



VII CONGRESO URUGUAYO DE NEFROLOGÍA

XIII Jornadas de **Enfermería en Nefrología**
IV Jornadas de **Psiconefrología**
V Jornada de **Nutrición en Nefrología**

14 al 16 de octubre de 2009 - Intendencia Municipal de Montevideo - Uruguay



AUTORIDADES DEL CONGRESO

COMITÉ ORGANIZADOR

Dra. Alicia Petraglia

Presidente

Dra. Anabella Rébora

Dr. Diego Tobal

Secretarios

Dra. Nieves Campistrús

Tesorera

Dra. Laura Fajardo

Vocal

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Pablo Ambrosoni

Dra. Hena Caorsi

Dra. Liliana Gadola

Dr. Francisco González

Dr. Nelson Mazzuchi

Dr. Oscar Noboa

Dra. Emma Schwedt

Dr. José Ventura

COMISIÓN DIRECTIVA SUN

Dra. Nieves Campistrús

Presidente

Dr. Claudio Oraziotti

Vicepresidente

Dra. Mariela Mautone

Secretaria

Dra. María García

Secretaria de Actas

Dr. Juan Carlos Díaz

Tesorero

Dra. Emma Schwedt

Dra. Teresita Llopart

Dra. Inés Olaizola

Comisión Fiscal

INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. Hernán Amartino

(Argentina)

Lic. Nut. Roxana Carreras

(Argentina)

Dr. Marcelo Chaves

(Argentina)

Dra. Jussara de Azambuja Loch

(Brasil)

Dra. Elisa Del Valle

(Argentina)

Dr. Tilman Drüeke

(Francia)

Dr. Eduardo Ducasse

(Argentina)

Dr. Michael Freundlich

(USA)

Dra. Vanda Jorgetti

(Brasil)

Lic. Enf. Ana María Kitlan

(Argentina)

Lic. Enf. Susana Marco

(Argentina)

Dr. Pablo Massari

(Argentina)

Dr. Sergio Mezzano

(Chile)

Dra. Alejandra Molano

(Colombia)

Dra. Adriana Peñalba

(Argentina)

Dr. Helmut Rennke

(USA)

ÍNDICE

Autoridades.....	Pág. 1
Invitados Extranjeros.....	Pág. 1
Auspicios.....	Pág. 3
Actividad Social.....	Pág. 3
Cronograma Científico – Sala Azul.....	Pág. 4
Cronograma Científico – Sala Roja.....	Pág. 5
<hr/>	
Programa Científico – Sala Azul	
Miércoles 14 de Octubre	Pág. 6
Jueves 15 de Octubre.....	Pág. 9
Viernes 16 de Octubre	Pág. 12
<hr/>	
Programa Científico – Sala Roja	
Miércoles 14 de Octubre	Pág. 15
Jueves 15 de Octubre.....	Pág. 16
Viernes 16 de Octubre	Pág. 17
<hr/>	
Información General	Pág. 19
<hr/>	
Resúmenes de Trabajos Científicos	
Posters	Pág. 20
Orales.....	Pág. 41
Enfermería.....	Pág. 45



VII CONGRESO URUGUAYO
DE **NEFROLOGÍA**

14 al 16 de octubre de 2009 - Intendencia Municipal de Montevideo - Uruguay

XIII Jornadas de **Enfermería en Nefrología**
IV Jornadas de **Psiconefrología**
V Jornada de **Nutrición en Nefrología**



AUSPICIOS

Academia Nacional de Medicina	Ministerio de Salud Pública
Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas	Sindicato Médico del Uruguay
Cátedra de Psicología Médica	Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
Colegio de Enfermeras del Uruguay	Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial
Escuela de Graduados	Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva
Facultad de Enfermería	Sociedad Uruguaya de Pediatría
Facultad de Medicina	Sociedad Uruguaya de Transplantes
Federación Médica del Interior	Sociedad Uruguaya de Urología
Fondo Nacional de Recursos	

ACTIVIDAD SOCIAL

Brindis de Bienvenida

Día: Miércoles 14 de Octubre de 2009

Hora: 20.00

Lugar: Foyer del Centro de Convenciones - IMM
Actuación de Club de Tobi

Cierre del VII Congreso Uruguayo de Nefrología y Entrega de Premios

Día: Viernes 16 de Octubre de 2009

Hora: 18.45

Palabras de la Dra. Nieves Campistrús
Presidente de la SUN

Salón Azul

Miércoles 14	Jueves 15	Viernes 16
07:30 - 08:30 Inscripciones	08:00 - 10:00 Curso Actualización en Glomerulopatías Coordinadores: <i>Dres. Nelson Acosta, Hena Caorsi, Oscar Noboa, Lydia Zampedri</i> Docente: <i>Dr. Helmut Renneke (USA)</i>	08:00 - 10:00 Curso Actualización en Glomerulopatías Coordinadores: <i>Dres. Nelson Acosta, Hena Caorsi, Oscar Noboa, Lydia Zampedri</i> Docente: <i>Dr. Helmut Renneke (USA)</i>
08:30 - 10:30 Curso Actualización en Glomerulopatías Coordinadores: <i>Dres. Nelson Acosta, Hena Caorsi, Oscar Noboa, Lydia Zampedri</i> Docente: <i>Dr. Helmut Renneke (USA)</i>	10:00 - 10:30 Descanso	10:00 - 10:45 Conferencia <i>Dr. Sergio Mezzano (Chile)</i> Cuándo y cómo tratar la Nefropatía IgA y la Glomerulopatía Membranosa Presidente: <i>Dra. Enriqueta Carbonell</i>
10:30 - 11:15 Conferencia <i>Dr. Nelson Mazzuchi</i> La Prevención de la Enfermedad Renal: Realidades y Perspectivas Presidente: <i>Dr. Alejandro Ferreiro</i>	10:30 - 12:00 Mesa Redonda Nefrolitiasis Coordinador: <i>Dr. Ben Szpinak</i> Secretaría: <i>Dra. Rosita Ferreiro</i> Integrantes: <i>Dres. Ben Szpinak, Michael Freundlich (USA), Elisa Del Valle (Argentina), Vanda Jorgetti (Brasil), José Badía</i>	10:45 - 11:15 Descanso
11:15 - 11:30 Descanso	12:00 - 13:30 Simposio: Clausen - Genzyme Calcificaciones Vasculares Dra. Adriana Peñalba (Argentina) Actualización de la enfermedad de Fabry en Nefrología Dr. Hernán Amartino (Argentina)	11:15 - 12:45 Mesa Redonda Actualización sobre la Anemia en la enfermedad Renal Crónica Coordinadora: <i>Dra. Nieves Campistrús</i> Secretaría: <i>Dra. Lydia Zampedri</i> Integrantes: <i>Dres. Liliana Chifflet, Marcelo Chaves (Argentina), Emma Schwedt, Tilman Drüeke (Francia)</i>
11:30 - 12:45 Sesión de Posters - 1 A - Transplante Renal Moderadores: <i>Dres. Nelson Dibello, Lilian Curi</i> B - Enfermedad Renal Crónica y Epidemiología Moderadoras: <i>Dras. Marcela Daglio, Carlota González</i>	13:30 - 14:00 Descanso	12:45 - 13:15 Descanso
12:45 - 13:45 Simposio: Abbott Metabolismo mineral y óseo en estadio 3-4 de ERC Dra. Adriana Peñalba (Argentina)	14:00 - 15:00 Mesa Redonda Diálisis Peritoneal Coordinadora: <i>Dra. Liliana Gadola</i> Secretaría: <i>Dra. Teresa Gómez</i> Integrantes: <i>Dres. Liliana Gadola, Adriana Molano (Colombia), Anabella Rébora</i>	13:15 - 14:15 Sesión de Posters - 3 A - Insuficiencia Renal Aguda Moderadoras: <i>Dras. Teresita Llopart, Cristina Fernández</i> B - Glomerulopatías, Hipertensión Arterial, Litiasis Moderadores: <i>Dres. Beatriz Gelabert, Pablo Ríos</i>
13:45 - 14:00 Descanso	15:00 - 15:30 Descanso	14:15 - 15:00 Conferencia <i>Dr. Pablo Massari (Argentina)</i> Complicaciones frecuentes del paciente con Transplante Renal. Su abordaje por el nefrólogo no especializado en transplante renal Presidente: <i>Dr. Sergio Orihuela</i>
14:00 - 17:00 Simposio: COMGAN - ISN Enfermedades Renales Hereditarias Coordinador: <i>Dr. Oscar Noboa</i> Secretaría: <i>Dra. Marisa Pinato</i> Integrantes: <i>Dres. Pablo Massari (Argentina), José Badano, Diego Tobal, Michael Freundlich (USA), Helmut Renneke (USA), Sergio Mezzano (Chile), Jussara de Azambuja Loch (Brasil)</i>	15:30 - 17:00 Mesa Redonda Metabolismo Mineral y Óseo Coordinador: <i>Dr. Pablo Ambrosioni</i> Secretaría: <i>Dra. Laura Fajardo</i> Integrantes: <i>Dres. Inés Olaizola, Michael Freundlich (USA), Vanda Jorgetti (Brasil), Tilman Drüeke (Francia)</i>	15:00 - 15:30 Descanso
17:00 - 17:30 Descanso	17:00 - 17:15 Descanso	15:30 - 17:00 Mesa Redonda Síndrome Metabólico Coordinador: <i>Dr. José Ventura</i> Secretaría: <i>Dra. Graciela Baldovinos</i> Integrantes: <i>Dres. Emma Schwedt, Oscar Noboa, José Ventura, Laura Delgado, Carlos Romero</i>
17:30 - 18:30 Sesión de Comunicaciones Orales - 1 Nefrología Experimental Moderadores: <i>Dres. Alejandro Ferreiro, Sergio Mezzano (Chile)</i>	17:15 - 18:30 Sesión de Posters - 2 A - Hemodiálisis Moderadores: <i>Dres. Laura Solá, Patricia Larre Borges, Adriana Pastorino, Arturo Altuna</i> B - Diálisis Peritoneal Moderadores: <i>Dres. Daniel Pérez, Enriqueta Carbonell</i>	17:00 - 17:45 Simposio: Baxter Baxter - Extraneal <i>Dra. Alejandra Molano (Colombia)</i>
18:30 - 19:15 Conferencia <i>Dr. Tilman Drüeke (Francia)</i> Control del metabolismo mineral y óseo en enfermedad renal crónica. La contribución de los modelos experimentales en animales Presidente: <i>Dr. Juan Fernández Cean</i>	18:30 - 19:30 Mesa Redonda Cuidados Paliativos en Nefrología Coordinadora: <i>Dra. Laura Schwartzmann</i> Secretaría: <i>Dra. Mariela Mautone</i> Integrantes: <i>Dres. Roberto Levin, Juan Dapueto, Jussara de Azambuja Loch (Brasil)</i>	17:45 - 18:45 Sesión de Comunicaciones Orales - 2 Trabajos Clínicos Seleccionados Moderadores: <i>Dres. Sergio Mezzano (Chile), Pablo Ambrosioni</i>
19:15 - 20:00 Conferencia <i>Dr. Francisco González</i> Los cambios en nuestra práctica nefrológica Presidente: <i>Dr. Marcelo Nin</i>		18:45 - 19:00
20:00 Brindis de Bienvenida		Ceremonia de Clausura - Entrega de premios

Salón Rojo

Miércoles 14	Jueves 15	Viernes 16
NUTRICIÓN	PSICOLOGÍA MÉDICA	ENFERMERÍA
	08:00 - 10:00 Mesa Temas Especiales Coordinadora: <i>Dra. Andrea Segovia</i> Participantes: <i>Dra. María Otero, Lic. Elena González, Rosario Pellicer</i>	08:00 - 09:00 Conferencia <i>Dr. E. Ducasse (Argentina)</i> Gestión de calidad en los servicios de salud
09:00 - 09:15 Apertura Jornadas		09:00 - 09:45 Taller Gestión de Calidad en Infecciones <i>Dr. E. Ducasse (Argentina)</i>
09:15 - 10:00 Trastornos disabsortivos en el paciente renal Coordinadora: <i>Lic. Nut. Gabriela Tálce</i> Participantes: <i>Dras. María Amelia Rocha, Gabriela González, Lic. Nut. Lucía Pérez Castells</i>	10:00 - 10:30 Descanso	09:45 - 10:45 Mesa Redonda Gestión de Calidad en los tratamientos sustitutivos de la función renal Coordinador: <i>Lic. Enf. Javier Bentancor</i> <i>Lic. Enf. M. Pérez, C. Phillips, G. Hekimian, F. Mastandrea</i>
10:00 - 10:30 Conferencia <i>Dr. Gianfranco Grompone</i> Probióticos y respuestas del huésped: Enfoques integrativos para aumentar la predictibilidad de los tests in vitro Presidente: <i>Lic. Nut. Sonia Dergazarián</i>		10:45 - 11:00 Descanso
10:30 - 11:00 Descanso	10:30 - 12:00 Estrés en los equipos de salud Coordinadora: <i>Lic. Berta Varela</i> Participantes: <i>Dra. Adriana Suárez, Lic. Verónica Nollenberger, Lic. Berta Varela</i>	11:00 - 12:00 Visita de posters
11:00 - 12:00 Mesa Control hídrico de pacientes en Hemodiálisis. Peso Seco Coordinadora: <i>Lic. Nut. Viviana Sandler</i> Participantes: <i>Dra. Analía Varela, Lic. Nut. Silvia Bancoff</i>		12:00 - 13:00 Descanso
12:00 - 14:00 Descanso	12:00 - 14:00 Descanso	13:00 - 14:00 Conferencia <i>Lic. Enf. A.M. Kitlan (Argentina)</i> Aspectos éticos en Programas de Gestión de Calidad en Enfermería Coordinadora: <i>Lic. Enf. Susana Marcos (Argentina)</i>
14:00 - 17:00 Mesa - Taller Nutrición y metabolismo fosfocálcico en el paciente con enfermedad renal crónica. Dificultades en la implementación y el cumplimiento de los planes de alimentación Coordinadora: <i>Lic. Nut. Sonia Dergazarián</i> Participantes: <i>Lic. Nut. Roxana Carreras (Argentina), Estela Arbiza</i>	14:00 - 17:00 Estrategias del equipo de salud para ayudar a los pacientes a desarrollar conductas adaptativas y adherirse al tratamiento Coordinadora: <i>Dra. Teresita Ceretti</i> Participantes: <i>Lic. Fátima Mastandrea, Carla Schwartzmann, Carla Francolino</i>	14:00 - 14:20 Cuidados de Enfermería en pacientes paratiroidectomizados <i>Lic. Enf. P. Ferrari</i> Coordinadora: <i>Lic. Enf. M. Miotti</i>
		14:30 - 14:50 Cómo vivir mejor con la Porfiria: Protocolos de Cuidados de Enfermería <i>Lic. Enf. M. Tritten, S. Graña, Aux. Enf. O. Gutiérrez</i> Coordinadora: <i>Lic. Enf. M. Pérez</i>
		15:00 - 15:15 Programa de Actividad Física en pacientes en Hemodiálisis <i>Lic. Enf. S. Sánchez</i> Coordinadora: <i>Lic. Enf. S. Fumero</i>
		15:20 - 15:30 Descanso
		15:30 - 16:30 Teatro Espontáneo
		16:45 - 17:00 Gestión de solicitud de Hierro y Eritropoyetina para usuarios de centro de hemodiálisis <i>Lic. Enf. G. Quintana</i> Coordinadora: <i>Lic. Enf. G. Pacheco</i>
		17:00 - 17:40 Mesa Redonda Protocolos de Acreditación en un Centro de Hemodiálisis <i>Lic. Enf. J. Bentancor, C. Tenca, M. R. Venner</i> Coordinadora: <i>Lic. Enf. F. Mastandrea</i>
		18:00 - 18:30 Evaluación y Sugerencias - Entrega de Premios

MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE

07.30 – 08.30 **Acreditaciones y Entrega de Material**

08.30 – 10.30 **Curso de Educación Médica Continua Acreditado por la Escuela de Graduados**

Actualización en Glomerulopatías

Docente Invitado: *Dr. Helmut Rennke (USA)*

Coordinadores: *Dr. Nelson Acosta*

Dra. Hena Caorsi

Dr. Oscar Noboa

Dra. Lydia Zampedri

08.30 – 09.00 **Patrones de lesión glomerular y su significación clínica**

Dr. Nelson Acosta

09.00 – 10.30 **Casos Clínicos**

Dr. Helmut Rennke (USA)

10.30 – 11.15 **Conferencia**

La Prevención de la Enfermedad Renal: Realidades y Perspectivas

Dr. Nelson Mazzuchi

Presidente: *Dr. Alejandro Ferreiro*

11.15 – 11.30 **Descanso**

11.30 – 12.45 **Sesión de Posters – 1**

A - Trasplante Renal

Moderadores: *Dr. Nelson Dibello – Dra. Lilián Curi*

Expertos: *Dr. Pablo Massari (Argentina) – Dr. Francisco González*

8: ESTUDIO DE ANTICUERPOS HLA EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL EN 2009

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

21: ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 1000 TR DEL INU EN HOSPITAL ITALIANO.

Orihuela S, Curi L, González G, Núñez N, Nin M, Kurdián M, Larre Borges P, Manzo L, González F.

22: DIABETES MELLITUS POST TRASPLANTE RENAL. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Manzo L, Orihuela N, Orihuela S, Curi L, Nin M, González F.

23: INDUCCIÓN EN TRASPLANTE RENAL. CUÁL ES EL MEJOR ESQUEMA?

Nin M, Orihuela S, Curi L, González F.

26: PREVALENCIA E IMPACTO DE HVC(+) EN TRASPLANTE RENAL (TR)

Orihuela S, Orihuela N, Curi L, Nin M, González F.

37: METABOLISMO MINERAL ÓSEO EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL FUNCIONANTE

Olaizola I, Orihuela N, Massobrio V, Nin M, Chichet A, Petraglia A, Alvarez A, Fajardo L, Mimbacas C, Caorsi H, Orihuela S, González P, Ambrosoni P.

54: DESARROLLO DEL TRASPLANTE RENAL EN URUGUAY

González-Martínez F, Orihuela S, Alvarez I, Dibello N, Curi L, Wimber E, Bengochea M, Toledo R, Mizraji R, Nesse E.

59: INMUNOMARCACIÓN DE VASOS LINFÁTICOS EN BIOPSIAS DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES, RESULTADOS PRELIMINARES

Melesi S, Panuncio A, Patey N, Mariño A, Noël L. H, Acosta G, Caorsi H.

70: PROTEINURIA ASOCIADA A EVEROLIMUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Cuñetti L, Nin M, Orihuela S, Curi L, González Martínez F.

84: ENFERMEDAD A CMV: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA SU APARICIÓN EN TRASPLANTE RENAL.

Nin M, Orihuela S, Curi L, González F.

MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE

11.30 – 12.45

Sesión de Posters – 1

B - Enfermedad Renal Crónica y Epidemiología

Moderadoras: *Dra. Marcela Daglio – Dra. Carlota González*

Expertos: *Dr. Marcelo Chaves (Argentina) – Dr. Nelson Mazzuchi*

6: DIÁLISIS Y TRASPLANTE. Prevalencia y descripción de costos. Departamento del Quindío Colombia
López F, Torres J, Serna J, Arango J.

7: PREVALENCIA DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL (TSFR) EN LATINOAMÉRICA

González M. C., Cusumano A. M, García García G.

9: RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA PARA EVITAR LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

Mazzuchi N, Schwedt E, Solá L, Ríos P, Lamadrid V.

13: METABOLISMO FOSFOCÁLCICO (MPCa) EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) Y PAPEL EN LA PROGRESIÓN

Solá L, De Souza N, Sans A.

14: PROGRAMA DE ESTANDARIZACIÓN DE CREATININA

Solá L, Ríos P, Raymondo S, Piana A, Grunwald M, Mazziota D, Schwedt E, Gadola L, Lamadrid V, Mazzuchi N.

27: EL NÚMERO DE NEFRÓLOGOS EN LATINOAMÉRICA (LA) Y LA PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EXTREMA (IRCE)

Cusumano A. M, Fernández Cean J. M.

38: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL EN LA ZONA OESTE DE COLONIA.

Chá M, Garra G, Aznarez S, Díaz F, Donanagello L, González A.

53: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) PROGRAMA DE NEFROPREVENCIÓN (PN)

Barberán M, Carrasco A, Poggio V, Caorsi H.

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

Ríos P, Gadola L, Solá L, Lamadrid V, Schwedt E, Mazzuchi N.

66: ACIDOSIS METABÓLICA EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Astesiano R, Cabrera J, Nalerio J, Márquez M, González F, Noboa O, Gadola L.

67: POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE. VOLUMEN RENAL Y FUNCIÓN RENAL

Tobal D, Olascoaga A, Rodríguez Parodi M, Malacrida L, Petraglia A, Noboa O.

77: GRUPOS NUTRICIONALES EN EL PROGRAMA DE SALUD RENAL

Ríos P, Suárez G, Schwedt E, Solá L, Lamadrid V, Gadola L, Mazzuchi N.

82: FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO A DIÁLISIS CRÓNICA EN URUGUAY

Romero J, Ferreiro A, González C, Solá L, Schwedt E, Mazzuchi N.

12.45 – 13.45

Simposio Satélite: Laboratorio Abbott

Metabolismo mineral y óseo en estadio 3 y 4 de Enfermedad Renal Crónica

Dra. Adriana Peñalba (Argentina)

13.45 – 14.00

Descanso

MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE



14.00 – 17.00

Simposio COMGAN - ISN

Enfermedades Renales Hereditarias

Coordinador: *Dr. Oscar Noboa*
Secretaría: *Dra. Marisa Pinato*

Introducción

Dr. Pablo Massari (Argentina)

14.00 – 14.20

Cilio y enfermedad quística

Dr. José Badano

14.20 – 14.30

Preguntas

14.30 – 14.50

Estado actual de la poliquistosis renal autosómica dominante

Dr. Diego Tobal

14.50 – 15.00

Preguntas

15.00 – 15.20

Síndrome nefrótico del niño, aspectos genéticos

Dr. Michael Freundlich (USA)

15.20 – 15.30

Preguntas

15.30 – 15.50

Esclerosis glomerular focal y segmentaria familiar

Dr. Helmut Rennke (USA)

15.50 – 16.00

Preguntas

16.00 – 16.20

Nuevos aspectos de la nefropatía diabética

Dr. Sergio Mezzano (Chile)

16.20 – 16.30

Preguntas

16.30 – 16.50

Aspectos éticos

Dra. Jussara de Azambuja Loch (Brasil)

16.50 – 17.00

Preguntas

17.00 – 17.30

Descanso

17.30 – 18.30

Sesión de Comunicaciones Orales - 1

Nefrología Experimental

Moderadores: *Dr. Sergio Mezzano (Chile) – Dr. Alejandro Ferreiro*

20: INDUCCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE PRECURSORES DE ONOO- Y NITRACIÓN PROTEICA EN CÉLULAS TUBULARES HUMANAS

Boggia J, Márquez M, Romero N, López A, Trostchansky A, Cassina A, Rubbo H, Noboa O.

33: LA INHIBICIÓN DE mTOR CON EVEROLIMUS DISMINUYE LA PRODUCCIÓN DE TGF β EN EL MODELO DE NEFRECTOMÍA 5/6

Kurdián M, Herrero-Fresneda I, Lloberas N, Giménez-Bonafe P, Grande M. T, González-Martínez F, López-Novoa J.M, Grinyó J. M, Noboa O.

47: EFECTO DEL CITRATO DE CALCIO SOBRE LA RESPIRACIÓN MITOCONDRIAL EN MODELOS ANIMALES EXPERIMENTALES

Gadola L, Rodríguez M, Rodríguez M.J, Luzardo L, Márquez M, Boggia J, Vallega A, Cassina A.

48: ENDOTELINA INDUCE TRANSICIÓN EPITELIO MESENQUIMAL EN LAS CÉLULAS TUBULARES HUMANAS (HK2) EN CULTIVO

Gadola L, Rodríguez Cabalgante M.J, Luzardo L, Márquez M, Ravaglio S.

50: LA INHIBICIÓN DE LA VÍA DEL ÓXIDO NÍTRICO (NO) DISMINUYE LA INTENSIDAD DE LA INJURIA RENAL AGUDA SÉPTICA Y SE ASOCIA CON DISMINUCIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL ARNM DE LA INOS.

Seija M, Baccino C, Noboa O, Lorente J. A, Esteban A, Nin N.

62: LA ACIDOSIS INDUCE TRANSICIÓN EPITELIO-MESENQUIMAL Y SECRECIÓN DE TRANSFORMING GROWTH FACTOR BETA EN CÉLULAS TUBULARES PROXIMALES HUMANAS EN CULTIVO

Rodríguez Cabalgante M.J, Gadola L, Luzardo L, Márquez M.N, Boggia J.

18.30 – 19.15

Conferencia

Control del metabolismo mineral y óseo en Enfermedad Renal Crónica. La contribución de los modelos experimentales en animales

Dr. Tilman Drüeke (Francia)

Presidente: *Dr. Juan Fernández Cean*

19.15 – 20.00

Conferencia

Los cambios en nuestra práctica nefrológica

Dr. Francisco González

Presidente: *Dr. Marcelo Nin*

20.00

Brindis de Bienvenida

JUEVES 15 DE OCTUBRE

- 08.00 – 10.00 **Curso de Educación Médica Continua Acreditado por la Escuela de Graduados
Actualización en Glomerulopatías**
Docente Invitado: *Dr. Helmut Rennke (USA)*
Coordinadores: *Dr. Nelson Acosta*
Dra. Hena Caorsi
Dr. Oscar Noboa
Dra. Lydia Zampedri
- 08.00 – 09.30 **Casos Clínicos**
Dr. Helmut Rennke (USA)
- 09.30 – 10.00 **Conferencia: El riñón en las disproteinemias**
Dr. Helmut Rennke (USA)
- 10.00 – 10.30 **Descanso**
- 10.30 – 12.00 **Mesa Redonda
Nefrolitiasis**
Coordinador: *Dr. Ben Szpinak*
Secretaria: *Dra. Rosita Ferreiro*
- 10.30 – 10.40 **Litiasis en el Uruguay**
Dr. Ben Szpinak
- 10.40 – 11.00 **Hipercalcemia en el niño**
Dr. Michael Freundlich (USA)
- 11.00 – 11.20 **Impacto del sobrepeso y obesidad en los pacientes con nefrolitiasis**
Dra. Elisa Del Valle (Argentina)
- 11.20 – 11.40 **Repercusión ósea del paciente con litiasis**
Dra. Vanda Jorgetti (Brasil)
- 11.40 – 11.55 **Tratamiento: Litotricia en el Uruguay**
Dr. José Badía
- 11.55 – 12.00 **Preguntas**
- 12.00 – 13.30 **Simposio Satélite: Laboratorios Clausen - Genzyme**
- 12.00 – 12.45 **Calcificaciones Vasculares**
Dra. Adriana Peñalba (Argentina)
- 12.45 – 13.30 **Actualización de la enfermedad de Fabry en Nefrología**
Dr. Hernán Amartino (Argentina)
- 13.30 – 14.00 **Descanso**
- 14.00 – 15.00 **Mesa Redonda
Diálisis Peritoneal**
Coordinadora: *Dra. Liliana Gadola*
Secretaria: *Dra. Teresa Gómez*
- 14.00 – 14.05 **Introducción.**
Dra. Liliana Gadola
- 14.05 – 14.20 **Diálisis peritoneal e inflamación**
Dra. Alejandra Molano (Colombia)
- 14.20 – 14.35 **Diálisis peritoneal en pediatría**
Dra. Anabella Rébori
- 14.35 – 14.50 **Diálisis peritoneal en insuficiencia cardíaca y hepatopatía crónica**
Dra. Alejandra Molano (Colombia)
- 14.50 – 15.00 **Preguntas**
- 15.00 – 15.30 **Descanso**

JUEVES 15 DE OCTUBRE

- 15.30 – 17.00 **Mesa Redonda**
Metabolismo Mineral y Óseo
Coordinador: *Dr. Pablo Ambrosioni*
Secretaría: *Dra. Laura Fajardo*
- 15.30 – 15.45 **Alteraciones de metabolismo mineral y óseo: Situación en Uruguay**
Dra. Inés Olaizola
- 15.45 – 16.00 **Vitamina D y renoprotección en Insuficiencia Renal Crónica**
Dr. Michael Freundlich (USA)
- 16.00 – 16.15 **La influencia de los distintos factores en la patología ósea en el paciente con enfermedad renal crónica**
Dra. Vanda Jorgetti (Brasil)
- 16.15 – 16.35 **Hiperfosforemia y riesgo cardiovascular**
Dr. Tilman Drüeke (Francia)
- 16.35 – 17.00 **Preguntas**
- 17.00 – 17.15 **Descanso**
- 17.15 – 18.30 **Sesión de Posters – 2**
A - Hemodiálisis
Moderadores: *Dra. Laura Solá – Dra. Patricia Larre Borges – Dra. Adriana Pastorino – Dr. Arturo Altuna*
Expertos: *Dr. Tilman Drüeke (Francia) – Dr. Juan Fernández-Cean*
- 2: PROMOVRIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**
Aquino L, Alvarez Y.
- 5: PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y ESTÍMULO DE HÁBITOS SALUDABLES EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS**
Ferreiros R, Sánchez S, García J, Aquino L, Rodríguez K.
- 15: CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN HEMODIÁLISIS NOCTURNA (HDN) Y CONVENCIONAL (HDC) MEDIANTE MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)**
Pastorino A, Boghossian S, Cuadro L, Orihuela L, Rucks J, Solá L.
- 16: CONTROL DE LA ANEMIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA.**
Campistrús M.N, Iglesias S, Gómez T.
- 17: BÚSQUEDA DE AFECTADOS CON LA ENFERMEDAD DE FABRY EN INDIVIDUOS VARONES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA.**
Roselli M.J, Pizzo L, Lemes A, Dibello N, Quadrelli R.
- 28: MORBILIDAD Y MORTALIDAD (MM) Y ACCESOS VASCULARES (AV) EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA (HDC)**
Fernández-Cean J, Baldovinos G, Stein A, Zampedri L, Matonte V, Varela A, Garau M, Olaizola I, González C, López R, De Joaquín G, Pinato M, Petraglia A, Carbonell E.
- 31: BROTE A SERRATIA MARCESCENS EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS**
Romero J, Chifflet L, Fagúndez S, Ferreiro A, González F, Hernández N, Moreira M, Lindner C, Bazet C, Seija V, Insignares J.
- 35: METABOLISMO MINERAL Y ÓSEO EN PACIENTES EN DIÁLISIS EN URUGUAY.**
Olaizola I, Petraglia A, Caorsi H, Ambrosioni P, González C, Fajardo L, Alvarez A, Mimbacas C.
- 36: ZAPHYRO. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRATAMIENTO CON PARICALCITOL INYECCIÓN DURANTE 6 MESES EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN DIÁLISIS.**
Ambrosioni P, Olaizola I, Caorsi H, Fajardo L, Ferreiro A, Campistrús N, Petraglia A, González O, Romero J, Sáez L, Miller D, Mimbacas C.
- 44: IMPACTO DEL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS PACIENTES EN DIÁLISIS CRÓNICA. ESTUDIO PILOTO**
Gadola L, Chifflet L, Romero J, Sáez L, Gauronas W, Petraglia A, Da Fonseca F, Fumero S, Búcalo P, Poggi C, Samudio M, Ferreiro A, Phillips C.
- 49: INFLUENCIA DE LA DOSIS DE HIERRO SOBRE PARÁMETROS FÉRRICOS Y HEMOGLOBINA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA**
Campistrús M.N, Iglesias S, Gómez T.
- 58: TUMOR PARDO VERTEBRAL Y PARAPLEJIA PROGRESIVA EN UN PACIENTE EN DIÁLISIS: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO.**
Márquez M.N, Cabrera J, Pereira D, Mañana G, González F, Noboa O.
- 60: PORFIRIA CUTÁNEA EN HEMODIÁLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO**
Larre Borges P, Di Fabio M, Perg N, Labella M, Curi L, Giorello R, Núñez N, Sterankas A, Orihuela S.

68: UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS CENTROS DE DIÁLISIS

Zampedri L, Gómez T, Pérez M, Tritten M, Leiva G, Berardo S, Hekimian G, González C.

69: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DEL AGUA PARA HEMODIÁLISIS. MÉTODO Y RESULTADOS.

Gómez T, Quintana G, Irisarri M, Irisarri F, Campistrús M. N.

75: HEMODIÁLISIS NO CONVENCIONAL: PACIENTES Y RESULTADOS

Campistrús M.N, Zinno E, Gómez T.

80: EVALUACIÓN DEL SÍNDROME MALNUTRICIÓN-INFLAMACIÓN EN PACIENTES TRATADOS CON HEMODIÁLISIS CRÓNICA (HDC)

Chichet M. A, Pereira M, Thomas C, Nan M. N, Velázco G, Ferreiro A.

83: TAMIZAJE DEL VIRUS DE HEPATITIS C POR rtPCR (POOL) EN PACIENTES EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO CRÓNICO

Ferreiro A, Bentancor J, Bentancor R, Ferreira S, Juan V, Tedesco S, Sanguinetti C.

17.15 – 18.30 **Sesión de Posters – 2**

B - Diálisis Peritoneal

Moderadores: *Dr. Daniel Pérez – Dra. Enriqueta Carbonell*

Expertos: *Dr. Michael Freundlich (USA) – Dra. Liliana Gadola*

19: PERITONITIS ESCLEROSANTE, UNA GRAVE COMPLICACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL

Orihuela N, Ferrari A, Gadola L, González F.

29: TRATAMIENTO EXITOSO DE PERITONITIS ESCLEROSANTE CON TAMOXIFENO

Pastorino A, Díaz A, Techera M. R, Sans A, Alvarez I, Schwedt E.

30: DIÁLISIS PERITONEAL (DP) DE INICIO: INGRESO NO COORDINADO

Solá L, Sans A, Orihuela L, Noboa O.

32: EVOLUCIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL EN URUGUAY

Solá L, González C, Ferreiro A, Schwedt E, Romero J, Mazzuchi N.

46: PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL

Chifflet L, Costa L, Cuñetti L, Dabossio M, Forselledo M, Gadola L, Gómez T, Heckimian G, Laborda R, López G, Mastandrea F, Orihuela L, Pérez D, Poggi C, Sans A, Solá L, Torres E.

55: PROCESO DE GESTIÓN DE UN CENTRO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Pérez D, Burgstaller E, Alegre S, Canón A, Hekimian G, Vieira M, Búcalo P, Benítez M, Bancharo A, Chain S, Gómez R, Leiva P, Díaz M, Bracco M, Benedetti P.

57: COMPLICACIONES DEL CATÉTER PERITONEAL DEL PRIMER MES

Pérez D, Canon A, Gadola L, Solá L, Gómez T, Chifflet L, Rébora A, Forselledo M, Ferreiro A, Orihuela L.

18.30 – 19.30 **Mesa Redonda**

Cuidados paliativos en Nefrología

Actividad conjunta con Psicología Médica

Coordinadora: *Dra. Laura Schwartzmann*

Secretaría: *Dra. Mariela Mautone*

18.30 – 18.45 **Cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia renal**

Dr. Roberto Levin

18.45 – 19.00 **Cuidados paliativos en nefrología. Aportes desde la psicología médica**

Dr. Juan Dapuzo

19.00 – 19.15 **Aspectos bioéticos**

Dra. Jussara de Azambuja Loch (Brasil)

19.15 – 19.30 **Preguntas**

VIERNES 16 DE OCTUBRE

- 08.00 – 10.45 **Curso de Educación Médica Continua Acreditado por la Escuela de Graduados**
Actualización en Glomerulopatías
Docente Invitado: *Dr. Helmut Rennke (USA)*
Coordinadores: *Dr. Nelson Acosta*
Dra. Hena Caorsi
Dr. Oscar Noboa
Dra. Lydia Zampedri
- 08.00 – 10.00 **Casos Clínicos**
Dr. Helmut Rennke (USA)
Dra. Hena Caorsi
Dr. Oscar Noboa
- 10.00 – 10.45 **Conferencia: Cuándo y cómo tratar la Nefropatía IgA y la Glomerulopatía membranosa**
Dr. Sergio Mezzano (Chile)
Presidente: Dra. Enriqueta Carbonell
- 10.45 – 11.15 **Descanso**
- 11.15 – 12.45 **Mesa Redonda**
Actualización sobre la Anemia en la Enfermedad Renal Crónica
Coordinadora: *Dra. Nieves Campistrús*
Secretaria: *Dra. Lydia Zampedri*
- 11.15 – 11.30 **Control de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica en el Uruguay**
Dra. Liliana Chifflet
- 11.30 – 11.45 **Alteración de la eritropoyesis en insuficiencia renal crónica vinculable a intoxicación subclínica por aluminio**
Dr. Marcelo Chaves (Argentina)
- 11.45 – 12.00 **Variabilidad de la hemoglobina en paciente con enfermedad renal crónica**
Dra. Emma Schwedt
- 12.00 – 12.20 **Objetivo del tratamiento de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica**
Dr. Tilman Drüeke (Francia)
- 12.20 – 12.45 **Preguntas**
- 12.45 – 13.15 **Descanso**
- 13.15 – 14.15 **Sesión de Posters - 3**
A - Insuficiencia Renal Aguda
Moderadoras: *Dra. Teresita Llopart – Dra. Cristina Fernández*
Expertos: *Dr. Michael Freundlich (USA) – Dr. Raúl Lombardi*
- 1: NEFROPATÍA AGUDA POR FOSFATOS. Una causa poco reconocida de falla renal crónica**
Torres J, Serna J, Flórez A, Moreno M, Gómez M. E.
- 12: FRACASO RENAL AGUDO CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO. 18 AÑOS DE REGISTRO. PREVENCIÓN INDIVIDUALIZADA A LA COMUNIDAD**
Subiza K, Pereira D, Tognola C, Dibello N, Wibmer E.
- 40: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS POR CONSUMO DE COCAÍNA**
Ferrari A, Orihuela N, Pascale A, Gadola L, González F.
- 41: FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN DIÁLISIS PERITONEAL.**
Rébori A, Verocay C, Ramela V, Picheli E, Bosch G, Grunberg J.
- 42: DIÁLISIS PERITONEAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FALLA RENAL AGUDA**
Verocay M.C, Rébori A, Ramela V, Picheli E, Bosch G, Grunberg G.
- 56: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**
Campeas G, Larre Borges P, Robaina R, González M, Bertucci G, Andrade R, Garra G, Forselledo M.
- 74: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA**
Astesiano R, González F, Noboa O.

VIERNES 16 DE OCTUBRE

78: INJURIA RENAL AGUDA POR COMPRESIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. Puesta punto de un modelo animal en nuestro medio
Luzardo L, Rodríguez Cabalgante M.J, Cassina A, Gadola L, Vallega A.

79: CUÁL ES EL SIGNIFICADO DE LA REDUCCIÓN DE LA CREATININEMIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA?
Lombardi R, Ferreiro A.

13.15 – 14.15 **Sesión de Posters - 3**

B - Glomerulopatías, Hipertensión Arterial, Litiasis

Moderadores: *Dra. Beatriz Gelabert – Dr. Pablo Ríos*

Expertos: *Dr. Helmut Rennke (USA) – Dra. Hena Caorsi*

3: NEFROPATÍA POR ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RELACIÓN CON LA PERSISTENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS.

Silvariño R, Espinosa G, Arrizabalaga P, Sant F, Solé M, Alonso J, Cervera R.

4: VASCULITIS RETINIANA Y GLOMERULONEFRITIS EXTRACAPILAR PAUCI INMUNE COMO MANIFESTACIONES ATÍPICAS EN EL SÍNDROME DE CHURG STRAUSS ANCA NEGATIVO. REPORTE DE CASO

Hernández Santos J.C, Varela Gutiérrez J.A, Solano Ramírez A, Garzón García A, Morales Méndez P.R.

11: HIPEROXALURIA: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

Halty M, Caggiani M, Montano A.

18: POLIRADICULONEUROPATÍA DESMIELINIZANTE CRÓNICA ASOCIADA A GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA

Menéndez J, Castrillón C, Ferreiro R, Chá M.

25: PROTEINURIA NEFRÓTICA MANTENIDA EN UN CASO DE SÍNDROME UNGUEO-PATELAR (NAIL-PATELLA SYNDROME-NPS).

Oraziotti C, Noboa O, Acosta N, Varela A.

34: APLICABILIDAD DE SCORE EN GLOMERULOPATÍAS PRIMARIAS

Ríos P, Gelabert B, Aunchayna M, Panuncio A, Alba A, Dell'Oca N, Fernández C, Varela P.

39: HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA FAMILIAR. ESTUDIO PILOTO

Peydro M, González X, Ottati C, González F, Roche L, Gadola L.

43: VISIBILIDAD DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA URUGUAYA EN NEFROLOGÍA – 1999/ 2009

Forster T.A, Petraglia A.

45: EVALUACIÓN DE LA PROGRESIÓN FUNCIONAL Y LESIONAL EN GLOMERULOPATÍAS CRÓNICAS A LOS 12 MESES DE CONTROL.

Duque S, Gadola L, Ferreiro A, Panuncio A, Melesi S, Vallega A, Malacrida L, Velázco G, Roselló A, Caorsi H.

61: FACTORES DE RIESGO DE LITOGÉNESIS

Orihuela L, Audicio P, Servetto C, Alvarez V, Zeballos J, Chopitea A, Sans A, Solá L, Noboa O.

71: PRECLAMPSIA ASOCIADA A MOLA HIDATIFORME INCOMPLETA (EMBRIONADA) A LAS 16 SEMANAS DE GESTACIÓN

Cuñetti L, González X, Baccino C, Ohloeguy P, Panuncio A, Melesi S, Gadola L, Noboa O, González Martínez F, Ferreiro A.

72: NEFROPATÍA C1Q, UNA RARA VARIANTE DE NEFROPATÍA POR GRANDES DEPÓSITOS

Cuñetti L, Baccino C, González X, Panuncio A, Melesi S, Olivera A, Gadola L, Noboa O, González Martínez F, Ferreiro A.

73: HIPERTENSIÓN SECUNDARIA. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Luzardo L, Ferrari A, Seija M, Chiarella M, Alonso C, Noboa O.

76: EVOLUCIÓN DE LA NEFROPATÍA MEMBRANOSA A LA ENFERMEDAD RENAL EXTREMA. FACTORES PRONÓSTICOS

Cordero R, Cuñetti L, Ferreiro A, Ferrari A, Peydro G, González X, Dell' Oca N, Espíndola P, Santiago J, Gadola L, Mazzuchi N, Caorsi H, González Martínez F, Noboa O.

VIERNES 16 DE OCTUBRE

- 14.15 – 15.00 **Conferencia**
Complicaciones frecuentes del paciente con transplante renal. Su abordaje por el nefrólogo no especializado en transplante renal
Dr. Pablo Massari (Argentina)
Presidente: *Dr. Sergio Orihuela*
Situación del transplante renal en Uruguay
Auspicia: Fundación Laura Rodríguez Juanicó
- 15.00 – 15.30 **Descanso**
- 15.30 – 17.00 **Mesa Redonda**
Síndrome Metabólico
Coordinador: *Dr. José Ventura*
Secretaria: *Dra. Graciela Baldovinos*
- 15.30 – 15.45 **Obesidad e Hipertensión Arterial: dos caras de la misma moneda**
Dra. Emma Schwedt
- 15.45 – 16.00 **Mecanismos patogénicos implicados en el Síndrome Metabólico**
Dr. Oscar Noboa
- 16.00 – 16.15 **Daño renal en el Síndrome Metabólico**
Dr. José Ventura
- 16.15 – 16.30 **Síndrome Metabólico en edad pediátrica. Diferencias con el adulto**
Dra. Laura Delgado
- 16.30 – 16.45 **Tratamiento**
Dr. Carlos Romero
- 16.45 – 17.00 **Preguntas**
- 17.00 – 17.45 **Simposio Satélite: Laboratorio Baxter**
Baxter - Extraneal
Dra. Alejandra Molano (Colombia)
- 17.45 – 18.45 **Sesión de Comunicaciones Orales - 2**
Trabajos clínicos seleccionados
Moderadores: *Dr. Sergio Mezzano (Chile) – Dr. Pablo Ambrosioni*
- 10: ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DIALÍTICO EN URUGUAY**
Schwedt E, González M.C, Ferreiro A, Solá L, Mazzuchi N.
- 24: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PRIMEROS 28 TRASPLANTES RENO-PANCREÁTICOS (TRP)**
Orihuela S, López D, Nin M, Serra P, Andreoli G, Pose J, Gadola L, Cazaban L, Silva W, Manzo L, Kurdián M, Chifflet L, Larre Borges P, Dutto G, González F.
- 63: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MEDICINA PREVENTIVA**
Daglio M, De los Angeles C, Córdoba M, Ciccardini P, Grillo M.J, Pedoja R, Ribeiro L, Burgel L, Thomas C, Pereira M, Quintana J.
- 81: PREVENCIÓN DE LA IRA MEDIANTE ESTRATEGIA DE CIRUGÍA CORONARIA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. ESTUDIO DE COHORTE AJUSTADO A RIESGO**
Ferreiro A, Lombardi L.
- 85: VASCULITIS: CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES**
Caorsi H, Santiago J, González C, Petrides G, Labella M, Petraglia A.
- 18.45 – 19.00 **Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios**
Dra. Nieves Campistrús
Presidente de la Sociedad Uruguaya de Nefrología (SUN)

MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE

Jornadas de Nutrición

- 09.00 – 09.15 **Apertura**
- 09.15 – 10.00 **Trastornos Disabsortivos en el paciente renal**
Coordinadora: *Lic. Nut. Gabriela Tálce*
Participantes: *Dra. María Amelia Rocha*
Lic. Nut. Lucía Pérez Castells
Dra. Gabriela González
- 10.00 – 10.30 **Conferencia**
Probióticos y respuestas del huésped: Enfoques integrativos para aumentar la predictibilidad de los tests in Vitro
Dr. Gianfranco Grompone
- 10.30 – 10.00 **Descanso**
- 11.00 – 12.00 **Mesa**
Control hídrico de pacientes en hemodiálisis. Peso seco
Coordinadora: *Lic. Nut. Viviana Sandler*
Participantes: *Dra. Analía Varela*
Lic. Nut. Silvia Bancoff
- 12.00 – 14.00 **Descanso**
- 14.00 – 17.00 **Mesa – Taller**
Nutrición y metabolismo fosfocálcico en el paciente con Enfermedad Renal Crónica. Dificultades en la implementación y el cumplimiento de los planes de alimentación
Coordinadora: *Lic. Nut. Sonia Dergazarián*
Participantes: *Lic. Nut. Roxana Carreras (Argentina)*
Lic. Nut. Estela Arbiza

JUEVES 15 DE OCTUBRE

Jornadas de Psicología Médica

08.00 – 10.00

Mesa de Temas Especiales

Coordinadora: *Dra. Andrea Segovia*

Integrantes: **Pautas de Evaluación para trasplantes**
Dra. María Otero

Abordaje de niños en Hemodiálisis
Lic. Elena González

Las familias de pacientes en Hemodiálisis
Lic. Rosario Pellicer

10.00 – 10.30

Descanso

10.30 – 12.00

Estrés en los equipos de salud

Coordinadora: *Lic. Berta Varela*

Integrantes: **Estrés en los equipos de salud**
Dra. Adriana Suárez

Tendencia del Burn-out en el personal de Hemodiálisis
Lic. Verónica Nollenberger

Estres, soporte social y autocuidado
Lic. Berta Varela

12.00 – 14.00

Descanso

14.00 – 17.00

Estrategias del equipo de salud para ayudar a los pacientes a desarrollar conductas adaptativas y adherirse al tratamiento

Coordinadora: *Dra. Teresita Ceretti*

Integrantes: **Proyección de video**
Lic. Fátima Mastrandea

Taller teórico-práctico
Lic. Carla Schwartzmann – Lic. Carla Francolino

VIERNES 16 DE OCTUBRE

Jornadas de Enfermería

- 08.00 – 09.00 **Conferencia**
Gestión de Calidad en los servicios de salud
Dr. Eduardo Ducasse (Argentina)
- 09.00 – 09.45 **Taller**
Gestión de Calidad en Infecciones
Dr. Eduardo Ducasse (Argentina)
- 09.45 – 10.45 **Mesa Redonda**
Gestión de Calidad en los tratamientos sustitutivos de la función renal
Coordinador: *Lic. Enf. Javier Bentancor*
Integrantes: *Lic. Enf. Mary Pérez*
Lic. Enf. Carolina Phillips
Lic. Enf. Gabriela Hekimian
Lic. Enf. Fátima Mastandrea
- 10.45 – 11.00 **Descanso**
- 11.00 – 12.00 **Visita de Posters**
- 1: Bienestar Laboral. Su importancia en la gestión de nuestros recursos humanos.**
Iguini, Guillenea, Escames y otros. – Hospital Evangélico
- 2: Búsqueda y seguimiento de pacientes portadores de enterococo vancomicino-resistente.**
Rijo y Sosa – COMERO - Rocha
- 3: Inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal en diálisis peritoneal automatizada.**
Laborda – Hospital Maciel Diálisis Peritoneal
- 4: Caracterización de pacientes en hemodiálisis crónica y dependencia de enfermería.**
Phillips, Bucalo, Samudio, Dutra y Vergara – Hospital de Clínicas, Crónicos
- 5: La educación como tratamiento: una aproximación desde enfermería en el abordaje colectivo a pacientes en diálisis peritoneal.**
Fumero, Ghelfi, Phillips y Quintero. – Hospital de Clínicas, Diálisis Peritoneal
- 6: Educación terapéutica. Piedra angular de la atención en salud a las personas con IRC.**
Verde, Figueroa y otros.- Laboratorio Roche
- 7: Fístula arteriovenosa con Arteria de Banco. Uso clínico, experiencia.**
Sandoval, Sisto y otros. - Médica Uruguaya
- 8: Morbilidad en hemodiálisis crónica en CANMU.**
Sandoval, Sisto y otros. - Médica Uruguaya
- 9: Salubridad en Diálisis. Estudio multicéntrico.**
Tritten.
- 12.00 – 13.00 **Descanso**
- 13.00 – 14.00 **Conferencia**
Aspectos éticos en programas de Gestión de Calidad en Enfermería
Lic. Enf. Ana María Kitlan (Argentina)
Coordinadora: *Lic. Enf. Susana Marcos (Argentina)*
- 14.00 – 14.20 **Cuidados de Enfermería en pacientes paratiroidectomizados**
Lic. Enf. Paula Ferrari – Casmu
Coordinadora: *Lic. Enf. María Miotti*
- 14.30 – 14.50 **Cómo vivir mejor con la Porfiria: Protocolos de Cuidados de Enfermería**
Lic. Enf. Miriam Tritten, Lic. Enf. Silvia Graña, Aux. Enf. O. Gutiérrez – SARI Italiano
Coordinadora: *Lic. Enf. Mary Pérez*

- 15.00 – 15.15 **Programa de Actividad Física en pacientes en Hemodiálisis**
Lic. Enf. Silvia Sánchez – Canelones
Coordinadora: Lic. Enf. Soledad Fumero
- 15.20 – 15.30 **Descanso**
- 15.30 – 16.30 **Teatro espontáneo**
- 16.45 – 17.00 **Gestión de solicitud de Hierro y Eritropoyetina para usuarios de Centro de Hemodiálisis**
Lic. Enf. Graciela Quintana – Uruguayana
Coordinadora: Lic. Enf. Graciela Pacheco
- 17.00 – 17.40 **Mesa Redonda**
Protocolos de Acreditación en un Centro de Hemodiálisis
Coordinadora: *Lic. Enf. Fátima Mastandrea*
Integrantes: *Lic. Enf. Javier Bentancor – San José*
Lic. Enf. Carolina Tenca - Salto
Lic. Enf. María Rosa Venner – Paysandú
- 18.00 – 18.30 **Evaluación y sugerencias**
Entrega de premios y certificados



INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

Intendencia Municipal
de Montevideo – piso 1 y 1/2
Av. 18 de Julio s/n esq. Ejido
Montevideo – Uruguay

SECRETARÍA

ATENEA EVENTOS SRL
Juan Carlos Gómez 1476 Of. 401
Montevideo – Uruguay
Telefax: ++598 2 916 3315
E-mail: nefrologia2009@atenea.com.uy
Pág. Web: www.atenea.com.uy

COSTO DE INSCRIPCIONES

Categoría	Costo
Socios	\$1500
No socios	\$2000
Licenciados en Nutrición, Enfermería y Psicología	\$1000
Residentes y Post Grados	\$1000
Auxiliares de Enfermería y Estudiantes en General	\$700
Inscripción por día (*)	\$500

(*) No incluye materiales

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 07.30 hs. del día 14 de octubre. Se entregará bolso y programa oficial. Los certificados de asistencia y trabajos se entregarán el día 16 de Octubre

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 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 Y RADIO LLAMADAS

Se ruega a los señores participantes, mantener sus teléfonos celulares y/o receptores 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 14 al 16 de Octubre en el horario de 08.00 a 18.00. El acceso a dicha exposición es libre

Transplante Renal

RESÚMENES - POSTERS

08 - ESTUDIO DE ANTICUERPOS HLA EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL EN 2009

Toledo N, Bengochea M, Carretto E, Silva E, Cabrera A, Abilleira D, Sosa M, Picon M, Alvarez I. Laboratorio de Inmunogenética e Histocompatibilidad del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, Universidad de la República, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay.

IMPORTANCIA Y OBJETIVOS

1) Determinar presencia de Anticuerpos HLA dirigidos contra especificidades clase I y II en receptores en lista de espera de trasplante renal.
2) Identificar población de inmunizados HLA y comparar con los no inmunizados distribuidos por: edad, sexo, número de trasplantes, transfusiones previas, tiempo en lista, diagnóstico y grupo sanguíneo ABO.

METODOLOGÍA:

Realizamos búsqueda de anticuerpos (Ac) HLA en 315 receptores en lista de espera para trasplante renal cadavérico. Consideramos inmunizados a aquellos pacientes con reactividad contra panel celular linfocitario > 20%, y altamente inmunizados con > 80%, por técnica de microlinfocitotoxicidad (MLCT), buscando especificidad por Citometría de Flujo.

RESULTADOS:

Detectamos Ac HLA clase I por MCLT y clase I y II por citometría de flujo, identificando especificidades por métodos de Flow P.R.A Screening y Específico, (One Lambda M.R.). Hay 34 receptores inmunizados (10.8%) los cuales presentan anticuerpos clase I y 22 de ellos asocian clase II. Encontramos 11 pacientes altamente inmunizados. De la comparación de poblaciones se destaca que en los inmunizados predominan los candidatos a re-trasplantes ($X^2=40.3$), quienes han recibido transfusiones previas ($X^2=12.3$) y aquellos con mayor tiempo en lista de espera ($p=0.002$).

CONCLUSIONES:

Existe una población de inmunizados HLA (10.8%) que tiene dificultades para poder trasplantarse, donde predominan los politransfundidos, con mayor tiempo en espera, y retransplantados, cuyo conocimiento es importante porque para conseguir un donante adecuado requerirán de estudios, seguimiento y tratamiento médico personalizado para disminuir rechazos y mejorar la calidad de vida.

22 - DIABETES MELLITUS POST TRASPLANTE RENAL. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Manzo L, Orihuela N, Orihuela S, Curi L, Nin M, Gonzalez F.

Introducción: La diabetes mellitus post trasplante (DMPTR) es una complicación frecuente, y se asocia a mayor morbimortalidad. Diversos factores como el uso de ICN o esteroides y la presencia de Ac HVC pueden aumentar su incidencia. Su diagnóstico precoz permite instrumentar medidas para revertir su presencia, y evitar la aparición de complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

Nuestro objetivo fue analizar su incidencia en nuestro país, así como investigar los posibles factores de riesgo (FR) a su aparición.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 162 TR realizados en dos centros de trasplante de Uruguay entre 1-1-2006 y 31-12-2007. Fueron excluidos los diabéticos o pacientes (ptes) con menos de 3 meses de seguimiento. El diagnóstico de DMPTR se basó en los criterios de la ADA. Se investigaron como FR: edad, sexo, tiempo en diálisis e IMC del receptor; edad y sexo del donante, causa de muerte para el DC; drogas inmunosupresoras utilizadas, función renal inicial y en la evolución; rechazo agudo en el primer mes, infecciones virales del receptor (HVC y CMV) entre otras.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS y se consideró significativo una $p < 0.05$.

Resultados: La incidencia de DMPTR en esta población fue de 18.8%. No se encontró diferencias entre ptes de ambos sexos. 93% de los ptes con DMPTR tuvo inestabilidad de la glucemia en la primer semana, Vs 70.8% de los no diabéticos (ND) ($p < 0.01$). Ellos eran mayores: 49,8+14 vs 43,4+15,5 años ($p=0.04$), tenían mayor IMC (26,5 +4.5 Vs 23,9 + 4.3 ($p < 0.01$) y habían estado más tiempo en diálisis, 87,6+54 Vs 64,8+ 48 meses, (0,023), que el pte ND. El 72% de los ptes con DMPTR Vs el 51% de los ND recibieron inducción (0,04). No hubo diferencias entre ptes que recibieron CyA o Tacrólimus en la incidencia de DMPTR. La incidencia de Rechazo Agudo en el primer mes fue mayor en los ND 28,1% Vs 6,7% en DMPTR ($p < 0,01$). No encontramos diferencias en la incidencia de DMPTR entre ptes IgG CMV (+) Vs los IgG CMV (-).

La función renal evaluada por la Creatinina plasmática fue similar entre ambos grupos al alta, y a los 6, 12 y 24 meses de evolución.

La sobrevida (SV) de ptes e injertos a 1,2 y 3 años, fue similar entre ambos grupos. En el 40% de los ptes con DMPTR se modificó la IS, sea una disminución de la dosis o cambio de ICN, o disminución o suspensión de los esteroides.

Conclusiones: La incidencia de DMPTR es elevada, y predomina en ptes de mayor edad, más tiempo en diálisis y superior IMC. El uso de inducción fue más frecuente en ptes que desarrollaron DMPTR; no hubo mayor incidencia en ptes medicados con tacrólimus, ni en portadores de Ac HVC+. La DMPTR no tuvo impacto en la SV de ptes e injertos a corto plazo.

21 - ANALISIS DE LOS PRIMEROS 1000 TR DEL INU EN HOSPITAL ITALIANO.

Orihuela S, Curi L, Gonzalez G, Nuñez N, Nin M, Kurdian M, Larre Borges P, Manzo L, Gonzalez F.

Introducción: El INU realizó su primer TR en 1978; el 2 de junio del 2007 completó el TR N° 1000. La actividad ha sido creciente; alcanzó 102 TR (31/ pmp) en el 2006. Nuestro objetivo fue analizar los resultados de esta actividad, así como algunos factores de riesgo (FR) que pudieron influir en los resultados. **Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de características de dador, injerto y receptor en las 3 eras, según década del trasplante, en que se analiza: I:1978-87; II: 88-1997 y III: 98-2007. Se investigó su impacto en la sobrevida (SV) de pacientes (ptes) e injertos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y se consideró significativo una $p < 0.05$. **Resultados:** 88.3% de los TR fueron de dador cadavérico (DC). El porcentaje de TR con DV decreció en sucesivas eras: 19.8,17 y 8% respectivamente (0.0001). 647 fueron en hombres, 64 en diabéticos y 79 retransplantes. La edad del receptor (40.8 + 13.9 años) y la del DC (33.8 + 15.3 años) aumentaron en las 3 eras en forma significativa. El porcentaje de donantes criterio expandido aumentó en la última era. El porcentaje de mayores de 60 años, creció de 0.9% en la ERA I, a 5.5% en la II y 12.2% en la III ($p=0.0001$). El tiempo previo en diálisis del pte fue cada vez mayor (23 + 13, 49 + 31 y 67 + 49 meses respectivamente (0.0001). La IS incluyó Aza y esteroides en la era I, asoció CyA en la II y se cambió Aza por Micofenolato en la tercera. Como inducción se usó a fines de la era I y en la II, Ac policlonales antilinfocitarios o un Ac monoclonal antiCD3; en la III se utilizó un Ac monoclonal anti CD25 o Timoglobulina. 49 injertos nunca funcionaron (4.9%). 43.8% tuvieron IR de inicio (IRI); ésta, decreció en las sucesivas eras: 65.1, 46.1 y 38.7% respectivamente ($p=0.0001$). Actualmente están vivos con riñón funcionante 590 ptes, 292 volvieron a diálisis y 118 fallecieron. La infección y la patología CV fueron las causas de muerte más frecuentes. La SV del pte a 1, 5 y 10 años fue de 96, 91 y 84% respectivamente. Fueron factores de riesgo (FR) en la SV del pte la edad ($p=0.02$), ser Ac HVC (+) ($p < 0.05$) y recibir injerto de donante CMV+ ($p=0.007$). La SV del injerto a 1, 5 y 10 años fue: 87, 70 y 51%. Mejoró en cada década considerada: 75, 87 y 90 a 1 año; 56, 65 y 75 a 5 años; 40, 46 y 60% a 10 años ($p < 0.0001$). Otros FR fueron la edad y sexo del donante, la IF > 22hs, la IRI, Creatinina > 1.7 mg% al 6° mes y la presencia de Ac HVC+. **Conclusiones:** A pesar de la utilización de mas donantes añosos y con patología vascular, en las 3 décadas sucesivas, los resultados han mejorado progresivamente. La incidencia de IRI ha disminuido, en tanto la SV de pte e injerto ha mejorado progresivamente. Fueron FR para la SV del injerto, la IRI, década del TR, edad y sexo del donante, IF > 22 hs y una Creat > 1.7 a los 6 meses. La incidencia y gravedad de la IRI se asoció a características del donante: mayor edad, sexo femenino y muerte por AVE.

23 - INDUCCION EN TRASPLANTE RENAL. CUAL ES EL MEJOR ESQUEMA?

Nin M, Orihuela S, Curi L, Gonzalez F. Instituto de Nefrología y Urología - Hospital de Clínicas, Dpto Clínico de Medicina, Centro de Nefrología.

Introducción: El rechazo agudo (RA) tiene un impacto negativo en la sobrevida (SV) del injerto. Su mayor incidencia en las primeras semanas justifica una inmunosupresión (IS) mas intensa en ese período, sobre todo en pacientes (P) de riesgo. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de dos esquemas de inducción utilizados en 2 centros de TR de Uruguay. **Pacientes y Métodos:** Se analizó retrospectivamente la evolución de los 202 TR realizados en ambos centros entre enero 2005 y dic 2006. Se excluyeron 6 que nunca funcionaron. De los 196 P 55% eran hombres, la edad media fue 45 ± 13 años, 73 ± 55 los meses en diálisis y 41 ± 37 los meses en LE. 9,7% eran retransplantes, 5,1 % diabéticos y 6,2% positivos para el virus C. 93% de los receptores y 90% de los donantes eran IgG CMV+. La edad del donante fue de 38 ± 15 años y 66 % del sexo masculino. 95,4% fueron con dador cadavérico (DC). 41,8% de ellos falleció por stroke. Se dividieron los 196 P en 3 grupos: G1(59 P) recibió Ac antiCD25; G2 (42 P) Timoglobulina y G3 (95 P) sin inducción, como control. Se comparó la incidencia de RA, de complicaciones de la IS y SV del P y riñón (R) al año para cada grupo. Todos recibieron IS de mantenimiento con un ICN, Micofenolato y esteroides. Si bien en algunos P se modificó la IS según la evolución, se mantuvo en el grupo de intento de tratamiento.

Resultados: Los G 1 y 2 tenían 17 y 19% de retransplantes Vs 0% en el G3 ($p < 0.01$) También tenían D mayores, 40+13 y 43+17 Vs 35+15 años en el G3 ($p < 0.05$), mas fallecidos por Stroke, 55 y 58% Vs 31% en el G3 ($p < 0.05$); IF más prolongada 18+5.4 y 17 +4.6 vs 15+5.7 hs en el G3 ($p < 0.05$). No había diferencias en dichas variables entre ambos grupos con inducción. En el G2 hubo mayor porcentaje con tacrólimus que en los G1 y 3. El G2 tuvo mayor incidencia de IRI (62 Vs 32 y 22% y creatinina al año (1.7+ 0.8 Vs 1.4 +0.4 mg% en los G1 y 3($p < 0.05$)). La incidencia de RA fue 16,8%, sin diferencias entre los grupos. El 25,6% de los P presentó enfermedad CMV; fue mas frecuente en el G2 (41% Vs 22 y 21%) y la infección bacteriana lo fue en el G1(38% Vs 28% en el G2 y 20% en el G1 ($p < 0.05$)). 16 pacientes (8,2%) desarrollaron DMPT en el 1er año; fue mas frecuente en el G1 (13.6 Vs 2.4 y 0% en los G 2 y 3 ($p < 0.05$)). No hubo diferencias en la tasa de RA ni en la SV al año del P (97, 93 y 99%) o R 93, 90.5 y 97% en los G 1, 2 y 3 respectivamente.

Conclusiones: Si bien se trata de grupos con diferentes características tanto de pacientes como de donantes, que determina mayores factores de riesgo vascular o inmunológico en unos u otros, el uso de los protocolos referidos permitió una tasa de RA, así como una SV de pacientes e injertos similares. Ello parece justificar la individualización de la IS según características de la dupla, a pesar de una mayor incidencia de determinadas complicaciones observadas en los grupos con inducción.

26 - PREVALENCIA E IMPACTO DE HVC(+) EN TRASPLANTE RENAL (TR)

Orihuela S, Orihuela N, Curi L, Nin M, Gonzalez F.

Introducción: El paciente (pte) portador de Ac HVC+ tiene mayor riesgo en TR, tanto de rechazo, como de pérdida del injerto y muerte, que el pte Ac HVC (-), pese a lo cual, la sobrevida (SV) del pte es mejor que en diálisis. En nuestro país hubo una elevada prevalencia de HVC+ en la década de los 90, lo que se asoció a un mayor porcentaje de TR en ptes HVC+, en esa época.

Objetivos: Analizar la prevalencia de Ac HVC+ en todos los ptes trasplantados renales de INU y Hospital de Clínicas, desde que se introdujo su determinación por Elisa en nuestro medio. Investigar los posibles factores de riesgo (FR) a esta infección, así como su impacto en la evolución del pte y del injerto.

Pacientes y Métodos: Análisis retrospectivo de 955 TR realizados en los últimos 16 años. Los dividimos según época del TR, en 3 grupos: I, 1993 a 1998, II, 1999 a 2003 y III, 2004 a 2008. Se comparó la prevalencia de HVC+ en cada uno de ellos. Se investigó algunos FR presentes al TR para HVC+, y el impacto de ser HVC+ en la evolución del pte e injerto, en particular la tasa de rechazo agudo (RA) en el primer mes, insuficiencia renal de inicio (IRI), la falla del injerto y la muerte del pte. Se utilizó el paquete estadístico SPSS en el análisis; se considera significativo una p<0.05.

Resultados: La prevalencia global de HVC+ fue de 12% y ella decreció en las sucesivas eras: 24.5, 10.7 y 7.8% (p<0.0001). Los HVC+ eran menores 38.5 + 13 vs 42.5 + 14 años (p<0.005); con mas tiempo en diálisis 8.3 + 4.9 vs 5.1 + 3.7 años (p<0.0001); y habían recibido un mayor número de transfusiones 5.2 + 5.3 vs 3.0 + 5.2 (p<0.0001) que los HVC-. 21% de HVC+ vs 6.3% de HVC- fueron retrasplantes (p<0.001). El grupo HVC+ recibió riñones de donantes mas jóvenes 32.3 + 14.9 vs 35.8+15.3 años (p=0.02); tuvo una hospitalización mas prolongada 24.9+13 vs 21.3+12.7 días (p<0.005), y una creat. mayor a 1, 3 y 12 meses 2.6+2.1, 1.9+0.9 y 1.7+1.2 vs 2.1+1.6, 1.6+0.8 y 1.5+0.7 respectivamente (p<0.05). La incidencia de IRI y de RA fue similar en ambos grupos. La SV del pte fue menor, sin significación estadística. La del riñón a 1, 5 y 10 años, fue 87, 62 y 39% Vs 92, 78 y 60% del HVC- (p<0.0001).

Discusión y conclusiones: El decremento en la prevalencia de HVC en TR es coincidente con el comportamiento observado en la población en diálisis. Los FR para adquisición de HVC+ que encontramos son los referidos en la literatura. El impacto del mismo en la evolución del injerto fue negativo.

54 -DESARROLLO DEL TRASPLANTE RENAL EN URUGUAY.

González-Martínez Francisco, Orihuela Sergio, Alvarez Inés, Dibello Nelson, Curi Lilián, Wimber Evelyn, Bengoechea Milka, Toledo Roberto, Mizraji Raúl, Nesse Elba.

Equipos de Trasplante renal (TR): S. Americano, H de Clínicas, H Evangélico, Instituto de Nefrología y Urología e Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDT).

Introducción: El primer TR se realizó en Uruguay en 1969 siendo con donante cadavérico (DC). Luego de un período irregular, la confluencia en 1980 de financiación nacional universal tanto para TR como para diálisis, ley de trasplantes, creación de un instituto nacional destinado a los estudios de histocompatibilidad, procuración y asignación riñones de DC (INDT), junto a la experiencia obtenida por los clínicos, permitió la instalación y desarrollo de un programa de trasplante renal. Material y Métodos: Existe un registro nacional donde se incluyen todos los trasplantes realizados del que participan los equipos clínicos y el INDT. Se calcularon incidencia y prevalencia al 31.12.08, tipo de tonante, edad y sexo de donantes y sobrevida de injertos y pacientes. Las tasas se expresan por millón de población (pmp). Para el análisis se dividió la población en 3 grupos según el TR se realizara en I: 1980-1989, II: 1990-1999 y III: 2000-2008. La sobrevida actuarial (SVa) se estimó por el método de Kaplan Meier. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y se consideró significativo una p<0.05. Se comparó con la población en diálisis.

Resultados: Se realizaron 1371 TR, 30 simultáneos con páncreas y 2 con corazón. El 88.1% se realizó con donante cadavérico. El año de mayor actividad fue 2006 con 44.4 TR pmp, disminuyendo en 2008 a 36.6 pmp ambos años con 84% de DC. En 5 casos el trasplante fue el primer tratamiento sustitutivo (anticipado). Al fin del período fallecieron 11%, pasaron a diálisis 28% y se mantenían vivos con función renal 61% de los pacientes (266 pmp), 1 paciente recibió su 2º trasplante de forma anticipado. La causa de muerte fue la cardiovascular en 43%, infección en 43%, cáncer en 6%. La SVa de toda la población fue a los 10 y 20 años de 80 y 61% para pacientes (pac) y 51 y 24% para riñones (rin) respectivamente. Para el TR con DC la SVa de pacientes por era a 1, 5 y 8 años fue: I: 93, 87 y 78%, II: 98, 93 y 89% y III: 97, 91 y 90%. Para los implantes de DC: I: 78, 58 y 45%, II: 89, 69 y 57%, III: 91, 76 y 65%. El número de pacientes prevalentes en tratamiento sustitutivo de la función renal fue en 2008 de 1085 pmp, correspondiendo el 24.5% a pacientes con TR funcionante (habiendo aumentado progresivamente a partir del 8%).

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

37 - METABOLISMO MINERAL OSEO EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL FUNCIONANTE

Olaizola I*, Orihuela N**, Massobrio V***, Nin M**, Chichet A**, Petraglia A*, Alvarez A*, Fajardo L*, Mimbacas C*, Caorsi H*, Orihuela S**, González P**, Ambrosioni P*.

*Grupo de Estudio del Metabolismo Mineral Oseo de la Sociedad Uruguaya de Nefrología.**Hospital de Clínicas.***Hospital Evangélico. Montevideo, Uruguay.

Introducción: Las alteraciones del metabolismo mineral óseo (MMO) en pacientes (p) con trasplante renal (TR) tienen un perfil y patogenia diferente al de la etapa dialítica.

Objetivo: Evaluar la situación del MMO en p con TR funcionante.

Pacientes y Métodos: Se realizó un corte al 31/12/2007 en dos centros de TR de Montevideo, 85 p, 20 diabéticos, 16 de ellos con trasplante reno-pancreático, 46 hombres, edad 40±11 años, tiempo de diálisis pre TR 71.6±50.5 meses, tiempo de TR 44.9±51.6 meses. En 13 p se había realizado paratiroidectomía (PTX) en el período dialítico. En ninguno se realizó PTX post TR.

Resultados: A la fecha de corte la creatinina era 1.38±0.08 mg/dl.

	Pre TR	Post TR	p
Ca (mg/dl)	8.8 ± 1.3	9.38 ± 0.7	0.001
P (mg/dl)	5.65 ± 1.3	2.6 ± 0.9	0.000
FA (mUI/ml)	445 ± 1.3	224 ± 180	0.001
PTHi (pg/ml)	715 ± 396	197 ± 128	0.001

Se observó mayor frecuencia de hipofosforemia < 3.6 mg/dl (x²: 13.83; p<0.01), de hipercalcemia > 10.2 mg/dl (x²: 6.42; p<0.05) y de PTHi < 150 pg/ml (x²: 10.58; p<0.01) que en la etapa dialítica. Todos los p descendieron significativamente las FA y la PTH luego del TR sin que mediara tratamiento con vitamina D o calcio (p<0.001).

Conclusiones: De los resultados se destaca: 1) elevada frecuencia de hipofosforemia, aún en la evolución alejada, posiblemente atribuible a la persistencia de la acción de agentes fosfatúricos; y elevada frecuencia de hipercalcemia y de PTH baja. Este perfil humoral sugiere una forma de bajo recambio óseo, que también podría estar favorecida por los efectos de algunos inmunosupresores (corticoides, ciclosporina) sobre el MMO. 2) Mejoría del hiperparatiroidismo secundario (HPTS) exclusivamente con el TR funcionante. De acuerdo a esto, el TR en p jóvenes sería una excelente solución para el HPTS severo, y en estos pacientes el HPTS severo podría ser considerado dentro de los criterios clínicos de urgencia para un TR.

59 - INMUNOMARCACION DE VASOS LINFATICOS EN BIOPSIAS DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENALES, RESULTADOS PRELIMINARES

Melesi S, Panuncio A, Patey N, Mariño A, Noël LH, Acosta G, Caorsi H.

Dpto Anatomía Patológica, Instituto de Nefrología; Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay; Lab de Nefropatología, Hôpital Necker, Université René Descartes, Paris, Francia email:smelesi@gmail.com

Es poco conocido del rol de los vasos linfáticos en distintos procesos fisiopatológicos. Existen escasos estudios en riñón normal (1) y en biopsias (bp) de pacientes trasplantados (2). Este tema ha adquirido relevancia con la reciente generación de marcadores específicos para endotelio linfático (3,4). **OBJETIVO:** Analizar el número de linfáticos, patrón arquitectural y topografía en bp de pacientes trasplantados renales. **METODOLOGÍA:** Se seleccionaron 58 bp de pacientes trasplantados renales del Hospital Necker. Se inmunomarcó con anticuerpos para endotelio linfático (anti-podoplanina, D240). Se analizaron 40 bp provenientes de 16 pacientes. 4 correspondieron a tiempo 0, 6 a los 3m, 7 al año. Otras fueron realizadas por indicación, entre los 3 días y 8 años. Se cuantificaron los linfáticos por campo de 20x, consignándose el número total de campos por bp. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La inmunomarcación fue evaluable en 19 bp. Se demostró la presencia de vasos linfáticos formando parte de pedículos, próximos a arterias y arteriolas, peritubulares y yuxtaglomerulares. Las bp con Rechazo Agudo (RA) presentaron un mayor número de linfáticos, fundamentalmente intertubulares y en áreas con infiltrado inflamatorio; 2 con RA con infiltrado inflamatorio (i2) y tubulitis (t2-3), con numerosos plasmocitos, mostraron linfáticos de luces más abiertas y distribución difusa, al que denominamos patrón reticular. Hubo una relación inversamente proporcional entre el número de linfáticos y el score de fibrosis en bp seriadas. **CONCLUSIÓN:** La cantidad de linfáticos fue mayor en pacientes con RA en los compartimientos intertubular y en áreas de infiltrado inflamatorio cuando se las comparó con bp tiempo 0, siendo más evidentes y con patrón reticular cuando existió infiltrado plasmocitario. La cantidad de linfáticos fue menor en el tejido cicatrizal. Estos hallazgos sugerirían la participación de los linfáticos en los mecanismos fisiopatológicos subyacentes en el RA. Se efectuó una inmunomarcación en un mayor número de bp a efectos de intentar establecer el valor pronóstico de estos hallazgos y su eventual correlación con la Clasificación de Banff.

1. Bell RD Renal Lymphatics. Nephron 1968; 5:454. 2. Kerjaschki D Lymphatic Neoangiogenesis in Human Kidney Transplants is Associated with Immunologically Active Lymphocytic Infiltrates. JASN 2004;15:603. 3. Alitalo K, WCN 2009 4. Ishikawa Y The Human Renal Lymphatics Under Normal and Pathological Conditions. Histopathol 2006;49:265-273.

Transplante Renal

RESÚMENES - POSTERS

70 - PROTEINURIA ASOCIADA A EVEROLIMUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Cuñetti L, Nin M, Orihuela S, Curi L, González Martínez F.

Centro de Nefrología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Instituto de nefrología y Urología. Montevideo Uruguay

Everolimus (EV) es utilizado para disminuir la toxicidad por inhibidores de la calcineurina (IC). La proteinuria (Pu) es una complicación de su uso en trasplante renal pudiendo incluso determinar su suspensión.

Objetivo: Determinar el impacto del tratamiento con everolimus en la aparición de proteinuria y en la evolución de la función renal en pacientes trasplantados renales.

Métodos: Estudio retrospectivo. Describimos la evolución de Pu y creatinemia (Cr) en los pacientes (pres) trasplantados renales, seguidos en el INU y en el Hospital de Clínicas, que recibían EV. Analizamos la causa de la indicación de EV, tiempo inicio de EV desde trasplante, Pu y Cr al inicio y 6 meses previo al tratamiento (T) EV y a los 3, 6, 12 y 24 meses siguientes. Se midió Pu 24 horas si se informa Pu > 1 g/l. **Resultados:** De 671 pacientes trasplantados renales (TR) 32 recibían EV. 11 eran mujeres. Promedio de edad: 44±12 años. 2 eran trasplantados cardio renales (recibían EV desde trasplante) y en el resto el cambio se realizó con promedio de 44 meses (rango:1-165) 18 ptes fueron cambiados por toxicidad a IC (16 biopsiados) 5 a causa de neoplasias post TR, 4 por leucopenia y 3 por insuficiencia renal. 25 tenían biopsia renal (PBR) previo al cambio y en 6 se repitió PBR durante el T con EV, 2 por Pu persistente. En ambos casos Pu disminuyó con disminución dosis EV. No hubieron diferencias significativas entre los distintos grupos para Pu y Cr (test de t). Del seguimiento de 24 meses luego del cambio a EV en 12 pacientes: Pu (g/l) 0,09 ± 0,20; 0,29 ± 0,51; 0,67 ± 0,89; 0,38 ± 0,97; 0,25 ± 0,44*; al inicio, 3, 6, 12 y 24 meses respectivamente. Se evidenció aumento en Pu inicial y Pu 24 meses* (p<0,05) A los 24 meses sólo 1 pte tenía Pu mayor a 3,5 g/día. La Cr disminuyó inicialmente pero se estabilizó del mes 3 al 24. Cr (mg/dl) era 2,29 ± 1,01; 2,22 ± 0,84*; 2,14 ± 0,79*; 2,07 ± 0,85*; 2,12 ± 0,86* al inicio, 3, 6, 12 y 24 meses respectivamente. * (p <0,05) **Conclusiones:** Everolimus fue utilizado predominantemente en la evolución por toxicidad a IC. En nuestra experiencia el cambio de IC a EV puede ser beneficioso para la función renal en este grupo de pacientes.

84 - ENFERMEDAD A CMV: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA SU APARICIÓN EN TRASPLANTE RENAL.

Nin M, Orihuela S, Curi L, González F.

Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina e Instituto de Nefrología y Urología.

Introducción: Infección por CMV aparece en el 30-80% de pacientes con trasplante de órganos sólidos. La incidencia de la enfermedad sintomática varía dependiendo de diversos factores de riesgo (FR) así como de estrategias de prevención empleadas. El FR más importante para enfermedad CMV (EFCMV) es utilizar un órgano de un donante (D) seropositivo CMV para un receptor (R) seronegativo.

Nuestro objetivo fue investigar la incidencia de EFCMV y los factores de riesgo (FR) para su aparición durante el primer año del TR

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 196 trasplantes renales (TR) consecutivos realizados entre 1-1-2005 y 31-12-2006, en dos centros de trasplante renal. Esta población no recibió profilaxis antiCMV. Diagnóstico de EFCMV se basó en presencia de antigenemia positiva más síntomas o signos (síndrome viral o afectación de órganos). Al TR el 93% de R y el 90% de D eran IgG-CMV (+). Respecto a la dupla, 6% era R-/D+ (G1), 84% R+/D+ (G2), 9% R+/D- (G3), y 0,5% R-/D-(G4).

Se investigaron como FR: edad, sexo, tiempo en diálisis, drogas inmunosupresoras utilizadas, función renal inicial, rechazo agudo, infecciones virales del receptor (HVC) entre otras. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y se consideró significativo una p<0,05.

Resultados: Incidencia EFCMV fue de 24%, iniciándose ésta a los 55±31 días post TR. **Presentación clínica:** fiebre (95,7%), leucopenia (89%), plaquetopenia (24%), diarrea (40%), elevación de transaminasas hepáticas (28%), epigastralgias (15%), pancreatitis (8,7%) y neumonitis (2%). El 69% de pacientes tuvo insuficiencia renal transitoria. Tratamiento con ganciclovir se realizó por 14±5 días, con recurrencia de EFCMV post tratamiento en 6,5% de los R. FR para EFCMV hallados: serología de la dupla, con incidencia de 42%, 25%, 5,6% y 0% para los grupos G1, G2, G3 y G4 respectivamente (P=0,07); la inducción al TR vs no inducción, fue significativa para EFCMV (P=0,028), especialmente inducción con timoglobulina (P=0,08). No hubo aumento del riesgo de EFCMV con anticuerpos anti-cd25. Empleo de anticalcineurínicos (CYA vs FK) no mostró diferencias entre ambos. Todos recibieron MMF, no comparándose esta variable. Episodio de rechazo agudo (RA) fue un FR significativo (P=0,00) con 46% de EFCMV en pacientes con RA vs 16% en pacientes sin RA.

Conclusiones: Incidencia de EFCMV es elevada en pacientes sin profilaxis.

Trasplantar órgano de un D (+) a R (-), uso de inducción con timoglobulina así como presentar episodios de RA fueron factores de riesgo significativos para la aparición de EFCMV

RESÚMENES - POSTERS

Enfermedad Renal Crónica y Epidemiología

06 - DIALISIS Y TRASPLANTE. Prevalencia y descripción de costos
Departamento del Quindío Colombia

López F, Torres J, Serna J, Arango J*

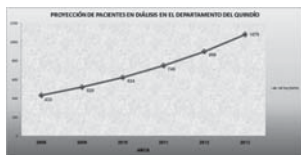
*Miembros Asociación Colombiana de Nefrología

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) presenta un crecimiento exponencial, con grandes repercusiones en morbilidad y costos a las instituciones, a nivel regional no se cuenta con datos consolidados de la magnitud del problema. El Departamento de Quindío está ubicado en la parte centro - occidental del país, Cuenta con una superficie de 1.845 km² lo que representa el 0.16% del territorio nacional. Población 612.719 habitantes y una densidad poblacional de 332.1 hab/Km².

Objetivo: Establecer la prevalencia e incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis y trasplante renal y los costos derivados de la atención en el departamento del Quindío Colombia

Materiales y métodos: Se estableció la prevalencia de los pacientes con ERC en tratamiento de diálisis y trasplante renal al 31 de octubre de 2008, además los ingresos, egresos y mortalidad del 01 enero al 31 de diciembre de 2008 y se describió los costos de atención de acuerdo al manual tarifario vigente que era el dado por el Instituto de seguro social de Colombia 2001.

Resultados: En el departamento del Quindío la prevalencia de pacientes con ERC en diálisis es de 796 pacientes Por Millón de Población (PMP), la incidencia es de 335 pacientes PMP, en trasplante renal la prevalencia es de 40 pacientes PMP y la incidencia de 7.3 pacientes PMP. El crecimiento de la población en diálisis durante el año 2008 fue del 20 %, con una mortalidad global del 16,3 %. Siendo la hipertensión arterial y la diabetes las dos principales causas de la ERC en un 76, 4 %. Los costos del tratamiento durante el año 2008 en diálisis fue \$ 20 540 472 400, en trasplante renal \$ 518 019 380. Para un total global de US 10 709 922



Conclusiones: El departamento del Quindío -Colombia la prevalencia, incidencia y crecimiento de pacientes con ERC en diálisis es superior a la nacional y Latinoamericana, se requiere de investigaciones en salud pública para evaluar los programas de detección temprana y control de la enfermedad renal crónica, dados los riesgos para el sostenimiento del sistema de salud por el alto costo de esta patología

09 - RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA PARA EVITAR LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

Mazzuchi N, Schwedt E, Solá L, Ríos P, Lamadrid V en nombre del Programa Nacional de Salud Renal (PNSR)

Introducción. El PNSR se implementó en Uruguay a partir de octubre del año 2004 y el objetivo del presente trabajo es evaluar sus resultados, midiendo la calidad del cuidado médico en el primer nivel de atención (PNA) y en la atención nefrológica, y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos (OT). **Metodología.** Se analizaron todos los pacientes del registro de ERC ingresados entre el 01/10/2004 y el 30/09/2008 (N=3017). Las características de los pacientes en el ingreso se analizaron según el año de enrolamiento y según tuvieran control nefrológico previo ≥ 6 meses (CN) o fueran referidos desde el PNA. El análisis de la evolución incluyó todos los pacientes con más de seis meses de control (N=1817). El análisis incluyó: el cumplimiento de los OT, la progresión de la ERC y las tasas de mortalidad y de Insuficiencia Renal Extrema (IRE). Las comparaciones entre variables se realizó con χ^2 , prueba t, ANOVA o pruebas no paramétricas según correspondiera. El modelo de regresión de riesgo proporcional de Cox se usó en los análisis multivariados. **Resultados.** Al ingreso: la media de edad fue 67.4 \pm 13.5, el 53.3% eran de sexo masculino, los diagnósticos más frecuentes fueron las nefropatías vascular (42.8%) y diabética (17.7%), 33.9% tenían proteinuria >300 mg/dl, 61.0% estaban en etapa III de la ERC y 21.6% en etapa IV. Los pacientes con CN (27.5%) en relación a los referidos del PNA tuvieron mejor cumplimiento de los OT: PAD<90mmHg 73.9 vs. 66.0%, colesterol<200mg/dl 56.5 vs 45.9%, LDL<100mg/dl 40.1 vs 32.1%, Δ eFG -0.07 vs -0.18 ml/min/mes. Los referidos del PNA (72.5%), analizados por año de enrolamiento, mostraron un aumento significativo del cumplimiento de los OT (cuarto año vs primer año): PAS<130mmHg 31.6 vs 21.8%, PAD<80mmHg 39.3 vs 27.3%, colesterol<200mg/dl 56.5 vs 35.0%, LDL<100mg/dl 36.4 vs 24.3%. En la evolución, el porcentaje de pacientes con cumplimiento de los OT aumentó significativamente (último control vs primer control): PAS<130mmHg 33.7 vs 24.9%, PAD<80mmHg 41.4 vs 30.6%, colesterol<200mg/dl 64.3 vs 44.5%, LDL<100mg/dl 44.6 vs 32.6%. La tasa de mortalidad fue mayor que la de IRE (9.6 vs 4.2) y aumentó con la progresión de la enfermedad renal (4.8 en etapa I-II, 14.9 en etapa IV). El bloqueo del SRA disminuyó significativamente el riesgo de muerte y de IRE. **Conclusiones:** El análisis de los datos valora positivamente las estrategias implementadas y destaca el beneficio del tratamiento multi-causal y especialmente del bloqueo del SRA.

07 -PREVALENCIA DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCION RENAL (TSFR) EN LATINOAMERICA

Autores: González María Carlota, Cusumano Ana María, García García Guillermo.

Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal (RLADTR)

Introducción: Entre 2000 y 2006, el RLADTR recogió datos de 20 países (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Rep. Dominicana, Venezuela y Uruguay), observándose un aumento de la prevalencia de pacientes en TSFR desde 373 pacientes por millón de población (pmp) en el año 2000 a 473 pmp en 2006. Este aumento fue proporcionalmente diferente en las tres modalidades de tratamiento disponibles: Hemodiálisis (HD), Diálisis peritoneal (DP) y Trasplante renal (TR).

Objetivo: Analizar el crecimiento proporcional de las tasas de prevalencia (TP) del TSFR de acuerdo a la modalidad de tratamiento y establecer la relación que tienen entre sí y con otros indicadores epidemiológicos.

Metodología: Se analizaron los porcentajes de crecimiento de las TP del TSFR de acuerdo a la modalidad de tratamiento, estratificadas por país y por regiones: a) de acuerdo a la división de países diseñada por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión Arterial (SLANH) con criterio administrativo y b) de acuerdo a la división del Estudio de Carga Global de Enfermedades, Injurias y Factores de riesgo de la Organización Mundial de la Salud con criterio epidemiológico (GBD-WHO). Se estableció la relación del porcentaje de crecimiento de las TP entre las diferentes modalidades, con la TP total de TSFR y con la tasa de Nefrólogos pmp. Se utilizó el modelo de regresión lineal, con un nivel de significación de $p < 0.05$.

Resultados: 1) El porcentaje de crecimiento de las TP mostró amplia variabilidad entre las tres modalidades en los países de la región, siendo mayores las de DP. 2) El porcentaje de crecimiento de la DP se relacionó en forma inversa con el de la HD en las regiones 1 y 4 de SLANH. 3) El crecimiento de la DP se relacionó directamente con la prevalencia total del TSFR ($r^2 = 0.744$) ($p = 0.06$) e inversamente con el de la HD ($r^2 = 0.624$) ($p = 0.112$) en todas las regiones de GBD-WHO. La tasa de Nefrólogos pmp no se relacionó con el crecimiento de la prevalencia de las diferentes modalidades.

Conclusiones: El crecimiento porcentual de la TP del TSFR fue mayor para la DP y de acuerdo a criterios de estratificación epidemiológica, las TP de DP crecieron en forma inversa que las de HD y en relación directa con la TP total de TSFR.

13 - METABOLISMO FOSFOCÁLCICO (MPCa) EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) Y PAPEL EN LA PROGRESIÓN.

Solá L, De Souza N, Sans A.

Servicio de Diálisis Crónico, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La ERC asocia alteraciones del MPCa que se expresan por niveles plasmáticos anormales de calcio (Ca), fósforo (P), fosfatasa alcalina (FA), Hormona Paratiroidea (PTH), vitamina D (Vit D); remodelado óseo y calcificaciones vasculares (CV). Ellos repercuten en la mortalidad y la progresión

Objetivo: Analizar las alteraciones del MPCa en pacientes (Pts) con ERC etapas III-IV y su repercusión en la progresión.

Método: Estudio prospectivo de cohorte de Pts con ERC III a V prediálisis. Se valoró MPCa en el control de 6/ 2008 con seguimiento a 7/2009. Se consignó: sexo, edad, nefropatía, diabetes y niveles plasmáticos de Ca, P, FA, PTHi, Vit D, bicarbonato (Bic); proteinuria (Pru) en primera orina de la mañana. Se evaluaron CV con radiografía (Rx) de pelvis y abdominal. Los valores de referencia según guías K DOQI. Se estimó filtrado glomerular por fórmula MDRD.

Resultados: 94 Pts, edad 63.3 \pm 16.8 años, 49femenino (52.1%). Etapa ERC: III 20.2%, IV 60.6% y V 19.1%. 46 diabéticos (48.9%). Nefropatía: diabética 25.5%, vascular 19.1%, glomerulopatía primaria 3.2% y otras 34%. FG 24.1 \pm 22. Las alt fueron frecuentes (tabla I). Déficit de VitD3 se asoció a diabetes 56.2 vs 23.8%, alt. Ca 61.1 vs 33.3%, Pru 1.5 \pm 3.0 vs 0.7 \pm 0.9, CV 62.3 vs 45% y FA>300 36.1 vs 19%. Mortalidad 4.7/ 100 pts año, ingreso a diálisis 22.1/ 100 pts año. Se asoció pérdida del FG y/o muerte P elevado (OR 3.2) y 25OHD3 bajo (OR 6.6). Y la edad >65 se asoció a menor riesgo de pérdida de FG

	Total (94)	III (19)	IV (57)	V (18)	p
Ca (mg/dl)	8.9 \pm 0.9 (45.2%)	9.2 \pm 0.8 (36.8%)	8.7 \pm 0.9 (44.6%)	8.9 \pm 1.1 (55.6%)	ns
P (mg/dl)	3.8 \pm 1.1 (89.4%)	3.4 \pm 0.6 (100%)	3.6 \pm 0.6 (91.2%)	4.7 \pm 1.8 (72.2%)	p<0.05
FA (U/ml)	276 \pm 174 (67.7%)	243 \pm 107 (73.7%)	288 \pm 196 (64.3%)	271 \pm 156 (72.2%)	ns
PTH (ng/dl)	105 \pm 109 (66.0%)	45 \pm 33 (89.5%)	98 \pm 100 (73.7%)	188 \pm 139 (16.7%)	p<0.05
Vit D (ng/dl)	19.4 \pm 12.8 (22.3%)	18.9 \pm 14.1 (21.1%)	19.5 \pm 12.0 (22.8%)	19.3 \pm 14.4 (22.2%)	ns
Bicarbonato	21.6 \pm 5.1 (49.5%)	2.4 \pm 4.4 (68.4%)	21.8 \pm 4.4 (50.9%)	17.6 \pm 4.7 (23.5%)	p<0.05
Prteinuria (g/l)	1.30 \pm 2.65	1.58 \pm 3.83	1.34 \pm 2.56	0.89 \pm 1.03	ns
CV	(58%)	(66.7%)	(52.9%)	(66.7%)	ns

Conclusiones: Las alt MOM son frecuentes, se presentan desde etapas tempranas de ERC y se asocia a progresión de ERC y muerte.

Enfermedad Renal Crónica y Epidemiología

RESÚMENES - POSTERS

14 - PROGRAMA DE ESTANDARIZACION DE CREATININA

Solá L¹, Ríos P¹, Raymondo S², Piana A², Grunwald M², Mazziota D², Schwedt E¹, Gadola L¹, Lamadrid V¹, Mazzuchi N¹.

¹Comisión Honoraria de Salud Renal, ²CECC, ³LARESBC.

Introducción. El control de los pacientes con enfermedad renal crónica requiere de una determinación de creatinina (Cr) confiable para estimar el Filtrado Glomerular. Objetivo. Implementar un programa de estandarización de Cr basado en la trazabilidad a métodos de referencia y estándares.

Métodos. El Centro de Estandarización y Control de Calidad (CECC) preparó un pool de suero humano de donantes voluntarios en 3 niveles de Cr (basal y enriquecido a 1,5 y 3 mg %). El laboratorio LARESBC validó el método de referencia y asignó valores reales (método basado en la creatininas). Se realizó un primer envío a los laboratorios (que debían realizar 3 medidas en cada nivel en 3 días consecutivos) para educar en la reducción del error aleatorio (EA), y un segundo envío para determinación del error total (ET). $ET = ES + 1.65 \times CV$ siendo ES=error sistemático y CV=coeficiente de variación analítico. Se consideraron las metas de performance analítica basada en la variabilidad biológica (Myers). Resultados. Se enviaron muestras a 72 laboratorios con respuesta en el 100%. El EA fue mayor al aceptable (más evidente en el nivel bajo de Cr), sin reducción significativa respecto al previo. El ES y el ET fue también mayor en el nivel bajo de creatinina (Tabla I)

	Nivel bajo	Nivel intermedio	Nivel alto
CV media	5.9	4.4	3.1
Laboratorios con CV <5% (%)	61.6	76.7	83.6
ES medio % (min-máx)	10.8 (-9.3-42.8)	5.8 (-15-25.7)	-2.2 (-18.8-9.9)
ET medio (min-máx)	22.1(3.6-77.1)	14.7 (4.2-48.7)	9.1 (2.5-28.4)
Laboratorios con ET deseable ≤10% (%)	15	35.6	71

Conclusiones. El Programa permitió conocer la performance respecto al error aleatorio y sistemático de los laboratorios y demostrar que es posible instrumentar un programa de estandarización, para la necesaria reducción del error aleatorio a la vez que el ajuste del error sistemático

38 - IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL EN LA ZONA OESTE DE COLONIA.

Chá M, Garra G, Aznarez S, Diaz F, Donanagello L, Gonzalez A.

Cooperativa asistencial del Oeste de Colonia. Hospital Carmelo. Hospital Colonia e-mail: mchaghiglia@yahoo.com

Introducción: La Enfermedad renal crónica (ERC) ha aumentado su prevalencia constituyendo un grave problema de salud pública. En el año 2004 comenzó el Programa de Salud Renal (PSR) en Uruguay y en el 2006 se implementa en la zona oeste del departamento de Colonia. La población es de 23.432 habitantes. Se estima que 7.732 son hipertensos (HTA), 1921 diabéticos y 2570 tienen ERC (extrapolación con NANHES III). Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y analítico de la población en seguimiento en policlínica de nefrología en el período agosto 2007- junio/2009. Se utilizó spss para análisis estadístico. Resultados. 1-Implementación del PSR. Se instrumentó la interacción del sector público, privado y el Fondo Nacional de Recursos. En el sector público funciona policlínica nefrológica, acceso permanente a medicación cardio-renal protectora (CRP) y coordinación a plan de hemodiálisis. En el sector privado se facilita el acceso a control por equipo multidisciplinario y medicación. Se realizan actividades educativas periódicas para médicos y personal de ambas instituciones. 2- Evaluación. Se realizaron dos cortes transversales: 13 y 22 meses de iniciado el programa. Primer corte: 87 pacientes, sexo masculino 60,9%, control nefrológico previo (CNP) 60,9 %. Edad promedio: 70 años(a), factores de riesgo frecuentes: HTA 96,6%, Diabetes 31%, Dislipemia 58,6% Hiperuricemia 36,8%. La distribución de pacientes según etapa de ERC: estadio I 2,3%, etapa II 5,7%, etapa III 63,2%, etapa IV-V 27,5%, etapa V 3,4%. Etiologías de ERC: vascular 49,4 %. Diabetes 13,8%, sin diagnóstico 26,4%, otras 10,3%. Los pacientes con CNP tienen mejor control de los factores de progresión y tienen indicada medicación CRP con mayor frecuencia. Segundo corte: 144 ptes, sexo masculino 62,5%, CNP 43,8%, edad promedio 67a, factores de riesgo frecuentes: HTA 92,4%, Diabetes 39,6%, Dislipemia 61,8%, Hiperuricemia 35,5%. Distribución de pacientes según etapa de ERC estadio I 7,6%, estadio II 11,1%, estadio III 57,6 %, estadio IV-V 20,2%. El control de los factores de progresión y el uso de medicación CRP es similar para los pacientes con CNP y los que no. Conclusiones: 1-Es posible la implementación del programa de salud renal en el interior del país interactuando el sector público y privado con beneficios para los pacientes y las instituciones.

2-Con las actividades de educación médica continua se logró la derivación temprana y el mejor control de los factores de progresión.

27 - EL NÚMERO DE NEFRÓLOGOS EN LATINOAMÉRICA (LA) y LA PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EXTREMA (IRCE)

Cusumano AM*, Fernández Cean JM** (jfccean@gmail.com)

*IN, B. Aires, Argentina. ** SARI, Montevideo, Uruguay.

Objetivo: conocer el número de nefrólogos de los países de LA, establecer la relación con el número de habitantes y con el número de pacientes con (IRCE).

Materiales y métodos. La información sobre el número de nefrólogos se obtuvo mediante contactos con las sociedades de nefrología de LA. Los habitantes, del informe CELADE 2007 y la prevalencia de IRCE, del registro SLANH. Resultados. El número varió entre 1,7 (Honduras) y 52,7 (Uruguay) nefrólogos por millón de habitantes (pmh) (tabla). La prevalencia de IRCE entre 34,2 (Nicaragua) 924,5 (Uruguay) pacientes pmh. Comentarios. El tratamiento sustitutivo de la IRCE es muy costoso y requiere un sistema de salud solidario para que toda la población pueda acceder al mismo. En los países donde existe tal sistema, la prevalencia de pacientes en tratamiento es elevada. Esta circunstancia ha sido un estímulo para el crecimiento numérico de especialistas.

Esta hipótesis se ve respaldada por los datos presentados, ya que 37,8% de la variación del número de nefrólogos en los países LA, se explica por la variación de la prevalencia de tratamiento sustitutivo. Algunos países están alejados de esta alineación, Cuba con más nefrólogos de acuerdo a la prevalencia, México y Chile con menos. Estos datos pueden ser útiles para la planificación de programas de prevención y tratamiento de la enfermedad renal, así como para los programas de formación de especialistas.

Este resumen fue presentado en congreso SLANH 2009.

Tabla	
País	Nefr/pmh
Argentina	33.36
Bolivia	2.29
Brasil	18.41
Chile	7.65
Colombia	5.76
Costa Rica	4.77
Cuba	31.83
Ecuador	7.39
El Salvador	5.29
Guatemala	2.15
Honduras	1.72
México	5.46
Nicaragua	2.94
Panamá	7.92
Paraguay	5.88
Perú	10.17
Puerto Rico	26.0
R.Dominic	9.05
Uruguay	52.65
Venezuela	18.51
Total	13.65

53 - Enfermedad Renal Crónica (ERC) PROGRAMA DE NEFROPREVENCIÓN (PN)

Centro Asistencial Del Sindicato Medico Del Uruguay* (C.A.S.M.U.)

Barberán M*, Carrasco A*, Poggio V*, Caorsi H*.

En Uruguay se estima que un 6,7%¹ de la población tiene ERC. La captación precoz de estos pacientes y su abordaje terapéutico por un equipo de salud multidisciplinario, contribuyen a enlentecer la evolución de la ERC y a prevenir la morbimortalidad cardiovascular.

Objetivos: 1. Estadificar la prevalencia de los estadios (E) de la ERC en los pacientes (P) mayores de 18 años, que consultaron o fueron derivados al PN del CASMU en el período del 1° de julio de 2008 al 30 de junio de 2009. 2. Analizar la prevalencia de factores de riesgo (FR): Hipertensión Arterial² (HTA) y Diabetes³ (D). 3. Establecer el Estado Nutricional (EN) inicial.

Método: Se realizó un análisis descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. Se consideró ERC cuando la tasa de filtrado glomerular (FG) es ≤60 ml/min/1,73m² de superficie corporal por 3 meses consecutivos, fórmula de Levey⁴. Se clasificó la población según los E de ERC. Se analizó la comorbilidad por la presencia HTA, D tipo 1 y 2. El diagnóstico nutricional se estableció por la medida del IMC⁵.

Resultados: En el período se asistieron 3435 P en policlínica de nefrología centralizada, incluyendo 541 P (15,7%) en PN, de los que se analizaron 327 P.

Sexo	Femenino (F): 117 (35,8%)	Masculino (M): 210 (64,2%)
Edad	x: 65,9 ± 15,9	< 45: 36 (11%) 45-65: 86 (26,3%) > 65: 205 (62,7%)
E de ERC	I: 21 (6,4%) II: 35 (10,7%) III: 158 (48,5%) IV: 98 (30,1%) V: 14 (4,3%)	
FR	HTA: 252 (79,4%) HTA no D: 148 (46,6%)	D: 128 (40,3%) HTA y D: 104 (32,8%) D: 25 (7,8%) D: 103 (32,4%)
IMC	Adelgazado: 41 (12,5%) Obesidad: 16 (7,2%)	Normopeso(N): 107 (48%) Obesidad Mórbida: 2 (0,9%) Sobrepeso(SP): 57 (25,6%)

Conclusion: Predominaron los P de sexo M, adultos mayores, con ERC en E III, portadores de HTA y no D y en segundo lugar ambos FR. El estado nutricional prevalente es el de NP, no obstante, 25% tiene SP. Debe apostarse a la captación de los P en las etapas iniciales de la ERC, implementando adecuadamente las medidas de enlentecimiento de progresión de ERC.

^{1, 4} www.nefroprevencion.org.uy/prog_salud_renal.pdf; ² Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial, 2° Rev. Hipertens Art Montevideo, 2000; 7:3-78; ³ Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the years 2000 and projections for 2030. Diab. Care 2004; 27 (5): 1047-1053 ⁵ www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html

RESÚMENES - POSTERS

Enfermedad Renal Crónica y Epidemiología

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

Ríos P, Gadola L, Solá L, Lamadrid V, Schwedt E, Mazzuchi N en nombre del Programa de Salud Renal. Montevideo. Uruguay.

Introducción La insuficiencia renal obstructiva es causa frecuente (8,8%) de ingreso a diálisis crónica (DC) en Uruguay. La incidencia (13,4 pmp) duplica la de USDRS.

Objetivo Analizar la evolución de pacientes (pt) con nefropatía obstructiva ingresados al Programa de Salud Renal (PSR) entre 10/2004 y 11/2008. **Métodos** Se analizó el registro de enfermedad renal crónica (ERC) del PSR (pt con FG < 60 ml/min, proteinuria > 0,3 g/día, o microalbuminuria si diabéticos). Se analizaron los 237 pt con nefropatía obstructiva, 64% de sexo masculino, edad 64,3 ± 17,1 años, comorbilidades: diabetes 10%, HTA 64% y cardiovascular 21,1%. Las etiologías eran: adenoma de próstata (AP) 45,1%, litiasis 33,3%, neoplasias 11%, congénita 10,6%. En etapa de ERC III 53,2% y en etapa IV 31,2%. Se analizan los pt con seguimiento mayor de tres meses.

Resultados Los 115 pacientes con seguimiento (10,9 ± 8,6 meses) tuvieron ganancia anual de filtrado glomerular estimado (eFG) de 8,3 ± 36,8 ml/min. La variación de eFG según etiología fue: +9,8 ml/min/año en AP (n 45), +30,8 ml/min/año, en congénita (n 14), +10,1 ml/min/año, en neoplásica (n 5), y - 3,3 ml/min en litiasis (n 34). La progresión rápida (>3ml/min/año) fue: 22,2%, 28,6%, 20%, 44,1% respectivamente. La tasa de insuficiencia renal extrema (IRE) 5.47/100 pt/año (mayor que 3.71/100 pt/año en no obstructivos) y según etiologías: 14.0/100 pt/año en litiasis, en AP 4.0/100 pt/año y cero en congénitos y neoplásicos. La tasa de mortalidad en todos los pt del PSR es 7,8 /100 pt/año, y en obstructivos NO neoplásicos es 25.9/100 pt/año (AP 38, Litiasis 17,5, Congénitos cero). El análisis multivariado (modelo de riesgo proporcional de Cox) para mortalidad mostró mayor riesgo en pt de origen público vs privado (RR 4.4, p 0,05), y según presencia o no de comorbilidad CV (RR 3.5, p 0,014), ajustado para edad, sexo, medicación y otras variables de confusión. Las causas de muerte de los pt obstructivos no neoplásicos son: Neoplasias 32%, Cardiovascular 20%, Infecciosa 12%, otras 36%.

Conclusiones La nefropatía obstructiva evoluciona frecuentemente a la IRE y presenta elevada mortalidad, mayor que el resto de los pacientes del PSR aún en no neoplásicos. Siendo una causa prevenible de IRE amerita se instauren medidas específicas de tratamiento que eviten la progresión.

67 - Poliquistosis Renal Autosómica Dominante. Volumen renal y función renal

Tobal D¹, Olascoaga A², Rodríguez Parodi M⁴, Malacrida L², Petraglia A¹, Noboa O².

Centro de Nefrología 1, Depto. de Fisiopatología 2, Laboratorio Clínico 3, Servicio de Radiología 4 Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

OBJETIVO

Analizar la relación que existe entre el volumen renal (VR) y la función renal en pacientes (p) con PQRAD. Analizar los factores de riesgo de progresión de la enfermedad renal y de riesgo cardiovascular presentes al inicio del control. Analizar el tratamiento que reciben al inicio del control en la policlínica.

METODOLOGÍA

Se evaluaron individuos que voluntariamente aceptaron participar en una policlínica de control y seguimiento de p con PQRAD. Analizamos las características clínicas, presión arterial (PA), función renal, perfil lipídico, bicarbonato en sangre venosa, y medida de Densidad y osmolaridad urinaria luego del ayuno hídrico nocturno. Se determinó el VR con las medidas obtenidas por ecografía y las resistencias vasculares renales (RVR). Los estudios ecográficos fueron realizados por los mismos observadores. El VR se determinó con la fórmula: Elipsoide: Volumen Renal = Largo x Ancho x Espesor x 0.523 (¶ /6). Se compararon los resultados según que el VR fuera mayor o menor de 1500 cc.

RESULTADOS

Se estudiaron 13 individuos con PQRAD, 6 de SM y 7 de SF. La edad media al momento del diagnóstico fue 33 años (15 a 58), siendo la edad actual 45,8 años (24 a 63). 9 p (0,69) presentaron hipertensión arterial (HTA). 6 p (0,46) recibían tratamiento anti HTA con IECA-ARA. La creatinina inicial fue: 1,35 mg/dl (0,89-3,93). 5 p (0,38) presentaban IFG menor de 60 ml/min. 8 p (0,61) tenían displipemia. En 6p (0,46) el bicarbonato plasmático fue menor a 22 mEq/l. Ninguno recibió tratamiento alcalinizante. 7p (0,53) tenían densidad urinaria igual o inferior a 1010. En 7p (0,53) el VR fue mayor de 1500 cc. Cuando se comparó al grupo con VR > 1500 vs < 1500 la densidad urinaria, fue menor (p<0.05) en los p con VR mayor a 1500 cc.

CONCLUSIONES

La concentración urinaria luego del ayuno nocturno, fue inferior en aquellos individuos con VR mayor a 1500cc, pudiendo este parámetro ser útil para valorar precozmente la evolución de la PQRAD. El uso de medicación anti HTA y renoprotectora fue insuficiente.

66 - ACIDOSIS METABOLICA EN LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Astesiano B, Cabrera J, Nalerio J, Márquez M, González F, Noboa O, Gadola L.

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

Introducción: Reportes recientes indican a la Acidosis metabólica como factor de riesgo para la progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Objetivos: Analizar la necesidad de inicio de tratamiento sustitutivo en un grupo de pacientes con ERC avanzada según los niveles de Bicarbonato plasmático al inicio del control.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes en control en la Policlínica de ERC avanzada desde Junio del 2004 con más de 3 meses de seguimiento, considerándose parámetros clínicos y paraclínicos así como la necesidad de ingreso a tratamiento sustitutivo (TSR).

Resultados: Se analizaron 52 pacientes, con edad promedio 63 años (28-85), 32 sexo femenino, Creatinemia promedio inicial de 2,84 ± 1,02 mg/dl y Clearance de Creatinina inicial 22,4 ± 7,8 ml/min. El 84,6 % de los pacientes (44) tenían Acidosis metabólica definida como HCO₃⁻ venoso (Bicv) < a 24 mEq/l. El 80,7 % (42 pacientes) eran hipertensos. Se analiza la evolución (ingreso a TSR) según el valor de Bicv (≥ 24 vs. < 24) y se constata que 16/44 pacientes con acidosis metabólica ingresaron a tratamiento sustitutivo mientras que debió ingresar sólo 1 de los 86 pacientes sin acidosis metabólica (Chi² p = 0,02).

	Bic v ≥ 24	Bic v < 24	p
N	8	44	
Edad (años)	71,2 ± 10,2	61,8 ± 14,1	0,06
Sexo	5 M/ 3 F	15 M/ 29 F	
Cr inicio (mg/dl)	2,46 ± 0,45	2,9 ± 1,08	ns
IFG i (ml/min)	24 ± 6,48	22,1 ± 7,9	ns
Bic v (mEq/l)	25,82 ± 1,44	19,84 ± 3,34	0,0001
HTA si/no	8/0	34/7	ns
Pu si/no	5/3	8/18	ns
Tto NaHco3	4/8	33/44	ns
IECA/ARA	1/7	7/37	ns
TSR	1/7	16/28	0,02
Tiempo (meses)	22,2 ± 11,7	18,0 ± 10,7	ns

Conclusiones: La acidosis metabólica fue una alteración frecuente al inicio del control. El ingreso a TSR fue significativamente más frecuente en el grupo con acidosis, lo que sugiere que esta alteración contribuiría a la progresión de la enfermedad renal crónica.

77 - GRUPOS NUTRICIONALES EN EL PROGRAMA DE SALUD RENAL

Ríos P, Suárez G, Schwedt E, Solá L, Lamadrid V, Gadola L, Mazzuchi N en representación del Programa de Salud Renal. Montevideo. Uruguay.

Introducción. La obesidad es un reconocido factor de riesgo vascular. La prevalencia de sobrepeso-obesidad en el Programa de Salud Renal (PSR) es 75.2%, mayor que en la población general (60%).

Objetivo: análisis descriptivo de los pacientes ingresados al PSR por estado nutricional valorado por el índice masa corporal siguiendo clasificación OMS.

Metodología. Entre 10/04 y 6/09 ingresaron al PSR 3663 pacientes de los cuales 1394 (38.1%) son obesos (IMC 35.1+/-1.7), 1358 (37.1%) tienen sobrepeso (IMC 27.4+/-1.4), 868 (23.7%) normopeso (IMC 22.6+/-1.7) y 43 (1.2%) pacientes están desnutridos. Criterios de ingreso al PSR: filtrado glomerular estimado (eFG) < 60 ml/min o proteinuria > 0.3 g/día o microalbuminuria si diabéticos. Se comparan los grupos nutricionales por ANOVA y Chi² según corresponda. **Resultados:**

	Normopeso	Sobrepeso	Obesos	p
Edad años	65,4 ± 18,0	68,2 ± 12,8	66 ± 11,3	<0.05
Sexo Masculino %	53	61	47	<0.05
PAS mmHg	136,6 ± 25,7	138,9 ± 23,9	142,4 ± 25	<0.05
PAD mmHg	77,5 ± 13,6	78,7 ± 12,8	82,1 ± 14,7	<0.05
Diabetes %	26,8	35,7	44,8	<0.05
Comorbilidad CV %	31,5	39,4	35,3	<0.05
FG ini ml/min	44,9 ± 24,1	46,7 ± 21,6	46,4 ± 21,8	<0.05
Protü ini > 0,3 g/l %	29,3	24,3	27,4	NS
Etapa ERC III / IV %	58,5 / 23,7	64,8 / 18	62,9 / 18,9	NS / NS
Nef. Diab / Nef. Vasc %	12,7 / 39,4	14,8 / 46,7	20,4 / 48,4	NS / <0.05
Triglicéridos mg/dl	139 ± 83,3	167,4 ± 105,6	193,7 ± 126,7	<0.05
HDL mg/dl	54,3 ± 16,4	49,5 ± 14,5	47,8 ± 15,6	<0.05
LDL mg/dl	116,1 ± 41,9	121,9 ± 44,6	120,4 ± 44,1	NS
Nefrolitiasis %	7,5	9,4	12,8	<0.05
Analgésicos %	8,1	10,8	14,3	<0.05
Tabaquismo %	16,8	12,6	10	<0.05
BloqSBA/Estatinas %	54,3 / 23,2	62,1 / 34,1	69,2 / 36,5	<0.05 / <0.05 Sig

Conclusiones. La población con ERC y obesidad presentan mayor frecuencia de componentes de sd metabólico, de nefropatía vascular, de nefrolitiasis y consumo de analgésicos y menor tabaquismo. No presentaron mayor comorbilidad CV al ingreso y habían sido tratados con más frecuencia con bloqueo del SRA y estatinas en el primer nivel de atención.

82 - FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO A DIÁLISIS CRÓNICA EN URUGUAY.*Romero J, Ferreira A, González C, Sola L, Schwedt E, Mazzuchi N*

Registro Uruguayo de Diálisis, Sociedad Uruguaya de Nefrología,

Introducción. En Uruguay existe cobertura de Diálisis Crónica (DC) para todos los pacientes (Pts) desde 1981, con desigual desarrollo de las modalidades.

Objetivo. Evaluar los factores determinantes de la modalidad terapéutica de inicio en pacientes incidentes en diálisis. **Métodos.** Se evaluaron factores demográficos, comorbilidad, tipo de cobertura asistencial, institución de origen y región geográfica de residencia de todos los Pts. incidentes en DC en Uruguay, en el período 1 enero de 2005 a 31 diciembre de 2007. La información se obtuvo de los registros aportados por los médicos tratantes al RUD al momento de solicitar la cobertura financiera del tratamiento de DC. Para el análisis de los factores asociados a la elección de la modalidad de tratamiento (Hemodiálisis crónica: HD; Diálisis peritoneal: DP) se utilizó test de t, Mann-Whitney, Chi², y análisis multivariado de regresión logística binaria. Los datos se presentan como porcentaje, o media ± DS. Se rechazó H₀ con un nivel de significación p < 0.05.

Resultados. De 1446 Pts que ingresaron a DC en el periodo, 8,9% lo hicieron en DP. Las características de los Pts de cada modalidad se muestran en la Tabla I.

	HD (n = 1317)	DP (n = 129)	p
Edad (años)	62,4 ± 16,3	48,8 ± 19,8	< 0.001
Sexo Masculino	60,1 %	38,1 %	< 0.001
Cap. Física irrestricta	47,2 %	63,6 %	< 0.05
Cardiop. isquémica	25,6%	14,3%	NS
AVE previo	8,8 %	6,5 %	NS
Enf. vasc. periférica	19,1 %	5,2 %	< 0.01
Diabetes	32,4 %	24,7 %	NS
Cobertura pública	43,9 %	44 %	NS
Procedencia Interior	53,9%	58,3 %	NS

La incidencia de DP fue mayor en las áreas geográficas o Instituciones que cuentan con la técnica (14% vs 6,7%, p<0.001). En el análisis multivariado, los factores asociados a elección de DP como técnica de ingreso fueron (Odds ratio): edad (0.96/año), sexo femenino (2,89), disponibilidad local de la técnica (2,78) y la ausencia de enfermedad vascular periférica (1,11).

Conclusiones. La elección de la modalidad de tratamiento en pacientes incidentes a DC, en el período analizado, se relacionó a sexo, edad, presencia de patología vascular y la disponibilidad de la técnica en la Institución o zona de residencia.

02 - PROMOVRIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Aquino L, Alvarez Y

Objetivo:

Ofrecer a los pacientes de CANIMEL, una alternativa ocupacional, que tenga un impacto positivo en su calidad de vida.

Fundamentación:

La Insuficiencia Renal Crónica somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de estas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que vemos a diario, una grave afectación en la calidad de vida de nuestros pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, dificultades para adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias, etc.

Metodología:

En el año 2005, se realiza por primera vez, una convocatoria dirigida al universo de pacientes del Centro, para inscribirse en el Programa Huertas Familiares. Luego de esta experiencia inicial, se continúa aplicando el programa, en los años sucesivos. Aunque con criterios flexibles, se realizaron ajustes para el ingreso al Programa, elaborando un perfil que contempla el interés personal y familiar, el estado psico-físico del paciente y la disponibilidad de un lugar físico donde llevar a cabo el emprendimiento. Todo el equipo asistencial, está involucrado en alguna de las etapas del proyecto, que va desde la selección de los beneficiarios, acondicionamiento de semillas para distribución, entrega de las mismas, seguimiento del uso de los insumos a través de entrevistas domiciliarias, visita a las huertas y registros fotográficos.

Resultados y Conclusiones:

El porcentaje de pacientes que participan evolucionó desde el 32% al inicio, hasta un 52% en el presente año. Un alto índice de pacientes reitera cada año la solicitud de ingreso al Programa. El 100% de los participantes en el proyecto llevaron a cabo la actividad, utilizando adecuadamente los insumos. El 70% plantó las semillas en su casa. El 88% de los pacientes relataron que habían obtenido un buen resultado en la producción de hortalizas. La totalidad de los pacientes, utilizaron lo obtenido, para el auto-consumo.

15 - CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN HEMODIÁLISIS NOCTURNA (HDN) Y CONVENCIONAL (HDC) MEDIANTE MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA).

A.Pastorino*; S.Boghossian*; L.Cuadro**; L.Orihuela; J.Rucks**; L.Solá*

*Servicio Diálisis Crónica H.Maciel; **Servicio Cardiología H.Maciel

Introducción La mortalidad cardiovascular (CV) en pacientes (Pts) en diálisis es mayor que en la población general. Regímenes de diálisis alternativos intentan controlar los factores de riesgo

Objetivos Comparar el control de la PA en HDN y en HDC mediante MAPA.

Método Estudio descriptivo de corte transversal. Se comparó PAS, PAD, PA 24 horas y DIP por MAPA del día sin HD de Pts en HDN (6,5 hs) y Pts pareados al azar por sexo, edad y diabetes en HDC (4 hs). Se comparó el resultado por MAPA con la PA preD

Resultados Incluyó 8 Pts HDN 7 hombres 1 mujer, edad 52 ± 14,6 años, tiempo HDN 46,3±18,5 meses, no diabéticos; y 7 Pts HDC, 6 hombres y 1 mujer, edad 51,1±16,2 años, tiempo HDC 39±20,5 meses, no diabéticos. La PAS diurna (d) nocturna (n) de 24 hs y PAD de 24 hs fueron significativamente menores en HDN (Tabla I), a pesar de mayor sobre hidratación

	HDC	HDN	P
PAS d	149.6±11.2	122.8 ± 27.2	0.031
PAD d	82.5±6.2	72.1 ±12.6	NS
PAS n	135.9±19.5	114.4±19.3	0.051
PAD n	71.5 ± 8	65 ±9.1	NS
PAS 24 hs	143.8 ±14.4	121.7±17.3	0.02
PAD 24 hs	78.8 ± 5.1	70.6 ±8.2	0.03
Non Dip	5/7 (71.4%)	5/8 (62.5%)	NS
% SP	3.8 ±2.1	7.2 ±2.6	0.017
Uso Antihipertensivos	2/7 (28,5%)	2/8 (25%)	NS
PAS preD	126.1 ± 13.7	133 ± 16.2	NS
PAD preD	72 ± 13.6	75.6 ± 9.8	NS

No hubo correlación entre PA pre D y de 24 hs. por MAPA (p = 0,78, r = 0,08)

Conclusiones La PA se controló mejor en HDN que HDC medido por MAPA. Sin relación entre PA promedio pre diálisis y MAPA.

05 - PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y ESTÍMULO DE HÁBITOS SALUDABLES EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Ferreiros R, Sánchez S, García J, Aquino L, Rodríguez K.

CANIMEL. Melo.Cerro Largo. Uruguay.

El objetivo del trabajo es mostrar la puesta en práctica de éste programa. Los beneficios de la actividad física y una dieta saludable han sido demostrados en múltiples estudios. Varias publicaciones nefrológicas, entre las que se destaca un editorial de la revista American Journal Kidney Disease jerarquizan la inclusión de programas de actividad física como parte del tratamiento rutinario en las sesiones de diálisis lo que contribuiría a mejorar la calidad de vida y disminuir su morbilidad.

Metodología

Se realizó en diferentes escenarios: salas de diálisis, fuera del centro, en domicilio, con rutinas personalizadas y actividades grupales: clubes deportivos, parques de nuestra ciudad, dirigidas a estimular cambios de hábitos. Antes de iniciar el programa y luego en forma anual se aplicó el Test SF36 para medir la calidad de vida de la población. Se confeccionó una ficha con datos filiatorios, patologías asociadas, posibles limitaciones de cada paciente, se incluyó el registro de la valoración clínica y paraclínica. Se realizó la evaluación física propiamente dicha dirigida a medir movilidad, flexibilidad y fuerza; elaborándose un plan de ejercicios individualizado. El grupo de trabajo estableció controles periódicos evaluatorios que permitieron obtener conclusiones comparables con otras experiencias similares.

Resultados y Discusión

A 3 años de implementado el programa:

- El nivel de adhesión de los usuarios a la actividad intradiálisis fue en aumento, se destaca la entusiasta participación de algunos de ellos en rutinas domiciliarias y jornadas grupales extra-centro.
- Fortalecimiento del vínculo con el Profesor de Educación Física y un involucramiento del equipo multidisciplinario.
- Se realizó educación nutricional y prevención de factores de riesgo cardiovascular.
- Se observó en la población una mejoría en las 3 capacidades físicas evaluadas.
- Se constató un incremento del porcentaje de los pacientes que dicen "no sentirse limitados", en lo referente a las actividades cotidianas.

Conclusiones:

- Se destaca el buen nivel de adhesión de los pacientes, el compromiso asumido por el equipo multidisciplinario y el profesor de educación física.
- La mejoría observada en las capacidades físicas así como en el "sentirse menos limitado" avalan la importancia de haber implementado este programa incluyéndolo como parte del cuidado rutinario.
- Se crea un clima propicio para obtener mayor receptividad de los pacientes a cambios en el estilo de vida (hábitos saludables, control de factores de riesgo cardiovascular).

16 - CONTROL de la ANEMIA de PACIENTES en HEMODIÁLISIS CRÓNICA.

Campistrús MN, Iglesias S, Gomez T.

Centros de Diálisis Ibirapitá, Italiano, INU, Uruguayana. Montevideo

Objetivo. Analizar el control de la anemia y de los parámetros férricos en una población con más de 6 meses en tratamiento de hemodiálisis crónica (HDC).

Metodología. En base a la historia clínica electrónica de 4 Centros de diálisis se realiza análisis retrospectivo de 251 pacientes con datos de ferritina, sideremia y saturación de transferrina (Sat.T) entre 5/07 y 5/09, cuya edad promedio es 61 años ±17, siendo 43% mujeres. El valor de hemoglobina (Hb) es el promedio de los 3 meses previos al estudio de parámetros férricos. Las dosis de Eritropoyetina (Epo) y Fe IV corresponden a 3 y 6 meses antes de ese estudio. Los datos se expresan por Promedio ± DE o Mediana (y cuartiles). Se analizan por Coeficiente de correlación de Pearson (Coef.) y test de "t" de muestras independientes.

Resultados. En el momento del estudio, la población presenta Hb promedio = 10,7 ± 1,5 g/dl, sideremia = 66,4±28 g/l, Sat.T = 27,7%±13 y ferritina = 417ug/l (204 -728). Reciben Epo 89,6 % de los pacientes, a dosis semanal = 5875 UI ± 2782, o bien, 90 UI/Kg/sem ± 50. En los 6 meses previos, 80% de los pacientes recibieron Fe IV, en dosis = 790 mg ± 536. Del análisis surge: a) la Hb es ≤ 10 g/dl en 30% de los pacientes; b) 27% presentan Sat.T ≤ 20%, y c) la ferritina es ≤ 100 ug/l en 14% de la población total. En pacientes sin Epo, la Hb es similar (11,1±1,8) a la alcanzada con Epo (10,7±1,5 g/dl). En estos pacientes, la Hb correlaciona con la dosis de Epo (Coef: -0,35, p<0,0001) y con la Sat.T (Coef: 0,197, p=0,004), no así con la ferritina. La tabla muestra los datos de esta población al clasificarla según Sat.T.

	Sat.T ≥ 25%	Sat.T < 25%	p
N	120	92	
Hb promedio (g/dl)	10,9 ± 1,5	10,3 ± 1,4	0,003
Dosis Epo (UI/kg/sem)	81,3 ± 53	99 ± 45	0,038
Ferritina (mediana-cuartiles)	488,5 (305-763)	353 (177-596)	0,01

En pacientes con Epo, la Sat.T.<25% se asocia a menor Hb y mayor dosis de Epo, al comparar con aquellos que presentan Sat.T.≥ 25%. Ambos grupos recibieron dosis similar de Fe IV: 678±550 y 631±605 mg.

Conclusiones. a) La Sat.T es el mejor parámetro férrico para prever la eficacia del tratamiento con Epo. b) El control de la anemia es insuficiente. La adecuación de dosis de Epo y mejor control de otros factores asociados mejorarían la Hb en HDC.

17 - Búsqueda de afectados con la enfermedad de Fabry en individuos varones en hemodiálisis crónica.

Roselli M.J., Pizzo L., Lemes A., Dibello N., Quadrelli R.
Instituto de Genética Médica, Hospital Italiano. Montevideo. Uruguay

La enfermedad de Fabry es un desorden de acumulación lisosomal con herencia ligada al cromosoma X, causado por deficiencia de la enzima alfa-galactosidasa A (α -gal). La prevalencia de esta enfermedad no se conoce, aunque ha sido estimada una incidencia de 1:40.000 a 1:240.000. La prevalencia es más elevada entre individuos en tratamiento de hemodiálisis, de 0,22% a 1,17%, dependiendo del grupo étnico o demográfico. La incidencia de la enfermedad de Fabry en Uruguay se desconoce, así como también la prevalencia entre pacientes en hemodiálisis. El objetivo de este trabajo consistió en detectar pacientes no diagnosticados afectados con la forma clásica de la enfermedad de Fabry.

METODOLOGÍA: 347 varones de 20 a 60 años de edad bajo tratamiento de hemodiálisis fueron estudiados para la actividad de α -gal en gotas de sangre en papel de filtro. En aquellos que presentaron una actividad por debajo de 1,5 μ mol/L/h, la actividad de la enzima fue determinada en leucocitos, con el fin de confirmar una deficiencia enzimática y se realizó además el ensayo de otra enzima lisosomal en gotas de sangre en papel de filtro.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Treinta y siete (92,5%) de los 40 centros de hemodiálisis de Uruguay participaron en este estudio, alcanzando el 69,4% de la población que inicialmente se aspiró estudiar. Individuos no diagnosticados con la forma clásica de la enfermedad de Fabry no fueron detectados. Sin embargo, un individuo presentó actividad residual baja en leucocitos, lo que sugiere que se podría tratar de una variante renal de la enfermedad. La secuenciación del gen *GLA* es necesaria para confirmar su diagnóstico. Dos pacientes en hemodiálisis crónica fueron diagnosticados con la forma clásica de la enfermedad de Fabry por el mismo método, semanas antes al comienzo de la recolección de muestras para este estudio.

CONCLUSIÓN: Considerando estos dos individuos previamente diagnosticados, concluimos que la prevalencia de la forma clásica de la enfermedad de Fabry en individuos varones en hemodiálisis es 0,6%. El diagnóstico es crucial para el asesoramiento familiar y la intervención terapéutica.

31 - BROTE A SERRATIA MARCESCENS EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS. Hospital Universitario, Montevideo, Uruguay. Período 2006-2008.

Romero J., Chifflet L., Fagundez S., Ferreiro A., González F., Hernandez N., Moreira M., Lindner C., Bazet C., Seija V., Insignares J.

INTRODUCCIÓN:

En agosto de 2006 se identificó el primer caso de bacteriemia a *Serratia marcescens* (BSM) en la población usuaria (n=36) de hemodiálisis crónica (HDC) ambulatoria de la Unidad de Diálisis Crónica (UDC) de la mencionada institución. A partir de esa fecha aumentó la frecuencia de reacciones pirogénicas y de BSM.

OBJETIVO:

Analizar el brote de BSM en dicha UDC.

METODOLOGÍA:

Se definió caso: paciente en HDC en la UDC en el período 2006-2008, con hemocultivos (+) a SM. Se realizó: Búsqueda de germen en: sangre de pacientes, medicación, ambiente, sistema de producción de agua tratada, máquinas de diálisis (MD), líquido de diálisis (LD) pre y post hemofiltro (HF), circuito hidráulico de equipos de HD, sistema de reprocesamiento de hemofiltros. Se realizó caracterización de las cepas aisladas por fenotipo y análisis molecular (ERIC-PCR). Evaluación de estructuras y procesos durante el período. Análisis de factores de riesgo (FR) en los pacientes. Análisis estadístico: test de Wilcoxon, test de t y análisis multivariado de regresión logística. Software estadístico SPSS 16.0.

RESULTADOS:

10 de 36 pacientes (27,8%) presentaron 16 BSM durante 2007. El análisis de FR de presentar BSM mostró riesgo significativo según valores ferritinemia, (30% de incremento de riesgo cada 100ug/l de aumento de ferritinemia) y presencia de catéter endovascular OR: 11 (IC 95% 1,58-21,4). No hubo fallecimientos.

Se aisló la misma cepa de SM en sangre de pacientes, en LD pre y post HF de todas las MD. Se identificó las MD como fuente. No se encontró SM en otras muestras.

Se detectó desinfección automática incorrecta de MD, quiebres en la técnica de control de infecciones del equipo tratante, protocolos de asistencia no actualizados.

Se abordaron intervenciones simultáneas en las áreas problema.

CONCLUSIONES:

Se confirmó brote a SM con reservorio probable en MD, y mecanismo de transmisión a través de los quiebres de procedimientos. Se identificaron como FR de los pacientes, presencia de catéter endovascular y ferritinemia elevada. Las intervenciones realizadas permitieron el control del mismo. Medidas de mejora continua y vigilancia son imprescindibles.

28 - MORBILIDAD Y MORTALIDAD (MM) Y ACCESOS VASCULARES (AV) EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA (HDC)

Fernández-Cean J¹, Baldovinos G¹, Stein A², Zampedri L³, Matonte V⁴, Varela A¹, Garau M¹, Olaizola I¹, González C¹, López R¹, De Joaquín G¹, Pinato M¹, Petraglia A¹, Carbonell E²

¹ SARI-Montevideo, ² INU - Montevideo, ³ COMECA - Canelones, ⁴ CENICA - Durazno, Uruguay. jfcean@gmail.com

La MM de los pacientes en HDC varía según el tipo de AV. La fistula nativa (FAN) es preferible a la protésica (FP) y ambas a los catéteres venosos (CV). A pesar de ello, 70% de los pacientes incidentes y hasta 30% de los prevalentes tienen un CV. El objetivo de este estudio es analizar la MM asociada al AV en pacientes en HDC. **Materiales y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes de 4 centros de HDC entre Enero/2004 y Junio/2007. Se registraron datos demográficos, diabetes, tipo y fecha de creación del AV, hospitalizaciones y muertes. Se usó el método de estandarización indirecta para comparar la MM. **Resultados.** El número de pacientes fue 337, mujeres 46,4%, diabéticos 21,6%, mayores de 65 años 45,3%. El tiempo de exposición al riesgo fue de 1046 años. Se utilizaron 787 AV, 333 CV (42%), 282 FAN (36%) y 172 FP (22%). En la tabla se presentan los resultados de MM. Los días de hospitalización estandarizados según sexo, diabetes y grupo etario, fue 2,14 en los pacientes con FP (p<0,0001) y 3,44 en los pacientes con CV (P<0,0001) respecto a los pacientes con FAN. La mortalidad estandarizada fue 3,15 en los pacientes con CV (P<0,001), respecto a los pacientes con FAN o FP.

Los resultados fueron iguales en pacientes de instituciones mutuales y públicas.

Comentarios. Se comprobó una mayor MM en los pacientes con CV, en relación a los pacientes con FP o FAN. Esta diferencia fue independiente del sexo, edad y condición de diabetes. Se han sugerido diferentes alternativas para disminuir la utilización de CV. El ingreso programado a HDC permite disminuir la necesidad de CV en los pacientes incidentes.

Se ha sugerido también que, en los pacientes incidentes o prevalentes, la diálisis peritoneo-transitoria puede ser una alternativa menos riesgosa que los CV.

Este resumen fue presentado en el congreso SLANH 2009.

Tipo de acceso	Hospitalizaciones (Días/1000 pac-mes)	Mortalidad (Muertes/100 pac-año)
CV	1477,5	24,0
FAN	518,4	7,1
FP	1004,2	8,4
Total	750,1	9,3

35 - METABOLISMO MINERAL Y OSEO EN PACIENTES EN DIÁLISIS EN URUGUAY.

Olaizola I*, Petraglia A*, Caorsi H*, Ambrosioni P*, González C**, Fajardo L*, Alvarez A*, Mimbacas C*.

Grupo de estudio del metabolismo mineral y óseo. Sociedad Uruguaya de Nefrología (SUN)*. Registro Uruguayo de Diálisis (RUD)**.

Pacientes y métodos: Se analizan los datos del metabolismo mineral y óseo (MMO) de pacientes (p) prevalentes en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) en Uruguay al 31/12/07 a partir del RUD.

Resultados: La incidencia y prevalencia de la población en diálisis es de 142 pmp y 729 pmp respectivamente, con un aumento progresivo de p diabéticos y añosos en los últimos años. En el año 2007 se registraron 2220 p en HD (edad 62±16 años, tiempo en HD 5.2±5 años, 23.4% diabéticos, 35%>70 años) y 204 p en DP (edad 51±19 años, tiempo en DP 4.6±5 años, 27.3% diabéticos, 17%>70 años).

HD n = 2220

Ca mg/dl \leq 8.5 35.3% 8.6-9.5 42.7% 9.6-10.2 13.4% >10.2 8.6%
P mg/dl \leq 3.5 9.7% 3.6-5.5 39.9% 5.6-7 28.6% >7 21.8%
PTH pg/ml <150 27% 150-300 40% 301-800 15% <800 18%

DP n = 204

Ca mg/dl \leq 8.5 27.8% 8.6-9.5 52.4% 9.6-10.2 10.7% >10.2 9.2%
P mg/dl \leq 3.5 6.3% 3.6-5.5 55.4% 5.6-7 25.5% >7 12.9%
PTH pg/ml <150 23.6% 150-300 40.9% 301-800 20.9% <800 14.5%

HD: 21.3% calcificaciones vasculares periféricas (CVP), 22.2% valvulares, 1.1% calcifilaxis; 11% tratados con Vit. D, 61.7% con carbonato de Ca. **DP:** 17.3% CVP, 11.4% valvulares; 18.3% tratados con Vit. D, 49% con carbonato de Ca. El P en HD fue 5.7±1.8 mg/dl, en DP 5.3±1.5 mg/dl (p<0.0001). P>5.6 mg/dl fue más frecuente en HD que en DP (p<0.01). PxCa>55 fue > en HD (p<0.01). La principal causa de muerte fue cardiovascular (30.5%). **Comentarios:** Los resultados muestran mayor frecuencia de p con hiperfosforemia en HD. Las razones son: elevada ingesta proteica y de P, limitaciones para individualizar la calidad de la HD, escasa disponibilidad de captadores no cálcicos y limitación del uso de captadores cálcicos en los p con CVP. Esto determina un déficit terapéutico en el área del MMO y sus consecuentes complicaciones. La carencia de herramientas terapéuticas para el control de la hiperfosforemia y la falta de disponibilidad de activadores selectivos de los receptores de Vit. D explican la elevada frecuencia de hiperparatiroidismo secundario severo. La implementación de un tratamiento más adecuado, podría disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

36 - ZAPHYRO. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRATAMIENTO CON PARICALCITOL INYECCIÓN DURANTE 6 MESES EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN DIÁLISIS.

Ambrosioni P., Olaizola I., Caorsi H., Fajardo L., Ferreiro A., Campistrús N., Petraglia A., González O., Romero J., Saez L., Miller D., Mimbacas C.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de 6 meses de tratamiento (tto) con paricalcitol i/v en pacientes (p) con hiperparatiroidismo secundario en hemodiálisis (HD).

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de intervención terapéutica, previa aprobación por comité de ética y firma de consentimiento informado, con seguimiento clínico documentado trisemanal y paraclínico periódico para ajuste de dosis según protocolo establecido previamente. Se hizo una 1ª fase de pre-inclusión según parámetros del metabolismo mineral óseo en p de 5 centros de HD, resultando 43 p pre seleccionados para tto. De ellos, 27 p cumplieron los criterios de inclusión (> 18 años, PTHi > 300 pg/ml, no tratado con vit. D o resistente al tto, consentimiento informado) y exclusión (PTH > 1400 pg/ml, Ca > 11 mg/dl, P > 6.5 mg/dl, P x Ca > 65 mg²/dl²). De 27 p que iniciaron tto, 8 p salieron del seguimiento (4 p cambio de técnica, 1 p falleció, 2 p retiraron el consentimiento y 1 p estaba recibiendo calcio), 15 p completaron 6 meses de tto y 4 p aún están en curso. \bar{x} 7, \bar{x} 8, edad 61.5 ± 15 años, tiempo en HD 72 ± 59.6 meses, 1 p diabético. Paricalcitol se administró i/v postHD 3 veces/semana. El tto se definió como efectivo cuando la PTH alcanzó 150 a 300 pg/ml.

Resultados: 13 de 15 p descendieron la PTHi al rango propuesto a los 6 meses de tto. La reducción de la PTH fue 56 ± 18% (11% a 82%). En 225 determinaciones de Ca y P se observaron 4.9% episodios de hipercalcemia > 10.5 mg/dl y 14.7% episodios de hiperfosforemia > 6.5 mg/dl. Dosis administrada: 3.95 ± 2.5 µg (1 a 12 µg).

	Basal	6 meses	p
Ca (mg/dl)	9.07 ± 0.6	9.6 ± 0.7	0.025
P (mg/dl)	4.9 ± 1.0	5.2 ± 1.3	N.S.
Ca x P (mg ² /dl ²)	44.5 ± 9.6	50.1 ± 13.8	N.S.
PTHi (pg/ml)	675.3 ± 279.7	308.5 ± 234.3	0.001

Comentarios: Paricalcitol fue: a) efectivo para disminuir la PTH, b) seguro ya que la frecuencia de hipercalcemia e hiperfosforemia fue baja, c) bien tolerado, sin efectos adversos mayores atribuibles a la droga.

49 - INFLUENCIA de la DOSIS de HIERRO SOBRE PARÁMETROS FÉRRICOS y HEMOGLOBINA de PACIENTES en HEMODIÁLISIS CRÓNICA.

Campistrús MN, Iglesias S, Gomez T.

Centros de Diálisis Ibirapitá, Italiano, INU, Uruguayana. Montevideo

Objetivo: Analizar la repercusión de la dosis de hierro intravenoso (FeIV) sobre los parámetros férricos de una población tratada con hemodiálisis crónica (HDC).

Metodología: En base a la historia clínica electrónica de 4 Centros de diálisis, se obtienen datos de hemoglobina, sideremia, saturación de transferrina (Sat.T) y fe-rritina de 251 pacientes con más de 6 meses en tratamiento de HDC, entre 5/07 y 5/09. La edad promedio es 61 ± 17 años y 43% son mujeres. Se considera como hemoglobina (Hb) al promedio de 3 meses antes del estudio férrico. La dosis de Fe IV corresponde a los 3 y 6 meses antes de ese estudio; la dosis de Eritropoyetina (Epo) es el promedio de 3 meses previos. Los datos se expresan por Promedio y DE. Para su análisis se usan: coeficiente de correlación de Pearson, test de t de muestras independientes y modelo de regresión lineal, exigiéndose p<0,05.

Resultados: Se usó FeIV en 80% de los pacientes y Epo en 90%. Los tratados recibieron 440 ± 289 mg de FeIV en 3 meses y 790 ± 536 mg en 6 meses antes del estudio férrico, que mostró: sideremia=66±28,5 g/l, Sat.T=28±13%, ferritina = 499± 384 µg/l y Hb=10,7±1,5 g/dl. La dosis de FeIV no se asocia con Hb ni sideremia ni Sat.T, sólo se correlaciona con ferritina (Coef = 0,18, p= 0,006 para FeIV 6 m.; y Coef = 0,15, p=0,02 para FeIV 3 m.). La población tratada con Epo sólo presenta correlación entre ferritina y FeIV de 6 meses (Coef=0,15, p=0,02). En esta población, el modelo de regresión lineal muestra que la dosis de Epo es el factor más determinante sobre el valor de Hb (var. dependiente): Coef. beta= - 0,33; p<0,0001. Retirada esa variable del modelo, los otros factores que inciden sobre la Hb son Sat.T. (Coef. beta= 0,24; p=0,001) y ferritina (Coef. beta= -0,15; p=0,04) no siendo relevante la dosis de FeIV recibida.

La tabla resume los datos de pacientes con Epo agrupados según ferritina.

Grupos según ferritina	N	Hb	Epo/kg/sem	FeIV 6 meses
A: ≤200 µg/l	47	10,6 ± 1,2	82 ± 41	567 ± 541
B: >200 ≤ 1000 µg/l	152	10,8 ± 1,4	88 ± 51	640 ± 532
C: >1000 µg/l	24	10 ± 2 ^a	118 ± 51 ^{bc}	885 ± 802 ^d

a: B vs. C, p=0,02; b: B vs. C, p=0,008; c: A vs. C, p=0,002; d: C vs A y B, p=0,05

Conclusiones. La ferritina es el único parámetro asociado con la dosis de FeIV y por tanto es el mejor indicador para controlar su aporte. La ferritina >1000 µg/l se asocia con escasa respuesta a Epo. Para controlar la anemia se procurará un equi-librio entre dosis de Epo y dosis de FeIV individualizadas para cada paciente.

44 - Impacto del conocimiento de los objetivos terapéuticos sobre los resultados obtenidos en los pacientes en diálisis crónica. Estudio Piloto. Centro de Nefrología Hospital de Clínicas. Nefrología CASMU. Uruguay.

Gadola L., Chifflet L., Romero J., Sáez L., Gauronas W., Petraglia A., Da Fonseca F., Fumero S., Búcalo P., Poggi C., Samudio M., Ferreiro A., Phillips C.

El impacto de la educación del paciente respecto a su patología sobre los resultados clínicos obtenidos ha sido observado en varios estudios en diabéticos y otras patologías crónicas.

Objetivo: Evaluar el impacto del conocimiento percibido (CP) y objetivado (CO) en pacientes en diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD) y su correlación con los resultados clínicos y de laboratorio.

Métodos: Se estudiaron los pacientes (pac) en HD y DP del Hospital de Clínicas y CASMU con más de 6 meses (m) en diálisis, que dieron consentimiento informado y no cursaban enfermedad intercurrente o déficit cognitivo. Se realizó Cuestionario para valoración de CP y CO de objetivos terapéuticos (COOT), y conductas adecuadas (COC) y se calculó score (Sc: aceptable ≥50% de aciertos). Se registraron edad, sexo, tiempo en diálisis, modalidad y promedio de 6 meses previos a la aplicación del cuestionario de Azoemia, Potasemia, Hemoglobina, Fosforemia, Presión Arterial (PA). Se catalogó cumplimiento de OT según Pautas nacionales (0/1). Análisis estadístico, test de t, chi2-concordancia \bar{x} , y Mann Whitney; se consideró significativa p<0,05.

Resultados: Se estudiaron 69 pacientes, 34 hombres, 51% en HD, con mediana de tiempo en diálisis de 28 m (6-240). Escolarización promedio 9 ± 4,5 años, similar en HD y DP. ScCP moderado a extenso: 72,4% de pac. El ScCOOT: fue aceptable en 49% de pac y el ScCOC en 89% de pac. No hay concordancia (\bar{x}) entre CP/COOT ni CP/COC. La mayor escolarización se correlaciona con mejor COOT y COC (Mann Whitney p<0,05) para HD y DP. Los pac en DP tienen mayor CP y mayor COOT (chi2 p<0,05), versus HD, sin diferencia significativa en el COC. El cumplimiento del OT de PA fue mejor en DP, (chi2 p<0,05), sin diferencias en los demás parámetros.

Conclusiones: La mayoría de los pac tiene adecuado conocimiento de las conductas y aceptable cumplimiento de OT. Los pacientes en DP tienen mejor COOT y mejor control de PA. El cuestionario debe ser corregido.

58 - TUMOR PARDO VERTEBRAL Y PARAPLEGIA PROGRESIVA EN UN PACIENTE EN DIÁLISIS: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO.

Márquez M.N., Cabrera J., Pereira D., Mañana G., González F., Noboa O.

Centro de Nefrología, Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Departamento de Imaginología, Impasa, Montevideo, Uruguay.

DISEÑO DE ESTUDIO: reporte de caso. **OBJETIVOS:** describir una manifestación poco frecuente del hiperparatiroidismo secundario en un hombre de 19 años en tratamiento con diálisis peritoneal y discutir la base patológica de la enfermedad y evaluar la respuesta al tratamiento. **IMPORTANCIA DEL TEMA:** los tumores pardos son manifestaciones esqueléticas clásicas del hiperparatiroidismo severo pero el compromiso de la columna vertebral es excepcional. **MÉTODOS:** un hombre de 19 años de edad en diálisis peritoneal durante 8 años se presenta con dolor en la columna dorsal con paresia progresiva de ambos miembros inferiores, nivel sensitivo en la región mamaria y alteración del tono esfinteriano perineal. La calcemia prediálisis era de 9.6 mg/dl y fosforemia de 4 mg/dl. El nivel de PTH intacta en sangre era 1600 pg/ml. En la TAC se evidenciaron numerosas lesiones líticas a nivel de los cuerpos vertebrales lumbares, huesos ilíacos y a nivel sacro, sugiriendo tumores pardos focales. La RNM mostró tumoración en el arco posterior de T5 que invade el canal raquídeo con compresión medular. Se realizó cirugía decompresiva urgente de la medula espinal. Se confirma el diagnóstico patológico de tumor pardo. Luego de la neurocirugía, se le realizó paratiroidectomía subtotal. **RESULTADOS:** el paciente evolucionó favorablemente, no presentando secuelas neurológicas. La PTHi postoperatoria fue 2 pg/ml. **CONCLUSIÓN:** el hiperparatiroidismo secundario puede causar tumores pardos en la columna vertebral con compresión medular. Lo infrecuente de esta forma de presentación determina que el mismo no sea considerado como causa de compresión medular en este contexto clínico. Es un tumor benigno que habitualmente se resuelve con paratiroidectomía. Cuando se localiza en la columna vertebral la neurocirugía puede ser necesaria para preservar la función neurológica.

60 - PORFIRIA CUTANEA EN HEMODIALISIS. A PROPOSITO DE UN CASO

Larre Borges P, Di Fabio M, Perg N, Labella M, Curi L, Giorello R, Nuñez N, Sterankas A, Orihuela S.

Introducción: 1-18% de los pacientes (pte) en HD presentan ampollas en zonas expuestas causadas por una Porfiria Cutánea Tarda (PCT) o por una Seudo Porfiria. Como factores favorecedores se señalan la sobrecarga férrica y la infección por virus de la hepatitis C entre otros. El tratamiento de elección es Flebotomías reiteradas e incremento de la dosis de Eritropoyetina. Mostramos un caso clínico que vivimos en el Centro de Diálisis del H. Italiano.

Caso Clínico: pte SM de 71 años hipertenso, portador de probable glomerulopatía crónica, en HD desde 1993. HbsAg, HbcAc y HIVneg; HBsAc y HVC pos. En 1996 recibe TR de donante cadavérico, evolucionando a la IR progresiva, por lo que reingresa a HD en el 2004. Entre el dic.2007 y feb-2008 se hemodializa en España de donde retorna con marcada hiperpigmentación cutánea. En junio 2008 aparecen lesiones cutáneas ampollas a tensión en dorso y palma de manos y pulpejos, asociado a hiperpigmentación y fotosensibilidad. Con el planteo de una probable Porfiria cutánea, se realiza investigación de la misma: Hb: 11,3g/dl, ferritina: 1180ng/ml, ind de sat de Transf. :13%, AcHVC (+) por ELISA y RNA por PCR. No se logra investigar porfirinas en sangre, heces ni orina ya que no se realiza en nuestro medio. La Biopsia de piel sobre ampolla subdérmica (14/7/2008) mostró: El piso de la misma formado por papilas dérmicas, que mantenían su forma dando un aspecto festoneado. La ampolla puede corresponder a una pseudoporfiria del dializado o a una porfiria cutánea tarda. Iniciamos tratamiento con flebotomías seriadas(20-30 ml/HD) y aumento de la dosis de EPO endovenosa hasta 450 u/kg/sem, en junio de 2008. A los 2 meses las ampollas habían disminuido francamente tanto en la frecuencia de su aparición, como en el volumen de las mismas. La ferritina descendió a 631 a los 2 meses y 238 ng/ml a los 6 meses, la Hb se mantuvo entre 10 y 11 g/dl. A los 4 meses presentó una remisión clínica total.

Conclusiones: Describimos el caso clínico de un paciente de 71a IRC en HD y HVC positivo con una PCT tipo 1 por la clínica que presentó una buena evolución a los 2 meses del tratamiento con flebotomías y dosis altas de EPO

69 - MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DEL AGUA PARA HEMODIÁLISIS. MÉTODO Y RESULTADOS.

Gomez T, Quintana G, Irisarri M, Irisarri F, Campistrú MN.

Centro de Diálisis Uruguayana (CDU). Montevideo. Uruguay.

OBJETIVO: Con el fin de reducir el riesgo de contaminación a que se expone la población en hemodiálisis (HD), se establece un método de mantenimiento preventivo del sistema de tratamiento del agua (STA) para diálisis. Este estudio analiza los resultados clínicos y de calidad del agua producto luego de instalado el mismo.

METODOLOGÍA: El STA consta de reserva de agua clorada, filtro multimedia, ablandador, carbón activado (CA), ósmosis inversa de paso único (OI), tanque de agua tratada (AT), lámpara ultravioleta, generador de ozono (GO) y 3 circuitos de distribución con recirculación permanente. Se formó un equipo de trabajo, integrado por la Dirección Técnica, una Licenciada de enfermería y los Técnicos de mantenimiento, contando con Consultores externos. En base a datos, se identificaron problemas presentes y riesgos futuros. Se planificó la adecuación, mantenimiento, desinfección y controles del STA según normas e indicadores del FNR, AAMI RD 62:2001, y propios. Cada reacción pirógena (RP) observada en CDU exige realizar hemocultivo (HC), cultivo de agua y de dializado. Se analizan retrospectivamente 2 periodos: antes de instalar mantenimiento preventivo del STA (A=49 meses) y des-de su implementación (B = 35 meses). Se comparan por Chi2 (*p<0.001)

RESULTADOS: Los principales cambios realizados fueron: duplicar CA; tiempo de contacto de 5 min en cada CA; maximizar tiempo de uso diario de OI; desinfección de terminal de sala de lavado de fibras (TSL) luego del uso; limpieza química de CA y desinfección semanal con formol (4%, 12 hs.), así como de OI, tanque AT y circuito de distribución (CD), incluso TSL, picos, mangueras de equipos de HD y de éstos, si lo admiten; se cambió GO por uno más potente; se usa ozono desde tanque AT hasta TSL y equipos de HD, 2 horas cada noche a 0.45 ppm. Controles: Cl pos-CA y conductividad pos-OI, diarios; índice de rechazo, nivel de ozono y desinfectante, semanales; bacteriología cuantitativa mensual; físico-químico trimestral. Se logra índice de rechazo ≈98 y conductividad<5 µS. La Tabla muestra número de cultivos de agua con >100UFC en cada periodo, de RP y HC+ vinculables al agua. Pese a ocasional contaminación de CA el riesgo en pacientes fue menor en B.

	RP/1000HD	HC+	Nº cultivos agua	CA >100UFC	CD >100UFC
A	1,2	20	364	11	11
B	0,2 *	4*	182	23 *	3 *

Conclusión: Control sistemático, mantenimiento preventivo y medidas correctivas oportunas minimizan el riesgo de contaminación por agua de los pacientes en HD.

68 - UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS CENTROS DE DIÁLISIS

Autores: Zampedri L, Gómez T, Pérez M, Tritten M, Leiva G, Berardo S, Hekimian G, González C. Comité para la Gestión de la Calidad en la Asistencia Nefrológica (CGCAN). Sociedad Uruguaya de Nefrología (SUN). Registro Uruguayo de Diálisis (RUD).

Introducción: El CGCAN Comité de Trabajo de la SUN creado en 2008 con la MISIÓN de impulsar el estudio, la implementación y el desarrollo, de un modelo de gestión que busque los más altos niveles de calidad, eficiencia y eficacia de la asistencia nefrológica, apuntando hacia la mejora continua de los mismos.

Su VISION es constituir un modelo de atención que contemple: a) la aplicación de sistemas de gestión en todos los centros de asistencia nefrológica; b) la permanente capacitación de los recursos humanos, brindando las mejores oportunidades de desarrollo profesional y c) el compromiso de los recursos humanos con el logro de la excelencia en la asistencia nefrológica. **Objetivo:** Investigar el uso de herramientas de calidad y la formación del personal en gestión de calidad en los Centros de Diálisis del país para conocer la realidad nacional, describirla y programar actividades futuras en función de la situación actual. **Metodología:** Se envió un cuestionario por correo electrónico dirigido a los Directores de todos los Centros de Diálisis del país. El mismo estaba compuesto por 16 preguntas cerradas de opción múltiple y dos preguntas abiertas. Se interrogaba sobre utilización y tipo de herramientas de calidad, protocolos, gestión de procesos, formación del personal en relación al tema, objetivos de calidad, indicadores utilizados, historia clínica guías de práctica clínica y certificación de calidad según normas internacionales. **Resultados:** Respondieron 29 Centros (58%), 22 unidades de Hemodiálisis (HD) y 7 de Diálisis Peritoneal (DP). De los Centros que respondieron 17 (59%) están ubicados en la Capital y 12 (41%) se localizan en el Interior del país. En la mayoría de los Centros encuestados, se utilizan protocolos para la optimización de accesos vasculares, control de infecciones, adecuación y anemia, con participación del personal médico y de enfermería, que se ha formado especialmente en ese sentido, habiéndose establecido objetivos de calidad y controlándose indicadores. En muchas unidades se utilizan manuales de técnicas y guías de práctica clínica, y en algunos Centros se ha obtenido Certificación de Calidad según normas internacionales. **Conclusiones:** Las Unidades de Diálisis de nuestro país, manejan instrumentos de Gestión de Calidad en la práctica diaria con el objetivo de optimizar los resultados y de mejorar continuamente los mismos.

75 - HEMODIÁLISIS NO CONVENCIONAL: PACIENTES Y RESULTADOS

Campistrú MN, Zinno E, Gomez T.

Centro de Diálisis Uruguayana - Montevideo - Uruguay

Introducción.- Cuando el plan de 3 sesiones semanales de hemodiálisis resulta ineficaz para un paciente (pac) con insuficiencia renal extrema, se instrumenta un plan no convencional (HDnoC), definido por >15 horas semanales distribuidas en >3 sesiones/semana. El **objetivo** de este estudio es analizar la evolución clínica y paraclínica de una población en HDnoC durante un período mayor a 3 meses.

Metodología.- La población está integrada por 9 pac, seleccionados para HDnoC al cumplir los siguientes criterios: a) hiperfosforemia severa (>7,5 mg/dl) persistente (HFS) con o sin calcifilaxis o calcificación tumoral; b) ganancia de peso interdiálisis (GID) excesiva y mala tolerancia a la ultrafiltración (UF). Son 7 varones y su edad =56 años ±11. HDnoC consistió en 4 hs, 4 veces/semana, excepto un pac que asiste 5 veces/sem. Se usaron filtros ≥ 2 m² de superficie, flujo de sangre >350 ml/min y buffer bicarbonato. Los datos se expresan por promedio y DE. Se usa test de t de muestras dependientes para comparar datos de HDnoC con convencional.

Resultados.- Al comienzo presentaban HFS todos los pac; 2: calcinosis tumoral; 1 calcifilaxis; 5 pac: PTH>300pg/ml; y 3 pac: GID excesiva no tolerando UF. Todos alcanzan 6 meses de HDnoC, salvo 1 pac con 4 meses. La tabla resume los resultados al 3º y 6º mes en HDnoC que se comparan con promedio de 3 últimos meses en plan convencional (*p<0.05). Azoemia, calcemia, PAM y peso no cambian en la población, como tampoco la Hb ni la dosis de eritropoyetina (Epo) en los trata-dos. Pero al comenzar HDnoC, 2 pac no usaban Epo y al 6º mes, 3 no la precisaban. El descenso de la GID permitió mejorar la PA en 2/3 pacientes hipertensos. El des-censo de HFS y producto PxCa colaboraron en la mejoría de pac con calcifilaxis y calcinosis tumoral, y permitió usar derivados de Vit.D en 2/5 pac con PTH alta.

	3 meses previos	3º mes	6º mes
Fosforemia	9.1 ± 1.9	6.6 ± 1.9 *	7.8 ± 2.5 *
Producto PxCa	80.2 ± 13.6	61 ± 19.6 *	69 ± 19 *
Hemoglobina (Hb)	11.1 ± 1.3	11.5 ± 1.2	11.3 ± 1.9
Epo/Kg/sem	70 ± 62	58.4 ± 66	68 ± 69
PAM pre-HD	97.5 ± 7	94.1 ± 9	91 ± 12
Peso post-HD	85.2 ± 15	84.3 ± 15	82.7 ± 16
Ganancia ID	3.4 ± 1.1	2.6 ± 1.1 *	2.8 ± 0.5 *

Conclusión.- El aumento de frecuencia y tiempo de HD semanal es una alternativa eficaz en ocasión de HFS y excesiva GID con intolerancia a la UF, pero mantener este plan por plazos prolongados suele ser resistido por algunos pacientes.

80 - EVALUACIÓN DEL SÍNDROME MALNUTRICIÓN-INFLAMACIÓN EN PACIENTES TRATADOS CON HEMODIÁLISIS CRÓNICA (HDC)*Chichet M^a A, Pereira M, Thomas C, Nan M^a N, Velasco G, Ferreiro A.*

Centro COMEPA Paysandú. Centro de Nefrología, Facultad de Medicina. UdelaR.

Introducción. El síndrome malnutrición-inflamación (MI) determina en HDC disfunción endotelial y aterosclerosis acelerada, siendo un factor de riesgo de mortalidad. **Objetivo.** Evaluar el estado nutricional de una población en HDC, la relación con marcadores de inflamación y su asociación con morbi-mortalidad cardiovascular y general. **Métodos.** Estudio observacional, prospectivo, de cohorte. Se incluyeron los pacientes con más de 6 meses en THDC en el centro a diciembre de 2008. Se evaluó el estado nutricional mediante valoración antropométrica (según Frisancho y col.) y bioquímica, y parámetros de inflamación (PCR>6, VES y transferrina). Se evaluó comorbilidad inflamatoria y/o infecciosa, tiempo en HDC, parámetros de adecuación del tratamiento, tipo de acceso vascular, y calcificaciones vasculares, valvulares, HVI y FEVI en ecocardiogramas y Rx óseas. Se analizó la morbi-mortalidad de los 6 meses siguientes al inicio del estudio. Para el análisis estadístico se realizó test de t, Mann-Whitney, chi² y regresión logística binaria. **Resultados.** 66 pacientes, 44 hombres, 61 ± 15,5 años, 72,7% FAV nativas, 10,6% catéteres venosos tunelizados. Valoración nutricional: 51.5% sobrepeso/ obesidad, 43.9% normopeso y 3% adelgazados. El 36.3% presentó desnutrición (proteica 24.2%, calórica 4.5% y mixta 7.6%). Deplección proteica en 37.9% de los normopesos y en el 14.7% de los sobrepeso/obesos. Deplección calórica se presentó solo en los normopeso (10,3%). Los pacientes con deplección calórica y calórico-proteica (mixta) llevaban mayor tiempo en diálisis: 131 ± 118 y 135 ± 94 vs 73.68 ± 65 meses (p<0,05). El sexo masculino y el subgrupo sobrepeso/obesidad tuvo los valores más altos de PCR (13,3 mg/l), con asociación inversa entre PCR>6 y el Kt/V (1.37±0.04 vs 1.49±0.04) y la albuminemia (3.7 ± 0,07 g/l vs 4.0 ± 0,09 g/l) (p<0,05). No se encontró correlación entre valores de PCR y calcificación vascular, valvular, HVI o la tasa de hospitalización posterior, si bien 80% de las internaciones por causa cardiovascular se observó en el grupo de PCR>6.

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de obesidad en la población estudiada, pero con elevada prevalencia de desnutrición proteica, que se asocia directamente al tiempo en THDC. Los parámetros de inflamación se relacionaron con el estado nutricional, y la dosis de diálisis administrada. No se objetivó asociación entre parámetros inflamatorios y morbi-mortalidad general, que deberá reevaluarse en luego de mayor tiempo de observación.

83 - TAMIZAJE DEL VIRUS DE HEPATITIS C POR rtPCR (POOL) EN PACIENTES EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO CRÓNICO.*Ferreiro A, Bentancor J, Bentancor R, Ferreira S, Juan V, Tedesco S, Sanguinetti C.*

Servicio de Nefrología, Asociación Médica de San José. ATGen.

Introducción. En 2007 4.8% de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica (HDC) en Uruguay eran seropositivos para el virus de la hepatitis C (VHC), con amplia variabilidad entre los centros. Si bien la tasa ha disminuido en los últimos 10 años, continúa reportándose seroconversión (44 casos en 2006-2007; 0.9 casos/100 años-paciente). El tamizaje con serología (IgG anti VHC) y TGO-TGP es de alto costo, tardía y poco sensible. La determinación de ARN viral por PCR en muestra real cualitativa (rtPCR) en pool de muestras es ampliamente utilizada en donantes de sangre y screening poblacional. **Objetivo.** Describir y evaluar el rendimiento del tamizaje de VHC en pacientes en HDC, por la técnica de determinación de ARN viral por rtPCR en pool de muestras. **Métodos.** En el período 2008-2009 se realizaron 4 cortes transversales de todos los pacientes del centro (cada 6 meses). Se continuó realizando tamizaje con TGO-TGP cuatrimestral y serología. Una vez obtenidas las muestras de sangre se enviaron a laboratorio para separar el plasma mediante centrifugación. Para el tamizaje de ARN viral se realizan pooles con 100 µl de plasma de cada muestra, todas de un mismo turno y nunca superando las 10 muestras. Cada pool se analiza mediante rtPCR, incluyendo un control interno. La especificidad del método incluye los genotipos 1, 1b, 2, 3^a, 4 y 5^a y posee una sensibilidad mínima de 2000UI/ml/muestra (carga viral esperada a las 24 hs luego de un contagio). Cuando un pool resulta positivo se identifica la muestra positiva. La sensibilidad y especificidad de la técnica se testó contra el método clásico de tamizaje.

Resultados. Se procesaron 216 muestras, y se confeccionaron 24 pooles. Todos los pooles de pacientes con serología negativa no tuvieron replicación viral, y la determinación en pacientes con HVC conocido fue siempre positiva (especificidad: 100%, sensibilidad: 100%, valor predictivo negativo: 100%). El costo de laboratorio del tamizaje de ARN viral con rtPCR es menor que el tamizaje con serología y TGO-TGP. La obtención y transporte de las muestras por enfermería, y el procesamiento en laboratorio no requirió medidas diferentes de las habitualmente utilizadas para la manipulación de muestras biológicas. **Conclusiones.** El tamizaje con rtPCR para VHC es una técnica fácil de instrumentar, altamente sensible y específica. La incorporación de técnicas de alta sensibilidad, especificidad, y capacidad de detección precoz podrían tener alto impacto en el control de la cadena de transmisión nosocomial de la enfermedad.

Diálisis Peritoneal

RESÚMENES - POSTERS

19 - PERITONITIS ESCLEROSANTE, UNA GRAVE COMPLICACION DE DIALISIS PERITONEAL

Orihuela N, Ferrari A, Gadola L, González F.

Introducción: La peritonitis esclerosante (PE) es una complicación poco frecuente pero grave de la diálisis peritoneal (DP). Se caracteriza por engrosamiento y esclerosis progresiva de la membrana peritoneal, que pierde capacidad de ultrafiltración (UF) y se asocia a alteración de la motilidad y/o episodios de obstrucción intestinal. Su etiopatogenia se relaciona a la exposición a líquido de diálisis bioincompatible y tiempo en diálisis. La sintomatología poco específica al inicio, dificulta y retarda su diagnóstico. Debe sospecharse ante la disminución de la UF con repercusión general, asociado a síntomas digestivos diversos. La imagenología (engrosamiento peritoneal y colecciones) apoyan su diagnóstico. Se confirma con la biopsia peritoneal. El tratamiento incluye reposo intestinal, alimentación parenteral, retiro del catéter y el uso de drogas como tamoxifeno o inmunosupresores. El pronóstico en general es malo, con mortalidad vecina al 60% en 4 meses.

Material y Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo de 4 casos de pacientes con diagnóstico clínico de PE obteniendo solo en uno con confirmación histológica. Se registraron edad, sexo, uso de betabloqueantes, tiempo en diálisis, nº de peritonitis y gérmenes, síntomas de inicio, estudios realizados, conducta con el catéter y la técnica de DP. El análisis estadístico se realizó en SPSS, test chi2 y se consideró significativo una p<0.05.

Resultados: Se analizaron 4 casos: 3 mujeres (2 lúpicas), edad media 37.7+5 años (32 y 46), con 1-3 episodios de peritonitis previo. El tiempo medio en DP fue de 57 meses (36 a 72). Todos los ptes estuvieron en algún momento con solución glucosa hipertónica al 4.25%, y presentaban peritoneo de tipo trasportador alto o medio alto. La presentación clínica fue similar en todos con fiebre, vómitos, diarrea, dolor abdominal, repercusión del estado general con desnutrición evidente y 3 episodios suboclusivos. En ningún caso se aisló germen. La TAC mostró en 3 engrosamiento peritoneal y en 2 colecciones intra abdominales. Solo en un pte se confirmó esclerosis peritoneal por histología.

Conducta: En todos se retiró el CP y pasaron a HD. Todos requirieron alimentación parenteral. Los 4 recibieron tamoxifeno 20 mg/día; 2 ptes evolucionaron a la curación y 2 fallecieron.

Conclusiones: Nuestra revisión concuerda con los resultados referidos en la literatura. La PE implica la pérdida del peritoneo como membrana de diálisis, a la vez que se asocia a una elevada morbimortalidad.

30 - DIALISIS PERITONEAL (DP) DE INICIO: INGRESO NO COORDINADO

Sola L, Sans A, Orihuela L, Noboa O

Servicio Diálisis Crónica, Hospital Maciel

Introducción. Son múltiples las ventajas de la referencia temprana al nefrólogo para el inicio coordinado de diálisis crónica (DC). La mayoría de los pacientes (Pt) inician hemodiálisis (HD) de urgencia por catéteres venosos con frecuente bacteriemia.

Objetivo. Evaluar las ventajas de la DP como técnica de inicio de urgencia y comparar la evolución con el ingreso coordinado a DP.

Métodos. Se consideraron los pacientes incidentes a DC que iniciaron DP desde el 1/6/2004 a 31/5/2009. Se consideró ingreso coordinado a DP el inicio por DPCA luego de 14 días (break in) de colocado el catéter, e inicio agudo <13 días por DPA con volúmenes bajos en decúbito. Se comparó en ambas poblaciones: edad, sexo, diabetes, hemodiálisis previa, bacteriemia por catéter, técnica de colocación de catéter peritoneal, tiempo del implante a inicio de DP y evolución del primer mes

Resultados. Iniciaron DP 40 pacientes, 25 mujeres (62.5%), edad 55.8±20.8 años, 12 diabéticos (30%). La técnica de implante fue percutánea 21, quirúrgica 17 y en 2 laparoscópica, sin diferencias según inicio agudo o coordinado. En 23 (57.5%) pacientes se inició DP aguda. De ellos 18 requirieron HD previo al inicio de DP y 9 presentaron bacteriemia por catéter. El tiempo de inicio de DP post implante fue significativamente menor en el inicio agudo (4.5±2.8 vs 20.9±9.5 días). Las complicaciones mecánicas fueron frecuentes (Tabla I)

	INICIO AGUDO (23)	INICIO COORD (17)	P
Sin Complicaciones	12 (52.5%)	14 (82.4%)	NS
Fugas	6 (26%)	0	
Hematoma Pared	1 (4.3%)	0	
Hernia Inguinal	1 (4.3%)	1 (5.9%)	
Malfunción/Migración	3 (13%)	2 (11.8%)	

No se presentaron peritonitis en el primer mes.

Conclusiones El inicio de DC de forma no coordinada impone un riesgo vital por bacteriemias por catéteres en HD. El inicio por DP es posible, con complicaciones menos severas. No hay significativa mayor frecuencia de complicaciones en el inicio agudo comparado al coordinado en DP. Las fugas presentaron frecuencia mayor a la habitual y exclusivamente en los pacientes de inicio agudo, lo que obliga a revisar las técnicas de implantación.

29 - TRATAMIENTO EXITOSO DE PERITONITIS ESCLEROSANTE CON TAMOXIFENO

Pastorino A, Díaz A, Techera MR, Sans A, Alvarez I, Schwedt E.

Centro Diálisis Crónica AEPSM

Introducción: La peritonitis esclerosante (PE) es una infrecuente complicación de la diálisis peritoneal (DP) con una elevada morbimortalidad. El tamoxifeno es un modulador selectivo de receptores estrogénicos con propiedades antifibróticas utilizado en la profilaxis y tratamiento de esta entidad.

Objetivos: Informar la eficacia del tratamiento conservador con Tamoxifeno por tiempo prolongado, en un paciente con PE.

Método: Se trata de un hombre de 41 años, portador de esclerosis tuberosa y poliquistosis renal, que ingresa a hemodiálisis (HD) luego de 56 meses de DP, presentando como complicaciones de ese período 3 cirugías abdominales por hernia umbilical con colocación de malla abdominal, 2 episodios de peritonitis sin rescate de germen y posterior retiro del catéter por peritonitis persistente a Estafilococo Coagulasa Negativa asociada a cuadros dolorosos abdominales, con vómitos, diarreas y progresivo descenso de peso. La TAC mostró imágenes ovaladas en cara anterior de estómago en contacto con pared abdominal.

Comienza HD por accesos transitorios en mayo 2007. Reitera cuadros dolorosos similares en 6 oportunidades que requieren internación. La nueva TAC muestra múltiples colecciones (imagen de "cocoon abdominal") que se evacuan por punción bajo pantalla, de hasta 500 cc. Peoría progresiva del estado nutricional, llegando a la caquexia, por lo que se inicia alimentación parenteral intradialítica (APID) en agosto 2007 que se mantiene por 7 meses. En octubre y noviembre se aísla Enterobacter cloacae de colecciones drenadas mejorando con Meropenem y posteriormente, con diagnóstico de PE, se inicia tratamiento con Tamoxifeno 20 mg día que se mantiene hasta el momento actual (20 meses).

Resultados: Se obtiene mejoría de los cuadros dolorosos abdominales, detención de la formación de colecciones, con retroceso del "cocoon" tomográfico. Se logra recuperación del estado nutricional y funcional y realización del acceso vascular definitivo, sin internaciones posteriores ni efectos adversos del medicamento.

Conclusiones: 1. El diagnóstico fue tardío llevando a desnutrición y debió sospecharse frente al cuadro clínico, siendo la TAC abdominal fundamental.

2. Controlada la infección, el Tamoxifeno aislado, por tiempo prolongado, es un recurso terapéutico conservador eficaz que pudo haberse utilizado como profilaxis por ser grupo de riesgo de PE.

3. La APID es necesaria en el rescate nutricional de estos pacientes.

32 - EVOLUCIÓN DE DIALISIS PERITONEAL EN URUGUAY

Sola L, González C, Ferreira A, Schwedt E, Romero J, Mazzuchi N

Registro Uruguayo de Diálisis, Sociedad Uruguaya de Nefrología

Introducción. En Uruguay existe cobertura para Diálisis Crónica (DC) para todos los pacientes (Pts) desde 1981, con desigual desarrollo de las modalidades

Objetivo. Evaluar la calidad de atención por Diálisis Peritoneal en Uruguay. **Métodos.** Se evaluó en Pts en DC1999- 2008 la incidencia y prevalencia de HD y DP. Se analizó sexo, edad y diabetes, calidad de atención por inmunización para hepatitis B y lista de espera a trasplante. Para el análisis de resultados ajustado a comorbilidad se realizó regresión de Cox y se seleccionó de la población prevalente en 2007 con >6 meses en la misma técnica, 2 Pts en HD con similar probabilidad de haber sido ubicado a DP por cada caso en DP (propensity matched score generado por regresión logística). Se evaluó la mortalidad bruta y ajustada. Comparación por test de t y chi² (*= p<0.05)

Resultados. La incidencia en DP fue de 7 a 21 Pts por millón (ppm). La frecuencia de prevalentes en DP 5.9 a 9.1% del total en DC, y de ellos en DP automatizada 2.3 a 29.8%. La Inmunización para hepatitis B es <en DP, y similar frecuencia de lista de espera a trasplante. En prevalentes 2º semestre 2007: hombres en DP 39.5 vs 60.1% (*) en HD, y edad 48,1± 19,1 vs 61,2± 16,5 años (*).

	HD (338)	DP (170)	p
PAS/PAD X±DS	135 ± 17 / 77 ± 8	122 ± 20 / 72 ± 12	0.000
K X ± DS	5,03 ± 0,58	4,05 ± 0,54	0.000
Hiperfosforemia	65,90%	44,50%	0.000
Hb menor 11 %	50,5	37,7	0.000
Sideremia	69 ± 34	80 ± 32	0.014
Ferritina	399 ± 264	237 ± 58	0.000
Colesterol	185 ± 50	210 ± 55	0.001
Triglicéridos	183 ± 109	221 ± 103	0.001
LDL	100 ± 3539	126 ±	0.000
Albumina	4,03 ± 0,52	3,72 ± 0,54	0.000

No hubo diferencias en control nitrogenado, dosis y % de pacientes con epo ni en tiempo de internación ni complicaciones infecciosas. Mortalidad bruta fue similar con mortalidad ajustada a sexo, edad y comorbilidad mayor en DP

Conclusiones. El uso de DP aumentó en el periodo, con baja penetrancia. En DP es mejor el control de anemia y presión arterial y peor el lipídico. La mortalidad en población prevalente ajustada es mayor en DP.

46 - PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL

Diálisis Peritoneal SUN. Chifflet L, Costa L, Cuñetti L, Dabossio M, Forselledo M, Gadola L, Gómez T, Heckimian G, Laborda R, López G, Mastandrea F, Orihuela L, Pérez D, Poggi C, Sans A, Sola L y Torres E. (Orden alfabético)

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

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

Metodología: Se analizaron los episodios de peritonitis (según definición internacional ISPD) en los 8 Centros de DP adultos del Uruguay en el período 1/1/2006 al 31/12/2008 del Registro de Infecciones en DP del Grupo DP SUN. Se registraron tiempo de exposición en el período, episodios de peritonitis, gérmenes y sensibilidad ATB y evolución. Todos los Centros utilizaron el protocolo ATB empírico inicial recomendado por SUN (vancomicina – amikacina) (excepto un caso) administrados en las dosis recomendadas y ajustados al identificar germen. Se define “cura primaria” a la curación con el protocolo empírico inicial. Análisis estadístico: test Chi² y Test de Poisson se acepta $p < 0.05$ como significativo. El Registro fue aprobado por los respectivos Comités de Ética.

Resultados. En los años 2006-8 se asistieron (261/287/307) pacientes (pac) respectivamente, con un tiempo total de exposición de 6415 meses, de los cuales 157 pac presentaron 239 episodios (epis) de peritonitis. La incidencia global 2006-8 fue menor (NS) que en el período 2004-5: 1 epis cada 27 mes-pac (con variación anual por centro entre 1 c/12 -/92 mes-pac) Se observaron 113 epis. por gérmenes Gram + (47%), 43 Gram – (18%), 8 micosis, 2 flora polimicrobiana, 62 sin desarrollo (26%) y 10 sin datos.. Entre los Gram + se observaron 35 Estafilococos. Aureus (4 resistentes a meticilina-MR y 2 SAMAR), 65 Estafilococo coagulasa – : 21/31 MR (67%) de los cuales 5 eran también amikacina resistente-MAR 64/80 gérmenes eran sensibles a ciprofloxacina y se identificó un Enterococo vancosensible. 79% de Gram+ tuvieron Cura primaria. Se retiraron 60 catéteres peritoneales y fallecieron 13 pac (5%): 5 Gram -, 5 Gram +, 1 sin dato de germen y 1 infarto intestino-mesentérico En 2008 3/8 Centros tenían más de 20% de cultivos sin desarrollo. La cura 1º fue significativamente mayor en las peritonitis con cultivo negativo. El perfil bacteriológico y la evolución son similares a 2004-5

Conclusiones: Se observa un descenso de la incidencia de peritonitis (NS), con predominio de gérmenes Gram + (estafilococo coagulasa negativo, 67% MR) lo que justifica mantener igual Protocolo ATB empírico inicial.

57 - COMPLICACIONES DEL CATÉTER PERITONEAL DEL PRIMER MES

Pérez D, Canon A, Gadola L, Solá L, Gómez T, Chifflet L, Rebori A, Forselledo M, Ferreiro A, Orihuela L. Grupo de estudio de diálisis peritoneal de la SUN

CASMU, H.Clinicas, H.Maciel, A M Maldonado, A. M.San José, SEINE, SENNIAD, Uruguayana.

Introducción: La modalidad y protocolos de implante del catéter peritoneal(CP) y son fundamentales para la diálisis peritoneal(DP) y sobrevida de la técnica.

Objetivos: Determinar el tipo y frecuencia de complicaciones asociadas al implante del CP durante el primer mes .

Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo multicéntrico, incluye todos los CP implantados por insuficiencia renal crónica(IRC) durante el periodo 1.1.06 al 31.12.08.

Resultados: Se implantaron 271 CP en 239 pacientes (p.) (123 mujeres), edad promedio de 52.2 años (r 1-87 años). La etiología de la IRC fue similar en frecuencia a la descrita por el registro uruguayo de diálisis, 28.9% de diabéticos. El 59% de los p. provenían de tratamiento de sustitución de la función (TSFR), 46% fue derivado a DP por indicación médica. El 63% de los implantes fueron quirúrgicos, 33% por punción y 3% por fibrolaparoscopia. Los catéteres más utilizados fueron Swan Neck coil 55%, Tenckhoff coil 38.5% Topografía del implante: izquierda 55%, derecha 32%, sin datos 13%. En 4 casos se reportaron incidentes quirúrgicos destacables 4/239 (1.7%).El tiempo medio de inicio de DP luego del implante fue 15 días (1-99), con un volumen de inicio de hasta 1500 ml en 66.8% de los casos y 2000 ml en el 18.4%. Como protocolo, 95% tuvo ducha preoperatorio y antibioprofilaxis (ATB) profiláctica, se usó ATB tópica profiláctica postoperatoria en 88%, el 27% usó campo quirúrgico autoadhesivo. En el primer mes se reportaron 117 complicaciones en 271 CP: 10 infecciones (pared y sitio de salida), 11 peritonitis, 13 hematomas, 22 sangrados, 31 episodios de dificultades mecánicas, 11 migraciones de CP y 19 fugas de dializado. Como factores de riesgo asociados a complicaciones mecánicas se encontraron: cirugía abdominal previa (35.1%), obesidad (13.3%), peritonitis previa (10.8%), uso de anticoagulantes o antiagregantes (9.2%), inmunosupresión (7.9%). .Evolución: mejoría espontánea 20%, tratamiento médico 20%, 35% tratamiento quirúrgico, 20% perdieron el CP antes del mes. 1 paciente falleció por complicación vinculada al implante del CP.

Conclusiones:1)La frecuencia de complicaciones hallada es comparable a la reportada en la literatura.

55 - PROCESO DE GESTIÓN DE UN CENTRO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Pérez D, Burgstaller E, Alegre S, Canón A, Hekimian G, Vieira M, Bucalo P, Benítez M, Banchoero A, Chain S, Gómez R, Leiva P, Diaz M, Bracco M, Benedetti P.

SEINE en Hospital Evangélico-Montevideo URUGUAY

Introducción: En la búsqueda ,de la mejora continua de la atención en un centro de diálisis peritoneal (DP) se instrumentó un nuevo proceso de gestión.

Objetivos: mejorar localidad de asistencia a los pacientes con insuficiencia renal Crónica en programa de DP en SEINE.

Métodos:1)se incluyó en el proyecto a todo el personal del servicio 2)se usaron Distintas herramientas de gestión de calidad (FODA , círculos concéntricos, diagramas, tormenta de ideas , encuestas ,etc).3)Se informatizó en red las historias clínicas de los pacientes .4)Se fijaron marcadores de calidad de asistencia(KT/V, azoemia, PET, hemoglobina ,hipertensión arterial, calcemia, fosforemia, PTHi, albuminemia, peritonitis ,infección de sitio de salida, reentrenamiento de pacientes, historias clínicas actualizadas, porcentaje de pacientes en lista de espera para trasplante renal, salidas de DP, internaciones y fallecimiento).5)Se acordaron valores a alcanzar y plazos. 6) Se crearon grupos de trabajos multidisciplinarios independientes que trabajaron en el rubro 7)Mensualmente se hicieron reuniones para difundir resultados y ajustar medidas correctivas.8)Se estimuló el intercambio electrónico entre los diferentes integrantes de los equipos.

Resultados: Todo el grupo de trabajo se vio estimulado , participativo, y demostrando interés por la nueva metodología de trabajo.

En lo referente a los objetivos alcanzados podemos resumir :a)KT/V actualizado pasó de 31% a 87% b)azoemia mantenida en 100% debajo de 1.7c)PET actualizado pasó de 14% a 78% d) hemoglobina mayor de 11 g/l bajó del 69% al 61% e)calcemia buscada pasó de 66% a 85% f) fosforemiabuscada de 54 a 70% g) PTHi buscada pasó de 38 % a 52%, h)albuminemia,peritonitis,infección de sitio de salida ,internaciones y mortalidad , no han presentado variaciones significativas i) el reentrenamiento periódico programado de pacientes llegó al 100% y la actualización de la historia clínicas al 75%.

Conclusiones:1) todo el personal demostró conformidad con el modelo de gestión 2)la mayoría de los marcadores de calidad mejoraron ,algunos se mantienen incambiables y un indicador(hemoglobina) empeoró.

3)estimamos que el proceso de gestión aún podrá mejorar los parámetros con el transcurso del tiempo y el empleo de nuevas medidas correctivas.

Insuficiencia Renal Aguda

RESÚMENES - POSTERS

01 - NEFROPATÍA AGUDA POR FOSFATOS. Una causa poco reconocida de falla renal crónica

Torres J, Serna J, Flórez A. *, Moren o M, Gómez ME.

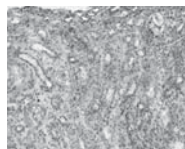
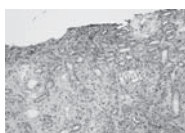
Unidad Renal Nefrosalud RTS. *Departamento de Patología. Fundación Santa Fe. Bogotá Armenia, Colombia

Introducción: La nefropatía aguda por fosfatos es una causa rara de insuficiencia renal aguda, que se presenta asociada al uso de fosfato de sodio oral utilizado para la limpieza intestinal como preparación para las colonoscopias.

Objetivo: Presentación de una causa poco reconocida de falla renal crónica.

Materiales y métodos: Se analiza el caso de un hombre de 46 años que acude a urgencias por emesis, astenia, adinamia y debilidad muscular. Único antecedente colonoscopia (Enero/2006). Examen físico: regular estado general, deshidratado, TA :90/60 mmHg, FC: 110 lpm, taquicardia sinusal. Se interconsulta a nefrología por falla renal: Cr 2.6 mg/dl, BUN 23 mg/dl, sedimento urinario normal, hipokalemia. Se plantea injuria renal aguda, se inicia manejo con líquidos sin mejoría. Ecografía renal normal. Se solicita biopsia renal percutánea bajo guía ecografía por insuficiencia renal de etiología desconocida.

Resultados: Presencia de cristales en las luces de los túbulos proximales evidentes en la coloración de hematoxilina eosina, los cuales tienden a ser mucho menos evidentes o estar ausentes en las coloraciones de PAS, dada la acidez de parte de los reactivos empleados en esta última coloración, debido a que disuelven los componentes de dichos cristales. Igualmente hay una menor proporción en túbulos distales. Su distribución en banda y la densidad de los mismos hablan de una lesión tubular que afecta la nefrona completa, en especial la porción proximal tubular. Este tipo de lesión es la observada en pacientes a quienes les ha sido administrado enemas de fosfatos de calcio para preparación del tracto gastrointestinal.



Conclusiones: La nefropatía aguda por fosfatos se presenta como una falla renal aguda con mínima proteinuria y sedimento urinario sin alteraciones significativas, en pacientes que se exponen a soluciones orales de fosfatos de calcio como preparación para una colonoscopia. La biopsia renal muestra injuria renal aguda o crónica, depósitos de cristales de calcio en túbulos proximales, distales y colectores y ningún otro patrón histológico de injuria.

40 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS POR CONSUMO DE COCAÍNA

Ferrari A, Orihuela N, Pascale A, Gadola L, González F.

Introducción: La cocaína es una droga simpaticomimética cuyos efectos principales se producen a nivel miocárdico y del sistema nervioso central. La rhabdomiólisis es una complicación habitual, se estima que el 25% de los usuarios a cocaína la desarrollan. La cocaína produce lesión de la fibra muscular por diversos mecanismos y la posterior lisis celular. Clínicamente se manifiesta por mialgias y orinas parduzcas por mioglobulinuria. La insuficiencia renal aguda (IRA) se presenta entre el 10 al 35% de los casos. Se desarrolla por toxicidad y precipitación intratubular de la mioglobina, vasoconstricción renal e hipovolemia por secuestro de fluidos en los músculos dañados. Se debe sospechar esta complicación en todo paciente que refiere haber consumido cocaína. El diagnóstico se realiza por la determinación de CPK plasmática, niveles de azoemia y creatinemia y determinación de cocaína en orina. El tratamiento incluye hidratación, alcalinización urinaria, control electrolítico estricto y en algunos casos terapia de reemplazo renal (TRR). El pronóstico en general es malo. Un diagnóstico temprano y un tratamiento inicial intensivo pueden disminuir la morbimortalidad.

Material y Métodos: Análisis descriptivo de 2 casos clínicos, detectados en el último año en el Hospital de Clínicas. Se analiza: vía de consumo; intervalo consumo/aparición de síntomas; forma de presentación; demora al diagnóstico; analítica al ingreso y evolución; respuesta terapéutica inicial y necesidad de TRR.

Resultados: Se analizan 2 casos: hombres, edad media 32,5 años (29 y 36).

Caso 1: Consumidor de cocaína ocasional. A las 24 hs de snifar 1 gr de cocaína, presenta náuseas, vómitos, hipotermia, mialgias intensas y orinas parduzcas. El lapso entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico fue de 5 días. Al ingreso: CPK 14800 U/l, Az. 1.63 g/l, Cr. 6.56 mg/dl, K⁺ 3.9 meq/l, diuresis 1500 ml/día. Se descartan causas infecciosas. Requiere hemodiálisis en 5 oportunidades. A los 40 días presenta Cr. de 1 mg/dl.

Caso 2: Adicto a cocaína en abstinencia 18 meses. Ingresó por episodio psicótico agudo tras snifar 5 gr de cocaína en las 48 hs previas. Al ingreso: CPK 7640 U/l, Az 0.5 g/l, Cr 2.11 mg/dl, K⁺ 3.3 meq/l, cocaína en orina (+). Se inicia tratamiento médico precozmente. Disminuye la diuresis en horas y duplica las cifras de Cr en 24 hs. Requiere 3 sesiones de HD. A los 13 días presenta ClCr 108 ml/min.

Conclusiones: El nivel de CPK y el inicio precoz de tratamiento fueron los dos principales factores identificados en el desarrollo y evolución de la IRA.

12 - FRACASO RENAL AGUDO CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO. 18 AÑOS DE REGISTRO. Prevención individualizada a la comunidad.

Subiza K, Pereira D, Tognola C, Dibello N, Wibmer E

Cooperativa Médica de Rocha, Servicio de Nefrología, Agudos.

El fracaso renal agudo (FRA), presenta factores predisponentes y causas prevenibles, mantiene elevada mortalidad. El registro permite monitoreo, evaluación y educación. La educación y prevención individualizada a cada comunidad son la base para brindar calidad asistencial. En el Servicio se asiste a pacientes públicos y privados, se realiza hemodiálisis intermitente, se registran los pacientes con FRA (Población: 53000 habitantes mayores de 14 años).

Objetivo: estudio del registro para caracterizar el FRA y trabajar en prevención. **Metodología:** estudio retrospectivo descriptivo de pacientes que requieren diálisis, por FRA y por FRA sobre insuficiencia renal crónica. Período 1991 a 2009. Se describen aspectos demográficos, etiología, características clínicas, evolución renal y vital. **Resultados:** 300 pacientes, incidencia 230 casos por año por millón de habitantes, 62% mayores de 60 años, sexo masculino 63%, promedio días en diálisis 9, promedio de días de internación 16. Pacientes médicos 72%, quirúrgicos 18%, combinados 9%. En cuidados intensivos se dializaron 37%. Antecedentes: Hipertensión 53%, IRC 28%, IRA 11%, diabéticos 13%, monorrenos 3%. Morfología renal normal 53%. Medicación previa: IECA 21%, AINE 4%, diuréticos 18%, nefrotóxicos 5%. Tipo de IRA: parenquimatosa 84%, obstructiva 16%. Planteos etiológicos: necrosis tubular 30%, sepsis 27%, obstructiva 15%, tubulointersticiales 8%, otras 20%. El 10% de los pacientes ingresaron con creatinina y azoemia normal (IRA intrahospitalaria). Evolución: vivos con recuperación de función 46%, en sustitución crónica 23%. Fallecidos (total: 31%): con IRA severa 25%, con recuperación de función 6%. Causas de muerte: infección: 44%, cardiovascular: 18% y otras 38%.

Conclusiones: las características encontradas respecto a epidemiología, demografía, factores comórbidos, factores predisponentes, tipo de IRA, etiología, predominio de procedimientos en cuidados intensivos, alta mortalidad y principales causas de muerte coinciden con lo descrito en la bibliografía. El mal pronóstico se mantiene en el FRA de etiología parenquimatosa multifactorial, que en el contexto de la falla multiorgánica mantiene la elevada mortalidad. Alta frecuencia, alta mortalidad y alto costo asistencial son los factores que obligan a mantener nuestro esfuerzo practicando la educación médica continua sobre conductas de prevención. El logro es mantener el estímulo para un proceso de mejora continua, demostrable numéricamente o en la búsqueda de las causas por las cuales el fracaso renal agudo mantiene con el paso de los años la elevada frecuencia y mortalidad.

41 - FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCION DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN DIALISIS PERITONEAL.

Rébori A, Verocay C, Ramela V, Pichelli E, Bosch G, Grunberg J.

SENNIAD, Montevideo, Uruguay. seine@adinet.com.uy

La mortalidad referida para pacientes pediátricos con insuficiencia renal aguda (IRA) en distintas series es muy variable desde 35 a 73%, siendo mayor en niños con sepsis y cirugía cardíaca.

OBJETIVO: Analizar la mortalidad y evolución en niños con IRA dializados en 20 años (1989-2009) en nuestro país de acuerdo a las distintas etiologías y factores de riesgo (edad y requerimientos de drogas vasoactivas)

MATERIAL Y METODOS: Se analizaron 87 pacientes, sin patología renal conocida, en diálisis peritoneal (DP) en unidades de terapia intensiva pediátricas, neonatal y/o cardiológicas, públicos y privados. Se analizó la mortalidad global y evolución de los pacientes y la mortalidad en las patologías predominantes: síndrome urémico hemolítico (SUH), cirugía cardíaca (CC), sepsis; en quienes recibieron drogas vasopresoras y en recién nacidos (RN) como grupo etéreo de riesgo. Se realizó análisis estadístico utilizando el programa SPSS, test de t y chi², se consideró significativa $p < 0.05$.

RESULTADOS: La mortalidad global fue de 41,3% (36 pac). De los 28 pacientes con SUH, fallecieron 2 (7.2%). De los 28 pacientes con CC, fallecieron 18 (64.3%). De los 27 pac sépticos (3 de ellos post CC y 3 SUH), 15 pac (55.5%) fallecieron. 51 de 87 pacientes requirieron drogas vasopresoras, presentando una mortalidad de 64.7% (33 pac). 25 pac eran recién nacidos, con una mortalidad de 52% (13 pac) y los restantes 62 pacientes tuvieron una mortalidad de 37% (23 pac). 51 de 87 pacientes sobrevivieron (58.6%), de ellos 21 (41.17%) recuperaron parcialmente la función renal al suspender DP; 24 (47.05%) recuperaron totalmente y 6 (11.76%) no recuperaron función renal.

CONCLUSIONES: Los pacientes con IRA por sepsis y CC y los que requirieron drogas vasoactivas tuvieron mayor mortalidad, siendo en estos 2 últimos estadísticamente significativa con respecto a la global. Los pacientes con SUH que sólo presentaron falla renal, tuvieron en nuestra experiencia una excelente evolución con baja mortalidad, de significación estadística comparada con la global. Los RN tuvieron una mortalidad mayor que el resto de los niños sin significación estadística.

RESÚMENES - POSTERS

Insuficiencia Renal Aguda

42 - DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FALLA RENAL AGUDA

Verocay MC, Rébora A, Ramela V, Picheli E, Bosch G, Grünberg G.

SENNIAD (Servicio de Nefrología de Niños y Adolescentes). Montevideo, Uruguay. seine@adinet.com.uy

Peritoneo diálisis (DP) es utilizada en el remplazo renal de pacientes pediátricos con insuficiencia renal aguda (IRA) debido a la simplicidad de la técnica, no requerir accesos vasculares y poder implementarse en pacientes inestables aún en niños con ostomías y derivación ventrículo-peritoneal.

OBJETIVO: Evaluar los resultados de 20 años de peritoneo-diálisis (1989-2009) realizada por SENNIAD en pacientes pediátricos en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS: Se analizaron 87 pacientes sin patología renal conocida previamente, con diagnóstico de IRA que recibieron diálisis peritoneal en unidades de cuidados intensivos pediátricos, neonatales y cardiológico, públicos y privados en Montevideo. Se analizó edad, etiología de la IRA, indicación de diálisis, lugar de colocación del catéter, tiempo en diálisis, complicaciones de la técnica y mortalidad. El catéter fue implantado quirúrgicamente por cirujanos entrenados en la técnica. Se inició el procedimiento dialítico con baños de 10 a 15 ml/kg de peso, adecuando concentración y permanencia a la situación clínica. Los pacientes se dializaron con sistema en Y en forma manual, continua si la situación lo requería. Se utilizaron catéteres Tencnkoff neonatales o pediátricos con 1 o 2 cuff.

RESULTADOS: En 65 pacientes el catéter se colocó en el área de internación (por la gravedad de los niños (74,7%) y en 22 (25,3%) en block quirúrgico. Edades comprendidas entre 3 días y 10 años (media 15,6 meses). El tiempo de diálisis osciló entre 3 y 30 días (promedio 10,7 días). Etiología de la IRA: síndrome urémico hemolítico 28 (32,8%), cirugía cardíaca 28 (32,8%), sepsis 21 (24,4%), urológicos 4 (4,6%) y otras 6 (4,6). Indicación de diálisis: hipervolemia, hiperpotasemia e hiperazoemia en 64 (73,6%), hiperazoemia e hiperpotasemia 15 (17,2%), hipervolemia 8 (9,2%). Complicaciones de la técnica en 32 (36,78%), la más frecuente fue la fuga de líquido peritoneal en 26 pac seguida por migración en 5, sangrado en 3 y peritonitis en 2 pac. Sobrevivieron 51 pac (58,2%), de ellos 24 (47,1%) recuperaron totalmente la función renal al suspender DP, 21 (41,17%) tuvieron una recuperación parcial y 6 (11,76%) no recuperaron función renal.

CONCLUSIONES: La sobrevida en nuestro medio ha sido similar a la reportada en distintas series, evidenciando la utilidad de DP en pacientes pediátricos con baja tasa de complicaciones.

74 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON HEPATOPATIA

Astesiano R, González F, Naboa O.

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) en el contexto de hepatopatía es difícil de diagnosticar y reconocer precozmente aunque se acepta que es frecuente. También ofrece dificultades establecer la etiología de la IRA, siendo el Síndrome hepatorenal (SHR) una forma funcional y reversible, constituyendo una entidad específica cuya incidencia es desconocida con reportes que varían del 10 al 26 % no siendo la causa más frecuente de IRA en estos pacientes. La probabilidad de desarrollar SHR aumenta con la evolución de la hepatopatía, existiendo factores de riesgo y factores precipitantes.

Objetivo: Analizar 4 casos clínicos de Hepatopatía crónica e IRA.

Resultados:

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad / Sexo	42 / Femenino	72 / Masculino	50 / Masculino	73 / Femenino
Causa Hepatopatía	Alcohólica	Alcohólica	Viral VHB	Viral VHC
Años evolución	1 año	3 años	12 años	7 años
Motivo ingreso	Edemas-ascitis	Edemas-ascitis	Ictericia	Ascitis
PA evolución	Hipotensión	Hipotensión	Hipotensión	Hipotensión
Diuresis evolución	Oligoanuria	Oligoanuria	Anuria	Oliguria
Az g/l i-e	0,5 - 1,2	1,0 - 0,49 - 0,75	0,39 - 1,2	1,0-2,0-1,8-2,5
Cr mg/dl i-e	1,3 - 3,16	1,7 - 0,73 - 1,95	1,0 - 4,1	1,9-3,5-2,7-4,1
Na ⁺ mEq/l i-e	125 - 119	122 - 123 - 115	133 - 124	128 - 119 - 122
Na ⁺ mEq/l i-e	35 -	75 - 91		5 - 3 - 75
Tto diurético	Si	Si	Si	Si
Paracentesis	No	No	No	Si
Expansores	Plasma fresco	Albúmina	Plasma fresco	Albúmina
Dialisis	Si	No	No	No
Evolución	Fallece 22 días	Fallece 14 días	Fallece 14 días	Fallece 45 días

Conclusiones: Los 4 pacientes desarrollaron Insuficiencia renal aguda severa, oligoanúrica, en los que si bien se planteó como etiología mas probable la hemodinámica, no se cumplieron los criterios diagnósticos de Síndrome hepatorenal. En todos los pacientes el cuadro fue grave evolucionando a la muerte a los pocos días del ingreso.

56 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Campeas G, Larre Borges P, Robaina R, Gonzalez M, Bertucci G, Andrade R, Garra G, Forselledo M.

Hospital Pasteur Servicio de Nefrología -CTI.

INTRODUCCION La sepsis severa y el shock séptico son la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en la UCI (33%), con alta frecuencia de mortalidad (70%).

OBJETIVOS: 1) Valorar la prevalencia, evolución y mortalidad en la sepsis severa con falla renal aguda. 2) Valorar la prevalencia las etiologías que causan sepsis severa con falla renal aguda. 3) Valorar la evolución de los pacientes que requirieron tratamiento de sustitución en comparación con lo que no lo requirieron.

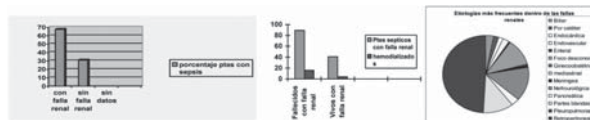
DISEÑO DEL ESTUDIO: Retrospectivo, descriptivo y transversal.

METODOLOGIA Se estudio una muestra de 193 pacientes, 91 mujeres, 102 Hombres, en el período enero -diciembre 2008, con el diagnostico de sepsis en la Unidad de cuidados intensivos. Se tomaron como criterio de insuficiencia renal aguda (IRA) los utilizados por AKIN :

1) Aumento de la creatinemia mayor o igual a 0.3 mg/dl, 2) En los pacientes con IRC elevación igual o mayor al 50 % de la creatinemia basal, 3) Oliguria, diuresis < 0.5 ml/kg/hora por > 6 horas.

RESULTADOS: Pacientes sépticos con falla renal 67.5%(grafica 1). Fallecidos 64% . Pacientes con IRA requirieron HD fallecidos 80% (grafico 2) Etiología más frecuente de sepsis con falla renal es la Pleuropulmonar con 42 % (grafico 3).

CONCLUSIONES: los valores porcentuales de prevalencia de sepsis con IRA son mayores a los de la literatura consultada (33% contra 67.5%). Los pacientes fallecidos con sepsis y falla renal son similares (70% contra 64%). Donde si tenemos una diferencia muy significativa con respecto a la literatura es en el porcentaje de pacientes fallecidos que fueron tratados con HD, donde se mencionan porcentajes de 28 - 40%, y nosotros encontramos una mortalidad del 80%. Por lo tanto nos planteamos revisar las indicaciones de terapia de sustitución en la sepsis con IRA, y modificar los métodos de dicha terapia, usando otras más adecuadas, como la HD prolongada.



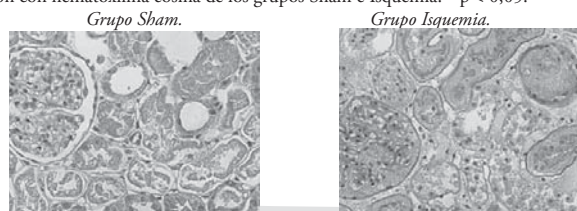
78 - INJURIA RENAL AGUDA POR COMPRESIÓN DEL PEDICULO RENAL. Puesta punto de un modelo animal en nuestro medio.

Luzardo L, Rodriguez Cabalgante MJ, Cassina A, Gadola L.

Lic. laboratorio Vallega A.

Dpto. de Fisiopatología - Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo.

Introducción. La Injuria Renal Aguda (IRA) isquémica se presenta en un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados y se asocia a un aumento de la morbimortalidad, cifras que se mantienen elevadas a pesar de los avances tecnológicos. El conocimiento de los mecanismos que subyacen a la IRA deriva predominantemente de estudios experimentales en animales o sistemas in vitro. El objetivo del trabajo es comunicar la puesta a punto en nuestro medio de un modelo animal de IRA por compresión del pedículo renal. **Metodología.** Se utilizaron ratas Wistar macho, peso promedio 300 grs., siguiendo las normas de cuidado del NIH. Los animales se dividieron en tres grupos: 1 SHAM: laparotomía, nefrectomía derecha y cierre de pared abdominal. 2.IRA: nefrectomía derecha, compresión del pedículo izquierdo con pinzas atraumáticas por 45 minutos, reperfundión que se confirma visualmente y cierre de pared. 3.Evolución: Se procede igual al grupo 2. En los grupos 1 y 2 a las 24 hs se realiza extracción de sangre de aorta y nefrectomía izquierda. La eutanasia es por sobredosis anestésica. En el grupo 3 los animales se dejan evolucionar una semana para comprobar la recuperación de la función renal. **Resultados.** Observamos una mortalidad de un 20% de los animales en las primeras 24 hs, lo que concuerda con la alta mortalidad de la IRA. Los resultados de creatinemia en mg/dl fueron los siguientes: SHAM: 0,39 ± 0,21 IRA: 3,96 ± 0,98* EVOL: 0,37 ± 0,07. Se muestran imágenes de tinción con hematoxilina eosina de los grupos Sham e Isquemia. * p < 0,05.



Conclusiones: Logramos reproducir en nuestro medio un modelo animal de IRA por compresión del pedículo renal. El grupo que Evolución nos permitió confirmar que existe una recuperación de la función renal y por ende que se trata de una isquemia reversible, con daño parenquimatoso tipo Injuria Renal Aguda.

Insuficiencia Renal Aguda

RESÚMENES - POSTERS

79 - Cual es el significado de la reducción de la creatinemia en el postoperatorio de cirugía cardíaca?

Lombardi B, Ferreiro A.

Depto. de Medicina Crítica, IMPASA. INCC. Montevideo. Uruguay

Objetivo: analizar las características clínicas y la evolución de pacientes en el PO de cirugía cardíaca que tuvieron una variación negativa de la creatinemia (Cr)

Métodos: se incluyeron todos los pacientes (pts) adultos sometidos a cirugía cardíaca entre 1/1/2000 y 12/31/2007. Se excluyeron pts en HDC y trasplantados. Se registraron variables demográficas, comorbilidades, variables intraoperatorias y la evolución a 30 días. La injuria renal aguda (IRA) se definió de acuerdo a los criterios RIFLE. Los pts fueron asignados a 3 grupos de acuerdo a la variación de la Cr (Δ Cr) dentro de los primeros 7 días del PO: grupo 1 Δ Cr <-0.30 mg/dL; grupo 2 Δ Cr entre -0.29 y 0.49 mg/dL; grupo 3 Δ Cr ≥ 0.50 mg/dL. Análisis estadístico. Variables continuas: media \pm DS o mediana (rango), test de t o Mann-Whitney, y ANOVA según correspondiere. Variables categóricas: test de χ^2 o el test Fisher. La significancia estadística: $p < 0.05$.

Resultados: 5219 pts consecutivos. Edad: 64.9 ± 10.8 años. Sexo M: 67.1%. Euroscore: 5 (0-21). Diabetes: 23%. Circulación extracorpórea: 26.5%. Cirugía coronaria: 60.4%. IRA: 25.2%. Mortalidad global a 30 días: 5.3%.

	Grupo 1 344 (6.6%)	Grupo 2 3559 (68.2%)	Grupo 3 1316 (25.2%)	p
Edad	63.2 \pm 11.3	63.9 \pm 11.1	68.1 \pm 9.5	0.000
Euroscore	4 (0-16)	4 (0-18)	6 (0+21)	0.000
Diabetes	22.4%	23.6%	30.2%	0.000
Obesidad	25.9%	28.4%	33.9%	0.000
Hipertensión	70.6%	67.7%	72.9%	0.000
Diuréticos preop	21.2%	17.4%	27.5%	0.000
Inotrópicos preop	2.0%	1.2%	2.8%	0.000
Cr basal	1.69 \pm 1.35	1.04 \pm 0.29	1.16 \pm 0.54	0.000
Contraste (≤ 3 días preop)	40.7%	35.7%	31.5%	0.001
Hemodilución	35.3 \pm 8.3	34.5 \pm 17.3	35.2 \pm 9.1	NS
Mortalidad	3.1%	2.4%	13.0%	0.000

Conclusiones: 1) Los pts con Δ Cr (-) tuvieron menos comorbilidades y Cr basal más elevada, comparados con los pts con IRA. 2) Comparados con el grupo 2, recibieron con más frecuencia drogas nefrotóxicas. 3) En consecuencia, es razonable pensar que los pts del grupo 1 pudieron haber sido operados en la fase de recuperación de una IRA preoperatoria. 4) Los resultados no apoyan la posibilidad de hemodilución como explicación alternativa de la reducción de la creatinina.

03 - NEFROPATÍA POR ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RELACIÓN CON LA PERSISTENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDICOS.*Silvarino R, Espinosa G, Arrizabalaga P, Sant F, Solé M, Alonso J, Cervera R*

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Departamento Clínico de Medicina, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Servicio de Nefrología y Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clinic, Barcelona, España

Antecedentes: La presencia de anticuerpos antifosfolípidicos (AAF) se asocia con lesiones histológicas específicas en las biopsias renales que conforman la denominada nefropatía por AAF. **Objetivos:** Determinar la asociación entre la persistencia de AAF y la nefropatía por AAF (N-AAF) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Determinar el riesgo de desarrollo de la N-AAF en esta población. **Métodos:** Se incluyeron pacientes con LES (criterios ACR) y nefritis lúpica diagnosticada mediante biopsia renal en los que se determinó la presencia de AAF en al menos dos determinaciones y con al menos una de ellas positiva en el momento de la biopsia. La persistencia de los AAF fue definida por la positividad de al menos dos tercios de las determinaciones. Se analizó la asociación entre la persistencia de los AAF y el tipo de lesiones histológicas de las biopsias renales. **Resultados:** Se incluyeron 37 biopsias de 36 pacientes con LES (30 mujeres [83,3%]). La edad media en el momento de la biopsia fue de 30,9 ± 10,3 años (rango, 15- 63). Se obtuvo un promedio de 12,2 ± 6,9 (rango, 2-27) determinaciones de AAF en un período de 110,4 ± 61,4 meses (rango, 3-211). El seguimiento (tiempo transcurrido entre la biopsia renal y la última determinación de AAF) fue de 71,8 ± 60,0 meses (rango, 0-208). La media de determinaciones positivas de AAF/paciente fue de 3,3 ± 2,6 (rango, 1-11). 24 (64,9%) pacientes fueron positivos para anticoagulante lúpico (AL), 29 (78,4%) para anticuerpos anticardiolipina tipo IgG (aCL-IgG) y 18 (48,6%) para aCL tipo IgM (aCL IgM). 3 (8,1%) pacientes presentaron persistencia para AL, 5 (13,5%) para aCL-IgG, y 1 (2,7%) para aCL-IgM. 9 (24,3%) biopsias reunieron criterios para N-AAF. De forma específica, 3 (8,1%) casos de microangiopatía trombótica (TMA), 4 (10,8%) de hiperplasia fibrosa íntimal (FIH) y 3 (8,1%) de atrofia cortical focal (FCA). Se obtuvo asociación significativa entre persistencia de AL y N-AAF (p<0,02). La persistencia de aCL-IgG (p=0,18) o de aCL-IgM (p=0,48) no se relacionó con la presencia de N-AAF. El riesgo relativo de desarrollar N-AAF en pacientes con nefropatía lúpica y persistencia de AL fue de 5,6 (IC 95% 2,7-11,7). **Conclusiones:** La persistencia AL se asocia al desarrollo de N-AAF en pacientes con LES y nefropatía lúpica. **Conflictos de interés:** no existen.

11 - Hiperoxaluria: presentación de 2 casos clínicos*Halty M, Caggiani M, Montano A*

Introducción: La hiperoxaluria (HO) causa el 2% de los casos de litiasis renal en la niñez. El valor normal de oxaluria es < 50 mg/día/1.73 m² s.c. La HO primaria tipo I o tipo II es una enfermedad genética con producción excesiva de oxalato. La secundaria se debe a hiperabsorción digestiva por síndrome malabsortivo o intestino corto. El objetivo de este estudio es presentar 2 casos clínicos de HO.

1)-M.N. SF 13 años. Cólico nefrítico a los 9 años. Ecografía renal con múltiples imágenes de litiasis que disminuyen con litotricia. Hiperoxaluria de hasta 214 mg/día/1.73 m² sc, hipocitruuria. Clearance de creatinina 96 ml/min/1.73 m² sc. Ac antitransglutaminasa +. Biopsia de intestino delgado: Lesión vellositaria leve. Dosificación de glicolato y glicerato normales recibiendo Piridoxina. Screening del DNA: 2 copias para la mutación 1 244T (HO tipo I). Se inicia Piridoxina a altas dosis descendiendo la oxaluria que se normaliza con dieta sin gluten.

Diagnóstico: HO primaria tipo I y probablemente secundaria a enfermedad celíaca.

Tratamiento: Dieta con abundantes líquidos, baja en oxalatos, sin gluten, Piridoxina, citrato de calcio y de potasio

Evolución: Buen crecimiento, asintomática, oxaluria y citruuria normales, función renal normal, sin oxalosis sistémica. Persisten litiasis múltiples bilaterales.

2)-R.M. SM 14 años. Cuadro agudo de abdomen a los 7 años por infarto intestino mesentérico por una poliarteritis nodosa. Se realiza una resección digestiva extensa quedando 10 cm de yeyuno. Recibe alimentación parenteral (AP), total al inicio, luego AP parcial y enteral hasta el momento actual. A los 12 años presenta cólico nefrítico. La ecografía de aparato urinario muestra un cálculo de 12 mm obstructivo y múltiples cálculos pequeños distribuidos en ambos riñones. Con litotricia expulsa cálculos de oxalato de calcio. Hiperoxaluria de 86 mg/día/1.73 m² sc, hiperuricosuria, hipocitruuria y acidosis metabólica leve. Clearance de creatinina 120 ml/min/1.73 m² s.c.

Diagnóstico: Hiperoxaluria secundaria a intestino corto, hipocitruuria, hiper-uricosuria, hipercalcemia intermitente, acidosis metabólica leve. Nefrocalcinosis.

Tratamiento: Dieta con abundantes líquidos, hiposódica y pobre en oxalato. Citrato de calcio y de potasio. Bicarbonato de sodio.

Evolución: Expulsión de cálculos en múltiples oportunidades, curva pondo estacional, normalización de la oxaluria, citruuria muy descendida, acidosis metabólica, clearance de creatinina normal. Ecografía actual: 3 cálculos en el seno renal izquierdo. En las pirámides de ambos riñones múltiples calcificaciones a predominio de algunos vértices con características de nefrocalcinosis.

04 - VASCULITIS RETINIANA Y GLOMERULONEFRITIS EXTRACAPILAR PAUCI INMUNE COMO MANIFESTACIONES ATÍPICAS EN EL SÍNDROME DE CHURG STRAUSS ANCA NEGATIVO. REPORTE DE CASO.**HERNÁNDEZ SANTOS JC¹*, VARELA GUTIÉRREZ JA¹, SOLANO RAMÍREZ A¹, GARZÓN GARCÍA A², MORALES MÉNDEZ PR².*

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA¹, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.²

Introducción. La presentación de glomerulonefritis rápidamente progresiva pauci inmune en el Síndrome de Churg Strauss es rara y no se han descrito casos que con alteraciones oftálmicas formen las primeras manifestaciones. La ausencia de ANCAS es un marcador independiente de mal pronóstico para función renal y para la respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Caso Clínico. Hombre de 17 años con tos crónica, edema generalizado y disminución de la agudeza visual de 48 horas. Antecedentes: asma bronquial intermitente; gastritis crónica con microgranulomas perivasculares por biopsia. Exploración física: TA 180/100 mmHg, hemorragia subconjuntival bilateral, agudeza visual 20/30 en ojo derecho y 20/40 en izquierdo con: edema macular, disminución del flujo arterial de la retina, infiltrado perivasculoso y hemorrágicas focales. Laboratorios: velocidad de sedimentación global de 58 mm/hora, anemia de 6.8 g/dl normocítica normocrómica, hiperkalemia, acidosis metabólica compensada e insuficiencia renal con depuración de creatinina en 6 ml/min, examen de orina alcalino, hipostenúrico, con proteinuria en rangos nefróticos, eritrocituria y cilindros leucocitarios; niveles altos de IgE séricos y complemento normal; Biopsia renal con glomerulonefritis rápidamente progresiva con inmunofluorescencia negativa. Se inició metilprednisolona y ciclofosfamida (CFM) aumentando diuresis, mejoró el control tensil y disminuyó la proteinuria, sin mejoría oftálmica por lo que se aplica triamcinolona intraocular, con buena respuesta. Se egresa con prednisona y CFM mensual. A tres meses, persistió con deterioro de la función renal, se suspende CFM e inicia rituximab. Consideramos que ante un paciente con manifestaciones clínicas y serológicas atípicas, con insuficiencia renal aguda sin datos histológicos que traduzcan cronicidad o baja reserva funcional y en el que se espera una pobre respuesta para el tratamiento inmunosupresor por la seronegatividad a ANCAS, el tratamiento deber ser más agresivo y con menor tiempo en la espera de su respuesta.

18 - POLIRADICULONEUROPATIA DESMIELINIZANTE CRÓNICA ASOCIADA A GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA.*Menéndez J, Castrillon C, Ferreira R, Cha M.*

Servicio de Medicina Interna. Servicio de Nefrología. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. jmenendez79@gmail.com

Se presenta una paciente de sexo femenino, 65 años con clínica, y paraclínica de Poliradiculoneuropatía desmielinizante crónica (PNDC) y Síndrome Nefrótico con PBR que confirma Glomerulopatía membranosa. La presentación en forma concomitante de ambas patologías es excepcional, siendo muy escasa la bibliografía internacional.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años, historia de 4 meses edemas de párpados, orinas espumosas, se constata proteinuria de 10 gr/24hs. 3 meses antes del ingreso disminución de fuerzas a predominio distal de 4 MM que evoluciona a paraparesia extrema, parestias progresivas con dificultad en la marcha, temblor fino. Examen físico: normotensa edemas generalizados, disminución de fuerzas a predominio distal de 4MM sin elementos de motoneurona central. Hiporeflexia, hipoparestesia y amiotrofia. Marcha atáxica. Engrosamiento de cordones nerviosos a nivel de cuello. Lasegue positivo bilateral.

PARACLÍNICA. En lo nefrológico: se confirma síndrome nefrótico completo y puro. Proteinuria selectiva. En lo neurológico: Estudio eléctrico de 4 MM: confirma poliradiculoneuropatía con afectación mielínica predominante. Punción lumbar: hiperproteinorraquia. Pandy positivo. ANA. AntiDNA. ANCA serología de hepatitis negativos. Complemento: normal. Se descarta causa infecciosa y neoplásica. PBR: Glomerulopatía membranosa en estadio II de la clasificación de la OMS. Presencia de depósitos precapilares de IgG y C3.

TRATAMIENTO. metilprednisolona 1 gr/día 3 días, seguido de inmunoglobulina hiperinmune humana 0.4g/kg/día 3 días, y prednisona 1mg/kg/día v/o. Mejoría clínica parcial, proteinuria de 5 g/24hs, a pesar de bloqueo de SRAA. Se decide realizar protocolo de Ponticelli modificado.

EVOLUCIÓN: Excelente con mejoría clínica y paraclínica. en lo neurológico, autovalida, deambula sin apoyo, recupera motricidad fina. En lo nefrológico, asintomática mantiene proteinuria de 1.8 g/24hs, función renal normal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La concomitancia de ambos cuadros clínicos es muy poco habitual. La patogenia autoinmune podría explicar ambos, sumándose en últimas publicaciones el rol de la EPO como neuroprotector. La evolución fue similar a las publicadas con mejoría progresiva bajo tratamiento.

Glomerulopatías, Hipertensión Arterial, Litiasis

RESÚMENES - POSTERS

25 - Proteinuria nefrótica mantenida en un caso de síndrome ungueo-patelar (nail-patella syndrome-NPS).

Oraziotti C, Noboa O, Acosta N, Varela A
CASMU COSEM

El síndrome ungueo-patelar, afección hereditaria de transmisión autosómica dominante, caracterizada por anomalía rotuliana, afectación del codo, alteraciones ungueales y exostosis, tiene baja frecuencia (22/millón). El gen responsable Lxm1b-cromosoma9 está relacionado con el desarrollo normal de los miembros y de la membrana basal glomerular (MBG). La presencia de nefropatía es variable (15-60%). Se expresa por proteinuria (nefrótica en el 10%) y por insuficiencia renal de instalación y evolución difícil de predecir (lenta). La MO es normal o muestra engrosamientos de la MBG y hialinosis focal y segmentaria. La ME en los engrosamientos de la MBG evidencia características rarefacciones lúcidas, con conglomerados de fibrillas de colágeno. Se describen asociaciones con otras glomerulopatías. Las mutaciones del gen determinan irregular disposición de colágeno tipo III en la MBG. No hay correlación entre las lesiones ultraestructurales y la clínica.

Caso: mujer de 41 años con NPS, biopsiada en 1995 por proteinuria.

La PBR mostró: esclerohialinosis segmentaria y focal con 1/28 glomérulos afectados, mínima alteración túbulo-intersticial, moderada arterioesclerosis y discreta arteriohialinosis.

Mantiene proteinuria nefrótica, función renal normal y normotensión. Tratamiento: enalapril 10mg c/12hs y atorvastatina 10mg/día.

fecha	albprot u 24hs	urea	crea	albprot p	Col/LDL/HDL	
1995	>3.0 g	0.30	0.80			PBR
1999	>3,0 g	0.20	0.60			embarazo con NV
10.04	4.815 mg	0.22				
10.05	2200/3300	0.26	0.70		294/214/60	
09.06	5558/6696	0.30	0.80			Compl normal
12.06	4100/5240	0.23	0.90	3.70/5.40	243/162/66	VES 16/marc vir -
02.07	3250/3750			4.00/5.80		AcANA AcDNA -
09.07	5440/6950	0.35	0.90	2.60/5.00	245/172/64	ECO Renal Normal
11.08	4231/5776	0.39	0.92	3.60/5.20	239/148/66	PEFu:Alb; EB:-3
06.09	4486/6127	0.37	0.87			

A pesar de 14 años de proteinuria mantiene función renal normal; contrasta, con respecto a la progresión, con otras nefropatías proteinúricas.

39 - HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA FAMILIAR. ESTUDIO PILOTO

Peydro M, González X, Ottati C, González F, Roche L, Gadola L.

Centro de Nefrología y Dpto. de Genética, Facultad de Medicina, UdelaR

Introducción. Las nefropatías hereditarias han adquirido importancia creciente, aproximadamente 50% de los niños y el 15% de los adultos que ingresan a tratamiento de sustitución renal tienen una enfermedad hereditaria. Se han identificado mutaciones de genes que codifican estructuras podocitarias y determinan síndrome nefrótico corticorresistente y glomerulopatías familiares.

Objetivo: Iniciar en el país el estudio sistemático de las glomerulopatías causadas por anomalías genéticas y pautar el algoritmo diagnóstico y terapéutico.

Metodología: Se realizó Estudio Piloto de familiares con diagnóstico histológico de Esclero Hialinosis Focal y Segmentaria (HFS). Se confeccionó la genealogía a partir del caso índice (mujer, 42 años, HFS con proteinuria nefrótica persistente y ERC IV, resistente a corticoides, Ciclosporina y Ciclofosfamida), y se entrevistó a familiares con glomerulopatía conocida y a los aparentemente sanos de 1º y 2º grado que dieron consentimiento informado. Se realizó historia clínica, examen físico, creatininemia (Cr_p) y sedimento urinario y se tomaron muestras de sangre para extracción de ADN. Los estudios polimórficos se realizarán en cooperación con el Centro de Genética Humana de la Universidad de Duke para el estudio de los genes: NPHS2, ACTN4, CD2AP y TRPC6 que codifican para las proteínas: podocina, α -actinina -4, asociadas a CD2, y del receptor del canal catiónico 6 respectivamente, mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). Se ha conformado un Banco de ADN de los pacientes y familiares en el Departamento de Genética de la Facultad de Medicina (UdelaR) que funcionará integrado con los bancos de datos clínicos y de tejidos. Estos datos permitirán estudiar las variantes conocidas y analizar directamente regiones no analizadas del gen, y nuevos genes que se identifiquen en el futuro.

Resultados. Se realizó el árbol genealógico de una familia afectada en 4 generaciones, con herencia autosómica dominante. Se estudiaron 3 familiares de 1º grado, 5 de 2º grado, y 3 de 3º grado; 4 hombres y 7 mujeres; siendo un hipertenso conocido, y restantes sin anomalías previas. Se detectaron alteraciones urinarias asintomáticas en todos los hermanos del caso índice y Cr_p 1,2mg% en el hijo hipertenso. El caso índice continúa en tratamiento sólo con medidas de nefroprotección. El estudio genético aún se encuentra en proceso.

Conclusiones. El estudio sistemático de los familiares asintomáticos permitió detectar anomalías precoces e iniciar nefroprotección. Realizar en el país el estudio genético permitirá el diagnóstico precoz de glomerulopatías de base genética

34 - APLICABILIDAD DE SCORE EN GLOMERULOPATÍAS PRIMARIAS

Ríos P, Gelabert B, Aunchayna M, Panuncio A, Alba A, Dell'Oca N, Fernandez C, Varela P.

Servicio de Nefrología y Anatomía Patológica Hospital Maciel. Cátedra Anatomía Patológica Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay.

Una nueva clasificación de nefropatía IgA ha sido recientemente desarrollada por el Working Group of International IgA Nephropathy Network y Renal Pathology Society, basada en un score anatomopatológico (Sc) alcanzado por su alta reproducibilidad interobservador y su valor pronóstico independiente de la presentación clínica, que incluye 4 variables: hiper celularidad mesangial (HM), glomeruloesclerosis focal (GF), hiper celularidad endocapilar (HE) y atrofia tubular/fibrosis intersticial (AF). La aplicabilidad del Sc a otras glomerulopatías (gp) es objeto de estudio. Objetivo: valorar la reproducibilidad interobservador y el valor pronóstico de este nuevo Sc en gp primarias. **Metodología** Criterios de inclusión: filtrado glomerular estimado por MDRD (eFG) al momento de la biopsia > 30 ml/min, proteinuria > 0,5 g/día, no ingreso a diálisis en primeros 6 meses y biopsia con 8 o mas glomérulos, diagnóstico de gp primaria y al menos 1 año de seguimiento. Se analizan 24 pacientes (3 lesión glomerular mínima, 3 proliferativa mesangial, 9 IgA, 5 hialinosis focal y segmentaria, 2 membranosas y 2 membranoproliferativas) biopsiados entre 6/02 y 5/08. Endpoint: insuficiencia renal extrema o pérdida de 30% del eFG inicial con cambio a etapa III o IV de ERC. Láminas coloreadas con PAS observadas por dos patólogos independientes que desconocen datos clínicos. Se estableció el Sc por el promedio entre patólogos, de HM según número de células mesangiales por área en cada glomérulo, de GF según presencia o no de GF o adhesión, de HE según presencia o ausencia y de AF según porcentaje. Estadísticos: coeficiente de correlación de Pearson, Test de T o Chi2 según corresponda.

Resultados Al momento de la biopsia edad 34±15 años, sexo femenino 50%, eFG 83,2±32,1ml/min, proteinuria 4,2±3,8g/día, PAS 139,6±26,5, PAD 84,3±17 mmHg. Al año de la biopsia: eFG 80,7±42ml/min, 4 pacientes alcanzaron el endpoint. La reproducibilidad entre patólogos se alcanzó en el Sc de HM ($r=0,60$, $p=0,004$). En el análisis de las variables clínicas iniciales y patológicas según hayan alcanzado o no el endpoint, la GF fue la de mayor significación (30 vs 7.5%, $p=0,004$). HM 45 vs 32% (NS), HE 20 vs 9% (NS), AF 25 vs 10% (NS)

Conclusiones El Sc aplicado a gp primarias alcanzó reproducibilidad en la HM y valor pronóstico en la GF. Estudios con más pacientes podrían demostrar aplicabilidad en otras variables patológicas en gp primarias.

43 - Visibilidad de la producción científica uruguaya en Nefrología - 1999/ 2009

Forster TA¹, Petraglia A²

1- Centro de Documentación INU-SARI-Uruguayana

2- SARI - Servicio de Asistencia Renal Integral

Objetivo: valorar la "visibilidad" de la producción científica uruguaya en nefrología básica y clínica en los últimos diez años, realizar un análisis de la autoría, de los temas abordados, tipo de artículos, idioma de publicación y país de origen de las revistas en que fueron publicados.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y en LILACS, en el período 1999-2009, utilizando los nombres de los nefrólogos uruguayos.

Resultados y discusión: Fueron identificados 60 artículos con por lo menos un nefrólogo uruguayo como autor, de los cuales se excluyeron 13 cuya temática no corresponde a la especialidad. De los 47 seleccionados, 19 tratan sobre nefrología clínica, 24 se refieren a terapias de reemplazo de la función renal, 4 a epidemiología y 1 a historia de la nefrología en Uruguay. Treinta y dos fueron indizados en PubMed, 13 en LILACS y dos en ambas bases de datos. Sesenta y cuatro de los 162 los nefrólogos uruguayos considerados, publicaron en el período. Los resultados muestran una dispersión de los artículos en revistas de diferentes orígenes: 9 artículos en 4 revistas uruguayas, 24 en 9 revistas internacionales, 5 artículos en 5 revistas estadounidenses, 4 en una revista española, 3 en una revista británica, 2 en una revista chilena, y 1 artículo en una revista argentina y 1 en una italiana. Diecinueve artículos estaban escritos en español, 27 en inglés y 1 en italiano. 2005 y 2008 fueron los años con más artículos publicados: 8 en cada año.

No se encontraron artículos sobre pautas prácticas, estudios randomizados controlados, cartas al editor o metaanálisis.

Conclusiones: Se observa una marcada tendencia hacia la publicación en revistas internacionales con mayor impacto en el campo de la nefrología. Sin embargo, considerando las características de la cobertura de salud en el área de la nefrología, de la educación médica y médica continua, se considera que la "visibilidad" de la producción científica no es proporcional al conocimiento generado en los diferentes ámbitos del ejercicio de la nefrología. Como sugerencias se plantean: realizar un estudio comparativo con otra especialidad médica en Uruguay con un número similar de especialistas; con otros países con número similar de nefrólogos y características similares de publicación; ampliar el período de estudio a los inicios de la Nefrología en Uruguay, la búsqueda en revistas no indizadas en las bases de datos consideradas y la investigación de mecanismos que estimulen la publicación de la producción científica en nefrología en Uruguay.

RESÚMENES - POSTERS

Glomerulopatías,
Hipertensión Arterial, Litiasis

45 - EVALUACIÓN DE LA PROGRESIÓN FUNCIONAL Y LESIONAL EN GLOMERULOPATÍAS CRÓNICAS A LOS 12 MESES DE CONTROL.

Duque S, Gadola L, Ferreiro A, Panuncio A, Melesi S, Vallega A, Malacrida L, Velazco G, Roselló A, Caorsi H. (Proyecto financiado por CSC).

Policlínica de Nefrología del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

En Uruguay las glomerulopatías representan 7.9% de los ingresos a tratamiento de sustitución renal, por lo cual optimizar su tratamiento tendrá impacto sanitario. OBJETIVOS Evaluar la progresión lesional y funcional en glomerulopatías en un programa de optimización del tratamiento. METODOS Se incluyeron los pacientes asistidos en la policlínica nefrológica del Hospital en el año 2007, que cumplieron criterios de inclusión: glomerulopatías (Glom.) primarias o secundarias (excluyendo diabetes) con confirmación histológica, creatininemia (SCR) < 3 mg% y estable. Los pacientes fueron regularmente asistidos por nefrólogo, nutricionista y asistente social. El tratamiento inmunosupresor se realizó según Pautas nacionales, y todos recibieron IECA y/o ARA2, estatinas, y bicarbonato de sodio vía oral (si bicarbonato venoso (Bic V) < 22 mEq/l). Un patólogo evaluó la histología renal y realizó score semicuantitativo de daño tubulointersticial (SDTIH). Se determinaron cada 6 meses: SCR, ionograma en plasma y orina, Bic V, lipidemia, proteinuria, osmolaridad urinaria post ayuno hídrico, glucosuria, y proteinuria de bajo peso molecular (PBPM). Se calculó aclaramiento de creatinina (ClCr) por fórmula de Cockcroft-Gault. Se consideró alteración de función tubular (AFT): acidosis metabólica hiperclorémica, glucosuria renal, hipopotasemia con potasiuria elevada, osmolaridad urinaria inferior a 850 mOsm/kg y/o PBPM. RESULTADOS Se analizaron los datos de 31 pacientes, 22 mujeres, edad media de 38 años (19 a 73). 16 nefropatías lúpicas y 15 Glom. primarias. El tiempo medio desde biopsia renal hasta inclusión fue de 4,4 años (6 m- 15 a) y el tiempo de control fue de 6 a 18 meses. 90 % de los pacientes se encontraban normotensos al ingreso y al año. 77,4% (24) presentaron AFT, y 22,6%(7) no presentaron ninguna alteración. El SDTIH fue de 0-2 (leve) en 14 pacientes (50%) y moderado-severo (3-9) en 14 pacientes (50%). Se encontró asociación entre SDTIH y AFT (p < 0,05). En el período de estudio la proteinuria (1.5 ± 2.4 g/l al ingreso vs 0,79±0,84 g/l a los 12 meses), la SCR (0.89 ± 0.4 mg%), y el ClCr (103,6 ± 38,2 ml/min/1,73m²) al ingreso al estudio no presentaron variación significativa al año (NS) El ClCr descendió (NS) en los pacientes con acidosis metabólica vs Bic v normal al año. CONCLUSIONES El grupo mostró una elevada frecuencia de disfunción tubular con un ClCr inicial conservado. Se encontró asociación entre SDTIH y disfunción tubular y estabilización del ClCr con el tratamiento realizado.

71 - PRECLAMPSIA ASOCIADA A MOLA HIDATIFORME INCOMPLETA (EMBRIONADA) A LAS 16 SEMANAS DE GESTACIÓN

Cuñetti L, González X, Baccino C, Ohloeguy P, Panuncio A, Melesi S, Gadola L, Noboa O, González Martínez F, Ferreiro A.

Centro de Nefrología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo Uruguay

Introducción: La preclampsia es la primera causa de síndrome nefrótico en el embarazo. Rara vez ocurre antes de las 20 semanas de gestación.

Objetivo: Describir un caso de preclampsia a las 16 semanas de gestación asociada a mola con feto vivo. **Método:** Mujer de 27 años, comienza a las 16 semanas gestación con edemas y orinas espumosas, hipertensión arterial y micro hematuria, con proteinuria masiva, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia. Niega historia compatible con enfermedad infecciosa o conectivopatía. Proteinuria 20,3 gr/l Hb +, albuminemia 2,5 g/dl, creatininemia 0,71 mg/dl Plaquetas 150.000 Uricemia 5,6 mg/dl. Mantiene buen control tensional bajo tratamiento con alfa metil dopa, persistiendo proteinuria masiva e hipoalbuminemia severa 1,9 gr/dl, por lo que se anticoagular, con planteo clínico inicial de glomerulopatía 1^{ma} o 2^{ma}. A las 19 semanas agrega plaquetopenia 83000, leve movimiento de enzimas hepáticas y aumento de uricemia a 6,5 mg/dl, planteándose preclampsia severa con síndrome HELLP. Ecografía obstétrica informa placenta edematizada con múltiples imágenes quísticas, vesiculares. Oligoamnios. Impresiona higroma quístico cervical tabicado. Se decide en ateneo la interrupción terapéutica del embarazo. Se evidencia placenta edematosa con múltiples vesículas en forma de racimo. El estudio anatomopatológico confirma enfermedad trofoblástica incompleta. Dado hallazgo de mola incompleta con feto vivo se realiza diagnóstico de preclampsia severa de inicio precoz con síndrome nefrótico a las 16 semanas de gestación por enfermedad trofoblástica gestacional. El estudio genético informa individuo XXY compatible con anomalía cromosómica correspondiente a síndrome de triploidia. En la evolución presenta franca desaparición de los edemas desaparición de la proteinuria, con hipoalbuminemia 2,2 gr/dl; normalización de las plaquetas y adecuado control tensional. Del seguimiento con Beta HCG (137.520 mUI/ml, 11.200mUI/ml y 300 mUI/ml) se descarta persistencia de la enfermedad trofoblástica. **Conclusiones:** la preclampsia se instala luego de las 20 semanas de gestación, salvo en el embarazo gemelar o la mola. Debe sospecharse el diagnóstico de preclampsia precoz por mola incompleta embrionada, ante el hallazgo de indicadores bioquímicos o imagenológicos de enfermedad trofoblástica gestacional, aún ante la concomitancia de feto vivo.

61 - FACTORES DE RIESGO DE LITOGÉNESIS

Orihuela L¹; Audicio P²; Servetto C²; Alvarez V²; Zeballos J³; Chopitea A³; Sans A¹; Sola L¹; Noboa O^{1,4}

1-Policlínica Litiasis, Servicio de Diálisis Crónica, 3-Urología, 2-Laboratorio Central, Hospital Maciel. 4- Centro de Nefrología. H de C, UDELAR.

Objetivos. Analizar los factores de riesgo litogénicos (FRL) presentes en pacientes con litiasis confirmada por imagen con o sin procedimientos de intervención urológico.

Métodos. Se evaluó una población asistida en la policlínica de litiasis desde el 1/4/2008 y el 30/6/2009 con un protocolo estandarizado [1; 2]

Resultados Se estudiaron 83 pacientes, 64 (77%) sexo femenino, edad media: 49 (15-77 años) y Creatinina media: 0.87 mg/dL (DS 0.19)

FRL	N	%	IC
Diuresis <2 L	47/ 83	56	46 - 67,3
pHu <5.5	43/83	51.8	41,1- 62,6
Uricosuria > 700 mg/día	8/ 83	9.6	3,3 - 16
Calciuria >250/300mg /día(F/M)	15/3/83	21.6	1,8 - 30,6
Oxaluria > 45 mg/día	11/74	14.8	6,8 - 23
Citraturia < 320 mg/día	43/66	65.1	41,1 - 62,6
Natriuria > 200 mmol/L	15/83	18.0	9,8 - 26,4
Magnesuria < 60 mg/día	18/83	21.6	12,8 - 30,6
HCO3 pi ≤ 22 mmol/L	21/81	25,9	16,4 - 35,5
Uricemia > 7.2 mg/dL	5/81	6,2	0,9 - 11,4
Calcemia > 10,4mg/dL	7/81	8,6	2,5 - 14,8

En el 95% de los casos se constató por lo menos 1 FRL En 89.2% de los casos presentaban 2 o más FRL. La Hipercalciuria se asoció en todos los casos con Na_u > 100mg/día. La frecuencia de los diferentes FRL es similar a los reportados en la región [1]. Llama la atención un porcentaje de 26% de acidosis metabólica, que bien puede ser la causa primaria o la consecuencia de la NTIC asociada a nefrolitiasis.

Conclusiones El protocolo estandarizado permitió detectar FRL en el 95% de los pacientes, facilitando las decisiones terapéuticas para disminuir la recidiva.

1. Heilberg IP, Schor N: Renal stone disease: Causes, evaluation and medical treatment. Arq Bras Endocrinol Metabol 50:823-831, 2006
2. Pak CY, Peterson R, Poindexter JR: Adequacy of a single stone risk analysis in the medical evaluation of urolithiasis. J Urol 165:378-381, 2001

72 - NEFROPATIA C1Q, UNA RARA VARIANTE DE NEFROPATÍA POR GRANDES DEPÓSITOS

Cuñetti L, Baccino C, González X, Panuncio A, Melesi S, Olivera A, Gadola L, Noboa O, González Martínez F, Ferreiro A.

Centro de Nefrología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo Uruguay

Introducción: La nefropatía C1q es una rara entidad (<0.2% de todos los registros de biopsias), aún no bien definida y aceptada, caracterizada por la presencia de depósitos dominantes o co dominantes de C1q a nivel mesangial y subepitelial en la inmunofluorescencia (IF).

Objetivo: Describir un caso de glomerulopatía (GP) a grandes depósitos de C1q, manifestada por síndrome nefrótico.

Métodos: Paciente de 20 años, con historia de síndrome nefrótico impuro de 6 meses de evolución, proteinuria hasta 11 g/l, microhematuria, sin HTA y creatininemia de 0,76 mg/dl sin cambios hasta el momento actual. Hipoalbuminemia severa hipercolesterolemia. No presentó complicaciones infecciosas ni trombóticas. No historia de enfermedad infecciosa o mesenquimatosas sistémica, conductas de riesgo para ETS, ingesta de fármacos, drogas u otros tóxicos. Paraclínica: PEF en plasma: proteinemia 4,2g/dl, albuminemia 2,2g/dl e hipogammaglobulinemia 0,3 g/dl. PEF en orina: sin pico monoclonal (77% albúmina). IEF en suero y orina no evidencia banda de precipitación para IgG, IgA, IgM, kappa y lambda. Marcadores de LES, crioglobulinas, infecciones virales, Ac antifosfolípidicos, CMV VDRL, VHB, VHC, VHA negativos. Complementemia normal. Mielograma normal. PBR: gran hiperlobulación del ovillo con extensos depósitos, orientadora de amiloide (A) o cadenas livianas (CL). Rojo congo negativo. IF IgG + IgA+ IgM+++ Kappa ++++ Lambda+ C3+ C1q +++++. ME: Grandes depósitos subendoteliales granulares que comprometen el mesangio. Luces capilares parcialmente obliteradas por depósitos. En suma: Nefropatía C1q.

Conclusiones: Descartada la amiloidosis y la enfermedad por cadenas ligeras, la inmunomarcación con C1q permite realizar el diagnóstico, y evitar tratamientos como poliquimioterapia o trasplante de médula ósea no indicados en este caso.

**Glomerulopatías,
Hipertensión Arterial, Litiasis**

RESÚMENES - POSTERS

73 - Hipertensión secundaria. Hiperaldosteronismo primario.

Luzardo L, Ferrari A, Seija M, Chiarella M, Alonso C, Noboa O.

Policlínica de HTA Resistente/Secundaria. Centro de Nefrología. Dpto. Clínico de Medicina. Cátedra de Endocrinología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo-Uruguay

Introducción. El hiperaldosteronismo primario comprende a un grupo de afecciones en los que la producción de aldosterona es inapropiadamente alta, relativamente autónoma del eje SRAA, y no suprimible por una carga de sodio. Tradicionalmente se le consideraba responsable de apenas el 1% de los pacientes hipertensos, pero actualmente sabemos que más del 10% de la población de hipertensos presenta niveles elevados de aldosterona. Estos niveles elevados generan no solamente HTA y aumento de la excreción urinaria de potasio que ocasionalmente conduce a hipopotasemia, sino que también son causa de daño parenquimatoso cardiovascular y renal en sí mismos. La tríada descrita clásicamente es HTA, hipopotasemia y alcalosis metabólica, sin embargo solo un 9 a 37% de los pacientes se presentan con hipopotasemia. **Metodología.** Se analizaron tres pacientes con Hiperaldosteronismo primario; en todos los casos, la sospecha clínica estuvo basada en los bajos valores de potasio plasmático.

Casos Clínicos. Se presentan en la tabla los datos resumidos de los tres pacientes.

	Edad (años)	Sexo	PA mmHg.	K ⁺ pl mEq/L	K ⁺ u mEq/L	HCO ₃ ⁻ mEq/L	Ald. ng/dL	ARP ng/ml/h	A/R
1	59	M	220/130	2,2	50	25	27,6	0,09	306
2	46	F	160/100	3,0	108	26	23,08	0,19	121
3	57	F	140/100	2,4	42	32	12,73	0,4	32

ARP- actividad de renina plasmática. A/R – relación aldosterona/renina.

En los tres casos, la imagenología reveló la presencia de un adenoma suprarrenal.

Conclusiones. La evidencia disponible actualmente plantea que la forma más frecuente de presentación de esta patología es con kalemia normal. Por ende, debemos sospecharlo además en aquellos pacientes con HTA resistente, HTA más incidentaloma suprarrenal o inicio de la enfermedad antes de los 20 años, entre otros. El test de screening diagnóstico es la determinación de la relación A/R, considerando un valor mayor de 20 como positivo para la mayoría de los autores. Los test de confirmación se basan en demostrar la secreción inapropiada de aldosterona a través de sobrecarga salina, supresión con fludrocortisona o test con captopril. El tratamiento tiene por objetivo no solamente normalizar los valores de PA sino que además reducir el daño asociado a las acciones de la aldosterona, en particular la fibrosis renal y miocárdica.

76 - Evolución de la Nefropatía Membranosa a la Enfermedad Renal Extrema. Factores Pronósticos.

Cordero R, Cuñetti L, Ferreira A, Ferrari A, Peydro G, Gonzalez X, Delloca N, Espindola P, Santiago J, Gadola L, Mazzuchi N, Caorsi H, Gonzalez Martinez F, Noboa O
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina UdelaR

Objetivo Analizar presentación, tratamiento y evolución de un grupo de pacientes (p) con Glomerulopatía membranosa (GM)

Pacientes y métodos: De los pacientes con GM del Registro Uruguayo de Glomerulopatías (RUG) se analizaron la presentación, evolución y tratamiento de aquellos a los que se tuvo acceso a la historia clínica completa. Criterio de inclusión: GM (confirmada por anatomía patológica, excluyendo la GM Lúpica. El punto final del estudio fue la situación al último control, la muerte o ingreso a tratamiento sustitutivo

Resultados: De 189 pacientes con GM del RUG se analizaron 50 pacientes, 30 de hombres y 20 mujeres. En la presentación: Edad promedio 49 años (rango de 17 a 78). 86% tuvo proteinuria de rango nefrótico, el 34,1% sin hematuria, 63,4% con hematuria microscópica y el 2,4% con hematuria macroscópica. La presión arterial sistólica media fue de 141± mm Hg y la diastólica media de 85±15 mm Hg. La creatinina media de 1± 0,59.mg%

27 pacientes (54%) recibieron tratamiento inmunosupresor. 37 pacientes (74%) tratamiento renoprotector en base a IECA y/o ARAII, 6 pacientes (12%) con otros antihipertensivos y 7 (14%) no recibieron antihipertensivos. 5 pacientes se perdieron del seguimiento, 3 fallecieron. Tiempo medio de seguimiento 8 años. La supervivencia de función renal a los 10 años fue de 85%.

Cuando comparamos el grupo de pacientes que ingresó a HD (HD n: 11) contra el grupo que continúa en seguimiento (S n: 31) se constataron diferencias significativas en la creatinina inicial HD 2±0.8 vs. S 1±0,3 p<0,0001, PAD inicial, HD 93±18 vs. S 82±12 p =0,0028 estando en el límite de la significación la PAS: 150±30 vs. 135±19 p=0,062. El tiempo de seguimiento fue mayor en el grupo que requirió tratamiento sustitutivo pero sin significación estadística. (HD 10 años (1-18) vs. 5 años (1-19). Sólo 2 pacientes en el grupo que requirió HD recibió tratamiento completo de Ponticelli, sin embargo no fue significativamente diferente del grupo que continúa en seguimiento.

Conclusiones: Se destaca que el grupo de pacientes requirió tratamiento sustitutivo de la función renal luego de una larga evolución presentaban niveles de PAD y de creatinemia al diagnóstico significativamente superiores que los pacientes que continúan en tratamiento médico.

20 - INDUCCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE PRECURSORES DE ONOO- Y NITRACIÓN PROTEICA EN CELULAS TUBULARES HUMANAS.

Boggia J¹, Marquez M¹, Romero N², López A¹, Trostchansky A², Cassina A², Rubbo H² y Noboa O².

¹Depto. de Fisiopatología, Hospital de Clínicas y ²Depto. de Bioquímica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Previamente demostramos un aumento significativo de la nitración tubular renal en ratas expuestas a Angiotensina-II (AII), este hallazgo podría vincularse al fenómeno de sensibilidad a la sal. Objetivo: profundizar en los mecanismos de nitración de las células del túbulo proximal (CTP) expuestas a AII.

Metodología: realizamos cultivos de CTP humanas (HK-2) en condiciones basales y en presencia de AII (10⁻⁷M). La nitración y la expresión de la enzima óxido nítrico sintasa (NOS) se evaluó mediante microscopía de fluorescencia utilizando la sonda fluorescente dihidroetidio (DHE). Adicionalmente evaluamos la función mitocondrial mediante respirometría de suspensiones celulares utilizando el cociente respiratorio FCCP/Oligomycin A con fines comparativos.

Resultados: encontramos un aumento significativo de la nitración en las células HK-2 expuestas a AII. El patrón de nitración fue significativamente más intenso en las proteínas con pesos moleculares mayores a 36 kDa. La exposición a la AII también indujo un aumento de la expresión de la enzima NOS determinado por WB. Paralelamente encontramos un aumento significativo de la producción de NO determinado por DAF y un aumento de la producción de oxidantes mediante la sonda DHE en el grupo expuesto a AII. Los estudios de la respiración mitocondrial revelaron una alteración de la respiración mitocondrial, con descenso del cociente FCCP/Oligomycin A en el grupo expuesto a AII.

Conclusiones: nuestros resultados sugieren que las células del túbulo proximal poseen toda la maquinaria biológica necesaria para generar nitración mediante la formación de peroxinitrito (ONOO⁻). Confirmamos que la exposición de las CTP a AII aumenta la nitración y encontramos que la AII induce un aumento en la producción de precursores de la formación de peroxinitrito: NO y oxidantes. Finalmente los resultados subrayan la importancia de la disfunción mitocondrial inducida por la AII como fuente de especies oxidantes.

47 - Efecto del Citrato de calcio sobre la respiración mitocondrial en modelos animales experimentales

Gadola L, Rodríguez M, Rodríguez MJ, Luzardo L, Márquez M, Boggia J, Vallega A, Cassina A. Dptos Fisiopatología y Bioquímica, Facultad de Medicina, UdelaR, Uruguay.

Introducción. La progresión de las nefropatías crónicas se ha estudiado en varios modelos animales, por ej, la nefrectomía 5/6 por ablación (NFX) y la obstrucción ureteral unilateral (OUU). En estudios previos hemos demostrado, en ambos, el efecto beneficioso del citrato de calcio en atenuar el daño renal.

Objetivo. Evaluar el efecto del citrato de calcio sobre la respiración mitocondrial renal en dos modelos de nefropatía crónica: nefrectomía 5/6 por ablación (NFX) y obstrucción ureteral unilateral (OUU).

Métodos. Se utilizaron ratas Wistar machos alojadas en Bioterio climatizado, con luz natural, cuidados según Normas Internacionales. Se dividen al azar en 5 grupos de 5 animales: 1) sham, incisión mediana, manipulación de uréter 2) NFX, nefrectomía bipolar izquierda y total derecha, 3) NFX/CIT igual a 2 y tratamiento con citrato de calcio en comida 1450 mg/100g de alimento, 4) OUU, al que se realiza Incisión mediana, ligadura de uréter izquierdo en tercio medio (doble incisión y corte) y 5) OUU/CIT igual a 4 y citrato de calcio igual a 3. Se anestesia con tiopental intraperitoneal y analgesia con lidocaína subcutánea. A los 15 días de la cirugía (grupos 4 y 5) y a las 20 semanas (Grupos 1, 2 y 3) se controló peso, PAS y bajo anestesia/analgesia igual a previa se realiza incisión mediana, extracción de sangre arterial de aorta y nefrectomía. Eutanasia por sobredosis anestésica. Se determinó bicarbonatemia arterial (Bic a), Calcio (Ca), fosforemia (P) y azoemia y medida de consumo de O₂ mitocondrial en Oroboros[®]. Los riñones se homogeneizaron y se utilizaron de inmediato para evaluar el consumo de O₂ mitocondrial en presencia de ADP, glutamato/malato y succinato y cálculo de RCR. Se determinó concentración de proteínas de la muestra por Bradford. Análisis estadístico: ANOVA, post test Bonferroni, significativo p < 0.05.

Resultados. La NFX determinó aumento de PAS, azoemia y P. El grupo NFX/CIT presentó azoemia y P significativamente menores vs NFX y aumento de Bic a, Ca y de RCR glut-malato vs NFX (p < 0.05). El aporte de citrato de calcio en el modelo OUU determinó aumento significativo de RCR g-m en el riñón obstruido vs contralateral y vs OUU sin citrato.

Conclusiones. El citrato de calcio mejora la respiración mitocondrial renal en ambos biomodelos de nefropatía crónica.

33 - LA INHIBICIÓN DE mTOR CON EVEROLIMUS DISMINUYE LA PRODUCCIÓN DE TGF β EN EL MODELO DE NEFRECTOMÍA 5/6

Kurdián M¹, Herrero-Fresneda F, Loberas N², Gimenez-Bonafe P², Grande MT³, González-Martínez F¹, López-Novoa JMP³, Grinyó JM² y Noboa O¹.

¹Centro de Nefrología, Fisiopatología, UdelaR, Uruguay; ²Laboratorio de Nefrología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, Cataluña; ³Instituto de Investigación Nefrológica, Hospital Universitario de Salamanca, Castilla y León, España.

INTRODUCCIÓN: Hay evidencia creciente que los inhibidores de mTOR pueden jugar un rol en la prevención de la progresión de diferentes nefropatías aún en aquellas de origen no inmunológico. Previamente hemos mostrado que la administración de bajas dosis de Everolimus (0.3 mg/kg/día) en el modelo de nefrectomía 5/6 disminuye la proteinuria y albuminuria y previene el daño histológico y la activación fibroblástica en el tejido renal reamente evaluada por la alfa actina muscular (J Am Soc Nephrol 18:2007 402A-403A abs).

OBJETIVOS: Evaluar los mecanismos posiblemente involucrados en estos efectos a través de la inhibición de mTOR.

MÉTODOS: Ratas Wistar macho con peso de 295±42 g fueron asignadas en forma randomizada a diferentes grupos: Sham (GS) (N=7) y nefrectomía 5/6 (NFX) con ablación del riñón derecho y ligadura de 2 de 3 ramas de la arteria renal izquierda. A las 2 semanas, las ratas NFX fueron asignadas en forma randomizada a 2 grupos: grupo control (GC) (N=5) y grupo tratado con Everolimus (GE) (N=7) a dosis de 0.3 mg/kg/día administrado por sonda orogástrica. Luego de 8 semanas, en el riñón remanente se realizó PCR Real Time cuantitativo (qRT-PCR) para mTOR, AKT y TGFβ, y Western blot para AKT y ERK, AKT y ERK fosforilados (pAKT y pERK). Los grupos fueron comparados con el ANOVA test y luego con el test de Student-Newman-Keuls. Se consideró significativo, p < 0.05.

RESULTADOS: El mRNA mTOR aumentó más de cuatro veces en el GC comparado con el GS (p<0,05). Esta estimulación es evitada en el GE. La relación pAKT/AKT fue mayor en el GC comparado con el GS (p<0.05) y aún mayor en el GE (p<0.05 vs GS). No hubo diferencias en la relación pERK/ERK entre los grupos. El mRNA TGFβ aumentó más de tres veces en el GC comparado con el GS (p<0.05) y fue menor en el GE comparado con el GC (p<0.05).

CONCLUSIONES: Everolimus a bajas dosis (0.3 mg/kg/día) inhibe el aumento de mTOR en las ratas NFX sin cambios de AKT pero con aumento en la relación pAKT/AKT. Asociado con la inhibición de mTOR hay un descenso significativo en la cantidad de mRNA TGFβ en GE. Estos hallazgos pueden explicar el descenso de la albuminuria y la prevención de la activación fibroblástica, descritos previamente.

48 - ENDOTELINA INDUCE TRANSICIÓN EPITELIO MESENQUIMAL EN LAS CÉLULAS TUBULARES HUMANAS (HK2) EN CULTIVO

Gadola L, Rodríguez Cabalgante MJ, Luzardo L, Márquez M, Ravaglio S.

Dpto. de Fisiopatología, Hospital de Clínicas, UdelaR.

Introducción. El rol de los miofibroblastos en la fibrosis es reconocido así como su origen en la transición epitelio-mesenquimal (TEM). Previamente hemos demostrado que la acidosis induce TEM de las células tubulares humanas inmortalizadas (HK2) y que el citrato de calcio la disminuye, pero el mecanismo aún es desconocido. En diferentes modelos experimentales se ha demostrado que la endotelina modula la acidificación tubular renal proximal y distal. Simultáneamente existe evidencia que la endotelina induce TEM en pulmón y contribuye a la fibrosis pulmonar.

Objetivo. Evaluar la hipótesis de que la endotelina media la TEM inducida por acidosis en células tubulares proximales HK2.

Métodos. Se cultivan células HK2 (ATCC 2290) en Labteck de 4 cámaras, en medio DMEM-HAMF12 con 10% de suero fetal bovino (SFB) a pH 7.4, hasta 80% de confluencia y después de 24 hs sin SFB, se distribuyen en 4 grupos con diferentes situaciones experimentales: 1)Control, pH 7.4, 2)Acidosis: pH 7, 3) Endotelina (ET) 250ng/ml + pH 7.4 y 4) Sulfisoxazole 100 uM + pH 7 (Sulfisoxazole es un antagonista de receptor A de endotelina). Se determinó TEM por Western Blot de E-Cadherina y análisis inmunocitoquímico de la expresión de proteínas: alfa actina de músculo liso (αAML) y vimentina. Se observaron con MO, 20x, con Software de análisis de imágenes Image ProPlus y se contaron 10 campos por experimento, se calculó la media y se expresó como N° Cél+/100 cels. Cada experimento se repitió 3 veces. El análisis estadístico se realizó con test de "t" Student y se consideró significativo p < 0.05.

Resultados. La acidosis y la ET vs Control aumentan significativamente el N° de células con expresión de αAML y vimentina y disminuyen la expresión de E-cadherina (WB) y el agregado de Sulfisoxazole vs pH 7 tiene efecto inverso.

	αAML	vimentina (N° Cél +/100 Cél)
pH 7.4	1.2 ± 0.3	1.6 ± 0.5
pH 7.4 + ET 250	5.1 ± 1.7 *	6.2 ± 1.6 *
pH 7	4.8 ± 0.4	7.5 ± 2.5
pH 7 + SXZ	1.2 ± 0.3 *	3.7 ± 1.3 *

* p < 0.05

Conclusiones. La Endotelina induce TEM de células HK2 y el Sulfisoxazole, antagonista de su receptor A, inhibe la TEM inducida por acidosis, por lo que probablemente la Endotelina media, a nivel intracelular, la TEM por acidosis.

50 - La Inhibición de la Vía Del Óxido Nítrico (NO) disminuye la intensidad de la Injuria Renal Aguda Séptica y se Asocia con Disminución De La Expresión del ARNm de la iNOS.Seija M^{1,3}, Baccino C^{1,3}, Noboa O³, Lorente JA², Esteban A² y Nin N².¹Fisiopatología, ²Centro de Nefrología: Hospital de Clínicas Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay; ³Centro de Investigación, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

La injuria renal aguda (IRA) séptica posee elevada incidencia y mortalidad. Los mecanismos patogénicos implicados no son del todo conocidos. **Objetivo:** Estudiar el efecto de 2 drogas moduladoras del estrés nitro/oxidativo: aminoguanidina (Ag) inhibidor de la iNOS y metaloporfirina (Mn) scavenger de peroxinitrito. **Materiales y métodos:** La sepsis se indujo por punción y ligadura cecal (CLP). Se utilizaron ratas SPG randomizadas en 6 grupos n=8: sepsis (CLP), control (Sham), sepsisAg (CLPAg), ShamAg, sepsisMn (CLPMn) y ShamMn. Los fármacos se administraron como tratamiento: Ag 50 mg/kg a las 12 y 24 horas luego de la CLP y Mn 6mg/Kg a las 12hs vía intraperitoneal. Los 6 grupos recibieron resucitación con fluidos. A las 36 hs de la CLP se midieron parámetros hemodinámicos, función renal y se extrajo el riñón derecho para Q.PCR.

Resultados y discusión: El grupo CLP desarrolló acidosis láctica y disfunción vascular con disminución del flujo aórtico (FA) (CLP: FA: 9,5 ±1,5 ml/min vs Sham 12,38±3,74 ml/min p<0,05) sin cambios significativos en la presión arterial media (PAM). La injuria renal aguda fue demostrada por un incremento de: creatinina sérica (Cr) (CLP: 0,24±0,082 ml/min/100g vs Sham: 0,38 ±0,08 ml/min/100g, p<0,05) FeNa (CLP: 1,65 ± 0,32 vs Sham:1,2 ±0,35 p<0,05) y NGAL (CLP 550±70UI/ml vs Sham:1,18±0,92UI/ml p<0,05); disminución en el Clearance de Creatinina (ClCr) (CLP:0,24±0,08ml/min vs Sham0,38±0,08ml/min) La Ag mejoró el FA y la disfunción renal en los animales sépticos. (CLP Ag FA: 12,2 ± 2,7ml/min, Cr: 0,58±0,009 mg/dl, ClCr: 0,33±0,005ml/min, FeNa 0,9±0,6, NGAL 63,7±42UI/ml vs CLP p<0,05). La Mn mejoró la disfunción renal.

En los animales sépticos la expresión de iNOSy nNOS fue 173 y 37 veces mayor que el grupo control respectivamente (p<0,05). Mientras que la eNOS disminuyó significativamente. La expresión de ARNm iNOS de los grupos CLPAg y CLPMn fue 353 y 21 veces menor que el grupo CLP (p<0,05). La expresión de eNOS de los grupos tratados se incrementó (vs CLP p<0,05). **Conclusiones:** La Ag y Mn mejoran la injuria renal aguda séptica y se asocia con la disminución de a expresión de iNOS y nNOS. El uso de drogas antioxidantes resulta prometedor en la IRA séptica.

62 - "LA ACIDOSIS INDUCE TRANSICIÓN EPITELIO-MESENQUIMAL Y SECRECIÓN DE TRANSFORMING GROWTH FACTOR BETA EN CÉLULAS TUBULARES PROXIMALES HUMANAS EN CULTIVO"

Rodríguez Cabalgante MJ, Gadola L, Luzzardo L, Marquez MN, Boggia J.

Departamento de Fisiopatología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina-Universidad de la República. Montevideo-Uruguay.

Introducción: Los miofibroblastos originados por un proceso denominado transición epitelio-mesenquimal (TEM) tienen un rol fundamental en la fibrogénesis y progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). TGF-β ha sido implicado como el mas potente inductor de TEM *in vitro*. Previamente, hemos demostrado en modelos animales que el citrato de calcio atenúa la progresión de la ERC, permaneciendo su mecanismo aún desconocido. El objetivo del trabajo consiste en evaluar el efecto de la acidosis y del agregado de citrato de calcio sobre la TEM y la secreción de TGF-β por células tubulares proximales (CTP) en cultivo.

Metodología: Utilizamos la línea celular HK-2, cultivadas con DMEM/HAMF12, suplementada con SFB al 10%. Una vez alcanzado el 80 % de confluencia, y luego de 24 horas en condiciones serum free, se dividieron en tres grupos experimentales, por 24 horas: 1) Control: pH 7.4, 2) Acidosis: pH 7.0, 3) Citrato de calcio (0,2 mmol/L) + pH 7.0. El pH del medio fue titulado a pH 7 mediante agregado de HCl, y en el grupo 3, la titulación fue posterior al agregado del citrato de calcio.

Evaluamos la TEM mediante la expresión de los marcadores de estirpe epitelial (E-cadherina) y mesenquimal (alfa actina de músculo liso (SMA) y vimentina) mediante técnicas de inmunocitoquímica y western blot. La determinación de TGF-β en el sobrenadante se realizó mediante técnica de ELISA (Quantikine, R&D Systems).

Resultados y discusión: Las células HK2 expuestas a medio ácido por 24 horas aumentan la expresión de SMA y vimentina y disminuyen la expresión de E-cadherina. Los niveles de TGF-β en el sobrenadante celular aumentan en ambos grupos expuestos a acidosis (31.17 ± 4.59 en grupo acidosis y 26.72 ±4.78 en grupo citrato de calcio + pH 7) vs grupo control (16.52 ± 0.43) (p < 0.05, ANOVA).

Conclusiones: La acidosis induce TEM y aumento de la secreción de TGF-β en CTP humanas en cultivo. El citrato de calcio atenúa la TEM inducida por la acidosis por mecanismos no mediados por TGF-β.

RESÚMENES – ORALES

Trabajos Clínicos Seleccionados

10 - ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DIALÍTICO EN URUGUAY*Schwedt E, González MC, Ferreiro A, Solá L, Mazzuchi N.*Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). E-mail: eschwedt54@gmail.com

Introducción. El estudio de la Carga Global de la Enfermedad (CGE) de OMS incluyó la enfermedad renal crónica (ERC) y la diabetes como enfermedades seculares y sugirió que incidencia (I), prevalencia (P) y mortalidad (M) podían ser estimadas de datos de Registros. La CGE se basa en la estimación de la pérdida de salud asociada con morbilidad y M. El nuevo indicador para cuantificar pérdida de años de vida saludables debido a M prematura o a vivir con las consecuencias de la enfermedad se denomina DALY o AVAD (años de vida ajustados a discapacidad). **Objetivo:** Medir carga de la ERC etapa V (diálisis) en relación a la CGE del país. **Metodología.** Entre 1996 y 2005 se analizó del RUD: edad, sexo, etiología, M, aptitud física; se calcularon tasa de I, P y M y se compararon con datos del estudio CGE de OMS, 2002, año en que Uruguay estimó la CGE. $DALY = YLL + YLD$; $YLL = N \times L_0$; $YLD = I \times DW \times L_0$ donde YLL=años de vida perdidos por M prematura; YLD=años de vida perdidos por discapacidad para casos incidentes, N=número de muertes, L_0 =expectativa de vida standard a la edad en que ocurrió la muerte, en años, DW=peso de la discapacidad en escala de 0 (perfecta salud) a 1 (muerte), L_0 =duración promedio del caso hasta remisión o muerte, en años; para calcular DW se adaptó código de aptitud física de RUD al del estudio CGE, 1990. Carga de ERC estadio V = total DALY RUD / total DALY Uruguay o = tasa de DALY RUD / tasa de DALY Uruguay.

Resultados: En RUD, entre 1996-2005: edad aumentó de 57.5 a 60.3 años, la frecuencia de hombres osciló entre 58-61%, la de diabéticos aumentó de 10.2 a 20%; la tasa de I /100.000 de población (p) aumentó de 13 a 15, la de P/100.000 (p) aumentó de 58 a 72 y la tasa de M osciló entre 11.200 a 15.900/100.000 de (p). El peso de la discapacidad = 0 osciló entre 45.2 a 50.1%; el total de DALY osciló entre 7.392 y 12.069 y la tasa de DALY/100.000 de (p) osciló entre 229 y 371. Para el año 2002: la tasa de M de Uruguay fue 900/100.000 de (p), el total de DALY fue 558.083 y la tasa de DALY fue 16.458/100.000 de (p) y para RUD la tasa de M fue 13.060 /100.000 (p), el total de DALY 10.365 y la tasa DALY 272/100.000 de (p). Para este año, si bien la tasa de M en diálisis fue 14 veces mayor que la de la población general del país, la carga de la ERC etapa V fue el 1.87 de la CGE del país.

Conclusión: DALY es un nuevo indicador que considera morbimortalidad, se estima de datos de un registro y permitirá comparar ERC a otras enfermedades.

63 - ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MEDICINA PREVENTIVA.*Daglio M, De los Angeles C, Córdoba M, Ciccardini P, Grillo MJ, Pedoja R, Ribeiro L, Burgel L, Thomas C, Pereira M, Quintana J.*COMESA. Paysandú nmdaglio@gmail.com

OBJETIVOS: Detectar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) estadio III en policlínica preventiva, evaluar cambios en estilo de vida propuesto y comunicar resultados a integrantes de atención primaria del departamento (APS).

METODOLOGÍA: Se conformó un equipo multidisciplinario que realizó un estudio observacional descriptivo entre noviembre de 2006 y febrero de 2007, a 188 pacientes (ptes) (45.7 ± 10.8 años, R 20-65, 68% mujeres, 32% hombres), que consultaron en policlínica de prevención. Se analizaron factores de riesgo (FR): diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, dislipemia, tabaquismo, disestrés, sedentarismo. Se agruparon los principales FR como Síndrome Metabólico (SM). La ERC se definió como $FG \leq 60$ ml/min/1.73 m² y/o daño renal (macroalbuminuria MAU y/o microhematuria mHu). Se realizó una intervención sobre los principales FR durante tres meses tales como cambios dietéticos, actividad física, tarea grupal y estímulo a la cesación de tabaquismo. Se midieron los mismos factores al principio y al final de la intervención para valorar su eficacia. Se calculan promedios ±DE, IC de 95% para comparar medias, Test de T para datos apareados y X² con corrección de Fischer, $\alpha \leq 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Los principales FR fueron de similar frecuencia a la población general (1ª encuesta STEPS del MSP) excepto mayor sobrepeso-obesidad y sedentarismo. Se detectó ERC III en 13/188 (6.9%) pacientes con dos o más FR; 7.6% tienen MAU y 15% mHu. La frecuencia de ERC III en el SM (presente en 37%) es 12.8% y de 3.3% en los que no tienen SM (p=0,013). El IMC de ptes con $FG \leq 60$ ml/min/1.73 m² no muestra diferencias: 28,9±3,5 (IC 95% 27-30,8)- 28,3±3,3 (IC 95% 24,9-31,6). La aceptación de los ptes a medidas de intervención fue de 33%. Peso pre: 80,4±14 Kg y post: 76,4±14 (p=0,0002); el IMC: 31,6±5-30,2±5 (p=0,0004), Cintura: 97,8±10,9-95,7±12,4 (p=0,029), glicemia: 111,5±18,8- 100±14,5 (p=0,005), disestrés 65,2-8,6% mientras que tabaquismo, lípidos y la Presión Arterial no muestran cambios. Se incluyó la creatinina y MAU en pacientes con dos o más FR en preventiva. La intervención a corto plazo mostró ser efectiva si bien la disposición al cambio fue de solo 33%. Se difundió esta experiencia a APS.

CONCLUSIONES: Es esperable un 6,9% de ERC III en pacientes con dos o más FR de frecuencia similar a la población general pero mayor porcentaje de obesos aunque no podemos asegurar que la obesidad represente mayor riesgo de ERC. Debe tenerse precaución en la interpretación del FG en pacientes obesos. Esta actividad determinó un cambio en el estudio de los pacientes que consultan en preventiva.

24 - Análisis de la evolución de los primeros 28 Trasplantes Reno-Pancreáticos (TRP).*Ortúebla S, Lopez D, Nin M, Serra P, Andreoli G, Pose J, Gadola L, Cazaban L, Silva W, Manzo L, Kurdian M, Chifflet L, Larre Borges P, Dutto G, González F.*

Introducción: La diabetes (D) genera complicaciones y restricciones en la calidad de vida del paciente (pte) con menor sobrevida (SV). El trasplante de páncreas (TP) podría evitar, revertir o disminuir la entidad de estas complicaciones. Sus mejores resultados en el mundo, alentó a iniciar el único programa de TP del país, en el Hospital Universitario.

Pacientes y métodos: Se analizan 28 TRP realizados entre 6-2002 y 12-2008, en D tipo I en diálisis. Se divide el análisis en 3 períodos: I hasta 9-2004, II de 7-2005 a dic-2006 y III de 11-2007 a 12-2008. Revisamos incidencia e impacto de las complicaciones quirúrgicas y otros factores de riesgo (FR) en la evolución de ptes e injertos. Falla técnica (FT) se define como pérdida del páncreas (P) en primeros 3 meses por trombosis, pancreatitis, infección o sangrados. IR de Inicio (IRI) como necesidad de diálisis en 1er semana. El diagnóstico de RA fue clínico y se confirmó por PBR cuando fue posible. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: 15 hombres y 13 mujeres con edad media de 35,2±5,4 años, D de 24,3±6,2 años de evolución en diálisis por 49,2±25 meses, recibieron su primer TRP. Ambos órganos eran del mismo DC, todos menores de 45 años; la causa de muerte fue un TEC en 78,6%. La adjudicación fue con ABO y Cross-match negativo. IS incluyó TAC, MME, CORT asociados a Ac anti CD25 en 22 y Timoglobulina en 6. El RA se trató con bolos de MP. El drenaje exocrino fue a vejiga en 3 casos y entérica en los restantes. La IF de R fue 10,2±4 hs y de P 10,9 ± 4,2 hs. 25 ptes están vivos; 3 fallecieron: dos sepsis y una muerte brusca. La SV del pte a 3 años fue 89%.

Se perdió 1 riñón por trombosis p.op inmediata. 4 tuvieron IRI con recuperación de la función en 10,8±5,9 días. 29,6% tuvieron RA al primer mes, y uno alejado; todos controlados con MP. La creat. a 6, 12 y 24 meses fue: 1,1±0,27, 1,1±0,29 y 1,3±0,56 mg /dl respectivamente. La SV del riñón fue 85% a 1 y 3 años; mejor en mujeres: 100 Vs 71% en hombres (p < 0,05). Se perdieron 10 P: 4 por trombosis, 4 por otra FT, uno por RA y uno falleció. Los demás están libres de Ins. Hubo 37 reintervenciones (R) tempranas en 18 ptes, 34 vinculadas al P y 3 por fistula urinaria; 3 alejadas, 1 por oclusión intestinal y 2 para conversión de derivación exocrina. El período del trasplante fue un FR; 50% de los P de c/u de los 2 iniciales se perdieron; 100% de los del 3º, siguen funcionando (p=0,01). La R se asoció a peor evolución del P: los que lo perdieron tuvieron un mayor número: 2,9 ± 2,8 Vs 0,67 ± 0,69 para el resto (p=0,003). Esta pérdida se asoció a hospitalización mas prolongada (38±20 Vs 23±10 días (p=0,02). La SV del P fue 67 y 61% a 1 y 3 años.

Conclusiones: Implementar un Programa de TRP permite ofrecer al D tipo I con IRCE, un tratamiento que puede implicar mejor y mayor SV. Los resultados han mejorado en el último período, en coincidencia con modificaciones del protocolo y manejo de las complicaciones.

81 - PREVENCIÓN DE LA IRA MEDIANTE ESTRATEGIA DE CIRUGÍA CORONARIA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. ESTUDIO DE COHORTE AJUSTADO A RIESGO.*Ferreiro A, Lombardi L.*

Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca (INCC). Departamento de Medicina Crítica, IMPASA. Montevideo, Uruguay

Introducción: la circulación extracorpórea (CEC) es un factor etiológico ampliamente reconocido de IRA en cirugía cardíaca. La cirugía sin CEC podría proteger la función renal.

Objetivos: evaluar la incidencia de IRA ajustada a riesgo de la cirugía coronaria con y sin CEC. **Métodos:** se analizaron todos los pacientes operados de cirugía coronaria en INCC-IMPASA entre 1/1/2000 y 31/12/2007 (n=4025; 1587 sin CEC (39,4%), 2438 con CEC (60,6%)), excluidos pacientes en diálisis crónica. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, variables intra y posoperatorias (PO), y mortalidad a 30 días (MO). La IRA se definió de acuerdo al criterio RIFLE. Los pacientes fueron pareados por un *propensity-matched score* (1 sin CEC x 2 con CEC) de acuerdo a la probabilidad estimada de recibir cirugía sin CEC, calculada mediante regresión logística (EuroSCORE (ESC), número de puentes coronarios, diabetes). Análisis estadístico: las variables continuas se compararon usando test de t, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, ANOVA y análisis multivariado de regresión logística de acuerdo al diseño y tipo de datos. Las variables categóricas se compararon mediante χ^2 o el test exacto de Fisher. La significación estadística se aceptó con una $p < 0,05$ (dos colas). **Resultados:** se incluyeron en el análisis 834 pacientes sin CEC y 1668 pacientes con CEC: edad 64,9±10,8 años (31-91). No hubo diferencias entre grupos (sin CEC vs con CEC, (*)= $p < 0,05$) en: diabetes, ESC, antecedentes de AVE, inestabilidad hemodinámica, FEVI, sexo, edad, cantidad de puentes, sCr e IFGe preoperatorio (PreO). **En PO:** sCr: 1,31 mgrs./dl vs. 1,52 mgrs./dl. (*), IRA: 17,7% vs 27,2% (*); reemplazo renal (TRR): 0,4% vs 2,3% (*). Incidencia de IRA estratificada a sCr PreO: (<1,2; 1,2-2,0; >2 mg/dl): 16,9%; 17,8%; 40% vs 25,4%; 28,3%; 60,6% (*). **TRR:** 0%; 0%; 12,5% vs 0,7%; 1,8%; 43% (*). La sCr PO solo fue diferente de la preO en la cirugía con CEC (1,54 vs 1,16 mg/dl, $p < 0,001$). La MO fue menor en cirugía sin CEC (2,2% vs. 3,7% (*)) por menor MO en los pacientes sin IRA (1,8% vs 7,4%, (*)). El beneficio de la cirugía sin CEC se observó en todo el espectro de comorbilidad (ESC) (*). **Conclusiones:** se observó una menor incidencia de IRA y una reducción a la sexta parte de la necesidad de TRR en la cirugía sin CEC, para todo el espectro de función renal y comorbilidad preO, determinando una reducción de la MO. Pocas estrategias preventivas han demostrado un impacto de tal magnitud sobre la IRA luego de cirugía coronaria.

85 - VASCULITIS: CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES.*Caorsi H, Santiago J, González C, Petrides G, Labella M, Petraglia A.*

Dpto. de Nefrología del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). Montevideo. Uruguay.

Objetivo. Analizar presentación clínica, evolución, respuesta al tratamiento y complicaciones de pacientes con Vasculitis pauci- inmune. **Métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes del CASMU (1989-2008) con diagnóstico histológico de Vasculitis pauci inmune confirmado por PBR o biopsia de otro órgano, asociado a alteraciones del sedimento urinario o creatininemia elevada. Análisis estadístico: Prueba de Chi cuadrado con nivel de significación de $p < 0.05$, método de Kaplan Meyer para el cálculo de sobrevida, índice de actividad de Birmingham (BVAS) para establecer el grado de actividad clínica y Cuestionario de Salud SF36 para rehabilitación. **Resultados.** 42 pacientes, 22 hombres, edad $\bar{x}=56\pm 17$ años, GNRP fue la forma clínica de presentación más frecuente. Al inicio: 50% hipertenso, 68% con fiebre, 40% con lesiones cutáneas, 34% con patología respiratoria alta y 53% con manifestaciones pulmonares. La creatininemia inicial $\bar{x}=5,99\pm 3,7$ mg/dl, proteinuria $\bar{x}=1,15\pm 0,6$ gr/l y 99% tuvo microhematuria. En la evolución de 33 pacientes con datos disponibles de seguimiento se distribuían, 19 con Poliangeítis microscópica (PAM), 10 pacientes con Granulomatosis de Wegener (GW), 1 paciente con Churg Strauss y 4 pacientes con Vasculitis localizada al riñón. En 33/42 pacientes con ANCA, 9 tenían ANCA c +, 17 ANCA p + y 7 eran ANCA -. De los pacientes con GW, 8/10 eran ANCA c y de los pacientes con PAM, 17/19 eran ANCA p ($p < 0.05$). Tiempo de seguimiento $\bar{x}=54\pm 38$ meses, 38% tuvieron recaídas, más frecuentes en la GW. La sobrevida de los pacientes fue de 84% a los 12 meses y de 75% a los 3 años y la de la función renal (FR) a los 12 meses fue 64% y a los 36 meses 49%. Los pacientes con $Cr > 3$ mg/dl o los que requirieron hemodiálisis (HD) al inicio, presentaron peor sobrevida de la FR ($p < 0.05$). Al final del seguimiento 12 pacientes habían fallecido (10 en tratamiento HD), 4 pacientes están en HD, 2 con Trasplante Renal funcional y 16 en control médico con $Cr \leq 2$ mg /dl. Aplicando el BVAS, los valores del inicio disminuyeron a los 6 meses, al año y en el último control ($p < 0.05$), no hubo diferencias significativas entre los pacientes ANCA + y -negativo en cuanto a edad y evolución de la función renal. **Conclusiones.** Elevada especificidad de ANCA c para el diagnóstico de GW; $Cr > 3$ mg/dl o HD al inicio fue factor de riesgo de IRE; pobre sobrevida de la FR (referencia tardía o alta frecuencia de PAM con elementos histológicos de cronicidad); la infección es causa de morbimortalidad dominante por lo que es necesario introducir nuevos agentes inmunosupresores.

01 - BIENESTAR LABORAL. SU IMPORTANCIA EN LA GESTIÓN DE NUESTROS RECURSOS HUMANOS.

M. Iguini, M. Guillenea, S. Escames, E. Wibmer, W. Vega, P. Bonet, A. Arce, H. Woelke, V. Villagra, P. Iparraquirre, L. Burgos, N. Dibello.

Departamento de Salud Renal. Capellanía Hospitalaria. Servicio de fisioterapia. Departamento Recursos Humanos. Mutualista Hospital Evangélico

El alto nivel de estrés laboral en una unidad de diálisis exige la evaluación del mismo con el objetivo de definir estrategias preventivas buscando el bienestar del equipo. El objetivo es evitar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

MÉTODOLÓGICA: Se trabajó en tres áreas: 1) Investigación de Burnout: Se aplicó Test de Maslach (MBA), Escalas de apreciación del estrés (EAE), Escala de estresores laborales para enfermería (EEE).

2) prevención a través de entrevistas personales y grupales

3) talleres sobre resultados encuesta previa año 2006: -responsabilidades y roles-Manejo de situaciones límites y/o críticas. -Burnout, Mobbing y Karoshi. -Higiene de columna -Comunicación y asertividad (técnica de role playing)

Se evaluaron 28 funcionarios: 13 enfermeros, 1 auxiliar de servicio, 7 médicos, 7 disciplinas varias, X Edad 41.1, 21 SF, 7 SM, X Horas de trabajo 9, X horas de estudio 1.35, X Años de antigüedad en la unidad 7.7, X años formación curricular 13.2, 15 jefes de familia, X hijos 1.75, todos con aceptable calidad en cuanto a vivienda y servicios básicos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: MBA: No se observan indicadores significativos que den cuenta de la presencia de índices de Burnout. EAE: Porcentaje de funcionarios con niveles de estrés no significativo (72%), estrés moderado (16%), elevado (12%). EEE "Presión Laboral" y "Muerte y Sufrimiento" resultaron ser estresores negativos relevantes en la población de enfermería.

CONCLUSIONES: no se observaron índices negativos de distres ni Síndrome de Burnout. La población testeada demostró un buen manejo de las relaciones interpersonales entre pares y pacientes. Las áreas directamente relacionadas a los agentes estresores negativos que inciden en el desempeño laboral, serán fortalecidas a través de estrategias individuales y grupales que forman parte del programa de gestión integrada de la calidad Institucional.

03 - Inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal diálisis. Diálisis peritoneal automatizada.

Laborde R. J.

Se realiza el trabajo con datos del Hospital Maciel Montevideo
rlaborde@adinet.com.uy

Resumen.

El objetivo es demostrar que se puede iniciar diálisis peritoneal de forma inmediata por medio de DPA.

La importancia que si el paciente no se puede hemodialisar por diferentes causas, se lo puede asistir con diálisis peritoneal evitando riesgos vitales.

Metodología cuadros, gráficos, fotos.

Resultados . se describe los resultados y las complicaciones en 40 pacientes donde se le colocan catéteres peritoneales por las tres técnicas punción, quirúrgica y laparoscópica, a un grupo se lo inicia el tratamiento sustitutivo de la función renal por diálisis peritoneal en forma aguda y al otro se inicia el tratamiento sustitutivo de la función renal por diálisis peritoneal en forma coordinada , en los dos casos se obtienen buenos resultados. Comparamos complicaciones en uno y en el otro. Además detallo como fue posible el implementar este programa y como se creo ,argumentando que se requiere.

Conclusiones. Se puede iniciar tratamiento de sustitución de la función renal por diálisis peritoneal automatizada teniendo en cuenta el monitoreo continuo de cumplimiento del plan ,asesoramiento al paciente y familia sobre los cuidados especiales desde el momento en que se decide la colocación del catéter peritoneal y a lo largo del tratamiento.

Se cuenta con planes de cuidados conocidos y aplicados.

Continuar perfeccionando la oferta de cuidados y la calidad asistencial del equipo de Diálisis Peritoneal para mejorar a atención y en consecuencia obtener mejores indicadores del programa.

02 - BUSQUEDA Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PORTADORES DE ENTEROCOCCO VANCOMICINO RESISTENTE (EVR).

Rijo S. Sosa H

Servicio de Nefrología de Cooperativa .Médica de Rocha

El EVR es causa de infección nosocomial, es un problema de salud pública por su capacidad de sobrevivir en condiciones adversas, presión de colonización, transmisión horizontal, producir infecciones graves con alternativas limitadas de tratamiento. Los pacientes en hemodiálisis están en riesgo permanente de transformarse en portadores. El año 2004, el FNR realiza el primer estudio nacional para conocer la prevalencia puntual de EVR en hemodiálisis. En nuestro servicio fue alta. Se implementan pautas para evitar la transmisión, medidas generales para todos los pacientes y específicas para el paciente portador.

Objetivo: Conocer la prevalencia puntual de EVR en cada año de corte durante un período de 4 años.

Valorar si las medidas implementadas evitaron la diseminación.

Metodología: Se realiza la búsqueda anual, período 2005 al 2009 de EVR en todos los pacientes permanentes del servicio de hemodiálisis crónica. Se busca en materia fecal, en un medio selectivo Agar Bilis Esculina Azida.

Resultados

Prevalencia puntual de pacientes portadores EVR durante un periodo de 4 años

	2004 2005	2006 2007	2008	2009
Total de pacientes en el servicio	33	40	41	47
Total pacientes que traen muestra	13	35	35	40
Portadores de enterococo	3	0	0	0

Es difícil obtener el 100% de las muestras.

Las medidas aplicadas, limitaron la transmisión, no se detectaron portadores en los siguientes años.

Se obtuvo la prevalencia puntual en los cortes realizados en cada año de estudio.

Conclusiones: La educación al paciente y personal de salud es prioritaria para obtener las muestras y evitar la diseminación. Las precauciones basadas en la transmisión por contacto son el pilar fundamental para disminuir la transmisión nosocomial. Es deseable que todo material sea para uso exclusivo del paciente. Respecto al seguimiento del portador luego de controles negativos, es posible retirar las medidas específicas pero no las generales. Una vez establecida la prevalencia de EVR en la población de pacientes en HDC, podría llegar a ser una rutina su determinación a todo pacientes que ingresa a plan de diálisis, lista de transplante con un seguimiento anual.

Referencias bibliográficas: Guías de Prevención y control de enterococo resistente a vancomicina, 2005 FNR. Mandell, Enfermedades infecciosas.

04 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA Y DEPENDENCIA DE ENFERMERÍA.

Phillips C, Samudio M, Bucalo P, Dutra A, Vergara I.

Programa de Hemodiálisis Crónicas Hospital de Clínicas.
enfermeriacronicos@adinet.com.uy

De la actividad diaria en el servicio de crónicos surge la necesidad de clasificar a los pacientes según su complejidad en diferentes niveles de dependencia de enfermería.

No solo por la necesidad de distribuir los tiempos de enfermería optimizando la calidad de la atención, sino también la distribución de la carga de trabajo en beneficio del usuario y el personal que lo asiste.

Distribuir la atención de los pacientes según niveles de dependencia.

METODOLOGÍA

Estudio de corte transversal descriptivo de 21 pacientes en hemodiálisis crónica, en el Centro de Diálisis Crónica del Hospital de Clínicas.

Para evaluar el grado de dependencia se creó y se validó un instrumento, el cual consta de 5 ítems en los cuales se puntúa según si necesitan apoyo de enfermería o no, para realizar las diferentes actividades físicas y psíquicas, previo, durante y luego de finalizada la hemodiálisis.

La información fue recabada de las historias y el personal que asiste a los pacientes.

Con respecto a la puntuación obtenida:

12 pacientes nivel de dependencia 1

6 pacientes nivel de dependencia 2

3 pacientes nivel de dependencia 3

RESULTADOS

El servicio de hemodiálisis crónicas del hospital de clínicas atiende en la actualidad 21 pacientes, distribuidos según edad en un 47.6% entre 61 a 80 años, 28.5% entre 41 a 60 años, siendo mucho menor el porcentaje de menores de 40 años y mayores de 80.

Se estudiaron 13 pacientes de sexo femenino, 61.9% y 8 de sexo masculino 38%, el 50% de los pacientes necesitaba algún tipo de ayuda de enfermería.

CONCLUSIONES

El aumento de la dependencia de los pacientes en hemodiálisis, sobre todo con respecto a la dependencia física, aumenta la carga de trabajo de enfermería tanto en tiempo de dedicación para apoyarlo en sus actividades así como el tiempo para cada uno de los procedimientos. Cuanto mas dependientes sean los pacientes, mas aumenta la carga de trabajo de enfermería, si bien esa variable no se midió en este estudio. El envejecimiento de la población así como las patologías asociadas aumentan el nivel de dependencia de los pacientes.

Debemos evaluar la cantidad de pacientes por enfermera en función de la dependencia de nuestros pacientes, pudiendo distribuir los pacientes según sus necesidades.

También surge la necesidad de estudiar los tiempos de licenciada de enfermería en la asistencia a estos pacientes.

Posters

RESÚMENES – ENFERMERÍA

05 - LA EDUCACIÓN COMO TRATAMIENTO: UNA APROXIMACIÓN DESDE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE COLECTIVO A PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

L.E. S. Fumero, L.E. G. Ghelfi, L.E. C. Phillips, L.E. V. Quintero.

Servicio de Nefrología Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela Uruguay

La propuesta de incorporar la Educación como Tratamiento (ET) significa un re posicionamiento del rol de enfermería en los programas educativos. Esta metodología de abordaje en los programas de Educación para pacientes Insuficiente Renal Crónico (IRC) es el ejemplo que se resume en este proyecto. Esta modalidad de SFR es sobre todo una modalidad de autotratamiento ambulatorio domiciliario que requiere que el usuario adquiera y aplique destrezas y habilidades para poder llevar adelante su tratamiento, logrando una buena adhesión e incorporándola a sus actividades de la vida cotidiana. Para lograr un adecuado autotratamiento el paciente transita por un plan de entrenamiento, reentrenamiento y educación en diferentes temas.

Se optó por el abordaje colectivo ya que es una modalidad que permite socializar las experiencias entre pares, desmitificar creencias y prácticas, crear grupos de discusión e incorporar intervenciones lúdicas que favorezcan el aprendizaje significativo.

En el año 2007 se asistieron a 45 ptes en DP y 41 en el 2008. El promedio 26 ptes /mes en DP.

Objetivo: Elaborar un diagnóstico educativo que oriente las intervenciones del programa en función de los hallazgos identificados.

Metodología: Talleres para pacientes y familia

Temas abordados en los encuentros colectivos: control mensual, monitoreo de la anemia, cumplimiento terapéutico, registros en DP, comunicación con el equipo, tratamiento farmacológico en los pacientes con IRC, actividades recreativas.

Técnicas aplicadas: trabajo en grupos, lluvias de ideas, tarjeta objetiva, plenario de discusión, demostración de técnicas y procedimientos, historietas.

Resultados: Se planificaron 3 talleres para pacientes y familiares entre diciembre 2007 y diciembre 2008: 2 intra hospitalarios, 1 extra hospitalario.

Participaron: 24, 27 y 10 pacientes respectivamente.

Prácticas identificadas a corregir: registros de balance, comunicación con el equipo.

Conocimientos adecuados: cuidados higiénicos, actuación frente a accidentes, restricciones nutricionales.

Evaluación: Se aplicó un cuestionario auto administrado; en todos los talleres mas del 90 % evaluó como altamente satisfactoria la forma de trabajo.

El 100% expreso mayor afinidad por el trabajo en grupo

Conclusión: Sobre los problemas identificados se implementaron medidas (librillo de balance, monitoreo telefónico frecuente) y sobre las prácticas adecuadas se fortalecieron y estimularon. Ambas medidas se pudieron aplicar en forma dirigida gracias al diagnóstico elaborado.

Para enfermería representa una dimensión del cuidado distinta: la de preparar para el auto cuidado prolongado manteniendo excelentes niveles de Diálisis Peritoneal en policlínica. El paciente no puede perder la comunicación con la Enfermera a pesar de realizarse el tratamiento en zonas muy lejanas del país y las respuestas del equipo deben ser seguras rápidas y oportunas

La ET es un área de pleno desarrollo para el colectivo de enfermería en DP y el abordaje colectivo ofrece la posibilidad de consolidar experiencias satisfactorias en ese terreno.

07 - Fistula Aretrio Venosa con Arteria de Banco. Uso Clínico Experiencia.

Lic. A Sandoval, Lic. A Sisto, R Mizraji, G Yandian, E Castelo, L Bilardo

Centro de Asistencia Nefrológica Medica Uruguaya.

Objetivo: Evaluar el uso clínico de la FAV confeccionada con injerto Criopreservado.

Material y Método: Evaluación en una paciente en hemodiálisis, el uso de arteria Criopreservada para la confección de FAV y su uso en diálisis.

La arteria de Banco es un producto biológico obtenido de donantes cadavéricos, cuyos criterios de selección son: menor de 50 años, sin patología arterial previa, Con marcadores virales y HIV negativos, sin infección en el donante.

Las arterias son procesadas en el Banco de Multitejidos del Instituto Nacional de Donación y Trasplante. Dicho material biológico es solicitado por el cirujano actuante quien evalúa la indicación, el tipo y la oportunidad y de acuerdo a un protocolo diseñado entre los cirujanos vasculares y el Instituto nacional de Donación y Trasplante.

La paciente es una mujer de 66 años, con 7 años en hemodiálisis, con nefropatía no determinada.

En su evolución presentó varias FAV con múltiples trombosis. La última Fav varios pseudo aneurismas con procesos eritematosos, por lo cual el cirujano tratante Dr Gioscia decide la confección de FAV con arteria criopreservada.

Se operó en setiembre del 2006 confeccionandose una FAV proximal humero-cefálica.

Resultados: La evolución clínica fue buena, sin complicaciones intra ni posoperatorias. Se comenzó a puncionar a los 21 días siendo la FAV que la paciente mantiene hasta el momento actual, no presentando en este periodo de 3 años complicaciones infecciosas ni trombóticas. No presenta pseudo aneurismas en su trayecto y permite un flujo de bomba de 350ml/min. No recibe antiagregantes

Conclusión: El material biológico de donante cadavérico es una opción válida para la confección de FAV en este grupo de pacientes, brindando una forma segura de confeccionar una FAV con buen funcionamiento.

06 - EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PIEDRA ANGULAR DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS CON IRC

L.E. J. Verde, L.E. S. Figueroa, Asesores Técnicos Laboratorio ROCHE.

Colaboradores: Aldaya Andrea, Arbiza Margarita, Bentancor Rocio, Bertucci Gabriela, Búcalo Paula, Dabosio Mariana, Del Pino Diana, Fernández Mariela, Ferreira Margarita, Ferreira Silvia, Fumero Soledad, Giordano Cristina, González Jacqueline, Gorriti Carolina, Hekimian Gabriela, Martínez Jacqueline, Martínez Marcelo, Michelin Mariela, Muñoz Karina, Parodi Karina, Perdomo Mónica, Pereira Alicia, Pereira Grisela, Pombo Emilia, Quinteros Valeria, Rijo Solange, Rivero Marisa, Rodríguez Patricia, Santos Johany, Santos Stella, Sbarbaro Milton, Sosa Patricia, Urchitano Valeria, Vieira Mariela, Zecci Maria.

Montevideo-Uruguay- Junio - Diciembre de 2008

El presente resumen sintetiza el trabajo realizado en el Proyecto "Educación Terapéutica Piedra Angular de la atención en salud a las personas con Enfermedad Renal Crónica", enmarcado en una propuesta de Investigación-Acción, dirigida por y hacia profesionales de Enfermería, por ser un capital humano de inestimable valor a la hora de implementar los programas educativos. Es en este sentido que se propuso coordinar los esfuerzos de estos, orientando a la utilización de marcos teóricos, (aprendizaje significativo) y herramientas comunes y consensuadas (programación educativa) que permitan desarrollar la educación terapéutica en la población con ERC de manera sistematizada y explicitando los alcances de la misma.

En junio de 2008 se realizó una convocatoria abierta a todos los profesionales de Enfermería que estuvieran interesados tanto en profundizar sus conocimientos en el campo de la educación para la salud, como a integrarse a este proyecto, con el objetivo de contribuir a elevar la calidad de vida de los usuarios con ERC. Respondieron incorporándose 35 profesionales de 16 servicios de nefrología, trabajando de manera presencial en 5 talleres mensuales y de manera colaborativa mediante la incorporación de TIC, culminando en noviembre de 2008 con la elaboración de instrumentos que facilitan la implementación de Programas Educativos para la población usuaria en las diferentes etapas de la ERC.

El grupo se halla actualmente en fase de planificación de aplicación de los instrumentos de caracterización de la población y diagnóstico educativo, para en una segunda fase seleccionar las estrategias educativas y medios mas adecuadas al perfil de los usuarios, realización de las intervenciones y evaluación de las mismas.

08 - Morbilidad en Hemodiálisis Crónica en Canmu

Lic A. Sandoval, Lic A Sisto, R Mizraji, G Yandian, E Castelo, Lvilardo

Centro de Asistencia Nefrológica Medica Uruguaya

Objetivo: analizar las causas y días de internación en pacientes en Hemodiálisis.

Material y Método: se analizaron las internaciones desde el servicio de hemodiálisis a Sanatorio o ASSE de acuerdo a su cobertura en el año 2008. Se definió la internación como el ingreso a piso, no tomando en cuenta las estadías en emergencia Se internaron 57 pacientes y fueron 105 internaciones. La edad promedio de los pacientes fue de 65 años ± 13 y el 20.2% eran diabéticos. Las causas de ingreso se agruparon en: Cardiovasculares (cardiacas, neurologicas, artropatía) infecciosas no vinculadas a FAVo cateter, Acceso vascular (FAV o Cateter), hemorragia digestiva, tumores, otras. Se analizaron los días de internación y numero de internaciones/pacientes por año según cobertura publica o privada, y se realizo un subgrupo con patología de FAV/catéter dada su frecuencia

Resultados: Internaciones, procedencia pacientes y tasas.

	IAMC	ASSE	GLOBAL
Internaciones	98	7	105
Pacientes	50	7	57
Días de internación	1100	216	1316
Internaciones/pac/año	1,9	1	1,84
Días/pac/año	22	30,8	23
Días/internación/año	11,2	30	12,5

De las causas de internación: Patología Cardiovascular 22 (20.9%), infecciosas no vinculada a FAV 12 (11.4%), FAV/catéter 52 (49%), tumoral 6 (5.2%), hemorragia digestiva 4 (3.6%), otras 9(8.9%).

FAV: Procedencia, internaciones, pacientes y tasas

	IAMC	ASSE	GLOBAL
Internaciones	41	11	52
Pacientes	25	6	31
Días de internación	206	53	259
Días intern/pac/año	8,2	8,8	8,3
Intern/pac/año	1,64	1,8	1,67
Días/internación/año	5	4,8	4,9

Las causas de internación por FAV/catéter: trombosis 16 (48%), estenosis 9 (27%), infección 2 (6%),aneurisma 2(6%), infección de catéter 4 (12%).

Conclusiones: Los ingresos y días de internación de es muy elevada en este grupo de pacientes, superando la media de internación de la patología medico-quirúrgica, siendo la patología de FAV la causa del 49% de los ingresos. El paciente de diálisis representa un paciente de alto costo para el sistema sanitario y la planificación del acceso vascular, así como sus cuidados posteriores deben ser un aspecto importante del seguimiento

09 - SALUBRIDAD EN DIALISIS

Autor: *Tritten, Miriam*

Este trabajo surge frente a la necesidad de demostrar que las actividades que se realizan en Hemodiálisis son insalubres, afectan al individuo no solo en sus distintos aspectos físicos, psíquicos y sociales, sino también en su calidad de vida.

Durante 20 años en los centros de diálisis se ha trabajado en diferentes condiciones laborales, en los inicios de forma muy artesanal. Los aportes tecnológicos han permitido realizar mejoras en dichas condiciones y en su incidencia sobre los trabajadores de la salud.

Además de las condiciones laborales existen otros factores interrelacionados que afectan al individuo en su entorno laboral, dependiendo de la capacidad de resolución del trabajador el elaborarlos como carga positiva o negativa. Si la situación se manifiesta como negativa será vivida como estrés, pasando por distintos estadios, pudiendo llegar a ser crónico: Burnout o Desgaste Profesional.

Objetivos

Determinar la prevalencia de signos y síntomas de enfermedades relacionadas con la actividad de Hemodiálisis para establecer estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Metodología

El estudio se realiza sobre la población total del personal de Diálisis a nivel nacional mediante la aplicación en los respectivos centros.

Se diseña un instrumento, encuesta autoadministrada, semianónima y de participación voluntaria, así como instructivos y otros materiales de apoyo para los coordinadores de centros.

Resultados

Se analiza la prevalencia del Burnout, así como de otros indicadores de morbimortalidad, y la relación entre los mismos.

Conclusión

Los datos analizados así como su relación a los estudios internacionales sobre el tema, muestran la necesidad de realizar intervenciones específicas tendientes a prevenir y tratar los signos y síntomas detectados, individual y/o grupalmente.

Orales

RESÚMENES – ENFERMERÍA

01 - PLANEAMIENTO Y GESTIÓN ESTRATÉGICA EN DIÁLISIS PERITONEAL – MODELO DE CENTRO AMBULATORIO.*Mastandrea Avinceto Fátima*

El presente trabajo surge como exigencia del curso optimización de resultados en diálisis realizado en el año 2007. Como criterio de inclusión en D.P. destacamos las condiciones ambientales y físicas mínimas para el desarrollo seguro de la técnica. La propuesta se basa en:

- ofrecer atención ambulatoria brindando condiciones ambientales que el paciente no tiene.
- Proveer atención integral al usuario.
- Seguimiento médico y de enfermería.

Se apunta a mejorar la calidad de vida de los usuarios discapacitados sin apoyo familiar, con limitaciones socio-ambientales y jerarquizar ventajas vinculadas con menor costo.

Marco referencial.

- Características epidemiológicas de nuestro país.
- Cambios de paradigma.
- Educación para la salud como instrumento válido para facilitar en el individuo-familia la independencia, responsabilidad, aprendizaje y habilidades protectoras en el cuidado de la salud.

Misión.

Nuestro trabajo está dirigido a ofrecer asistencia oportuna, segura y eficiente al usuario con insuficiencia renal para favorecer un apego productivo.

Valores.

Respeto por el usuario y familia. Trabajo en equipo. Satisfacción en el trabajo. Excelencia técnica y ética. Atención humana. Comunicación efectiva.

Visión.

Mantener un espíritu de trabajo altamente motivado, con una comunicación fluida y eficaz que asegure un clima organizacional tendiente a alcanzar la excelencia.

Mapa estratégico – el camino elegido.

Modelo de un centro de diálisis peritoneal automatizada.

03 - COMO VIVIR MEJOR CON PORFIRIA.*Tritten M., Graña S., Gutierrez O.*

Centro de Diálisis S.A.R.L. – Italiano. Montevideo. Uruguay

En Uruguay se asisten 2500 pacientes con tratamientos que sustituyen la función renal. Si bien sabemos que aquellos pacientes portadores de anticuerpos de hepatitis C están más expuestos a adquirir Porfiria, actualmente no existen datos de la prevalencia de la enfermedad en la población que se hemodializa.

Este trabajo surge como inquietud del equipo de salud al tratar en el Centro de Diálisis un paciente al que se le diagnosticó Porfiria Cutánea Tarda.

El **objetivo** planteado fue protocolizar cuidados de Enfermería en pacientes con Porfiria en hemodiálisis.

La **metodología** utilizada fue recopilar información bibliográfica de material específico sobre el tema. A su vez mediante una encuesta telefónica se investigó sobre los casos diagnosticados de Porfiria Cutánea Tarda en el último año en los centros de diálisis de Uruguay.

El trabajo desarrolla el marco teórico y plantea un caso clínico, identificando necesidades y problemas.

Los Protocolos de Enfermería específicos se refieren a:

- Lesiones en piel, manos y cara (zonas expuestas) evitar sobre infección
- Dolor abdominal
- Circuito extracorpóreo
- Sangrías
- Tratamiento medicamentoso
- Controles clínicos
- Aspecto psicoemocional
- Educación al paciente y a la familia.

En los **Resultados y discusión**, se analizan los datos obtenidos sobre la prevalencia de la enfermedad en el último año.

En **Conclusiones** se demuestra como el análisis del tema posibilitó una oportuna aplicación de los cuidados, una mejor adhesión al tratamiento del paciente y una recuperación más corta y satisfactoria.

Protocolizar los cuidados de Enfermería brinda herramientas muy valiosas, ayudan en la aplicación de cuidados específicos y orientan como actuar en las diferentes situaciones.

02 - ALTERACIONES DEL METABOLISMO MINERAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.*Acuna P., Ferreri P., Miotti M., Monte de Oca N., Pérez L., Souza A.*

Con la progresión de la ERC tiene lugar la aparición de alteraciones del metabolismo mineral.

Las alteraciones del metabolismo mineral y óseo en la ERC se refiere a una o a la combinación de las siguientes:

- alteraciones de laboratorio (calcio iónico o total, fosfatasa alcalina ósea o total, PTHi, vitamina D)
- alteraciones del remodelado, mineralización, volumen del hueso
- presencia de calcificaciones cardiovasculares o extraóseas

En los últimos años se ha puesto de manifiesto que las alteraciones del metabolismo mineral asociadas a la ERC tienen un efecto adverso sobre la morbilidad y la mortalidad cardiovascular.

El incremento de los niveles de PTHi se observa especialmente con filtrado glomerular inferiores a 60 ml/m/1.73 m².

El tratamiento en los estadios iniciales tiene prevalencia la dieta, la cual se apoya clásicamente en la restricción proteica y de fósforo. La cual es nutricionalmente segura. En cuanto a la medicación debe suministrarse suplemento de vitamina D, captadores de fósforo, derivados de vitamina D.

En los pacientes en diálisis el tratamiento se basa en suplementos de sales y captadores de calcio, para reducir la frecuencia de hiperparatiroidismo. La restricción proteica es necesaria para un balance negativo de fósforo.

La paratiroidectomía se debe considerar si todas las medidas anteriores mencionadas son ineficaces para controlar la PTHi. es excepcional la necesidad de recurrir a la paratiroidectomía en la etapa predialisis.

Consideramos importante el rol de enfermería, en las diferentes etapas de la enfermedad renal crónica, la intervención de enfermería esta orientada a la educación del paciente, y a los cuidados de enfermería en el pre o post operatorio de paratiroidectomía. El trabajo del trabajo esta dirigido a actualizar los cuidados de enfermería en las alteraciones del metabolismo mineral en la enfermedad crónica en los diferentes estadios de la enfermedad renal crónica.

04 - PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y ESTÍMULO DE HÁBITOS SALUDABLES EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS*Ferreiros R., Sánchez S., García J., Aquino L., Rodríguez K.*

CANIMEL. Melo. Cerro Largo. Uruguay.

El objetivo del trabajo es mostrar la puesta en práctica de éste programa. Los beneficios de la actividad física y una dieta saludable han sido demostrados en múltiples estudios. Varias publicaciones nefrológicas, entre las que se destaca un editorial de la revista American Journal Kidney Disease jerarquizan la inclusión de programas de actividad física como parte del tratamiento rutinario en las sesiones de diálisis lo que contribuiría a mejorar la calidad de vida y disminuir su morbimortalidad.

Metodología

Se realizó en diferentes escenarios: salas de diálisis, fuera del centro, en domicilio, con rutinas personalizadas y actividades grupales: clubes deportivos, parques de nuestra ciudad, dirigidas a estimular cambios de hábitos. Antes de iniciar el programa y luego en forma anual se aplicó el Test SF36 para medir la calidad de vida de la población. Se confeccionó una ficha con datos filiatorios, patologías asociadas, posibles limitaciones de cada paciente, se incluyó el registro de la valoración clínica y paraclínica. Se realizó la evaluación física propiamente dicha dirigida a medir movilidad, flexibilidad y fuerza; elaborándose un plan de ejercicios individualizado. El grupo de trabajo estableció controles periódicos evaluatorios que permitieron obtener conclusiones comparables con otras experiencias similares.

Resultados y Discusión

A 3 años de implementado el programa:

- El nivel de adhesión de los usuarios a la actividad intradiálisis fue en aumento, se destaca la entusiasta participación de algunos de ellos en rutinas domiciliarias y jornadas grupales extra-centro.
- Fortalecimiento del vínculo con el Profesor de Educación Física y un involucramiento del equipo multidisciplinario.
- Se realizó educación nutricional y prevención de factores de riesgo cardiovascular.
- Se observó en la población una mejoría en las 3 capacidades físicas evaluadas.
- Se constató un incremento del porcentaje de los pacientes que dicen "no sentirse limitados", en lo referente a las actividades cotidianas.

Conclusiones:

- Se destaca el buen nivel de adhesión de los pacientes, el compromiso asumido por el equipo multidisciplinario y el profesor de educación física.
- La mejoría observada en las capacidades físicas así como en el "sentirse menos limitado" avalan la importancia de haber implementado este programa incluyéndolo como parte del cuidado rutinario.
- Se crea un clima propicio para obtener mayor receptividad de los pacientes a cambios en el estilo de vida (hábitos saludables, control de factores de riesgo cardiovascular).

05 - ANALISIS DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACION DE ERITROPOYETINA EN EL MARCO DE LA GESTION DE CALIDAD CLINICA URUGUAYANA.

Quintana Graciela

INTRODUCCION.

La evaluación de la calidad, se utiliza para mejorar la atención como objetivo primario; por ello es importante comprobar los resultados de las actividades de aplicación de medicación específica y comparar con estándares de calidad que fueron establecidos con el fin de conocer las desviaciones o el nivel de cumplimiento de éstos y establecer las medidas correctivas adecuadas.

Este marco se ha efectuado con un análisis de la planificación que realiza enfermería mensualmente para la administración de Eritropoyetina.

Considerando que la anemia en los pacientes en tratamiento hemodialítico es multifactorial destacamos dos causas más importantes como la deficiencia de hierro y de eritropoyetina. Los pacientes tienen pérdidas sanguíneas que se ven en los análisis mensuales, pérdida por los accesos (sangrados prolongados en la desconexión), tubo digestivo (gastritis erosiva, úlcera gástrica o intestinal, paquetes hemorroidales, etc)

OBJETIVO

Lograr mediante la utilización de herramientas de calidad poder mejorar el seguimiento y resultados de la anemia en los pacientes con IRC, optimizando los recursos.

MATERIAL Y METODO

Se trazaron objetivos estableciendo a través de un diagrama de flujo los mínimos y máximos de HB en los que necesitarán correcciones de dosis de acuerdo a la evolución de cada paciente teniendo en cuenta el contexto del mismo y su evolución clínica.

Se elaboraron planillas para la administración de EPO e FE.

Revisión mensual con los resultados correspondientes a ese mes, y la revisión de los registros a través del sistema informatizado en cada paciente.

CONCLUSIONES

Hemos comprobado que llegar a un valor deseado de HB no constituye el único parámetro a aspirar sino con cada resultado es necesario evaluar individualmente la situación real del paciente.

Aun tenemos dificultades en la transmisión de las correcciones, tarea que implica mes a mes evaluar en que se falló. En la medida que participan varios actores se dificulta el poder llegar a todos, si bien se ha mejorado es una tarea que en forma permanente debemos estar atentos a mejorar la comunicación para lograr que nuestra meta se cumpla.



VII CONGRESO URUGUAYO
DE **NEFROLOGÍA**

XIII Jornadas de **Enfermería en Nefrología**
IV Jornadas de **Psiconefrología**
V Jornada de **Nutrición en Nefrología**

14 al 16 de octubre de 2009 - Intendencia Municipal de Montevideo - Uruguay





VII CONGRESO URUGUAYO
DE **NEFROLOGÍA**

XIII Jornadas de **Enfermería en Nefrología**
IV Jornadas de **Psiconefrología**
V Jornada de **Nutrición en Nefrología**

14 al 16 de octubre de 2009 - Intendencia Municipal de Montevideo - Uruguay





VII CONGRESO URUGUAYO
DE **NEFROLOGÍA**

XIII Jornadas de **Enfermería en Nefrología**
IV Jornadas de **Psiconefrología**
V Jornada de **Nutrición en Nefrología**

14 al 16 de octubre de 2009 - Intendencia Municipal de Montevideo - Uruguay

