

ÍNDICE

Autoridades	Pág. 2
Auspicios	Pág. 3
Invitados Extranjeros	Pág. 4
Actividades Destacadas	Pág. 5
Actividad Social	Pág. 5
Cronograma Científico	Pág. 6
Programa Científico	
Jueves 24 de abril	
Sala Conference	Pág. 8
Sala Picasso	Pág. 11
Viernes 25 de abril	
Sala Conference	Pág. 15
Sala Picasso	Pág. 17
Sábado 26 de abril	
Sala Conference	Pág. 20
Sala Picasso	Pág. 22
Información General	Pág. 24
Resúmenes de Temas Libres	Pág. 26

AUTORIDADES

VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE INJURIA RENAL AGUDA

Comité Organizador

Presidente

Dr. Alejandro Ferreiro

Vice - Presidente

Dra. Asunción Alvarez

Secretario

Dr. Jordan Tenzi

Tesorera

Dra. Gabriela Ottati

Comité Científico

Presidente

Dr. Raúl Lombardi

Miembros

Dr. Emmanuel Burdman (Brasil)

Dr. Rolando Claire (Bolivia)

Dr. Gustavo Greloni (Argentina)

Dr. Abdías Hurtado (Perú)

Dr. Raúl Plata (Bolivia)

Dra. Sandra Rodríguez (Rep. Dominicana)

Dr. Eric Roessler (Chile)

Dr. Guillermo Rosa-Diez (Argentina)

Dr. Francisco Santacruz (Paraguay)

Dr. Néstor Schor (Brasil)

Dr. Armando Vázquez (México)

Dr. Ronald Weinstein (Chile)

Dr. Mauricio Younes-Ibrahim (Brasil)

Dr. Luis Yu (Brasil)

IX CONGRESO URUGUAYO DE NEFROLOGÍA

Comité Organizador

Presidente de Honor

Dr. Nelson Mazzuchi

Presidente

Dr. Pablo Ríos

Tesorera

Dra. Laura Miedzowicz

Vocales

Dra. Ema Burgstaller

Dra. Mercedes Chá

Dra. Nancy De Souza

Dra. Beatriz Gelabert

Dra. Carlota González

Comité Científico

Presidente

Dr. Emma Schwedt

Vice-Presidente

Dr. Oscar Noboa

Miembros

Dra. Nieves Campistrús

Dra. Hena Caorsi

Dr. Juan Fernández Cean

Dra. Liliana Gadola

Dr. Francisco González

Dr. Marcelo Nin

Comité Científico Argentino

Dr. Guillermo Rosa - Diez

Dr. Ricardo Martínez

Dr. Fernando Lombi

II CONGRESO DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA - XVI JORNADAS DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA

Comité Organizador

Presidente

Lic. Mary Pérez

Secretaria

Lic. Lorena Somariva

Tesorera

Lic. Carolina Phillips

Vocales

Lic. Jacqueline González

Lic. Miriam Tritten

Lic. Silvia Sánchez

Lic. Gianela Güelfi

Lic. Fátima Mastandrea

Lic. Carla Poggi

Lic. Zully Páez

Lic. Dalía Bastos

Comité Científico

Lic. Miriam Tritten

Lic. Fátima Mastandrea

Lic. Mary Pérez

Lic. Carolina Phillips

INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. André Balbi
(Brasil)

Dr. Emmanuel Burdmann
(Brasil)

Lic. Isabel Catoni
(Chile)

Dr. Jorge Cerdá
(USA)

Dr. Ricardo Correa-Rotter
(México)

Dr. Rolando Claire
(Bolivia)

Dr. Harold Feldman
(USA)

Dra. María Cora Giordani
(Argentina)

Dr. Gustavo Greloni
(Argentina)

Dr. Abdías Hurtado
(Perú)

Dr. Fernando Liaño
(España)

Dra. Claudia Viviana Martín
(Argentina)

Dr. Ravindra Mehta
(USA)

Dra. Marta Monteverde
(Argentina)

Dr. Federico Oppenheimer
(España)

Dr. Raúl Plata
(Bolivia)

Dr. Manuel Praga
(España)

Dra. Sandra Rodríguez
(República Dominicana)

Dr. Eric Roessler
(Chile)

Dr. Guillermo Rosa-Diez
(Argentina)

Dr. Francisco Santacruz
(Paraguay)

Dr. Néstor Schor
(Brasil)

Dr. Antonio Seguro
(Brasil)

Dr. Augusto Vallejo
(Argentina)

Dr. Armando Vázquez
(México)

Vanina Vázquez
(Argentina)

Dr. Mauricio Younes
(Brasil)

Dr. Luis Yu
(Brasil)

Dr. Carlos Zúñiga
(Chile)

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo – Uruguay



ACTIVIDADES DESTACADAS

Simposio Sanofi

Control de fósforo y mortalidad CV en ERC (Etapas I - V, incluido diálisis)

Dra. Inés Olaizola

Día: Viernes 25 de Abril de 2014

Hora: 12.00 - 13.00

Sala: Conference (piso 4)

Conferencia Genzyme (Actividad exclusivamente por invitación)

Enfermedad de Fabry: novedades desde la clínica al tratamiento

Dr. Juan Manuel Politei (Argentina)

Día: Viernes 25 de Abril de 2014

Hora: 16.30

Sala: Cezanne (piso 4)

Simposio Abbvie

Impacto clínico de los trastornos del metabolismo mineral en el paciente en diálisis. ¿Por qué, cuándo y cómo tratar?

Dr. Guillermo Rosa - Diez (Argentina)

Día: Sábado 26 de Abril de 2014

Hora: 12.30 - 14.00

Sala: Conference (piso 4)

Lunch cortesía Abbvie

ACTIVIDAD SOCIAL

Fiesta del Congreso

Día: Sábado 26 de Abril de 2014

Hora: 21.30

Lugar: Hotel del Prado (Gabriela Mistral 4223)

Ticket para inscriptos al Congreso: USD 20

Ticket para acompañantes: USD 50

Cupos limitados: adquirir los tickets en la Secretaría que está ubicada en la Sala Gauguin (piso 4)

SALA CONFERENCE

	Jueves 24 de Abril	Viernes 25 de Abril	Sábado 26 de Abril
	CONGRESO IRA	CONGRESO URUGUAYO	JORNADAS RIOPLATENSES
08:00 - 08:30	Inscripciones y Acreditaciones	Mesa	Mesa SUN - ANBA
08:30 - 09:40	Simposio Epidemiología de la IRA Presidente: <i>Dr. Mauricio Younes (Brasil)</i> Secretaria: <i>Dr. Pilar Varela</i> Participantes: <i>Dr. Ravindra Mehta (USA), Dr. Fernando Liaño (España), Dr. Antonio Seguro (Brasil), Dr. Raúl Lombardi</i>	La IRA fuera de la UCI y otras situaciones especiales Presidente: <i>Dr. Rosana Astesiano</i> Secretaria: <i>Dr. Beatriz Gelabert</i> Participantes: <i>Dr. Gustavo Greloni (Argentina), Dr. Francisco Santacruz (Paraguay), Dr. Abdías Hurtado (Perú), Dr. Ricardo Correa Rotter (México)</i>	Trasplante Renal Coordinadores: <i>Dr. José Valiño, Dr. Melania Kurdián, Dr. María Cora Giordani (Argentina)</i> Participantes: <i>Dr. María Cora Giordani (Argentina), Dr. Federico Oppenheimer (España), Dr. Marcelo Nin</i>
09:40 - 10:00		Descanso - Café: Cortesía Fresenius	
10:00 - 10:10	Conferencia		
10:10 - 10:30	Despertando la conciencia sobre la IRA: ¿qué temas importan? <i>Dr. Ravindra Mehta (USA)</i>	Mesa Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido base Presidente: <i>Dr. Lilita Gadola</i> Participantes: <i>Dr. Néstor Schor (Brasil), Dr. Jorge Cerdá (USA)</i>	Descanso - Café: Cortesía Fresenius
10:30 - 11:00	Descanso - Café: Cortesía Fresenius		Mesa SUN - ANBA
11:00 - 12:00	Simposio Factores de riesgo para la IRA Presidente: <i>Dr. Eric Roessler (Chile)</i> Secretario: <i>Dr. Jordán Tenzi</i> Participantes: <i>Dr. Ravindra Mehta (USA), Dr. Alejandro Ferreiro, Dr. Emmanuel Burdmann (Brasil)</i>		Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Coordinadores: <i>Dr. Adriana Pastorino, Dr. Carlota González, Dr. Augusto Vallejo (Argentina), Dr. Claudia Viviana Martín (Argentina)</i> Participantes: <i>Dr. José Boggia, Dr. Augusto Vallejo (Argentina), Dr. Ricardo Correa Rotter (México), Dr. Claudia Viviana Martín (Argentina)</i>
12:00 - 12:15		Simposio Sanofi Control de fósforo y mortalidad CV en ERC (Etapas I - V, incluido diálisis) <i>Dr. Inés Olaizola</i>	
12:15 - 12:30	Mesa de Temas Libres Seleccionados Presidente: <i>Dr. Juan Carlos Díaz</i> Secretario: <i>Dr. Walter Gauronas</i>		Simposio Abbvie
12:30 - 13:00			Impacto clínico de los trastornos del metabolismo mineral en el paciente en diálisis. ¿Por qué, cuándo y cómo tratar? <i>Dr. Guillermo Rosa - Diez (Argentina)</i>
13:00 - 13:05		Intervalo	
13:05 - 13:30	Intervalo		
13:30 - 14:00	Simposio Diagnóstico temprano de la IRA Presidente: <i>Dr. Sandra Rodríguez (República Dominicana)</i> Secretaria: <i>Dr. Gabriela Ottati</i> Participantes: <i>Dr. Rolando Claire (Bolivia), Dr. Fernando Liaño (España), Dr. Ravindra Mehta (USA), Dr. Nicolás Nin</i>	Conferencia Microangiopatía trombótica <i>Dr. Manuel Praga (España)</i> Coordinadoras: <i>Dr. Gabriela Ottati, Dr. Jimena Cabrera</i>	Mesa SUN - ANBA
14:00 - 14:20			Glomerulopatías Coordinadoras: <i>Dr. Gabriela Ottati, Dr. Jimena Cabrera, Dr. Vanina Vázquez (Argentina)</i> Participante: <i>Dr. Manuel Praga (España)</i>
14:20 - 15:30		Mesa Salud Renal Presidente: <i>Dr. Laura Solá</i> Secretaria: <i>Dr. Nancy De Souza</i> Participantes: <i>Dr. Harold Feldman (USA), Dr. Laura Solá, Dr. Nelson Mazzuchi</i>	
15:30 - 16:00	Descanso - Café: Cortesía Fresenius		Descanso - Café: Cortesía Fresenius
16:00 - 16:20	Simposio Dilemas nefrológicos en el manejo del paciente crítico Presidente: <i>Dr. Alejandro Operti</i> Secretario: <i>Dr. Mario Forselledo</i> Participantes: <i>Dr. Jorge Cerdá (USA), Dr. Raúl Lombardi</i>	Descanso - Café: Cortesía Fresenius	
16:20 - 16:30			
16:30 - 16:50			Mesa SUN - ANBA
16:50 - 17:00			Alteraciones genéticas en las nefropatías Coordinadores: <i>Dr. Diego Tobal, Dr. Margarita Halty, Dr. Marta Monteverde (Argentina)</i> Participantes: <i>Dr. Manuel Praga (España), Dr. Diego Tobal, Dr. Marta Monteverde (Argentina), Dr. Margarita Halty</i>
17:00 - 18:30	Simposio Tratamiento de la IRA Presidente: <i>Dr. Asunción Alvarez</i> Secretario: <i>Dr. Armando Vázquez (México)</i> Participantes: <i>Dr. Ravindra Mehta (USA), Dr. André Balbi (Brasil), Dr. Luis Yu (Brasil), Dr. Néstor Schor (Brasil)</i>	Mesa Miniconferencias Coordinadoras: <i>Dr. Laura Solá, Dr. Lucía Orihuela</i> Participantes: <i>Dr. Harold Feldman (USA), Dr. Oscar Noboa, Dr. Néstor Schor (Brasil)</i>	
18:30 - 18:50			Ceremonia de Clausura
18:50 - 19:00			Entrega de Premio SUN - AstraZeneca
19:00 - 19:30	Ceremonia de Apertura		

**Importante: Los horario se cumplirán estrictamente
Se solicita puntualidad**

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo - Uruguay



SALA PICASSO

	Jueves 24 de Abril	Viernes 25 de Abril	Sábado 26 de Abril
			II CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA
			XVI JORNADAS DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA
08:15 - 08:30			Conferencia: Gestión en diálisis peritoneal en niños y adolescentes
08:30 - 08:45			Panel Estrategias de mejora continua en TR
08:45 - 09:00			Mesa Redonda: Gestión de un programa de accesos vasculares
09:00 - 09:30		Conferencia Hemodiafiltración crónica <i>Dr. Guillermo Rosa - Diez (Argentina)</i> Coordinadora: <i>Dra. Patricia Larre Borges</i>	Descanso - Café: Cortesía Fresenius
09:30 - 10:00		Descanso - Café: Cortesía Fresenius	Descanso - Café: Cortesía Fresenius
10:00 - 10:30		Descanso - Café: Cortesía Fresenius	Presentación oral: Gestión e investigación en el área de higiene
10:30 - 11:00	Presentación Posters	Mesa de Residentes El riñón del adulto mayor Presidente: <i>Dra. María Victoria Rabaza</i> Secretaria: <i>Dra. Laura Ceretta</i> Participantes: <i>Dra. Mariana Sottolano, Dr. Sebastián Benencio, Dra. Angélica Priario, Dra. María Victoria Rabaza, Dra. María Fernanda Varela</i>	Temas Libres
11:00 - 11:30			Presentación oral: Evaluación y seguimiento de los centros de diálisis
11:30 - 12:00			Intervalo
12:00 - 12:30			Conferencia: Recursos humanos y conductas disruptivas
12:30 - 13:00			Panel: Cuidados Paliativos en el Uruguay. Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel
13:00 - 14:00			Conferencia: Cuidados paliativos en diálisis. Un desafío ético
14:00 - 14:30	VI JORNADAS DE NUTRICIÓN EN NEFROLOGÍA		Descanso - Café: Cortesía Fresenius
14:30-15:00	Mesa Gestión en nutrición nefrológica en el Uruguay	Conferencia Trasplante renal de donante vivo. Superando las barreras inmunológicas <i>Dr. Federico Oppenheimer (España)</i> Coordinadores: <i>Dra. Melania Kurdián, Dr. José Valiño</i>	Taller: Cuidados paliativos
15:00-15:30	Mesa Experiencias en nutrición clínica nefrológica	Presentación Posters	Discusión grupal de situaciones clínicas
15:30-16:00			Cierre
16:00-16:30	Descanso - Café: Cortesía Fresenius		
16:30-17:00	Mesa Metabolismo fosfocálcico		
17:00-17:05			
17:05-17:30	Mesa Nuevas guías: proyección en la nutrición del paciente		
17:30-18:30			
18:30-19:00			

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 DE ABRIL

SALA CONFERENCE

VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE INJURIA RENAL AGUDA

- 08.00 – 08.15 **Acreditaciones y Entrega de Materiales**
- 08.15 – 08.30 **Apertura Congreso Latinoamericano de IRA**
Dr. Alejandro Ferreiro
- 08.30 – 10.00 **Simposio**
Epidemiología de la IRA
Presidente: *Dr. Mauricio Younes (Brasil)*
Secretaria: *Dra. Pilar Varela*
- 08.30 – 08.50 **Cambio de la epidemiología de la Injuria Renal Aguda en la UCI: resultados de un registro mundial**
Dr. Ravindra Mehta (USA)
- 08.50 – 09.10 **Un paseo por la epidemiología de la insuficiencia renal aguda en cuatro etapas**
Dr. Fernando Liaño (España)
- 09.10 – 09.30 **IRA por leptospirosis**
Dr. Antonio Seguro (Brasil)
- 09.30 – 09.50 **¿Qué sabemos de la epidemiología de la IRA en Latinoamérica? El Programa "0 by 25" de ISN**
Dr. Raúl Lombardi
- 09.50 – 10.00 **Preguntas**
- 10.00 – 10.30 **Conferencia**
Despertando la conciencia sobre la IRA: ¿qué temas importan?
Dr. Ravindra Mehta (USA)
Presidente: *Dr. Mauricio Younes (Brasil)*
- 10.30 – 11.00 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 11.00 – 12.15 **Simposio**
Factores de riesgo para la IRA
Presidente: *Dr. Eric Roessler (Chile)*
Secretario: *Dr. Jordan Tenzi*
- 11.00 – 11.25 **Evaluación del riesgo para IRA en la UCI**
Dr. Ravindra Mehta (USA)
- 11.25 – 11.45 **Factores de riesgo en cirugía cardíaca**
Dr. Alejandro Ferreiro
- 11.45 – 12.05 **Factores de riesgo para IRA comunitaria en América Latina**
Dr. Emmanuel Burdmann (Brasil)
- 12.05 – 12.15 **Preguntas**

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 DE ABRIL

- 16.00 – 17.00 **Simposio**
Dilemas nefrológicos en el manejo del paciente crítico
Presidente: *Dr. Alejandro Opertti*
Secretario: *Dr. Mario Forselledo*
- 16.00 – 16.25 **Fluidos, IRA y distress respiratorio**
Dr. Jorge Cerdá (USA)
- 16.25 – 16.50 **La ventilación mecánica y el riñón**
Dr. Raúl Lombardi
- 16.50 – 17.00 **Preguntas**
- 17.00 – 19.00 **Simposio**
Tratamiento de la IRA
Presidente: *Dra. Asunción Alvarez*
Secretario: *Dr. Armando Vázquez (México)*
- 17.00 – 17.30 **Terapia de reemplazo renal en la UCI: ¿cuándo, cómo y cuánto?**
Dr. Ravindra Mehta (USA)
- 17.30 – 17.55 **Díalisis peritoneal en la IRA**
Dr. André Balbi (Brasil)
- 17.55 – 18.20 **SLED**
Dr. Luis Yu (Brasil)
- 18.20 – 18.50 **Rol de las células madre en la reparación celular en la IRA**
Dr. Néstor Schor (Brasil)
- 18.50 – 19.00 **Preguntas**
- 19.00 – 19.30 **Ceremonia de Apertura VIII Congreso Latinoamericano de Injuria Renal Aguda y IX Congreso Uruguayo de Nefrología**
Palabras del Dr. Alejandro Ferreiro - Presidente Congreso Latinoamericano de IRA
Palabras del Dr. Pablo Ríos - Presidente Congreso Uruguayo de Nefrología



PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 DE ABRIL

SALA PICASSO

10.30 – 11.30

Presentación de Posters

IRA

Comentadores: *Dr. Jorge Cerdá (USA), Dr. Alejandro Ferreiro, Dr. Raúl Lombardi*

Nº1 IRA POST RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA

Priori S., Vazquez V.

Centro Nefrológico de La Costa, San Clemente del Tuyú, Bs. As., Argentina.

Nº2 EFECTOS DEL ABT-719 EN EL DESENLACE CLÍNICO DE INJURIA RENAL AGUDA DURANTE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CARDÍACOS.

Nielsen S,¹ Beckert M,² Houser M,³ Khan S.³

¹Aarhus University, Aarhus, DK; ²CaRACs, Berlin, Germany; ³AbbVie, North Chicago, USA

Nº8 ENCUESTA SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA EN DAÑO RENAL AGUDO EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS EN MÉXICO.

Vázquez-Rangel A, Poblano M, Reyes MA, Carrillo JA, Vidal E

Grupo de Colaboración AKIMEX.

Nº11 NEFROTOXICIDAD POR COLISTIN EN TERAPIA INTENSIVA

Alzugaray MJ, Buroni M, Verga F, Tenzi J, Rieppi G, Hurtado J.

Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Español. Montevideo, Uruguay.

Nº29 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE INJURIA RENAL AGUDA (IRA) EN PACIENTES CON CÁNCER EN LA UCI .

ACM Dal Santo, Castro I, Burdmann EA y Yu L.

Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

Nº31 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER EN LA UCI

ACM Dal Santo, I Castro, Burdmann EA y Yu L.

Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

Nº37 EPIDEMIOLOGIA DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN MEDICINA INTENSIVA.

Tejera D, Varela F, Acosta D, Figueroa S, Benencio S, Franco A, Masquil D, Assereto M, Bertullo M, Verga F, Verdaguer C, Villalba F, Limongi G, Cancela M.

Asociación Española. Montevideo – Uruguay

Comentadores: *Dra. Melania Kurdián, Dr. Marcelo Nin*

Nº5 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE BASILIXIMAB EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO.

D Machado, B Bardaji, L Guirado.

Hospital Fundación Puigvert, Barcelona, España

Nº16 RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO (RPT) EN NEFROLOGÍA: INDICACIONES, RESPUESTA TERAPÉUTICA Y COMPLICACIONES.

Dres. San Román S, Sottolano M, Díaz Y, Priario A, Rivas G, Menyou A, Moño C, González J, Urrestarazú A, Boggia J, Orihuela L, Kurdián M, Nin M, Noboa O, Rodríguez I, Silvariño R, Otatti G

Centro de Nefrología, Cátedra de Hemoterapia-Medicina Transfusional, Hospital de Clínicas, UdelaR

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 DE ABRIL

Comentadoras: *Dra. Carlota González, Dra. Laura Solá*

N°7 EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

González C, Gadola L, Dapuetto J, Pérez D, Orihuela N, Gómez T, Canon A, Sans A, Orihuela L, Seijas M, Larre Borges P, Galain A I.

Grupo de Diálisis Peritoneal - Sociedad Uruguaya de Nefrología. Uruguay.

N°30 ACIDOSIS METABÓLICA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Gadola L, González MC, Poggi C, Lungo E, Poggio MV.

IMAE DP Casmu.

Comentadoras: *Dra. Hena Caorsi, Dra. Gabriela Ottati*

N°17 RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO (RPT) EN VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO (V-ANCA) : INDICACIONES, RESPUESTA TERAPÉUTICA Y COMPLICACIONES

Dres. Sottolano M, San Román S, Díaz Y, Priario A, Rivas G, Menyou A, Moño C, González J, Urrestarazú A, Boggia J, Noboa O, Santiago J, Tobal D, Rodríguez I, Silvariño R, Ottati G

Centro de Nefrología (CN), Cátedra de Hemoterapia-Medicina Transfusional, Hospital de Clínicas, UdelaR

N°18 GESTACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): EVOLUCIÓN CLÍNICA E IMPACTO MATERNO-FETAL DE LA NEFROPATÍA LÚPICA (NL)

De Los Santos C, Zubiaurre V, Silvariño R, Cora M, Sosa L.

Hospital de Clínicas (HC)

Comentadores: *Dra. Asunción Alvarez, Dra. Patricia Larre Borges, Dr. Diego Tobal*

N°21 FORMAS DE PRESENTACION DE LA HIPERCALCIURIA IDIOPATICA EN NIÑOS.

Rébori A, Velasco M, Ramela V.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.

N°27 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

Ceretta L, Rabaza M V, Gelber C, Varela P, Fernández C, Ríos P, Gelabert B,

Servicio de Nefrología Agudos. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay

N°28 NEFROUROPATÍA OBSTRUCTIVA BAJA EN LA MUJER

Rabaza M V, Ceretta L, Gelber C, Fernández C, Gelabert B, Pastorino A.

Servicio de Nefrología Agudos. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo – Uruguay



PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 DE ABRIL

VI JORNADAS DE NUTRICIÓN EN NEFROLOGÍA

- 14.00 – 14.05 **Apertura de las Jornadas**
Lic. Nut. Sonia Dergazarián
- 14.05 - 15.00 **Mesa Redonda**
Gestión en Nutrición nefrológica en Uruguay
Coordinadora: *Lic. Nut. Sonia Dergazarián*
- 14.05 – 15.00 **Introducción**
Lic. Nut. Sonia Dergazarián
- 14.15 – 14.25 **Nefroprevención**
*Lic. Nut. Silvia Bancoff, Lic. Nut. Mónica Fernández,
Lic. Nut. Marta Rita Techera, Lic. Nut. Leticia Rojas*
- 14.25 – 14.35 **Hemodiálisis**
Lic. Nut. Susana Eiraldi, Lic. Nut. Estela Arbiza, Lic. Nut. Laura Core
- 14.35 – 14.45 **Diálisis peritoneal**
Lic. Nut. Mirta Díaz, Lic. Nut. María Verdún Poggio, Lic. Nut. Gabriela Tálce
- 14.45 – 14.55 **Trasplante renal**
Lic. Nut. Cecilia Schettino, Lic. Nut. Silvia Puig
- 14.55 – 15.00 **Preguntas**
- 15.00 – 15.50 **Mesa Redonda**
Experiencias en Nutrición clínica nefrológica
Coordinadora: *Lic. Nut. Mirta Díaz*
- 15.00 – 15.20 **Síndrome metabólico y progresión de la ERC**
Lic. Nut. Mario Pereira
- 15.20 – 15.40 **¿Se puede hablar de sarcopenia en hemodiálisis?**
Lic. Nut. Cristina Milano (Argentina)
- 15.40 – 16.00 **Preguntas**
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 16.30 – 17.05 **Mesa Redonda**
Metabolismo fosfo-cálcico
Coordinadora: *Lic. Nut. Cecilia Schettino*
- 16.30 - 16.50 **Alteraciones metabolismo fosfo-cálcico en insuficiencia renal**
Dra. Inés Olaizola
- 16.50 - 17.00 **Experiencia educativa. Taller de fósforo**
Lic. Nut. María Verdún Poggio
- 17.00 – 17.05 **Preguntas**

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 DE ABRIL

17.05 – 19.00 **Mesa Redonda**

Nuevas guías: proyección en la nutrición del paciente

Coordinadora: *Nut. Teresa Antoria*

17.05 – 17.35 **Guías de Hipertensión en Nefrología**

Dr. Oscar Noboa, Dra. Leonela Luzardo, Lic. Nut. Gabriela González

17.35 – 17.45 **Preguntas**

17.45 – 18.20 **Guías de Dislipemias**

Dr. José Santiago, Dra. Mariana Seija, Dra. María Antonia Grompone

18.20 – 18.30 **Preguntas**

18.30 – 18.55 **Guías en Diabetes**

*Dra. Jeniffer Silva, Dra. Daniela Méndez,
Dra. Patricia Furtenbach, Lic. Nut. Leticia Rojas*

18.55 – 19.00 **Preguntas**

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo – Uruguay



PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 25 DE ABRIL

SALA CONFERENCE

IX CONGRESO URUGUAYO DE NEFROLOGÍA

- 08.00 – 09.30 **Mesa**
La IRA fuera de la UCI y otras situaciones especiales
Presidente: *Dra. Rossana Astesiano*
Secretaria: *Dra. Beatriz Gelabert*
- 08.00 – 08.20 **IRA en las vasculitis**
Dr. Gustavo Greloni (Argentina)
- 08.20 – 08.40 **IRA en las glomerulopatías**
Dr. Francisco Santacruz (Paraguay)
- 08.40 – 09.00 **El riñón en las alturas**
Dr. Abdías Hurtado (Perú)
- 09.00 – 09.20 **Nefropatía mesoamericana**
Dr. Ricardo Correa-Rotter (México)
- 09.20 – 09.30 **Preguntas**
- 09.30 – 09.40 **Cierre Congreso Latinoamericano de IRA**
Dr. Raúl Lombardi
- 09.40 – 10.10 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 10.10 – 12.00 **Mesa**
Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido base
Presidente: *Dra. Liliana Gadola*
- 10.10 – 10.40 **Ingesta hídrica en la fisiología y fisiopatología renal**
Dr. Néstor Schor (Brasil)
- 10.40 – 11.10 **Acidosis láctica y tratamiento de sustitución renal**
Dr. Jorge Cerdá (USA)
- 11.10 – 12.00 **Casos Clínicos**
- 12.00 – 13.00 **Simposio Sanofi**
Control de fósforo y mortalidad CV en ERC (Etapas I – V, incluido diálisis)
Dra. Inés Olaizola
- 13.00 – 13.30 **Intervalo**
- 13.30 – 14.20 **Conferencia**
Microangiopatía trombótica
Dr. Manuel Praga (España)
Coordinadoras: *Dra. Gabriela Ottati, Dra. Jimena Cabrera*

PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 25 DE ABRIL

- 14.20 – 16.20 **Mesa**
Salud Renal
Presidente: *Dra. Laura Solá*
Secretaria: *Dra. Nancy De Souza*
- 14.20 – 14.40 **Costo efectividad del Screening de la ERC**
Dr. Harold Feldman (USA)
- 14.40 – 14.50 **Preguntas**
- 14.50 – 15.10 **Factores de riesgo no tradicionales de ERC**
Dr. Harold Feldman (USA)
- 15.10 – 15.20 **Preguntas**
- 15.20 – 15.40 **Impacto del cuidado nefrológico prediálisis en la sobrevida de los pacientes en diálisis**
Dra. Laura Solá
- 15.40 – 15.50 **Preguntas**
- 15.50 – 16.10 **Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Programa de Salud Renal de Uruguay**
Dr. Nelson Mazzuchi
- 16.10 – 16.20 **Preguntas**
- 16.20 – 16.50 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 16.50 – 18.50 **Miniconferencias**
Coordinadoras: *Dra. Laura Solá, Dra. Lucía Orihuela*
- 16.50 – 17.20 **Proteinuria. Mecanismos y daño renal**
Dr. Oscar Noboa
- 17.20 – 17.50 **Actualización en nefrolitiasis**
Dr. Néstor Schor (Brasil)
- 17.50 – 18.20 **Estudios de cohortes de ERC**
Dr. Harold Feldman (USA)
- 18.20 – 18.50 **Preguntas**

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo – Uruguay



PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 25 DE ABRIL

SALA PICASSO

- 09.00 – 10.00 **Conferencia**
Hemodiafiltración crónica
Dr. Guillermo Rosa - Diez (Argentina)
Coordinadora: *Dra. Patricia Larre Borges*
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 10.30 – 12.00 **Mesa de Residentes**
El riñón del adulto mayor
Presidente: *Dra. María Victoria Rabaza*
Secretaria: *Dra. Laura Ceretta*
- 10.30 – 10.45 **Riñón senescente: fisiología y fisiopatología**
Dra. Mariana Sottolano
- 10.45 – 11.00 **Ataque renal agudo en el adulto mayor en cuidados intensivos**
Dr. Sebastián Benencio
- 11.00 – 11.15 **IRT en el adulto mayor: características de nuestros adultos mayores en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis y diálisis peritoneal**
Dra. Angélica Priario
- 11.15 – 11.30 **El adulto mayor como donante potencial de órganos**
Dra. María Victoria Rabaza
- 11.30 – 11.45 **Trasplante renal en mayores de 65 años: evolución inicial y seguimiento**
Dra. María Fernanda Varela
- 11.45 – 12.00 **Preguntas**
- 14.30 – 15.30 **Conferencia**
Trasplante renal de donante vivo. Superando las barreras inmunológicas
Dr. Federico Oppenheimer (España)
Coordinadores: *Dra. Melania Kurdián, Dr. José Valiño*
- 15.30 – 17.00 **Presentación de Posters**
Comentadores: *Dra. Melania Kurdián, Dr. Marcelo Nin*
- N°23 PÉPTIDO NATRURÉTICO CEREBRAL (NT-ProBNP) PARA DETERMINAR VOLEMIA EN HEMODIÁLISIS**
Marton S, Ottati G, Larre Borges P, Boggia J, Luzardo L, Seija M, Lima M, Olascoaga A, Ríos K, Somariva L, Lozano I, Gadola L, Noboa O.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, UDELAR. Montevideo, Uruguay
- Comentadoras: *Dra. Carlota González, Dra. Laura Solá*
- N°4 LA HEMODIÁLISIS ASOCIA REDUCCIÓN DE LA RIGIDEZ AÓRTICA Y DE LA ACELERACIÓN ETIOLOGÍA-DEPENDIENTE DEL ENVEJECIMIENTO ARTERIAL**
Comparación a 5 años con población control, con y sin ateromatosis subclínica
Bia D, Galli C, Zócalo Y, Valtuille R, Armentano R, Cabrera-Fischer El.
CUiiDARTE-UdelaR, Uruguay. AIDUF-CONICET, UTN-BA, Argentina.

PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 25 DE ABRIL

Nº9 SOBREVIDA DE PACIENTES AÑOSOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Campistrús N, Zinno E, Fajardo L, Varela A, Iglesias S, Gomez T, Orihuela S.
Centros de Diálisis INU, Italiano, SARI y Uruguayana. Montevideo, Uruguay.

Nº13 ASOCIACION DE DEFICIT DE VITAMINA D (25VD) Y ANEMIA EN PACIENTES EN HEMODIALISIS CRONICA

Sola L, Leyun N, Diaz JC, Gonzalez S, Sehabiague C, Parodi K.
CASMU. Montevideo, Uruguay

Nº32 RIGIDEZ ARTERIAL Y PRESIÓN AÓRTICA CENTRAL INTRAHEMODIÁLISIS.

Luzardo L, da Rosa A, León L, Sarantes R, Peinado H, Larre Borges P, Noboa O, Boggia J.
Centro de Nefrología. Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital de Clínicas.

Comentadoras: *Dra. Hena Caorsi, Dra. Gabriela Ottati*

Nº20 HEMORRAGIA PULMONAR EN PACIENTE CON VASCULITIS ANCA ASOCIADA EN HEMODIALISIS

Sarantes R, León L, Peinado H, Acle S, Jaurena C, Baccino C, Ferrari A, Luzardo L, Santiago J, Larre Borges P.
Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, Montevideo

Nº22 AMILOIDOSIS RENAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Gelabert B, Fernández C, Ceretta L, Ríos P, Varela P, Rabaza V, Gelber C, Aunchayna M, Borelli G, De Giuda R, Gabús R, Conzani S, Larre Borges A

Nº35 HIPERTENSIÓN MALIGNA: COMPLICACIÓN GRAVE Y POCO CONOCIDA DE LA NEFROPATÍA IGA.

Cabrera J^{1,2}, Sevillano A¹, Gutiérrez E¹, Morales E¹, Mérida E¹, Hernández E¹, Praga M¹.

⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España.

⁽²⁾ Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay.

Nº38 VALOR DIAGNÓSTICO DE IGG4 GLOMERULAR EN LA NEFROPATÍA MEMBRANOSA.

Aunchayna MH¹, Gelabert B², Alba A¹, Campanella N¹, Ceretta L², Fernandez C², Rabaza V², Varela P², Ríos P².

¹ Servicio Anatomía Patológica. ² Servicio de Nefrología. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay.

Comentadores: *Dra. Asunción Alvarez, Dr. Alejandro Ferreira, Dra. Patricia Larre Borges, Dr. Diego Tobal*

Nº3 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y VARIABLES ASOCIADAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA

Acle S, Boggia J, Jaurena C, León L, Peinado H, Sarantes R., Tobal, Alvarez P, Ormaecha G. Grupo UMIC.
Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas - Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC).
Montevideo – Uruguay

Nº6 EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL DÍMERO DE APOCININA SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Hernández M, Trujillo JG, Rosales MC, Basurto J, Padilla I, Arellano MG.

Laboratorio de modelado molecular, laboratorio de biofísica y biocatálisis, laboratorio de bioquímica de la Sección de Estudios de Posgrado e Investigación de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Nº12 NEFROVOL: ESTIMACIÓN DEL VOLUMEN RENAL EN IMÁGENES ECOGRÁFICAS DE POLIQUISTOSIS

Arrúa E, Sitrin M, Tobal D, Grundel L, Urruty L, Noboa O, Simini F

Universidad de la República, Núcleo de Ingeniería Biomédica y Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas Montevideo Uruguay

PROGRAMA CIENTÍFICO

SÁBADO 26 DE ABRIL

SALA CONFERENCE

III JORNADAS RIOPLATENSES DE NEFROLOGÍA

- 08.00 – 10.00 **Mesa**
Trasplante renal
Coordinadores: *Dr. José Valiño, Dra. Melania Kurdián, Dra. María Cora Giordani (Argentina)*
- 08.00 - 08.10 **Introducción**
- 08.10 – 08.40 **Factores de riesgo vascular en el trasplante renal**
Dr. Marcelo Nin
- 08.40 – 09.10 **Agravio no inmunológico del injerto. ¿Cómo abordarlo?**
Dra. María Cora Giordani (Argentina)
- 09.10 – 09.40 **Rechazo crónico. ¿Tenemos herramientas para prevenirlo y tratarlo?**
Dr. Federico Oppenheimer (España)
- 09.40 – 10.00 **Preguntas**
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 10.30 – 12.30 **Mesa**
Hemodiálisis y diálisis peritoneal
Coordinadores: *Dra. Adriana Pastorino, Dra. Carlota González, Dr. Augusto Vallejo (Argentina), Dra. Claudia Viviana Martín (Argentina)*
- 10.30 – 11.00 **Control de la presión arterial en hemodiálisis crónica**
Dr. José Boggia
- 11.00 – 11.30 **Hemodiálisis en el paciente añoso**
Dr. Augusto Vallejo (Argentina)
- 11.30 – 12.00 **Calcificación vascular en diálisis peritoneal y factores de riesgo asociados**
Dr. Ricardo Correa – Rotter (México)
- 12.00 – 12.30 **Peritonitis esclerosante**
Dra. Claudia Viviana Martín (Argentina)
- 12.30 – 14.00 **Simposio Abbvie**
Impacto clínico de los trastornos del metabolismo mineral en el paciente en diálisis.
¿Por qué, cuándo y cómo tratar?
Dr. Guillermo Rosa - Diez (Argentina)
Lunch cortesía Abbvie
- 14.00 – 16.00 **Mesa**
Glomerulopatías
Coordinadoras: *Dra. Gabriela Ottati, Dra. Vanina Vázquez (Argentina), Dra. Jimena Cabrera*
- 14.00 – 15.30 **Casos Clínicos**
- 15.30 – 16.00 **Abordaje del paciente con proteinuria**
Dr. Manuel Praga (España)

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo – Uruguay



PROGRAMA CIENTÍFICO

SÁBADO 26 DE ABRIL

16.00 – 16.30 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**

16.30 – 18.30 **Mesa**

Nefropatías hereditarias

Coordinadores: *Dr. Diego Tobal, Dra. Margarita Halty, Dra. Marta Monteverde (Argentina)*

16.30 - 16.40 **Introducción**

16.40 – 17.00 **Síndrome nefrótico corticoresistente en pediatría**

Dra. Marta Monteverde

17.00 – 17.20 **Poliquistosis renal. Análisis de la enfermedad y datos nacionales**

Dr. Diego Tobal

17.20 – 17.40 **Nefrolitiasis en la infancia**

Dra. Margarita Halty

17.40 – 18.10 **Microhematurias de base genética**

Dr. Manuel Praga (España)

18.10 – 18.30 **Preguntas**

18.30 – 19.00 **Ceremonia de Clausura**

Presentación del trabajo premiado

Entrega de Premio SUN - AstraZeneca

PROGRAMA CIENTÍFICO

SÁBADO 26 DE ABRIL

SALA PICASSO

II CONGRESO DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA XVI JORNADAS DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA

- 08.00 – 08.15 **Apertura Congreso y Jornadas**
Presidente: *Lic. Mary Pérez*
- 08.15 – 08.45 **Conferencia**
Gestión en diálisis peritoneal en niños y adolescentes
Lic. Cristina Barrón (Argentina)
Coordinadora: *Lic. Mariela Vieira*
- 08.45 - 09.30 **Panel**
Estrategias de mejora continua en TR
Lic. Paola Lemaire
Coordinadora: *Lic. Fátima Mastandrea*
- 09.30 – 10.30 **Mesa Redonda**
Gestión de un programa de accesos vasculares
Coordinadora: *Lic. Miriam Tritten*
Participantes: *Dr. Federico Paz*
Lic. Patricia Acuña
Lic. Andrea Aldaya
- 10.30 – 11.00 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 11.00 – 11.30 **Presentación Oral**
Gestión e investigación en el área de higiene
Lic. María D'Thy
Coordinador: *Lic. Uber Amador*
- 11.30 – 12.30 **Temas Libres**
Coordinadora: *Lic. Mary Pérez*
- » Estrategias de educación al personal de enfermería: metabolismo fosfocálcico
Li. Patricia Echanagucia
 - » Cuidados del cuidador en diálisis peritoneal
Lic. Mariana Rovaina
 - » Bioimpedancia en pacientes en diálisis peritoneal
Lic. Natalia Morales
- 12.30 – 13.00 **Presentación Oral**
Evaluación y seguimiento de los centros de diálisis
Lic. Graciela Leiva
Coordinadora: *Lic. Lorena Somariva*

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo – Uruguay



PROGRAMA CIENTÍFICO

SÁBADO 26 DE ABRIL

- 13.00 – 14.00 **Intervalo**
- 14.00 – 14.30 **Conferencia**
Recursos humanos y conductas disruptivas
Lic. Susana Marcos
Coordinadora: *Lic. Fátima Mastandrea*
- 14.30 – 15.10 **Panel**
Cuidados paliativos en el Uruguay. Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel
Coordinadora: *Lic. Jacqueline González*
Participantes: *Dra. Gabriela Piriz*
Lic. Valeria Bianchi
- 15.10 – 16.00 **Conferencia**
Cuidados paliativos en diálisis. Un desafío ético
Dr. Carlos Zúñiga (Chile)
Coordinadora: *Lic. Isabel Catoni (Chile)*
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café: Cortesía Fresenius**
- 16.30 – 17.30 **Taller**
Cuidados paliativos
Dr. Carlos Zúñiga (Chile)
Lic. Isabel Catoni (Chile)
- 17.30 – 18.30 **Discusión grupal de situaciones clínicas**
Planteo de conclusiones
Coordinadora: *Lic. Isabel Catoni (Chile)*
- 18.30 - 19.00 **Cierre del Congreso y Jornadas**
Entrega de libros sorteados, evaluaciones y certificados

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel

Plaza Independencia 759
Montevideo – Uruguay
Tel: ++598 2 902 0111

SECRETARÍA

ATENEA EVENTOS SRL

Av. 8 de Octubre 2254 of. 405
Montevideo – Uruguay
Telefax: ++598 2 4005444
E-mail: nefrologia2014@atenea.com.uy
Pág. Web: www.atenea.com.uy

COSTO DE INSCRIPCIONES

Congreso – 24 al 26 de Abril de 2014

Precio en dólares americanos - El pago es solamente contado - efectivo

CATEGORÍA	COSTO
Médicos Socios (*)	210
Médicos No Socios	230
Residentes y Postgrados	140
Licenciados Enfermería, Licenciados Nutrición	140
Auxiliares de Enfermería	90
Estudiantes	90
Inscripción por día	70

(*) Socios de:

- » Sociedad Uruguaya de Nefrología
- » ANBA
- » Sociedad Uruguaya de Cardiología
- » Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva
- » Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
- » SLANH

Actividades Parciales

CATEGORÍA	COSTO
Congreso IRA - 24 de Abril	70
Congreso Uruguayo - 25 y 26 de Abril	130
Jornada Enfermería – Lic. - 26 de Abril	70
Jornada Enfermería – Aux. - 26 de Abril	50
Jornadas Nutrición - 24 de Abril – tarde	35

Actividad Social

Fiesta del Congreso del 26 de Abril en Hotel del Prado

CATEGORÍA	COSTO
Inscriptos al Congreso	20
Ticket acompañante	50

24 al 26 de Abril de 2014

Centro de Convenciones Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo – Uruguay



ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 08.00 hs. del día 24 de Abril. Se entregará bolso y programa oficial.

Los certificados de asistencia se entregarán el día 26 de Abril.

IDIOMA OFICIAL

El idioma oficial del evento es el Español. Solamente para los relatos de los invitados de habla inglesa habrá traducción simultánea del inglés al español y viceversa.

SALA DE PRUEBAS

Se deberán entregar los materiales en la Sala de Pruebas ubicada en Renoir Sector D (piso 4) con una anticipación de dos horas y retirarlos una vez terminada la actividad. La Secretaría Atenea Eventos srl, no se hace responsable por materiales olvidados tanto en sala de pruebas como en sala de sesiones.

TELÉFONOS CELULARES

Se ruega a los señores participantes, mantener sus teléfonos celulares apagados durante su permanencia en sala a fin de no interferir en el normal desarrollo de la actividad científica.

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Se llevará a cabo durante los días 24, 25 y 26 de Abril en el horario de 08.00 a 18.00. El acceso a dicha exposición es libre

10

10 AÑOS DEL REGISTRO URUGUAYO DE PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL (2004-2013): CAMBIO EN LA PREVALENCIA DE GÉRMESES

Gadola L, Pérez D, Gómez T, Bugstaller E, Canon A, Costa L, Ghelfi G, González C, Laborda R, Larre Borges P, Mastandrea F, Mautone M, Poggi C, Ramella V, Rébora A, Sans A, Saez L, Seija M, Orihuella N, Orihuella L, Forselledo M, Vieira M. por Grupo de Diálisis Peritoneal SUN, Uruguay.

Objetivo: Analizar la incidencia y evolución de peritonitis en diálisis peritoneal (DP), gérmenes causantes y su sensibilidad antibiótica (ATB).

Material y métodos: Se analizaron todos los episodios de peritonitis (según definición ISPD) en los 8 Centros de DP del Uruguay entre 1/1/2004 al 31/12/2013. Se registró tiempo de exposición en el período, episodios de peritonitis, gérmenes y sensibilidad ATB y evolución. El protocolo ATB empírico inicial recomendado es con vancomicina + amikacina, ajustado al identificar germen. Se define "Cura 1º" a la curación con protocolo empírico. Análisis estadístico: tests Chi² y Poison, significativo p < 0.05. El Registro de Infecciones en DP en Uruguay se realiza desde 2004 y fue aprobado por Comité de Ética.

Resultados: Se analizaron 2 períodos: 2004-08 y 2009-13. En el primer período se registraron 377 peritonitis (perit) en un tiempo de exposición de 9903 meses (incidencia 0.46 peritonitis/paciente (pac)-año) y en el segundo, 461 peritonitis en 11810 meses (incidencia 0.47 perit/pac-año (test Poison NS)). En el período 2009-13 se observa una mayor incidencia de Gram negativos (0.1 perit/pac-año) comparado con el período previo (0.09 perit/pac-año) y una menor incidencia de *St CoN* (Eстаfilococo coagulans negativo) y *St Aureus* (E Aureus) (0.2 vs 0.12 perit/pac-año) (Poison p<0.05) vinculado a la educación terapéutica realizada. En el período 2009-13 se observaron 14/54 *Staph Aureus* y 26/71 *St CoN* metilicilino resistentes. 98% de Gram negativos eran sensibles a amikacina y 28/162 (17%) gérmenes testados eran resistentes a ciprofloxacina. 32% (149/461) no cultivaron germen, similar a 2004-8 (Poison NS). Se observó Cura 1º en 118/183 (64%) de Gram+ y menos en Gram negativos: 28/99 (29%) (Chi² p<0.05). Se observó una "mala evolución" (retiro catéter y fallecimiento) en 35/99 (35%) peritonitis por Gram negativos, significativamente mayor que en los episodios por Gram positivos (25/183) (Chi² p < 0.005). En el período 2009-13 se retiraron 97 catéteres peritoneales (21%) y fallecieron 22 pac (4.7%). **Conclusiones:** Disminuyó significativamente la incidencia de peritonitis por *St Aureus* y *St CoN* pero persisten cepas metilicilino-resistentes y episodios sin germen identificado, por lo que se mantiene protocolo ATB inicial y se evaluarán las técnicas bacteriológicas.

34

Nefropatía IgA con alteraciones mínimas en Uruguay: una enfermedad benigna que puede progresar.

Cabrera J, Acosta N, Coria V, Auntchaina M, Panuncio A, Melessi S, Garau M, Otatti G, Rios P, Gelabert B, Campeas G, Verdague C, Schwedt E, Chá M, Dibello N, Santiago J, García F, Petraglia A, Varela F, García M, Cuaña P, Arregui R, Szpinak B, Brovia S, Antúnez M, Desiderio G, Vilardo L, Mizraji, Maino A, Ballardini S, Operati A, Borggini P, González C, González F, Noboa O, Gadola L, en nombre de los Nefrólogos que reportan al Programa de prevención y tratamiento de las glomerulopatías (PPTG).

Introducción: La Nefropatía IgA (NefIgA) puede presentarse con diferentes formas clínicas, histológicas y evoluciones posibles. Necesitamos identificar subgrupos para intentar establecer un pronóstico y tratamiento individualizado. **Objetivo:** conocer la evolución de los pacientes (ptes) con Nef IgA que se presentan y persisten con alteraciones urinarias mínimas (AUM): microhematuria (microHu) y proteinuria (PU) menor a 1 gr/lit.

Métodos: Análisis retrospectivo de los ptes con NefIgA y AUM ingresados al PPTG. Consideramos la presentación clínica referida por el nefrólogo. Los datos evolutivos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas, realizada por los médicos tratantes acorde a la normativa vigente y del cruzamiento con el RUD (Registro Uruguayo de diálisis).

Resultados: Entre 1985 y el 2009 ingresaron al PPTG 341 ptes con Nef IgA, 42 (12%) se presentaron y mantuvieron con AUM. La mayoría (60%) eran varones, con una mediana de edad de 33 años. El 76% presentaba microHu y el 4% macroHu. La mediana de seguimiento fue de 82 meses (r 9-248). Obtuvimos los datos histológicos de 29 (69%), la mayoría tenían formas histológicas benignas, 5 más del 20% de los glomérulos obsoletos (GO), 3 proliferación endocapilar (PE), el 40% tenían semilunas (SL), 6 en más del 10% de los glomérulos, y 1 en el 30%. El 7% presentaba daño túbulo intersticial (TI) moderado a severo. Al final del seguimiento, 36 (84%) estaban en seguimiento y 7 (16%) perdidos, aunque sabemos que no ingresaron a diálisis (RUD); la mediana de PAS y PAD fue 120/80 mmHg, 4 (11%) desarrollaron HTA. El FGe, la Cr f y la PU final fueron 88 ± 28,9 (r 37- 173) ml/min, 0,87±0,2 mg/dl (r 0,5-1,6) y 0,1±0,3 g/l respectivamente. Dispusimos de los datos del tratamiento (tto) en 36 ptes, 65% recibieron bloqueantes del eje RA, 13 (37%) Prednisona, 8 a dosis plena durante 3 a 72 meses y 3 ptes bolos de MP. En 7 (19%) se asoció Azatioprina entre 1 y 2 mg/kg día durante 6 a 24 meses. Al final del seguimiento; todos estaban vivos y ninguno evolucionó a la Insuficiencia renal extrema, 2 (5%) presentaban un FGe menor a 60 ml/min (58 y 37) con Cr final de 1,2 y 1,6 mg/dl, lo que significó un descenso del FG de 36% y 45% a los 79 y 130 meses. Estos 2 ptes no tenían elementos de severidad en la biopsia y al final del seguimiento, mantenían la microHu sin PU. Ambos recibieron bloq del eje RA sin tto inmunosupresor.

Conclusiones: en Uruguay, la Nef IgA con AUM es una enfermedad benigna aún en los ptes con formas histológicas severas. La posibilidad de deterioro de función a largo plazo justifica el seguimiento prolongado. Se necesitan estudios con un diseño adecuado que nos permitan definir en esta población, la indicación y oportunidad de la biopsia renal, los factores de riesgo de progresión y el beneficio del tto inmunosupresor.

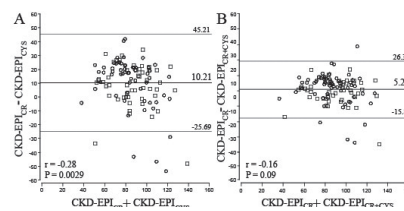
25

FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO POR CISTATINA C Y CREATININA EN 110 SUJETOS DE UNA COHORTE POBLACIONAL.

Lujambio J, Sottolano M, Luzardo L, Robaina S, Kruhl N, Carruso F, da Rosa A, Rios AC, Olascoaga A, Noboa O, Boggia J.

Objetivo: Comparar las estimaciones del filtrado glomerular (IFGe) a partir de creatinina, cistatina C y ambas la cohorte poblacional GEFA-HT-UY.

Métodos: Analizamos los datos de la cohorte GEFA-HT-UY a diciembre de 2013. Realizamos entrevista médica y solicitamos bioquímica sanguínea y urinaria. Es-timamos el FG según las ecuaciones descriptas para creatinina (CKD-EPI_{CR}), cista- tina C (CKD-EPI_{CYS}) y ambas (CKD-EPI_{CR+CYS}). Estudiamos la concordancia de las estimaciones por análisis de Bland&Altman. El estudio tiene aval del comité de ética. **Resultados:** Incluimos 110 sujetos que completaron el estudio a diciembre 2013. El rango de edad 19 a 81 años, 60 mujeres (54.5%), 48 hipertensos (43.6%), y 19 diabéticos (17.2%). La media (± SD) de cistatina C fue 0.99 (0.22) mg/L, creatinina 0.93 (0.22) mg /dl en hombres y 0.74 (0.16) mg/dl en mujeres (valor p <0.0001). El IFGe fue 91.0 (19.0), 80.8 (23.6) y 85.7 (20.6)ml/min/1.73m² para creatinina, cistatina y ecuación combinada respectivamente. La figura muestra la performance de las ecuaciones CKD-EPI_{CYS} y CKD-EPI_{CR+CYS} en relación a la utilizada en la práctica clínica basada en Creatinina CKD-EPI_{CR}.



Bland&Altman

A creatinina vs cistatina C
B creatinina vs ecuación combi-nada.

Conclusiones: En el rango de IFGe explorados, CKD-EPI_{CYS} resulta en estimaciones más bajas en el rango inferior y más altas en el rango superior en relación a CKD-EPI_{CR}. La ecuación combinada (CKD-EPI_{CR+CYS}) amortigua este efecto. Este resultado concuerda con lo descrito en otras poblaciones donde la ecuación CKD-EPI_{CYS} muestra ventajas potenciales sobre CKD-EPI_{CR} en los extremos de rango de filtrado. La ecuación CKD-EPI_{CR+CYS} combina las bondades de ambas amortiguando las diferencias.

36

Trasplante Renal en mayores de 75 años: un riñón para cada edad.

Cabrera J^{1,2}, González E¹, Molina M¹, Rodríguez Mori J¹, Polanco N¹, Morales E, Gutiérrez E¹, Praga M¹, Andrés A¹

1)Servicio de Nefrología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España.

2) Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

Objetivos: Analizar los resultados de los pacientes (ptes) mayores de 75 años que reciben un trasplante renal (TR) de un donante extremadamente añoso. **Métodos:** Análisis retrospectivo de 106 ptes ≥75 años (G ≥ 75), que recibieron un TR en el Hospital 12 de Octubre de Madrid entre el 2002 y el 2012. En la adjudicación del riñón se equipara la edad del receptor a la del donante. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas. Los resultados se compararon con los de un grupo de 212 TR ideales (donante y receptor menor de 55 años, primer TR, no hiperinmunizados con muerte encefálica) realizados en el mismo período (G≤55). **Resultados:** En la tabla se describen las características de ambos grupos

Variable	G ≥ 75 (n 106)	G ≤ 55 (n 212)	Valor de p
Edad del receptor (x̄)	77.6 ± 2.4	41.7 ± 9.3	p=0.00
Diabetes (%)	32.1 %	10.4 %	p=0.00
Número de Incompatibilidades HLA (x̄)	4.2±4.1	3.7±1.2	p=0.00
Isquemia fría en horas (Med)	23 (6-34)	20 (5-36)	p=0.00
Edad del donante (x̄)	75.6±5.4	38.3±11	p=0.00
Cr pl del donante mg/dl (x̄)	0.77±0.19	0.8±0.26	Ns
Insuficiencia renal de inicio (%)	47.2 %	43.9 %	Ns
No función primaria (%)	12.3 %	3.3 %	p=0.00
Rechazo agudo histológico al año (%)	18.4 %	13.2 %	Ns
Seguimiento en meses	33±30	75±36	p=0.00

La sobrevida (SV) a 5 años del pte y del injerto por Kaplan Meier fue de 70% y 75% respectivamente en el G ≥ 75 y 100% y 90% en el G ≤ 55 (p=0.00). En el G ≥ 75, al final del seguimiento, el 72,4% de los ptes estaba vivo, 13,3% en diálisis y el 80% de los injertos era funcionante, con una mediana de FG de 44 ml/min (r 13-98) y una Cr pl de 1.6 ± 0.7mg / dl. Las principales causas de muerte fueron las infecciones (54%), y la enf cardiovascular (31%). **Conclusiones:** Los resultados del TR en ptes añosos seleccionados son altamente satisfactorios. Equiparar la edad de los donantes y receptores permite trasplantar esta población sin competir con los jóvenes en lista de espera. La alta mortalidad es atribuible a la baja expectativa de vida en esta población y a la elevada incidencia de complicaciones infecciosas y cardiovasculares. Aún así, la sobrevida es mejor que la reportada para la población similar en diálisis.

1 IRA POST RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA

Priore S, Vazquez V.

Centro Nefrológico de La Costa, San Clemente del Tuyú, Bs. As., Argentina.

Después de los 50 años el 50% de los hombres tienen HPB y después de los 80 asciende a un 90%. La prevalencia es lineal con la edad y a pesar de numerosos tratamientos médicos, la cirugía sigue siendo una opción terapéutica y la viatransuretral es la más recomendada. La absorción de líquidos hipotónicos utilizados en la irrigación vesical durante el procedimiento pueden ocasionar alteraciones hemodinámicas y del SNC, que conforman el Sme RTU (10-15%) durante la intervención o postoperatorio inmediato.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 76 años, a quien se le efectúa RTU y extracción de 2 litos vesicales con alta a las 36 hs. Evolucionó con oliguria, edemas en MI, hiporexia y consulta al equipo de cirugía quien aumenta dosis de antihipertensivo y le indican diuréticos. A los 4 días es recibido en el hospital, pálido, en anuria, con edemas generalizados, hipertensión (190/100), enrespiración acidótica y un cuadro confusional con disartria, sin globo vesical. Queda internado en UTI.

Laboratorio ingreso: urea: 300, creat.: 16,2, gluc.: 175, Hto: 31%, Pla.: 154.000 TGO: 72, LDH: 658, CK: 184, K: 6,22, Na: 118, PH: 7,19 HCO₃: 10, PCO₂: 27, Sat de O₂: 96%. Ecografía renal y vesical normales.

Antecedentes Personales: DBT2, Gota, Litiasis renal, HTA, prostatismo.

Estudios de 4 meses antes muestran: urea: 29, creat.: 0,9, gluc.: 169, hto: 45,7% uroc.-, Ecografía: riñones normales, vejiga de paredes lisas, con impronta prostática en el piso y presencia de 2 litos < 20 mm en su interior. Próstata heterogénea de 37x49x47. Esteatosis hepática.

Se decide colocar catéter yugular derecho y comenzar con hemodiálisis. Recibe 13 sesiones, con recuperación parcial de FR. A los 2 meses se encuentra normotenso con incontinencia urinaria permanente y el siguiente laboratorio: Hto: 29,4%, Hb: 9,7, urea: 69, creat.: 1,82, Ac, U.: 7,5 Na: 134, K: 4,3 Ca: 8,15, P: 5,5.

Comentario: IRA post RTUP fue reportada desde 1940 de patogenia controversial y multifactorial. Asociación litos vesical y HPB es común debido al pobre vaciamiento y estasis, sumado a infección urinaria. Probablemente en este paciente la absorción de grandes volúmenes instalados en vejiga causaron hiponatremia, por sobrecarga hídrica con severos trastornos hemodinámicos y metabólicos, no descartándose hemólisis. Se deben emplear soluciones isotónicas y de ser posible usar la Fotoselectiva vaporización de próstata con terapia de coagulación láser.

3 Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica y variables asociadas en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Sistólica

Acle S, Boggia J, Jaurena C, León L, Peinado H, Sarantes R, Tobal, Alvarez P, Ormaechea G. Grupo UMIC.

Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas - Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC). Montevideo - Uruguay

Metodología: Estudio observacional y transversal de pacientes ambulatorios atendidos en una UMIC. **Objetivos:** 1. Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes no hospitalizados portadores de IC sistólica. 2. Establecer el estadio de ERC y su relación con la clase funcional (CF) de la IC, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), la presencia o no de anemia y el tipo de cardiopatía (isquémica vs no isquémica). Revisión de 419 registros (corte activa). N = 311 (74%). Aprobado por el comité de ética. Criterios de inclusión: pacientes con IC sistólica, en condición estable, en ausencia de fracaso renal agudo. Se definió como IC sistólica: FEVI < 40%. La función renal se evaluó mediante la estimación del filtrado glomerular (FG), por la ecuación del CKD-EPI. ERC: presencia durante un período \geq a 3 meses de un FG < 60 ml/min. Anemia: hemoglobina < 13 g/dl en hombres y < 12 g/dl en mujeres. **Análisis estadístico:** mediante Software Epi Info. Para la comparación de grupos de las variables continuas se utilizó la prueba de ANOVA y para los grupos de datos categóricos la prueba de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. Se consideraron estadísticamente significativos valores de $p < 0.05$.

Resultados y discusión: Los 311 pacientes tenían una edad media de 63.1 años con predominio del sexo masculino (69.1%). El 36% de los pacientes tenían ERC moderada, severa o en falla renal. Solo un 18% de la población presentó una función renal normal. Ocho pacientes se encontraban en tratamiento sustitutivo renal. La edad media fue mayor en la población con ERC (67.8 años) que en el grupo sin ERC (60.5 años) ($p=0.006$). Un 27.7% del grupo con ERC se encontraba en CF III-IV en relación con un 9.5% de los pacientes con función renal normal ($p<0.001$). De los pacientes con ERC, el 41.1% presentaron anemia, en comparación con un 18.1% del grupo con FG > 60 ml/min ($p<0.001$). Se observó un fuerte aumento de la anemia por debajo de 35 ml/min de FG. ($p < 0.001$). Los pacientes con ERC presentaron menor FEVI que el grupo sin ERC ($p=0.02$). La prevalencia de asociación entre ERC, IC y anemia fue de 13.2%, vinculándose con una CF más avanzada ($p < 0.001$) y una menor FEVI ($p=0.01$). **Conclusiones:** La prevalencia de la ERC en la IC fue similar a otros estudios y mayor que en la población general. Se objetivó una asociación estadísticamente significativa entre ERC y las siguientes variables: edad más avanzada, mayor CF, anemia y menor FEVI. Dada la elevada prevalencia de la ERC en la IC, y su reconocido papel como factor de mal pronóstico, es fundamental realizar una búsqueda y diagnóstico precoz en la práctica médica diaria.

2 EFECTOS DEL ABT-719 EN EL DESENLAJE CLÍNICO DE INJURIA RENAL AGUDA DURANTE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CARDÍACOS.Nielsen S,¹ Beckert M,² Houser M,³ Khan S.³¹Aarhus University, Aarhus, DK; ²CaRACs, Berlin, Germany; ³AbbVie, North Chicago, USA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los pacientes sometidos a cirugía cardíaca con bypass cardiopulmonar (BPC) tienen riesgo aumentado para desarrollar injuria renal aguda (IRA) inducida por isquemia por reperfusión (IR). ABT-719 (previamente AP-214) es un novel agonista del receptor de melanocortina, desarrollado para prevención de IRA inducida por IR. Reportamos aquí la proporción de pacientes que desarrolló el desenlace combinado de muerte, necesidad de terapia de reemplazo renal, o reducción de 25% en función renal a 90 días del procedimiento quirúrgico.

METODOLOGÍA: estudio doble-ciego, pacientes sometidos a cirugía cardíaca con BPC aleatorizados a placebo (PBO; n = 26), ABT-719 a 600 mcg/kg (n = 25), o 800 mcg/kg (n = 26), dividido en 3 infusiones en bolo a intervalos fijos. Los pacientes fueron seguidos 90 días para el desenlace combinado. Del total, 38 pacientes tuvieron medición de TFG usando 51 CrEDTA, basal y en el día 90.

ASPECTOS ÉTICOS: El protocolo de estudio, enmiendas y consentimiento informado fueron revisados y aprobados por un Comité de Revisión Institucional en Investigación y por un Comité de Ética Independiente. Este estudio fue conducido de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: características basales: edad media, 71 a; hombres, 64%; enfermedad renal pre-existente, 53%; eTFG media 60.8 ml/min/1.73m² y mTFG, 64.8 ml/ml/ASC. Duración media del bypass: 2.3 hrs. La mayoría de los pacientes (53%) tuvieron cirugía combinada CABG y valvular. En el brazo PBO, el grupo con combinación de cirugía CABG y valvular tuvo mayor incidencia del desenlace combinado. El tratamiento con 600mg/kg y 800 mg/kg de ABT-719 resultó en una incidencia estadísticamente más baja del desenlace combinado, comparado con PBO, para cirugía combinada CABG y valvular.

CONCLUSIONES: La incidencia del desenlace combinado fue mayor en el grupo PBO para cirugía combinada CABG y valvular. Sin embargo, el número de pacientes fue muy limitado en cada tipo de cirugía para obtener alguna conclusión definitiva. Estudios adicionales se encuentran en desarrollo para evaluar al ABT-719 con dosis adicionales en pacientes con IRA inducida por IR.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS: AbbVie contribuyó al análisis e interpretación de los datos, escritura, revisión y aprobación de este resumen. El Dr. Nielsen es empleado Universitario y no posee acciones de AbbVie. El Dr. Beckert es dueño de Consultoría CaRACs y no posee acciones de AbbVie. Los Dres. Houser y Khan son empleados de AbbVie y pueden poseer acciones de AbbVie. El apoyo a la escritura médica fue proporcionado por Geeta Thakker de AbbVie.

4 LA HEMODIÁLISIS ASOCIADA REDUCCIÓN DE LA RIGIDEZ AÓRTICA Y DE LA ACELERACIÓN ETIOLÓGICA-DEPENDIENTE DEL ENVEJECIMIENTO ARTERIAL Comparación a 5 años con población control, con y sin aterosclerosis subclínica

Bia D, Galli C, Zócalo Y, Valtuille R, Armentano R, Cabrera-Fischer El. CUIIDARTE-UdelaR, Uruguay. AIDUF-CONICET, UTN-BA, Argentina.

La enfermedad renal crónica (ERC) se presenta con aumento de la rigidez aórtica (RA) y envejecimiento arterial acelerado (prematuro). La reducción de la RA podría asociarse con mejora pronóstica y reducción de riesgo cardiovascular. Los efectos de la hemodiálisis (HD) sobre la RA se han reportado para períodos cortos, y son aún controversiales. **Objetivos:** 1) caracterizar los niveles de RA y la relación edad-RA en pacientes hemodializados (PH), y compararlos con los niveles de poblaciones asintomáticas con y sin aterosclerosis subclínica, y 2) evaluar la evolución de esas variables tras 5 años de HD. **Metodología:** se determinó la RA, mediante la velocidad de la onda del pulso carótido-femoral (VOP) en 450 sujetos asintomáticos (grupo control, GC), evaluados ecográficamente para detectar aterosclerosis sub-clínica, y en 151 PH. Las causas de ERC fueron: nefropatía diabética (ND, n=35), desconocida (n=33), nefroangiosclerosis (n=25), glomerulonefritis (n=23), poliquistosis (n=16), nefritis de tubo intersticial (n=5), síndrome urémico hemolítico (n=3), amiloidosis (n=1), otras (n=10). De los PH, 25 fueron evaluados nuevamente luego de 5 años de HD. Se determinaron los niveles de VOP y las tasas de cambio con la edad para el GC y PH, y sub-poblaciones de estos grupos. Todos los sujetos firmaron consentimiento informado. **Resultados:** 1) Comparados con sujetos del GC con similar edad, presión arterial y sexo, los PH presentaron mayor VOP (11.8±3.6 vs. 9.2±2.1 m/s; $p<0.01$) y tasa de aumento de VOP con la edad (0.13 vs. 0.08 m/s/año; $p<0.01$). 2) En PH las tasas de aumento de VOP con la edad mostraron variaciones significativas etiología-dependientes, destacándose: nefropatía diabética (0.21 m/s/año), poliquistosis (0.20 m/s/año) y nefroangiosclerosis (0.13 m/s/año) ($p<0.01$). 3) Luego de 5 años de HD se evidenció caída de VOP (13.4±3.1 vs. 9.9±3.1 m/s, $p<0.01$) y de la tasa de aumento de VOP (0.14 vs. 0.10 m/s/año, $p<0.01$); sin igualar los niveles del GC mencionado, y especialmente de sujetos del GC sin aterosclerosis (7.21±1.57 m/s, $p<0.01$; 0.055 m/s/año, $p<0.01$). **Conclusión:** En la población analizada de PH, la HD se asoció a reducción de la RA y de la aceleración etiología-dependiente del envejecimiento arterial presente en la ERC.

5 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE BASILIXIMAB EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO.

D Machado, B Bardaji, L Guirado.

Hospital Fundación Puigvert, Barcelona, España.

METODOLOGÍA: Trabajo descriptivo y retrospectivo, en un único centro (Hospital Fundación Puigvert, Barcelona) desde enero 2005 a diciembre 2013; el cual incluyó 249 trasplantes renales de donante vivo los que se distribuyeron en 2 poblaciones: una que recibió inducción con Basiliximab (pacientes con 3 o más incompatibilidades HLA entre donante y receptor) y otra que no recibió debido a que tenía menos de 3 incompatibilidades. El resto del tratamiento inmunosupresor fue igual para las dos poblaciones (Tacrolímus + Ácido Micofenólico + Prednisona). El objetivo principal fue valorar si hay menor cantidad de RA (rechazo agudo) en estos paciente y además valorar tanto la seguridad y supervivencia del paciente, como la función y supervivencia del injerto a largo plazo. Para el proceso estadístico se utilizó el paquete SPSS-15.

Aspectos éticos: Los pacientes recibieron tratamiento según el riesgo clínico de rechazo agudo y se aplicó el protocolo de la Unidad de Trasplante Renal del centro. No hubo randomización de los mismos.

DISCUSIÓN: finalizado el período de seguimiento, se demostró una clara diferencia en el porcentaje de rechazo agudo a favor del grupo protegido con Basiliximab (10% de RA) respecto al grupo sin Basiliximab (19.3% de RA) $p = 0.0365$. Otros datos que refrendaron la protección de Basiliximab en un grupo de mayor riesgo inmunológico (3 o más incompatibilidades) fueron el menor número de episodios de rechazo agudo por paciente (16,8% vs 9,2% para el primer episodio y 2,5% vs 0,8% para el segundo) y en el porcentaje de corticorresistencia también menor (30,8% vs 7,1%). En cuanto a la supervivencia del injerto y la función renal a largo plazo, entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas, aunque sí existió una tendencia a una mejor función renal en el grupo que recibió Basiliximab luego de los 5 años de seguimiento. Si comparamos los parámetros de seguridad (neoplasias, infecciones oportunistas) y los de supervivencia de paciente, tampoco hubo diferencia significativa.

CONCLUSIONES: el uso de Basiliximab como inducción confiere una clara protección inmunológica frente al rechazo agudo, a pesar de que los pacientes que lo recibieron presentaban un mayor riesgo inmunológico. Se pudo demostrar que el rechazo agudo es significativamente menor en estos pacientes (10.0% vs 19,3%), con una clara significancia estadística ($p = 0.0365$).

A su vez, estos presentaron menor cantidad de rechazo agudo corticorresistente y con tendencia a una mejor función renal a largo plazo. Todo ello sin comprometer la seguridad de los pacientes en cuanto a infecciones oportunistas y neoplasias

7 EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

González C, Gadola L, Dapuerto J, Pérez D, Orihuela N, Gómez T, Canon A, Sans A, Orihuela L, Seijas M, Larre Borges P, Galain A I.

Grupo de Diálisis Peritoneal - Sociedad Uruguaya de Nefrología. Uruguay.

Objetivos: Evaluar estado funcional y calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con Enfermedad renal Crónica (ERCE) en DP. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de una muestra de 59 pacientes (42% de los pertenecientes a 5 centros de Montevideo). Se evaluó: Escala visual analógica de dolor (EVA), Performance Status de la OMS (PS), Kidney Disease Quality of Life Questionnaire de 36 ítems (KDQOL-36), Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se utilizaron métodos de estadística descriptiva y de asociación entre variables (χ^2) y test de correlación no paramétrico (coeficiente de Spearman). **Aspectos éticos:** El estudio fue autorizado por los comités de ética de las instituciones participantes. **Resultados y discusión:** Sexo masculino: 48%, edad promedio: 55 años (DS: 17); 68% casados o en unión estable, 74% con nivel de instrucción media o superior, 19% tenían ocupación estable, 66% eran jubilados. El estudio de confiabilidad mostró coeficientes alfa de Cronbach muy buenos a excelentes (0,75 – 0,95) para las Escalas del KDQOL-36, y para la ESE. Síntomas prevalentes: dolores musculares, sequedad en la piel, agotado/sin fuerzas, calambres, picazón, náuseas o molestias en el estómago, entumecimiento de manos o pies (rango 78% - 38%). Los menores puntajes se registraron en la subescala Carga (media: 53 puntos). La mediana del resumen del componente físico (PCS) fue 39 puntos (DE=10) y del componente mental (MCS) fue 51 puntos (DE=12). Prevalencia de ansiedad: 29% y de depresión: 25%. Dicotomizando los puntajes de PCS y MCS con punto de corte de <2 DE, sólo se observó asociación estadísticamente significativa entre Kt/V y PCS ($\chi^2 p = 0,017$) No se asociaron PCS y MCS en relación a sexo, diabetes, albúmina, diuresis, FEV1, fosforemia, hemogloblinemia, PAD, PAS, PTH, azoemia, ESE. El estudio de correlaciones mostró asociación significativa entre los puntajes en el EVA de dolor, el PS y el PCS. **Conclusiones:** Se observaron buenos niveles de confiabilidad de los instrumentos utilizados y alta prevalencia de síntomas. Muchos pacientes presentaron ansiedad o depresión leve o moderada. La dimensión más afectada del KDQOL-36 fue la Carga de la enfermedad renal. Se asoció mayor Kt/V con mejor calidad de vida medida por PCS, mayor dolor, peor capacidad funcional y peor calidad de vida en la dimensión física.

6 “Evaluación del efecto del dímero de apocinina sobre la Enfermedad Renal Crónica.”

Autores: Hernández M, Trujillo JG, Rosales MC, Basurto J, Padilla I, Arellano MG.

Laboratorio de modelado molecular, laboratorio de biofísica y biocatálisis, laboratorio de bioquímica de la Sección de Estudios de Posgrado e Investigación de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Plan de San Luis y Díaz Mirón s/n, Col. Casco de Santo Tomas, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11340, México, D.F.

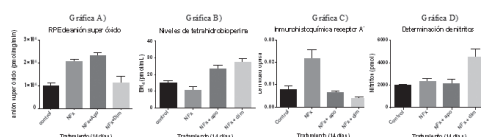
INTRODUCCIÓN: NADPH oxidasa es un complejo multienzimático que se encuentra en la membrana plasmática y en el citoplasma, su función es generar especies reactivas de oxígeno (ERO), especialmente anión superóxido (O_2^-) que al combinarse con el óxido nítrico (ON) forma peroxinitrito (ONOO-) que oxida a la tetrahidrobiopterina (BH4) y desacopla a la síntesis de óxido nítrico endotelial (eNOS) lo que disminuye la biodisponibilidad del ON, hecho ligado a la progresión de daño renal durante la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Debido a esto, se ha propuesto inhibir a NADPH oxidasa para aumentar la biodisponibilidad de ON. Uno de los principales mecanismos es evitar el ensamblaje entre sus subunidades p47phox (citósolica) y p22phox (de membrana). En este sentido, estudios de docking han mostrado que el dímero de apocinina (DAP) puede interactuar entre estas dos subunidades.¹

METODOLOGÍA: Para la nefrectomía 5/6 se emplearon ratones macho C57 de 25-30 g, contando con el aval del comité de ética de IPN. Se aleatorizaron en 4 grupos (N=6). Ratones Control (falsos operados), Ratones Nefrectomizados (NfX), Ratones Nefrectomizados con Dap (NfX+Dim) y Ratones nefrectomizados con apocinina (NfX+apocinina) (10 mg/kg de peso en cantidades equimolares). Se midió la presión arterial por catulación de la aorta y se analizaron los niveles de Urea (U) y creatinina (Cr) en suero (Tabla 1). Se hizo la determinación de proteínas por medio del método de Bradford. Para evaluar el papel del estrés oxidativo durante la ERC, se evaluó la producción de O_2^- mediante Resonancia Paramagnética Electrónica (RPE) en tejido renal (Gráfica A), para estudiar la interacción ON - O_2^- se analizaron los niveles de BH4 en suero por medio de HPLC con fluorescencia (Gráfica B), para evaluar el papel del Sistema Renina Angiotensina (SRA), se determinó la expresión del receptor AT1 de angiotensina en tejido renal por medio de inmunohistoquímica (Gráfica C) y se realizó la determinación de nitritos en tejido renal por medio de espectrofotometría con reactivo de Griess (Gráfica D). * $p < 0.05$ vs Nfx, $p < 0.05$ vs control.

RESULTADOS:

Parámetros	Control	NfX	NfX+Dim	NfX+Apo
Presión arterial (mmHg)	90+/-0.05	120+/-0.03	100+/-0.03	115+/-0.05
U (mg/dL)	32.5	42.5	38.3	40
Cr (mg/dL)	0.6	0.55	0.6	0.63

Tabla 1. Parámetros de función renal en el modelo de nefrectomía 5/6



CONCLUSIONES: En el modelo de NfX 5/6 se observó un incremento en la producción de O_2^- , en comparación con el grupo control. En este modelo, se sugiere un efecto renoprotector del DAP este mecanismo de protección permite revertir la producción de O_2^- , lo que se vincula al hecho de que el DAP previene la oxidación del cofactor tetrahidrobiopterina y otorga mayor biodisponibilidad del ON; regula a la baja la expresión del receptor AT1 y disminuye la presión arterial en comparación con el grupo nefrectomizado, así mismo reduce la excreción de proteínas en mayor magnitud que apocinina en comparación con el grupo sin tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA: Mauricio Mora-pale and others, "NIH Public Access," 17 (2010), 5146–5152 <doi:10.1016/j.bmc.2009.05.061>. Inhibition.

8 ENCUESTA SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA EN DAÑO RENAL AGUDO EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS EN MÉXICO.

Vázquez-Rangel A, Poblano M, Reyes MA, Carrillo JA, Vidal E, para el Grupo de Colaboración AKIMEX.

Objetivo: No existe información suficiente sobre la epidemiología y manejo del Daño Renal Agudo (DRA) en países en vías de desarrollo. Una encuesta representa el punto inicial para detectar áreas de oportunidad y planear pasos futuros. **Métodos:** Fue creada una encuesta disponible en línea de noviembre 2012 a noviembre 2013 evaluando 32 aspectos con respecto a DRA y Terapia de Soporte Renal (TSR) en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), invitando a centros académicos de Nefrología o UCI en México. Comité de ética no requerido.

Resultados: Catorce centros académicos de Nefrología y 16 de UCI (87.5% y 47.0% del total en el país) contestaron. Cada centro cuenta con 200-399 camas hospitalarias, 10-19 camas en UCI, 40-59% de pacientes quirúrgicos, 5-9 casos de DRA y 3-5 requiriendo TSR por mes. Las patologías de base más comunes son sepsis y enfermedad cardiovascular. En 4 (13.3%) centros se emplean nuevos biomarcadores. Los criterios más comunes para inicio de TSR son creatinina sérica y sobrecarga hídrica, y 26 (86.7%) usan los criterios RIFLE/AKIN para ello. Todos los centros tienen disponible hemodiálisis intermitente (IHD), 10 (33.3%) tienen hemodiálisis extendida (SLED), 18 (60.0%) tienen soporte continuo (CRRT) y 19 (63.3%) tienen diálisis peritoneal (PD); mientras que el uso reportado fue de 68.6%, 7.1%, 18.0% and 6.3% respectivamente. El 73.3% elegiría CRRT si no tuvieran limitaciones. Las complicaciones más comunes son inestabilidad hemodinámica para IHD y SLED, coagulación del filtro para CRRT, y aclaramiento insuficiente para PD. Las razones para elegir CRRT son alto aclaramiento, ultrafiltración eficiente, protección multi-orgánica, recuperación renal, menos complicaciones y estabilidad hemodinámica; para elegir IHD son disponibilidad de equipo y mayor experiencia; y para PD es evitar anticoagulación. La técnica de mayor evidencia a favor es SLED según Nefrología y CRRT según la UCI. La UCI considera que en el 20-39% de los casos de DRA Nefrología es consultada, mientras que los últimos piensan que ocurre en el 60-79%.

Conclusiones: Una alta frecuencia de DRA es esperada en estudios futuros. Existe una tendencia para basar decisiones sobre tratamiento en los criterios RIFLE/AKIN. A pesar de mayores beneficios reportados para CRRT, su uso es limitado por menor experiencia y disponibilidad. La estandarización e integración entre Nefrología y UCI es necesaria.

9 SOBREVIDA DE PACIENTES AÑOSOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Campistrús N, Zinno E, Fajardo L, Varela A, Iglesias S, Gomez T, Orihuela S.
Centros de Diálisis INU, Italiano, SARI y Uruguayana. Montevideo, Uruguay.

Introducción: En Uruguay no se establece una edad límite para ingresar a diálisis crónica. Al decidir ingresar un paciente, lo que prevalece es el criterio clínico siendo la edad una variable más a considerar junto a otras co-morbilidades. Por otra parte, el Registro Uruguayo de Diálisis ha mostrado mayor aumento de la incidencia en diálisis del grupo de pacientes con más edad.

Objetivo: Investigar la supervivencia de pacientes ancianos en hemodiálisis crónica (HDC), así considerados aquellos con ≥ 70 años de edad al comenzar la diálisis.

Pacientes y Métodos: Es un estudio observacional retrospectivo, que incluye los pacientes (pac) de ese grupo etario ingresados a HDC entre el 1/1/2005 y el 31/12/2011 en 4 Centros de Montevideo. La fecha de egreso fue la del fallecimiento o suspensión de plan, cambio de Centro o de técnica (DPCA o TR), o el final del estudio: 31/1/2014. Cumplieron esos requisitos 131 pac (44 mujeres), con edad promedio al ingreso de 77 años \pm 4,7. Las nefropatías más frecuentes fueron la vascular y la diabética (46 y 18%) aunque 30% eran portadores de diabetes.

La supervivencia (SV) se analizó con el Método de Kaplan-Meier y la prueba Log Rank al comparar curvas. Se estudió el impacto de la edad, sexo, nefropatía y presencia de diabetes sobre la SV del paciente. Se utilizó el SPSS 17.0, aplicándose Test T para variables cuantitativas, expresadas por promedio y desvío tipo, y Chi 2 para las cualitativas. Se consideró significativa $p < 0.05$.

Aspectos éticos: El estudio respeta el anonimato de los pacientes y cuenta con autorización de la Dirección Técnica de cada Centro participante.

Resultados y Discusión: La duración del período de diálisis de esta población fue 34 meses \pm 16. Fallecieron 79 pac, se suspendió tratamiento en 23 y 18 llegaron vivos al fin del estudio. La Mediana de SV es de 32 meses (IC 95%: 27-37). No hay cambios significativos de la SV según sexo, tipo de nefropatía ni por ser portador de diabetes. Sí es afectada por la edad: pac que ingresan en la 8ª década de vida, $n = 93$, tienen Mediana de SV estimada = 34 m (IC 95%: 30-38) y para los que ingresan con ≥ 80 años la Mediana de SV = 22 m (IC 95%: 13-31), $p = 0,015$. Mayor mortalidad al avanzar la edad no sorprende, pero estos datos confirman que la HDC en pac añoso está justificada. La no incidencia de la diabetes en la SV de este grupo etario ha sido ya observada en otros estudios.

Conclusión: La SV en HDC del paciente añoso no resulta despreciable y justifica el ingreso a HDC. No obstante, al estimar pronóstico debe considerarse: comorbilidad cardiovascular, estado funcional y nutricional, calidad de vida, apoyos, etc.

12 NEFROVOL: Estimación del volumen renal en imágenes ecográficas de poliquistosis

Arrúa E, Sitrin M, Tobal D, Grundel L, Urruty L, Noboa O, Simini F

Universidad de la República, Núcleo de Ingeniería Biomédica y Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas Montevideo Uruguay

Introducción El conocimiento del tamaño renal brinda información fundamental para el diagnóstico y estudio evolutivo de las patologías renales. Se determina habitualmente con la medida de los ejes renales por ultrasonidos, que es una técnica no invasiva, sin efectos secundarios, puede ser repetida según las necesidades y no requiere preparación. En el caso de la Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (PQRAD) la determinación del volumen mediante los tres semiejes es imprecisa y se debe recurrir a procedimientos de imagenología costosos o contraindicados por su toxicidad. Sin embargo el volumen renal y sus variaciones constituyen un factor pronóstico de la progresión de PQRAD. **Objetivo** Proyecto, construcción y prueba de NEFROVOL, una herramienta de análisis de imágenes ultrasonográficas para estimar el volumen renal, generar una imagen 3D y obtener informes para la historia clínica electrónica de pacientes con poliquistosis renal. **Metodología** Se ensayó el registro y medida renal con modelos de riñón de plastilina sumergidos en agua; luego se realizaron estudios de ultrasonido en tres pacientes analizados con NEFROVOL que incluye una plantilla de ubicación del transductor de ultrasonido y de un procedimiento implementado en un programa de computadora ("software") que procesa imágenes DICOM obtenidas por el equipo de ultrasonido. Las imágenes representan cortes paralelos y equidistantes del riñón. El operador determina el contorno del riñón en cada corte para generar un modelo 3D del riñón y calcular su volumen. **Resultados** Se midió el volumen renal derecho de tres pacientes, 1 con PQRAD con la técnica de medida utilizando la fórmula de elipse modificada y NEFROVOL. La diferencia encontrada fue menor al 5%.

Conclusiones Con el uso de NEFROVOL, que aún debe ser validado en PQRAD, se logra una herramienta para estimar el volumen renal generando documentación para la historia clínica electrónica y facilita la valoración de la progresión. Este trabajo se enmarca en el proyecto aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas: Control, seguimiento y optimización del tratamiento de Enfermedad renal poliquística (PQR) en Uruguay. Inicio precoz de medidas de enlentecimiento de la progresión de la enfermedad.

11 NEFROTOXICIDAD POR COLISTIN EN TERAPIA INTENSIVA

Alzugaray MJ, Buroni M, Verga F, Tenzi J, Rieppi G, Hurtado J.

Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Español. Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: En los últimos años el aumento de infecciones producidas por bacterias gram negativas multirresistentes ha marcado la necesidad de utilizar nuevamente viejos antibióticos, entre los cuales se encuentra el colistín, destacándose dentro de sus efectos adversos la nefrotoxicidad.

Objetivo: Analizar el desarrollo de injuria renal aguda (IRA) en pacientes sometidos a terapia antibiótica con colistín ingresados en medicina intensiva.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional que incluyó pacientes ingresados en la unidad de Medicina Intensiva del Hospital Español en el período abril del 2011 a marzo del 2012 y que recibieron tratamiento antibiótico con colistín parenteral por más de 48 horas. Para definir IRA se utilizaron los criterios de Acute Kidney Injury Network (AKIN). Se excluyeron pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en etapa dialítica y aquellos con IRA que requirieron terapia de remplazo renal previo al tratamiento con colistín.

Resultados y Discusión: Se incluyeron 64 pacientes, edad 59 ± 15 , 58% hombres, apache 24 ± 9 . En 11% el tratamiento fue empírico, en el resto dirigido a *Acinetobacter baumani* y *P. aeruginosa*. El 73% de las infecciones tratadas fueron respiratorias. Dos pacientes presentaban IRA previo al inicio de colistín y ninguno ERC. 22 pacientes (34,4%) presentaron deterioro de la función renal durante el tratamiento, 20 (31,9%) desarrollaron IRA y 2 (3,1%) tuvieron peoría de IRA ya existente. La mediana de días de tratamiento fue de 10 con un rango intercuartílico de 5. La dosis diaria fue de 100 mg cada 8 hs excepto en los pacientes con IRA previa en los cuales se ajustó la dosis. Se realizó dosis carga (300 mg) en el 56% de los pacientes. 46% de los pacientes presentaron shock y 70% nefrotóxicos. La mortalidad global de la serie fue de 56%. El desarrollo de IRA se asoció con: la edad (65 vs 56, $p = 0.018$), presencia de nefrotóxicos (44% vs 10%, $p = 0.009$), shock (50% vs 20%, $p = 0.013$) y mortalidad (51% vs 20%, $p = 0.008$). No hubo diferencias en el desarrollo de IRA en cuanto a sexo, días de tratamiento, apache o forma carga. En el análisis multivariado la única variable que se asoció con IRA en dosis independiente fue la edad $p = 0,04$ OR 1.05 (IC 95%) 1,002-1,101.

Conclusiones: El desarrollo de IRA como complicación en el uso de colistín es frecuente y se relaciona a un peor pronóstico. La presencia de nefrotóxicos y/o shock se asocia a mayor incidencia de IRA, siendo la edad un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la misma.

13 ASOCIACION DE DEFICIT DE VITAMINA D (25VD) Y ANEMIA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

CASMU. Montevideo, Uruguay

Sola L, Leyun N, Diaz JC, Gonzalez S, Sehabiague C, Parodi K.

Introducción: El déficit de 25VD es frecuente. Se ha descrito la presencia de 1 hidroxilasa extrarenal, responsable de acciones no tradicionales de vitamina D. El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia del déficit severo de 25VD (DS-25VD) en hemodiálisis crónica (HDC) y su asociación con inflamación y alteraciones del metabolismo mineral y hematológico. **Métodos:** Estudio de corte transversal, que incluyó pacientes (Pts) en HDC ≥ 3 meses, en el Centro de HDC del CASMU en 11/2013. Se consideró edad, género, índice de masa corporal (IMC) nefropatía, hospitalizaciones en 3 meses previos, y dosis de eritropoyetina (epo) (/kg/sem). Se midió calcio, fósforo, hemoglobina (Hb), hormona paratiroidea (PTHi), ferritina, proteína C reactiva (PCR) y 25VD. Se estimó resistencia a epo (dosis/Hb g/dL). Se consideró DS-25VD < 10 ng/ml y anemia por Hb < 10 g/dL o uso de epo, y anemia leve hasta 2000 UI de epo/sem. Se consideró altas ferritina > 500 ng/ml, y PCR > 5 mg/L. Se comparó Pts según DS-25VD. Se estimó por regresión logística riesgo de DS-25VD y anemia. Se comparó por χ^2 o test de t. Se consideró significativa $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyó 105 Pts en HDC por 36.5 ± 44.9 meses. Eran 65 hombres (61.9%), edad 69.8 ± 13.2 años, y 33 diabéticos (31.4%). IMC de 26.2 ± 5.6 kg/m². La 25VD fue 13.0 ± 7.5 ng/ml, en 103 Pts (97%) < 30 ng/ml y en 42 (40.8%) DS-25VD. Sin relación con edad, género o diabetes, el DS-25VD asoció mayor riesgo de anemia (90.7 vs 75.8%) y anemia más que leve (76.7 vs 51.6%, $p = 0.009$). Pts con DS-25VD tenían mayores dosis epo/Hb (8.6 vs 5.8), ferritina (592 vs 455 ng/ml) y PCR (15.8 vs 7.6 mg/L). El riesgo de DS-25VD aumentó con PCR alta (OR: 4.42, IC95% 1.54-12.66). El DS-25VD aumentó el riesgo de anemia (OR: 2.91, CI 1.14-7.43) ajustados a edad, género, diabetes, tiempo de diálisis, peso y niveles de PTH. El sexo femenino tuvo más anemia (OR: 6.99, IC95% 1.29-38.0). Pts (27) con hospitalizaciones tuvieron menores Hb (10.2 ± 1.4 vs 11.2 ± 1.4 , $p = 0.001$) y 25VD (10.4 ± 3.8 vs 13.8 ± 8.2 , $p = 0.004$). **Conclusiones:** El DS-25VD se asocia a anemia y mayor uso de epo en HDC. El mecanismo podría implicar mayor inflamación manifestada por el aumento de PCR y ferritina.

14 RELACION DE LA OBESIDAD/ SINDROME METABOLICO CON FACTORES PRO-LITOGÉNICOS EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO.

Priario A, Díaz Y, Rojas L, Sanroman S, Sottolano M, Urrestarazu A, Silvariño R, Silva W, Noboa O, Boggia J, Ottati G.
Centro de Nefrología y Cátedra de Urología del Hospital de Clínicas, UdelaR.

La obesidad, el síndrome metabólico (SM) y la diabetes (DM) se han asociado a una mayor incidencia de litiasis.

Objetivo: analizar la relación entre obesidad/ SM y el pH urinario y otros factores litogénicos en pacientes en seguimiento en una policlínica conjunta de nefrología y urología de un hospital terciario.

Metodología: Con aval del comité de ética. Primera instancia: revisión de historias clínicas del período Mayo-Octubre 2013. Se recabaron factores de riesgo litogénico, historia de litiasis e intervenciones médico-quirúrgicas. Segunda instancia, se citó a los pacientes para: (1) valoración nutricional y antropométrica; (2) medición del pH urinario en muestra de orina recién emitida. Se entrenó al paciente para realizar el procedimiento (2) en su domicilio en 4 instancias durante un día: pre-desayuno, pre-almuerzo, post-almuerzo y pre-cena. Se solicitaron exámenes de sangre y orina de 24 hs para completar el perfil litogénico. Las variables continuas se describen según corresponda como media ± (SD), mediana (RIC) y las categóricas como proporciones. Se buscó asociación mediante correlación y chi-cuadrado entre índices metabólicos y factores litogénicos.

Resultados: reclutamos 40 (0.55) pacientes en seguimiento, 32 mujeres (0.80), edad promedio 57.5 ±13.9 años. Veintidós pacientes completaron la segunda instancia. En este grupo el promedio (±SD) de los principales indicadores metabólicos fue: índice de masa corporal (IMC) 29.2±7.4 Kg/m²; cintura 98.7±16.9 / 112.1±15.7 cm (mujeres/hombres); grasa corporal 35.2±7.8%; glicemia 99.5±16.3, Hb-A1C 6.3±0.98; insulinemia 14.9±10.6 mU/ml, colesterol total 213.3±37.5 mg/dl; triglicéridos 128.9 ±66.4 mg/dl y uricemia 5.3±2.3mg/dl. Considerando a la DM, las alteraciones metabólicas estuvieron presentes en 11 pacientes (0.50). La proporción de pacientes con indicadores pro-litogénicos presentes fue: pH en orina recién emitida <5.3 (8/22), 5.3-6.5 (8/22) y >6.5(6/22); diuresis < 2000 ml/día: 8/22; uricosuria > 600: 3/22; calciuria > 4mg/K: 3/22; oxaluria > 40 mg: 4/22 y citraturia < 300: 4/22. No encontramos asociación entre las alteraciones metabólicas y los factores pro-litogénicos analizados.

Conclusiones: no encontramos asociación significativa entre alteraciones metabólicas y factores pro-litogénicos en pacientes en seguimiento. ¿Tratamiento médico efectivo o pobre asociación clínico patológica? Perspectiva incorporar tratamiento en el análisis.

16 Recambio plasmático terapéutico (RPT) en nefrología:

indicaciones, respuesta terapéutica y complicaciones.

Dres. San Román S, Sottolano M, Díaz Y, Priario A, Rivas G, Menyou A, Moíño C, González J, Urrestarazu A, Boggia J, Orihuela L, Kurdián M, Nin M, Noboa O, Rodríguez I, Silvariño R, Ottati G

Centro de Nefrología, Cátedra de Hemoterapia-Medicina Transfusional, Hospital de Clínicas, UdelaR

Introducción. Existe evidencia creciente del beneficio del RPT en el ámbito de la nefrología. **Objetivo.** Evaluar indicación de RPT en pacientes asistidos en el Centro de Nefrología (CN), analizar respuesta al tratamiento y complicaciones derivadas del procedimiento. **Población y método.** A partir del registro de RPT de Medicina Transfusional se identificaron los procedimientos (ciclo de sesiones) realizados en CN en el periodo 2006-2013. Se registró indicación de RPT, datos vinculados al procedimiento requerimiento de hemoderivados, respuesta terapéutica y complicaciones. El trabajo fue presentado al comité de ética del Hospital de Clínicas. **Resultados:** Se realizaron 31 procedimientos de RPT en 25 pacientes. La mediana de edad fue 38 años (RIQ 24-49). El resultado terapéutico fue ponderado para cada patología. En la tabla se resume la frecuencia de indicaciones, criterios de respuesta y resultado terapéutico. 95.8% de los pacientes presentaban anemia previo al RPT y 50% requirió transfusión de sangre con caída media de la hemoglobina de 1.7 g/dl. No se transfirieron otros hemocomponentes a excepción de las situaciones donde la indicación formal del fluido de reemplazo fue plasma fresco congelado. Dos pacientes (8.3%) presentaron reacciones alérgicas vinculadas a reposición con albúmina, en uno de ellos determinó la suspensión del RPT y en otro el cambio de marca de la albúmina. Se cumplió con el objetivo terapéutico de RPT entre 200-300ml/kg de plasma en todos los pacientes. **Conclusiones.** Se observa en este período múltiples indicaciones de RPT en nefrología. La respuesta al tratamiento fue globalmente satisfactoria con buenas tasas de respuesta, escasas complicaciones y muy baja mortalidad. No hubo en este grupo pacientes con síndrome urémico hemolítico, patología en que el RPT cambió la morbimortalidad. La experiencia favorable de este centro sugiere que este tratamiento puede extenderse a otras indicaciones sugeridas para nefrología por la Sociedad Americana de Aféresis

Escenario clínico	Indicación	Criterio de remisión	Nº	Sexo M/F	No-R	TRR-T	TRR-D	Muerte
Vasculitis asociada a ANCA	IRRP	Mejoría de FG	5	2/3	4/5	1/5	2/5	1/5
	HA	Detención de HA	2	0/2	2/2	0/2	2/2	1/2
Enfermedad anti-MBG	IRRP	Mejoría de FG y ↓anti-MBG	1	0/1	1/1*	0/1	1/1	1/1
	HA	Detención de HA y ↓anti-MBG	1	1/0	1/1*	0/1	1/1	1/1
Transplante renal	RMA	Mejoría del FG, ↓anti-donante, ↓RV-D	12	5/7	7 / 1 2 (2/7*)	5/12	10/12	5/12
	EHSF-r	Mejoría de FG y ↓prU	5	1/4	5/5	0/5	1/5	0/5
SAF catastrófico	DOM: c/ IRRP/HA	Mejoría de DOM, FG y HA	1	0/1	1/1	0/1	1/1	0/1
LES	HA	Mejoría de HA	2	0/2	2/2	0/2	2/2	0/2
Mieloma múltiple	CG c/IRA	↓criocrito y mejoría de FG	1	1/0	1/1*	0/1	0/1	1/1
	HV	Mejoría de HV clínica y por viscosimetría	1	1/0	0/1	1/1	1/1	-

RPT: recambio plasmático terapéutico. M: sexo masculino. F: sexo femenino. ANCA: anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo. IRRP: insuficiencia renal rápidamente progresiva. FG: filtrado glomerular. HA: hemorragia alveolar. ↓ anti-MBG: descenso del título de anticuerpos anti-membrana basal glomerular en plasma. RMA: rechazo de trasplante renal mediado por anticuerpos. ↓anti-donante: descenso de anticuerpos anti-donante específicos en plasma. ↓RV-D: descenso de resistencias vasculares estimadas por doppler. EHSF-r: esclerohialinosis segmentaria y focal recurrente. SAF: síndrome antifosfolípido. DOM: disfunción orgánica múltiple. LES: Lupus Eritematoso Sistémico. CG: crioglobulinemia. IRA: injuria renal aguda. HV: hiperviscosidad. R: remisión. (*) remisión parcial. No-R: no remisión. TRR-T: necesidad de terapia de reemplazo renal transitorio. TRR-D: necesidad de terapia de reemplazo renal definitivo.

15 ESTATINAS EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA (NO EN DIALISIS)

Ríos P., Seija M., Santiago J., Mazzuchi N., Schwedt E., Gadola L., Solá L., Saona G.
1 Programa de Salud Renal, 2 Catedra de Nefrología. Montevideo. Uruguay, 3 Fondo Nacional de Recursos

Está demostrado el beneficio de estatinas en prevenir eventos cardiovasculares tanto en población general como en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) no en diálisis. Cuando progresa la ERC se va perdiendo la relación convencional entre colesterol sérico y eventos cardiovasculares. **Objetivo.** Determinar el beneficio de las estatinas para prevenir la muerte de todas las causas (MT), muerte cardiovascular (MCV) y muerte cardiovascular isquémica, (MCVI) en pacientes en distintas etapas de ERC no en diálisis. **Métodos.** Se analizaron la MT, la MCV y la MCVI según uso de estatinas en diferentes etapas de ERC. Estadísticos: chi² para comparar proporciones y modelo de riesgo proporcional de Cox para el análisis multivariado. Se firma consentimiento al ingreso al programa de salud renal (PSR). **Resultados.** De 6270 pacientes con ERC ingresados al PSR en el período 2004-2010, analizamos 5186 en los que es seguro el uso o no de estatinas. Al ingreso edad 67,2±14,4 años, sexo masculino 53,7%, diabéticos 36,6%, fumadores 11,1%, comorbilidad cardiovascular previa 34,5%. Filtrado glomerular CKDEPI (FG) 46±23 ml/min, proteinuria mayor de 0,3 g/día 20,3%, presión sistólica 136±24 mmHg, diastólica 78±13mmHg, LDL 119±39mg/dl, fosforemia 4,4±1,6mg/dl, hemoglobina 12,9±2,5g/dl. Con estatinas: 1840 (35,5%), sin estatinas 3346 (64,5%), Seguimiento 25±19 meses. Los pacientes con estatinas tuvieron menor MT (4,3 vs 6,2%, p <0,05) pero no MCV (1,2 vs 1,7% NS), ni MCVI (0,6 vs 0,7% NS). En el análisis multivariado las estatinas reducen el riesgo de MT 29,1% (HR 0,709 p 0,02), pero no el riesgo de MCV ni MCVI en forma significativa. Las otras variables significativas para MT son comorbilidad cardiovascular (HR 2,08), edad (HR 1,039), Proteinuria mayor 300 mg/d (HR 1,39), FG (HR 0,99) y sexo femenino (HR 0,06). Cuando se analiza por etapas de ERC las estatinas pierden significación estadística para MT. **Conclusiones.** En esta cohorte de ERC se demostró que estatinas reducen la MT, pero no la MCV ni la MCVI. No se demostró diferencia en el beneficio de estatinas en distintas etapas ERC. Esto podría explicarse por el escaso tiempo de seguimiento e insuficiente número de pacientes.

17 Recambio Plasmático Terapéutico (RPT) en vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (V-ANCA) : indicaciones, respuesta terapéutica y complicaciones

Dres. Sottolano M, San Román S, Díaz Y, Priario A, Rivas G, Menyou A, Moíño C, González J, Urrestarazu A, Boggia J, Noboa O, Santiago J, Tobal D, Rodríguez I, Silvariño R, Ottati G

Centro de Nefrología (CN), Cátedra de Hemoterapia-Medicina Transfusional, Hospital de Clínicas, UdelaR

Introducción. El RPT es una herramienta disponible en el tratamiento de las V-ANCA.

Objetivo. Evaluar la indicación, respuesta terapéutica y complicaciones del RPT en pacientes con V-ANCA asistidos en el CN.

Población y métodos. A partir del registro de RPT de Medicina Transfusional se identificaron los procedimientos realizados en CN en el periodo 2006-2014. Se registró indicación, respuesta terapéutica y complicaciones. El trabajo fue presentado al comité de ética del Hospital de Clínicas.

Resultados. Se realizó en ese periodo RPT en 7 pacientes con V-ANCA. La edad promedio fue 48 años. La indicación principal de RPT fue hemorragia alveolar (HA) en 3/7, HA asociada a insuficiencia renal rápidamente progresiva (IRRP) en 3/7 e IRRP en 1/7. Se objetivó mejoría de la HA en 6/6 y recuperación del filtrado glomerular en 4/6. No hubo complicaciones ni mortalidad asociada al procedimiento en este grupo.

	Sexo	Edad	Raza	C. Extrarrenal	Sd. Nefrológico	Cr i	I-RPT	Cr f	TRR-T	TRR-D
1	M	15	1	HA	prU, mhU	0,42	HA	0,4	No	No
2	M	50	1	HA	IR	3,15	HA	2,63	No	No
3	F	24	1	HA	IRRP	5,85	HA/IRRP	1,09	Si	No
4	F	59	1	No	IRRP	5,05	IRRP	1,91	Si	Si
5	F	57	1	HA	IRRP	10,32	HA/IRRP	1,87	Si	No
6	F	77	2	HA	HD crónica	5,87	HA	2,76	-	Si
7	M	52	1	HA	IRRP	6,86	HA/IRRP	2,0	Si	No

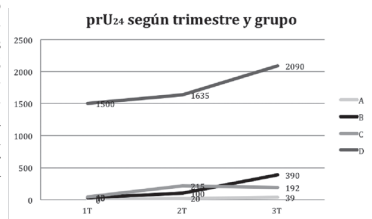
I-RPT: indicación recambio plasmático terapéutico. prU: proteinuria. mhU: microhematuria. IR: insuficiencia renal. IRRP: insuficiencia renal rápidamente progresiva. HA: hemorragia alveolar M: sexo masculino. F: sexo femenino. Raza: 1: blanca. 2: negra. Cr i: Creatinemia inicial (mg/dl), Cr f: Creatinemia final (mg/dl). ANCA: anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo. TRR-T: necesidad de terapia de reemplazo renal transitorio. TRR-D: necesidad de terapia de reemplazo renal definitivo.

Conclusiones. El RPT es en esta experiencia un herramienta útil en el tratamiento de V-ANCA, con resultados terapéuticos satisfactorios considerando la gravedad de los destinatarios y con bajo nivel de complicaciones.

18 **Gestación en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES): evolución clínica e impacto materno-fetal de la Nefropatía Lúpica (NL)**

De Los Santos C, Zubiaurra V, Silvariño R, Cora M, Sosa L.
Hospital de Clínicas (HC)

Introducción. La gestación en pacientes con NL se ha vinculado a incremento en la actividad renal (AR) y aumento en la morbi-mortalidad materno-fetal. **Objetivo.** Describir el comportamiento de la NL durante la gestación y la evolución obstétrica y fetal. **Población y método.** Se analizó la historia clínica de pacientes con LES (SLICC 2012) asistidas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del HC entre 2008-2013. Se consideró "caso" pacientes con NL confirmada por biopsia renal y "control" pacientes con LES sin NL. Se definió AR: aumento de proteinuria (prU) o creatinina sérica (Cr_s) o sedimento urinario anormal vinculados a LES activo (SLEDAI>3). **Resultados.** Se incluyó 30 gestaciones, 15 con NL. La distribución según tipo de NL (OMS) fue I:2/II:5/III:2/IV:1/V:5. Presentaban compromiso extrarrenal previo: 10/15-cutáneo, 9/15-articular, 6/15-hematológico. A la captación 4/15 presentaban prU_{24h} ≥1gr y 10/15 microhematuria (m_h U). El valor de Cr_s al primer control fue 0.59±0.15 mg/dl. Presentaron AR 6/15 (síndrome nefrótico 3/15 y prU_{24h} U asintomáticas 12/15) y actividad extrarrenal 3/15 (cutánea, articular, SNC). Los valores de prU_{24h} discriminados por trimestre y grupo se muestran en la tabla y el gráfico. Nadie requirió terapia de reemplazo renal (TRR). La frecuencia de pre-eclampsia (PE) (7/15) fue mayor que en el grupo control (p=0.002). Todas las gestaciones fueron exitosas con EG al nacimiento de 34.4±4 semanas. La frecuencia de parto de pretérmino (PP) fue mayor en este grupo que el control (p=0.023). El peso al nacer fue 2091±738 gr y 6/15 fueron pequeños para la EG. Presentaron prematuridad 12/15, ictericia 5/15 y LES neonatal 2/15. No hubo mortalidad materna. **Discusión y conclusiones.** La AR fue frecuente en este grupo pero no determinó deterioro del filtrado glomerular, lo que se puede explicar posiblemente por la baja frecuencia de formas proliferativas de NL. La frecuencia de PE fue alta (46%), siendo un reto su diagnóstico en este contexto ya que no existen criterios bien establecidos para diferenciarla de AR. La NL se asoció a incremento en la frecuencia de PE y PP, pese a ello la mayor parte de las gestaciones fueron exitosas y no existió mortalidad materno-fetal.



	1°T	2°T	3°T
prU (mg/24 horas)			
NL-/PE- (n=10)	12.5	20	39
NL-/PE+ (n=5)	30	100	390
NL+/PE- (n=8)	43	215	192
NL+/PE+ (n=7)	1500	1635	2090
Creatinina > 60mg/dl	7/15	2/15	6/15
Ac anti ADN +	9/15	6/15	6/15

NL: Nefropatía lúpica. PE: Síndrome preeclampsia-eclampsia. T: trimestre

20 **HEMORRAGIA PULMONAR EN PACIENTE CON VASCULITIS ANCA ASOCIADA EN HEMODIÁLISIS**

Sarantes R, León L, Peinado H, Acle S, Jaurena C, Baccino C, Ferrari A, Lizardo L, Santiago J, Larre Borges P.

Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, Montevideo

Introducción. Las recaídas de las vasculitis ANCA asociadas en hemodiálisis son infrecuentes, siendo más infrecuente aún su debut. Presentamos el caso de una paciente en la que se realizó diagnóstico de vasculitis ANCA asociada luego de 2 años de su inclusión a plan de hemodiálisis (HD) crónica.

Metodología. Se presenta la revisión del caso clínico. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente.

Historia Clínica. Paciente de 81 años, sexo F, raza negra, medio rural, sin controles médicos previos. Enfermedad Renal Crónica (ERC) diagnosticada en 2010 en Estadio IV. Al momento del diagnóstico presentaba hipertensión arterial con HVI, septum IV de 12mm y fondo de ojo con angioesclerosis moderada. Ecografía de aparato urinario con riñones disminuidos de tamaño sin otras alteraciones. Diuresis 1800cc/día, proteinuria 0,28g/l. No otras alteraciones del sedimento. Con planteo de ERC de probable etiología vascular ingresa a plan de HD en Octubre de 2011, tras una lenta caída del filtrado glomerular. Diuresis residual próxima a 1000cc sin modificaciones del examen de orina. En Diciembre de 2013, instala insuficiencia respiratoria severa con PaO₂ de 56 mmHg, estertores crepitantes bilaterales hasta vértice y caída de hemoglobina a 6,7 g/dl. Se realiza radiografía de tórax que muestra infiltración alveolar bilateral. Dado que no mejora con ultrafiltración, se procede a intubación orotraqueal objetivándose salida de sangre roja rutilante por la sonda orotraqueal. Con sospecha de hemorragia alveolar por vasculitis se solicita ANCA obteniéndose títulos positivos de MPO de 42 UA por IFL. Caída de diuresis residual y examen de orina con proteinuria de 3g/l y microhematuria. Ingresa a UCI y se inicia tratamiento de inducción de la remisión: Esteroides, Ciclofosfamida, Recambio Plasmático. Buena evolución con extubación al 7º día. Al momento de presentar este resumen se encuentra en fase de inducción, no ha reiterado hemoptisis y ha recuperado diuresis residual de 800 cc tras 2º bolo de Ciclofosfamida. **Conclusiones.** Consideramos este caso de interés ya que se trata del debut de vasculitis tras 2 años de HD en paciente catalogada como portadora nefropatía Vascular (NAE) que se presentó con hemorragia alveolar como buena respuesta a tratamiento instaurado.

19 **NEFROPATIAS TUBULO INTERSTICIALES NO OBSTRUCTIVAS BIOPSIADAS EN URUGUAY**

Urrestarazú A, Gadola L, Ríos P, Acosta N, Panuncio A, Aunchaina M, Coitiño R, García M, Figueroa S, Bancheiro M, Solá L, De Souza N, Schwedt E, Mazzuchi N, en nombre de Nefrólogos que reportan al PSR/PPTG Uruguay.

Las nefropatías túbulo-intersticiales (NTI), comprenden varias enfermedades renales exclusivas o sistémicas. **Objetivo:** Analizar la incidencia, presentación clínica – histológica, causa y evolución de NTI en Uruguay. **Metodología:** Análisis retrospectivo de casos con diagnóstico de NTI, en el período 1/1/06-31/12/13, de 2 Registros: 1) del Programa de Salud Renal del Uruguay (RPSRU): 69 pacientes (ptes) con ERC por NTI y 2) del Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG)/Registro de biopsias renales (RBR): 67 ptes con diagnóstico histológico de NTI. Se excluyeron casos con uropatía obstructiva. Aprobado Cte Etica. **Resultados:** 3 casos coincidentes en ambos Registros se incluyen sólo en grupo 2. 1) Se analizaron 66 ptes del RPSRU: 64 % mujeres, edad media 72±15 (20-91) años: 28 por medicación, 1 inmunológicas y 24 sin causa conocida, proteinuria inicial 0.06±0.16 g/l, seguimiento 21±17 (1-73) meses, 3 ingreso a TSR y 2 fallecidos. 2) En el RBR se analizaron 47/67 ptes con NTI y datos evolutivos: 62% mujeres, edad media 54±21 años. La presentación más frecuente fue injuria renal aguda (IRA)/insuficiencia renal rápidamente progresiva (IRRP) en 34 pacientes (75.6%). Se identificaron fármacos relacionados en 23 ptes, (51.1%); AINES en 16, antibióticos en 4 y plantas medicinales en 3, 13 ptes con enfermedad autoinmune y en 11 ptes no se identificó causa. Al diagnóstico, presión arterial media 97±6 mmHg, creatinemia 3.6±3.4 mg/dl, proteinuria media 1.13±1.32 g/l. 27 ptes (57.4%) tenían microhematuria y 4 macrohematuria. La bicarbonatemia media fue 19.5 ± 3.3 mmHg (8/9 fue menor de 23 mEq/l). A nivel histológico 53.2% tenía daño tubular moderado (entre 25-50% de la muestra analizada), 40.4% infiltrado inflamatorio leve (menor al 25% de la muestra) y fibrosis túbulo intersticial leve en 53.2%. Recibieron inmunosupresores 25/47 ptes (10/11 con Enf autoinmune – Chi² p<0.05) y 25 requirieron hemodiálisis en agudo Al final del seguimiento, tiempo medio 12±23 meses (0-23) 5 estaban en diálisis, 31 en control, 10 sin control y 1 fallecido. Entre los tratados con inmunosupresores 68% logró remisión completa en el seguimiento vs 50% del grupo no tratado (Chi² NS). El grupo biopsiado (RBR) tenía menor edad y mayor proteinuria (test “t” p< 0.05). **Conclusiones:** NTI predomina en mujeres, la forma de presentación más frecuente fue IRA/IRRP y la causa principal fue secundaria a drogas. Se realizaron biopsias renales en población más joven con proteinuria, y recibieron inmunosupresores quienes cursaban enfermedad autoinmune sistémica.

21 **FORMAS DE PRESENTACION DE LA HIPERCALCIURIA IDIOPATICA EN NIÑOS.**

Rébori A, Velasco M, Ramela V.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.

La hipercalciuria idiopática (HI) es una condición genéticamente determinada con alta prevalencia en la población pediátrica asintomática. Causa frecuente de hematuria aislada (25%) y de litiasis renal (30-80%). Su diversidad en la presentación clínica han hecho revalorarla como una entidad compleja con posibilidad de complicaciones a largo plazo: litiasis renal e hipocrecimiento.

OBJETIVO: analizar la forma de presentación de la HI en niños asistidos en la policlínica de nefrología del CHPR.

MATERIAL y METODOS: análisis retrospectivo de 75 pacientes menores de 15 años con diagnóstico de HI, determinado por excreción urinaria de calcio > 4 mg/kg en orina de 24 horas, con función renal normal sin hipercalcemia ni acidosis. Analizamos edad, sexo, antecedentes familiares, presentación clínica y otras alteraciones urinarias asociadas.

RESULTADOS: Edad: 2-14 años (x= 8 años) 44 varones (58.6%) y 31 niñas (41.4%). Afliores 40 (53%).

Formas de presentación: Hematuria macroscópica 43 (57.3%), microscópica en 4 pacientes (5.3%). SUB con uroc estéril en 8 (10.7%)

IU recurrentes con ap. Urinario normal: 6 (8%). Dolor abdominal recurrente: 6 (8%). Cólico nefrítico: 5 (6.7%). Dolor lumbar: 2 (2.7%)

Litiasis ecográfica: 1 (1.3%). 11 pacientes con distintas forma de presentación asociaron litiasis (16%). En 30 pacientes completamente estudiados encontramos como alteraciones urinarias asociadas: hipocitruuria en 16 y bajo volumen urinario (<20ml/kg/día) en 15, en 1 hiperfosfatúria, 1 hiperuricosuria.

CONCLUSIONES: La macrohematuria fue la presentación más frecuente. Encontramos un alto porcentaje con Afliores de litiasis y/o HI (52.6%) 16% de pacientes asociaron litiasis a otras manifestaciones. Gran porcentaje de niños no completan los estudios y en quienes lo hicieron la asociación más frecuente fue hipocitruuria y bajo volumen urinario como está descrito.

22 AMILOIDOSIS RENAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Gelabert B, Fernández C, Ceretta L, Ríos P, Varela P, Rabaza V, Gelber C, Aunchayna M, Borelli G, De Giuda R, Gabús R, Conzani S, Larre Borges A

Introducción: La amiloidosis es un grupo de enfermedades poco frecuentes caracterizado por deposición extracelular de material fibrilar insoluble con características tioriales particulares. El riñón es el órgano más frecuentemente afectado en la amiloidosis sistémica.

Caso clínico: mujer 56 a, AP de asma, hipotiroidismo e HTA desde 2002. Función renal hace 2 años normal. Derivada de Policlínica por insuficiencia renal (IR) severa de causa no aclarada. No historia de alteraciones urinarias, no edemas, no síntomas de afectación sistémica ni dolores óseos. No síntomas urémicos. Examen físico normal. Paraclínica: Azoemia 0,97 g/l, creatinemia (Cr) 4,46 mg/dl. Clearance de Cr 16,7 ml/min/1.73m², uricemia 8,6 mg/dl, Na 139 meq/l, K 5,6 meq/l, pH 7,2, HCO₃ 15,1. Fosfatasa alcalina 374 U/l, Hb 10,6 g/dl, proteinuria 0,37 g/l, relación Cr/Pr 0,35 g/g, glicemia 0,98 g/l, VES 84 mm. Ecografía de aparato urinario RD 105*50*41 mm, EC 11 mm, RI 108*50*44 mm, EC 12 mm; ecogenidad moderadamente aumentada, sin dilatación ni litiasis. Ecocardiograma normal. PEF normal. IEF en suero IgA 357 mg/dl, IgG 1263 mg/dl, IgM 107 mg/dl, κ 321 mg/dl, λ 167 mg/dl, relación κ/λ 1,9. IEF en orina κ 36 mg/dl, λ 17,5 mg/dl, relación κ/λ 2,1. Mielograma 3% de plasmocitos. Con el diagnóstico de IR severa de causa no clara, se realiza punción biopsica renal que muestra 3 glomérulos, uno con ovillo capilar desplegado y luces capilares permeables. Los restantes presentan nódulos mesangiales eosinófilos, PAS (-), no argirófilos. A nivel túbulointersticial (TI) se destaca la presencia de más del 50% de la biopsia de una sustancia eosinófila, PAS (-), no argirófila, que al rojo Congo muestra congofilia y exhibe birefringencia verde manzana con luz polarizada. Dicha sustancia se presenta en torno a vasos y túbulos. Infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, fibrosis y atrofia tubular. La inmunofluorescencia no mostró depósitos glomerulares ni intersticiales. En suma: amiloidosis renal (glomerular, vascular y TI). Biopsia de médula ósea y de grasa abdominal con depósitos de amiloide.

Conclusiones: presentamos el caso de una paciente con amiloidosis sistémica cuya manifestación predominante fue la IR, con mínima proteinuria. La biopsia renal muestra depósitos predominantes de amiloide TI y también perivascular y glomerular.

26 IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN NEFROLÓGICA EN EL PROGRAMA SALUD RENAL (PSR)

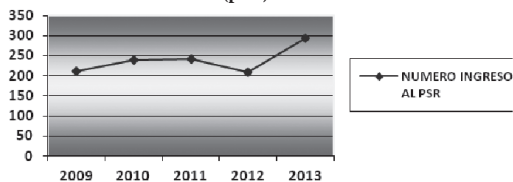
Lic. Enf. M. Barberan, Dra. A. Petraglia, Nutricionista A. Herou, M. Poggio, LIC.M. Miotti Dr. A. Ferreira i

Objetivo: Evaluar el impacto de la estrategia de descentralización del PSR de la institución en indicadores de actividad y resultado, en un horizonte temporal de 3 años.

Introducción: El PSR de la institución se inicia en 2006 basado en un modelo de atención multidisciplinario y mayoritariamente centralizado, integrado por médicos nefrólogos, licenciados en nutrición, licenciada, en enfermería, psiquiatra, asistente social y personal administrativo.

El objetivo es captar precozmente a pacientes con factores de riesgo de ERC, ingresarlos al PSR y mantener un seguimiento coordinado, brindándole atención y educación, definir una población cautiva en los estadios avanzados y controlarlos en periodos estipulados. Desde 01/01/2011 se establece un Programa de descentralización de la atención con la creación de 13 policlínicas (P) periféricas multidisciplinarias. La atención de 210 pacientes con enfermedad renal avanzada se mantuvo a nivel centralizado. Método: análisis de la evolución anual de número de consultas, distribución, ingreso al PSR, ingreso coordinado a tratamiento sustitutivo. Resultados: Se registran los ingresos de los pacientes a tratamiento sustitutivo desde el PSR durante este periodo.

INGRESOS PACIENTES(ptes) AL PSR DESDE 2009- 2013



Consultas en P centralizadas y descentralizadas:

Periodos	2011	2012	2013
Centralizada	5647	4797	4618
Descentralizada	1769	2467	2591
Ingresos HDC/DP/TRASPLAN	18 / 10/ 0	16/ 5/1	21/5/2

Conclusiones: Esta estrategia de acercamiento de la atención nefrológica al lugar de residencia, determinó un aumento del número de consultas y aumento del número de ingresos al PSR.

24 INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN EL URUGUAY

Baccino C, Ospitaleche J, Larre Borges P, Gonzalez MC, Rodriguez de Marco J, Nin M, Noboa O.

Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y de Enfermedades Prevalentes, Registro Uruguayo de Diálisis, Montevideo Uruguay

Introducción. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un factor de riesgo para la infección por *Mycobacterium Tuberculosis*. La evidencia confirma mayor prevalencia de tuberculosis (TBC) en pacientes con ERC, especialmente en terapia dialítica (TD). Desconocemos la magnitud de este problema en nuestro país. **Objetivo:** Evaluar incidencia de tuberculosis en pacientes bajo tratamiento dialítico, en relación a la población general, en el Uruguay, en el periodo 1995-2013. **Metodología:** Estudio retrospectivo observacional. La población estudiada se obtuvo por cruzamiento de los Registros: Uruguayo de Diálisis y Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa. Ambas bases de datos registran la totalidad de los casos de TBC y TD del país. Se identificaron los casos en los que se realizó diagnóstico de tuberculosis estando bajo TD en el periodo 1995-2013. Proyecto aprobado por el comité de ética del Hospital de Clínicas. **Resultados.** Se registraron 13083 pacientes con TBC, de los cuales 182 (1.4 %) recibieron tratamiento dialítico en algún momento de la evolución. De esta última población, el 24.1% (44) presentó TBC previo al ingreso a Diálisis, 10.5% (19) en trasplante renal, y 65.4% (119) durante su etapa en TD. TBC en diálisis (n=119): El 58.8% fueron hombres con tiempo promedio TD 4 años (DE 5) La tasa de incidencia de TBC en este grupo fue de 230/10⁵ en promedio (de 70 a 496), 10 veces mayor que la población general (21/10⁵ hab) Gráfico 1. En 2012 existió un incremento del número de casos significativo respecto a 5 años previos. El diagnóstico TBC se realizó predominantemente en los 2 primeros años de TD (37.8%).

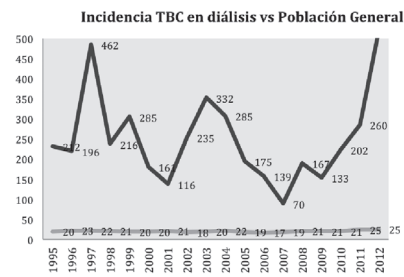


Gráfico: Incidencia Tuberculosis en TD (Tratamiento dialítico) vs PG (Población General)

Conclusiones y Perspectivas: La incidencia de TBC en TD es francamente mayor, existiendo un incremento en los últimos 2 años. Este comportamiento epidemiológico nos pone en alerta, requiriendo un análisis profundo de sus posibles causas.

27 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

Autores: Ceretta L, Rabaza M V, Gelber C, Varela P, Fernández C, Ríos P, Gelabert B, Servicio de Nefrología Agudos, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción: La pielonefritis aguda (PNA) enfisematosa es una afección aguda y necrotizante del tejido renal y perirrenal, causada generalmente por *Escherichia coli* o *Proteus sp*, que se comportan como anaerobios facultativos determinando producción de gas en situaciones especiales. Si bien es de baja frecuencia, se ve predominantemente en mujeres y diabéticos, asociado o no a obstrucción de la vía urinaria. Tiene una mortalidad cercana al 80%. El riñón izquierdo se ve mayormente afectado, aunque se ha reportado PNA enfisematosa bilateral (10%). Tradicionalmente el tratamiento ha sido quirúrgico, siendo la nefrectomía el tratamiento de elección.

Caso clínico (previo consentimiento informado): Mujer de 33 años, hipertensa. Ingres a Emergencia con GCS 12, polipneica, febril, saturación O₂ 91%, edema pulmonar clínico, PA 140/90mmHg. De la paraclínica: pH 6,9, HCO₃ 4, BE -25, Cr 18 mg/dl, azoemia 4 g/l, K 3,9 mEq/l tiempo de protrombina 40%, Hb 7,2 g/dl, GB 15.600/mm³ Rx Tx edema pulmonar. Ex. orina: turbio, proteinuria 1,5g/l, nitritos (+), abundantes pirocitos y eritrocitos. Ingres a Unidad de Cuidados Intensivos con planteo de sepsis nefrourológica y se realiza Hemodiálisis de urgencia. TAC abdominopélvica: evidencia aire en RI. RD normal. Se plantea PNA enfisematosa a izquierda y se realiza nefrectomía quirúrgica. Urocultivo desarrolla E. Coli multisenible. Internación prolongada con múltiples complicaciones: hematoma en logia quirúrgica, neumopatía aguda vinculada al ventilador, diarrea asociada a Clostridium difficile, intensa repercusión nutricional. En lo funcional renal, se mantiene en anuria por 2 semanas. Lenta recuperación de diuresis a 800-1000 ml pese a lo cual mantiene insuficiencia renal dependiente de tratamiento dialítico luego de 8 semanas del inicio del cuadro y estabilizada, por lo cual, en ausencia de factores reversibles, ingresa a plan de hemodiálisis periódica.

Conclusiones: La PNA enfisematosa es una entidad grave y alta mortalidad. El diagnóstico es imagenológico. El tratamiento de sostén de funciones vitales, antibioticoterapia precoz y la nefrectomía mejora el pronóstico consiguiendo la supervivencia de los enfermos como es el caso de nuestra paciente. Respecto a la falla renal, se planteó una necrosis tubular aguda en el contexto de la sepsis (5.7% en UCI). En pacientes críticos, la insuficiencia renal aguda tiene un impacto adverso sobre la mortalidad. La recuperación funcional se da entre las 4 a 6 semanas luego de retirada la noxa. En el caso de nuestra paciente cumplidos dichos plazos, persiste con falla renal dependiente de hemodiálisis, lo cual nos hace presumir la severidad de los múltiples agravios sufridos en el riñón remanente determinando daño irreversible.

28 NEFROUROPATÍA OBSTRUCTIVA BAJA EN LA MUJER

Autores: *Rabaza M.V., Ceretta L., Gelber C., Fernández C., Gelabert B., Pastorino A.*
Servicio de Nefrología Agudos. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay

Introducción: Las causas de uropatía obstructiva baja (UOB) en la mujer, poco frecuentes, son numerosas y variadas, ya sean anatómicas o funcionales. Se describe el **caso clínico** (previo consentimiento informado) de una mujer de 48 años con antecedentes ginecobstétricos de cesárea a los 23 años, menopausia a los 46 años sin sangrados posteriores. Niega ETS. Infecciones urinarias esporádicas, no estudiada. No instrumentación previa de vía urinaria. Ingreso hospitalario por el Servicio de Emergencia con síndrome urémico constatándose globo vesical e insuficiencia renal severa (IR) con creatinemia 14 mg/dl y azoemia 3,7 g/l, K 3,1 mEq/l y acidosis metabólica severa. Dificultosa colocación de sonda vesical (realizada por urólogo), obteniéndose 1900ml orina clara. UC negativo. Proteinuria 0,82 g/l. Ecografía: riñones disminuidos de tamaño con contornos irregulares, ecogenicidad aumentada de forma difusa, pérdida de diferenciación corticosisinusal. No litiasis. Moderada dilatación pieloureteral bilateral. Vejiga distendida, paredes engrosadas. Residuo postmiccional 200cc. Examen genital descarta prolapso víscero-pélvico. Pese a derivación de vía urinaria mantiene IR severa dependiente de diálisis. Urodinámica: detrusor estable en fase de llenado, movilidad uretral normal, patrón obstructivo con residuo postmiccional de 300ml. Se realiza cistoscopia que informa uretra sin lesiones, vejiga de lucha pseudodiverticular con patrón de celdas y columnas y estrechez de cuello vesical. Luego del tratamiento con dilatación de cuello vesical el residuo postmiccional disminuyó francamente, a pesar de lo cual, no presentó recuperación funcional. Se planteó que el daño renal secundario a la obstrucción crónica era evolucionado e irreversible. Actualmente, la paciente se encuentra en plan de hemodiálisis y mantiene una diuresis residual de 1000 ml/día. Está en valoración para cirugía urológica. La corrección quirúrgica de la estrechez del cuello vesical es primordial previo a un trasplante renal. **Conclusiones:** La UOB en la mujer es poco frecuente. En lo funcional se describen el Síndrome (Sd) de Fowler, la disineria detrusor - esfínter o Sd de Hinman y las alteraciones en la contractilidad del detrusor de diversa etiología. En lo anatómico, se plantean la estenosis uretral congénita o adquirida por infecciones, tumores o secundaria a la cirugía por incontinencia, dilataciones uretrales y cateterización traumática. La estrechez de cuello vesical es menos frecuente y como las demás sin un diagnóstico y corrección precoz pueden determinar el desarrollo de nefropatía irreversible.

30 ACIDOSIS METABÓLICA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Gadola L, González MC, Poggi C, Lungo E, Poggio MV.
IMAE DP Casmu.

La acidosis metabólica se considera una toxina urémica debido a su impacto negativo en el metabolismo óseo-mineral, proteólisis muscular, retardo del crecimiento, estado nutricional, resistencia a la insulina y progresión de la ERC. Persiste luego de iniciado tratamiento de sustitución renal (TSR), más frecuentemente en hemodiálisis que en diálisis peritoneal (DP) e impacta en la sobrevida según datos recientes. **Objetivo.** Evaluar la prevalencia de acidosis metabólica en pacientes en DP, factores determinantes e impacto en estado nutricional, metabolismo óseo-mineral y sobrevida.

Metodología. Se realizó un estudio retrospectivo, de la cohorte de pacientes asistidos en un Centro de DP de Uruguay, en tratamiento al 1/1/2007 e ingresados desde entonces, hasta el 31/12/2011, con al menos 6 meses de seguimiento y se registró evolución hasta 31/12/2013. En el período analizado, la sobrevida promedio del Centro fue de 96,7 meses (IC 95%=71-122 meses). Se registraron edad, sexo, factores comórbidos (diabetes, insuficiencia cardíaca), tiempo de evolución, paraclínica de control habitual y causa de egreso.

Resultados. Se incluyeron 73 pacientes (ptes) con al menos un dato de bicarbonatemia venosa (Bic ven), 42 hombres, edad media 55±16 (19 a 83) años, con tiempo de evolución en DP 40±28, mediana 32 (11-148) meses, de los cuales 15 recibieron clorhidrato de sevelamer y 7 Bicarbonato de sodio. 12 pacientes tenían Bic ven menor de 22 mEq/l en alguna oportunidad, de los cuales 7 requirieron aporte de bicarbonato vía oral, los restantes corrigieron sin aporte. 7/15 que recibieron clorhidrato de sevelamer requirieron asociar bicarbonato de sodio vía oral (χ^2 p<0.05). Al analizar la totalidad de los controles (n= 174) Bic ven < 22 mEq/l vs \geq 22 mEq/l se asocia con potasemia significativamente más alta (5,6±1 mEq/l vs 4,3± 2,2 mEq/l) (test de t indep p < 0.05). No se observó diferencia en calcemia, fosforemia, PTHi, albuminemia, índice de masa corporal (IMC), tasa de catabolismo proteico, azoemia, D/Pcreatinina, Kt/V, filtrado glomerular residual, diuresis ni ultrafiltración. La sobrevida global en el período fue 93,5 meses significativamente mayor en el grupo con Bic ven medio \geq 22 mEq/l (102 meses) vs grupo Bic ven < 22mEq/l (51 meses) (Log rank Mantel-Cox p = 0.03)

Conclusiones. Se observa Acidosis metabólica en un bajo porcentaje de pacientes en Diálisis Peritoneal. La administración de clorhidrato de sevelamer se asocia con acidosis y mayor requerimiento de aporte de bicarbonato de sodio. La bicarbonatemia menor de 22 mEq/l se asocia con potasemia más alta y menor sobrevida.

29 RESUMEN IRA. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE INJURIA RENAL AGUDA (IRA) EN PACIENTES CON CÁNCER EN LA UCI

ACM Dal Santo, Castro I, Burdmann EA y Yu L
Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

Introducción: Los pacientes con cáncer que sobreviven más tiempo debido a los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento de tumores. La disminución de la mortalidad relacionada con el cáncer y el envejecimiento de la población han dado lugar a un número creciente de pacientes con cáncer en la UCI.

Objetivos: Identificar la prevalencia y los factores de riesgo de la IRA en pacientes con cáncer críticos.

Métodos: Estudio prospectivo, 371 pacientes con cáncer ingresados en la UCI del Instituto del Cáncer del Estado de São Paulo y el Hospital AC Camargo, desde noviembre 2011 a marzo 2013. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio, 24 h y 48 h de ingreso en la UCI. Se recogieron las variables demográficas, clínicas y de laboratorio que fueron analizadas por los resultados del IRA, como los criterios AKIN (Cr > 0,3 mg/dl o aumento del 50 % sobre la línea base de Cr 48h). Los datos fueron sometidos a análisis bivariado y multivariado. **Cuestiones éticas:** El comité científico de ética de los hospitales del estudio aprobaron el estudio con el consentimiento informado de los pacientes o tutores.

Resultados: La incidencia de IRA en pacientes con cáncer fue de 45,1 % y sólo el 5,2 % requiere diálisis. Pacientes IRA más a menudo presentan admisión quirúrgica (49 % vs 34 % sin IRA, p = 0,022). Ingreso en la UCI, los factores asociados con el desarrollo de IRA (IRA vs no IRA) fueron: ventilación mecánica (26,6 % vs 16,0 %, p = 0,031), la frecuencia cardíaca (88 lpm vs 82 lpm, p = 0,029) el resto agua (575 ml vs 275 ml, p = 0,0002), lactato (19 mg/dl frente a 17 mg/dl, p = 0,046) y fósforo (3,9 mg/dl frente a 3,4 mg/dl, p < 0,0001).

Conclusión: IRA es común en pacientes con cáncer ingresados en la UCI. La aparición de IRA están más relacionados con la gravedad de la disfunción orgánica al ingreso a la UCI, de los cuales las características de la base del tumor. Esta conclusión es de importancia fundamental para su prevención y tratamiento, especialmente de pts. en alto riesgo de esta complicación.

31 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER EN LA UCI.

ACM Dal Santo, I Castro, Burdmann EA y Yu L.
Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

Introducción: El cáncer es un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 27 millones de casos incidentes de cáncer, en 2030, 17 millones de muertes por cáncer y 75 millones de personas que viven con cáncer. La disminución de la mortalidad relacionada con el cáncer, el envejecimiento de la población y los avances notables en el diagnóstico precoz y el tratamiento agresivo de los pacientes con tumores han dado lugar a mejoras significativas en las tasas de supervivencia global y un número creciente de pacientes con cáncer en la UCI. **Objetivos:** Identificar la prevalencia y los factores de riesgo de muerte entre los pacientes con cáncer de los críticos. **Métodos:** Estudio prospectivo, 371 pacientes con cáncer ingresados en la UCI del Instituto del Cáncer del Estado de São Paulo y el Hospital AC Camargo, desde noviembre 2011 a marzo 2013. Se recogieron las variables demográficas, clínicas y de laboratorio que fueron analizadas por el resultado de muerte en la UCI. **Aspectos éticos:** El comité científico de ética de los hospitales del estudio aprobaron el estudio con el consentimiento informado. **Resultados:** La tasa de mortalidad hospitalaria fue del 37,3%, mientras que el 25,3% se produjo en la UCI. La mortalidad fue más frecuente en pacientes con cáncer hematológico (muertes vs sobrevivientes) (8,6 % vs 19,5 %, p = 0,008), procedentes de los servicios de urgencias (23,5 % vs 34,1 %, p = 0,002), admisión clínica (50,4 % vs 84,1 %, p < 0,0001) y la hospitalización no planificada (86,6 % vs 59,9 %, p < 0,0001). Otros factores relacionados con la muerte eran signos de congestión cardíaca, el uso de drogas vasoactivas, shock séptico y la infección respiratoria (p < 0,0001). Los días de hospitalización antes de la admisión en la UCI (6 días frente a 2 días muertes en los sobrevivientes, p < 0,0001). Las pruebas de laboratorio que estaban relacionados con la muerte: hipoalbuminemia (2,7 g / dl frente a 2,4 g / dl, p = 0,003), el aumento de INR (1,3 vs 1,5, p < 0,0001), aumento en lactato (17 mg / dl vs 20,5 mg / dl, p = 0,037), la PCR (41,8 mg/dl vs 148,4 mg/dl, p < 0,0001) y TP (69 % vs 59,5 %, p = 0,001). La evolución de los pacientes con IRA no era favorable y se relaciona con la mortalidad: el aumento de la creatinina sérica (0,8 mg / dl vs 1,1 mg/dl, p < 0,0001), urea sérica (36,5 mg/dL vs 64mg/dL, p < 0,0001) y la necesidad de diálisis después de 48 horas de hospitalización (29,4% vs 70,6%, p < 0,0001).

Conclusión: La mortalidad relacionada con pacientes con cáncer está estrechamente relacionado con la severidad de la disfunción orgánica al ingreso en la UCI y la insuficiencia renal. Características neoplásicas tienen poca influencia en el resultado de la muerte. Esta conclusión es de fundamental importancia, principalmente debido a que estos pacientes todavía se consideran algunos de los candidatos elegibles para la admisión a la UCI.

32 RIGIDEZ ARTERIAL Y PRESIÓN AÓRTICA CENTRAL INTRAHEMODIÁLISIS.

Luzardo L, da Rosa A, León L, Sarantes R, Peinado H, Larre Borges P, Noboa O, Boggia J.

Centro de Nefrología. Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital de Clínicas.

Introducción. Durante la sesión de hemodiálisis (HD), son frecuentes los problemas vinculados a alteraciones de la presión arterial (PA). Mientras que algunos pacientes experimentan episodios de hipotensión sintomática, en otros casos se constatan cifras de hipertensión arterial no controlada. Si bien varios trabajos analizan las modificaciones de la PA periférica intra-HD, son pocos los datos respecto a las variaciones que ocurren con los parámetros de rigidez arterial y hemodinamia central durante la sesión de HD. **Objetivo.** Analizar de forma no invasiva los cambios en la rigidez arterial y la PA central durante la HD.

Métodos. Inmediatamente antes del inicio de la sesión de HD se colocó dispositivo oscilométrico para monitoreo ambulatorio de PA (MAPA, Mobil-O-Graph 24 h PWA) que permite además del registro de la PA periférica, la determinación de PAC, el IA y la velocidad de la onda de pulso (VOP) de forma ambulatoria. Se recogieron los antecedentes personales, medicación antihipertensiva y datos antropométricos de cada paciente. Todos los MAPAs se realizaron en la sesión de la mitad de la semana. Los monitores se programaron para registrar la PA cada 30 minutos durante 48 hs. El estudio cuenta con el aval del comité de ética y los participantes firmaron un consentimiento informado. Las variables continuas se describen según corresponda como media \pm (SD), mediana (RIC). **Resultados.** Al momento de este reporte se han reclutado 10 pacientes, 6/10 de sexo femenino, edad promedio 45.2 ± 11.9 años, mediana en HD 4.5 (3.6-15) años en tratamiento sustitutivo. La ganancia interdiálítica fue 2.9 ± 1.3 Kg. La tabla muestra los valores de PA sistólica (pre-HD, mitad de sesión y post-HD), periféricos y centrales. La VOP fue de 6.29 ± 1.02 m/seg al inicio y de 5.85 ± 0.77 m/seg al final de la sesión. El IA inicial fue de 14.1 ± 5.1 , disminuyendo a 23.4 ± 13.7 al final de la sesión.

PA sistólica (mmHg)	Registro Periférico	Registro Central
Pre-HD	134.2 \pm 25.8	123.0 \pm 18.0
Mitad de sesión	116.9 \pm 32.9	102.3 \pm 25.9
Post - HD	118.8 \pm 34.6	99.7 \pm 29.1

Conclusiones. El estrés hemodinámico secundario a la HD se ha asociado a un aumento en la mortalidad. La evaluación de los parámetros hemodinámicos centrales y la PA central sugiere que estos pacientes experimentan cambios en las resistencias vasculares y la rigidez arterial en cada sesión de HD que podrían relacionarse a mayor riesgo vascular a largo plazo.

35 Hipertensión Maligna: complicación grave y poco conocida de la Nefropatía IgA.Cabrera J.^{1,2}, Sevillano A¹, Gutiérrez E¹, Morales E¹, Mérida E¹, Hernández E¹, Praga M¹.
⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España. ⁽²⁾ Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay.

Introducción. Las alteraciones del sedimento urinario asociadas a brotes de macrohematuria son la presentación característica de la Nefropatía IgA (Nef IgA). Algunos pacientes tienen presentaciones atípicas, por ejemplo con Hipertensión Maligna (HTAM). Si bien, casi todas las nefropatías parenquimatosas pueden generar Hipertensión (HTA), sólo algunas se asocian con el desarrollo de HTAM. El grupo de pacientes con Nef IgA e HTAM se ha investigado poco y la información sobre las características, vínculo patogénico, evolución y tratamiento es escasa. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que analizamos 13 pacientes con Nef IgA confirmada histológicamente e HTAM (HTA severa asociada a retinopatía HTA grado III/IV) con un seguimiento regular en el servicio. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas. Se revaloraron todas las biopsias renales. El end point primario fue la sobrevida renal definida como la ausencia de tratamiento sustitutivo renal. **Resultados:** La mayoría eran varones (84%) y jóvenes, con una edad media al inicio de 37 ± 12 años. Tenían antecedente de HTA 11/13 (84%), y 4 de episodios de macrohematuria. Al diagnóstico: la PAS/PAD media fue $219 \pm 32/132 \pm 18$ mmHg, la Crpl, el eGFR y la proteinuria fueron de 4.7 ± 3.1 mg/dl, 16 (8-34) ml/min/1.73m² y 1.7 (0.8-3.3) g/d, respectivamente. Todos tenían microhematuria. En 2 (15%) la macrohematuria fue concomitante con la HTAM. Ninguno presentó elementos humorales de microangiopatía trombótica (MAT). La biopsia renal se realizó en los 2 meses siguientes al debut en 10/13 pacientes (77%). Todos tenían proliferación mesangial, 11 (84%) presentaban glomerulosclerosis y 4 (30%) lesiones de MAT. Todos recibieron bloqueantes del eje Renina Angiotensina y 2 un curso breve de Prednisona. El tiempo medio de seguimiento fue de 76 ± 85 meses. Al final del mismo, 10 pacientes habían ingresado a diálisis, 1 había fallecido por ACV isquémico y los 2 restantes tenían un FG de 30 y 31 ml/min/1.73m². Ningún paciente mejoró la función renal. Los 2 pacientes que recibieron esteroides evolucionaron a la IRE. La sobrevida renal por Kaplan Meier fue de 69% y 35% a los 3 y 6 años respectivamente. En la evolución, 6 pacientes recibieron un trasplante renal, en 4 se confirmó la recidiva de la Nef IgA y uno desarrolló un nuevo episodio de MAT coincidente con un embarazo.

Conclusiones: La HTAM es una complicación poco conocida de la Nef IgA con muy mal pronóstico. Dado que en los pacientes con HTAM no se realiza la biopsia renal de rutina, es probable que un número significativo de Nef IgA quede sin diagnóstico. Debemos sospecharla especialmente en pacientes jóvenes, con alteraciones del sedimento urinario, sin elementos que sugieran otras causas secundarias de HTA.

33 COMPARACIÓN ENTRE LDL Y NO HDL COLESTEROL PARA PREDECIR MUERTE CARDIOVASCULAR ISQUEMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC) NO EN DIÁLISIS.Santiago J¹, Seija M¹, Benencio S¹, Mazzuchi N¹, Schwedt E¹, Gadola L^{1,2}, Noboa O¹, Rios P¹¹ Programa de Salud Renal (PSR), ² Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. ³ Asociación Española Primera en Salud.

El LDLc como predictor de enfermedad cardiovascular (ECV) es de menor valor en etapas avanzadas de la ERC. El colesterol no-HDL (no HDLc) puede ser mejor predictor al igual que ocurre en las personas con diabetes mellitus o síndrome metabólico. **Objetivo:** Comparar no HDLc y LDLc como predictores de muerte CV isquémica en pacientes con ERC no en diálisis. **Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico y descriptivo de pacientes con ERC con al menos dos años de seguimiento. La muerte cardiovascular isquémica (MCVI) se definió como muerte coronaria, stroke o por arteriopatía periférica. LDLc y no HDLc: promedio de primera y última consulta. Estadísticos: test de Student para comparar medias, curvas ROC e índice de Youden para cálculo de punto de mayor sensibilidad y especificidad de LDLc y no HDLc. Con consentimiento informado al ingreso al PSR. **Resultados:** Se analizaron 2791 pacientes con dos o más años de seguimiento (47.8 ± 15 meses) en los cuales se produjeron 21 MCVI (11,3% del total de fallecidos). Al ingreso: edad 66 ± 14 años, sexo masculino 51.6%, diabéticos 37.7%, fumadores 12.8%, con comorbilidad cardiovascular previa 35.2%. Filtrado glomerular CKD-EPI (FG) 47 ± 23 ml/min, proteinuria mayor de 0,3 g/día: 20%, presión sistólica 140 ± 25 mmHg, diastólica 80 ± 14 mmHg, Colesterol 196 ± 47 mg/dl, LDL-c 113 ± 40 mg/dl, HDL-c 146 ± 46 mg/dl, TG 165 ± 106 mg/dl. Con estatinas (28%), sin estatinas (52.4%), estatinas discontinuas (19.6%). Comparación de medias: LDLc MCVI vs no: 124 ± 41 vs 113 ± 40 (NS), no HDLc 168 ± 49 vs 147 ± 47 (p 0,03). Curva ROC, área bajo la curva de LDLc para MCVI es 0,583 (CI 95% $0,455-0,711$) vs noHDLc para MCVI es 0,638 (CI95% $0,509-0,767$) NS. El índice de Youden de la escala continua para noHDL-c y MCVI arroja como punto de corte con mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad es 123 mg/dl. **Conclusiones:** El área bajo la curva para predecir MCVI fue mayor (aunque no significativamente) para noHDLc que LDLc. El test de Yuden determinó que 123 es el nivel de corte de noHDLc de mayor sensibilidad y especificidad para MCVI.

37 EPIDEMIOLOGIA DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN MEDICINA INTENSIVA.

Tejera D, Varela F, Acosta D, Figueroa S, Benencio S, Franco A, Masquil D, Assereto M, Bertullo M, Verga F, Verdaguer C, Villalba F, Limongi G, Cancela M. Asociación Española. Montevideo - Uruguay.

La injuria renal aguda (IRA) constituye un factor pronóstico asociado a mayor mortalidad en pacientes críticos. El objetivo del estudio es describir la epidemiología de la IRA en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente en el período noviembre 2012 a octubre 2013.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo y observacional incluyendo todos los pacientes que ingresaron a la UCI en el período de estudio. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables de interés, un análisis bivariado y un análisis multivariado para la incidencia de IRA y la mortalidad. Se definió y clasificó la IRA según los criterios Acute Kidney Injury Network (AKIN).

Aspectos éticos: El estudio cumplió con los criterios éticos de la institución en relación al manejo confidencial de la información y el cumplimiento de las normas internacionales.

Resultados y discusión: Se incluyeron 570 pacientes, sexo masculino 55,4%, edad media en años 65 con un desvío estándar (DE) ± 16 . La media de APACHE II fue de 19 y un DE ± 11 . Los motivos de ingreso más frecuentes fueron sepsis y/o infecciones graves 37,9%, neurocríticos 25%, politrauma 9,4% y otros 27,7%. Del total de pacientes, un 13,7% presentaban diagnóstico previo de enfermedad renal crónica y el 2,8% se encontraban en plan de hemodiálisis crónica. La incidencia de IRA fue de 52,8%. El 81,8% la presentaban previo al ingreso y el 18,2% la desarrollaron durante la estancia en la UCI. La clasificación de la IRA fue estadio 1 un 32,7%, estadio 2 un 20% y estadio 3 un 47,3%. El 18,1% requirió iniciar tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis. La mortalidad en el grupo con IRA fue de 43,7% y en el grupo sin IRA fue de 20,4% (p 0,002). Las alteraciones hidroelectrolíticas más frecuentes asociadas a la IRA fueron la hipercloremia 82,3% y la hipocalcemia 92,9%.

Conclusiones: La población de pacientes son de edad avanzada y graves evidenciada por el alto nivel de APACHE II. La incidencia de IRA es elevada y comparable a otras publicaciones. Se asocia de forma frecuente a alteraciones hidroelectrolíticas. Un porcentaje importante de pacientes con IRA requieren iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal. La IRA se asoció a mayor mortalidad.

38 Valor diagnóstico de IgG4 glomerular en la Nefropatía Membranosa.

Aunchayna MH¹, Gelabert B², Alba A¹, Campanella N¹, Ceretta L², Fernandez C², Rabaza V², Varela P², Ríos P²

¹ Servicio Anatomía Patológica.

² Servicio de Nefrología. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay.

En 2009 se identificó el receptor podocitario para la fosfolipasa A2 (PLA2R) como el antígeno principal de la nefropatía membranosa (NM) idiopática del adulto. La detección de AC circulates contra PLA2R es actualmente costosa. IgG4 glomerular es la subclase de IgG que mas frecuentemente se asocia a la presencia de AC anti PLA2R y puede ser una alternativa de menor costo para discriminar la NM primaria (NMP) de secundaria (NMS). **Objetivo.** Analizar el valor diagnóstico de IgG4 glomerular para diferenciar NMP y NMS. **Métodos.** Se detectó IgG4 glomerular mediante inmunohistoquímica con un anticuerpo monoclonal anti IgG4 revelado con diaminobencidina. Esta técnica se aplicó a biopsias renales de archivo con diagnóstico de NMP y NMS. Se consideró NMS cuando en la internación o en el seguimiento cercano se diagnosticó LES, HVB, HVC, lues o tumores sólidos. Se comparan medias por test de Student y proporciones por Chi². Todos tienen consentimiento informado. **Resultados.** En período 2002-2013 se procesaron 32 biopsias renales con diagnóstico de NM. En 23 de ellos se pudo acceder a la historia clínica, histología e inmunohistoquímica para IgG4. Once fueron NMP y doce NMS: LES 9, HVB 2, Carcinoma 1. Al momento de la biopsia NMP vs. NMS: edad 58±16 vs. 39±19 años (p<0,05), sexo masculino 72,7 vs 16,7% (p<0,05), FG CKDEPI 53±29 vs 67±27 ml/min (NS), proteinuria 5,0±2,3 vs. 3.1±2,5 g/d (NS), PAS 153±17 vs 130±19 mmHg (p<0,05), diabetes 4/11 vs 1/12 (NS). Inmunohistoquímica IgG4 positiva en NMP 10/11 y en NMS 2/12 (p=0,001). Sensibilidad 90,9%, Especificidad 83,3%. De las NMS fue IgG4 positiva: LES 1/9 y HVB 1/2. **Conclusiones.** La inmunohistoquímica para IgG4 es un método adicional y de costo accesible para discriminar NMP y NMS al momento de la biopsia. Presenta en este estudio una elevada sensibilidad y especificidad para diagnosticar NMP.

NOTAS

A series of horizontal dotted lines for writing notes.