 – 12.40

N°10 PREACONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO EN LA INJURIA RENAL AGUDA

Luzardo L, Gadola L, Ripoll E, Franquesa M, Herrero I, Lloberas N, Grinyo JM, Torras J.
Departamento de Fisiopatología, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay
Laboratorio de Nefrología Experimental. IDIBELL. Universitat de Barcelona. Barcelona, España

12.40 – 12.45

N°28 PAPEL DEL RE TRASPLANTE RENAL EN LA EVOLUCIÓN DEL INJERTO

Orihuela S, Manzo L, Curi L, Gonzalez Martinez, F
Instituto de nefrología y urología (INU) Uruguay

12.45 – 12.50

N°33 IMPACTO TERAPEUTICO DE DIFERENTES INTERVALOS POSOLOGICOS DE CsA

Tobal D1; Caligaris L2; Gadola L1; Maldonado C2.

1- Centro de Nefrología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo Uruguay
2-Unidad de Monitoreo de Medicamentos del Hospital de Clínicas - Departamento de Ciencias
Farmacéuticas de la Facultad de Química. Responsables: Dra. Marta Vázquez - Dr. Pietro Fagiolino

12.50 – 12.55

N°43 MONITOREO DE ANTICUERPOS HUMAN LEUCOCYTE ANTIGEN EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL EN URUGUAY 2012

Toledo N, Alvarez I, Bengochea M, Carretto E, Abilleira D, Silva E, Cabrera A, Sosa M, Picón M.
Laboratorio de Inmunogenética e Histocompatibilidad del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de
Células Tejidos y Órganos (INDT). Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Ministerio de Salud
Pública, Uruguay.

12.55 – 13.00

N°56 NEUROTOXOPLASMOSIS EN UNA PACIENTE TRASPLANTADA RENAL

*Acuña G, Magalhaes G, Valiño J, Medina J, Tarigo A, Prieto J, Burgstaller E, Rodríguez R,
Wibmer E, Dibello N.*

Mutualista Hospital Evangélico (Montevideo) – Cooperativa Médica de Rocha (Rocha).

13.00 – 13.05

N°68 ACIDOSIS METABÓLICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

Astesiano R, Kurdián M, Seija M, Baccino C, Nin M, Gadola L.

Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR

13.05 – 13.10

N°71 EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE RENAL EN URUGUAY DESDE SU INICIO (1969).

*González-Martínez F, Orihuela S, Alvarez I, Dibello N, Curi L, Wimber E, Nin M, Bengochea M,
Toledo R, Mizraji R, Nesse E, Silva W, Lopez D, Balboa O, Porto D, Zeballos J, Silva, W.*
Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDT) y equipos de Trasplante renal (TR): S. Americano, H de
Clínicas, H Evangélico, Instituto de Nefrología y Urología. Comisión de Registro de Trasplante Renal.

VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay



- 13.10 – 13.15 **N°72 EVOLUCIÓN DE FUNCIÓN RENAL LUEGO DE RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS TRATADO CON PLASMAFÉRESIS E INMUNOGLOBULINA HUMANA EN EN TRASPLANTE RENAL.**
Curi L, Gonzalez-Martínez F, Curi L, González-Carballido G, Kurdian M, Toledo R, Orihuela S, Alvarez I, Coria V, Acosta N, Nin M, Nuñez N, Manzo L.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Universidad de la República e Instituto de Nefrología y Urología, Instituto de Donación y Trasplante, Cátedra de Hemoterapia-Hospital de Clínicas, Unidad de Hemoterapia, H Maciel. Montevideo, Uruguay.
- 13.15 – 13.20 **N°73 TRASPLANTE RENAL ANTICIPADO. EXPERIENCIA DE UN EQUIPO.**
González-Martínez F, Curi L, González-Carballido G, Orihuela S, Nuñez N, Manso L, Kurdián M, Larre Borges P, Nin M.
Instituto de Nefrología y Urología-Trasplante Renal (INU-TR)
- 13.20 – 13.25 **N°13 ANÁLISIS METABÓLICO CON ESPECTROSCOPIA DERESONANCIA MAGNÉTICA EN MODELO EXPERIMENTAL DE DAÑO RENAL AGUDO DE ORIGEN SEPTICO**
Nicolás Nin1,2,3, Jose Luis Izquierdo4, Pablo Cardinal1, Yeny Rojas1, Leticia Martinez-Caro1,3, Jesús Ruiz Cabello4, Andrés Esteban1,3, José Angel Lorente1,3
1Hospital Universitario de Getafe, Madrid. 2. Depto de Fisiopatología, Udelar, Montevideo. 3. CIBER de Enfermedades Respiratorias, CIBERES, Madrid, 4. Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, CNIC, Madrid. ESPAÑA, URUGUAY
- 13.25 – 13.30 **N°16 FACTORES ASOCIADOS Y PRONÓSTICO DE ENFERMOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA QUE DESARROLLAN FRACASO RENAL AGUDO**
Nicolás Nin1,2, Antonia García3, Pamela Enrique4, Helena Meiss4, Cristina Santos3, Pedro Alzugaray3, Javier Hurtado1,5
1. Depto de Fisiopatología, UDELAR, 2 CIBERES, Madrid 3. Laboratorio de Exploración Funcional Respiratoria. CTI Hospital de Clínicas. 4 CTI Hospital Policial. 5 CTI Hospital Español. URUGUAY, ESPAÑA
- 13.30 – 13.35 **N°17 INJURIA RENAL AGUDA (IRA) EN MEDICINA INTENSIVA**
Tenzi J, Tommasino N, Peña M, Alvarez A, Ottati G
Hospital Español J J Crottogini, Montevideo, Uruguay
- 13.35 – 13.40 **N°66 INJURIA RENAL AGUDA EN LA UCI. Experiencia en el uso de Hemodiálisis extendida**
Baccino C, Astesiano R, Seija M, Romero J, Ottati G, Noboa O, González F.
Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.
- 13.40 – 13.45 **N°19 SINDROME URÉMICO-HEMOLÍTICO ATÍPICO**
Silvariño R, Cuadro R, Canzani O, Pérez G, Acosta N, Méndez E, Noboa O
Sanatorio Americano, COMEF, Nefrología Hospital de Clínicas
- 13.45 – 13.50 **N°32 DEBUT DE PURPURA DE SCHONLEIN HENOCH DURANTE EL EMBARAZO**
Canon A, Marquez M, Saez L, Tobal D
Centro de Nefrología, Cátedra de Dermatología, Cátedra de Anatomía Patológica. Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Facultad de Medicina Montevideo, Uruguay
- 13.50 – 13.55 **N°36 HIPEROXALURIA PRIMARIA EN 3 HERMANOS**
Halty M, Caggiani M, Noboa O
- 13.55 – 14.00 **N°62 OXALOSIS SISTEMICA**
Orihuela L, Urrestarazú A, Lopez D, Kurdian M, Pereyra A, Cabrera J, Coitiño R, Fostik J, Nin M, Gadola L, Gonzalez Martinez F, Noboa O
Unidad de Trasplante, Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Universidad de la República
- 14.00 – 14.05 **N°64 INSUFICIENCIA RENAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA POR ESTENSIS UNILATERAL DE LA ARTERIA RENAL.**
M Varela, F Garcia, N Dell'Oca, R Coitiño, A Pastorino, C Verdaguer.
Caso clínico Asociación Española (Uruguay) Junio 2011.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

- 14.05 – 14.10 **N°11 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CRONICA CON NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**
Leyún M, Labella M, Vázquez G, Echenique M, Carzoglio J, Mansilla M, Lima E, Ballesté R, Sehabiague C, Ferreiro A, Solá L
CASMU-IAMPP, Montevideo, Uruguay
- 14.10 – 14.15 **N°44 NEFROPATIA IGA: CURSO EVOLUTIVO A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO**
R.Coitiño, F. Varela, F. García
Asociación Española (uruguay) noviembre de 2011
- 14.15 – 14.20 **N°53 GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA TIPO II: ENFERMEDAD POR DEPÓSITOS DENSOS. GLOMERULOPATIA POR C3. Reporte de un caso clínico**
Cabrera J, Ottati J, Panuncio A, Melessi S, Balardini S, Romero J, Marton S, Verocay L, Gelber C, Fostik J, Gadola L, Noboa O, González F.
Centro de Nefrología y Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR Montevideo, Uruguay.
- 14.20 – 14.25 **N°67 GLOMERULONEFRITIS SEMILUNAR EN MIELOMA MÚLTIPLE: A PROPOSITO DE UN CASO**
Dras. Fernández C, Gelabert B, Gelber C, Varela P, Aunchayna M, Larre Borges A.
Servicio de Nefrología, Anatomía Patológica y Clínica Médica 3. Hospital Maciel, Uruguay
- 14.25 – 14.30 **N°70 Plasmaferesis en vasculitis ANCA C +**
Romero J, León L, Ottati G, Maino A
Hospital de Clínicas, Montevideo

12.30 – 14.30

SECTOR B

Presentación E-posters

Dialisis Peritoneal, Hemodiálisis crónica

Comentadores: *Dr. Juan Fernández Cean, Dra. Liliana Chifflet, Dra. Patricia Larre Borges
Dra. Lucía Orihuela, Dr. Diego Toba, Dr. Pablo Ambrosoni*

- 12.30 – 12.35 **N°31 PERITONITIS BACTERIANA A GÉRMINES GRAM NEGATIVOS EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL**
Chifflet L, Costa L, Forselledo M, Gadola L, Ghelfi G, Gómez T, González C, Heckimian G, Laborda R, Larre Borges P, López G, Mastandrea F, Pérez D, Poggi C, Rébora A, Sáez L, Sans A, Silvariño R.
Diálisis Peritoneal SUN.
- 12.35 – 12.40 **N°37 REENTRENAMIENTO, EN DIALISIS PERITONEAL. Utilización de diferentes herramientas.**
Vieira M, Hekimian G.
SEINE. Diaverum. Montevideo, Uruguay.
- 12.40 – 12.45 **N°39 ROL DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**
Gadola L, Ormaechea G, Seijas M, Batista I, Astesiano R, Alvarez P, Saez L, Pereira J, Luzardo L, Dapuetto J, Rosello A, Ghelfi G, Fumero S.
Centro de Nefrología y Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Uruguay.
- 12.45 – 12.50 **N°40 PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL INFORME 2009-2011.**
Chifflet L, Costa L, Forselledo M, Gadola L, Ghelfi G, Gómez T, González C, Heckimian G, Laborda R, Larre Borges P, López G, Mastandrea F, Mautone M, Pérez D, Poggi C, Rébora A, Sans A, Silvariño R
Diálisis Peritoneal SUN



- 12.50 – 12.55 **N°54 MINI DOBLE PET: DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES DE LA MEMBRANA**
Verocay L, Ferrari S, Silvariño R, Caligaris E, Ghelfi G, Larre Borges P, Gadola L.
Diálisis peritoneal, Hospital de Clínicas.
- 12.55 – 13.00 **N°2 VITAMINA C EN TRATAMIENTO DE ANEMIA EN HEMODIALISIS. Utilidad en el tratamiento de la anemia del paciente en Hemodiálisis**
Taylor MF, Braslavsky GJ, Maltas S, Sarco FD, Soraire E, Aguerre P, Rodrigo CA
Diálisis Berazategui, Berazategui, Buenos Aires, Argentina.
- 13.00 – 13.05 **N°3 ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN EPISODIOS DE CHUCHO Y EVALUACIÓN DE LIBERACIÓN DE PIRÓGENOS**
Corona M, Soubes M, Talmón E, Riobo A, Wibmer E, Lemaire P, Chasale L, Ferro Geribón M, Reisfeld C, Guillenea M, Dibello N.
Cát. Microbiología Fac. Química (UDELAR,) Depto. Salud Renal Hospital Evangélico. Montevideo-Uruguay
- 13.05 – 13.10 **N°4 EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE SOLUCIÓN ÁCIDA HIPERTÓNICA EMPLEADA EN LA CONSERVACIÓN DE DIALIZADORES**
Corona M, Soubes M, Talmón E, Riobo A, Wibmer E, Lemaire P, Chasale L, Ferro Geribón M, Reisfeld C, Guillenea M, Dibello N.
Cát. Microbiología Fac. Química (UDELAR) Depto. Salud Renal Hospital Evangélico. Montevideo-Uruguay
- 13.10 – 13.15 **N°5 MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA EL ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE MUESTRAS DE SISTEMAS DE AGUA PARA HEMODIÁLISIS**
Corona M, Soubes M, Talmón E, Riobo A, Wibmer E, Lemaire P, Chasale L, Ferro S Geribón M, Reisfeld C, Guillenea M, Dibello N.
Cát. Microbiología Fac. Química (UDELAR), Depto. Salud Renal Hospital Evangélico. Montevideo-Uruguay.
- 13.15 – 13.20 **N°6 EFECTO DE LA SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL SOBRE LA VARIABILIDAD RESPIRATORIA DE LA VENA CAVA INFERIOR**
Gorrasi J., Laino A., Romero J., Gonzalez F., Biestro A., Cancela M.
Centro de Tratamiento Intensivo, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo, Uruguay
- 13.20 – 13.25 **N°7 IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE AVANCES TERAPÉUTICOS EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA (THD)**
González C, Ferreiro A, Schwedt E, Pinato M.
Registro Uruguayo de Diálisis (RUD).
- 13.25 – 13.30 **N°8 DÉFICIT DE 25 HIDROXI VITAMINA D: FACTOR DE RIESGO DE MUERTE E INSUFICIENCIA RENAL SEVERA**
De Souza N, Flores J, Solá L
Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay
- 13.30 – 13.35 **N°12 EVALUACION CALIDAD, VIDA EN INSUFICIENTES RENALES EN HEMODIALISIS (IRHD)**
Nin Ferrari J, Berti p, Goro L, Bisio S, Daluz L, Echeverría G., Hekimian G.
Intir, Renis, Crani-Lagomar, Crani-Treinta y Tres. Diaverum, URUGUAY
- 13.35 – 13.40 **N°14 ANALISIS EVOLUCION ACCESO VASCULAR**
Hekimian G., Nin Ferrari J., Goro L., Larrosa J., Da Luz., Fernandez M.
DIAVERUM, Uruguay
- 13.40 – 13.45 **N°15 EVOLUCION COSTOS DEL PACIENTE RENAL EN HEMODIALISIS (IRHD)**
Nin Fenari J., Risso V.
DIAVERUM, Uruguay
- 13.45 – 13.50 **N°21 NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL Y RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL EXTREMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**
Schwedt E, Ríos P, N, Mazzuchi, Solá L, Daglio M, Lamadrid V, Canzani O, Gadola L, De Souza N.
Programa de Salud Renal (PSR). Uruguay



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

- 13.50 – 13.55 **N°22 ENFERMERA GESTORA DE CASOS**
Barberan M, Miotti M, Poggio V, Petraglia A, Olaizola I, Ferreiro A.
Casmu – IAMPP Montevideo Uruguay
- 13.55 – 14.00 **N°25 RIESGO DE MUERTE E INSUFICIENCIA RENAL EXTREMA EN NEFROPATIA OBSTRUCTIVA EN EL PROGRAMA DE SALUD RENAL**
Ríos P, Cha M, Gadola L, Schwedt E, Sola L, Lamadrid V, De Souza N, Perg N, Campeas G, Mazzuchi N.
Programa de Salud Renal. Montevideo. Uruguay.
- 14.00 – 14.05 **N°27 OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL AUSENTISMO EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA**
Lemaire P, Chassale L.
Departamento Salud Renal Hospital Evangélico, Montevideo, Uruguay.
- 14.05 – 14.10 **N°35 AUMENTO PROGRESIVO DE LA EDAD DE INGRESO A TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A POLIQUISTOSIS**
Tobal D¹, González Martínez F¹, Gadola L¹, Gonzalez C², Noboa O¹. 1
Centro de Nefrología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo Uruguay² Registro Uruguayo de Diálisis(RUD)
- 14.10 – 14.15 **N°38 ESTUDIO PILOTO DE USO DE BIOIMPEDANCIA PARA ESTABLECER PESO SECO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA**
Díaz JC, Morales N, González S, Herou A, Rossi L, Parodi K, Sola L.
CASMU-IAMPP, Montevideo, Uruguay
- 14.15 – 14.20 **N°46 TRATAMIENTO CON PARICALCITOL EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA, EXPERIENCIA UNICENTRICA EN URUGUAY**
Menoni R, Rodriguez R, Pastorino A
Centro Hemodiálisis Crónica, Hospital Maciel, Montevideo-Uruguay
- 14.20 – 14.25 **N°65 COR PULMONAR AGUDO EN PACIENTE EN HEMODIALISIS.**
García, F. Varela, F. Coitiño, R. Dell' Oca, N. Verdaguer, C.
Servicio de Nefrología de la Asociación Española Primera Socorros Mutuos. Montevideo. Uruguay.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN - Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

Resúmenes

9 REFLUJO VESICO URETERAL Y DAÑO RENAL EN MENORES DE 5 AÑOS.

Rébori A, Velasco M, Ramela V, Caggiani M.

Unidad de Nefrología Pediátrica de ASSE. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.

Introducción: Durante décadas el reflujo vesico ureteral (RVU) ocupó un rol central en el estudio de niños con infección urinaria (IU), considerando su asociación un factor de riesgo de daño parenquimatoso; lo que ha sido cuestionado en los últimos años planteándose la necesidad de limitar estudios imagenológicos.

Objetivo: Análisis retrospectivo de niños de 0 a 5 años que consultaron en policlínica de nefrología del Centro Hospitalario Pereira Rossell (1/1/2007 al 29/12/2010) luego del primer episodio de infección urinaria, valorando la frecuencia de RVU su grado y daño parenquimatoso en 2 grupos etáreos (≤ 1 año y >1 año - ≤ 5 años).

Material y métodos: 222 pacientes con diagnóstico de 1ª IU. 153 ≤ 1 año y 69 >1 año - ≤ 5 años. Se realizó cistografía convencional (CUM) en todos, valorándose la existencia de RVU: se calificó de alto grado (AG): RVU III-V y de bajo grado (BG): RVU I-II. En 135 pacientes se realizó cistografía renal con DMSA a los 4 a 6 meses de la IU. Definimos como patológicos los defectos de captación y la asimetría funcional mayor del 10%. Se compararon frecuencia de RVU y daño parenquimatoso en los 2 grupos etáreos.

Resultados:

CUM	≤ 1 año	>1 año - ≤ 5 años
n: 222	153	69
RVU AG	33 (21%)	9 (13%)
RVU BG	46 (30%)	21 (30%)
Sin RVU	74 (49%)	39 (56%)

($p 0.29$ y 0.27) χ^2 .

No hubo diferencia significativa entre los 2 grupos etáreos y la presencia de RVU.

DMSA n: 135	≤ 1 año	>1 año - ≤ 5 años
RVU AG (25)	12 N (48%) 13P (52%)	6 P ---
RVU BG (46)	29 N (63%) 17P (36%)	4 P (40%) 6 N (60%)
Sin RVU (64)	56 N (87.5%) 8P (12.5%)	4 P (19%) 17 N (81%)

CONCLUSIONES: Se observó una diferencia significativa de daño parenquimatoso en los pacientes con RVU de alto y bajo grado con respecto a los pacientes sin RVU.

11 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CRÓNICA CON NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Leyún M, Labella M, Vázquez G, Echenique M, Carzoglio J, Mansilla M, Lima E, Ballesté R, Sehabiague C, Ferreira A, Solá L. CASMU-IAMPP, Montevideo, Uruguay.

Introducción. Las enfermedades granulomatosas se presentan como cuadros febriles larvados de difícil diagnóstico en pacientes inmunocompetentes.

CASO CLÍNICO: Paciente 63 años, sexo masculino, ex fumador y ex-alcoholista, ingresa en julio/2011 con historia de 3 meses de lesiones ulceradas en talón de pie derecho y alteraciones oculares interpretadas como conjuntivitis y uveítis, se comprueba creatinina de 4 mg/dl. Agrega repercusión general, fiebre y rápida progresión a insuficiencia renal extrema. Examen de orina: proteinuria 0.5g/l, Hb+++; ANCA negativo. HIV negativo. La ecografía renal mostró: Riñón derecho de 80x30x41, Riñón izquierdo de 100x43x52. En la TAC: calcificación bilateral de glándulas suprarrenales. Con ACTH: 51,8 y cortisol: 3,3 y 3,9 por lo que inicia prednisona 5 mg/día. A fin de aclarar etiología de la nefropatía se realiza PBR el 8/10/2011 que se complica con sangrado que llevó a nefrectomía. La anatomía patológica mostró nefritis intersticial crónica con necrosis de papila y macrófagos con elementos circulares PAS+ con halo claro periférico en su interior. En suprarrenal: necrosis caseosa con granulomas tuberculoides con células gigantes tipo Langhans y acúmulos linfoides. Técnicas de Gomori y Z. Nielsen negativas. Se interpreta como TBC y en 11/2011 inicia tratamiento anti-BK. En 4/12 ante agravación de las lesiones oculares, se aumenta prednisona 40 mg/día. A los 15 días instala lesiones ulceradas en cavidad bucal cuyo estudio mostró Histoplasma Capsulatum (HC). Se inició tratamiento específico con Itraconazol 300 mg/día con mejoría clínica y rápida desaparición de lesiones de paladar y lenta reducción de úlceras de pie. DISCUSIÓN. La histoplasmosis diseminada crónica es una enfermedad grave, que raramente se localiza en el riñón. El agente (H.C) es un hongo dimórfico de amplia distribución geográfica. Entra al organismo por vía respiratoria y produce primoinfección pulmonar con síntomas inespecíficos. De forma oportunista puede dispersarse al resto del organismo. El diagnóstico depende de la demostración de organismos intracelulares o cultivos positivos en sangre o tejidos o anticuerpos. En el riñón se produce una nefritis intersticial granulomatosa, más frecuente en inmunocomprometidos o trasplantados. Las formas diseminadas deben distinguirse de otras enfermedades granulomatosas como tuberculosis, sarcoidosis y granulomatosis de Wegener. La histoplasmosis asociada a enfermedad renal es un inmunocompetente es rara y existen 3 casos en la literatura.

10 PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO EN LA INJURIA RENAL AGUDA

Luzardo L, Gadola L, Ripoll E, Franquesa M, Herrero I, Lloberas N, Grinyo JM, Torras J. Departamento de Fisiopatología, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. Laboratori de Nefrologia Experimental. IDIBELL. Universitat de Barcelona. Barcelona, España.

La Injuria Renal Aguda (IRA) isquémica se presenta en un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados y se asocia a un aumento de la morbimortalidad. Además de la isquemia, la lesión por reperfusión amplifica el daño y determina una menor respuesta inflamatoria. El objetivo del trabajo fue estudiar el efecto del preconditionamiento isquémico (PI) en un modelo de isquemia-reperfusión renal. METODOLOGÍA. Se utilizaron ratas Wistar macho, peso aproximado 300 grs., alojadas según pautas internacionales. Se dividieron en 4 grupos de 8 animales: 1) SHAM, manipulación del pedículo renal; 2) ISQUEMIA, oclusión de ambos pedículos renales durante 40 minutos; 3) PI-10, oclusión de ambos pedículos renales durante 10 minutos, 10 minutos de reperfusión y luego 40 minutos de isquemia; 4) PI-15, oclusión de ambos pedículos renales durante 15 minutos, 10 minutos de reperfusión y luego 40 minutos de isquemia. Se realizó incisión mediana previa anestesia con tiopental i/p y compresión de ambos pedículos renales con clips Aescula Bremer. En el preoperatorio y a las 24 horas, se extrajo sangre venosa de la cola. A las 48 horas del procedimiento, bajo anestesia, se obtuvieron muestras de orina por punción vesical, sangre por punción cardíaca y por ese mismo abordaje se perfundió PBS. Se determinó azoemia y creatinemia los días 0, 1 y 2. En homogenizado de parénquima renal se midieron por RT-PCR CD40, IL6, IL10, TNF- α , TGF- β , TLR3 y TLR4. El análisis estadístico se realizó con ANOVA.

RESULTADOS. El PI determinó menores niveles de urea a las 48 horas (37.6 vs 112.5; $P < 0.0002$) y de creatinina a las 24 (0.76 vs 2.06; $P = 0.004$) y a las 48 horas (0.57 vs 1.17; $P = 0.002$). Los grupos preconditionados, tuvieron una menor expresión de las moléculas pro-inflamatorias TLR3, TNF- α y CD 40 ($P < 0.05$), pero no de TLR4 ($P = 0.06$). La IL6, IL10 y TGF- β no mostraron diferencias significativas.

CONCLUSIÓN. El PI, ya sea de 10 o de 15 minutos, tuvo un efecto protector frente a la injuria renal isquémica, con una menor caída del filtrado glomerular. Esto pudo deberse, al menos en parte, al menor estrés inflamatorio.

12 EVALUACION CALIDAD, VIDA EN INSUFICIENTES RENALES EN HEMODIALISIS (IRHD)

Nin Ferrari J, Bertí p, Goro L, Bisio S, Daluz L, Echeverría G, Hakimian G. Intir, Renis, Crani-Lagomar, Crani-Treinta y Tres. Diaverm, URUGUAY

Las técnicas sustitutivas de la función renal han mantenido razonablemente la vida de los IRHD, hoy debemos trabajar para que la calidad de vida (CV) sea lo mejor posible. El Euro-Qol 5D es una metodología sencilla, válida para conocer cómo el IRHD valora su CV MATERIAL Y METODOS: Se les entregó para ser completado un formulario de Euro-Qol 5D, adaptado por nosotros, a 229 IRHD de 4 clínicas extra-hospitalarias, 2 de Montevideo (Mvd) y 2 del interior urbano. Lo contestaron 203 (88,6%), 62% de sexo masculino, edad media 65 años, tiempo en HD 5,3 años e índice de Carlson medio 5.

Las respuestas se clasificaron en: 1 no tengo problemas, 2 tengo algunos problemas, 3 tengo muchos problemas y analizaron con el test Student y χ^2 , siendo significativa una $p < 0,01$.

RESULTADOS: Del total de las respuestas encontramos (en %) (Tabla 1)

	MOVILIDA	C PERS	ACT DIAR	DOL/MAL	ANS/DEP
1	56	74	55	51	60
2	41	21	31	40	29,5
3	3,5	5,5	14,5	9,5	11

Los cuidados personales son los menos afectados (1=74%) con una diferencia significativa frente a los otros ítems analizados. El score promedio de la escala fue 70,5. Se analizaron las respuestas contra distintos grupos según: Hb, edad, tiempo en HD, diabetes, clínica (Mvd-Interior). La Hb < 10 gr afecta sobre todo a la movilidad, la edad > 65 años las actividades diarias y dolor/malestar y los IRHD de las 2 clínicas del interior valoraron su CV, medida por la escala en un 10% superior que los de Mvd.

COMENTARIOS: Valoramos la CV de un grupo de IRHD, con un formulario sencillo y fácil de completar por el paciente. Encontramos que los pacientes valoran su CV, muchas veces, mejor de su valoración subjetiva por el equipo asistencial. Creemos es una metodología útil que luego analizaremos en cortes anuales.



Resúmenes

13 ANÁLISIS METABOLÓMICO CON ESPECTROSCOPIA DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN MODELO EXPERIMENTAL DE DAÑO RENAL AGUDO DE ORIGEN SEPTICO

Nicolás Nin^{1,2,3}, José Luis Izquierdo⁴, Pablo Cardinal¹, Yeny Rojas¹, Leticia Martínez-Caro^{1,3}, Jesús Ruiz Cabello⁴, Andrés Esteban^{1,3}, José Angel Lorente^{1,3}
Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ² Depto de Fisiopatología, Udelar, Montevideo. ³ CIBER de Enfermedades Respiratorias, CIBERES, Madrid. ⁴ Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, CNIC, Madrid. ESPAÑA, URUGUAY

OBJETIVO. Actualmente no existen biomarcadores específicos de insuficiencia renal aguda en la sepsis. El análisis del perfil metabólico por espectroscopia de resonancia magnética de ángulo mágico (MRS-MAS) es una herramienta potencialmente útil para diagnóstico de varias patologías. El objetivo es definir el perfil metabólico característico de la insuficiencia renal aguda séptica en un modelo experimental.

MÉTODOS. Se estudiaron 2 grupos de cerdos (22-28 kg de peso): sepsis (n=6) y control (n=8). La sepsis se indujo mediante la administración de E. coli (1.5x10¹² UFC iv en 30 min). A diferentes puntos en el tiempo se registró presión arterial sistémica, gasto cardíaco, presión de enclavamiento pulmonar, flujo de la arteria renal y flujo de la arteria cortical y diuresis minuto. Se cuantificó el daño renal través de creatinina, urea, aclaramiento de creatinina y NGAL plasmático y urinario. A las 5 h después de la inducción de la sepsis, los animales fueron sacrificados, extrayéndose muestras de tejido renal, orina y suero, analizadas mediante MRS-MAS. Se realizó un análisis no supervisado de los componentes principales (PCA) con el fin de definir las diferencias metabólicas entre los 2 grupos e identificar los posibles biomarcadores del daño renal séptico.

RESULTADOS. La inyección de E. coli produjo una disminución del gasto cardíaco, PAM, flujo renal arterial y cortical y aumento de la creatinina, urea y NGA en suero y orina. Los riñones de los sépticos presentaron degeneración tubular y dilatación, congestión y diseminación intravascular local. En los PCA's del perfil metabólico de los tres tipos de muestras se vio clara separación entre los 2 grupos. La sepsis se asoció con los siguientes cambios: en suero, disminución concentraciones de glucosa y betaína; en parénquima renal, disminución de las concentraciones de valina, aspartato, glucosa y treonina y aumento de concentraciones de lactato y ácido nicotínico; en las muestras de orina, aumento concentraciones de isovalerilglicina, ácido aminoacético, ácido ascórbico, acetilglutamina y acetilaspártato y disminución concentraciones de mioinositol y fenilacetilglicina. La concentración de varios metabolitos en orina y tejido renal se correlacionaron con marcadores de daño renal.

CONCLUSIONES. El análisis metabólico mediante MRS-MAS es una técnica potencialmente útil como biomarcador diagnóstico del daño renal agudo de origen séptico.

15 EVOLUCION COSTOS DEL PACIENTE RENAL EN HEMODIALISIS (IRHD)

Nin Ferrari J., Risso V.
DIAVERUM, Uruguay

Muchas veces se ha analizado el costo del tratamiento sustitutivo del IRHD, pero también hay un costo extra-dialisis, que está pagando la sociedad y muchas veces es olvidado. Con recursos siempre limitados, distintas soluciones se han buscado para brindar el tratamiento con mejor costo/eficiencia. Antes de cualquier propuesta, debemos conocer el costo y a nosotros nos interesa en particular, el del paciente tratado con hemodialisis (PRHD). Previamente, analizamos el costo del PRHD en 2002 (XII Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión, 2004) y ahora analizamos cómo ha evolucionado ese costo entre los años 2002-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS: Información del año 2002: del trabajo ya mencionado, análisis retrospectivos de 90 PRHD en 3 centros extra-hospitalarios, se tomaron precios medios mutuales y valor medio de 1u\$=17,5\$. Información del año 2012 (abril): análisis 169 PRHD de los mismos centros e información pública del Registro Uruguayo de Diálisis 2009 y Dialdic 2011 (FNR), precios medios mutuales de acceso público y valor medio 1u\$=19,5\$. Se incluyeron solamente costos e internación, relacionados con la enfermedad renal y su tratamiento, inclusive procedimientos invasivos/quirúrgicos cardio-vasculares. Se considero 12,5 HDxmes, 1,13 días internación/paciente/mes, 99,9UI de eritropoyetina/kg/semana, 142,5mg Fe/pac/mes, 1,3 FAV/paciente/año y otras variables surgidas de la información clínica.

RESULTADOS: Información 2012: Incluyendo la HD, el costo total de un PRHD es de \$U 49296/mes, de los cuales 72,5% corresponde a la HD y el 27,5% restante costos extra-HD. Relación entre 2002 y 2012: Si comparamos los resultados de los cortes 2002-2012 (tabla I) hay un aumento del costo de la HD y los extra-HD - considerando costo 2002 mas IPC del periodo. El aumento del costo extra-HD es casi 4 veces mayor que el de la HD tomando siempre el arancel del FNR para HD.

SU XrEs 2ú2 2002+IPC m12 Var %

SU X mes	2002	2002+IPC	2012	Var %
HD	17532	33836	35750	5.7
EXTRA-HD	5830	11252	13545	20.4
TOTAL	23362	45088	49295	9.3

tabla 1

COMENTARIOS: Los costos del PRHD aumentaron 9,3% en el periodo 2002-2012, según nuestro análisis, especialmente el extra-HD que aumento 20,4%, pasando a ser un gasto importante, asumido por las instituciones de donde procede el IRHD. Para mantener los excelentes resultados y universalidad de la asistencia en nuestro país, con recursos limitados, se deberían analizar nuevas formas de gestionar costos del PRHD, como podría ser, entre otras, la capitación del costo total del PRHD, apuntando a una mejor eficacia/eficiencia.

%	2002	2012
HD	75	73
INTERNACION	4	15
FAV	1	6
MEDICACION	15	3

14 ANALISIS EVOLUCION ACCESO VASCULAR

Hekimian G., Nin Ferrari J., Goro L., Larrosa J., Da Luz L., Fernández M.
DIAVERUM, Uruguay

El acceso vascular (AV) es vital para el insuficiente renal en hemodiálisis (IRHD). Nos propusimos el objetivo que los IRHD tengan 60% FAVN y VVC menos del 10%. Con este fin se tomaron una serie de acciones para promover, con los vasculares responsables de la realización y/o corrección de los AV, nuestros objetivos. como la Realizamos 2 cortes, en abril 2011 (Corte 1) y abril 2012 (Corte 2) para evaluar la evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente los AV de 5 centros de hemodiálisis que denominamos A, B, C, D y E. En los centros A, B, C, D y E, los AV son realizados en los centros de referencias estatales en los usuarios de ASSE/MSP y en las IAMC en los de dichas instituciones. En el centro D todos los AV son realizados por el mismo equipo vascular, tanto en la IAMC local como los usuarios de ASSE/MSP (el centro paga los honorarios del equipo vascular en este último caso). El Corte 1 fueron 257 pacientes, con edad media de 63 años, 28,8% diabéticos y 52,3% procedentes de ASSE/MSP. El Corte 2, 274 pacientes, edad media de 62,3 años, 27,4% diabéticos y 52,2 de ASSE/MSP. Los resultados se analizaron con media, Test de Student y Chi2, considerándose significativa una p<0,01.

RESULTADOS: Observamos, en el Corte 2 con respecto al Corte 1, una discreta disminución del % de FAVN y FAVP y un aumento de 5,25 de las VVC. Si analizamos por clínica, el % de FAVN disminuyó en 2 y mejoró ligeramente en 3 clínicas y el % de VVC aumento en todas (tabla 3). Una sola clínica, si bien disminuyeron 12,8 % las FAVN, se mantiene dentro de los objetivos en ambos cortes.

	FAV N 11	FAV N 12	FAV P11	FAV P12	VVC 2011	VVC 2012
A	50	48.8	43.7	36.6	6.3	14.6
B	53.1	55.7	34.4	27.1	12.5	17.1
D	76.1	63.3	16.7	28.6	7.1	8.2
C	43.4	50.8	35.8	25.4	20.8	23.8
D	43.4	49.0	35.8	39.2	4.1	11.8
m	53.2	53.5	33.3	31.4	10.2	15.1

COMENTARIOS: Del análisis de los resultados de los 2 cortes que realizamos observamos que, pese a los esfuerzos para llegar a los objetivos, no aumentamos las FAVN y aumento los IRHD con VVC. Por razones que no pudimos precisar, el aumento de las VVC fue especialmente en pacientes mutuales. Solo la clínica D, se mantiene dentro lo los objetivos propuestos, es la clínica donde todos los AV son realizados y/o reparados por el mismo equipo vascular, en estrecha relación con el equipo de la clínica. Esto plantea que la mejor gestión de los AV, sería con equipos vasculares dedicados e interesados en los AV, en coordinación con las clínicas, y con una financiación para ello.

16 FACTORES ASOCIADOS Y PRONÓSTICO DE ENFERMOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA QUE DESARROLLAN FRACASO RENAL AGUDO

Nicolás Nin^{1,2}, Antonia García³, Pamela Enrique⁴, Helena Meiss⁵, Cristina Santos⁶, Pedro Alzugaray⁷, Javier Hurtado^{8,9}

¹ Depto de Fisiopatología, UDELAR, ² CIBERES, Madrid, ³ Laboratorio de Exploración Funcional Respiratoria. CTI Hospital de Clínicas. ⁴ CTI Hospital Policial. ⁵ CTI Hospital Español. URUGUAY, ESPAÑA.

INTRODUCCIÓN: El fracaso renal agudo es una entidad frecuente en pacientes críticos sometidos a Ventilación mecánica. El objetivo es analizar los factores asociados y la mortalidad intra-CTI en pacientes con ventilación mecánica (VM) que desarrollan fracaso renal agudo (FRA).

MATERIALES Y MÉTODOS: Pacientes y Métodos: Se analizaron tres estudios nacionales prospectivos de cohorte de un mes, realizados durante los años 1998, 2004 y 2010, que incluyeron 614 pacientes adultos que requirieron ventilación mecánica durante al menos 12 horas. Se recogieron los datos demográficos; Variables fisiológicas y parámetros ventilatorios de forma diaria hasta el alta, la muerte, o el día 28; y la mortalidad al día 28. **Análisis estadístico:** El FRA fue definido como una SOFA score renal ≥ 2 y/o la necesidad de técnicas de remplazo renal. Los factores asociados al FRA en el modelo univariable fueron ajustados y se realizó posteriormente un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística condicional incluyendo todas las variables con una p < 0,1 en el modelo univariable tomando como la variable dependiente el desarrollar FRA.

RESULTADOS: La prevalencia de FRA fue del 9 % durante todos los días de VM (14% en 1998, 8% en 2004 y 9% en 2010). En el análisis univariante, los factores de riesgo para desarrollar FRA fueron: Edad (59 sin FRA vs 67 FRA, p < 0.0001), SAPS II score (39 vs 53, p < 0.001), PA/FIO2 (280 vs 242, p < 0.01), la sepsis como motivo de ventilación mecánica (p < 0.001) y el desarrollo de sepsis, disfunción cardiovascular y SDRa durante la VM (p < 0.001). En el análisis multivariante el SAPS II, la edad, presentar sepsis al comienzo de la VM, y el desarrollo de sepsis y/o disfunción cardiovascular durante la VM se asociaron de forma independiente con la mortalidad ajustada para variables de confusión.

Los pacientes que presentaron FRA tuvieron mayor mortalidad intra CTI (con FRA 80% vs 39% sin FRA p < 0.001), un aumento de los días de VM (8.0 vs 5.4) y de destete (4.4 vs 2.1)

CONCLUSIONES: Los pacientes que desarrollaron FRA eran más graves, presentaron mayor edad, y mayores disfunciones orgánicas. Presentar FRA duplica la mortalidad, aumenta los días de VM y de destete de la VM.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

Resúmenes

17 INJURIA RENAL AGUDA (IRA) EN MEDICINA INTENSIVA

Tenzi J, Tommasino N, Peña M, Alvarez A, Ottati G
Hospital Español J J Crottogini, Montevideo, Uruguay

La incidencia reportada de IRA en Medicina Intensiva en base a las definiciones RIFLE/AKIN ha sido entre 30 y 68% (1,3). La mortalidad es significativamente mayor en los pacientes con IRA (1,2). La IRA se comporta como un factor de riesgo independiente para mortalidad hospitalaria (1).

Objetivos:

- Determinar la incidencia de la IRA en la UMI (RIFLE/AKIN).
- Determinar las características clínicas de los pacientes con IRA, la etiología de la misma y su pronóstico en términos de morbilidad y mortalidad.

Metodología:

Estudio retrospectivo, observacional y analítico de cohorte única realizado en la UMI Hospital Español en el período comprendido entre 11/08 y 7/10.

Resultados y discusión:

El 32.2 % (291/903) de los pacientes presentaron IRA, de los cuales 243 (83.5%) presentaron IRA al ingreso y 48 (16.5%) durante su evolución en la UMI.

Los pacientes con IRA asociaron disfunción multiorgánica (DOM) en el 39.2% (114/291). La causa más frecuente de IRA fue la sepsis.

El promedio de edad y estadía, la mediana de score APACHE II y la mortalidad fueron significativamente mayores en los pacientes con IRA comparados con el resto de la población analizada.

Se empleó furosemide en el 54% (157/291) y terapia de reemplazo renal (TRR) en el 24.1% (70/291) (hemodiálisis intermitente 62/70 (88.6%), HD lenta y extendida 8/70 (11.4%).

En el análisis multivariado de regresión logística la presencia de IRA y el score APACHE II se comportaron como factores de riesgo independiente para mortalidad en la UMI.

Conclusiones:

- La incidencia de IRA en la UMI fue de 32.6% similar a otras series publicadas.
- La mortalidad de UMI de los pacientes con IRA fue significativamente mayor.
- La IRA y el score APACHE II se comportaron como factores de riesgo independientes para mortalidad al alta de UMI.

1-Srisawat N, Hoste E, Kellum JA. Modern Classification of Acute Kidney Injury. Blood Purif 2010;29:300-307.

2-Bagshaw SM, Bellomo R, Devarajan P et al. Review article: Acute kidney injury in critical illness. Can J Anesth (2010) 57:985-998.

19 Síndrome Urémico-Hemolítico Atípico

Silvarriño R, Cuadro R, Canzani O, Pérez G, Acosta N, Méndez E, Noboa O
Sanatorio Americano, COMEF, Nefrología Hospital de Clínicas

Introducción. Las microangiopatías trombóticas (MAT) son condiciones caracterizadas por oclusión microvascular, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. Se reporta un caso de MAT a forma de SUH.

Caso clínico. 18 años, sexo femenino. Se presentó con síndrome urémico oligoanúrico constatándose al ingreso: azoemia 241 mg/dl, creatinemia 19 mg/dl, HCO₃ 19 mEq/L, K 6.8 mEq/L. Hemoglobina (Hb) 6.2 g/dL, plaquetas (Plt) 113000/mm³, lámina periférica con esquistocitos. Bilirrubina total (BT) 2.8 g/L, bilirrubina indirecta (BI) 2.3 g/L, LDH 980 mg/dL. Haptoglobina disminuida. Coombs negativo. Complemento normal. Bhcg negativa. El relevo infeccioso, autoinmune y de factores protrombóticos no mostró alteraciones. Se realizó punción biopsia renal compatible con microangiopatía trombótica. Requiere tratamiento sustitutivo de la función renal (TSR) mediante hemodiálisis. Con planteo de SUH atípico se realizó 17 sesiones de recambio plasmático (RP) y reposición con plasma. En tres RP la reposición se realizó con albúmina, constatándose un descenso de plaquetas e incremento en marcadores de hemólisis. Se asoció en la evolución inmunoglobulina y corticoides. Presentó buena respuesta renal sin necesidad de TSR al momento del alta, presentando: creatinina 2,6 mg/dl, azoemia 90 mg/dl, diuresis 2500 cc/día. Buena respuesta en lo hematológico presentando: Hb 10,5 g/L y Plt 170000/mm³. Durante el seguimiento se agregó IECA y ARA2. A 15 meses de seguimiento se encuentra asintomática, PA de 110/70 mmHg, creatinina 1,7 mg/dl, azoemia 69 mg/dl, HCO₃ plasmático 20 mEq/L, K 4,5 mEq/L, Hb 10,5 g/L, Plt 241.000/mm³ y LDH 153 mg/dL.

Discusión y comentarios. Se presentó un caso de SUH atípico. Destaca la necesidad de tener una elevada sospecha clínica para lograr un diagnóstico oportuno y establecer un tratamiento precoz. No contamos con la posibilidad de dosificar el déficit de ADAMST 13 y factores del complemento, ambos vinculados a la patogenia de este trastorno. Un elemento indirecto del déficit de estos es la caída en las plaquetas y elevación de marcadores de hemólisis cuando se reposo con albúmina en lugar de plasma. El tratamiento consiste RP reiterado y reposición con plasma, hasta lograr un recuento plaquetario sostenido \geq 150.000/mm³. Destaca la buena evolución en lo renal y hematológico.

18 ESTUDIO SOBRE AUSENTISMO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA.

Chassale L, Lemaire P.

Dpto. Salud Renal Hospital Evangélico, Montevideo, Uruguay

OBJETIVO: Investigar sobre el índice de ausentismo del personal de enfermería de un Centro de Hemodiálisis Crónica. El ausentismo del personal de enfermería desorganiza el trabajo en equipo y altera la calidad de las atenciones recibidas por los usuarios. Frente a esta situación un número reducido de trabajadores terminan asumiendo una carga excesiva de trabajo, lo cual provoca desequilibrio en su salud, en consecuencia aumentan las faltas de los trabajadores, siendo este un ciclo patológico en la vida de la institución.

METODOLOGÍA: Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva, cuantitativa, con análisis y revisión de registros del personal de enfermería que tuvieron faltas de por lo menos 1 día en sus actividades laborales, en el período de enero de 2009 a diciembre de 2010.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Con relación a las características de la población estudiada, se observó que del total de trabajadores el 76% son de sexo femenino, un 29% corresponde al rango de edad entre 25 y 30 años. El 54% tiene más de un empleo y el 34% tiene un promedio de 2 hijos. En el período estudiado el ausentismo representó un 73% de los registros evaluados. El índice de ausentismo promedio fue de 2,86 y el principal motivo fue por enfermedad 65,7%.

CONCLUSIONES: Se observó que el principal motivo de ausentismo fue por enfermedad y un aumento del mismo en determinados meses del año. También se observa un bajo registro de ausentismo con motivos de realización de exámenes de control y detección precoz de enfermedades. Esto muestra una necesidad de trabajar en la prevención y promoción de salud del personal, aplicando los mismos criterios como con nuestros usuarios, a fin de favorecer una mejor calidad de vida y clima laboral de nuestro personal, y una mejor calidad de atención al usuario.

20 Inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal durante la gestación. Análisis de 15 embarazos asistidos en un único centro.

Silvarriño R, Larre Borges P, Brovia S, Santiago J, Gadola L, González F, Noboa O

Objetivo. Describir las características clínicas y analíticas de gestaciones en las que fue necesario iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal (TSFR).

Material y método. Se revisó retrospectivamente la historia clínica de pacientes que iniciaron TSFR durante la gestación asistidas en este centro en el período enero de 1997 y diciembre de 2011. Se consignaron características clínicas y analíticas de las gestantes y sus productos.

Resultados. Se incluyeron 15 gestaciones de 14 pacientes. La edad al inicio de la gestación fue 27 \pm 7.5 (15-39) años. La edad gestacional (EG) al momento de la consulta nefrológica fue 13,53 \pm 5,84 (4-22) semanas. La totalidad de las pacientes tenía ERC conocida previamente. La EG al inicio del TSFR fue 16,9 \pm 5,37 (7-27) semanas. Al inicio del TSFR los valores de presión arterial fueron 132,27 \pm 18,3/80,67 \pm 12,2 mmHg. La hemoglobina fue \geq 10 gr/L (media 9,54 \pm 1,32) en 5/15. La creatinemia fue \geq 3 mg/dl (media 3,58 \pm 1,77) en 9/15 y la urea \geq 70 mg/dl (media 111,8 \pm 33,9) en 13/15. En 4/15 se objetivó microhematuria y en 11/15 proteinuria \geq 1 gr/24hs (4,14 \pm 2,06 g/24 hs). La totalidad tenía diuresis residual con una media de 1646 \pm 765 (800-4000) cc/24hs. En 5/15 se optó por hemodiálisis, con una media de 20,05 \pm 4,04 (13-24) horas de diálisis/semana. En 10/15 se optó por diálisis peritoneal. El tiempo global de TSFR fue 15 \pm 6,8 (4-29) semanas. La totalidad requirió aporte de EPO (6733 \pm 3712 U/semana) y hierro, y 9/15 recibieron transfusión de glóbulos rojos. 9 requirieron tratamiento antihipertensivo utilizándose en todos los casos alfametildopa, asociándose en alguna paciente hidralazina o labetalol. Presentaron hipertensión gestacional 11/15 y preeclampsia-eclampsia 8/15 pacientes. No hubo mortalidad materna y en 9/15 (0,6) fue necesario mantener el TSFR una vez finalizada la gestación. Las principales complicaciones fetales fueron el polihidramnios (5/15) y el retraso del crecimiento intrauterino (3/15), objetivándose 3 muertes fetales. Las principales complicaciones neonatales fueron prematuridad (11/12), con edad gestacional al nacimiento de 32,18 \pm 3,18 (27-36) semanas, bajo peso al nacer (8/12) y distrés neonatal (3/12). Se registró una muerte neonatal (20 días). En 8/12 la vía de finalización del embarazo fue por cesárea.

Conclusiones. Se presenta experiencia de inicio de TSFR durante el embarazo. Destaca la ausencia de mortalidad materna y gestaciones exitosas en 11/15 pacientes independientemente de la modalidad de sustitución. El contacto con el nefrólogo fue tardío a pesar de consignarse ERC previa. Más de la mitad (9/15) presentaron un deterioro de la FR durante la gestación que determinó la necesidad de TSFR definitivo una vez finalizada la misma. La principal complicación neonatal fue la prematuridad.



Resúmenes

21 NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL Y RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL EXTREMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Schwedt E, Ríos P, Mazzuchi, Solá L, Daglio M, Lamadrid V, Canzani O, Gadola L, De Souza N.

Programa de Salud Renal (PSR). Uruguay.

Introducción. Las pautas KDOQI recomiendan una presión arterial (PA) <130/80 mm Hg para los pacientes (pts) con enfermedad renal crónica (ERC). Hay discrepancias respecto a qué nivel de PA comienza el riesgo de insuficiencia renal extrema (IRE) y si la proteinuria (Pu) modifica el riesgo.

Objetivos: evaluar riesgo de IRE según niveles de PA sistólica (PAS), diastólica (PAD) y Presión diferencial del pulso (PDP) en un grupo de pts con ERC del PSR.

Métodos: estudio basado en pts registrados entre 10/2004-05/2012 con ≥6 meses en control. Las variables categóricas analizadas al ingreso fueron: género, nefropatía, diabetes, Pu, fumar, bloqueo del sistema renina angiotensina (BSRA) y las variables continuas: edad y filtrado glomerular estimado (FGe). La PAS se estratificó en <120 (referencia=R), 120-129, 130-139, 140-159, ≥160 mm Hg; PAD en <80 (R), 80-89, 90-99, ≥100 mm Hg; PDP en <80 (R), 80-89, ≥90 mm Hg. Se analizaron niveles de PA al ingreso con o sin Pu y el promedio en evolución. El riesgo de IRE se evaluó por modelo proporcional de Cox y se expresó como HR (IC 95%).

Resultados. Se incluyeron 6045 pts: 54.4% hombres, edad 68.0±14.1 años, 23.9 meses en control (RIC=13.4-37.7), 85.6% hipertensos (HT), 41.4% diabéticos, 48.8% nefropatía vascular, 10.5% fuman, 28% Pu ≥ 0.3 g/d, 63.2% BSRA, FGe 40.8 mL/min/1.73 m² (RIC= 30.7-52.2), muertes 18.3% e IRE 5.6%. El HR (IC95%) significativo ajustado a edad y sexo para PAS comenzó en ≥160 mm Hg: 1.763(1.153-2.499) y para PDP en ≥90 mm Hg: 1.699(1.223-2.359); para PAS promedio comenzó en 140 mm Hg: 1.805 (1.171-2.783), para PAD promedio en 90: 1.897(1.234-2.917) y para PDP promedio a partir de 80 mm Hg: 2.075 (1.208-3.562). El riesgo de IRE según PAS o PAD combinados con o sin Pu, sólo fue significativo el asociado a Pu para todos los niveles de PA analizados. Fue mayor para PAS ≥160 mm Hg con Pu: 5.090 (2.974-8.713) y para PAD ≥90 mm Hg con Pu: 4.290 (2.572-7.155). En relación a normotensos (NT) sin Pu, los HT (≥140/90 mm Hg) con Pu tuvieron HR de 4.215 (3.084-5.762), que fue similar a NT con Pu: 4.074 (2.292-5.762).

Conclusiones: Los componentes de PA fueron predictores independientes de riesgo de IRE en esta población, el cual comenzó a partir de 140 mm Hg de PAS y 90 de PAD, como se define HT en la población general. Los HT con Pu tienen riesgo significativo de IRE a cualquier nivel de PA y justifican tener menores objetivos de PA.

23 IMPORTANCIA DE LA ALBUMINURIA EN LA PROGRESION DE LA NEFROPATIA DIABETICA.

Ríos P, Schwedt E, Noboa O, Solá L, Daglio M, Etcheagaray V, Gadola L, Lamadrid V, Canzani O, Mazzuchi N.

Programa de Salud Renal de Uruguay.

El nivel de proteinuria es un factor reconocido de progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en los pacientes con diabetes. La importancia de niveles mínimos de albuminuria es motivo de estudio. **Objetivos.** Analizar la importancia de la proteinuria en la progresión de la ERC en el paciente con diabetes. **Métodos.** Estudio observacional de la cohorte de pacientes ingresados en el Programa de Salud Renal de Uruguay desde octubre 2004 a octubre 2011 con ERC etapas I a V. Se analizaron 1107 pacientes portadores de diabetes (tipo I 8,7%) con seguimiento mayor a seis meses (mediana 26.0 rango 6 a 84 meses), con diagnóstico nefrológico de nefropatía diabética o vascular. Se analizó la población en tres grupos de acuerdo al nivel de proteinuria inicial: albuminuria menor 30 mg/d (grupo 1), albuminuria entre 30 y 299 mg/día (grupo 2), proteinuria mayor/igual a 300 mg/d (grupo 3). Evento final: tratamiento sustitutivo de la función renal (IRE). Se comparan medias por test de T, proporciones chi2 y el análisis multivariado por el modelo de Cox. Se consideran significativas diferencias de p < 0,05. **Resultados.** En el período estudiado la IRE fue alcanzada por 85 pacientes (7.7%). Analizada por grupos de albuminuria alcanzaron la IRE solo un (0.6%) paciente del grupo 1, 4 (1.2%) pacientes del grupo 2 y 80 (13.5%) pacientes del grupo 3. No hay diferencias significativa entre los grupos 1 y 2 pero si entre los grupos 2 y 3 (p < 0.05). En el análisis multivariado para IRE las variables que tienen un riesgo independiente son: el FG inicial (HR 0,93 por cada mL/min que aumenta), el grupo de proteinuria inicial 3 respecto al 1 (HR 18,5), la PAS promedio (HR 1,09 por cada mmHg de aumento) y la diabetes tipo 1 con respecto a la tipo 2 (HR 3.6). **Conclusiones.** Como ya es conocido la proteinuria mayor de 300 mg/d es un factor de riesgo independiente de IRE en los pacientes con diabetes. No hemos encontrado diferencias en la evolución a la IRE entre los pacientes con albuminuria menor de 30 mg/día y entre 30 y 299 mg/día aunque el número de pacientes en estos grupos y el tiempo de seguimiento es bajo.

22 ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Barberan M, Miotti M, Poggio V, Petraglia A, Olazola I, Ferreiro A. Casmu – IAMPP Montevideo Uruguay

La Gestión de Casos es un método de trabajo, que consiste en la coordinación del tratamiento de los pacientes (pts) para garantizar la asistencia individualizada secuencial o simultánea, ayuda a entender el sistema de tratamientos y permite el abordaje integral de los aspectos de salud y enfermedad del individuo (1,2). El Gestor de Caso (enfermería profesional asignada a programas específicos de atención a enfermedades crónicas), se encarga del seguimiento clínico personalizado, facilita la adaptación a la nueva situación de salud y coordinada los diferentes niveles de atención, coordina con profesionales del primer nivel de atención para asegurar la continuidad asistencial, optimiza el uso de los recursos, disminuye los tiempos de internación y provee una asistencia sanitaria de alta calidad, costo-efectiva. En el año 2009, en el contexto del Programa de Salud Renal (PSR), se estableció en Casmu un PGC para pts con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), a cargo de Enfermería Gestora de Caso (EGC). Los pts son controlados por nefrólogo, nutricionista, se realizan entrevistas de educación terapéutica, se informa de las diferentes técnicas de sustitución renal, se coordina la confección del acceso vascular o catéter peritoneal y el ingreso coordinado y oportuno a tratamiento sustitutivo(TS). La información se ingresó a historia clínica informatizada. **Objetivos:** Evaluar los resultados del PGC en la población de pts con ERCA en el contexto de un PSR.

Métodos: De 1099 pts ingresados al PSR, se identificaron aquellos portadores de ERCA definida como un filtrado glomerular (FG) menor a 20 mL/min, estimado por fórmula de Levey y se incluyeron progresivamente al PGC. Desde el 1/01/2010 al 31/12/2011 se identificaron 232 pts con ERCA, pasibles de ingresar al PGC. Se analizaron variables clínicas y demográficas, comorbilidades, laboratorio, parámetros nutricionales, inmunizaciones, ingreso a TS, mortalidad. Para evaluar el impacto del PGC, los datos se compararon con datos informados por el Registro Uruguayo de Diálisis y el Programa nacional de Salud Renal. Para el análisis estadístico se utilizó test de t, Chi2, test de Wilcoxon. Se rechazó H0 con un valor de p < 0.05 (*).

Resultados: 186 pts (80,2% de 232 pts con ERCA) ingresaron al PGC en el período, edad 70,5 ± 13,2 años, FG 18,6±3,4 mL/min; 66,5% hombres, 43,7% diabéticos, 81% HTA. Comorbilidades: 28,5% cardiopatía isquémica; 9,1% insuficiencia cardíaca; 13% neoplasia; 9,8% arteriopatía periférica. 91,8% de los pts tuvieron 2 o más consultas con EGC (mediana=3). De 96 pts en seguimiento regular al 31/12/2011: PAS: 136±19 mmHg; PAD: 78,5±13 mmHg. IMC: 27,9±6,1 Laboratorio: Hb: 11,7±1,4 g/dl; fosfatemia: 4,8±1,7mg/dl; HCO3(venoso): 23,6±3,2 meq/L. 45,3% Inmunizados para virus de hepatitis B, 45,4% reciben EPO.53 pts (28,5%) ingresaron a TSR, 66,1% de coordinación, 18,8% a DP, 2 pts se trasplantaron y 17 pts están en lista de espera. 50 % de los ingresos a TSR en la institución provenían del PGC.

En Uruguay el ingreso a TSR desde el PSR fue de 23/100 pacientes-año(*), y del PSR Casmu 19% (*). La incidencia de DP fue 10% (*) y en Casmu 18,8%. 37 pts (19,8%) fallecieron en el período de observación, siendo la mortalidad reportada en PSR del Uruguay 20,1% (*) (estadio IV-V). **Conclusiones:** El PGC es una herramienta útil dentro de un programa de atención de la ERCA. Contribuye al cumplimiento de objetivos terapéuticos, e impacta en la mortalidad, el ingreso coordinado y la opción informada de diferentes TSR.

Referencias:

Manual de la Gestión de Casos en Andalucía. Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Nov. 2006

A nurse led model of chronic disease care – an interim report. Diann S Eley MSc, PhD.; Chris B Del Mar MD, FRACG; Elizabeth Patterson BSc, GradDipNursStud(Edn), MHSc(Nurs), PhD. Vol. 37, No. 12, December 2008.

24 IMPORTANCIA DE LA PROLIFERACION EXTRACAPILAR INFERIOR AL 30% EN LA NEFROPATIA IgA

Ríos P, Gelabert B, Aunchayna M, Alba A, Gadola L, Panuncio A, Noboa O, Rabaza V, Gonzalez F.

Servicio de Nefrología del Hospital Maciel. Centro de Nefrología Hospital de Clínicas. Servicio de Nefrología Hospital Policial. Montevideo. Uruguay.

Existen controversias en el valor de la presencia de un porcentaje de semilunas inferior a 30% (S<30%) en la nefropatía IgA (NIgA).

Objetivos. Conocer qué importancia clínica y terapéutica tiene la presentación con S<30% en la NIgA.

Métodos. Estudio retrospectivo observacional de tres centros nefrológicos de Uruguay de pacientes con NIgA confirmada por biopsia renal (junio 2002 y junio 2011). Se analizaron al momento de la biopsia y en el último control: edad, sexo, creatinina, filtrado glomerular estimado (eFG) por MDRD, proteinuria, hipertensión arterial (HTA), tratamiento con bloqueantes del sistema renina angiotensina, corticoides e inmunosupresores. Se estableció el score de Oxford, el porcentaje de semilunas celulares, fibrocelulares y fibrosas. El punto final fue: pérdida eFG mayor a 3 mL/min/año o insuficiencia renal extrema. Estadísticos: Chi2 para comparar proporciones y test de T para comparar medias. Significativo p < 0,05.

Resultados. 44 pacientes con NIgA, 50% mujeres, edad 31±14 años, tiempo seguimiento 35±28 meses. Alteraciones urinarias asintomática (AUA) 47,7%, síndrome nefrítico 22,7% y nefrótico 20,5%. HTA 40,9%, etapas de enfermedad renal crónica I 54,5%, II 25%, III 13,6%, IV 2,3% y V 4,5%. Sin semilunas (SSL) 29 pacientes (65,9%), S<30% 12 pacientes (27,3%) y semilunas mayor o igual a 30% 3 pacientes (6,8%). Semilunas celulares o fibrocelulares en 87%. Los pacientes con S<30% tuvieron mayor nivel de proteinuria inicial que los SSL (3,2 vs 1,5 g/24 hs. P = 0,04), sin diferencias en el eFG (82,6 vs 92 mL/min) ni en niveles de presión arterial. El grado de glomerulosclerosis segmentaria fue mayor en S<30% que en SSL (Score I de Oxford 41,7 vs 13,8% p= 0,06). Alcanzaron el punto final el 30% de los pacientes con S<30% vs 23,8% de los pacientes SSL (NS). El 90% de los pacientes con S<30% fueron tratados con inmunosupresores vs 15% de los SSL. Un 20% de AUA tenían S<30%. **Conclusiones.** En la NIgA la presencia de S<30% fue frecuente (27,3%) aún en la presentación con AUA (20%). Los pacientes con S<30% presentaron mayor proteinuria inicial. El deterioro de la función renal fue similar en los pacientes S<30% y SSL, aunque los primeros fueron mayormente tratados con inmunosupresores. Deben efectuarse trabajos dirigidos a aclarar el beneficio del tratamiento inmunosupresor en los pacientes con NIgA y S<30%.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN - Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

Resúmenes

25 RIESGO DE MUERTE E INSUFICIENCIA RENAL EXTREMA EN NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA EN EL PROGRAMA DE SALUD RENAL

Ríos P, Cha M, Gadola L, Schwedt E, Sola L, Lamadrid V, De Souza N, Perg N, Campeas G, Mazzuchi N.

Programa de Salud Renal. Montevideo. Uruguay.

La Nefropatía obstructiva (NO) es causa frecuente (8,7%) de insuficiencia renal extrema (IRE) en Uruguay y su incidencia (15 pmp) duplica la de USDRS. **Objetivo.** Analizar la evolución en general y por causa específica de obstrucción de los pacientes (pt) con NO ingresados al Programa de Salud Renal de Uruguay (PSRU). **Métodos.** Estudio observacional de la cohorte de pacientes ingresados al PSRU desde octubre 2004 a octubre 2011 con ERC etapas I a V prediálisis. Se analizaron los 289 pt con NO, con seguimiento mayor de 6 meses (27,7 ± 17,7 meses), de un total de 4781 ptes (6 %). Sexo Masculino 65,4 %, edad 64,3 ± 17,1 años. Comorbilidad: diabetes 12,5 %, HTA 67,5% y cardiovascular 21,1%. Causa de obstrucción: adenoma de próstata (AP) 68 pt (23,5%), litiasis 108 pt (37,4%), neoplasia 27 pt (9,3%), uropatía congénita / reflujo vesicoureteral (RVU) 20 pt (6,9%), otras 66 pt (22,8%). Etapa de ERC al ingreso: I y II 12,8 %, etapa III 50,5% y en etapa IV 36,7%. Se estimó el filtrado glomerular (FG) por MDRD. Se comparan los pacientes según tengan o no NO y por causa de obstrucción. Estadísticos: test T, Chi2, modelo de Cox según corresponda. Significativas diferencias de $p < 0,05$. **Resultados.** La pérdida anual de FG no fue diferente entre obstructivos y no obstructivos (-0,52 vs -0,69 ml/min/año diferencia NS). El porcentaje de pacientes con pérdida de FG mayor a 1 ml/min/año también fue semejante (35,9 vs. 36,6%) y tampoco hubo diferencias significativas por causa específica de obstrucción: AP 29,4%, litiasis 32,7%, neoplasia 44,4%, RVU 50%, otras 40%. La tasa de mortalidad de los pt obstructivos fue significativamente mayor (7,94/100 pt/año) que en no obstructivos (5,6/100 pt/año) pero esto se asoció a su mayor edad y predominancia masculina. La tasa de mortalidad por causa específica de obstrucción fue: AP 13,3/100 pt/año, Litiasis 2,6/100 pt/año, Neoplásicos 23,1/100 pt/año, RVU 1,87/100 pt/año y Otros 9,9/100 pt/año. **Conclusiones:** No hay diferencias significativas en la progresión a la IRE entre obstructivos y no obstructivos considerados en etapas similares de ERC y por causa específica de obstrucción. Los pacientes con NO tienen mayor mortalidad pero esto se asocia a la edad y al sexo. Siendo la nefropatía obstructiva una causa prevenible de IRE, su alta incidencia en Uruguay amerita se instauren medidas específicas de captación precoz y tratamiento que eviten la progresión.

27 OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL AUSENTISMO EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Lemaire P, Chassale L.

Departamento Salud Renal Hospital Evangélico, Montevideo, Uruguay.

OBJETIVO: El propósito del presente estudio fue analizar algunos de los efectos que genera el ausentismo laboral en el personal de enfermería de un Centro de Hemodiálisis Crónica. En la actualidad, son muchas las organizaciones que están siendo afectadas por un alto índice de ausentismo, lo que origina costos elevados y baja productividad. El ausentismo conlleva varios efectos negativos para el propio absentista, para sus compañeros, familia y estado. Sin embargo también hay algunos efectos positivos del ausentismo que también son merecedores de estudio y análisis.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo, elaborando y aplicando una encuesta al universo constituido por 21 trabajadores del personal de enfermería, que se encontraban trabajando en el mes de noviembre de 2011. Los datos fueron presentados en cuadros, y expresados en unidades de frecuencia absoluta y en porcentajes, con su correspondiente gráfico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Del análisis de los datos obtenidos se observa que para el 95% de la población el ausentismo le representa una disminución de los ingresos familiares. A un 76% le significa un aumento de la carga de trabajo y el 57% no lo considera fuente de conflicto laboral. A un 62% no le representa una estrategia para disminuir el estrés laboral y un 52% dijo que sí le permite más tiempo para la familia. Frente a ser visto como una oportunidad de realizar nuevas tareas el 76% no lo percibe de este modo y el 66% no lo ve como una oportunidad de demostrar sus habilidades frente a otros compañeros.

CONCLUSIONES: Consideramos que el ausentismo es un elemento que se deberá continuar estudiando y buscando estrategias como lo han sido los estudios de nivel de Burnout, charlas de comunicación asertiva, de formación continua con participación activa de nuestro personal, a fin de estimular y comprometer al trabajador con el servicio, evitar el deterioro del clima laboral, mejorar las condiciones de trabajo y mejorar la calidad y seguridad de la atención al usuario.

26 Manifestaciones clínicas y analíticas de la Nefropatía Lúpica durante la gestación

De Los Santos C, Zubiaurre V, Silvairiño R, Guirado M, Cora M, Alonso C, Stevenazzi M, Conseto E, Sosa L.

Introducción. La gestación en pacientes con nefropatía lúpica (NL) se ha vinculado a un aumento en la morbi-mortalidad materna y fetal. La actividad renal puede incrementarse y la incidencia de abortos, pre-eclampsia-eclampsia y complicaciones neonatales pueden ser más frecuentes en este grupo de pacientes.

Objetivo. Describir las características clínicas, analíticas y evolutivas de pacientes embarazadas portadoras de NL.

Material y métodos. Se analizó retrospectivamente la historia clínica de pacientes con diagnóstico de LES y NL confirmada mediante biopsia renal asistidas de forma conjunta por policlinica de Alto Riesgo Obstétrico y Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, durante el período 2008-2012.

Resultados. Se incluyeron 11 pacientes. La edad al diagnóstico de LES fue 20,91 ± 8 años y al momento de la gestación 29,27 ± 8,29 años. La edad gestacional al primer control fue 14 ± 5,1 semanas, con una media de 7,7 ± 3,5 controles durante el seguimiento. Presentaban compromiso extrarrenal previo: 8/11 cutáneo, 6/11 articular, 3/11 hematológico. La distribución del tipo de glomerulonefritis (OMS) fue tipo I: 1, tipo II: 4, tipo IV: 1 y tipo V: 4. Presentaron actividad renal 6/11 y extrarrenal 3/11 (cutánea, articular, SNC). 3/11 se presentaron como síndrome nefrótico y el resto como alteraciones urinarias asintomáticas. Los valores de proteinuria (prU) de mg/24 hs por trimestre fueron 1251 ± 1182, 1587 ± 1369 y 1859 ± 1470 respectivamente. 4/11 presentaron prU > 1 gr/24 hs al momento de la captación. Se objetivó microhematuria (mHU) en 9/11. Al primer control la creatinemia fue de 60,4 ± 14,4 mg/dl. Discriminado por trimestre, presentaron creatinemia ≥ 60 mg/dl: 6/11, 2/11 y 6/11. Presentaron positividad para anticuerpos anti-DNAse: 6/11 (1T), 4/11 (2T) y 5/11 (3T). 5/11 tuvieron hipocomplementemia (3 con actividad renal y 2 con extrarrenal). 5/11 tuvieron positividad para anticuerpos antifosfolípidicos en algún momento del seguimiento Ninguna paciente requirió TSR. Presentaron algún tipo de estado hipertensivo del embarazo 7/11. Todas las gestaciones fueron exitosas con una EG al nacimiento de 33,9 ± 4 semanas. En 8/11 la finalización fue por cesárea. El peso al nacer fue 1999 ± 782 gr, 4/11 fueron pequeños para la edad gestacional. Las principales complicaciones neonatales fueron prematuridad (11/11) e Ictericia (5/11). Un neonato presentó LES neonatal. No hubo mortalidad materna en el grupo. **Discusión.** Más de la mitad presentaron actividad renal y un tercio actividad extra renal. Al igual que en otras series, existió dificultad en diferenciar actividad renal de pre-eclampsia. La presencia de hipocomplementemia se asocia a actividad renal o extrarrenal. La totalidad de las gestaciones fueron exitosas y no existió mortalidad materna ni neonatal.

28 PAPEL DEL RE TRASPLANTE RENAL EN LA EVOLUCIÓN DEL INJERTO

Orihuela S, Manzo L, Curri L, Gonzalez Martinez, F

Instituto de nefrología y urología (INU) Uruguay

Objetivo: Analizar el retrasplante (RTR) (n=118) en cuanto a evolución del injerto y el pte, comparándolo con los primeros trasplantes renales (TR). Se evaluó como end point primarios: función renal inicial, tasa de rechazo (RA) y función renal alejada y como end point secundario, sobrevida de ptes e injertos.

Metodología: Análisis retrospectivo, de todos los TR realizados por INU en los últimos 20 años. Se comparó variables demográficas y evolución de los end point señalados, entre dos grupos de ptes: GI= 1er TR y G II= RTR. Se definió IRI como no descenso de la Creat en las primeras 48 hs. DGF como la necesidad de diálisis en la primera semana y No función primaria (NFP), la ausencia permanente de función del injerto. El diagnóstico de RA fue clínico. La función renal se definió por creatinina en cada período analizado. Pérdida del injerto, se consideró el retorno a diálisis, necesidad de RTR, o muerte con injerto funcionante. La inmunosupresión fue variable: hasta 1987 fue doble, con Azatioprina (AZA) y Corticoides; allí, se asoció Ciclosporina (CyA), y en 1997 se sustituyó Aza por Micofenolato. En 2000 se introdujo Tacrolimus (TAC) que se usó en forma creciente. Como inducción se usó GAL o anti CD3 al inicio y luego AntiCD25 y Timoglobulina. Se utilizó el Chi cuadrado para comparar variables cualitativas, y Anova y test T para las cuantitativas. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Predominaron los hombres en donantes (D) y receptores (R) en ambos grupos. Fue también similar el porcentaje de diabéticos y el tiempo en diálisis. Los R de RTR eran más jóvenes, habían recibido mayor N° de transfusiones y tenían mayor incidencia de HVC+. El porcentaje de dónante vivo fue mayor en 1er TR: 9,3% vs 4,2% ($p=0,039$). Recibió inducción el 90,2% de ptes del GII vs 35,3% del GI ($p=0,001$); Se usó CyA, en 91,2% y Tac en 8,7% del G I, y en 64,6% y 32,9% del G II, respectivamente ($p=0,001$). La incidencia de NFP fue 4,3% (42 casos); sin diferencia entre ambos grupos (4,3% en GI y 4,1% en GII ($p=NS$)). La IRI fue más frecuente y prolongada en el GII: 52,6% y 8,5 ± 10,3 días vs 40,1% y 5,3 ± 8,1 días en GI ($p=0,01$). La incidencia de RA fue mayor en el GII, aunque la diferencia no fue significativa: 32,8% vs 23,6% en el GI. No hubo diferencias en la función renal alejada entre ambos grupos, (creat. 1,59 ± 0,85, 1,65 ± 0,85 y 1,7 ± 0,8 mg% en GI vs 1,46 ± 0,6, 1,73 ± 1,3 y 1,52 ± 0,3 mg% en GII, a 1, 3 y 5 años respectivamente ($p=NS$)). La SV de ptes e injertos a 1, 5 y 10 años fue también similar entre grupos: GI 97, 92 y 84% vs 98, 95 y 85% en GII ($p=NS$) para ptes; para injerto, 91, 75 y 57% en GI vs 88, 72 y 50% en GII ($p=NS$)).

Conclusiones: No encontramos un impacto del RTR en la incidencia de RA, función renal alejada ni en la SV del pte o el injerto, pese a la mayor incidencia de IRI y DGF.



Resúmenes

29 Filtrado glomerular estimado ¿Cuánto aporta a nivel poblacional en la estratificación de riesgo cardiovascular por encima de la presión arterial ambulatoria y otros factores de riesgo vascular?

Boggia J, Sandoya E, Staessen J y Schwedt E.

Asociación Española Primera en Salud-Depto. de Cardiología, Universidad de la República- Centro de Nefrología y Depto. de Fisiopatología.

Algunos sistemas de evaluación de riesgo cardiovascular incorporan el filtrado glomerular como un nuevo elemento en la estratificación de riesgo.

Objetivos: evaluar si en a nivel de la población general el filtrado glomerular estimado a partir de la creatinina (IFGe) aporta a la estratificación de riesgo cardiovascular por encima de los factores de riesgo cardiovascular clásicos y de la presión arterial sistólica ambulatoria de 24-horas (PAS-24).

Métodos: se analizaron 5322 sujetos reclutados en la International Database on Ambulatory blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome (IDACO). El IFGe se calculó utilizando la ecuación CKD-EPI. La incidencia de muerte y eventos cardiovasculares (CV) se analizó mediante tasas estandarizadas y Kaplan-Meier. El riesgo de muerte y de eventos CV se estimó a través del cálculo de los cocientes de riesgo (HRs) estandarizados mediante regresión de Cox. Se analizó el riesgo de mortalidad total y eventos CV a 10 años en relación a la PAS-24 y el IFGe. Finalmente, se estimó el estadístico R² para evaluar el riesgo explicado en la regresión de Cox, por el IFGe sobre otras covariables, incluida la PAS-24.

Resultados: la incidencia de muerte y eventos CV aumentó de forma directa en relación a la PAS-24 y de forma inversa en relación al IFGe. La PAS-24 pronosticó ($P < 0.008$) el riesgo de muerte total (513 muertes) y CV (206), así como la ocurrencia de eventos CV combinados (555 eventos), eventos cardiacos (335) y ataque cerebrovascular (ACV) (218). El IFGe predijo el riesgo de mortalidad CV ($P = 0.012$), eventos CV combinados y el ACV ($P < 0.035$). En relación a la mortalidad CV, los eventos CV fatales y no-fatales y el ACV, la PAS-24 adicionó 0.35%, 1.17% y 1.00% al riesgo explicado por los factores de riesgo convencionales. Agregar el IFGe permitió explicar un 0.13%, 0.09% y 0.14% adicionales, respectivamente. **Conclusiones:** en la población general el IFGe predice un menor número de variables resultado (*endpoints*) en comparación con la PAS-24. En relación a la PAS-24, el IFGe es un factor de riesgo aditivo, no sinérgico con un aporte menor en comparación a la PAS-24 sobre los factores de riesgo CV clásicos.

31 PERITONITIS BACTERIANA A GÉRMESES GRAM NEGATIVOS EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Chifflet L, Costa L, Forselledo M, Gadola L, Ghelfi G, Gómez T, González C, Heckimian G, Laborda R, Larre Borges P, López G, Mastandrea F, Pérez D, Poggi C, Rébora A, Sáez L, Sans A, Silvariño R. (Orden alfabético)
Diálisis Peritoneal SUN.

Objetivo: Analizar la incidencia de las peritonitis a gérmenes gram negativos en pacientes en Diálisis Peritoneal (DP) en el Uruguay. Determinar los gérmenes responsables y su perfil de sensibilidad antibiótica, así como la evolución clínica, con el fin de evaluar alternativas terapéuticas antibióticas.

Metodología: Se analizaron los episodios de peritonitis en todos los 7 Centros de DP de adultos del Uruguay (Americano, CASMU, Clínicas, Maciel, Maldonado, San José, SEINE, Uruguayana) en el período del 1/1/2006 al 31/12/2011, en el año 2009 se incluyó a el centro de DP de los niños (SENIED), y en el período de 2011 al centro CEDINA. Los datos fueron recolectados del Registro de Infecciones en DP del Grupo DP de la Sociedad Uruguaya de Nefrología (SUN) y fue aprobado por el Comité de Ética. El análisis estadístico se realizó mediante Chi² o test de Fisher según correspondiera, y se consideró significativo una $p < 0.05$.

Resultados y discusión: en el período analizado se registraron 528 episodios de peritonitis con una tasa promedio de incidencia de 1 episodio cada 26.24 meses-paciente, sin diferencias significativas entre los años analizados. Se registraron 108 episodios de peritonitis a gérmenes gram negativos y la frecuencia de los mismos aumentó en el período analizado (15.4 % en 2006 a 26.3 % en 2011). Se encontró una baja resistencia de los gérmenes gram negativos a la amikacina (1.4%), así como a ceftazidime (13 %) y ciprofloxacina (6 %). La mayoría de las peritonitis a gram negativos evolucionaron favorablemente (59.3%), con la asociación de otro antibiótico al tratamiento empírico inicial con amikacina. La frecuencia de retirada del catéter (32.4 %) y la mortalidad (8.3 %), fue significativamente mayor en las peritonitis a gérmenes gram negativos que en las a gérmenes gram positivos (Chi² $p < 0.05$). **Conclusiones:** La tasa de peritonitis en el Uruguay se mantiene estable en el período analizado, con predominio de las peritonitis a gérmenes gram positivos, aunque la frecuencia a gérmenes gram negativos está en aumento. La mayoría de las peritonitis a gérmenes gram negativos curan, con la asociación de otro antibiótico al utilizado inicialmente en forma empírica. La resistencia a los Amikacina sigue siendo baja por lo cual reafirmamos continuar con este antibiótico para cubrir gérmenes gram negativos como tratamiento empírico y recomendamos a la ciprofloxacina y a la ceftazidime como tratamiento de segunda línea.

30 RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL EXTREMA Y MUERTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Sola L, De Souza N, Ríos P, Schwedt E, Lamadrid V, Canzani O, Mazzuchi N
Programa de Salud Renal. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La referencia a nefrólogo permite implementar medidas que retarden la progresión a insuficiencia renal extrema (IRE) e intentar disminuir el elevado riesgo de muerte en pacientes (Pts) con enfermedad renal crónica (ERC). **Objetivo:** Evaluar factores de riesgo (FR) de muerte e IRE en Pts con ERC avanzada del Programa de Salud Renal de Uruguay (PSRU). **Métodos:** De 8732 Pts registrados (1/10/2004- 1/10/2011) se seleccionó los de filtrado glomerular (eFG) < 30 ml/min en ≥ 2 controles, y seguimiento ≥ 90 días. Se comparó control inicial y final de: presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD), proteinuria (Pru), colesterol, triglicéridos, bloqueo de sistema renina angiotensina (I-SRA). Se consideró referencia tardía el ingreso al PSRU con eFG < 30 ml/min. Se evaluó seguimiento con equipo multidisciplinario formal (EMF). Se analizó FR para IRE, muerte, y nuevos eventos CV por regresión de Cox. Se analizó pérdida de eFG > 3 ml/min/año (progresión rápida) por regresión logística múltiple. Se comparó medias por test de t y proporciones por Mac Nemar. Se consideró significativa $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyó 991 Pts, 483 (48.7%) hombres, edad 69.9 ± 13.5 años, 405 (41%) diabéticos; La nefropatía predominante fue: 187 (18.9%) diabética (ND) y 398 (40.2%) vascular. En mediana de 1.57 (I0: 0.90-2.57) años, disminuyó significativamente la PAS, PAD, Colesterol, triglicéridos, uricemia, eFG y uso de I-SRA (61 vs 43%); y aumentó significativamente la fosforemia y los Pts vacunados para Hepatitis B (8 vs 26.3%), Influenza (6.8 vs 31%) y Neumococo (10.9 vs 29.9%). Hubo 178 nuevos eventos CV (9.6 por 100 pt-año), mueren 123 Pts (6.63 por 100 pt-año), y 161 Pts llegan a IRE (8.68 por 100 pt-año). El riesgo de progresión rápida aumentó con PAS (OR: 1.015: 1.007-1.024), Pru (OR 1.383: 1.166-1.641) y ND (1.485: 1.047-2.104). Tiene menor riesgo de IRE I-SRA ($p = 0.012$); y son FR (Cox): PAS (HR 1.016: 1.006-1.026), Pru (HR 1.183: 1.056-1.325), referencia tardía (HR 3.77: 2.39-5.95) y edad < 45 años (HR 2.35: 1.25-4.4.1); y protege I-SRA (HR 0.59: 0.41-0.84) y EMF (HR 0.56: 0.36-0.86). Son FR de muerte: sexo masculino (HR 1.66: 1.14-2.43), edad (HR 1.05: 1.03-1.07), y Pru (HR 1.24: 1.06-1.44), y disminuye con EMF (HR 0.58: 0.35- 0.94). **Conclusiones:** Es posible estabilizar la ERC. La Pru es el principal FR de muerte e IRE. El uso de I-SRA, la referencia oportuna y el control de la PAS permite reducir el riesgo de IRE. El seguimiento con EMF disminuye el riesgo de muerte e IRE.

32 DEBUT DE PURPURA DE SCHONLEIN HENOCH DURANTE EL EMBARAZO

Centro de Nefrología, Cátedra de Dermatología,
Cátedra de Anatomía Patológica

Canon A, Marquez M, Saez L, Tobal D

Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Facultad de Medicina Montevideo, Uruguay

Introducción: El púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis sistémica de pequeños vasos, causada por IgA. Es más frecuente en varones, con máxima incidencia a los 5 años.

Objetivo: Reportar el debut de un PSH con nefropatía, durante la gestación. **Caso Clínico:** Adolescente de 17 años, sexo femenino, consulta por lesiones puntiformes, purpúricas en miembros inferiores y glúteos, precedidas por odinofagia.

Gonalgia bilateral, sin signos inflamatorios.

Antecedentes: Previamente 2 episodios de lesiones de similares características Ginecobstétrico: Curso embarazo de 11 semanas.

Examen Físico: lesiones purpúricas en miembros inferiores
Paraclínica: Examen de orina: Hb +++ Pu 3,6 gr/l, Sedimento: eritrocitos 20, leucocitos 15
Proteinuria (Pru) 0,71 gr/ día Pru/Creatinuria: 3556 mg/g

Azoemia: 0,20g/l. Creatinemia: 0,47mg/dl.

Hemograma normal. Exudado faríngeo: sin desarrollo.

Riñones ecográficamente normales.

Proteínas totales 5,7 mg/dl **Albuminemia** 4 mg/dl.

AEL0: 147 UI/ml.

VDRL, HIV, HCV, ANA, ANCA negativos

Biopsia de piel: dermis con infiltrado inflamatorio perivascular, superficial y medio, neutrófilos y leucocitoclasia. Glóbulos rojos extravasados, necrosis fibrinoide de paredes vasculares.

Biopsia renal: Glomerulonefritis crónica con proliferación mesangial, depósitos de IgA dominante. De acuerdo a la clínica y biopsia de piel los hallazgos son consistentes con PSH. Elementos de cronicidad a nivel glomerular y vascular.

Tratamiento: Se inicia tratamiento con Prednisona 1mg/kg/día y Azatioprina 50mg/día.

Evolución: Desaparición de las lesiones de piel, sin secuelas. Asintomática, normotensa. Proteinuria 0,76 g/24 Hz, Creatinemia 0,42 mg/dl. Actualmente cursando 24 semanas de embarazo sin complicaciones obstétricas.

Conclusiones: El debut del PSH durante el embarazo es poco frecuente (1)

Confirmamos la ausencia de correlación entre la clínica y la histología en esta afección.

1) Henoch-Schönlein purpura in pregnancy. K. KALMANTIS et al, Journal of Obstetrics and Gynaecology, May 2008; 28(4): 403-405



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo

XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

Resúmenes

33 IMPACTO TERAPEUTICO DE DIFERENTES INTERVALOS POSOLOGICOS DE CsA

Tobal D¹, Caligaris L², Gadola L¹, Maldonado C².

¹ Centro de Nefrología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo Uruguay

² Unidad de Monitoreo de Medicamentos del Hospital de Clínicas - Departamento de Ciencias Farmacéuticas de la Facultad de Química. Responsables: Dra. Marta Vázquez - Dr. Pietro Fagiolino

INTRODUCCIÓN: La ciclosporina (CsA) es un inmunosupresor con el efecto paradójico de utilizarse para patologías renales y producir reacciones adversas sobre el propio riñón (NTX), este hecho aunado a la amplia variación interindividual de sus parámetros farmacocinéticos ha motivado que la misma sea monitoreada de forma estrecha durante el lapso del tratamiento. La individualización de la dosis de CsA determinando los niveles sanguíneos y la confección del área bajo la curva (AUC) de monitoreo sanguíneo, permite ajustes en el tratamiento evitando los efectos tóxicos agudos y crónicos. La NTX aguda se relaciona con los niveles de CsA elevados y la crónica se debe a exposición continua a los efectos NTX.

OBJETIVO: Conocer el impacto de las modificaciones en las concentraciones sanguíneas de CsA al cambiar los intervalos entre las dosis diarias intentando disminuir el riesgo de NTX.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo de 3 pacientes con glomerulopatía (GMP) que recibieron durante un período CsA cada 12 horas y posteriormente pasaron a posología cada 8 horas. Se elevaron las dosis de CsA (Técnica Inmunofluorescencia de Luz Polarizada (FPIA), AXSYM, Laboratorios Abbott) realizadas por la Unidad de Monitoreo de Medicamentos del Hospital de Clínicas desde el año 2009 al 2012. Con dichas dosificaciones se calcularon las medias de concentración de CsA para la predosis matutina y para 1 hora postadministración para ambas posologías. Se compararon las medias de concentraciones a ambos tiempos intrapaciente para ambas posologías. Para un paciente se calculó el AUC 0-12 y de 0-8 por el método de los trapecios, la concentración media (C_{ss}) y el clearance aparente (CL_{ap}) (clearance / factor de biodisponibilidad -CL_F).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Se observó en uno de los pacientes estudiados que las concentraciones a predosis no difieren entre las distintas posologías, mientras que para los otros dos pacientes la concentración a predosis de la posología cada 8 horas rindió valores inferiores. Las concentraciones 1 hora postdosis fueron inferiores en los tres pacientes para la posología cada 8 horas. Cabe destacar que las dosis diarias recibidas no fueron iguales en ambas posologías y los resultados que se informan se han corregido para igualdad de dosis diaria. Las posologías cada 8 horas reducen la oscilación pico-valle lo cual era previsible. Sin embargo, un hecho relevante es que pese a las correcciones realizadas de modo de llegar a una igualdad de dosis diarias, aquellos tratamientos que involucraron menor unidad posológica por administración revelaron una menor biodisponibilidad. La probable causa de esta observación es una menor concentración de CsA a nivel del enterocito que no saturaría el sistema enzimático y/o transportador de flujo.

CONCLUSIONES: Las menores oscilaciones pico-valle obtenidas en posologías cada 8 horas permiten disminuir los riesgos de NTX, pero dado que las dosis diarias ensayadas con estas posologías fueron menores se pudo haber corrido un riesgo de ineficacia. A pesar de ello, los pacientes se mantuvieron estables y con su glomerulopatía en remisión. Nos proponemos realizar un trabajo prospectivo en el cual se mantengan las mismas dosis diarias, modificando solamente la frecuencia de administración de modo tal de no realizar ajustes sobre los datos experimentales.

35 AUMENTO PROGRESIVO DE LA EDAD DE INGRESO A TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A POLIQUISTOSIS

Tobal D¹, González Martínez F¹, Gadola L¹, González C², Noboa O¹.

¹ Centro de Nefrología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo Uruguay² Registro Uruguayo de Diálisis (RUD)

INTRODUCCIÓN: Varios ensayos clínicos no han logrado demostrar beneficios de los diferentes tratamientos de la Poliquistosis Renal (PQR).

Algunos reportes señalan un aumento de la edad de ingreso a Terapia de Reemplazo Renal (TRR) en la PQR. **OBJETIVO:** Conocer el número, sexo, edad y creatinina de los pacientes con PQR que ingresan a TRR en Uruguay. Determinar en estos pacientes los cambios según la edad y el sexo al momento de ingreso a TRR durante los últimos 30 años.

METODOLOGÍA: Se utilizó la base de datos del Registro Uruguayo de Diálisis (RUD).

El RUD es un registro obligatorio.

Ingresan a él todos los pacientes que han iniciado TRR en el Uruguay a partir del año 1981.

Se consignaron entre otros, datos demográficos, etiología, creatinemia y edad al ingreso a TRR.

Se analizaron las condiciones de ingreso a TRR de los pacientes con diagnóstico de PQR.

Se registraron edad, sexo y creatinemia al ingreso a TRR y se compararon por décadas.

Se expresó la media ± desvío típico, se utilizó test de ANOVA y se consideró significativo valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Entre el año 1981 y 2009 ingresaron a TRR 9946 pacientes, 522 con diagnóstico de PQR (5,5%).

La edad al ingreso, por décadas fue 51,32 ± 10,69 años en la década 1981-1990, 53,32 ± 13,32 en 1991-2000 y 54,78 ± 13,24 en 2000-2010.

El aumento progresivo de la edad de ingreso fue estadísticamente significativo al comparar la década 1981-1990 con la década 2000-2010.

La edad de ingreso fue similar en ambos sexos.

No existe una diferencia significativa de la edad de ingreso por décadas entre las pacientes de sexo femenino.

Existe una diferencia significativa de la edad de ingreso por décadas en los hombres entre la 1ª y 3ª década.

La creatinemia promedio de ingreso en cada década fue 1981-1990, 8,3 ± 1,8 mg/dl en 1991-2000, 8,8 ± 3,1 y en la década 2000-2010, 7,8 ± 3,4.

En la 1ª era el contamos solo con 6 creatinemias, por ese motivo comparamos 2ª y 3ª era solamente.

Comparamos que existe un descenso de creatinina significativo entre ellas al momento de ingreso.

Al comparar las cifras de creatinina al ingreso de mujeres y hombres no existe diferencia significativa.

En las mujeres, la creatinemia al ingreso no mostró diferencias significativas entre las 3 décadas.

En los hombres la creatinemia en la 2ª década fue de 9,1 ± 3,2 mg/dl y en la 3ª década 7,9 ± 2,8.

Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES: La diferencia de edad de ingreso entre la 1ª y 3ª décadas, se relaciona con un aumento de la edad de inicio de TRR en los hombres.

La creatinina al ingreso de TRR ha disminuido en la última década respecto a la anterior de manera significativa. Si bien en ambos sexos se comprueba este descenso, sólo en los hombres hay una diferencia significativa como en el global.

Las diferentes medidas de nefroprevención y las acciones del Programa de Salud Renal creado en el año 2004, pueden haber contribuido a estas modificaciones.

34 LITIASIS URINARIA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Halty M, Caggiani M, Giachetto G.

Clínica Pediátrica C. Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell

La enfermedad litiasica puede comenzar en la infancia con manifestaciones escasas o atípicas. Su incidencia es menor que en adultos y es de difícil diagnóstico. La causa favorecedora (metabólica, infecciosa, malformativa, mixta) se encuentra con mayor frecuencia que en adultos.

El objetivo es describir las características clínicas, la evolución y el tratamiento de los niños hospitalizados con litiasis urinaria en el CHPR.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo entre 1/6/2006 - 31/5/2012. Se incluyeron todos los niños de 1 mes a 14 años hospitalizados con diagnóstico de litiasis urinaria. Se analizó presentación clínica, causas predisponentes, tratamiento y evolución. La fuente de datos fueron las historias clínicas.

RESULTADOS: Se hospitalizaron 20 niños, 12 varones y 8 mujeres, mediana 10 años 7 meses. El dolor fue la presentación clínica más frecuente (n=17). La litiasis fue única en 11 casos y múltiples en 9. Se diagnosticó litiasis coraliforme con pionesofrosis en 2 niños y en otros 2 nefrocalcinosis. Presentaron complicaciones obstructivas (n=15), infecciosas (n=4), insuficiencia renal aguda leve (n=3). Se hallaron causas predisponentes en 13 niños: metabólicas (n=9), infecciosas (n=4), malformativas (n=3); el estudio metabólico se realizó en 10 casos, siendo completo en 3 de ellos. Recibieron tratamiento quirúrgico o litotricia 10 pacientes. Los niños con litiasis coraliforme y pionesofrosis requirieron nefrectomía. Permanecen en seguimiento 6 niños: 3 persisten con litiasis y 2 tienen nefrocalcinosis, uno de ellos con IRC moderada.

CONCLUSIONES: Esta constituye la primera comunicación de litiasis urinaria en niños hospitalizados. Aunque se trata de un centro de referencia nacional, conocer la prevalencia y características de esta enfermedad requiere estudios multicéntricos. Una proporción importante de niños presentó complicaciones graves. Resulta necesario profundizar en el estudio de las causas predisponentes y mejorar el seguimiento en vistas a realizar una correcta nefroprevención.

36 HIPEROXALURIA PRIMARIA EN 3 HERMANOS

Halty M, Caggiani M, Noboa O

La hiperoxaluria es responsable de 2-20% de las causas metabólicas de litiasis en niños y adolescentes. Esta puede ser secundaria o primaria (HP), en este último caso es tipo I o tipo II, de herencia autosómica recesiva.

El objetivo de la presentación es analizar el diagnóstico y evolución en 2 hermanos con HP tipo I y un tercero con alta probabilidad.

METODOLOGÍA: Se analizaron las historias clínicas de 3 hermanos con litiasis, diagnóstico, tratamiento y evolución.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: El primer caso presentó a los 9 años un cólico nefrítico con litiasis múltiples bilaterales y una IRA leve. Presentaba hiperoxaluria de 214 mg/1.73 m². Se descartaron causas secundarias. El estudio genético demostró 2 copias de la mutación Ile244Thr. Los otros 2 pacientes se presentaron en forma similar, a edades de 8 y 17 años. El caso 2 tuvo una pionesofrosis que requirió nefrostomía y una IRA leve con buena evolución; se le comprobó hiperoxaluria. El caso 3, sin hiperoxaluria demostrada, expulsó un cálculo de oxalato de calcio. Los 3 presentaron hipocitraturia que se corrigió con citrato de potasio; la Piridoxina a altas dosis descendió los niveles de oxaluria como está descrito en un tercio de los casos. Se indicó una dieta baja en oxalatos y rica en calcio. Se les realizó litotricia en varias oportunidades. El tiempo de evolución es 7, 3 y 1 año respectivamente. Persisten actualmente con litiasis bilaterales, sin nefrocalcinosis ni alteraciones del medio interno. El primer caso tiene un clearance de creatinina límite (87 ml/min/1.73 m²), en los otros 2 es normal. La severidad de la HP tipo I es variable, hay formas de presentación precoz con litiasis recurrente y falla renal crónica en la infancia o en la adolescencia; otras de inicio tardío en edad adulta.

CONCLUSIONES: Se trata de una enfermedad grave, progresiva, cuyo diagnóstico temprano con estudio metabólico completo puede mejorar el pronóstico fundamentalmente en aquellos que responden a la Piridoxina. El diagnóstico presintomático de los hermanos hubiera permitido un tratamiento más precoz y hubiera evitado la instalación de la IRA. El manejo de la litiasis y sus complicaciones es fundamental para evitar la IRC. Cuando esta se desarrolla la diálisis agresiva y el trasplante hepatorenal son las opciones terapéuticas.



Resúmenes

37 REENTRENAMIENTO, EN DIALISIS PERITONEAL Utilización de diferentes herramientas.

Vieira M, Hekimian G.

SEINE. Diaverum. Montevideo, Uruguay.

Introducción: Todo paciente que comienza en Diálisis Peritoneal (DP) se enfrenta a un tratamiento desconocido. En esta situación de stress el paciente recibe el entrenamiento para hacerse cargo del tratamiento, con el tiempo, inmerso en la rutina disminuye la atención y minimiza algunos aspectos de la técnica.

Es fundamental en todo programa de D.P el reentrenamiento periódico utilizando diferentes herramientas.

Objetivo: Describir dos programas de reentrenamiento utilizados en un servicio de adultos en DP utilizando diferentes herramientas y analizar las complicaciones.

Metodología: Programa 1: Herramienta: cuestionario (10 preguntas, 5 relacionadas a infecciones, 3 mecánica y balance, 2 actuación en accidentes) y entrevista de corrección. Objeto educativo: Evitar complicaciones y lograr una actuación correcta.

Programa 2: Visita domiciliaria a pacientes de riesgo, con formulario pautado de evaluación con 4 puntos, ambiente, procedimiento, material, actuación frente a la simulación de complicaciones.

Objeto educativo evitar complicaciones infecciosas.

Análisis de complicaciones relacionadas al objetivo de cada programa luego de realizados los mismos.

Resultados: Programa 1- Participaron 33 ptes, 22 mujeres, edades 29 a 80.

El período analizado es de 6 a 18 meses posteriores al cuestionario. Tiempo total analizado 392 meses. En el período evaluado 7 presentaron peritonitis.

Manejo de volumen, 3 ptes presentaron complicaciones y actuaron correctamente.

El índice de peritonitis en el período analizado fue de 56 m/pte.

La actuación en las complicaciones no infecciosas fue en todos los casos correctas.

Programa 2. Se realizan 13 visitas en pacientes considerados de riesgo, 6 hombres, rango de edades 36-80 años. Período analizado es de 6 a 18 meses posterior a la visita. Tiempo analizado 128 meses.

Peritonitis del grupo en tiempo analizado 28,2 m/p.

Conclusiones: Las dos herramientas utilizadas fueron efectivas ya que la tasa de peritonitis años anteriores: 2009, 37 m/p, 2010 28,9 m/p.

Los pacientes ingresados en el programa de visitas domiciliarias eran de riesgo, consideramos la herramienta utilizada igualmente efectiva.

39 ROL DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Gadola L, Ormaechea G, Seijas M, Batista I, Astesiano R, Alvarez P, Saez L, Pereira J, Luzzardo L, Dapuetto J, Rosello A, Ghelfi G, Fumero S.

Centro de Nefrología y Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Uruguay.

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), es un grave problema y el estadio D tiene elevada morbi-mortalidad. La asociación con falla renal agrava el pronóstico y limita la optimización terapéutica. La diálisis peritoneal (DP) se plantea para corregir la sobrehidratación y utilizar fármacos cardioprotectores (IECA).

Objetivos: 1) Utilizar DP en pacientes con ICC estadio D y Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio III - V. 2) Evaluar el impacto sobre la clase funcional (CF-NYHA), el uso de fármacos, aptitud física, calidad de vida y morbilidad de la población estudiada.

Metodología: Se proyectó un estudio de cohorte, abierto, prospectivo, longitudinal, e intervencionista, sin grupo control, en mayores de 18 años con consentimiento informado. Los Criterios de inclusión fueron: ICC estadio D, con síntomas en reposo por progresión de la enfermedad miocárdica, refractaria a tratamiento farmacológico óptimo y ERC estadio III - V según Pautas K-DOQI al inicio del tratamiento. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética. Se registraron: edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), presión arterial (PA), disnea (CF-NYHA), edemas, Filtrado Glomerular estimado, ionograma, bicarbonatemia venosa, hemograma, Ecocardiograma, Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA), determinación de péptido natriurético plasmático: nt pro BNP (kit Roche Diagnostica), Calidad de Vida (SF-36), internaciones y plan de DP.

Resultados y Discusión. En el período 1/2009-10/2011 se incluyeron 4 pacientes: tres hombres y una mujer, seguimiento entre 2 y 11 meses (promedio 7 ± 4 m). DPCA (4 cambios) en un paciente y en los demás un cambio nocturno con Icodextrina 7,5%. Los resultados en el último control evidenciaron: disminución de edemas (4/4 pac), mejoría de CF-NYHA de III-IV a I-II (4/4 pac), con estabilidad hemodinámica por MAPA (4/4 pac), disminución de la hipertensión pulmonar (según ecocardiografía) en 3/4 pacientes, la reintroducción de la medicación cardioprotectora sin hiperpotasemia (4/4 pac), descenso de nt pro BNP y mejoría de Calidad de Vida (Score de cambio a mejoría: 80% en 2, 50% y 40%). Dos pacientes fallecieron de causa no vinculada a DP. En ambos se consideró la evolución en el último control previo al fallecimiento.

Conclusión: La evolución analizada, con mejoría clínica y de calidad de vida, a pesar de la mortalidad observada, alienta la indicación de Diálisis Peritoneal en el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca grave.

38 ESTUDIO PILOTO DE USO DE BIOIMPEDANCIA PARA ESTABLECER PESO SECO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Díaz JC, Morales N, González S, Herou A, Rossi L, Parodi K, Sola L.
CASMU-IAMPP, Montevideo, Uruguay.

Introducción: Para lograr un adecuado manejo hidroelectrolítico en pacientes (Pts) en hemodiálisis (HD) crónica se requiere de la extracción del exceso de agua y sal durante HD, lo que no siempre es bien tolerado.

La bioimpedancia eléctrica (BIO) permite conocer la composición corporal y distribución de los fluidos

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar la concordancia entre el peso seco (PS) estimado por los métodos habituales y el peso seco estimado por bioimpedancia (BIO).

Métodos. Se evaluaron los pacientes mayores de 18 años, con más de ≥ 2 meses en HD en el turno de la tarde, que dieran su consentimiento y que no presentaran contraindicaciones (amputación de miembros, marcapasos, prótesis vasculares u óseas, o fistulas en ambos brazos funcionantes). La BIO se realizó con el modelo Body Composition Monitor de Fresenius (BCM-Fresenius), impedanciómetro multifrecuencia (mide frecuencias de 5-1000 kHz). Se consignaron las medidas de peso, presión arterial (PA) pre y postdiálisis y medidas antropométricas del día que se realizó BIO. Se evaluó en el mes previo: frecuencia de episodios de hipotensión, y promedio (X) de PA sistólica y diastólica pre y postdiálisis y ganancia de peso interdialítica.

Resultados. Se estudiaron 12 Pts, 5 mujeres y 7 hombres, de edad $X=63.3 \pm 17.6$ años, con una mediana de 18 meses en HD (rango de 2 a 207). El PS $X=70.5 \pm 11.9$ kg e índice de masa corporal (IMC) 27.7 ± 5.5 . Los Pts tenían el día del control PA prediálisis $X=124 \pm 18/89 \pm 26$ y 4 recibían medicación antihipertensiva. En el mes previo la ganancia interdialítica $X=2.66 \pm 1.20$ kg y 7 habían tenido ≥ 1 episodio de hipotensión intradiálisis. La diferencia (Δ) de PS entre el estimado y el medido por BIO fue de -1.1 ± 2.3 kg. En 8 Pts el PS estimado era menor que el medido por BIO y 6 de ellos habían presentado episodios de hipotensión intradiálisis en el último mes (0.75) vs 1 de los cuatro (0.25) en que el peso seco era mayor al medido por BIO.

Conclusiones. El estudio piloto realizado con bajo número de pacientes sugiere que la medida del PS por BIO puede ser una herramienta útil para el seguimiento de los pacientes en HD, en especial en quienes existe dificultad en establecer el PS por intolerancia a la ultrafiltración.

40 PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL INFORME 2009-2011.

Chifflet L, Costa L, Forselledo M, Gadola L, Ghelfi G, Gómez T, González C, Heckimian G, Laborda R, Larre Borges P, López G, Mastandrea F, Mautone M, Pérez D, Poggi C, Rébora A, Sans A, Silvario R. (Autores por Orden alfabético). Grupo DP-SUN Diálisis Peritoneal SUN.

Introducción. Las peritonitis son el principal problema de la diálisis peritoneal (DP) y el tratamiento empírico inicial precoz basado en los gérmenes prevalentes en el medio permite un uso racional de antibióticos (ATB).

Objetivo: Analizar la incidencia de peritonitis, los gérmenes responsables y su perfil de sensibilidad antibiótica, así como la evolución de los episodios.

Metodología: Se analizaron los episodios de peritonitis (según definición internacional ISPD) en los 8 Centros de DP del Uruguay en el período 1/1/2009 al 31/12/2011 del Registro de Infecciones en DP del Grupo DP SUN. Se registraron tiempo de exposición en el período, episodios de peritonitis, gérmenes y sensibilidad ATB y evolución. Todos los Centros utilizaron el protocolo ATB empírico inicial recomendado (vancomicina - amikacina) ajustado al identificar germen. Se define "cura primaria" a la curación con el protocolo empírico inicial. Análisis estadístico: test Chi² y Test de Poisson se acepta $p < 0.05$ como significativo. El Registro se realiza desde 2004 y fue aprobado por los respectivos Comités de Ética.

Resultados y Discusión. En los años 2009-11 490 pacientes (pac) recibieron DP, con un tiempo total de exposición de 7391 meses, los que presentaron 287 episodios (epis) de peritonitis. La incidencia global 2009-11 (1 epis cada 26 mes-pac) fue similar (NS) que en los períodos 2004-5 (1 epis cada 25 mes-pac) y 2006-08 (1 epis cada 27 mes-pac). Se observaron 119 epis. por gérmenes Gram + (42%), 67 Gram - (23%), 11 micosis, 5 flora polimicrobiana, 74 sin desarrollo (26%) y 10 sin datos. Comparado con el período 2006-8, la incidencia de St CoN disminuyó (Poison $p < 0.05$) y la de otros Gram positivos y Gram negativos aumentó (NS). Entre los Gram + se observaron 36 Estafilococos. Aureus (10 resistentes a metilicina-MR y 3 SAMAR), 41 Estafilococo coagulans neg: 16/41 MR (39%) de los cuales 2 eran también amikacina resistente-MAR. De los Gram negativos 98% eran sensibles a amikacina y 17/124 (14%) gérmenes testados eran resistentes a ciprofloxacina. Se observó Cura 1^o en 75% de Gram+ y sólo en 13/53 (24%) Gram negativos (Chi² $p < 0.05$). Se retiraron 58 catéteres peritoneales (20%) y fallcieron 17 pac (6%): 6 por Gram negativos.

Conclusiones: Se observa un descenso de la incidencia de peritonitis a St CoN (39% MR) y un aumento de incidencia de Gram negativos (éstos con peor evolución), lo que justifica mantener igual Protocolo ATB empírico inicial y extremar las medidas de prevención para gérmenes entéricos.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

Resúmenes

41 GENOTIPO FENOTIPO Y AMBIENTE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL URUGUAY. (GEFA-HT-UY) Inicio de un estudio de cohorte.

Arce F, Robaina S, Sottolano M, Lujambio I, Da Rosa A, Flores M, Márquez M, Garau M, Noboa O, Olascoaga A, Luzardo L, Boggia J.

Objetivos: realizar una descripción inicial de la cohorte GEFA-HT-UY.

Métodos: se invitó a participar al azar a 150 familias del complejo habitacional Juana de América. Durante la entrevista en domicilio se recabaron antecedentes médicos y se midió la presión arterial (PA). En el consultorio médico se realizó antropometría completa, medida de presión arterial (PAC), se extrajo sangre para bioquímica sanguínea y para banco de ADN, y se recolectó orina simple y de 24 hs. Adicionalmente, se realizó Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) de 24 horas. Finalmente, los participantes realizaron Automonitoreo de Presión Arterial (AMPA) durante un mínimo de 3 días (18 mediciones).

Resultados: Al momento de realizar este análisis hay 29 participantes reclutados (tasa de rechazo de 23.6%). La media (\pm SD) de edad es 49.3 (16.6) años; 17/29 (0.59) mujeres; 7/29 (0.24) tabaquistas; 13/29 (0.45) consumen alcohol; 2/29 (0.07) diabéticos; 14/29 (0.48) con HTA conocida; 7/29 (0.24) con antecedentes de enfermedad renal; 5/29 (0.17) con antecedentes de litiasis renal y 3/29 (0.1) con antecedentes de enfermedad cardiovascular. La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 27.4 (4.4) kg/m^2 ($16/29 > 25 \text{ kg/m}^2$) y para el colesterol total fue de 208.3 (41.2) mg\% ($11/29 \geq 200 \text{ mg\%}$). En el consultorio la media (\pm SD) de PA sistólica/diastólica fue de 123.9 (15.1)/75.3 (11.3) mmHg. Los 5 sujetos con cifras mayores a 140 y/o 90 mmHg en el consultorio tenían diagnóstico previo de HTA. En la medida domiciliar la media (\pm SD) de PA sistólica/diastólica fue de 127.0 (21.9) / 77.5 (14.0) mmHg. La media (\pm SD) para la PA-24 hs en el MAPA fue: 122.8 (18.2) / 77.3 (14.3) mmHg, mientras en el AMPA fueron de: 123.5 (19.3) / 76.6 (12.1) mmHg, para las presiones sistólica / diastólica respectivamente. Considerando los sujetos que tenían mediciones realizadas por todas las técnicas (n=12), la frecuencia de HTA enmascarada en relación a la medida de consultorio fue: para la PA en domicilio medida por médico 2/12, para MAPA: 6/12 (0.5) y para AMPA: 4/12 (0.33).

Conclusiones: la población reclutada muestra una alta prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso y colesterol elevado a pesar de una media de edad inferior a 50 años. La capacidad de diagnosticar HTA enmascarada aumenta progresivamente desde la PA en domicilio hasta el MAPA pasando por el AMPA. Estas frecuencias podrán modificarse al aumentar el n del estudio.

43 MONITOREO DE ANTICUERPOS HUMAN LEUCOCYTE ANTIGEN EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL EN URUGUAY 2012

Toledo N, Alvarez I, Bengochea M, Carretto E, Abilleira D, Silva E, Cabrera A, Sosa M, Picón M.

Laboratorio de Inmunogenética e Histocompatibilidad del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células Tejidos y Órganos (INDT). Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Importancia: En los trasplantes, el sistema HLA juega un rol trascendente.

Las moléculas del Sistema HLA y sus anticuerpos (Ac) se clasifican en clase I y II. En este estudio planteamos un trabajo descriptivo de las características principales de la población de receptores renales uruguayos en lista de espera para trasplante en función de su sensibilización HLA. **Objetivos:** 1) Determinar presencia de (AC) HLA clase I y II en la población de pacientes en lista de espera uruguayos de trasplante renal. 2) Identificar población de inmunizados HLA y comparar con los no inmunizados la distribución por edad, sexo, número de trasplantes, transfusiones previas, tiempo en lista de espera, diagnóstico y grupo ABO. **Métodología:** A) Población de estudio: pacientes en lista de espera (LE) uruguayos de trasplante renal con suero vigente al momento del estudio n = 440. B) El estudio de Ac HLA, consiste en enfrentar los sueros de todos los pacientes contra paneles linfocitarios de 50 células (con una distribución antigénica representativa de la población general uruguayos por técnica de microlinfocitotoxicidad (MLCT)).

Consideramos como grupo de inmunizados HLA a aquellos pacientes con reactividad contra panel $\geq 20\%$ y altamente inmunizados a aquellos con reactividad $> 80\%$ por técnica de MLCT. Posteriormente identificamos la especificidad antigénica de los Ac HLA, por técnicas de Citometría de Flujo. **Resultados:** Sobre 440 pacientes estudiados, encontramos 43 inmunizados (9.8%) y 8 altamente inmunizados (1.8%). Los 43 pacientes sensibilizados tienen Ac. HLA clase I (100%) y 22 de ellos tienen además Ac. HLA clase II (51%). De los 43 inmunizados, 23 (53%) son candidatos a retrasplante, y en 7 de ellos (30%), los anticuerpos están dirigidos contra antígenos presentes en el primer donante. Todos los inmunizados recibieron transfusiones previas, y tienen mayor tiempo en lista de espera que los no inmunizados (significativo estadístico). No hay diferencias por edad, grupo o diagnóstico entre ambas poblaciones. **Conclusiones:** Este estudio sirve para conocer el perfil inmunológico de la lista de espera, grado y tipo de aloinmunización HLA, prever probabilidad y perspectivas de adjudicación del órgano a trasplantar y el manejo terapéutico.

42 PRESIÓN AÓRTICA CENTRAL Y RIGIDEZ ARTERIAL EN LA COHORTE GEFA-HT-UY. Reporte de los primeros cuatro meses.

Sottolano M, da Rosa A, Lujambio I, Arce F, Robaina S, Flores M, Márquez M, Garau M, Noboa O, A. Olascoaga, Boggia J, Luzardo L.

Objetivo: analizar en forma no-invasiva la presión aórtica central y la rigidez arterial en consultorio y ambulatoria en una muestra poblacional.

Métodos: se invitó a participar a 150 familias seleccionadas al azar del complejo habitacional Juana de América. Se les realizó entrevista en domicilio que abarcó los principales aspectos ambientales, antecedentes personales y familiares, finalizando con la medida de la presión arterial (PA). Se realizó examen físico en consultorio con antropometría, medida de presión arterial (PAC), y extracción de sangre para bioquímica sanguínea y banco de ADN. Se recolectó orina simple y orina de 24 hs y se realizó Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA).

Mediante dos técnicas no invasivas (tonometría de aplanamiento y oscilometría) se obtuvo: la presión arterial central (cPA), y se calculó la presión de pulso central (cPP), velocidad de la onda de pulso (VOP) e índice de aplanamiento (cAIC). La tonometría de aplanamiento (SphygmoCor), permite medir estas variables con el individuo en reposo, mientras el método oscilométrico (Mobil-O-Graph 24 h PWA) permite registrar estas variables de forma ambulatoria durante 24 hs.

Resultados: Se entrevistaron 29 individuos, 17/29 (0.59) de sexo femenino, edad promedio 49.3 \pm 16.6 años. De los antecedentes médicos destaca 14/29 (0.48) reportaron HTA, de los cuales 8/14 (0.57) recibían tratamiento, 7/29 (0.24) son tabaquistas, 2/29 (0.07) diabéticos, 3/29 (0.10) con antecedentes cardiovasculares, y 7/29 (0.24) con antecedentes de enfermedad renal. Los valores medios (\pm SD) de la analítica fueron Cr: 0.63 \pm 0.24 mg\% ; Hb: 14.7 \pm 1.1 g/L; glicemia 90.6 \pm 22.4 mg\% ; uricemia 5.3 \pm 1.8 mg\% ; colesterol total 208.3 \pm 41.2 mg\% proteína/creatininuria 0.13 \pm 0.02 g/g. Se obtuvieron variables de hemodinamia central en 21 voluntarios. Los resultados obtenidos en reposo son: cPA sistólica 116 \pm 19.9 mmHg, cPA diastólica 81.6 \pm 15.5 mmHg, cPP 34.6 \pm 9.9 mmHg, VOP 9.1 \pm 3.1 m/s, cAI 26.1 \pm 25.4. Los valores registrados ambulatoriamente son: cPA sistólica 111.6 \pm 15.3 mmHg; cPA diastólica 77.5 \pm 14.5; cPP 34.1 \pm 10.6 mmHg; VOP; 7.4 \pm 1.7 m/s; cAI 24.9 \pm 14.4.

Conclusiones: Las medidas de las presiones centrales y de rigidez arterial en reposo y ambulatoria tienden a ser diferentes. El monitoreo ambulatorio de los parámetros centrales aportaría información complementaria a la medición en reposo. Estos resultados son concordantes con nuestro estudio previo en voluntarios.

44 NEFROPATIA IGA: CURSO EVOLUTIVO A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

R. Coitino, F. Varela, F. García

Caso clínico Asociación Española (uruguay) noviembre de 2011

Introducción: La nefropatía IgA, se caracteriza por depósitos mesangiales de IgA de forma aislada o predominante sobre otras inmunoglobulinas. La apariencia más frecuente es la expansión mesangial, pero puede oscilar desde cambios mínimos hasta semilunares. Hasta en un 40% se describe progresión a ERC.

Metodología: SM, 72 años. AP: HTA en tratamiento con calcioantagonistas, portador de ERC conocida desde 1996 con creatinina de 1,7 mg/dl sin proteinuria. En 5/2001 comienza con proteinuria de 1 g/l y creatinina de 2 mg/dl , PBR: 12 glomérulos con 25% de obsolescencia, necrosis segmentaria en 1 glomérulo, escasos depósitos mesangiales y marcada esclerosis de arteriolas. Se planteó SAF, AcL e inhibidor lúcido negativos en 2001 haciéndose positivos en 2005. Hasta 2010 se mantuvo con creatinina de 2 mg/dl , y proteinuria menor a 0,5 g/l. En últimos 8 meses consulta asintomático con creatinina de 6 mg/dl , proteinuria de 2,2 g/24 horas. ANCA -, ANA negativos, C3 98 C4 38. AcL e inhibidor lúcido negativos. Ecografía: RD 108 mm EC de 10 mm, RI de 111 mm con EC de 9 mm, ambos sin dilataciones ni litiasis. Vejiga y próstata sin alteraciones. Doppler arterias renales normal. Nueva PBR con planteo de glomerulonefritis rápidamente progresiva: 10 glomérulos. Glomerulopatía IgA con más del 50% de obsolescencia glomerular. Moderados depósitos mesangiales de IgA. 2 SL fibrocelulares en 4 glomérulos. Moderada a severa fibrosis TI y angioesclerosis severa. IF: escasos depósitos mesangiales de IgA. Mantuvo IR sin factores corregibles, inicia diálisis. Clcr al mes: 10 ml/min , Clu 5,1 ml/min .

Discusión: La evolución sugiere una nefropatía a IgA desde el inicio, enfatizando las lesiones vasculares se planteó un diagnóstico diferente.

Conclusiones: Paciente portador de Nefropatía a IgA con larga historia evolutiva y cambios en las formas histológicas. Actualmente ERC estadio V, subraya la necesidad de diagnóstico oportuno con implementación de medidas terapéuticas tempranas.



Resúmenes

45 PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA POLICLINICA DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Michelin M, Flores J, Ríos P
Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción: Desde 2004 funciona en el Hospital Maciel una policlinica de enfermedad renal crónica avanzada, con enfermedad renal, etapas 4-5 en el marco del Programa de Salud Renal. La educación en salud renal es fundamental para la obtención de objetivos terapéuticos. El papel de la enfermera y el conocimiento de los hábitos de los usuarios se vuelven relevantes. Existe un equipo multidisciplinario integrado por enfermería, nutricionista y nefrólogo. El objetivo es valorar los conocimientos y hábitos sobre los factores de riesgo vascular de los usuarios. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó una encuesta que investigó conocimiento de factores de riesgo (hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia). Se valoró hábitos: ingesta de sal, alcohol, sedentarismo, tabaquismo, acceso a nutricionista, conocimiento del tratamiento y disponibilidad de la medicación. **Resultados:** Se encuestaron 41 usuarios, 23 hombres, 41 hipertensos, 21 con diabetes y 30 con hipercolesterolemia. Todos reconocían diagnóstico de hipertensión o Diabetes y 37 la hipercolesterolemia. Conocían los objetivos terapéuticos de presión arterial 90,2%, 83% conoce efectos nocivos de presión arterial mal controlada El 70% refiere comer sin sal y 90% no agregarle sal a la comida, pero el 46% consume alimentos de alto contenido en sal. El 80,6% de los diabéticos conoce los objetivos terapéuticos de glicemia y 70% el efecto dañino de la hiperglicemia. El 44%, realiza actividad física al menos 30 minutos. Fumó en los últimos 6 meses el 15%. El 15% consumió \geq un vaso de bebida alcohólica la última semana. El 75% conoce los efectos nocivos de la hipercolesterolemia y 85% los alimentos que la elevan. **Conclusiones:** La evaluación de la encuesta encontró un adecuado nivel de conocimiento en general superior al 70% sobre los objetivos terapéuticos, efectos nocivos del mal control de los factores de riesgo y el tratamiento de los mismos. Los hábitos de vida valorados muestran en un alto porcentaje el sedentarismo y consumo de sal (no reconocido).

46 TRATAMIENTO CON PARICALCITOL EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA, EXPERIENCIA UNICENTRICA EN URUGUAY

Menoni B, Rodríguez R, Pastorino A
Centro Hemodiálisis Crónica, Hospital Maciel, Montevideo-Uruguay

El hiperparatiroidismo secundario es frecuente en los pacientes en diálisis. La terapia estándar incluye disminución del fósforo sérico y suplemento con vitamina D. Actualmente se dispone de activadores selectivos del receptor de vitD (paricalcitol) con mayor efectividad en la disminución de la PTHi, menores efectos adversos (hipercalcemia, hiperfosforemia) y disminución de la mortalidad asociada a las calcificaciones vasculares. El objetivo de este trabajo es analizar la respuesta humoral al tratamiento con paricalcitol intravenoso de una cohorte de 10 pacientes usuarios de ASSE.

METODOLOGÍA: Estudio unicéntrico descriptivo retrospectivo observacional. Análisis de las variables (PTHi, calcemia (Ca), fosforemia (P), producto fosfofósforo (PxCa), fosfatasa alcalina (FA) obtenidas al inicio, 3, 6, 12 y 24 meses de tratamiento. Criterios de inclusión: PTHi > 800pg/ml y: más de 3 meses en HD, fracaso a tratamiento con calcitriol por no descenso de PTHi hiperfosforemia o hipercalcemia, hiperparatiroidismo severo de indicación quirúrgica y alto riesgo quirúrgico, HPT residual o recidivante postPtx no tratable con vitD activa, haber recibido al menos 3 meses paricalcitol. Criterios de exclusión: P > 6,5mg/dl, Ca > 10,5mg/dl, PxCa > 70. La dosis inicial fue 0,04mcg/kg a 0,1mcg/kg o PTHi/100. **RESULTADOS:** Se obtuvieron datos de 10 pacientes entre setiembre 2009 y julio 2012. La media de tratamiento fue de 14,6 \pm 10,3 meses (4-30). El tiempo medio en terapia sustitutiva al inicio fue 71 \pm 48 meses (17-148). Recibieron 13,8 \pm 2,89 hs semanales de hemodiálisis. 6 pacientes recibieron clorhidrato de sevelamer. La media de PTHi al inicio fue de 1373,7 \pm 456pg/ml, de 834,1 \pm 540 a los 3 meses (p 0,013 n:10), 376 \pm 307 a los 6 meses (p:0,00 n:7) y 794 \pm 594 (p:0,081 n:49) al año. La Ca media al inicio era de 8,69mg/dl ascendiendo a 9,76mg/dl a los 6 meses (p:0,098, n:8), descendiendo al año a 8,8 mg/dl. La P al inicio era de 5,85mg/dl, a los 6 meses 6,58mg/dl (p:0,36 n:8) y posterior descenso a 5,7 mg/dl al año (p:0,96 n:4). El PxCa al inicio era 51, al 6^{mo} mes 64 (p:0,17) y 49 (p:0,84) al año. La media de FA descendió de 1082 \pm 1018 a 782 \pm 736mg/dl a los 6 meses (p:0,13 n:4).

CONCLUSIONES: Se demostró un descenso significativo de la PTHi en los primeros 6 meses de tratamiento. No hubo cambios significativos en cuanto a la calcemia, fosfatasa, PxCa en este período. Se observa una tendencia a la hipercalcemia a los 6 meses.

47 ANALISIS DE LA NEFROPATIA LUPICA EN EL URUGUAY

Ottati G, Garau M, Noboa O, Gadola G, Caorsi H, Gonzalez F.
En representación del programa de prevención y tratamiento de glomerulopatías.

Introducción: análisis retrospectivo de pacientes (ptes) con diagnóstico de nefropatía lúpica (NL) con biopsia renal, (BR) del Registro Uruguayo de Glomerulopatías (RUG) en el período de Enero de 1985 – Diciembre de 2006.

Objetivo general: describir las características de la población, edad, sexo, Hipertensión arterial (HTA), insuficiencia renal (IR), proteinuria.

Objetivos específico: determinar los factores de progresión de la NL según la presencia de HTA, proteinuria, IR y período de diagnóstico. Determinar la sobrevida (SV) del paciente.

Métodos: Para determinar la SV del pte se usó información del Registro Uruguayo de Diálisis y el seguimiento activo de pacientes. Se estableció su situación al 31 de Diciembre de 2011.

Resultados: Se incluyeron un total de 252 ptes, 218 de sexo femenino (86,5%), edad media a la BR 29,38 \pm 11,74 años, la creatininemia media fue de 1,90 \pm 0,14 mg/dl y la mediana de 1,24 mg/dl. El 50,6% de la población se presentó con HTA. Se analizó la sobrevida renal y global para la población. En 48 ptes se obtuvo datos de la evolución pero no al final del seguimiento, 51 pacientes ingresaron a sustitución de la función renal, 22 pacientes fallecieron (8,73%). La SV renal (SVR) fue a los 5 y 10 años fue de 85% y 77% respectivamente. Se calculó la SVR según presentaron IR al debut, (creatininemia \geq a 1,5 mg/dl), la diferencia fue significativa entre ambos grupos p \leq 0,0001. El grupo de pacientes que debuto con HTA, no mostró diferencias significativas p = 0,201. Se categorizó la proteinuria en la presentación, según la presencia o no de proteinuria nefrótica (PNo), siendo de peor pronóstico la presencia de la misma, p = 0,028. Se dividió en dos períodos al grupo de pacientes de 1985-1994 y de 1995-2006, siendo la SVR superior para el segundo grupo, p = 0,027.

Conclusiones: Se trata de una cohorte histórica de pacientes con NL, representan todas las ptes reportadas al RUG período 1985-2006, SVR de 85 y 77% respectivamente. La IR y la PNo en la presentación fueron factores de riesgo de progresión de la NL. La SV de los pacientes en la última década fue significativamente mejor, probablemente debido a una conjunción de factores posibles, precocidad diagnóstico, tratamiento adecuado, acceso a medicación inmunosupresora, asociación difundida con antipalúdicos y bloqueantes sistema renina angiotensina.

48 OPTIMIZAR LA GESTION DEL CENTRO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE CLINICAS EN EL PERIODO 2012-2015.

Chá M, Lacasa M, Collazo L, Mures M.

Introducción: El plan estratégico de la Universidad, hace referencia al Hospital de Clínicas como un hospital de alta complejidad, de referencia nacional con un rol fundamental en la formación de recursos humanos. Actualmente en el marco de la reforma sanitaria, debe incorporar el cambio en el modelo de gestión, para lograr la eficiencia administrativa como complemento de la eficacia y efectividad clínica.

Objetivo: Optimizar la eficiencia en el Centro de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas en el período 2012-2015. **Metodología:** Trabajo de campo utilizando herramientas de gestión, mediante entrevistas, obtención de datos de informes, revisión bibliográfica, procesamiento de la información y selección de indicadores para un tablero de gestión.

Resultados: Se evalúa la situación actual mediante indicadores claves de oferta, demanda y de producción. Porcentaje (%) de elección del centro de Diálisis = 36%, Número (N°) de puestos de diálisis = 9, Promedio mensual de N° de hemodiálisis (HD) = 334. Productividad: 0,74 Rendimiento: 0,89. Reuso de hemodializadores y tubuladuras = 9, N° de conteos microbiológicos >10 UFC/ml = 0 N° de bacteriemias clínicas = 2,24 cada 1000 diálisis en el año 2010, % de pacientes con Hemoglobina > 11 = 53,9%, % de Pacientes con KT/V >1,2 = 74,9%. N° de pacientes en lista de espera para trasplantes = 7. Se proponen acciones para mejorar la eficiencia del centro, maximizando el uso de la capacidad instalada actual y su desarrollo incremental en forma escalonada. Se seleccionan indicadores en las diferentes perspectivas: Aprendizaje y crecimiento, Procesos internos, Cliente, Financiera.

Conclusiones: Existen posibilidades de desarrollo del centro, mejorando la utilización de la capacidad instalada, hasta un máximo de 48 pacientes, lo que permitiría satisfacer el 100% de la demanda. 2- Se plantea la necesidad de obtener los costos directos por paciente, lo cual se lograría con cambios mínimos en la gestión administrativa. 3- Se realiza un tablero de mando para monitoreo de los objetivos del centro y para seguimiento de la propuesta realizada.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología
27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel, Uruguay

Resúmenes

49 IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE CALIDAD EN UN MODELO DE GESTION DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIALISIS

Fagundes A, Alvarez A, Acuña P.
HOSPITAL ESPAÑOL – URUGUAY

La implementación de un modelo de gestión de enfermería en la policlínica de Accesos Vasculares (AV) del Hospital Español esta inserto en un modelo de gestión de calidad que engloba el principio y el final a través de indicadores. El **objetivo principal**: Implementar un plan de calidad para la atención del paciente en la confección de su AV definitivo para hemodiálisis (HD). **Objetivos secundarios**: disminuir los tiempos de espera desde la consulta en policlínica hasta la cirugía y desde el envío del formulario a la consulta en policlínica, disminuir el nº de complicaciones infecciosas en el post operatorio inmediato, disminuir el nº de cirugías suspendidas, lograr un alto nivel de satisfacción de los centros de referencia y de los usuarios. **Métodos** se analizaron 43 pacientes (ptes) que concurren a su primera consulta con el equipo de AV, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2012. **Resultados**: El tiempo de espera que se obtuvo desde la derivación del paciente a la consulta en policlínica fue de 12 días. Se realizaron 40 AV definitivos para HD. El 32,5% corresponden a FAV nativas y el 67,5% a FAV protésicas. El tiempo de espera para la coordinación de la cirugía fue de 25 días. Únicamente se suspendió el 7,5% (9 ptes) por hiperpotasemia y/o infecciones previas al ingreso. Se registro un caso infección en el postoperatorio inmediato. El tiempo de internación fue de 1,8 días. Se llevo a cabo una encuesta de satisfacción a los centros de referencia de la cual se desprende que un 95% está satisfecho con el tiempo de resolución, la gestión y la forma de comunicación, el 65% prefiere como vía de comunicación el teléfono, el 100% recomendaría este centro de asistencia y el 75% tiene conocimiento sobre dónde dirigirse por complicaciones con respecto al AV de los usuarios. El 50% de los centros cree que hay algunos aspectos a mejorar como: disponibilidad de camas, ampliar área de inclusión, tener en cuenta los días de diálisis para la coordinación quirúrgica. Se encuestó a 27 usuarios, obteniendo como resultado: el 100% de usuarios satisfechos con la atención recibida en la consulta en policlínica y durante la internación, 59,3% conforme con la atención telefónica (40,7% no recibieron esta atención), 96,3% consideran suficiente la información que se le brindó, 66,7% tiene conocimiento acerca de donde debe concurrir en caso de complicación con el acceso vascular y el 100% recomendaría este centro de atención. **Conclusión**: la implementación de un plan de calidad permite obtener resultados a través de la satisfacción de los usuarios, del personal y de un impacto positivo en la sociedad.

51 IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE GESTION EN LA REALIZACION DE ACCESOS VASCULARES EN DIÁLISIS.

Álvarez A, Paz F, Figoli L, Dutto G, Fagundes A, Acuña P, Ottati G, Baldovinos G, Pinato M, Acuña G, Kurdian M, Robaina R.
HOSPITAL ESPAÑOL MONTEVIDEO URUGUAY

La fístula arteriovenosa (FAV) nativa es el acceso vascular (AV) de elección en la población en hemodiálisis. El Registro Uruguayo de Diálisis muestra creciente utilización de catéteres tanto en la población incidente como prevalente. Los AV son la primera causa de internación, siendo mayor para los pacientes con catéteres. Los pacientes asistidos en el sector público tienen mayores tiempos de evaluación preoperatoria para la confección de FAV, más días de hospitalización y más de complicaciones que el sector privado. **Objetivo**: Implementar un programa para la confección de AV priorizando las FAV a través de un equipo multidisciplinario dirigido por nefrólogos y lograr disminuir número de pacientes con catéteres. Disminuir tiempo de evaluación preoperatoria, días de hospitalización y evaluar resultados. **Métodos** Se analizan 174 pacientes referenciados al Servicio de Nefrología del Hospital Español desde noviembre de 2010 a noviembre de 2011. La edad media fue de 58 años (17-89), 89 (51%) son hombres, 40 (23%) diabéticos, 46 (26%) cardiopatas, 43 (25%) no tenían comorbilidad. El tiempo medio en diálisis fue de 52 meses, 35(20%) pacientes estaban en prediálisis y 139 (80%) en diálisis. La media de FAV realizadas previamente a cada paciente fue de 2,4 (1-7), y el tiempo de espera previo al ingreso al programa con catéteres fue de 1 a 24 meses. Se realizó una encuesta de satisfacción luego de 3 meses de la cirugía. **Resultados** Se realizaron 82 (47%) FAV nativas, 84 (48,3%) prótesis y 8 (4,5%) catéteres tunelizados. De los pacientes en prediálisis a 24 (69%) se le realizaron FAV nativas, 10 (28%) prótesis y a 1 paciente se le colocó un catéter. En 6 pacientes que tenían una y dos prótesis previas se les realizó FAV nativas. El tiempo de evaluación preoperatoria fue de 25 días y el tiempo de internación 2,6 días. La mortalidad en el período fue nula. 80% de los encuestados reportó satisfacción con el programa. **Conclusiones** La implementación de un programa de AV desde la nefrología logra aumentar el número de FAV en la población incidente y prevalente, disminuir tiempos de evaluación preoperatoria y días de hospitalización.

50 EVOLUCION DE FUNCION RENAL Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON MIELOMA MULTIPLE E INSUFICIENCIA RENAL

Gelbert B, Borelli G, Rabaza V, Ríos P, Sauer J, De Giuda R, Gabús R,
Servicios de Nefrología y Hematología. Hospital Maciel, Uruguay

El tratamiento del Mieloma Múltiple (MM) ha tenido un desarrollo marcado en estos años. La disponibilidad de nuevos agentes (talidomida, bortezomib, lenalidomida) ha permitido mejorar la sobrevida. **Objetivos**. Valorar la respuesta terapéutica de los nuevos agentes en la evolución de la función renal (FR) y la sobrevida de una cohorte de pacientes con MM e insuficiencia renal (IR). **Métodos**. Estudio retrospectivo observacional de pacientes (pts) portadores de MM e IR (creatinina mayor 1.4 mg/dl) asistidos entre 1995 y 2012. Variables: edad, sexo, comorbilidad, inmunoglobulina (Ig) y cadena liviana (CL) monoclonal, creatinina pre-tratamiento, creatinina final, hemoglobina, requerimiento dialítico. El tratamiento se categorizó en: a) terapias convencionales (TC) (melfalán, corticoides, ciclofosfamida, vincristina y adriamicina, en sus diferentes combinaciones) y los que incluyen b) talidomida y c) bortezomib. Estadísticos: test de T, Chi2, Kaplan Meyer y modelo de riesgo proporcional de Cox según corresponda. Significativo p<0,05. **Resultados**. 71 pts con MM e IR, sexo femenino 56%, edad 63 ± 10 años e hipertensión arterial 40%. Ig monoclonal: IgG 47%, IgA 24%, a CL exclusivo Kappa 18% y a Lambda 10%, no secretor 1%. CL monoclonal: Kappa 46%, Lambda 36%. Hemoglobina 7,42±1,2 g/dl, estadio IIIB 96%. Nueve fallecen y 10 recuperan FR completa antes del tratamiento y no se incluyen en el análisis. En los 52 pts restantes el tiempo pre-tratamiento fue 28,8±22,3 días. Los pts en diálisis (PD) eran 30 (58%) y recibieron TC 18 (60%), talidomida 8 (26,7%) y bortezomib 4 (13,3%). Los restantes 22 pts no en diálisis (ND) la creatinina promedio fue 2,59 ± 1,33 mg/dl y recibieron TC 14 (63,6%), talidomida 2 (9,1%) y bortezomib 6 (27,3%). De los PD 5 (16,7%) recuperan FR (TC 4/18, talidomida 1/8, bortezomib 0/4). En los ND el tiempo de seguimiento es 8,3±10,8 meses. Mejoran FR 18/22 (82%): TC 11/14, talidomida 2/2, bortezomib 5/6. La sobrevida a un año fue menor en los PD vs. ND (27,4 vs 70,3%, log Rank 0,021). En el análisis multivariado el riesgo de fallecer por PD (referencia ND) fue 3,22 (p 0,014) ajustado a edad, sexo, HTA y tratamiento. No hay diferencias significativas en el riesgo de muerte para los tratamientos. **Conclusiones**. En los pts con MM e IR el requerimiento de diálisis pre tratamiento fue el principal factor de riesgo vital y de mantener IR extrema. No observamos en este pequeño número de pacientes ventajas evolutivas vinculadas al uso de nuevos agentes en relación a los tratamientos convencionales tanto en la mejoría de la función renal como en sobrevida.

53 GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA TIPO II: ENFERMEDAD POR DEPÓSITOS DENSOS. GLOMERULOPATIA POR C3. Reporte de un caso clínico.

Cabrera J, Ottati J, Panuncio A, Melessi S, Balardini S, Romero J, Marton S, Verocay L, Gelber C, Fostik J, Gadola L, Noboa O, González F.
Centro de Nefrología y Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR Montevideo, Uruguay.

La Enfermedad por Depósitos Densos (EDD) es una glomerulopatía caracterizada por la presencia de depósitos densos homogéneos intramembranosos. Para su diagnóstico se requiere el estudio por ME. En la IF presenta depósito de C3 con escasa o nula tinción para otras Ig y factores del complemento. Es poco frecuente con una prevalencia de 2 casos pmp afectando principalmente niños y jóvenes. Desde el punto de vista fisiopatológico existe una activación sistémica no controlada de la vía alterna del complemento. Los avances en el conocimiento de su patogenia sumado a que el patrón membranoproliferativo se presenta en sólo el 25% de los casos motivaron su reclasificación, considerándola actualmente una de las Nefropatías por alteración del complemento y más precisamente una Glomerulopatía por C3. La evolución a la IRE es frecuente y la recidiva en el riñón trasplantado es la regla. No hay un tratamiento específico universalmente aceptado, se han reportado buenos resultados con el uso de Eculizumab, Ac monoclonal, antagonista específico de la vía del Complemento (antiC5). **Caso clínico**: hombre, 34 años, raza blanca, consulta por síndrome nefrótico impuro por hipertensión sin alteraciones extra renales sin fiebre. Riñones de tamaño conservado. Complementemia: C3 75 (VN 80-140) con C4 normal. ANA (-), ANCA (-) y Anti MBG (-). Anticardiolipina y Anticoagulante lúpico (-), Crioglobulinemia (-). VHB (-), VHC (-), HIV (-). VDRL (-). PBR: 34 glomérulos, 12 en vías de obsolescencia, 6 con semilunas fibrocélulares, obliteración de asas capilares, aumento de la matriz y celularidad mesangial segmentaria, con imágenes en doble contorno. TI: atrofia tubular y fibrosis intersticial en 40% de la muestra. IF: IgG (-), IgA (-), IgM++, patrón periférico y segmentario, C3++ contornos capilares, C1q (-). ME: depósitos homogéneos electrón densos intramembranosos. Al no contar con una mejor opción terapéutica se realizó tratamiento con IECA y Prednisona, obteniéndose una evolución favorable e inesperadamente rápida con remisión completa a las 6 semanas, situación que mantiene a los 12 meses de seguimiento.



Resúmenes

54 MINI DOBLE PET: DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES DE LA MEMBRANA

Verocay L, Ferrari S, Silvario R, Caligaris E, Ghelfi G, Larre Borges P, Gadola L. Diálisis peritoneal, Hospital de Clínicas.

Introducción. El monitoreo de las características funcionales de la membrana peritoneal es imprescindible para adecuar el tratamiento dialítico y predecir alteraciones y con este objetivo se han desarrollado varios test. El Mini Doble PET descrito por V. La Milia promete ser una herramienta útil y sencilla para evaluar el transporte de agua libre y la conductancia de glucosa.

Objetivo: Implementar esta nueva evaluación de la membrana peritoneal en pacientes en Diálisis Peritoneal (DP) y analizar sus resultados.

Metodología: Se estudiaron pacientes en DP por más de 3 meses, del Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, previo consentimiento informado. Se registraron datos patronímicos, situación clínica y datos analíticos de los 6 meses previos al estudio.

Resultados y Discusión. Se estudiaron 6 pacientes, 4 mujeres, con edad media de 50.5 ± 5.5 años y tiempo medio en DP de 38.3 ± 40.7 meses. La ultrafiltración total media fue de 800 a 1540 cc/día y la diuresis residual de 0 a 2000 cc/día. El estudio fue bien tolerado por todos los pacientes. Dos pacientes presentaron Δ D Na 1 h/4.25% por debajo del valor esperado, lo que traduce un déficit de transporte de agua libre (acuaporinas) y ambos se encontraban hipertensos (PA ≥ 140/90 mmHg).

Conclusiones: Se detectaron dos alteraciones del transporte de agua previo a la instalación del fallo de ultrafiltración clínicamente evidente lo que permitiría instaurar un tratamiento precoz.

	Unidades	Pac 1	Pac 2	Pac 3	Pac 4	Pac 5	Pac 6
D/P Crea	s/unidades	0.32	0.57	0.25	0.42	0.39	0.32
D/Do Glu	s/unidades	0.63	0.43	0.61	0.55	0.55	0.62
UF máxima	ml	410	310	410	310	310	210
UF máxima	ml	110	60	160	110	210	160
Δ D Na 1 h/4.25	mmol/l	10	3	19	9	11	5
Na R	mmol	30.5	33.7	8.5	20.5	15.9	16.1
UFPP (peq poro)	ml	209	234	60.3	145	110	115
Transp H2O libre	ml	311	136	509	275	410	255
Conductancia Osm Glu (COG)	mm/min/mmHg	0.0018	0.0015	0.0015	0.0012	0.0006	0.0003

56 NEUROTOXOPLASMOSIS EN UNA PACIENTE TRASPLANTADA RENAL.

Acuña G, Magalhaes G, Valiño J, Medina J, Tarigo A, Prieto J, Burgstaller E, Rodríguez R, Wibmer E, Dibello N.

Mutualista Hospital Evangélico (Montevideo) – Cooperativa Médica de Rocha (Rocha).

La neurotoxoplasmosis es infrecuente en el paciente trasplantado renal. Su principal diagnóstico diferencial es el linfoma cerebral primario (LCP). Ambos se presentan como una lesión ocupante de espacio encefálica (LOE). Su diagnóstico es clínico e imagenológico, dado que la biopsia (patrón oro) no siempre es posible. La amplia gama de patologías con esta presentación (tuberculomas, chagomas, criptococomas, etc), dificulta el inicio de un tratamiento empírico.

Caso clínico: paciente de 60 años, sexo femenino, inicio hemodiálisis en 1999 por progresión de esclerohialinosis focal y segmentaria. Trasplantada renal en 2007 (1er trasplante, donante cadavérico), con buena evolución. Inmunosupresión: ciclosporina, micofenolato mofetilo y corticoides en inducción y mantenimiento.

En marzo de 2011 episodios confusionales, sin síntomas ni signos focales neurológicos, en apirexia. La tomografía computada (TC) mostró lesiones bilaterales, una gangliobasal, que se confirmaron mediante resonancia nuclear magnética (RNM), mostrando realce en anillo en una de ellas. Tomografía por emisión de positrones (PET) compatible con proceso inflamatorio/infeccioso, uno de ellos la neurotoxoplasmosis.

Serología Toxoplasma: IgG positivo, IgM negativo

Líquido cefalorraquídeo: pleocitosis 24 polimorfonucleares/cc, 12 eritrocitos, estudio bacteriológico y virológico negativo, Inmunofenotipo negativo para linfoma. El equipo multidisciplinario decide iniciar tratamiento corticoideo por marcado edema encefálico, con rápida mejoría.

Tratada empíricamente con pirimetamina, sulfadiazina y disminución de la inmunosupresión, excelente evolución clínica e imagenológica. La sulfadiazina generó insuficiencia renal, sustituyéndose por clindamicina. El tratamiento continúa con pirimetamina y cotrimoxazol, por dos años. La RNM mostró a 6 meses lesiones secuenciales y a 16 meses solo la secuela de la lesión ganglio basal. La paciente permanece con una adecuada función renal y sin síntomas neurológicos.

55 LUPUS EN EL HOMBRE, EXPERIENCIA EN URUGUAY

Álvarez A, Urrestarazú A, Coitiño, Robaina R, Ottati G.

El lupus eritematoso sistémico tiene un amplio espectro de formas de presentación y variable evolución y pronóstico. Más frecuente en la mujer, se señala un peor pronóstico y sobrevida renal en el hombre. **Objetivo:** análisis de presentación clínica, tratamiento, evolución de la nefropatía lúpica en el hombre y comparar estos parámetros en la mujer. **Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo, de hombres con diagnóstico histológico de nefropatía lúpica referidos al Registro Uruguayo de Glomerulopatías, desde 1986 a 2012.

Resultados: De un total de 243 pacientes, 25 son hombres. La edad media al momento de la biopsia es 25 años (14-54). Las manifestaciones clínicas al debut: articulares en 21 pacientes (84%), cutáneas en 15 (60%), hematológicas 3 (12%), cardíacas 3 (12%), pleuro-pulmonares 3 (12%), neurológicas 5 (20%), nefrológicas 15 (60%). La proteinuria al inicio es 3.9g/d, 13 pacientes hipertensos (52%), creatininemia 1.9mg/dl (0.6-6.5). La forma de presentación nefrológica: alteraciones urinarias asintomáticas 4 pacientes (16%), síndrome nefrótico 6 (24%), síndrome nefrítico 8 (32%), glomerulonefritis rápidamente progresiva 6 (24%), ERC 1 (4%). Los tipos histológicos según ISN-RPS: Clase III (3) 12%, Clase IV (19) 76%, Clase V (3) 12%. El tiempo de seguimiento fue de 51 meses. Tratamiento inmunosupresor 15 (60%) recibieron Ciclofosfamida intravenosa (CF) seguida por micofenolato (MF) (7) o por azatioprina (8). 7 (28%) pacientes recibieron MF como inductor de remisión. Las formas proliferativas difusas recibieron bolos de CF en 74% de los casos. Al último control, 41.2% (10) de los hombres están en remisión completa y 24% (6) no respondieron. Evolución final: 19 pacientes (72%) están en control, 2 (8%) perdidos, 3 (12%) en hemodiálisis y 1 (4%) fallecido (sepsis). No encontramos diferencias en la evolución de las tipo IV tratadas con CF o MF. Comparando los hombres con las mujeres, las mujeres se presentan más con síndrome nefrótico ($p < 0.05$) y los hombres con síndrome nefrítico ($p < 0.05$). No hay diferencias significativas por sexo, en cuanto a edad a la biopsia, FG inicial (calculado por MDRD), presión arterial, ni en alcanzar la remisión completa (41.2 vs 29.4%) p NS. **Conclusiones:** La frecuencia de lupus en el hombre (10%) es similar a la señalada en otros registros. El compromiso renal y neurológico al debut es frecuente. La GN tipo IV es la más frecuente, el bajo uso de MF como inductor de remisión puede ser por ser pacientes graves con insuficiencia renal a que en los primeros años no se usaba. Agradecimientos: Ríos, N Acosta, H Aunchayna, colegas de distintas instituciones que nos aportaron datos de evolución clínica.

57 NEFROPATÍA LÚPICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 50 PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN UN ÚNICO CENTRO, HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Gejdo D, San Roman S, Silvario R, Ottati G, Noboa O.

Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

Introducción. El compromiso renal es frecuente en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con una prevalencia que oscila entre 27 y 74% según la serie. En el Registro Uruguayo de Glomerulopatías la nefropatía lúpica (NL) representa el 34.9% de las biopsias registradas. Entre 7-10% de las muertes en el LES son consecuencia de la NL, siendo predictor de mortalidad a largo plazo.

Objetivo. Describir las características clínicas, analíticas y evolutivas de pacientes con NL asistidos en el Hospital de Clínicas en el período 1985-2012.

Material y método. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con LES según criterios de ACR y NL demostrada por biopsia renal (PBR). Se registraron datos clínicos, de laboratorio y tratamiento instituido.

Resultados. Se incluyeron 50 pacientes, la edad al diagnóstico fue 25.8 ± 10.4 años. La presentación clínica nefrológica fue síndrome nefrótico (46%), síndrome nefrítico (19%), y alteraciones urinarias asintomáticas (19%). Al momento de la PBR la proteinuria de 24 hs fue 3937.8 ± 2637.7 mg, presentaron microhematuria 33/50 y el filtrado glomerular calculado por MDRD fue menor de 60 ml/min en el 27.3%. DNA positivo 26/29 e hipocomplementemia 30/34 (C3) y 28/34 (C4). En lo extrarrenal las manifestaciones más frecuentes fueron articulares, cutaneomucosas y hematológicas. La distribución según (ISN-RPS) fue: tipo IV: 29/50, tipo III: 8/50, tipo V: 11/50, tipo II: 1/50 y tipo VI: 1/50. Asociaron compromiso tubulointersticial 50%, proliferación extracapilar 36% y microangiopatía trombótica 6%. Se realizó tratamiento de inducción con ciclofosfamida (30/49), y micofenolato mofetilo (MM) (1/49) en quienes presentaron formas proliferativas. El mantenimiento se realizó con azatioprina (25/50) y MM (13/50). Presentaron remisión completa 27/42, parcial 10/42 y no remitieron 5/42. Requhirieron tratamiento sustitutivo de la función renal 7/50. Se objetivaron 2 muertes en el grupo. El filtrado glomerular al final del seguimiento fue ≥ 60 ml/min en 84.2%.

Conclusiones. Se describe la cohorte de pacientes con NL seguidas en el Hospital de Clínicas. Se destaca el elevado porcentaje de síndrome nefrótico e insuficiencia renal en la presentación clínica, así como el predominio de formas proliferativas, todos datos coincidentes con la literatura. Se atribuye el bajo número de inducción con MM a que se trata de una cohorte histórica. El porcentaje de remisión (completa y parcial), fue de 88%, manteniendo la mayor parte de los pacientes (84,8%) un filtrado ≥ 60 ml/min al final del seguimiento.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

Resúmenes

58 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL EN POBLACIÓN LABORALMENTE ACTIVA DE MONTEVIDEO.

Alvarez M, Canzani O, De Souza N, Fort Z, Gadola L, Lamadrid V, Mateo M, Mazzuchi M, Piñeyro C, Piñeyro M, Ríos P, Solá L, Schwedt E, Vodanovich V.
Clínicas Preventivas-Digesa-MSP. Programa de Salud Renal. Uruguay.

La mayoría de las guías han definido el screening de enfermedad renal (ER) en las poblaciones de riesgo (diabetes, hipertensión arterial (HTA) edad avanzada). En Uruguay en el año 2009 se introdujo la creatinina sérica (Cr) en el screening ER para individuos con HTA o diabetes. **Objetivo.** Valorar la prevalencia de ER según la presencia de diferentes factores de riesgo (FR) para ER en personas laboralmente activas. **Métodos.** Desde el 1/1/08 al 31/12/11 se realizaron carné de salud (screening) en Clínicas Preventivas-MSP 71.508 individuos. El estudio de prevalencia de ER se realizó en una subpoblación de 8268 individuos con determinación de proteinuria (Pu) y Cr. La Cr fue determinada en los 3 primeros meses a todos los individuos y luego solo a los portadores de HTA y diabetes. La Pu fue realizada con tira reactiva. Los test positivos fueron confirmados por técnica de Cloruro de Benzotio. La determinación de Cr fue realizada con la técnica cinética de Jaffe. "Detección de ER" significa enfermedad renal presuntiva y requiere posterior confirmación. Estadísticos: test T, Mann-Whitney, Chi2, regresión logística según corresponda. Significativo $p < 0.05$. **Resultados.** se analiza la prevalencia de proteinuria mayor 0.3 g/l (Pu > 0.3), filtrado glomerular estimado menor de 60 ml/min (FG < 60) y enfermedad renal (ER) (Pu > 0.3 o FG < 60) de acuerdo a diferentes FR (diabetes, HTA, sobrepeso/obesidad, hipercolesterolemia). Ver tabla. En el análisis multivariado solo HTA y diabetes permanecen como FR independientes de ER (OR 1.64 y 2.34 respectivamente).

	n	Pu > 0,3 g/l (%)	FG < 60 ml/min %	ER (Pu > 0,3 o FG < 60) (%)
18 a 30 años	1738	7,9	0,5	8,1
31 a 45 años	2136	8,8	1	9,2
46 a 60 años	3414	9,1	2,2	10,4
61 a 75 años	980	11,1	6,1	16,7
Sin Diab ni HTA	2454	5,5	0,7	6,1
HTA	5001	10,3	2,9	12,2
Diabetes	1975	15,4	2,7	17,2

Conclusiones. En esta población la HTA y la diabetes fueron FR independientes para ER. No así el estado nutricional, la dislipemia y la edad. Pero la población sin HTA ni diabetes en el 5.5% de los casos presentó Pu > 0.3, por lo que creemos apropiado continuar realizando screening de proteinuria a toda la población.

60 EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS DE PACIENTES EN DIÁLISIS LUEGO DE IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO PARA ESTIMULACIÓN CARDÍACA PERMANENTE.

Ferreiro A, Vanerio G, González C, Schwedt E.
Registro Uruguayo de Diálisis. CASMU-IAMPP. Montevideo. Uruguay.

Introducción: Existe escasa información publicada acerca de la morbilidad y mortalidad a largo plazo luego del implante de marcapasos cardíaco definitivo (MP) en pacientes portadores de enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento de reemplazo renal con diálisis (TRR). **Objetivos:** Analizar las tasas de supervivencia y los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes portadores de ERC en TRR. **Métodos:** Análisis longitudinal retrospectivo, de cohorte, que incluyó todos los pacientes en TRR que recibieron un MP en Uruguay entre el 1/1/2003 y el 31/12/2008, con un tiempo máximo de seguimiento al 31 de diciembre de 2010. La información se obtuvo de las bases de datos del FNR y del RUD. 83 pacientes en TRR recibieron un MP en el período. 2788 pacientes prevalentes recibían TRR al 31/12/2003, y fueron seguidos a lo largo del período del estudio (no MP). Se registraron variables demográficas, comorbilidad, tiempo en TRR y capacidad funcional (escala de Karnofsky modificada). Para ajustar al efecto de confusión por covariables, por cada caso (MP) se seleccionaron 4 controles (no MP) elegidos de la población prevalente en diálisis a través del cálculo de un propensity-score pareado multivariado (regresión logística binaria), variable dependiente: probabilidad de recibir un MP. 52 pacientes con MP y 208 pacientes no MP entraron en el estudio. Análisis estadístico: test de t, Chi², test de Wilcoxon, regresión logística binaria, curvas de Kaplan Meier y análisis de regresión proporcional de Cox. $p < 0.05$. **Resultados.** Las curvas de supervivencia de los grupos fueron significativamente diferentes. La tasa de mortalidad fue de 35,18/100 años-paciente (MP) versus 14,69/100 años-paciente en pacientes no MP (*). Otras variables asociadas con mortalidad (Odds Ratio): diabetes (2,36); cardiopatía isquémica coronaria (1,39); cáncer (1,33); sexo masculino (2,49); tiempo previo en TRR (años) (1,018); edad (años) (1,037); Score de Karnofsky modificado (referencia: categoría 1) (1,46; 2,32; 4,11); enfermedad vascular periférica (1,29); EPOC (1,54). Al ajustar a comorbilidad (propensity-score pareado), no hubo diferencias de mortalidad a largo plazo entre los grupos MP y no MP. La coronariopatía, edad y capacidad funcional fueron los únicos factores de riesgo asociados a mortalidad a largo plazo en ambos grupos. **Conclusiones.** Los pacientes en TRR a quienes se implanta un MP tienen una alta tasa de mortalidad asociada a la carga de enfermedad y de co-morbilidad asociada. Las supervivencia no difiere de la observada en pacientes sin MP con igual carga de co-morbilidad, por lo que el implante de un MP no es un factor de riesgo independiente de mortalidad alejada en pacientes portadores de ERC en TRR.

59 ANÁLISIS DEL IMPACTO DE INDICADORES SOCIOECONÓMICOS Y DE DESARROLLO HUMANO EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL EXTREMA EN URUGUAY.

Ferreiro A, Fernández-Cean J, González Bedat C, Schwedt E.
Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). Montevideo. Uruguay.

Introducción: Existe un aumento sostenido de la incidencia (I) y prevalencia (P) de la enfermedad renal crónica extrema (ERCD) a nivel mundial. Se ha vinculado a la transición demográfica y epidemiológica asociada a cambios del estilo de vida, pero no explica la estabilización de la P en algunos países. Algunos estudios transversales (no longitudinales) asocian indicadores socioeconómicos (ISE) y la P de ERCD en diferentes países. Uruguay presenta población, distribución etárea y perfil de mortalidad estable, cuenta con información de ISE y de desarrollo humano (DH) desde hace 30 años. El tratamiento de la ERCD está financiado desde el año 1981, y el RUD recoge información de todos los pacientes en diálisis desde ese año. **Objetivos** Analizar la asociación de ISE y de DH como determinantes de la evolución de la I y P de la ERCD en el Uruguay. **Métodos** Se evaluó la I y prevalencia P anual de la ERCD en el período 1981 a 2010, en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). Como ISE se utilizó: a) Producto Bruto Interno per cápita (PBI-PPP) ajustado a la capacidad de compra y b) PBI ajustado a valores constantes del año 1983 (PBI-c). Como indicadores DH: c) Índice de Desarrollo Humano (IDH: resume esperanza de vida, escolarización, alfabetización e ingresos) y d) Tasa de Mortalidad Infantil (TMI: indicador de la calidad de la infraestructura sanitaria). Análisis estadístico: análisis de correlación bivariada cuadrática, lineal de Pearson y regresión lineal. $p < 0.05$ (*). **Resultados** La I a ERCD aumentó de 32 a 153 pacientes por millón de población (pmp) (*); la P de ERCD de 38 a 761 p.m.p. (*); y la P de DP de 14 (desde el año 1993) a 74 p.m.p. (*). El PBI-PPP aumentó de US\$ 3.810 a US\$ 14.440; el PBI-c de \$ 175400 a \$ 344939; el IDH de 0.658 a 0.78, y la TMI descendió de 33.3 a 7.71 /1000 nacidos vivos (*). La I de ERCD se asoció (*) con PBI-PPP ($r = 0,9$), PBI-c ($r = 0,923$), IDH ($r = 0,956$) y TMI ($r = 0,954$); La P de ERCD se asoció (*) con PBI-PPP ($r = 0,892$), PBI-c ($r = 0,923$), IDH ($r = 0,967$) y TMI ($r = 0,965$); y la P de ERCD en DP se asoció (*) con PBI-PPP ($r = 0,902$), PBI-c ($r = 0,684$), IDH ($r = 0,993$) y TMI ($r = 0,948$). En el análisis multivariado, la I de ERCD se asoció ($p < 0,01$) a PBI-c ($r^2 = 0,907$); la P de ERCD con IDH ($r^2 = 0,958$); y la P de ERCD en DP con IDH ($r^2 = 0,976$). **Conclusiones.** Existe una fuerte asociación entre los ISE, de DH y de situación global de salud y la I y P de ERCD en el Uruguay, a lo largo de un período de 30 años. Sugiere que la I como P de ERCD se asocia a la disponibilidad de recursos económicos de la comunidad, la organización del sistema de salud, factores culturales y educacionales que impactan más allá de la financiación universal del tratamiento sustitutivo, y de la transición demográfica y epidemiológica.

61 EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD E IMPACTO ASISTENCIAL DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA.

Barberán M, Poggio V, Miotti M, Herou A, Petraglia A, Olaizola I, Ferreiro A.
Departamento de Nefrología. CASMU-IAMPP. Montevideo Uruguay

El Programa multidisciplinario de Gestión de Caso (PMGC) para tratamiento de pacientes (pts) con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) permite el cuidado integral, promoviendo hábitos saludables y controles para orientar, educar y apoyar a pts en el conocimiento de su enfermedad, la elección y preparación para el inicio oportuno de la terapia de sustitución renal (TSR). El PMGC promueve actividades educativas intra y extra muros generando la captación de pts que presenten factores de riesgo (FR) de ER. **Objetivos:** Analizar la intensidad de utilización de recursos humanos y el impacto clínico del PMGC para atención de la ERCA. **Método:** análisis analítico de una cohorte de pts portadores de ERCA (FGE ≥ 20 ml/min/1.73 m² sup.corp), ingresados al PMGC de la institución, y que mantuvieron control periódico en un año calendario (julio 2011 -junio 2012). Las variables analizadas fueron: demográficas, nefropatía, co-morbilidades, número de consultas (N°C) con nefrólogo (NI), nutricionista (NUT) y/o enfermería universitaria (EU), ingreso coordinado a tratamiento sustitutivo (ICTS: acceso vascular o catéter peritoneal y vacunado VHB a la 1ª diálisis), modalidad TSR, parámetros bioquímicos en el período: FGe (Levey), hemoglobina, calcio, fósforo, PTH. Inmunización, accesos vasculares, dosis de EPO, morbi-mortalidad. Se valoró estado Nutricional: índice de masa corporal (IMC), antropometría de pliegues cutáneos: pliegue tricipital (PTC), circunferencia del brazo (CB), área muscular del brazo (AMB) y perímetro de cintura. Para el análisis estadístico se utilizó test de Chi cuadrado y test de t para variables relacionadas. **Resultados:** 107 pacientes con ERCA, prevalentes en el PMGC en el período. Edad $67,8 \pm 15,8$ años, 34,6% mujeres, 32,2% diabéticos, FGe 18 ± 6 ml/min. N°C/año (media y rango) EU: 3,4 (1-8); NUT: 1,8 (1-5); N: 3,8 (1-8). Total contactos con PMGC: 938/año (8,8 contactos/pte/año). 14% de pts ingresaron a TSR, 12/15 ICTS, 33% a diálisis peritoneal. De los 92 pts restantes, FGe final fue $20,5 \pm 6,8$ ml/min/m² ($p = NS$); 82,3% estabilizaron (Δ FGe < 2 ml/min/año) o mejoraron el FGe en el período. 44,8% pts inmunizados VHB; 24,4% reciben EPO. Hb: $11,7 \pm 1,5$ g/dl; ferritina: 226 ± 132 pg/ml; HCO₃ venoso: $25,6 \pm 6,2$ meq/dl ($21 \leq \leq 22$ meq/dl); albuminemia: $4,18 \pm 0,5$ g/dl; IMC: $27,6 \pm 6$; cintura $96,8 \pm 13$ cm; PO4 $4,7 \pm 1,4$ mg/dl; Azemia: $1,16 \pm 0,39$. **Conclusiones:** El PMGC para pacientes con ERCA requiere una elevada e intensa utilización de recursos humanos, pero permite alcanzar la estabilización de la función renal en una fracción elevada de los pacientes, con buen control de variables biológicas, ingreso coordinado a TSR en la mayoría de los pacientes que lo requieren, con utilización de DP en 1/3 de los pacientes.

Referencias: Manual de la Gestión de Casos en Andalucía. Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Nov. 2006
A nurse led model of chronic disease care – an interim report. Diann S Eley MSc, PhD.; Chris B Del Mar MD, FRACG; Elizabeth Patterson BSc, GradDipNursStud(Edn), MHSC(Nurs), PhD, Vol. 37, No. 12, December 2008.
P. Seb valoró estado nutri



Resúmenes

62 OXALOSIS SISTEMICA

Orihuela L, Urrestarazú A, Lopez D, Kurdian M, Acosta N, Pereyra A, Cabrera J, Coitiño R, Fostik J, Nin M, Gadola L, Gonzalez Martínez F, Noboa O
Unidad de Trasplante, Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Universidad de la República

Introducción: la Hiperoxaluria Primaria (HOP) es una enfermedad autosómica recesiva, causada por deficiencia enzimática de alanina glicoxalato aminotransferasa. Esto lleva a sobreproducción y excesiva excreción de oxalato, causando Urolitiasis y Nefrocalcinosis. Cuando el FG desciende la acumulación de oxalatos lleva a la Oxalosis Sistémica

Caso Clínico

Paciente de 21 años, sexo masculino, IRCE secundaria a NC.

AP: Nefrolitiasis diagnosticada a los 7 años. No Estudio Metabólico de la misma. En Mayo 2007 episodio de Nefrolitiasis Obstrucciona, deterioro rápido de la función renal. NC y Litiasis Bilateral. Ingres a HD en Octubre de 2007. Un año después recibe TR Donante Cadavérico, subóptimo. Evolucion a anuria con IR inicio. Prueba Cruzada positiva. PBR: NTA + Rechazo mediado por Anticuerpos, depósitos de calcio en células tubulares, recibe tratamiento con PF y Gammaglobulina. Escasa recuperación de la función renal, reingresando a HD a los 3 meses. En HD dolores óseos intensos lumbosacros, miopatia proximal. PTHi: 1116 pg/ml. Se realiza Paratiroidectomía, PTHi 1.2pg/ml posteriormente. Peoría progresiva de dolores óseos. Deformaciones óseas a predominio columna y hombro izquierdo, calcinosis tumoral, pérdida de estatura, repercusión general y anemia severa. TAC Columna alteraciones de la morfoestructura ósea en todo el sector estudiado, aumento de la densidad y otras áreas hipodensas de reabsorción. Se observan múltiples fracturas y aplastamientos a nivel de vertebras lumbares.

Con fuerte sospecha de HOP se inician Estudios para Confirmación de la misma: Biopsia de Médula ósea informa espacios ópticamente vacíos con forma de cristales de oxalato de calcio. Reanálisis PBR RT: depósitos tubulares birrefringentes que corresponden a oxalato de calcio. Se solicita al Centro de Referencia de Hiperoxaluria, Mayo Clinic, determinación de la mutación específica con confirmación del Diagnóstico: Primary Hyperoxaluria Type I AGXT Mutation1: c.454T>TA, p.F152FIAGXT Mutation2: c.731T>TC, pI244IT. Se inicia HD diaria, baño pobre en calcio y suplementación con piridoxina. Ingreso a lista de espera para Trasplante simultáneo de Riñón e Hígado.

EN SUMA: como en muchos casos de HOP se trata de un diagnóstico tardío, con todas sus complicaciones, cuyo tratamiento eficaz es el TR de Hígado y Riñón.

64 ANALISIS RETROSPECTIVO DE NEFROPATÍA IgA EN URUGUAY.

Cabrera J, Otatti G, Acosta N, Autchaina M, Melessi S, Panuncio A, Dibello N, García F, Petraglia A, Verdaguer C, Varela F, García M, Ríos P, Gelabert B, Santiago J, Arregui B, Noboa O, Garau M, González F, Gadola L
en nombre de todos los participantes del Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG), Uruguay.

La nefropatía IgA es frecuente en el país y su tratamiento conflictivo. Los **Objetivos** del estudio fueron analizar la incidencia, presentación clínica, histología, tratamiento y evolución de las nefropatías IgA en el período 1985 – 2009. **Métodos.** Se analizó la base de datos del Registro nacional de glomerulopatías del PPTG y las historias clínicas individuales, con estricta confidencialidad y se registraron edad, sexo, fecha de biopsia renal, presión arterial (PA), proteinuria (Pru), hematuria y creatinemia (al inicio y en última evolución registrada), histología (N° glomérulos total, obsoletos, semilunas, proliferación endocapilar y daño tubulointersticial), tratamientos instituidos y evolución final (en control, ingreso a diálisis o fallecimiento) Los datos se expresan en media y DS o mediana y rango según corresponda. Se realizó análisis estadístico uni y multivariado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

Resultados y Discusión. Se estudiaron 342 pacientes (pac) con biopsia renal con IgA+ en el período 1/1/1985 y 31/12/2009, 65% hombres, con edad media 31± 13 años y un período de seguimiento registrado de 70 meses (0 a 271m). En el momento de la biopsia, la forma clínica más frecuente fue Alteraciones urinarias asintomáticas (AUA) (42%), (significativamente mayor en el período 1999-2009 vs 1985-1999. Chi² p < 0.05). Al inicio la Pru era 1,7± 1,9g/l, la PAS 134±26 mmHg, PAD 81±18 mmHg (32% HTA= PA≥140/90 mmHg), Creatinemia 1,58±1,8 mg/dl Se observaron semilunas en 49%, en todas las formas de presentación clínica. Recibieron IECA/ARA 78% pac, prednisona 52%, asociado a azatioprina 33%, a ciclofosfamida 11% y MMF 4%. La PAS y PAD disminuyeron significativamente en la evolución (test "t" p < 0.05). En el análisis univariado la creatinemia inicial mayor a 2.5 mg/dl, la proteinuria inicial, la presencia de semilunas y proliferación endocapilar se asociaron a ingreso a diálisis o fallecimiento, pero en el análisis multivariado (regresión de Cox) sólo fue significativo el nivel de creatinemia.

Conclusiones. La presentación clínica de la Nefropatía IgA ha cambiado en los últimos 10 años, siendo más frecuente las AUA. La creatinemia mayor a 2.5 mg/dl se asocia a peor evolución (ingreso a diálisis o fallecimiento).

63 ANALISIS RETROSPECTIVO DE NEFROPATÍA IgA EN URUGUAY.

Cabrera J, Otatti G, Acosta N, Autchaina M, Melessi S, Panuncio A, Dibello N, García F, Petraglia A, Verdaguer C, Varela F, García M, Ríos P, Gelabert B, Santiago J, Arregui B, Noboa O, Garau M, González F, Gadola L
en nombre de todos los participantes del Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG), Uruguay.

La nefropatía IgA es frecuente en el país y su tratamiento conflictivo. Los **Objetivos** del estudio fueron analizar la incidencia, presentación clínica, histología, tratamiento y evolución de las nefropatías IgA en el período 1985 – 2009. **Métodos.** Se analizó la base de datos del Registro nacional de glomerulopatías del PPTG y las historias clínicas individuales, con estricta confidencialidad y se registraron edad, sexo, fecha de biopsia renal, presión arterial (PA), proteinuria (Pru), hematuria y creatinemia (al inicio y en última evolución registrada), histología (N° glomérulos total, obsoletos, semilunas, proliferación endocapilar y daño tubulointersticial), tratamientos instituidos y evolución final (en control, ingreso a diálisis o fallecimiento) Los datos se expresan en media y DS o mediana y rango según corresponda. Se realizó análisis estadístico uni y multivariado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

Resultados y Discusión. Se estudiaron 342 pacientes (pac) con biopsia renal con IgA+ en el período 1/1/1985 y 31/12/2009, 65% hombres, con edad media 31± 13 años y un período de seguimiento registrado de 70 meses (0 a 271m). En el momento de la biopsia, la forma clínica más frecuente fue Alteraciones urinarias asintomáticas (AUA) (42%), (significativamente mayor en el período 1999-2009 vs 1985-1999. Chi² p < 0.05). Al inicio la Pru era 1,7± 1,9g/l, la PAS 134±26 mmHg, PAD 81±18 mmHg (32% HTA= PA≥140/90 mmHg), Creatinemia 1,58±1,8 mg/dl Se observaron semilunas en 49%, en todas las formas de presentación clínica. Recibieron IECA/ARA 78% pac, prednisona 52%, asociado a azatioprina 33%, a ciclofosfamida 11% y MMF 4%. La PAS y PAD disminuyeron significativamente en la evolución (test "t" p < 0.05). En el análisis univariado la creatinemia inicial mayor a 2.5 mg/dl, la proteinuria inicial, la presencia de semilunas y proliferación endocapilar se asociaron a ingreso a diálisis o fallecimiento, pero en el análisis multivariado (regresión de Cox) sólo fue significativo el nivel de creatinemia.

Conclusiones. La presentación clínica de la Nefropatía IgA ha cambiado en los últimos 10 años, siendo más frecuente las AUA. La creatinemia mayor a 2.5 mg/dl se asocia a peor evolución (ingreso a diálisis o fallecimiento).

65 COR PULMONAR AGUDO EN PACIENTE EN HEMODIALISIS.

Autores: García, F, Varela, F, Coitiño, R, Dell' Oca, N, Verdaguer, C.
Servicio de Nefrología de la Asociación Española Primera Socorros Mutuos. Montevideo. Uruguay.

Introducción: La fistula arterio venosa renal (FAVR) post Nefrectomía es una complicación rara que en general se diagnostica años después de la cirugía. Es una causa excepcional de falla cardíaca e hipertensión arterial.

Metodología: Mujer, 60 años, Hipotiroides, Plaquetopenia autoinmune, Nefrectomía izquierda en 1973 por quiste hidático, Nefrectomía derecha en Diciembre 2010 por tumor renal de células claras. Ingres a plan de HD crónica por FAV humero axilar izquierda protésica. El 1ro de Agosto 2011 trombosis de FAV humero axilar realizándose trombectomía con interposición de PTFE. Reingresa el 8 de Agosto por disnea de esfuerzo de una semana de evolución.

Al examen físico apirética, ingurgitación yugular con reflujo y edemas de miembros inferiores. Radiografía de Tórax sin edema pulmonar, Ecocardiograma TT: FEVI de 65%, HVI moderada, dilatación severa de cavidades derechas, movimiento paradójico del septum, vena cava 17 mm. Dada la presentación como Cor Pulmonar Agudo se plantea: 1) Sobrecarga derecha por FAV de alto flujo 2) TEP se descarta por angio TAC. 3) Disnea e Hipertensión arterial pulmonar de causa no cardíaca; espirometría patrón restrictivo, marcadores serológicos de enfermedades autoinmunes negativos (FR, ANA SCL 70, PCR, PEF) como causas de enfermedad pulmonar intersticial.

4) Por el antecedente de Neoplasma renal se plantea descartar síndrome paraneoplásico. TAC abdominal de Mayo 2011 mostraba zona de hipercaptación a nivel de fosa lumbar derecha por lo que se solicita nueva TAC abdomeno pélvica con contraste; FISTULA ARTERIO VENOSA RENAL derecha. Ante este hallazgo imagenológico, se re examina al paciente encontrándose un soplo lumbar derecho continuo e intenso. Se realiza Arteriografía aorta renal: importante FAV de arteria renal derecha a vena cava inferior. Se realiza cierre endovascular de FAV con colocación de dos coils en arteria renal derecha distal y uno en arteria polar. Excelente evolución post operatoria. Se plantea que la FAV sea la causa de la falla cardíaca e hipertensión arterial pulmonar.

Conclusiones: La aparición de una FAV renal como complicación de una nefrectomía debe ser tenida en cuenta en controles clínicos e imagenológicos aun a largo plazo ya que puede ser causa de falla cardíaca derecha severa. Debe destacarse la importancia de la auscultación de fosas lumbares aun en pacientes nefrectomizados ante toda insuficiencia cardíaca de alto flujo.



VIII Congreso Uruguayo de Nefrología

Jornadas Conjuntas SUN – Clínica Mayo
XIV Jornadas de Enfermería en Nefrología

27 al 29 de Setiembre de 2012
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Uruguay

Resúmenes

66 INJURIA RENAL AGUDA EN LA UCI Experiencia en el uso de Hemodiálisis extendida

Baccino C, Astesiano R, Seija M, Romero J, Ottati G, Noboa O, González F.
Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La Injuria renal aguda (IRA) se presenta con alta frecuencia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y se asocia con una mortalidad mayor a 40%.

Las técnicas continuas de hemodiafiltración tienen mejor tolerancia hemodinámica, aunque no han demostrado beneficio sobre la mortalidad. En nuestro medio no está extendido el uso de terapias lentas, por lo que para mejorar la tolerancia hemodinámica se utiliza hemodiálisis (HD) extendida de 6 horas. Se incluyen en esta modalidad pacientes con hemodinamia inestable.

Objetivo: Evaluar la tolerancia hemodinámica y eficacia de la HD intermitente convencional y extendida en pacientes críticos con IRA.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico, desarrollado en la UCI y Centro Nacional de Quemados de Hospital de Clínicas, que incluyó todos los pacientes admitidos con IRA que requirieran tratamiento sustitutivo entre 1º de abril y 31 diciembre de 2011. Se excluyeron pacientes: < 18 años y con ERC extrema en tratamiento sustitutivo previo. Se recogieron variables demográficas, parámetros hemodinámicos y características del tratamiento sustitutivo.

Resultados: Se analizaron 147 procedimientos (HD), correspondientes a 21 pacientes cuya mortalidad fue 76,5%. El grupo de HD convencional incluyó 97 procedimientos de duración menor o igual a 240 minutos. El grupo de HD extendida incluyó 50 HD de más de 240 minutos. La HD extendida logró mayor ultrafiltración 2074 ± 757 ml que la HD convencional 1326 ± 1000 ml ($p = 0.001$). Se registró incumplimiento de la prescripción en el 60,3% de los procedimientos, sin diferencias significativas entre los grupos, siendo las principales causas: disfunción de catéter e inestabilidad hemodinámica. Esta causa de incumplimiento fue menor con HD extendida (3 vs. 11) si bien no resultó significativo. La Tasa de reducción de urea (TRU%) resultó ser significativamente mayor con el procedimiento prolongado $47.6 \pm 12.8\%$ vs $62.2 \pm 13.5\%$ ($p = 0.01$).

Conclusiones: La HD extendida permite mayor ultrafiltración y mayor dosis de diálisis estimada por TRU%, que la HD convencional de 4 horas. Podría resultar beneficioso el uso de HD extendida en nuestro medio ya que permite mejor control del balance hídrico positivo, el cual se ha demostrado que se asocia a mayor mortalidad en la UCI.

68 ACIDOSIS METABÓLICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

Astesiano R, Kurdian M, Seija M, Baccino C, Nin M, Gadola L.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR

Introducción: La acidosis metabólica es frecuente en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y se ha postulado como factor de progresión de la misma, así como también en el post trasplante renal.

Objetivo: Evaluar la incidencia y prevalencia de acidosis metabólica en los diferentes estadios de evolución post trasplante renal (TR) y su impacto en la progresión.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional en la cohorte de pacientes con trasplante renal del Hospital de Clínicas, que recibieron el implante entre Enero 1991 y Diciembre 2011 con al menos 6 meses de seguimiento, y se encontraban en control con injerto funcionante entre 1/1/2009 y 31/12/2011. Se registró edad, sexo, fecha de trasplante y datos evolutivos de presión arterial, creatinemia (Cr), proteinuria, bicarbonatemia venosa (Bic v), cloremia, potasemia, hormona paratiroidea intacta. Se estimó filtrado glomerular por fórmula de Cockcroft-Gault y estadios de ERC según guías K-DOQI. Se definió Acidosis metabólica si la Bic v era menor de 23 mEq/l y se analizaron las características y la evolución de los grupos con y sin acidosis.

Resultados: Se estudiaron 87 pacientes (con al menos un dato de Bic v), 52% eran hombres, con edad promedio 41 ± 14 años, (entre 17 y 71 años) y tiempo desde el TR de 18.5 ± 2.6 meses (entre 0 y 208 m). La Bic v promedio inicial era 21.9 ± 3.3 mEq/l ($14.7 - 29$ mEq/l) y presentaban acidosis 57/87 pacientes (65%). La Bic v promedio no fue diferente en los estadios I-III de ERC. La Cr promedio al año de TR (situación estable) fue 1.36 ± 0.5 mg/dl. El grupo de pacientes con acidosis metabólica tenía una Cr promedio de 1.56 ± 0.1 mg/dl significativamente mayor (1.23 ± 0.6 mg/dl) (test de t $p < 0.05$) así como también potasemia y cloremia promedios significativamente mayores (test de t $p < 0.05$) que los pacientes sin acidosis. No hubo diferencias significativas en calcemia, fosforemia y PTHi, ni tampoco con el tipo de anticalcineurínico utilizado. El incremento de Cr/año fue significativamente mayor en el grupo con acidosis.

Conclusiones: La acidosis metabólica hiperclorémica es un trastorno frecuente en los pacientes trasplantados, aún con creatinemias inferiores a 1.5 mg/dl y se asocian a un mayor incremento de la creatinemia/año. Se recomienda su evaluación sistemática y diseñar estudios prospectivos para evaluar el eventual impacto de su corrección sobre el deterioro de la función del injerto renal.

67 GLOMERULONEFRITIS SEMILUNAR EN MIELOMA MÚLTIPLE: A PROPOSITO DE UN CASO

Dras. Fernández C, Gelabert B, Gelber C, Varela P, Auchayna M, Larre Borges A.
Servicio de Nefrología, Anatomía Patológica y Clínica Médica 3
Hospital Maciel, Uruguay

Existen pocos reportes de glomerulonefritis semilunar e insuficiencia renal rápidamente progresiva (IRRP) en pacientes con mieloma múltiple (MM). Presentamos el caso clínico de una mujer de 42 años, que consulta por síntomas digestivos. Se detecta hipertensión arterial (HTA) 180/100 mm Hg, creatinina (Cr) 1.44 mg/dl, proteinuria (Pru) 4 gr/l y microhematuria. Hb 10,8 g/dl. Ecocardiograma sin repercusión de su HTA. Se envía al Hospital Maciel a los 2 meses de iniciado el cuadro. Al ingreso: buen estado general, edema de MMII, PA 150/100 mm Hg. Diuresis conservada. PC al ingreso: Cr 3,2 mg/dl, azoemia 1,12 g/l, Calcemia 8,2 mg/dl, Pru 4 g/l, hemoglobinuria +, albuminemia 2,5 g/dl, triglicéridos 577 mg/dl, colesterol 343 mg/dl, VES 80 mm. Ecografía: riñones de tamaño y ecogenicidad conservada. Con el diagnóstico clínico de IRRP con proteinuria nefrótica se solicitan estudios etiológicos de glomerulopatía (gp) secundaria inmunomediada y se realiza punción biopsia renal. PC: ANA y ANCA, Ac antiMBG (-), complementemia normal. Marcadores de HVB, C y HIV, AELO, VDRL y crioglobulinemia (-). PEF en sangre con perfil de síndrome nefrótico sin pico monoclonal. Bence Jones: κ 2495 mg/dl, λ 47,8 mg/dl, relación κ/λ 52,2. Mielograma: plasmocitosis del 18%, con formas binucleadas. Rx óseas normales. Inmunofenotipo compatible con MM. La histopatología renal informa muestra corticomedular con 15 glomérulos (gl), 9 presentan proliferación extracapilar celular, los restantes muestran acentuación de la lobulación del ovillo capilar a expensas de proliferación celular mesangial y endocapilar. Estudio inmunopatológico: corteza renal con 11 gl con depósitos leves de C1q y C3. No depósitos de IgA, IgG, IgM, κ y λ .

En suma: gp proliferativa difusa con proliferación extracapilar del 60%. Microscopía electrónica en proceso.

Conclusión: la presente es una forma histológica altamente infrecuente como forma de compromiso renal en el MM.

69 NEFROPATIA IgA CON CREATININEMIA DE 2.5 mg/dl Y EL PUNTO DE NO RETORNO.

Cabrera J, Otatti G, Acosta N, Auchayna M, Panuncio A, Melessi S, Ríos P, Gelabert B, Verdaguier C, Chá M, Dibello N, Santiago J, García F, Petraglia A, Varela P, García M, Cuña P, Arregui R, Szpinak B, Brovia S, Antúnez M, Desiderio G, Vilaro L, Mizraji, Burgos C, Maino A, Ballardini Sylvia, Operti A, Marton S, Borggini P, Garau M, González C, Noboa O, Gadola L, González F.
Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías.

La indicación de un tratamiento surge de la posibilidad de revertir un daño y/o necesidad de evitar la progresión. Esto es particularmente válido en las glomerulopatías inmuno mediadas. Los diferentes tratamientos y en especial los inmunosupresores tienen importantes efectos adversos con una considerable morbimortalidad por lo que se deben valorar rigurosamente los riesgos y beneficios. Los pacientes con lesiones escleróticas avanzadas tienen una enfermedad irreversible, pero cuál es la situación clínica previa a ese momento?. Algunos expertos plantean que en la Nef IgA hay un punto de no retorno a partir del cuál la única evolución posible es la progresión. Identificar este grupo de paciente y evitar exponerlos a riesgos innecesarios sería de particular importancia clínica. Ese punto sería para algunos autores un CI de Cr de 30 ml/min (Cr entre 2 y 3 mg/dl), con excepción de las formas rápidamente progresivas. En el período 1985-2009 se diagnosticaron en el Uruguay 342 Nef IgA. 230 continuaron en control con una media de seguimiento de 70 meses. 30 pacientes (13%) presentaron al diagnóstico una Cr mayor o igual a 2,5 mg/dl. De estos, al final del seguimiento, el 60% había ingresado a diálisis vs el 16% de los que presentaban Cr menor a 2,5 mg/dl al diagnóstico, diferencia estadísticamente significativa en el análisis univariado ($p < 0,05$). Con respecto al grupo de los pacientes con $Cr \geq 2,5$, no hubo diferencias en el porcentaje de pacientes con SL entre los que ingresaron (38%) y los que no lo hicieron a diálisis (33%). En los que tenían SL, la mayoría (66%) estaba presente en el 30% o menos de los glomérulos, 3 de los 18 que ingresaron a diálisis presentaban SL en más del 50% de los glomérulos. Tampoco hubo diferencias significativas con respecto al porcentaje de pacientes con AT moderada severa (53 vs 66%). Con respecto al tratamiento, el 36% de los pacientes con $Cr \geq 2,5$ recibió tratamiento IS, 11 Prednisona, 6 pacientes CF, 7 Azatioprina y 2 MMF. De los 18 pacientes que ingresaron a diálisis, 6 recibieron IS (33%), 5 no lo recibieron y de los 7 restantes no tenemos datos. 5 de los 12 (41%) que no ingresaron a diálisis recibieron IS, y 4 no recibieron. Conclusiones: los pacientes con Nef IgA con $Cr \geq 2,5$ al diagnóstico tienen mal pronóstico, no queda claro si se benefician de un tratamiento IS, es necesario realizar estudios que permitan establecer si existe un punto de no retorno lo que tendría implicancias pronósticas y terapéuticas.



Resúmenes

70 Plasmaferesis en vasculitis ANCA C +

Romero J, León L, Ottati G, Maino A
Hospital de Clínicas, Montevideo

Introducción: PF surge como última recomendación internacional (nivel de evidencia a) para tratamiento de vasculitis con presentación bajo forma de insuficiencia renal rápidamente progresiva (IRRP) con requerimiento dialítico. Presentamos el primer caso tratado según esta conducta.

Resumen de Historia Clínica: Sexo femenino, 58 años, procedente del interior del país, buen medio socioeconómico, nuligesta.

ANU: Disuria esporádica, consumidora de Aines, no ERC previa conocida. APP: no FRCV. AEA: síndrome poliarticular de medianas y grandes articulaciones con edema y dolor a su nivel, de un año de evolución.

16/4/2012, Consulta en Hospital de su ciudad, con síntomas urémicos intensos de 15 días de evolución, disminución de la diuresis, sin macro hematuria, no orinas espumosas, sin síndrome funcional hipertensivo. Agrega exantema purpúrico petequial palpable de ambos MMII hasta raíz de muslo. Concomitantemente episodios de epistaxis auto limitadas, reiteradas, no hemoptisis.

Insuficiencia Renal extrema con requerimiento de hemodiálisis de urgencia

20/4/2012 Punción Bióptica Renal: Punción Bióptica Renal: proliferación extra capilar circunferencial en tres de tres glomérulos. Inmunofluorescencia -

28/4/2012 inicio tratamiento de inducción

10/6/2012 ingresa a Hospital de Clínicas para inicio de plasmaféresis.

28/6/2012 Negativización de ANCA, Clearance de Creatinina 17ml/min

Diuresis 1100 cc

Discusión: vasculitis ANCA c +, con expresión cutánea, articular otorrinolaringológica y renal, Insuficiencia Renal Rápidamente Progresiva. Se realiza tratamiento según protocolo de GRRP, y Plasmaféresis. Obteniéndose mejoría clínica de manifestaciones cutáneas y otorrinolaringológicas. Negativización de ANCA. No se objetiva a la fecha recuperación funcional renal.

Conclusiones: 1) Se presentó el 1º caso de vasculitis ANCA c+ PR3+ que recibió PF según últimas recomendaciones internacionales (nivel de evidencia a). 2) No se evidenciaron EA en cuanto a la aplicación de la PF. 3) No se evidenció recuperación (f)(x)renal. 4) Es necesario uniformizar conductas según recomendaciones para generar experiencia en nuestro medio que permita interpretar resultados.

72 EVOLUCIÓN DE FUNCIÓN RENAL LUEGO DE RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS TRATADO CON PLASMAFERESIS E INMUNOGLOBULINA HUMANA EN EN TRASPLANTE RENAL.

Curi L, González-Martínez F, Curi L, González-Carballido G, Kurdian M, Toledo R, Orihuela S, Alvarez I, Coria V, Acosta N, Nin M, Nuñez N, Manzo L.

Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Universidad de la República e Instituto de Nefrología y Urología, Instituto de Donación y Trasplante, Cátedra de Hemoterapia-Hospital de Clínicas, Unidad de Hemoterapia, H Maciel. Montevideo, Uruguay.

Describimos la evolución de la función renal en 30 pacientes trasplantados renales con el diagnóstico de rechazo mediado por anticuerpos (RMA) tratados con plasmaféresis, IgG en altas dosis e inmunodepresores, desde 2005 a dic 2011. Diagnóstico: insuficiencia renal severa parenquimatosa, junto a uno o dos de los siguientes: anticuerpos donante específico circulantes y en la biopsia renal: polimorfonucleares en capilares peri-tubulares y/o glomerulares y/o vasculitis. Se está determinando C4D.

Incluimos 30 trasplantes, todos de donante cadavérico, en 14 primer trasplante, en 14 segundo y en 1 el 3o. Edad de 44.3±12.1 años, 15 mujeres. El PRA más alto y el próximo al trasplante fue de 0 en 3 y 14, entre 2 y 50 en 9 y 10 y entre 50 y 100 en 16 y 5 pac respectivamente. El diagnóstico se realizó en 27 en el primer mes. La PC al diagnóstico se realizó en 27, siendo positiva en 22 y negativa en 5 (14 por MLCTOX y 21 por CMF). Las resistencias parenquimatosas en el doppler fueron 0.69±0.13 pre y 0.80±0.14 al diagnóstico (p menor de 0.003). Se realizó PBR en 25 pacientes, presentando polimorfonucleares en capilares peritubulares 23, en glomérulo 17, lesiones de vasculitis 17 y al menos una de estas lesiones 24 pacientes. Se trataron metilprednisolona 28, 28 con Plasmaféresis, 27 con Inmunoglobulina humana, en 18 se asoció timoglobulina y 8 recibieron AntiCD20.

26 pacientes recuperaron función después del tratamiento, de ellos en el primer semestre 1 volvió a diálisis y 1 falleció. En los que recuperaron función, la Creatinemia más baja fue de 2.2±1.8, y a los meses 6, 12, 26 y 36 de: 1.7±0.7, 1.8±0.6, 1.6±0.5 y 1.8±0.8 respectivamente. Al final del seguimiento estaban vivos con riñón funcionante 21 pacientes, 6 habían pasado a diálisis y 3 fallecidos.

En suma este cuadro grave tuvo, en nuestra experiencia, frecuente recuperación funcional renal al adoptar criterios diagnósticos tempranos y un tratamiento protocolizado con corticoides, inmunodepresores, plasmaféresis e Inmunoglobulina humana en altas dosis y en algunos casos antiCD20.

71 EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE RENAL EN URUGUAY DESDE SU INICIO (1969).

González-Martínez F, Orihuela S, Alvarez I, Dibello N, Curi L, Wimber E, Nin M, Bengochea M, Toledo R, Mizraji R, Nesse E, Silva W, Lopez D, Balboa O, Porto D, Zeballos J, Silva, W.

Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDT) y equipos de Trasplante renal (TR): S. Americano, H de Clínicas, H Evangélico, Instituto de Nefrología y Urología. Comisión de Registro de Trasplante Renal.

Referimos la actividad del 100% de trasplantes renales (TR) en Uruguay desde su inicio en 1969 hasta dic 2011.

El primer TR fue en 1969, desarrollándose a partir de 1981 el programa nacional con financiación, asignación, procuración común y universal, integrándose progresivamente 4 equipos clínicos.

En 2006 fue la actividad mayor: 44.4 TR pmp (6º lugar en el mundo según URDS). El 88.1% de TR se realizaron con donante (D) cadavérico (C).

Datos del Receptor: edad: 44±14 años, aumentando progresivamente, los mayores de 55 años pasaron de 0 a 27%, 61% hombres, 9.5% diabéticos. El número de TR como primer tratamiento sustitutivo (anticipado) se incrementó en los últimos años.

Los donantes óptimos pasaron de 65.2% a 35.5%, los mayores de 45 años de 9 a 37%, los fallecidos por trauma de 49 a 32% y los por AVE de 25 a 39%.

Al fin del período habían fallecido 12%, pasaron a diálisis 28% y se mantenían vivos con función renal 60%. La causa de muerte fue: cardiovascular (43%), infección (43%), cáncer (6%).

La sobrevida (SV) de todos fue a los 10 y 20 años de 80 y 61% para R y 51 y 24% para riñones respectivamente.

La SV de pacientes con TRDC a 1, 5 y 8 años fue para T realizados en 1980-1989 de: 93, 87 y 78%, para 1990-1999: de 98, 93 y 89% y para 2000-2010: 97, 91 y 90%. Para los implantes en iguales períodos y años fue: 78, 58 y 45%; 89, 69 y 57% y 91, 76 y 65%.

En 2010 el n de prevalentes en diálisis era de 749, vivos con riñón funcionante 287 (28% del total) sumando 1030 pmp y constituyendo el 27.6% de los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal. El fracaso de injerto fue el 6.3% de las causas de ingreso a diálisis.

Conclusiones: El programa de TR ha tenido un importante desarrollo en Uruguay a expensas del DC. El incremento del número de TR y su sobrevida han aumentado la participación del TR en el tratamiento sustitutivo de la función renal.

73 TRASPLANTE RENAL ANTICIPADO. EXPERIENCIA DE UN EQUIPO.

González-Martínez F, Curi L, González-Carballido G, Orihuela S, Nuñez N, Manso L, Kurdian M, Larre Borges P, Nin M.

Instituto de Nefrología y Urología-Transplante Renal (INU-TR)

El trasplante renal (TR) integra el arsenal terapéutico de la insuficiencia renal extrema (IRE), en una articulación con las diferentes modalidades de diálisis tanto en programas nacionales como en el tratamiento de las personas. Estas diferentes herramientas son alternativas terapéutica pero sobre todo se integran en un orden diverso en el tiempo para prolongar la vida de los pacientes logrando su mayor calidad de vida. Luego de los primeros años con el desarrollo de las técnicas de diálisis y su aplicación, ésta se constituyó en el tratamiento inicial de la IRE. Sin embargo, al considerarse actualmente como el mejor tratamiento y desarrollarse los programas de salud renal y seguimiento de nefrópatas, el trasplante comenzó a ser considerado como posible tratamiento inicial de la IRE, incluso frente al fracaso de un trasplante renal. Esto determinó el ingreso de pacientes a lista de espera antes del ingreso a diálisis o el estudio de donante vivo, tanto con IRE sobre riñones nativos como sobre un trasplante renal. Ante la propuesta del equipo clínico, el Instituto Nacional de Donación y Trasplante y el Fondo Nacional de Recursos, incluyeron estos pacientes en sus programas.

Presentamos la experiencia del INU-TR iniciada en 2004, incluyendo 18 TR. En 15 pacientes la IRE se desarrolló en sus riñones nativos y en 3 sobre riñón trasplantado.

La edad de los pacientes osciló entre 8 y 64 años (31.5+-17.2 años), siendo 13 hombres y 5 mujeres.

El donante fue en 6 casos vivo y 12 cadavérico, con una edad de 36.7+-13.2 años. El 50% de los donantes fue de sexo femenino, tanto en DV como DC. La edad de los receptores de DV fue menor que la de DC: 26.3+-13.3 vs 32.6+-18.6, sin valor estadístico.

Evolución: El seguimiento post-trasplante es de 3.4+-2.6 años (entre 8 años y meses). 3 pacientes perdieron el injerto, pasando a diálisis a 24, 11 y 6 meses del Tr. Ningún paciente falleció.

En suma: El trasplante renal anticipado está implementado en nuestro país siendo un tratamiento alternativo respecto a la diálisis, a la IRE. Esta alternativa se ha instrumentado tanto con donante vivo como cadavérico. Destacamos que el 66% de los trasplantes han sido con donante cadavérico, vinculado en parte al alto número de trasplantes con este donante en nuestro país.

El trasplante renal puede ser propuesto a los pacientes en IRC etapas IV y V como alternativa terapéutica.



Resúmenes

74 INDICADORES PRONÓSTICOS Y EVOLUCIÓN DE LAS DISCRASIAS PLASMOCITARIAS CON COMPROMISO DE LA FUNCIÓN RENAL.

Dafonseca F, Leyun MN, Petraglia A, Olazola I, Ferreira A.
Dpto. de Nefrología de CASMU-IAMPP. Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCION. En la última década aumentó la incidencia de pacientes (p) con discrasias plasmocitarias (DP): mieloma múltiple (MM), gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) y Amiloidosis (AM). Todas cursan con algún grado de afectación renal. La evolución de la nefropatía es variable y no es claro el tratamiento efectivo de la enfermedad hematológica, por lo que el pronóstico de estos pacientes es pobre y la sobrevida varía de meses a 10 años. **OBJETIVO.** Análisis retrospectivo descriptivo de (p) con DP y afectación renal: forma nefrológica de presentación, evolución clínica, tratamiento y sobrevida de los p con DP. **MÉTODOS:** análisis retrospectivo descriptivo y analítico de todos los p que fueron referidos al Servicio de nefrología agudos de la institución, por presentar DP con afectación renal, en el período 1/01/2009 a 1/09/2012 (n= 27 p). Se evaluó diagnóstico y tipo de DP, función renal al ingreso y en la evolución, forma clínica de presentación, tratamiento recibido, supervivencia de función renal y vital, así como análisis de los factores asociados a los mismos. Análisis estadístico: test de t, Chi cuadrado, ANOVA, Curvas de Kaplan Meier, riesgo proporcional de Cox. (*) = p < 0.05. **Resultados:** 27 p presentaron DP con compromiso renal en el período (4 AA, 15 MM, 8 GMSI); 5 de ellos con diagnóstico de DP previo. Las GMSI estuvieron asociadas a otras nefropatías en la mayoría de los casos. Presentación: 4 síndrome nefrótico; 14 IRA o IRRP; 7 ERC con o sin tratamiento sustitutivo (TSR). Edad 66.1 ± 9,1 años (MM y AA 63,6 vs GMSI 72 años (*)). Infiltrado plasmocitario: 42 ± 27%. Creatininemia inicial: 4,3 ± 2,8 mg/dl (5,2 mg/dl en MM (*)). 48,1% de p requirieron TSR al ingreso. (p=NS entre los grupos). Cadena monoclonal: IgG 46,7%; IgA 13,3%; IgM 6,7%; Kappa 26,7%; Lambda 6,7%. Tratamiento: GMSI: sin tratamiento específico, AA: PQT asociada a talidomida o Bortezomib. MM: 67% dexametasona-talidomida-PQT, 23% Bortezomib-PQT. El tiempo de sobrevida a 5 años fue de 48%, mayor en pacientes GMSI (*), en p con MM: IgG o cadena Kappa (*), sin diferencias según % de infiltrado, creatininemia inicial, TSR al inicio. 51,9% de p requirieron TSR en la evolución (*), siendo factores de riesgo la creatininemia o necesidad de TSR al ingreso (*), MM IgG; no tratamiento con bortezomib (NS).

Conclusiones: Las DP integran un grupo de naturaleza y presentación clínica heterogénea al momento de la consulta nefrológica, con insuficiencia renal moderada a severa, y mal pronóstico funcional y vital, dependiente de: factores vinculados al tipo de DP, la necesidad inicial de TSR, el tipo de cadena monoclonal involucrada y probablemente la administración o no de tratamiento con bortezomib.