

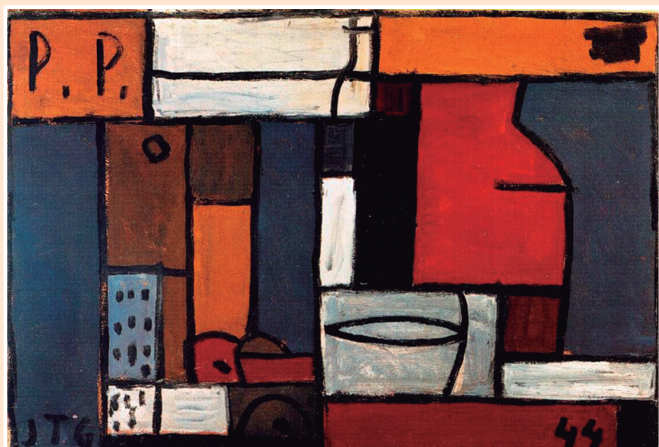
X Congreso Uruguayo de NEFROLOGÍA

Reunión del Comité de **Anemia de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión**
VII Jornadas de **Nutrición en Nefrología**
V Jornadas de **Psiconefrología**

18 y 19 de Agosto | 2016

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel, Uruguay

NEFROLOGÍA



Copyright © 1960 by Piet Mondrian. All rights reserved.



Programa Oficial

TORAY
Toray Industries, Inc.

Bioerix
LABORATORIOS I+D

JUEVES 18 DE AGOSTO

BALL ROOM A		BALL ROOM B		BALL ROOM C	
07.30 - 08.00	Inscripciones y Acreditaciones				
08.00 - 09.30	MESA Diálisis peritoneal Coordinador: Dr. Daniel Pérez Invitados: Dra. Liliana Gadola, Dr. Thyago de Moraes (Brasil), Dra. María Carlota González	08.00 - 10.00	CURSO Nefrología intervencionista Coordinadores: Dra. Rossana Astesiano, Dr. David Miller	08.00 - 10.00	E-POSTERS GLOMERULOPATÍAS Comentadores: Dr. Ruben Coitiño, Dra. Jimena Cabrera, Dr. Ricardo Silvariño, Dra. Gabriela Ottati Trabajos Nº: 3, 12, 14, 16, 25, 33, 34, 41, 42, 50, 52
09.30 - 10.00	Descanso - Café				
10.00 - 12.00	MESA Hipertensión en el niño Coordinadores: Dr. José Boggia, Dra. Anabella Rébori Invitados: Dr. Luis Pompozzi (Argentina), Dra. Yanina Zócalo	10.00 - 10.30	Descanso - Café	10.00 - 10.30	Descanso - Café
		10.30 - 12.30	MESA ¿Qué hay de nuevo en anemia? Coordinadora: Dra. Nieves Campistrús Invitados: Dra. María Eugenia Canziani (Brasil), Dr. Gregorio Tomás Obrador (México), Dra. Liliana Andrade (Argentina), Dra. Liliana Chifflet	10.30 - 12.30	E-POSTERS TRASPLANTE Comentadores: Dr. Marcelo Nin, Dr. José Santiago, Dr. Francisco González Trabajos Nº: 38, 39, 45, 51
12.00 - 13.30	Intervalo	12.30 - 14.00	Intervalo	12.30 - 14.00	Intervalo
13.30 - 15.30	CURSO Nefropatología. Nefrología clínica Coordinadoras: Dra. Jimena Cabrera, Dra. Melania Kurdián, Dra. Gabriela Ottati Invitados: Dra. Esther González (España), Dr. Josep Cruzado (España) Expertos: Dr. Oscar Noboa, Dra. Liliana Gadola, Dr. Francisco González, Dra. Hena Caorsi, Dra. Alicia Petraglia	14.00 - 14.30	CONFERENCIA Hipertensión arterial en el paciente adulto mayor con ERC Dr. Felipe Inserra (Argentina) Presentador: Dr. José Boggia	14.00 - 16.00	E-POSTERS IRA Comentadores: Dra. Rossana Astesiano, Dra. Mariana Seija, Dr. Alejandro Ferreiro Trabajos Nº: 6, 7, 9, 26, 37, 46
		14.30 - 15.00	CONFERENCIA Presión arterial de los pacientes en diálisis Dr. Felipe Inserra (Argentina) Presentador: Dr. José Boggia		
		15.30 - 16.00	CONFERENCIA Riesgo inmunológico y monitorización en el trasplante renal Dr. Josep Cruzado (España) Presentador: Dr. Marcelo Nin		
16.00 - 16.30	Descanso - Café	16.00 - 16.30	Descanso - Café		
16.30 - 17.00	CONFERENCIA Rituximab en el síndrome nefrótico con recaídas frecuentes Dra. Esther González (España) Presentador: Dr. Ricardo Silvariño	16.30 - 17.30	E-POSTERS DESTACADOS Moderadoras: Dra. Graciela Baldovinos, Dra. Asunción Alvarez Trabajos Nº: 5, 11, 24, 28, 36		
17.00 - 17.30	CONFERENCIA Rol de los inhibidores de la m TOR Dr. Josep Cruzado (España) Presentadora: Dra. Melania Kurdián				
17.30 - 18.00	CEREMONIA Y CONFERENCIA DE APERTURA Desafíos de la nefrología uruguaya en el siglo XXI Dr. Oscar Noboa Palabras bienvenida: Dr. Alejandro Ferreiro (Presidente SUN)	17.30 - 18.00	Actividad en Ball Room A		



Autoridades

Comité Organizador

Presidente

Dra. Gabriela Ottati

Secretaria

Dra. Rossana Astesiano

Tesorero

Dr. José Boggia

Vocales

Dra. Patricia Larre Borges

Dr. David Miller

Dr. Ricardo Silvariño

Comité Científico

Presidente

Dr. Raúl Lombardi

Miembros

Dr. Alejandro Ferreiro

Dra. Liliana Gadola

Dr. Francisco González

Dr. Marcelo Nin

Dr. Oscar Noboa

Auspicios

Academia Nacional de Medicina

AUDYN

Colegio Médico del Uruguay

Escuela de Graduados

Facultad de Medicina

Federación Médica del Interior

Fondo Nacional de Recursos

Ministerio de Salud Pública

Sindicato Médico del Uruguay

Sociedad de Medicina Interna del Uruguay

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Sociedad Uruguaya de

Medicina Intensiva

Sociedad Uruguaya de Transplante

**Declarado de Interés Turístico por el Ministerio de Turismo y Deporte
según Expediente N° 201601222**



UruguayNatural

Ministerio de Turismo

Invitados Extranjeros

Dra. Liliana Andrade (Argentina)

Dra. María Eugenia Canziani (Brasil)

Dr. Josep Cruzado (España)

Dr. Thyago de Moraes (Brasil)

Dra. Esther González (España)

Dr. Felipe Inserra (Argentina)

Dra. Ana Malvar (Argentina)

Dr. Gregorio Tomás Obrador (México)

Dr. Luis Pompozzi (Argentina)

Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina)



Programa

18 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM A

07.30 – 08.00 **Inscripciones y Acreditaciones**

08.00 – 09.30 **Mesa**

Diálisis peritoneal

Coordinador: *Dr. Daniel Pérez*

08.00 – 08.15 Registro uruguayo de gérmenes en diálisis peritoneal

Dr. Daniel Pérez

08.15 – 08.30 Diálisis peritoneal en Uruguay (R.U.D.)

Dra. María Carlota González

08.30 – 08.45 Evaluar la membrana peritoneal para optimizar la ultrafiltración

Dra. Liliana Gadola

08.45 – 09.30 Riesgo vascular en pacientes tratados con diálisis

Dr. Thyago de Moraes (Brasil)

09.30 – 10.00 **Descanso - Café**

10.00 – 12.00 **Mesa**

Hipertensión en el niño

Coordinadores: *Dr. José Boggia, Dra. Anabella Rébori*

10.00 – 10.30 ¿Alcanza solo con la PA de consultorio para rotular a un niño y/o adolescente hipertenso?

Dr. Luis Pompozzi (Argentina)

10.30 – 11.00 Evaluación de PA central y rigidez arterial en niños y adolescentes. ¿Cómo pueden auxiliarnos las nuevas herramientas en la toma de decisiones clínicas?

Dra. Yanina Zocalo

11.00 – 11.30 Bases del tratamiento anti-hipertensivo en niños y adolescentes

Dr. Luis Pompozzi (Argentina)

11.30 – 12.00 Discusión de casos clínicos

12.00 – 13.30 **Intervalo**

13.30 – 15.30 **Curso**

Nefropatología. Nefrología clínica

Coordinadoras: *Dra. Jimena Cabrera, Dra. Melania Kurdián, Dra. Gabriela Ottati*

Expertos: *Dra. Esther González (España), Dr. Josep Cruzado (España),
Dr. Oscar Noboa, Dra. Liliana Gadola, Dr. Francisco González,
Dra. Hena Caorsi, Dra. Alicia Petraglia*

15.30 – 16.00

Conferencia

Riesgo inmunológico y monitorización en el trasplante renal

Dr. Josep Cruzado (España)

Presentador: *Dr. Marcelo Nin*

16.00 – 16.30

Descanso - Café

16.30 – 17.00

Conferencia

Rituximab en el síndrome nefrótico con recaídas frecuentes

Dra. Esther González (España)

Presentador: *Dr. Ricardo Silvariño*

17.00 – 17.30

Conferencia

Rol de los inhibidores de la m TOR

Dr. Josep Cruzado (España)

Presentadora: *Dra. Melania Kurdián*

17.30 – 18.00

Conferencia y Ceremonia de Apertura

Desafíos de la nefrología uruguaya en el siglo XXI

Dr. Oscar Noboa

Palabras de Bienvenida:

Dr. Alejandro Ferreiro - Presidente S.U.N.

SALA: BALL ROOM B

- 08.00 – 10.00 **Curso**
Nefrología intervencionista
Coordinadores: *Dra. Rossana Astesiano, Dr. David Miller*
08.00 – 08.30 Acreditación, distribución en grupos y pre test
08.30 – 08.45 Confección de accesos vasculares ecoguiados
Dr. Diego Tobal
08.45 – 10.00 División en grupos y trabajo en talleres con ecógrafos y simuladores
- 10.00 – 10.30 **Descanso - Café**
- 10.30 – 12.30 **Mesa**
¿Qué hay de nuevo en anemia?
Coordinadora: *Dra. Nieves Campistrús*
10.30 – 10.50 Prevalencia de la anemia y uso de AEE en pacientes trasplantados
Dra. Liliana Andrade (Argentina)
10.50 – 11.10 Mecanismo de acción del estabilizador del factor inductor de hipoxia y su uso en el tratamiento de la anemia de la ERC
Dra. Maria Eugenia Canziani (Brasil)
11.10 – 11.30 Administración de hierro en anemia de pacientes portadores de ERC
Dr. Gregorio Tomás Obrador (México)
11.30 – 11.50 Prevalencia de anemia entre pacientes portadores de ERC 1-5 sin diálisis en Uruguay
Dra. Liliana Chifflet
11.50 – 12.30 Discusión
- 12.30 – 14.00 **Intervalo**
- 14.00 – 14.30 **Conferencia**
Hipertensión arterial en el paciente adulto mayor con ERC
Dr. Felipe Inserra (Argentina)
Presentador: *Dr. José Boggia*
- 14.30 – 15.00 **Conferencia**
Presión arterial de los paciente en diálisis
Dr. Felipe Inserra (Argentina)
Presentador: *Dr. José Boggia*
- 16.00 – 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 – 17.30 **E-posters Destacados**
Moderadoras: *Dra. Graciela Baldovinos, Dra. Asunción Alvarez*
16.30 – 16.40 **Nº5 DERMATOSIS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA**
Soledad Ferrari¹, Rodrigo Sarantes¹, Paula Gauronas¹ Andrea Nicola², Silvana Mazzolini², Lidice Dufrechou², Patricia Larre borges¹, Alejandra Larre borges², Alejandro Ferreiro¹, Oscar A. Noboa¹, Miguel Martinez².
Centro de Nefrología¹, Dermatología² Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Uruguay
- 16.40 – 16.50 **Nº11 NEFROPATIA LUPICA EN EL HOMBRE. Características clínicas, evolución y factores pronósticos para enfermedad renal extrema.**
Urrestarazú A¹, Otatti G¹, Silvariño R¹, Garau M¹, Alvarez A¹, Gonzalez E², Gadola L¹, Praga M², Noboa O¹
¹Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Uruguay. ²Servicio de Nefrología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.
- 16.50 – 17.00 **Nº24 PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTUDIO METABÓLICO EN LA POLICLÍNICA DE NEFROLITIASIS DEL HOSPITAL DE CLINICAS.**
Seija M, Luzardo L, Baccino C, San Romás S, Alves R, Baptista M, Bertinat S, Parada J, Silveira I, Otatti G, Gadola L, Noboa O.
Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.
- 17.00 – 17.10 **Nº28 EVALUACIÓN FUNCIONAL DE MEMBRANA PERITONEAL**
Gadola L, Dominguez P, Ferrari S, Sottolano M, Díaz Y, Priario A, Franco A, Urrestarazu A, Guerisoli A, Poggi C, Ghelfi G, Quiroga M, Monforte S, Lungo E.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas y CASMU IAMPP
- 17.10 – 17.20 **Nº36 PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VISTO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE TRASPLANTE RENAL EN URUGUAY**
Cuñetti L, Curi L, Orihuela S, Manzo G, Azcoytia I, and Gonzalez F



Programa

18 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM C

08.00 – 10.00 **E-posters**

Glomerulopatías

Comentadores: *Dr. Ruben Coitiño, Dra. Jimena Cabrera, Dr. Ricardo Silvariño, Dra. Gabriela Ottati*

Nº3 NEFROPATIA ASOCIADA A SAF PRIMARIO. Descripción de una serie de casos.

Coitiño R, Silvariño R, Ottati G, Noboa O

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

Nº12 GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Ferrari A, Lecueder S, Urrestarazú A, Rodríguez I, Alvarez A, Gonzalez F

Casa de Galicia, Hospital Español, Montevideo, Uruguay

Nº14 EFICACIA DEL RITUXIMAB (RTX) EN EL TRATAMIENTO DE LESIÓN GLOMERULAR MÍNIMA CON RECAÍDAS FRECUENTES. CASO CLÍNICO.

San Román S, Silvariño R, Acle S, Alfonso Y, Noboa O.

COSEM

Nº16 EFICACIA DEL RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO (RPT) Y CONSOLIDACIÓN CON RITUXIMAB (RTX) EN GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA (GMP) SECUNDARIA A CRIOGLOBULINEMIA MIXTA (CM). CASO CLÍNICO.

Silvariño R, San Román S, López J, Acle S, Noboa O.

Sanatorio Americano. Federación Médica del Interior (FEMI).

Nº25 SÍNDROME NEFRÓTICOASOCIADO A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Yandian F, Miranda V, Guerisoli A, González C, Ferreriro A.

Servicio de Nefrología CASMU-IAMPP

Nº33 INFECCIÓN SISTÉMICA POR NOCARDIA RESISTENTE COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE VASCULITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Miranda V, Guerisoli A, Yandian F, Torres ME, Saez L, Sola L, Labella M, Gonzalez C, Ferreriro A.

Nº34 HIPOKALIEMIA SEVERA COMO MANIFESTACION DE SJOGREN.

Ferrari S, Coitiño R, Barcelo L, Flores R, Iglesias P, Morra A.

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

Nº41 EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO DEL NIÑO

Caggiani M, Halty M, Cocchi V

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

Nº42 ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE LA FOSFOLIPASA A2 (AC-PLA2R): UNA HERRAMIENTA DISPONIBLE PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA MEMBRANOSA (NM)

San Román S, Baccino C, Luzardo L, Seija M, Liguori A, Cabrera J, Silvariño R, Ottati G, Rodríguez N, Zubillaga M, Ferreriro A, Gadola L, Noboa O.

Laboratorio Inmunología Hospital de Clínicas y Laboratorio de Análisis Clínicos. Centro de Nefrología Hospital de Clínicas

Nº50 INFORME DEL REGISTRO DE GLOMERULOPATIAS 2013-2015.

Garau M, Cabrera J, Ottati G, Acosta N, Aunchaina MH, Delfino L, Panuncio A, Coitiño R, Coria V, Caorsi H, Gonzalez F, Gadola L, Noboa O. en nombre del Programa de prevención y tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG).

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

Nº52 NEFROPATIA INTERSTICIAL AUTOSÓMICA DOMINANTE: PRIMER CASO DIAGNOSTICADO EN URUGUAY.

Cabrera J¹, Varela F¹, Ayasreh Nadia², Pinatto M¹, Neffa F¹, Acosta N¹, Coitiño R¹, Coria V¹, Boghossian S¹, Canon A¹, Cha M¹, Delloca N¹, Marton S¹, Miller D¹, Murara E¹, Rabaza V¹, Robaina R¹, Suarez G¹, Torra R².

¹Servicios de Nefrología y genética del Hospital Militar, Montevideo, Uruguay. ²Unidad de Nefropatías hereditarias, fundación Puigvert, Barcelona.

10.00 – 10.30 **Descanso - Café**



10.30 – 12.30 **E-posters**

Trasplante

Comentadores: *Dr. Marcelo Nin, Dr. José Santiago, Dr. Francisco González*

Nº38 NEFROPATIA ASOCIADA A BK VIRUS EN RIÑÓN TRASPLANTADO.

Dres Banchemo M, Astesiano R, Kurdian M. López P, Noboa O, Nin M.

Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

Nº39 NEFRECTOMÍA DEL DONANTE VIVO POR VÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS 2013-2016

Dres: M Seija, F García, R Astesiano, L Orihuela, O Noboa, R Puente, E. Montaña, M Nin, M Kurdian.

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

Nº45 EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO EN UN CENTRO DE TRASPLANTE DE URUGUAY.

Dres. F. García Rey, R. Astesiano, L. Orihuela, R. Coitiño, L. Gadola, M. Nin, O. Noboa, M. Kurdian.

Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Nº51 ENFERMEDAD CITOMEGALOVIRUS UN PROBLEMA TERAPÉUTICO

Dres Galarraga M, Gauronas P, Santiago J, Kurdian M. López P, Noboa O, Nin M.

Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

12.30 - 14.00 **Intervalo**

14.00 – 16.00 **E-posters**

IRA

Comentadores: *Dra. Rossana Astesiano, Dra. Mariana Seija, Dr. Alejandro Ferreiro*

Nº6 PROGRAMA DE SALUD RENAL. EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

Ríos P¹, Mazzuchi N², Gadola L¹, Lamadrid V¹.

¹Comisión Asesora en Salud Renal. Programa de Salud Renal (PSR)

Nº7 HEMOLISIS E INJURIA RENAL POST RESECCION TRANSURETRAL. A propósito de un caso clínico

Barcel L, Morra A, Flores R, Iglesias P, Ferrari S, Coitiño R.

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

Nº9 INJURIA RENAL AGUDA SEVERA EN EL EMBARAZO: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTES

Dras. Villegas. N, Gauronas. P, Dr. Tobal. D

Hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela, centro de nefrología, Montevideo, Uruguay.

Nº26 NIVELES TOXICOS DE VANCOMICINA E INJURIA RENAL AGUDA: ROL DE HEMODIALISIS INTERMITENTE

Dras. Gauronas. P, Villegas. N, Seija. M, Baccino. C, Dr. Tobal. D

Hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela, centro de nefrología, Montevideo, Uruguay.

Nº37 INJURIA RENAL AGUDA POR BILIRRUBINOSTASIS TRAS CONSUMO DE ANABOLICOS

Ferrari A, Banchemo M, Dominguez P, Rodriguez I, Alvarez A, Gonzalez- Martinez F

Casa de Galicia, Montevideo, Uruguay

Nº46 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS NIÑOS CON INJURIA RENAL AGUDA Y TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.

Deutsch I, Cocchi V, Halty M, Noria A, Giachetto G.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay



Programa

VIERNES 19 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM A

- 08.00 – 10.00 **Curso**
Nefropatología. Trasplante
Coordinadoras: *Dra. Jimena Cabrera, Dra. Melania Kurdián, Dra. Gabriela Ottati*
Expertos: *Dra. Esther González (España), Dr. Josep Cruzado (España), Dr. Oscar Noboa, Dra. Liliana Gadola, Dr. Francisco González, Dra. Hena Caorsi, Dr. Nelson Dibello, Dr. Marcelo Nin, Dr. Sergio Orihuela, Dra. Lilián Curi*
- 10.00 – 10.30 **Descanso - Café**
- 10.30 – 11.00 **Conferencia**
Recaída de la nefropatía IgA en el trasplante
Dr. Josep Cruzado (España)
Presentador: *Dr. Marcelo Nin*
- 11.00 – 11.30 **Conferencia**
NTIA aspectos diagnósticos y terapéuticos
Dra. Esther González (España)
Presentador: *Dr. Andrés Urrestarazu*
- 11.30 – 12.00 **Conferencia**
Tratamiento del hiperparatiroidismo después del trasplante
Dr. Josep Cruzado (España)
Presentadora: *Dra. Ema Burgstaller*
- 12.00 – 14.00 **Intervalo**
- 14.00 – 15.30 **Mesa**
Qué hay de nuevo en técnicas de depuración extracorpóreas
Coordinadora: *Dra. Patricia Larre Borges*
- 14.00 – 14.20 Hemodiafiltración en ERC
Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina)
- 14.20 – 14.30 Resultados del programa de HDF en Centro de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas
Dra. Patricia Larre Borges
- 14.30 – 14.50 Recambio plasmático terapéutico por plasmafiltración
Dr. Diego Tobal
- 14.50 – 15.10 Hemodiafiltración de alto volumen en IRA
Dr. Alejandro Ferreiro
- 15.10 – 15.30 Depuración extracorpórea en la falla hepática
Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina)
- 15.30 – 16.00 **Conferencia**
Trasplante renal en asistolia
Dra. Esther González (España)
Presentadora: *Dra. Lucía Orihuela*
- 16.00 – 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 – 17.30 **Mesa**
Nefropatía lúpica más allá del tratamiento inicial
Coordinador: *Dr. Ricardo Silvariño*
- 16.30 – 16.35 Presentación del tema y de expositores
Dr. Ricardo Silvariño
- 16.35 – 16.55 ¿Hasta cuándo continuar el tratamiento?. Rol de la re-biopsia renal en la toma de decisiones
Dra. Ana Malvar (Argentina)
- 16.55 – 17.20 Recaída luego de remisión prolongada
Dra. Esther González (España)
- 17.20 – 17.30 Preguntas
- 17.30 – 18.00 **Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios**
Dra. Gabriela Ottati - Presidente X Congreso Uruguayo de Nefrología

SALA: BALL ROOM B

- 08.00 – 10.00 **Curso**
Nefrología intervencionista
Coordinadores: *Dr. Diego Tobal, Dr. Arturo Altuna*
08.00 – 09.30 División en grupos y trabajo en talleres con ecógrafos y simuladores
09.30 – 10.00 Test post curso, compromiso de cambio y conclusiones
- 10.00 – 10.30 **Descanso - Café**
- 10.30 – 12.30 **VII Jornadas de Nutrición en Nefrología**
Evaluación y diagnóstico nutricional del paciente con insuficiencia renal a través de diferentes métodos
Coordinadora: *Lic. Nut. Sonia Dergazarián*
- Diferentes métodos de diagnóstico nutricional utilizados en Argentina
Lic. Cristina Milano (Argentina)
 - Parámetros antropométricos: ¿cuáles son y qué representan en el paciente renal
Lic. Ana Elizabeth Franco
 - Antropometría vs bioimpedancia
Lic. Estela Arbiza
 - VGS: uso y significancia
Lic. Mirtha Díaz, Lic. Gabriela Carro
 - Relevamiento de los métodos utilizados en el ROU
Lic. Sylvia Bancoff, Lic. Mónica Fernández
- 12.30 - 14.00 **Intervalo**
- 14.00 – 16.00 **V Jornadas de Psiconefrológica**
Coordinadora: *Psic. Carla Francolino*
- 14.00 – 14.30 Abordaje de la psicología médica en enfermedad renal crónica
Lic. Cecilia Durán
- 14.30 – 14.45 Preguntas
- 14.45 – 15.15 Equipo: comunicación, empatía y conflictos
Lic. Mercedes Viera
- 15.15 – 15.30 Preguntas
- 15.30 – 16.00 Calidad de vida y mecanismos de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis
Psic. Carla Francolino, Lic. Hernán Voituret
- 16.00 – 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 – 17.30 **E-posters Destacados**
Moderadoras: *Dra. Melania Kurdián, Dra. Inés Olaizola*
- 16.30 – 16.40 **Nº1 INJURIA RENAL AGUDA RELACIONADA AL COLICO NEFRÍTICO**
gelber c, ottati g, silvariño r, ferreiro a, urrestarazu a, pizzarosa k, oliva l, noboa o.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay
- 16.40 – 16.50 **Nº10 RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**
Subiza K, Odriozola M, Ríos P, Lamadrid V, Mazzuchi N, Gadola L.
En nombre de todos los Nefrólogos que reportan al Programa de Salud Renal del Uruguay.
- 16.50 – 17.00 **Nº44 LA INJURIA RENAL AGUDA (IRA) LUEGO DE CIRUGÍA CARDÍACA (CC) SE ASOCIA A MORTALIDAD A CORTO Y MEDIANO PLAZO, PERO NO A LARGO PLAZO.**
Ferreiro A, Lombardi R.
Montevideo, Uruguay
- 17.00 – 17.10 **Nº53 COMPLICACIONES INFECCIONES EN ELTRASPLANTADO RENAL (TR) EXTREMADAMENTE AÑOSO: PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE**
J Cabrera^{1,3}, M Fernández-Ruiz², M Molina¹, E Gonzalez¹, N Polanco¹, F Lopez- Medrano², JM Aguado², M Praga¹, A Andres¹
¹Centro de Nefrología del Hospital 12 de octubre de Madrid, España. ²Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital Universitario “12 de Octubre”, Instituto de investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid.
³Servicio de Nefrología del hospital Evangélico y Hospital Militar de Montevideo, Uruguay.
- 17.10 – 17.20 **Nº54 EVOLUCION A LARGO PLAZO DE LA FUNCION RENAL DE 201 PACIENTES CON INJURIA RENAL AGUDA DIALIZADOS.**
Ríos P, Flores J, Gelabert B, Fernandez C, Guadalupe M, Noboa A, Varela P.
Servicio de Nefrológica de Agudos del hospital Maciel.



Programa

VIERNES 19 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM C

08.00 – 10.00 **E-posters**

ERC – Parte I

Comentadores: *Dra. Patricia Larre Borges, Dr. Andrés Urrestarazú, Dr. Rodrigo Sarantes*

Nº2 SINDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Dell' Oca N, Rodríguez R, Gelber C, Pastorino A
Hospital Maciel. Montevideo-Uruguay

Nº4 PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC), AL INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD RENAL (PSR).

Campistrús MN, Chifflet L*, Ríos P**, Mazzuchi N**.*

* Comité de Anemia SUN. ** Programa de Salud Renal Uruguay

Nº8 IMPACTO DE LA CONCENTRACIÓN DE CALCIO DE LAS SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL.

Gadola L, Dominguez P, Poggi C, Lungo E.
Diálisis Peritoneal CASMU IAMPP

Nº15 PET SCAN CON METIONINA (PETM): UNA HERRAMIENTA PARA LOCALIZAR EL ADENOMA PARATIROIDEO.

San Román S, Silvariño R, Quagliata A, Acle S, Alfonso Y, Noboa O.
COSEM – CUDIM

Nº17 AUMENTO DE LA DEPURACIÓN DE MOLECULAS MEDIAS CON HEMODIAFILTRACIÓN ON LINE EN EL PACIENTE CRÓNICO

Larre Borges P, Zulberti C, Villegas N, Sarantes R, Ferrari S, Luzardo L, Garcia F, SanRoman S, Gauronas P, González X, Oyamburo A, Moreno V, Villamil N, López E, Massaro R, Buccalo P, Olascoaga A, Gadola L, Noboa O,
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. UDELAR, Montevideo, Uruguay

Nº18 MONITOREO DE NIVELES DE VANCOMICINA EN PACIENTES EN HEMODIALISIS. Necesidad de dosis post diálisis reglada?

Urrestarazú A¹, Tobal D¹, Peinado H¹, Gauronas P¹, Ferreiro A¹, Alvariza S², Maldonado C², Rosano F², Vázquez M², Fagiolino P², Noboa O¹
¹Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Uruguay. ²Unidad de monitoreo de medicamentos, Hospital de Clínicas.

Nº20 DIEZ AÑOS DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL DE FLORIDA. URUGUAY.

Canzani O^{1,2}, Monti Z¹, Pereyra M¹, Canelas L¹, Zampedri L¹, García M¹, Sola L², Mazzuchi N², Ríos P².
¹ Programa de Salud Renal Florida (PSRF). ASSE y COMEF. ² CASR.

Nº22 ENDOCARDITIS COMPLICADA VINCULADA A ACCESOS TRANSITORIOS DE HEMODIALISIS. TRANSFERENCIA A DIALISIS PERITONEAL. A propósito de un caso clínico

Flores R, Barcelo L, Morra A, Iglesias P, Ferrari S, Coitiño R
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

10.00 – 10.30 **Descanso – Café**

10.30 – 12.30 **E-posters**

ERC – Parte II

Comentadores: *Dra. Soledad Ferrari, Dra. Rosalía Rodríguez, Dr. Xosé González, Dra. Laura Solá*

Nº23 DESARROLLO DE HEMODIAFILTRACIÓN EN LÍNEA EN EL CENTRO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS. Técnica De Terapia De Sustitución De La Función Renal

Baccino C, Larre Borges P, Alvarez D, Phillips C, González F, Noboa O, Gadola L.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

Nº27 BUDD CHIARI: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE UN ACCESO VENOSO CENTRAL PARA HEMODIALISIS

Dra. Villegas N, Dra. Gauronas P, Dr. Pedetti P, Dr. Tobal D.
Hospital Dr. Manuel Quintela, Centro de Nefrología, Servicio de Radiología Montevideo, Uruguay

Nº30 PARICALCITOL EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Guerisoli A, Dominguez P, Poggi C, Lungo E, Poggio MV, Gadola L.
Centro de Diálisis Peritoneal, CASMU IAMPP

Nº43 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LA DIÁLISIS A TRAVÉS DE UN ESCORE DE PUNTUACIÓN (CPM)

Coria V, Rovira A, Olaizola I, Borghini P, Falchi B, Szpinak, Suarez G, Hekimian G, Cotelo A, Nin N

Nº47 RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPEUTICO REALIZADO POR TECNICA DE PLASMAFILTRACION EN EQUIPO DE HEMODIALISIS. Puesta a punto de la técnica y reporte de la primera experiencia clínica

Sarantes R, Urrestarazú A, Tobal D, Olascoaga A, Rodríguez I, Rivas G, Ferreiro A
Centro de Nefrología – Cátedra de Medicina Transfusional - Depto. Laboratorio Clínico - Udelar

Nº48 SOBREVIDA SEGÚN EL TIPO DE ANGIOACCESO UTILIZADO EN LA PRIMERA HEMODIÁLISIS.

Ceretta María Laura, González-Bedat María Carlota, Ferreiro Fuentes Alejandro.

Nº49 REGISTRO Y ANALISIS DE INCIDENTES EN DIALISIS

Suarez G, Coria V, Rovira A, Olaizola I, Borghini P, Falchi B, Szpinak, H8ekimian G, Cotelo A, Nin N

12.30 – 14.00 **Intervalo**



14.00 – 16.00 **E-posters**

Misceláneas

Comentadoras: *Dra. Liliana Gadola, Dra. Sofía San Román, Dra. Leonella Luzardo*

Nº13 pH URINARIO EN EL ESTUDIO DE LA LITIASIS URINARIA

Jaurena C, Ottati G, Rojas L, Gadola L,
Hospital de Clínicas Montevideo, Uruguay

Nº19 PIELONEFRITIS GRAVÍDICA: CLÍNICA, MICROBIOLOGÍA Y COMPLICACIONES DE UNA POBLACIÓN ASISTIDA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Priario A, Diaz Y, Otatti G, Silvairiño R, Boggia J, Noboa O, Gadola L, San Roman S, Leon L, Peinado H, Vitureira G, Oholeguy P, Seija V, Cayta L, Batista N

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

Nº21 EVOLUCIÓN DEL REFLUJO VÉSICoureTERAL EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

Velasco M I, Rébora A

Hospital Pereira Rossell, Unidad de Nefrología, Montevideo Uruguay.

Nº29 LESIONES HISTOLÓGICAS RENALES EN PACIENTES NEFRECTOMIZADOS POR TUMOR RENAL.

Dr. Garcia F, Auchayna MH, Batista E, Paladino C, Bogliaccini M, Villegas N, Ferreira N, Noboa O, Puente R, Soto C, Carballo A, Tobal D.

Nº31 CLASIFICACIÓN POR IMAGEN DE PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL: UN MÉTODO MÁS PARA ESTRATIFICAR RIESGO DE PORGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD?

Dr. Tobal D, Dr. Pedetti P, Dr. Carbia M, Dra Olascoaga A, Dr Noboa O

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela Centro de Nefrología, Laboratorio Clínico, Servicio de Radiología

Nº32 EVALUACIÓN DE CURSO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES PARA HEMODIÁLISIS CON SIMULADORES.

Tobal D, Astesiano R, Santiago J, Alberti M, Noboa O, Gadola L.

Centro de Nefrología, Cátedra de Anestesia Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina

Nº35 IMPACTO DEL CONTROL CLÍNICO EN EL PROGRAMA DE SALUD RENAL (PSRU) EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES

Mazzuchi N, Rios P, Canzani O, De Souza, Gadola L, Lamadrid V, Sola L.

En nombre de todos los Nefrólogos que reportan al Programa de Salud Renal del Uruguay.

Nº40 BIOPSIA RENAL DIAGNÓSTICA ECOGUIADA EN TIEMPO REAL EN RIÑONES NATIVOS Y TRASPLANTADOS. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE CLÍNICAS 2013-2016

Dres: A Oyamburo, M Seija, R Astesiano, J Santiago, C Baccino, M Garau, O Noboa, G Ottati.

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



INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

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

SECRETARÍA

ATENEA EVENTOS SRL
Av. 8 de Octubre 2254 of. 205
Montevideo – Uruguay
Telefax: ++598 2 4005444
E-mail: nefrologia2016@atenea.com.uy
Pág. Web: www.atenea.com.uy

COSTO DE INSCRIPCIONES

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

CATEGORÍA	SEDE
Médicos Socios (*)	130
Médicos No Socios	250
Residentes y Postgrados	100
Licenciados: Enfermería, Nutrición, Psicología	100
Auxiliares de Enfermería	80
Estudiantes	80
Inscripción por día	80

(*) Socios de:

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

Actividades Parciales

CATEGORÍA	COSTO
Jornadas Nutrición	25
Jornadas Psiconefrología	25

Curso: Imágenes: 40 cupos

CATEGORÍA	COSTO
Inscriptos al Congreso	30
Solo Curso	60

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 07.30 hs. del día 18 de Agosto. Se entregará bolso y programa oficial. Los certificados de asistencia se entregarán el día 19 de Agosto

SALA DE PRUEBAS

Se deberán entregar los materiales en la Sala de Pruebas que estará ubicada en Sala Vip (piso 2 – Hotel Radisson), con una anticipación de dos horas, y retirarlos una vez terminada la actividad. La Secretaría Atenea Eventos srl, no se hace responsable por materiales olvidados tanto en sala de pruebas como en sala de sesiones.

TELÉFONOS CELULARES

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

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Se llevará a cabo durante los días 18 y 19 de agosto en el horario de 08.00 a 18.00. El acceso a dicha exposición es libre

1 INJURIA RENAL AGUDA RELACIONADA AL COLICO NEFRÍTICO:

gelber c, ottati g, silvariño r, ferreiro a, urrestarazu a, pizzarosa k, oliva l, noboa o.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

El impacto de la nefroulitis en la función renal a corto y largo plazo se desconoce. El objetivo es determinar la frecuencia de injuria renal aguda (IRA) y factores contribuyentes en pacientes (pts) que consultan por cólico renal de etiología litiasica (CRL) en el Departamento de Emergencia (DE).

MÉTODOS: estudio unicéntrico, observacional, prospectivo. Se incluyeron todos los pts mayores de 15 años, atendidos en el DE con diagnóstico de CRL, del 8/2014 hasta 8/2015. Las pruebas de laboratorio se realizaron en el laboratorio central del hospital. Se utilizó el método de creatinina estandarizado. Todos los pts fueron evaluados con ecografía abdominal. IRA se definió según los criterios AKIN. Se recogió el consentimiento informado y el Comité de Ética del hospital aprobó el protocolo de estudio. Criterios de exclusión: pts con dolor lumbar de etiología no litiasica. Se usó SPSS-PC 22. Los datos fueron descritos por medidas de tendencia central y de dispersión. Prueba t de Student, prueba de Mann-Whitney y la prueba de chi-cuadrado se utilizaron para la comparación entre grupos. Se utilizó un análisis de regresión logística para el análisis multivariable de los factores asociados con IRA. La hipótesis nula con un nivel de significación de $p < 0,05$ fue rechazada.

RESULTADOS: para un total de 34 pts, 25 (73,5%) hombres. La mediana de edad fue 38,5 años (rango de edad entre 18 a 80). Tuviéron previamente CRL 21/34 (61,8%). Hematuria en 19/34 (55,8%). AKI en 11/34 (32,3%) pts. En 10/11 (91%) IRA en etapa 1, con una disminución del filtrado glomerular (FG) media de $42 \pm 23, 44 \text{ ml / min}$ (37% delta tasa de filtrado glomerular) y 1 caso fue etapa 3 de IRA. El tiempo promedio para la recuperación del FG fue de 15 días. Se observó asociación significativa entre el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e IRA durante el episodio. IRA se asoció a cálculos obstructivos unilaterales en 10/11 pacientes. Ningún paciente requirió terapia de reemplazo renal.

CONCLUSIONES: IRA fue frecuente entre los pts que consultaron por CRL en el DE (32,3%). El consumo de AINE se relacionó significativamente con el desarrollo de IRA. La obstrucción fue unilateral a excepción de un paciente que presentaba afectación bilateral. Se necesitan más estudios para confirmar la ocurrencia de IRA durante el CRL, su asociación con AINE y el efecto de episodios repetidos de IRA en la progresión de la enfermedad renal crónica en la nefroulitis.

3 NEFROPATIA ASOCIADA A SAF PRIMARIO.

Descripción de una serie de casos.

Autor: Coitiño R, Silvariño R, Ottati G, Noboa O
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La combinación eventos trombóticos en presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) reiteradamente positivos: se denomina síndrome antifosfolípido (SAF). En ausencia de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) principalmente se denomina SAF primario (SAFp). Se considera una enfermedad sistémica que puede comprometer a múltiples parénquimas. La nefropatía asociada a aPL determina lesiones que pueden afectar a todo el árbol vascular renal presentándose como microangiopatía trombótica (MAT) en agudo y de forma crónica con lesiones histopatológicas secundarias a la misma.

Metodología: estudio retrospectivo, descriptivo de una cohorte española-uruguaya de 9 pacientes con diagnóstico de SAFp (Sydney 2006) previo o concomitante al inicio de manifestaciones renales y presencia de MAT en la biopsia renal (BR) sin otra causa que la explicase. Se analizaron los informes de la BR y correlacionó la histología con presentación clínica renal y extrarenal, tiempo de aparición de nefropatía, tratamiento recibido, evolución y pronóstico.

Resultados: 6 de 9 pacientes fueron mujeres, el tiempo medio entre diagnóstico de SAF y la BR fueron 52,4 meses (0-144 meses). Microhematuria (Mhu) estuvo presente en 9 casos, asociando proteinuria (Pru), hipertensión arterial y caída del filtrado glomerular (FG) en 6/9. 1 paciente presentó síndrome nefrótico y Lesión Glomerular Mínima asociada a MAT. Proliferación mesangial en 3 de 9 y extracapilar en 1. Anticuerpos antinucleares (4/9), trombocitopenia (5/9) y anemia hemolítica (2/9) fueron vistos pero sin evidencia de LES al tiempo de seguimiento. La doble positividad para AL y aCL IgG fue el perfil de aPL más frecuente. La presentación extrarenal predominante fue con trombosis venosa (5/9 pacientes), siendo recurrente en 4/9. Recibieron anticoagulación los 9 pacientes, corticoides 5 y ácido acetil salicílico 2. Hubo una muerte por SAF catastrófico. La creatinina media al final del seguimiento fue de $2,38 \pm 1,77$ (0,85-6,3) mg/dl. Requirieron tratamiento sustitutivo de la función renal 3 pacientes de forma definitiva.

Discusión y Conclusiones: En pacientes con SAFp la MAT es una complicación posible. Se presenta fundamentalmente como alteraciones del sedimento urinario (Mhu, Pru) con caída o no del FG. Existe una demora considerable en el diagnóstico de las manifestaciones renales del SAFp. Es de necesidad incluir a la nefropatía asociada a aPL como criterio diagnóstico de SAF. En el seguimiento se impone investigar la aparición de LES concomitante a SAF.

2 SINDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Dell' Oca N, Rodríguez R, Gelber C, Pastorino A
Hospital Maciel. Montevideo-Uruguay. nataliadelloca2@gmail.com

Introducción: El PRES es un síndrome neurológico caracterizado por variados síntomas neuropsiquiátricos y a nivel imagenológico edema vasogénico en la sustancia blanca subcortical de los lóbulos occipitales y parietales, bilateral. Es potencialmente reversible. Como causas y factores de riesgo se citan: hipertensión arterial (HTA), eclampsia, sepsis, quimioterapia, tratamiento inmunosupresor, colagenopatías e insuficiencia renal. En la fisiopatología se plantea una falla en la autorregulación del flujo intracerebral y disfunción endotelial.

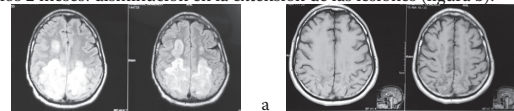
Importancia: El tratamiento oportuno posibilita una recuperación total o parcial y la demora una agravación de las lesiones con progresión a la isquemia.

Objetivo: Analizar dos casos de PRES en pacientes en hemodiálisis (HD).

Métodos: **Caso 1:** 34 años, sexo masculino (SM), HTA de difícil control. Diabetes Mellitus tipo 1. Enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefropatía diabética. Ingresó al Hospital el 30/6/2014 por depresión de conciencia y cetoacidosis diabética (CAD). Una vez corregida la CAD agravación de conciencia que requiere ventilación mecánica. PA al ingreso 143/86 mmHg con ascenso a 186/86 mmHg a las 6 hs del ingreso. Cifras máximas 250/90 mmHg, manteniendo HTA severa por varios días. TAC cráneo al ingreso sin lesiones. RNM a los cinco días: lesiones isquémicas corticosubcorticales temporoparietales y en territorios limítrofes bilaterales. A los 10 días infartos con transformación hemorrágica y efecto de masa (figura a).

Control de HTA con cuatro drogas. Mejoría de conciencia con cuadríplejia, hipotonía, arreflexia y babinsky bilateral. Se logra extubar quedando con traqueostomía. Luego de 28 días mejoría progresiva deambulando con andador por parésia secular.

RNM a los 2 meses: disminución en la extensión de las lesiones (figura b).



Caso 2: 32 años, SM, paraplejia, ERC en HD por nefropatía tubulointerstitial crónica. HTA mal controlada. Ingresó por cefaleas y PA 180/100 mmHg. TAC cráneo: áreas hipodensas occipitales bilaterales digitiformes en relación a edema. Rápido control de PA y mejoría sintomática. TAC control: regresión parcial de las lesiones.

Conclusiones: El control precoz de la causa que determina el PRES es el elemento decisivo en la evolución de los pacientes.

4 PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC), AL INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD RENAL (PSR).

Campistris MN, Chifflet L*, Ríos P**, Mazzuchi N***
* Comité de Anemia SUN. ** Programa de Salud Renal Uruguay

Objetivo y Métodos: Con el objetivo de determinar la prevalencia de anemia en la ERC se realizó un análisis observacional retrospectivo de los datos del registro del PSR-Uruguay. Son 11649 pacientes, incidentes en el programa entre los años 2004 y 2014, con dato de hemoglobina (Hb) al ingreso. El 85% de los pacientes son hipertensos, 37,4% son diabéticos, 21,2% presentan cardiopatía isquémica (CI) y 7,4% tienen cáncer. Se define anemia si $Hb \leq 12 \text{ g/dl}$ en mujeres o $\leq 13 \text{ g/dl}$ en varones (criterio OMS).

Resultados. Considerando la primera determinación de Hb, 40% de los pacientes presentan anemia. Su prevalencia es mayor con edad ≥ 65 años (43,9 vs. 32,4%; $p = ,000$), en portadores de diabetes (41,9 vs. 39%; $p = ,001$), de neoplasma (46,2 vs. 39,5%; $p = ,000$), de CI (43,2 vs. 39,2%; $p = ,000$), de insuficiencia cardíaca (49 vs. 39,2%; $p = ,000$) y en pacientes con proteinuria $\geq 0,5 \text{ g/l}$ (46,8 vs. 38,5%; $p = ,000$).

La prevalencia de anemia en población con $FG < 30 \text{ ml/min}$ es 64,1% siendo 33,3% si $FG \geq 30$ ($p = ,000$), pero aquella también cambia si $FG < 45 \text{ ml/min}$ (51% vs. 24,6% para $FG \geq 45$; $p = ,000$). Esta diferencia persiste luego de ajustar según edad.

Etapas ERC	Etapas I	Etapas II	Etapas IIIa	Etapas IIIb	Etapas IV	Etapas V
N pacientes	620	1117	2484	4333	2643	442
Con Anemia	120	253	646	1818	1598	352
Sin Anemia	500	864	1838	2515	1045	90

Conclusión. La prevalencia de anemia es alta en portadores de ERC sin diálisis, la misma aumenta al descender el FG, este cambio se detecta a partir de la Etapa III b. Mas del 25% de la población en etapas previas presenta anemia, lo cual exige su estudio y tratamiento en todas las Etapas de ERC, para disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

5 Dermatitis en hemodiálisis crónica

Soledad Ferrari¹, Rodrigo Sarantes¹, Paula Gauronas¹ Andrea Nicola², Silvana Mazzolini², Lidice Dufrechou², Patricia Larre borges¹, Alejandra Larre borges², Alejandro Ferreira¹, Oscar A. Noboa¹, Miguel Martinez².

Centro de Nefrología¹, Dermatología² Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Uruguay.

Introducción: Las lesiones de piel son muy frecuentes en pacientes en hemodiálisis crónica (HD), no existiendo estudios acerca de su prevalencia a nivel mundial. El objetivo fue diagnosticar las dermatosis en estos pacientes y relacionarlas con las características clínicas, parámetros de laboratorio y tratamiento.

Métodos: Fue realizado un estudio descriptivo de corte transversal, multicéntrico, en una cohorte de conveniencia, aprobado por comité de ética. Los criterios de exclusión fueron ser menor de 18 años y haber recibido previamente un trasplante renal. Se realizó evaluación sistemática de piel por dermatólogo entrenado que no conocía los antecedentes de los pacientes. Para la asociación de variables se utilizó chi cuadrado, test de Fisher y Test de T.

Resultados: 195 pacientes, 98 mujeres, media de edad 64.4±0.9(31-94 años) fueron analizados. El tiempo promedio de pacientes en HD fue de 3.9±0.3 años (9 meses-25 años). Fue relevado el 9,8% de la población en HD de Uruguay, lo cual fue representativo en sexo, edad y etiologías de ERC comparado con el Registro Uruguayo de Diálisis. 98.5% (n=192) tuvieron al menos un tipo de dermatosis. La xerosis fue la más prevalente afectando al 79% (n=154), seguida de prurito (n=65, 33.7%), tinte de piel amarillento (n=60, 30.8%), onicosis (n=55, 28.2%), purpura (n=53, 27.2%). 19 pacientes (9.7%) fueron diagnosticados de cáncer de piel (n=17 non melanoma, n=2 melanoma). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tiempo en HD y alopecia difusa (p = 0.034) y tiempo en hemodiálisis y dermatitis perforante adquirida (p = 0.029) así como también entre hiperfosfatemia y tinte de piel amarillento (p = 0.038), y entre anemia y pérdida de brillo del cabello (p = 0.01).

Conclusiones: Es el primer estudio que se aproxima a la prevalencia de las manifestaciones cutáneas de los pacientes en hemodiálisis crónica en Uruguay. Si bien las dermatosis más frecuentes fueron xerosis, prurito y desórdenes pigmentarios, se destaca la elevada prevalencia de cáncer de piel. La presencia de un dermatólogo en el equipo de atención de los pacientes en plan de hemodiálisis crónica es fundamental, dado que contribuye al diagnóstico y al tratamiento de los trastornos con gran impacto en la calidad de vida.

7 HEMOLISIS E INJURIA RENAL POST RESECCION TRANSURETRAL

A propósito de un caso clínico

Autores: Barceló L, Morra A, Flores R, Iglesias P, Ferrari S, Coitino R.
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

Introducción: El síndrome de resección transuretral fue descrito por primera vez en 1947 por los Creevy y Webb, a partir de la observación de hemólisis, hiponatremia y colapso vascular luego de una prostatectomía. Conforman una serie de alteraciones en el volumen hídrico corporal total, osmolaridad y concentración de solutos que se relaciona con la aparición de sintomatología neurológica y cardiovascular acaecidos por la absorción de soluciones de irrigación hipotónicas.

Metodología: SM, 70 años. HTA EI (JNC VIII), en tratamiento con ARAII. Ecocardiograma: HVI, FEVI 60%. Ex-tabaquista. IPY 30. Bronquítico crónico. Vitiligo. Adenoma de próstata grado II. Sonda vesical a permanencia de seis meses de evolución. Diuresis 2900cc/día. Ingresó para RTU de coordinación. Laboratorio preoperatorio: Azoemia 0,32 g/l Creatininemia 0,89 mg/dl. Na 140 mEq/l. Hemograma: Hb 15,6 g/dl GB 8.820/mm3 Plaquetas 241.000/mm3. Urocultivo: E. Coli BLEE, recibe Gentamicina 80 mg iv cada 8 horas por 8 días. Culminado el tratamiento antibiótico se realiza resección transuretral prostática (anestesia general, duración 2:30 horas) Sangrado 400cc. Solución de irrigación: agua destilada 30 litros. Intraoperatorio: Rotura cápsula prostática. Postoperatorio: Hipotensión y bradicardia de breve duración, anuria desde el postoperatorio inmediato. Laboratorio postoperatorio: Azoemia 1,34g/l Creatininemia 6,96mg/dl. Na 124mEq/l K 4,6mEq/l Cl 94 meq/l. HCO3 18,4 Hb 8,5g/dl. Plaquetas 167mil/mm3 (s/lámina) BT 1,87g/dl BI 1,24 g/dl LDH 890 U/L Haptoglobina 7 mg/dl. Ecografía: RD L116mm EP17mm, RI L 118mm EP 18mm. Sin litiasis, sin dilatación. Se inicia terapia de sustitución renal mediante hemodiálisis. Recuperación de diuresis a 10 días de la cirugía y funcional renal a los 25 días de la cirugía.

Discusión: El uso de agua destilada como irrigante en la resección transuretral de próstata puede causar hemólisis, especialmente si el tiempo de resección es prolongado.

Conclusión: Es necesario llevar a cabo todos los esfuerzos para acortar el tiempo de resección y evitar el uso de soluciones hipotónicas para la irrigación durante la cirugía.

6 PROGRAMA DE SALUD RENAL. EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

Ríos P¹, Mazzuchi N¹, Gadola L¹, Lamadrid V¹.

¹ Comisión Asesora en Salud Renal. Programa de Salud Renal (PSR)

Los episodios de insuficiencia renal aguda (eIRA) en pacientes portadores de enfermedad renal crónica (ERC) pueden asociarse a largo plazo a insuficiencia renal extrema (IRE) y mayor mortalidad. El objetivo de esta investigación es valorar la frecuencia, factores de riesgo y consecuencias alejadas que tienen los eIRA en pacientes del PSR.

Metodología. Desde el 1/6/2012 se comenzó a registrar los eIRA en el PSR. Se seleccionaron los pacientes ingresados desde entonces con al menos un control nefrológico posterior. Los eIRA se registran por nefrólogo en el primer control ambulatorio siguiente al mismo. Se compararon los pacientes que sufrieron eIRA vs lo que no (NoIRA). En el grupo eIRA se consideró el Filtrado Glomerular (FG) (CKDEPI) previo a eIRA. En grupo NoIRA el FG del ingreso. Se utilizó Test de Student, Chi² y regresión de Cox según corresponda. Significación estadística p<0.05.

Resultados. En un período de 17.9±11.4 meses se registraron 101 eIRA en 4332 pacientes (2.3%). Sexo masculino 58.4%, edad 67.0± 15.2 años, FG 43.8±23.2 ml/min, diabetes 37.7%. El grupo con eIRA vs NoIRA tuvo significativamente mayor edad (69.7 vs 66.9 años), historia de insuficiencia cardíaca (14.9 vs 8.2%), historia de IRA (18.8 vs 10.7%), diabetes (44.6 vs 36.8%) y menor FG (34.4±17.8 vs 43.8±22.9 ml/min). Los eIRA aumentaron a medida que descendía el FG: etapa I 0.4%, etapaII 0.5%, etapa IIIa 0.6%, etapa IIIb 1.3%, etapa IV 7.3%, etapa V 29.9%. El grupo con eIRA vs NoIRA tuvo mayor riesgo de muerte (4.3 vs 2.2%, p 0.016 RR 2.05) y mayor riesgo de Insuficiencia renal extrema (IRE) (7.1 vs 2.2%, p 0.001, RR 3.44). El riesgo de IRE aumenta desde las etapas IIb en adelante: IIb 6.7 vs 1.3%, IV 15.4 vs 7.3%. En el análisis multivariado eIRA no tiene un riesgo independiente para mortalidad ni IRE. **Conclusiones.** La frecuencia de eIRA reportados en el PSR fue 2.3% en 18 meses de seguimiento. Los factores de riesgo para eIRA son edad, historia de insuficiencia cardíaca e IRA y diabetes. Los eIRA son más frecuentes a medida que cae el FG. Los eIRA tienen un mayor riesgo de muerte e IRE, aunque no en forma independiente, quizás por el bajo número de eIRA detectados.

8 IMPACTO DE LA CONCENTRACIÓN DE CALCIO DE LAS SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL.

Gadola L, Dominguez P, Poggi C, Lungo E.

Diálisis Peritoneal CASMU IAMPP

Antecedentes. El uso de soluciones de Diálisis peritoneal (DP) con baja concentración de calcio (2.5 mEq/l), es recomendado por Guías internacionales, para disminuir la Enfermedad ósea adinámica (EOA) y las calcificaciones vasculares, pero podría aumentar los niveles de hormona paratiroidea (PTHi).

Objetivo. Analizar el impacto de diferentes esquemas de prescripción de concentraciones de calcio en las soluciones de DP sobre los niveles plasmáticos de PTHi.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de 39 pacientes en DP, quienes utilizaban soluciones de DP con concentración de calcio standard de 3.5 mEq/L (CS) y fueron cambiados a a) soluciones con calcio bajo (2.5 mEq/L) en todos los cambios (CB) o b) esquema mixto alternancia de soluciones con calcio bajo e icodextrin (3.5 mEq/l calcium) (CM). El estudio fue aprobado por Comité de Ética. Se registraron: calcemia, fosforemia (mg/dl), PTHi plasmática (pg/ml), calcificaciones vasculares y valvulares y medicación recibida.

Resultados. Se analizaron 39 pacientes, 20 hombres, 12 diabéticos, edad media 55±30 (23 – 83) años y tiempo medio en DP 48±10 (9 – 144) meses. Todos recibían calcidiol 1000 U/día y captadores de fósforo. Además, 26/39 recibían calcitriol y 7/39 paricalcitol. Las Calcemia y fosforemias promedio no fueron significativamente diferentes entre los grupos (ANOVA, NS). La PTHi aumentó en 31/39 a más de 300 ng/ml durante el uso de soluciones con calcio bajo (CB) y el Delta PTHi fue significativamente mayor en el periodo con BC (139,1± 173 pg/ml/ año) vs el período previo con CS, durante el cual se observó, en promedio, un descenso (-71,1 ± 196 pg/ml/año) (test "t" pareado p<0.001), pero no hubo diferencias en el grupo que utilizó mezcla (CM) vs el periodo previo de calcio standard. Presentaban calcificaciones vasculares previas 8/39 pacientes y 4/39 calcificaciones valvulares. Durante el uso de CB 7/23 pacientes desarrollaron calcificaciones vasculares y 8/23 valvulares, en tanto que durante el uso de CM sólo 2/16 desarrollaron calcificaciones vasculares y 1/16 valvulares (NS).

Conclusiones. En el presente grupo analizado, el uso de soluciones de DP con bajo calcio no previno la aparición de calcificaciones vasculares ni valvulares pero se asoció a un aumento significativo de los niveles plasmáticos de PTHi. El esquema con alternancia de soluciones con calcio 2.5 y 3.5 meq/l, permitiría limitar la oferta de calcio y minimizar el aumento de PTHi.



9 INJURIA RENAL AGUDA SEVERA EN EL EMBARAZO: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTES

Dras. Villegas N, Gauronas B, Dr. Tobal D

Hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela, centro de nefrología, Montevideo, Uruguay.

La injuria renal aguda (IRA) es una rara complicación en el embarazo. Cuando esta presente, genera una gran morbimortalidad en pacientes jóvenes. La frecuencia descendió a valores de 1:18.000. Las causas varían de acuerdo a la edad gestacional. Objetivo: Describir dos formas de presentación poco frecuentes y severas de injuria renal aguda en el embarazo

Metodología: Descripción de dos casos clínicos, con injuria renal aguda severa con requerimiento de terapia de remplazo renal.

Resultados y discusión: Caso 1: paciente de 18 años, fumadora, mal medio socioeconómico, cursando 23 semanas de gestación. Consulta por fiebre, síndrome urinario bajo y alto. Rápidamente instala Shock séptico de origen nefrourológico. Urocultivo y hemocultivos positivos a *Klebsiella Pneumoniae*. Tomografía computada (TC) con contraste i/v: extensas áreas de nefritis en riñón derecho. Dada la gravedad del cuadro se decide nefrectomía. Anatomía patológica: Parénquima renal con focos corticales de infartos sépticos, trombos sépticos vasculares.

En el post operatorio requerimiento de terapia de remplazo renal (TRR) en tres oportunidades. Buena evolución del binomio materno fetal, creatinina al alta 0.5 mg/dl y alejada de 0,7 mg/dl. Recién nacido de término sano a las 38 semanas.

Caso 2: 18 años, tabaquista, mal medio socioeconómico, cursando 35 semanas de gestación. Politraumatizada grave en siniestro de tránsito. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Se decide cesárea de emergencia. Óbito fetal. La paciente presenta una IRA severa oligoanúrica planteándose como diagnósticos etiológicos necrosis tubular aguda y necrosis cortical. TC con contraste i/v: Sin alteraciones a nivel parenquimatoso, retraso en la eliminación de contraste en fase tardía de forma bilateral y simétrica. Requiere TRR modalidad hemodiálisis hasta el día 10. Buena evolución materna, creatinina al alta y alejada 0.8 mg/dl. Conclusiones: En las 2 pacientes con IRA en el transcurso del embarazo se destaca al igual que en los reportes internacionales una alta morbi-mortalidad maternofetal.

11 NEFROPATIA LUPICA EN EL HOMBRE

Características clínicas, evolución y factores pronósticos para enfermedad renal extrema.

Urrestarazú A¹, Otatti G¹, Silvarino R¹, Garau M¹, Alvarez A¹, Gonzalez E², Gadola L¹, Praga M², Noboa O¹

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

²Servicio de Nefrología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) y la nefropatía lúpica (NL) tienen baja frecuencia en el sexo masculino siendo su presentación y pronóstico menos conocida.

Objetivo: Analizar la presentación clínica y la evolución de hombres con LES y NL demostrada por estudio histológico y evaluar factores de riesgo para evolución a insuficiencia renal extrema.

Material y métodos: se analizaron retrospectivamente cincuenta pacientes, comprendidos en dos cohortes históricas, España (Hospital 12 de Octubre) y Uruguay.

Resultados: La mediana de edad al momento del estudio histológico renal fue 27 años (8-79). La afectación extra renal consistió en: Articular 41/50 (82%), Cutáneo-mucoso 33/50 (66%), Hematológico 30/50 (60%), Cardiovascular 18/50 (36%), Pleuropulmonar 18/50 (36%), Neurológico 14/50 (28%). Se observó compromiso renal concomitante con el debut del LES en 29/50 pacientes (58%). La forma clínica más frecuente fue síndrome nefrótico 26/50 (52%). En la histología, la NL tipo IV fue la más frecuente 34/50 (68%). Luego del tratamiento lograron remisión completa renal 21 pacientes (45.6%). Durante el seguimiento hubo 12 ingresos a terapia de remplazo renal (TRR), y 3 fallecimientos por causas infecciosas. Cuando se compara el grupo que ingresó a TRR versus el que no ingresó, existen diferencias significativas ($p < 0.05$) al momento de la biopsia en: filtrado glomerular estimado (FGe) menor a 60ml/min, presencia de Hipertensión arterial, compromiso concomitante neurológico, cardíaco o pulmonar y albuminemia. En el análisis multivariado sólo el FGe menor de 60ml/min se mantuvo como factor de riesgo de progresión a insuficiencia renal extrema.

Conclusión: La NL en el hombre se presenta habitualmente como síndrome nefrótico, y la forma histológica más frecuente es NL tipo IV. Un filtrado glomerular estimado menor de 60ml/min al momento de la biopsia es factor de mal pronóstico renal.

10 RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Subiza K, Odriozola M, Rios P, Lamadrid V, Mazzuchi N, Gadola L.

En nombre de todos los Nefrólogos que reportan al Programa de Salud Renal del Uruguay.

La Enfermedad renal crónica (ERC) tiene elevada prevalencia y morbi-mortalidad cardiovascular (CV).

Objetivos. Analizar la prevalencia de factores de riesgo y tratamientos, en la población del Programa de Salud Renal del Uruguay (PSRU) y su asociación con eventos CV y supervivencia. **Métodos.** Estudio retrospectivo, de la cohorte del Registro del PSRU, que representan 58% de la población del país, entre 29/9/2006 a 31/12/2014. Los criterios de inclusión son: personas ≥ 20 años, con alteraciones renales por más de tres meses, filtrado glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/1.73 m² y/o proteinuria > 300 mg/día o albuminuria > 30 mg/día en diabéticos, con seis o más meses en control. Se incluye registro de nuevos eventos cardiovasculares (NECV), ingreso a tratamiento de sustitución renal (TSR) y fallecimientos. **Resultados.** Se incluyeron 8407 individuos, edad media 68 ± 14 años, 56% hombres, 66,6% > 65 años. Se observó elevada prevalencia de factores de riesgo CV. Se reportaron 2245 NECV no fatales en 1439 individuos (18.9%), tasa 10.1 por 100 pacientes-año (pac-año). Fallecieron 1380 pacientes, 32,7% de causa CV. La Tasa de ingreso a TSR fue 1.94, la de mortalidad global 6.2 y de causa CV 2.03 por 100 pac-año. Se demostró la asociación de NECV y mortalidad con factores de riesgo tradicionales (edad, sexo masculino, diabetes, HTA, antecedentes de ECV, tabaquismo, hiperuricemia) y vinculados a ERC (proteinuria, menor FGe, anemia, hiperfosforemia) así como disminución del riesgo con buen control glucídico y tratamiento con (Inhibidores Enzima Convertora Angiotensina (IECA).

Conclusiones. La población con ERC presenta múltiples factores de riesgo CV con elevada morbi-mortalidad (mayor riesgo de morir que de ingresar a TSR) y disminución del riesgo con buen control glucídico y tratamiento con IECA, por lo que amerita detección precoz y tratamiento oportuno.

12 GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Ferrari A, Lecueder S, Urrestarazú A, Rodríguez I, Alvarez A, Gonzalez F

Casa de Galicia, Hospital Español, Montevideo, Uruguay

Importancia del tema: La Glomerulonefritis en la Endocarditis Infecciosa es una entidad bien conocida, producida por inmunocomplejos en respuesta inmunológica frente a diferentes agentes infecciosos. La hipocomplementemia está presente en más de la mitad de los casos y en un porcentaje mucho menor pueden hallarse títulos de ANCA positivos. El diagnóstico se realiza mediante punción biopsia renal. Son hallazgos frecuentes la glomerulonefritis necrotizante con semilunas y la proliferación endocapilar. El depósito de C3 está presente en todos los casos. El tratamiento se basa en antibioterapia asociado a corticosteroides. La mortalidad es del 20 %, 10 % permanecen con insuficiencia renal extrema, 30 % recuperan función renal y los restantes mantienen función renal alterada fuera de terapia de remplazo renal.

Metodología: se describe el caso clínico de un hombre de 34 años, portador de cardiopatía congénita, VHC positivo, hepatopatía crónica. Ingresó con insuficiencia cardíaca global descompensada y fiebre diagnosticándose una Endocarditis Bacteriana sobre válvula nativa tricuspídea a S. Epidermidis. Instala en forma brusca afasia de expresión confirmándose por arteriografía un aneurisma micótico. Presenta desde el inicio insuficiencia renal que progresa a la

severidad requiriendo hemodiálisis. La ecografía informa ambos riñones de tamaño y espesor parenquimatoso conservado, con aumento de la ecogenicidad. Examen de orina: densidad 1020, proteinuria 1.98 g/l, hemoglobina positivo, más de 10 eritrocitos en el sedimento. Urocultivo sin desarrollo. Hemograma con eosinofilia. ANA (-), C3 115 mg/dl, C4 16.7 mg/dl, Crioglobulinemia (-), ANCA(+) de 5.3 (elisa) MPO (-) PR3 (-). La punción biopsia renal muestra una glomerulonefritis proliferativa intra y extra-capilar difusa con afectación del 100 % de los glomerulos, incipiente fibrosis intersticial con edema e infiltrado inflamatorio linfomonocitario y aislados eosinófilos, pérdida del revestimiento epitelial y vacuolización. Depósitos granulares capilares intensos de C3 e IgM, leves de C1q. Recibe vancomicina y rifampicina, 3 bolos de metilprednisolona y luego prednisona vía oral. Recuperación parcial de la función renal, sin diálisis.

Conclusiones: la glomerulonefritis es una complicación grave de la endocarditis bacteriana, con elevada mortalidad y riesgo de progresión a enfermedad renal terminal.

13 pH URINARIO EN EL ESTUDIO DE LA LITIASIS URINARIA

laurena C, Ottati G, Rojas L, Gadola L,
Hospital de Clínicas Montevideo, Uruguay

Introducción. La litiasis urinaria es muy frecuente, con elevada morbi-mortalidad. **Objetivo.** Valorar la importancia del patrón de variaciones diurnas de pH urinario como factor de riesgo litogénico. **Métodos.** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, que incluyó los pacientes con litiasis urinaria demostrada por ecografía, con filtrado glomerular estimado (FGe) ≥ 60 ml/min/1.73 m², asistidos en la Policlínica de litiasis del Hospital de Clínicas, que dieron consentimiento informado y un grupo control de voluntarios sanos, sin litiasis (ni clínica ni ecográfica). Se registraron datos de edad, sexo, creatinemia, FGe con fórmula CKD-EPI, factores litogénicos clásicos, pH urinario (pHur) en consultorio y 4 automedidas de pHur en domicilio: ayunas, prealmuerzo, 2 hs postalmuerzo y precena (patrón pHur) que se definió ácido si las 4 medidas eran ≤ 5.5 , normal si era 5.6 a 6.5 y alcalino si > 6.5 . Se realizó encuesta nutricional y se clasificó la dieta habitual en "Ácida" o "Alcalina". **Resultados.** Se estudiaron 20 sanos: 15 mujeres, edad media 39 \pm 9 años, FGe 118.75 \pm 11.9 y 46 pacientes litiasicos: 34 mujeres, edad media 56 \pm 15 (24-48) años, con FGe 90 \pm 22 ml/min/1.73m². En 34 pacientes litiasicos se comprobaron alteraciones clásicas: hipercalcemia (10/34), hipocitruuria (10/26), hiperoxaluria (9/24), hiperuricosuria (2/34) y/o hiperuricemia (6/24). El patrón pHur estaba en rango normal en 15/20 en la población sana y en 19/46 en la población litiasica (Chi² p<0.05), que era ácido en 17/46 y alcalino en 9/46 y en el grupo con pH normal 8/19 presentaban un pico diario de pHur>6.5. De 23 individuos con estudio litogénico clásico completo y sin alteraciones, 1 tenía patrón de pHur ácido y 2 alcalino, lo que podría explicar el mecanismo litogénico. El pH en consultorio fue ácido en 35/46 litiasicos, (\leq vinculado al ayuno?) incluidos 13/19 pacientes con patrón pHur normal. En cambio en el grupo de pH consultorio ácido 16/17 tenían un patrón pHur ácido y 6/9 con patrón alcalino, tenían pH consultorio también alcalino (Test concordancia Kappa = 0.3444). Cinco de seis pacientes con litiasis de composición química de oxalato, tenían patrón pHur o un pico alcalino. La diuresis promedio fue 1910 \pm 600 cc/día y sólo 8/46 fue ≥ 2500 cc/día. El síndrome metabólico fue muy frecuente en el grupo litiasico (20/23). La dieta ácida se asoció a patrón pHur ácido (17/17) al igual que la dieta alcalina a un patrón alcalino (9/9) (Chi² p<0.05), lo que permitiría una intervención terapéutica.

Conclusión. La medida de las variaciones diurnas de pH urinario contribuye a la comprensión de la patología litiasica y a controlar las intervenciones nutricionales.

15 PET SCAN con metionina (PETm): una herramienta para localizar el adenoma paratiroideo.

San Román S, Silvariano R, Quagliata A, Acle S, Alfonso Y, Noboa O.
COSEM - CUDIM

En la práctica nefrológica se estudia el metabolismo mineral y óseo, usualmente en el contexto del estudio litogénico o como parte de la valoración de la enfermedad renal. El diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (HPTP) es frecuente, y cuando es sintomático tiene indicación de tratamiento quirúrgico. La localización preoperatoria es importante para planificar una cirugía dirigida. La ecografía doppler (ED) y el centellograma MIBI (CM) no siempre son exitosos en localizar el tejido hiperfuncionante reportándose una sensibilidad de 64 a 91% y 71 a 79% respectivamente.¹ El PETm localiza el adenoma en el 86% de los casos con un valor predictivo positivo de 93%.² Reportamos 2 pacientes que expresaron su consentimiento, con diagnóstico de HPTP en quienes la ED y el CM no topografiaron el adenoma paratiroideo, y se les realizó PETm que confirmó la localización permitiendo una cirugía dirigida. Caso 1. SM, 45 años, poliquistosis renal autosómica dominante diagnosticada a los 35 años con creatinina (p) 1.4 mg/dL y FG 59 ml/min. En la evaluación nefrológica se diagnosticó HPTP con PTHi 160 pg/mL, Ca(p) 11.6 mg/dL, Ca(u) 430 mg/día, PO4(p) 2 mg/dL y VitD 29u. Se realiza ED negativa y CM en 2 oportunidades negativos. En PETm se evidencia nódulo con captación focal posterior y medial al lóbulo tiroideo izquierdo, compatible con paratiroides hiperfuncionante. Se procede a la cirugía y la anatomía patológica es consistente con un adenoma paratiroideo. En la evolución Ca(p) 10 mg/día, PTH 29 pg/mL. Caso 2. SF, 52 años, nefrourolitiasis bilateral recidivante, con alta morbilidad quirúrgica: reiterados tratamientos de lito-EC y lito-End. En estudio litogénico se diagnosticó HPTP con: Ca(p) 12 mg/dL, PTH 265 pg/mL, vit D 26u, Ca(u) 277 mg/día, 4 mg/kg. ED y CM negativos. En PETm se evidencia imagen nodular de 9 mm hipercaptante latero-traqueal derecha compatible con paratiroides hiperfuncionante, se procede a la cirugía y la anatomía patológica confirma el adenoma paratiroideo. En la evolución PTH 45 pg/dL, Ca (p) 8.9 mg/dL, Ca(u) 120 mg/día. Conclusión: el PETm fue una técnica eficaz para localizar el adenoma paratiroideo, siendo una herramienta útil cuando el diagnóstico humoral de hiperparatiroidismo está presente (hipercalcemia y PTHi elevada) y no se logra topografiar el adenoma por las técnicas de imagen habituales. ¹Cheung K, Wang TS, Farrokhyar F, et al. A meta-analysis of preoperative localization techniques for patients with primary hyperparathyroidism. *Ann Surg Oncol* 2012; ²Weber T, Maier-Funk C, Ohlhauser D, et al. Accurate Preoperative Localization of Parathyroid Adenomas With C-11 Methionine PET/CT. *Ann Surg* 2013

14 Eficacia del Rituximab (RTX) en el tratamiento de Lesión Glomerular Mínima con recaídas frecuentes. Caso clínico.

San Román S, Silvariano R, Acle S, Alfonso Y, Noboa O.
COSEM

La mayor parte de los pacientes con lesión glomerular mínima (LGM) tienen buena respuesta al tratamiento corticoideo. Hasta 25% presentan recaídas frecuentes (RF) (≥ 3 recaídas/año). Los pacientes con RF se exponen reiteradamente a los riesgos vinculados al síndrome nefrótico (SN) y a los que derivan del tratamiento corticoideo prolongado e intenso. Han surgido múltiples reportes de efectividad de RTX para prevenir las recaídas especialmente en niños.^{1,2,3,4} Se presenta un caso de LGM corticosensible y RF, que presentó buena evolución tratada con Rituximab. La paciente expuso su consentimiento para reportar el caso. SF, 25 años, SN corticosensible debut a los 3 años de edad presentando remisión completa luego de tratamiento corticoideo. Recaída del SN a los 21 años realizándose PBR que confirma presencia de LGM, 24 glomérulos muestra analizada en óptica, inmunofluorescencia y electrónica. Presenta 15 recaídas en 5 años con rápida remisión frente al tratamiento corticoideo a dosis plena. Se asocia ciclosporina-A durante 1 año manteniendo patrón de RF por lo que se trata con ciclofosfamida i/v con igual evolución. Presentó complicaciones graves: pielonefritis bacteriémica en 2 oportunidades, Neumopatía aguda en 2 oportunidades y trombosis venosa encefálica. Requirió hemodiálisis por injuria renal aguda anúrica en el contexto de SN con proteinuria masiva. Estando en remisión se administra RTX (2 dosis de 500 mg separadas por 6 meses). Desde la administración de la primera dosis y durante un año de seguimiento no presenta ningún episodio de recaída. Conclusión: el RTX fue efectivo y según nuestro conocimiento fue el primer caso tratado en nuestro país.

- Guitard, J. et al. Rituximab for minimal-change nephrotic syndrome in adulthood: predictive factors for response, long-term outcomes and tolerance. *Nephrol. Dial. Transplant* 2014, 1-8 (2014).
- Ruggenti, P. et al. Rituximab in Steroid-Dependent or Frequently Relapsing Idiopathic Nephrotic Syndrome. *J. Am. Soc. Nephrol.* 850-863 (2014). doi:10.1681/ASN.2013030251
- Munyentwali, H. et al. Rituximab is an efficient and safe treatment in adults with steroid-dependent minimal change disease. *Kidney Int.* 83, 511-6 (2013).
- Takei, T. et al. Effect of single-dose rituximab on steroid-dependent minimal-change nephrotic syndrome in adults. *Nephrol. Dial. Transplant.*

16 Eficacia del Recambio Plasmático Terapéutico (RPT) y consolidación con Rituximab (Rtx) en Glomerulonefritis Membranoproliferativa (GMP) secundaria a Crioglobulinemia Mixta (CM). Caso clínico.

Silvariano R, San Román S, López J, Acle S, Noboa O.
Sanatorio Americano. Federación Médica del Interior (FEMI).

Introducción. La CM es una enfermedad por inmunocomplejos constituidos por IgM mono o policlona y Ig G policlona que precipitan a temperatura $< 37^\circ$ C. Puede asociarse a enfermedad autoinmune, neoplasias o infecciones⁽¹⁾. El patrón histopatológico más habitual de lesión renal es el membranoproliferativo asociado a inmunocomplejos⁽²⁾. Se presenta, con consentimiento de la paciente, un caso de CM severa asociada a Síndrome de Sjogren (SS) con compromiso renal, pulmonar y cutáneo. Recibió tratamiento en base a RPT y consolidación con Rtx. **Caso clínico.** Mujer de 63 años con antecedentes de hipotiroidismo, SS y síndrome antifosfolípido. CM con compromiso cutáneo (vasculitis leucocitoclástica) y neurológico (polineuropatía sensitivo motora de 4 miembros), se descartó presencia de patología infecciosa y neoplásica concluyéndose que se trataba de CM vinculada a SS. Presento síndrome nefrítico por lo que se realizó biopsia renal que objetivó GMP con proliferación intracapilar difusa, asociando depósitos mesangiales, pericapilares e intratubulares de IgM, IgG, IgA, C3, fibrinógeno, capa y lambda. Se inició tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida (CF) intravenosas, seguidas de corticoterapia (CC) y azatioprina vía oral. Presentó recaída renal, compromiso respiratorio con hemorragia alveolar y compromiso cutáneo extenso un año más tarde, por lo que se realizó nuevo ciclo de tratamiento en base a CC y CF sin respuesta clínica. Dada evolución se inició RPT (3 ciclos completos, con recambio 200cc/k de plasma en cada uno) asociado a CC. Presentó mejoría renal (recuperación del filtrado glomerular) y cutánea finalizados los ciclos de RPT, con recaídas severas (injuria renal aguda anúrica con necesidad de hemodiálisis, hemorragia alveolar y vasculitis cutánea extensa) pasadas 72-96 horas de finalizado cada ciclo. Completado el último ciclo de RPT y con mejoría clínica y analítica se decidió consolidar el tratamiento con Rituximab 1 gr i/v. Presentó buena evolución manteniéndose luego de 9 meses de seguimiento con filtrado glomerular de 80 ml/min (CKD-EPI) y sin manifestaciones clínicas vinculadas a CM. **Conclusiones.** El RPT es una alternativa terapéutica adecuada para tratar la CM hasta iniciar terapia inmunosupresora eficaz. El Rtx se mostró como un fármaco eficaz para consolidar el tratamiento de la CM. **Referencias** 1. Morra E. Cryoglobulinemia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2005; 368-72. 2. Anis S, Abbas K, Mubarak M, Ahmed E, Bhatti S, Muzaffar R. Vasculitis with renal involvement in essential mixed cryoglobulinemia: Case report and mini-review. *World J Clin cases* 2014;2(5):160-6.



17 AUMENTO DE LA DEPURACIÓN DE MOLECULAS MEDIAS CON HEMODIAFILTRACIÓN ON LINE EN EL PACIENTE CRÓNICO

LarreBorges P, Zurberti C, Villegas N, Sarantes R, Ferrari S, Luzzardo L, García F, SanRoman S, Gauronas P, González X, Oyamburo A, Moreno V, Villamil N, López E, Massaro R, Buccalo P, Olassoaga A, Gadola L, Noboa O, Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina UDELAR, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La hemodiafiltración on-line (HDF-OL) ha demostrado una reducción significativa de la mortalidad en hemodiálisis. En Mayo del 2014 se inició la HDF-OL en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas. El objetivo de este trabajo fue analizar la eficacia en la depuración de determinados solutos comparando entre HDF y HD.

Métodos: Se realizó un estudio con un componente retrospectivo y un corte transversal, en donde se incluyeron 7 pacientes, 5 varones, edad media de 59.4±12 (40-74) años, tiempo en hemodiálisis (HD) previo 50.1±34.6 (9-94) meses, y en HDF-OL media 7±4.6 (1-12) meses. Se utilizaron monitores Toray® 8000, volumen de reposición mayor a 24 l/sesión y fibra polisulfona 2.1 m2. Se analizó un grupo control en HD (n=6), 3 hombres, edad media 50.3±11.4 años y tiempo en HD 54.5 (12-158) meses. Se determinó la concentración de urea (60 Da), creatinina (113 Da), β2-microglobulina (11 800 Da), Fósforo, Calcio, Albúmina, Vitamina D, PCR y Transferrina en plasma al inicio del tratamiento HDL-OF y en las últimas 6 sesiones pre y post sesión para calcular el porcentaje de reducción de estos solutos. Se registró presión arterial, peso y complicaciones intra-sesión. El Proyecto fue aprobado por Comité de Ética y los pacientes firmaron consentimiento. Se realizó análisis estadístico con test "t" independiente y pareados.

Resultados: Se comparó la depuración de los parámetros mencionados, variación de niveles pre/post sesiones entre HDF-OL (n: 47) y HD (n:14). Se objetivó un descenso con Δ Transferrina (p<0.005) y Δ β2-microglobulina (p <0.005) para el grupo HDF-OL. No se objetivó diferencias significativas en el descenso de los demás parámetros analizados. Se observó un descenso significativo de los niveles de β2-microglobulina al momento de inclusión en HDF-OL vs los niveles pre-sesión al final del seguimiento (31.4±13.4 vs 23.1±11.4ug/l) (p<0.05). No se observaron complicaciones en ninguna sesión.

Conclusiones: El tratamiento con HDF-OL fue bien tolerado y logró una depuración significativa, por sesión y evolutivo de β2-microglobulina, como marcador de depuración de moléculas medianas.

19 Pielonefritis gravídica: clínica, microbiología y complicaciones de una población asistida en el Hospital de Clínicas.

Priario A, Diaz Y, Ottati G, Silvario R, Boggia J, Noboa O, Gadola L, San Roman S, Leon L, Peinado H, Viturera G, Oholeguy P, Seija V, Cayta L, Batista N Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay

La pielonefritis gravídica (PNG) puede determinar complicaciones graves y es causa de morbilidad materna y fetal. Se analiza la presentación clínica, perfil microbiológico y complicaciones de PNG asistidas en el Hospital de Clínicas (HC) en el periodo 2014-2015

Métodos. Se incluyeron prospectivamente embarazadas con diagnóstico de PNG (G1) y sin ITU durante toda la gestación (G2), controladas en policlínica de obstetricia del HC. Se registraron datos clínicos, analíticos y obstétricos.

Resultados. Se incluyeron 45 embarazadas con PNG (G1) y 55 sin ITU (G2). La edad al momento del estudio fue 23.6±1.0 y 25.9±1.2 años (NS) y la edad gestacional 22.3±1.3 y 11.5±0.9 semanas (p=0.001) en el G1 y G2, respectivamente. En el G1 ocurrieron 51 episodios de PNG. La presentación clínica incluyó síntomas del tracto urinario inferior (46/51, 90%), dolor lumbar (44/51,86%), fiebre y/o chusco de frío (25/51, 49%) y náuseas y/o vómitos (24/51, 47%). El examen de orina mostró nitritos en 16/51 (31%, p<0.001), leucocituria en 30/51 (59%, p<0.001), esterazas en 36/51 (70.5%, p<0.001). Los valores promedio de creatinemia (mg/dL) fueron 0.62±0.08 y 0.39±0.03 (p=0.006); azoemia (mg/dL) 19.3±2.2 y 14.2±1.2 (p=0.044); uricemia (mg/dL) 3.5±0.6 y 1.46±0.21 (p=0.032) y leucocitosis (miles/mm3) 13.9±0.63 y 8.23±0.51 (p=0.001) en el G1 y G2, respectivamente. Con resultado microbiológico positivo en 23/51 casos y sin desarrollo bacteriano en 17/51 casos. La bacteriología fue E. coli 17/23, Klebsiella pneumoniae 2/23, Streptococcus agalactiae 2/23, Staphylococcus saprophyticus 1/23 y flora polimicrobiana (FPM) 8/23. La PNG se asoció al antecedente de ITU previa reiterada (< 0.001) y nefrourolitiasis (p = 0.007). En el G1 5/51 episodios de PNG presentaron injuria renal aguda (IRA-AKIN), 1/5 requirió hemodiálisis transitoria y 3/51 presentó nefrourolitiasis. Con abscesos renales 3/51 PNG y sepsis nefrourológica 6/51, 1/6 nefrectomía de urgencia. En lo obstétrico el G1 presentó amenaza de parto de pretérmino (APP) 16/51 y retraso del crecimiento intrauterino 1/51 en el contexto de la infección. Sin muerte materna ni fetal.

Conclusiones. La PNG tiene graves consecuencias para el binomio materno-fetal, con riesgo de sepsis, IRA y Nefrectomía. Conocer el germen causal impacta favorablemente en el pronóstico. Debemos desarrollar estrategias para obtener muestras bacteriológicas precoces y adecuadas minimizando UC sin desarrollo y con desarrollo polimicrobiana.

18 MONITOREO DE NIVELES DE VANCOMICINA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Necesidad de dosis post diálisis reglada?

Urrestarazu A¹, Tobal D¹, Peinado H¹, Gauronas P¹, Ferreira A¹, Alvariza S², Maldonado C², Rosano F², Vázquez M², Fagiolino P², Noboa O¹

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

²Unidad de monitoreo de medicamentos, Hospital de Clínicas.

Introducción: El uso de membranas de alta permeabilidad en hemodiálisis (HD) modifica los niveles plasmáticos de diferentes antibióticos entre ellos la vancomicina. Las pautas fijas de administración pueden ser responsables de niveles subterapéuticos y fracaso de tratamiento. **Objetivo:** Conocer la tasa de reducción de la concentración de vancomicina durante la HD y evaluar sus factores determinantes. **Metodología:** Estudio observacional prospectivo. Se efectuó medición de niveles de vancomicina pre y post HD. Fue utilizada la técnica de Quimioluminiscencia. Se incluyeron pacientes con IR sin función residual en HD, que recibieron vancomicina por indicación clínica en el área de agudos del Hospital de Clínicas y que se realizó monitorización pre y post HD de vancocinemia. En todas las HD se utilizó capilar de polisulfona 1.7m2 de primer uso (Nipro Elisio 17H, coeficiente de tamizado para Vitamina B12=0.99). El flujo del baño de diálisis fue 500ml/min. Se consideró en rango terapéutico los niveles de vancocinemia entre 15 y 20mcg/ml. El proyecto fue aprobado por el comité de ética del Hospital. **Resultados:** Se registraron 21 sesiones de HD en 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres, con edad media de 40.8±14.4 años (22-68). La duración media de las sesiones fue 3.8±0.2hrs. La vancocinemia media pre HD fue 24.3±11mcg/ml (7.9-44.3) y la post HD 15.9±9mcg/ml (6.8-36.9), siendo la reducción media del fármaco de 34.6%(11.4-54.7%). En 10 sesiones la reducción de vancomicina fue mayor a 34.6%; en éste grupo el flujo de bomba (FB) medio fue 304±35ml/min. En las restantes 11 sesiones en que la reducción fue menor a 34.6%, el FB medio fue 281±28ml/min. El grupo de mayor reducción presentó FB más elevados aunque la diferencia no fue significativa. El uso de accesos femorales se asoció a menores tasas de reducción de vancomicina comparativamente al resto de accesos (p=0.02). Partiendo de vancocinemia pre HD en rango terapéutico, en 7/7 sesiones los niveles post HD quedaron por debajo de 15mcg/ml. **Conclusiones:** La media de reducción de vancomicina fue de 34.6%, y es variable según el tipo de acceso vascular. Es importante la dosificación seriada, y dosis suplementarias post diálisis cada 48hrs en la mayoría de pacientes para evitar niveles plasmáticos subterapéuticos.

20 Diez años del Programa de Salud Renal de Florida. Uruguay.

Canzani O^{1,2}, Monti Z¹, Pereyra M¹, Canelas L¹, Zampedri L¹, García M¹, Sola L², Mazzuchi N², Ríos P².

¹ Programa de Salud Renal Florida (PSRF). ASSE y COMEF. ² CASR.

Florida tiene 44150 habitantes mayores de 20 años y en diciembre 2005 inició el Programa de Salud Renal (PSR) en el sector público (ASSE) y en el privado (COMEF) con un equipo multidisciplinario. **Objetivo.** Evaluar 10 años de trabajo del PSRF. **Metodología.** Se analiza el registro de enfermedad renal crónica (ERC) del PSRF y se compara con el PSR en su conjunto, en cuanto a calidad de tratamiento y tasa de cobertura. El ingreso a tratamiento sustitutivo se compara con datos nacionales. Se comparan medias por test de student y proporciones por chi².

Resultados. Ingresaron al PSRF 1198 pts (COMEF 61.8%), masculino 61%, edad 66.1±14.5 años, etapas I-III 88%, diabéticos 32%. Calidad de tratamiento: se compara PSRF ASSE, PSRF COMEF y el PSR en el último control: PA menor 140/90: 53.6, 62.2 y 63%, normopeso: 21.4, 17.7 y 24%, Colesterol menor de 200 mg/dl: 65.3, 75.5 y 69.4%, HbA1c menor 7% en diabéticos: 28.8, 29.5 y 28.1%, pacientes en etapas IV y V con Hb mayor 11 g/dl: 66.7, 73.2 y 73.9%, con Bicarbonato venoso mayor 23 meq/l: 81.7, 89.4 y 68.9%, Fosforemia menor 4,6 mg/dl: 76.4, 78.7 y 79.4%. Resultados finales: tasa de mortalidad ajustada a edad, sexo, comorbilidad cardiovascular, diabetes, FG y proteinuria: 2.69, 3.34 y 4.54 cada 100 ptes/año. Tasa de Insuficiencia renal extrema (IRE) (ajustada a edad, sexo, diabetes, FG y proteinuria): 0.48, 0.16 y 1.17 cada 100 ptes/año. Tasa combinada de muerte e IRE ajustadas: 3.16, 3.50 y 5.71 (ambas p < 0.05). Estimando que Uruguay 7% de la población mayor de 20 años tiene ERC, el PSRF ha logrado captar el 31.3% de estos pacientes en ASSE y el 45.4% en COMEF (PSR 10,5% p < 0.05). El número de pacientes de Florida ingresados a tratamiento sustitutivo por periodos ha sido: 1990-94: 32 ptes, 1995-99: 51 ptes, 2000-04: 53 ptes, 2005-09: 65 ptes y 2010-14: 61 ptes. A nivel nacional no se registró un descenso en ningún quinquenio en ingresos a diálisis: 1453-2038-2270-2588 y 2671 pts respectivamente. En 2015 el 79.3% de los pts de ASSE y el 73.2 % de los pts de COMEF que ingresaron a diálisis estaban en el PSRF. Constituye el porcentaje mas elevado del PSR, que promedialmente fue 31.9% en mismo año (p<0.05)

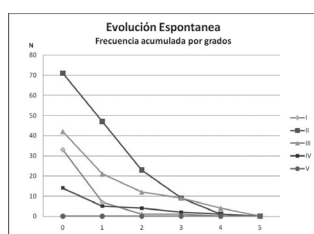
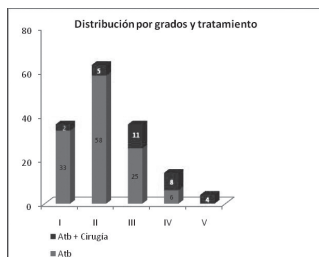
Conclusiones: El PSRF ha logrado captar 31% en ASSE y 45% en COMEF de los potenciales pts con ERC etapas I a V. El PSRF logró captar 76 % de los pacientes que ingresaron a diálisis por el departamento de Florida en 2015. La tasa combinada de muerte e IRE ajustada ha sido significativamente menor que la tasa global del PSR tanto en el sector público como en el privado.

21 EVOLUCIÓN DEL REFLUJO VÉSICoureTERAL EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

Velasco M I, Rébora A

Hospital Pereira Rossell, Unidad de Nefrología, Montevideo Uruguay.

Objetivo: El reflujo vésicoureteral (RVU) es una entidad clínica frecuente en niños estudiados por infección urinaria con tendencia a la resolución espontánea con el crecimiento. Se valora en nuestra población el tiempo de resolución espontánea del RVU primario según su grado. **Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo de la evolución del RVU primario en una población asistida desde enero del 2004 a diciembre del 2009. Describimos edad de presentación, distribución por sexo, porcentaje de resolución espontánea y tiempo de evolución de acuerdo al grado. **Resultados:** Se analizaron de 107 pacientes (74 niñas y 33 varones) con 153 unidades renales reflucentes el tiempo de resolución espontánea para cada grado de reflujo. De 36 RVU grado I y 63 grados II un 92 % presentaron curación espontánea. De los RVU grado III remitieron 69 % y de los 14 grado IV un 42 %. Los reflujo grado IV requirieron cirugía en el 57% de los casos. Los 4 reflujo grado V fueron de resolución quirúrgica (tabla 1). De las curaciones espontáneas el 91 % de los grados I desaparecieron en 2 años, el 95 % de los grado II en 4 años y el 92 % de los grados III en 4 años (gráfica). **Conclusión:** El RVU predominó en niñas, los RVU de grados I a III tuvieron un porcentaje de curación espontánea mayor, presentando el reflujo grado I una mayor tasa de resolución espontánea en 2 años.



23 DESARROLLO DE HEMODIAFILTRACIÓN EN LÍNEA EN EL CENTRO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Técnica De Terapia De Sustitución De La Función Renal

Baccino C, Larre Borges P, Alvarez D, Phillips C, González F, Noboa O, Gadola L.

Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

Importancia del tema: El desarrollo de la hemodiafiltración (HDF) ha mejorado el pronóstico de los pacientes en tratamiento de sustitución renal (TSR). Es una técnica que combina convección y difusión logrando depuración de moléculas de mayor peso molecular, lo que mejora la depuración de toxinas urémicas, con excelente tolerancia hemodinámica.

Objetivo: Implementar hemodiafiltración en línea en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas. **Objetivos específicos:** Adecuar la planta física, adquirir el equipamiento y los insumos, desarrollar un nuevo sistema de tratamiento de agua para suministro de agua ultra pura y capacitar recursos humanos.

Metodología: Se realiza en el Centro de Hemodiálisis (HD) crónica del Hospital de Clínicas con las mejoras que se describen. Planta de tratamiento del agua: HDF exige líquido de reposición en línea: "estéril y apirógeno" (agua ultra-pura: AAMI: < 0.1 UFC/ml y < 0.03 UE/ml de endotoxinas), para lo cual se modificó el sistema, incluyendo: A) sistema de pre-tratamiento con Filtro de Zeolita y Metabisulfito, B) sistema de tratamiento con Ósmosis de Doble paso y C) Controles físico-químicos y microbiológicos según Normas AAMI. **Equipamiento:** Se adquirieron monitores de ultrafiltración controlada, con doble cuerpo de bomba, software específico y doble Microfiltros (0,20u) y se utilizaron dializadores con Membranas sintéticas de alta permeabilidad. **Mantenimiento del Sistema de Tratamiento del agua:** Se realiza desinfección sistemática con sanitización mensual del Pre tratamiento y Desinfección diaria de monitores con Ácido Peracético. **Entrenamiento teórico-práctico** de todos los Recursos Humanos del equipo asistencial participante (Jornadas nacionales y pasantías en el extranjero- Argentina y España). Se redactaron protocolos y pautas de procedimientos específicos. Se comunicó el Proyecto al Ministerio de Salud Pública (Incorporación de Tecnología) y al Fondo Nacional de Recursos.

Resultados: Se logró adecuar la planta física y equipamiento propuestos. Durante 6 meses, previos al inicio, se realizaron controles que cumplían la normativa y se informó a los pacientes con indicación y sin contraindicaciones para la técnica y se recabaron sus consentimientos informados. Se inició HDF en línea en Junio 2014 sin incidentes.

Conclusiones. HDF en línea está disponible para TSR crónico en el país.

22 ENDOCARDITIS COMPLICADA VINCULADA A ACCESOS TRANSITORIOS DE HEMODIALISIS. TRANSFERENCIA A DIALISIS PERITONEAL

A propósito de un caso clínico

Autores: Flores R, Barcelo L, Morra A, Iglesias P, Ferrari S, Coitino R

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. (roxaflobra@hotmail.com)

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es causa de aumento de morbi-mortalidad en pacientes en hemodiálisis (HD). El uso de catéteres de HD es un reconocido factor de riesgo. La lesión valvular aórtica oscila entre el 31 a 50% de los casos en distintas series publicadas. Frente a complicaciones, la terapia antibiótica y la eventual sustitución valvular resultan una terapéutica apropiada.

Metodología: Mujer, 61 años, ERC 5D en HD de larga data, múltiples complicaciones tromboticas con fistulas arteriovenosas. EI con hemocultivos (+) a *S. epidermidis* (2/2016), retiro de catéter, recibe tratamiento con Vancomicina y Gentamicina por 6 semanas. Hemocultivos de control sin desarrollo bacteriano. El 7/4/2016, fiebre durante sesión de HD con hemocultivos negativos. Ecocardiograma transesofágico (ETE): válvula aórtica esclerosada, insuficiencia aórtica severa por ocupación del tracto de salida del VI del 50%, sin vegetaciones, FEVI 65%. Mala evolución hemodinámica, requiere cirugía cardíaca de reemplazo valvular por prótesis biológica. Del acto quirúrgico destaca válvula aórtica calcificada, velo coronario izquierdo con vegetación sobre valva inferior. Evolución favorable con alta de cuidados intensivos a los 11 días. Se mantiene vancomicina por 6 semanas guiado por niveles valle y se decide colocación de catéter peritoneal con cambio de modalidad de diálisis en forma definitiva. Inicia de DPNI a 10 días del emplazamiento con excelente evolución. UF diaria promedio 1200 cc/día

Discusión: Describimos el caso de una paciente de 61 años, ERC 5D y EI en válvula aórtica por *S. epidermidis* vinculada a uso de dispositivo endovascular, complicada con insuficiencia valvular severa, que requiere cirugía cardíaca de urgencia con buena evolución posterior y transferencia a diálisis peritoneal. ETE a los 15 días con válvula normofuncionate y FEVI 55%

Conclusión: Los pacientes con ERC tienen riesgo elevado de sufrir infecciones, constituyendo ésta la segunda causa de mortalidad, entre ellas la EI. En este contexto la DP es una elección razonable que permite sustitución de la función renal sin uso de accesos vasculares y con mejor tolerancia hemodinámica del procedimiento dialítico

24 PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTUDIO METABÓLICO EN LA POLICLÍNICA DE NEFROLITIASIS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Seija M, Luzzardo L, Baccino C, San Román S, Alves R, Baptista M, Bertinat S, Parada J, Silveira I, Otatti G, Gadola L, Noboa O.

Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Objetivo: conocer la frecuencia de los factores promotores e inhibidores de la litogénesis en la población asistida en la policlínica de Nefrolitiasis (NL) del Hospital de Clínicas.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo a través del análisis de las historias clínicas de los pacientes asistidos en la policlínica de NL durante el año 2014. Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años, que tuviesen un primer estudio metabólico (EM) (previo a las recomendaciones dietéticas del nefrólogo tratante) y hubiesen otorgado el consentimiento informado. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina.

Resultados: Se incluyeron 40 sujetos, con una media (± SD) de edad de 53,7±14,2 años (rango de 23 a 86), 32 mujeres (80%), 12(30%) con patología urológica predominante y 9(22,5%) monorrenos. La prevalencia de IMC mayor de 25 fue de 66,6% mientras que la de infecciones urinarias fue de 60%. El promedio de filtrado glomerular (FGe) estimado 79,9±28,9 ml/min, encontrando un FGe menor a 60 ml/min/1,73m² en 26,3% de los pacientes. Con respecto al estudio metabólico, en 97,5% de los pacientes se encontraron al menos una alteración favorecedora de NL. La tablas 1 y 2 muestran los resultados obtenidos.

Tabla 1. Prevalencia de alteraciones urinarias

Natruirnia > 100 mEq/día	23/31(74%)
Disuresis < 2500 ml/día	28/38 (74%)
Citruaturia < 300 mg/día	14/31 (45%)
Calciuria > 250mg/día	9/37 (25%)
Oxaluria > 45 mg/día	5/32 (16%)
pH urinario < 5.5 o > 7	5/33 (15%)
Magnesiuria > 150 mg/día	4/29 (14%)
Fosfatruia > 1100 mg/día	4/37 (11%)
Uricosuria > 800 mg/día	3/33 (9%)

Tabla 2. Prevalencia de alteraciones plasmáticas

Vitamina D < 30 UI	16/28 (57%)
PTHi > 65	10/31 (32%)
Uricemia > 6,5 mg/dL	7/28 (25%)
Bicarbonato < 22 mEq/L	6/27 (22%)
Calcemia > 10 mg/dL	8/40 (20%)
Fosfatemia > 4,5 mg/dL	1/37 (3%)

(Los datos se expresan en función del número de determinaciones en cada categoría)

Conclusiones: La natriuria elevada, la baja ingesta hídrica y la hipocitruaturia fueron las alteraciones más frecuentes. La alta prevalencia de alteraciones encontradas, apoya la importancia de realizar el EM luego de un primer episodio, ya que en la mayoría de los casos se encuentra un factor a modificar.

25 SÍNDROME NEFRÓTICOASOCIADO A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Yandian F, Miranda V, Guerisoli A, González C, Ferreriro A.
Servicio de Nefrología CASMU-IAMP

Introducción: El Síndrome Nefrótico (SN) es una manifestación poco frecuente de la Enfermedad Injerto Contra Huésped luego del Trasplante Alogénico de Médula ósea (TMA). Hay pocos casos reportados asociados a TMA y las glomerulopatías (GP) más frecuentemente asociadas son la Lesión glomerular Mínima y Nefropatía Membranosa, con un solo caso publicado de GP membranoproliferativa. **Objetivo:** Descripción de un caso de SN en un paciente con TMA. **Métodos y discusión:** Hombre de 55 años con antecedentes de Hipertensión arterial crónica (HTA) estadio I de la JNC7 y Talasemia menor. Linfoma de células del Manto estadio IV diagnosticado en 2009. Trasplante de médula ósea autólogo (TMO) en 2010, remisión completa hasta 2013. Recibe TMA 100% compatible en 2014. Desarrollo Enfermedad injerto contra huésped (EICH) con compromiso cutáneo y hepático, se realiza tratamiento con Ciclosporina y Micofenolato Mofetilo que se suspende en agosto de 2015. Infección respiratoria baja con compromiso bilateral a Mycobacterium Tuberculosis (BK) en enero de 2016. Instala en mayo de 2016 SN completo e impuro con anasarca, proteinuria 16 gr por día y albuminemia 1,7 g/dl. Concomitantemente aumento de enzimas hepáticas sin otra evidencia de EICH ni recidiva del Linfoma. Biopsia Renal: Microscopía óptica, Patrón Membranoproliferativo con depósito exclusivo de C3 en la Inmunofluorescencia, fusión pedicular mayor a 90% y depósitos intramembranosos y subepiteliales al microscopio electrónico. Ante la ausencia de depósitos de inmunocomplejos, se plantea Glomerulopatía asociada a EICH por alteración de la vía alterna del complemento en una paciente que recibió múltiples tratamientos inmunomoduladores y en donde la infección crónica por BK o una recidiva subclínica del Linfoma podrían contribuir a la patogenia de las lesiones encontradas a nivel del podocito. **Conclusiones:** Se describe un caso de glomerulopatía Membranoproliferativa con depósito de C3 en un paciente con evidencia de EICH, con compromiso hepático asociado. Según casos publicados en la literatura, la etiopatogenia de la lesión es poco conocida y puede corresponder a múltiples mecanismos.

27 BUDD CHIARI: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE UN ACCESO VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISIS

Dra. Villegas N, Dra. Gauronas P, Dr. Pedetti P, Dr. Tobal D

Hospital Dr. Manuel Quintela, Centro de Nefrología, Servicio de Radiología Montevideo, Uruguay

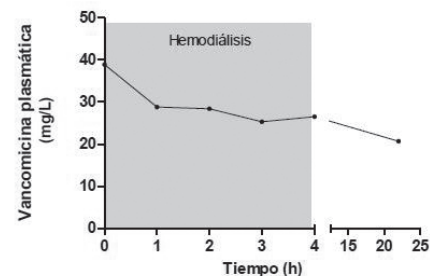
Introducción: La tasa de complicaciones de las vías venosas centrales varían entre 2 y 15% dependiendo de múltiples factores. **Metodología:** Descripción de un caso clínico vinculado a una complicación poco frecuente de un acceso central para hemodiálisis. **Paciente** de sexo femenino, 24 años, enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía tubulointersticial crónica en terapia de remplazo renal desde los 17 años. Tres periodos: Hemodiálisis, trasplante renal y retoma hemodiálisis hace 4 años al momento de la consulta. Angioacceso: catéter gemelar de Tesio (colocado un año previo) Ingreso hospitalario por pielonefritis aguda complicada de riñón trasplantado. Trasplantectomía de urgencia. Buena evolución en lo infeccioso persistiendo con las alteraciones en funcional y enzimograma hepático (hiperbilirrubinemia BT: 2,71 mg/dl BD: 2,66 mg/dl, FA: 391 U/L GGT: 281 U/L, TP: 38% INR: 1,86 KPTT 48 seg). Se realiza TCMD (tomografía multicorte) que informa: Hepatomegalia regular hipodensidad periférica. Rama de catéter gemelar de tesio posicionado en vena suprahepática. Se retira catéter con corrección progresiva de las alteraciones en el funcional enzimograma hepático. Ecodoppler y TCMD post retiro de catéter evidencian trombosis de las 3 venas suprahepáticas y engrosamiento mural de vena cava inferior de aspecto de trombosis crónica. Se descarta alteración los factores pro-coagulantes (SAF, Proteína C, S, antitrombina III). A pesar de eso se decide anticoagulación frente al planteo de Síndrome de Budd Chiari como complicación trombótica de catéter de Canaud. Nueva TCMD 24 meses posteriores al evento evidencia disminución de la hepatomegalia. Se identifica desarrollo de las vías venosas colaterales intrahepáticas. No se identifica suprahepática izquierda media ni derecha **Conclusiones:** La incorrecta posición del catéter para hemodiálisis pudo haber actuado como desencadenante loco regional de trombosis intrahepática y desarrollo de síndrome de Budd Chiari.

26 NIVELES TOXICOS DE VANCOMICINA E INJURIA RENAL AGUDA: ROL DE HEMODIÁLISIS INTERMITENTE

Dras. Gauronas B, Villegas N, Seija M, Baccino C, Dr. Tobal D

Hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela, centro de nefrología, Montevideo, Uruguay. paula_308@hotmail.com

Paciente de sexo masculino, 15 años. Accidente cerebrovascular a los 11 meses de edad, en contexto de hiperplaquetosis secundaria a infección respiratoria. Epilepsia secundaria refractaria al tratamiento médico por lo que se indica lobectomía fronto-temporal izquierda, se realiza en febrero del 2016. Como complicación en el postoperatorio inmediato: meningitis, se comienza tratamiento con vancomicina 1 gr i/v cada 12 horas. Creatinina basal 0,73 mg/dl, injuria renal aguda con creatinina plasmática de 7 mg/dl, diuresis conversada. Sin rush cutáneo, no eosinofilia, no hipotensión, no otras drogas nefrotóxicas, no recibió contrastes iodados. Paraclínica: Examen de orina > 50 glóbulos rojos, Proteinuria 0,27 g/L, glucosuria 4g/L, FeNa: 2,2%, Ácido úrico 6 mg/dL, Na 143 meq/L, K 3 meq/L, Urocultivo negativo. Glóbulos blancos 13.750/cc, Hemoglobina 8g/dL, plaquetas 357.000 /cc, Bicarbonato 15 mEq/L. Ecografía de aparato urinario sin alteraciones, C3 y C4 normal, ANA y ANCA negativo. Vancocinemia valle 100 mg/L por lo que se plantea injuria renal aguda toxica y se coordina hemodiálisis de urgencia por catéter doble luz femoral derecho por 3 días consecutivos. Cada sesión : 4 horas, flujo de bomba 350 ml/min, Fibra de polisulfona 1,7 m², sin ultrafiltración, tasa de reducción de urea de 50%. Se muestra variabilidad de la vancocinemia en hemodiálisis en figura 1. Al día 4 comienza con recuperación del filtrado glomerular (FG) **Conclusión:** Hemodiálisis intermitente es eficiente para disminuir los niveles tóxicos de vancomicina y la recuperación del FG fue observada en menos de 10 días.



28 EVALUACIÓN FUNCIONAL DE MEMBRANA PERITONEAL

Gadola L, Dominguez P, Ferrari S, Sottolano M, Díaz Y, Priario A, Franco A, Urrestarazu A, Guerisoli A, Poggi C, Ghelfi G, Quiroga M, Monforte S, Lungo E.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas y CASMU IAMP.

Introducción. Preservar la membrana peritoneal es un pilar en el tratamiento con diálisis peritoneal (DP) a largo plazo, y su evaluación sistemática contribuye al diagnóstico precoz de eventuales alteraciones. **Objetivos.** Analizar los factores de riesgo y la evaluación funcional periódica de la membrana peritoneal en DP. **Metodos,** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos en Diálisis Peritoneal (DP), en Hospital de Clínicas y CASMU-IAMP, por al menos 6 meses, entre 1/1/2015 –cuando se implementó evaluación funcional con test “2 en 1” hasta 31/5/2016, que dieron consentimiento informado para acceder a datos de sus historias clínicas. Se registraron sexo, edad, diabetes, fecha de ingreso y de último control, evolución, episodios de peritonitis, HbA1c, resultados de test de equilibrio peritoneal “2 en 1” con solución dextrosa 4.25%: ultrafiltración a las 4 hs (UF4), D/P creatinina, D/P D0 glucosa, ultrafiltración por poros pequeños (UFpp), transporte de agua libre (TH2OL) y delta sodio (ΔNa) a la primera hora. La tasa de peritonitis de ambos Centros (2014-5) fue 0.2 - 0.3 peritonitis/paciente-año. El Proyecto fue aprobado por los Comités de Ética de ambas instituciones. **Resultados.** Se analizaron los registros de 63 pacientes, 34 mujeres, edad media 59±17 años, 8 diabéticos tipo 1 y 11 tipo 2, con tiempo en DP 54±239 (6-1117) meses. D/P cr ni D/Do glucosa al primer mes en DP mostraron diferencias significativas en diabéticos o no, ni cambios significativos en la evolución. El transporte de agua libre (TH2OL) fue menor en los diabéticos (154±65 vs 194±75cc, NS) y en el grupo con 2 determinaciones separadas por 6 - 12 meses (n=9), descendió significativamente (211±56 vs 169±56 cc, test “t” pareado p<0.05) lo que destaca la sensibilidad de este parámetro. En la población estudiada no se observaron cambios significativos en otros parámetros del test según Diabetes, tiempo en DP ni tasa de peritonitis. Seis pacientes (3 diabéticos y 3 con antecedente de peritonitis médicas en DP) tuvieron Falla UF (UF a las 4 hs <400 cc) y en todos ellos el TH2OL (por aquaporinas) fue <40% de la UF1h (prom 70±14 cc, 26%). **Conclusiones.** En una población con baja tasa de peritonitis, los parámetros del test de equilibrio peritoneal clásico permanecen relativamente estables y el transporte de agua libre se presenta como un indicador precoz de las alteraciones funcionales de la membrana peritoneal que permitiría orientar el tratamiento.



29 Lesiones Histológicas Renales en pacientes Nefrectomizados por Tumor Renal.

Autores: Dr. García F, Auchayna MH, Batista E, Paladino C, Bogliaccini M, Villegas N, Ferreira N, Noboa O, Puente R, Soto C, Carballo A, Tobal D.

Introducción: El cáncer de riñón es una neoplasia frecuente, uno de sus tratamientos es la nefrectomía. Existen reportes de lesiones renales de diferente tipo coexistiendo con carcinoma. Estas lesiones pueden ser muy variadas, las lesiones de nefropatía diabética y nefroangioesclerosis son las más frecuentes. Pueden existir también lesiones adicionales en relación con la patología tumoral o los tratamientos. Esto puede determinar un cambio en la estrategia terapéutica.

Objetivo: Determinar la presencia de lesiones histológicas renales en las piezas de nefrectomía de pacientes con tumor renal. Conocer las eventuales alteraciones de la función renal a los 12 meses del post operatorio.

Método: Se incluyeron pacientes asistidos en el Hospital de Clínicas y el Hospital Policial. Se analizaron las lesiones histológicas renales de pacientes nefrectomizados por tumor renal. Para ello se obtuvo parénquima renal alejado del tumor. Se procesaron muestras para técnicas de Microscopia óptica, inmunofluorescencia y microscopia electrónica. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes en búsqueda de presencia de enfermedad renal crónica (estimada por CKD EPI) y factores de riesgo cardiovascular y para enfermedad renal crónica.

Resultados: Se realizaron ocho nefrectomías en el periodo de estudio, cuatro fueron totales. El promedio de edad fue de 59 años, seis eran de sexo masculino. Se destacan como comorbilidades frecuentes: Hipertensión arterial (5) tratados con IECA o ARAII, Diabetes Mellitus (4), Dislipemia (2), Obesidad (1), Tabaquismo (1). Se constató enfermedad renal crónica previa en tres pacientes y proteinuria no nefrótica en uno de ellos. De los hallazgos histológicos destacamos; en siete pacientes se comprobaron lesiones vasculares (angiosclerosis o esclero hialinosis arteriolar). Tres pacientes presentaron lesiones de atrofia tubular y fibrosis intersticial entre un 20 y 50% de la muestra. Un solo paciente presentó esclerosis glomerular mayor a 10% (50% de la muestra). Si bien aún no se finalizó el análisis histológico de todas las muestras, no se encontraron lesiones glomerulares significativas en la microscopia óptica.

Conclusiones: En este grupo de pacientes existe un predominio de lesión vascular y túbulo intersticial probablemente vinculado a los factores de riesgo clásicos para enfermedad renal crónica. No se constataron lesiones glomerulares. Se encuentra pendiente completar el análisis anatomopatológico de estos pacientes y otros que se incluyan en la evolución. Se analizara la función renal al año post nefrectomía.

31 Clasificación por imagen de pacientes con Poliquistosis Renal: un método más para estratificar riesgo de progresión de la enfermedad?

Dr. Tobal D, Dr. Pedetti P, Dr. Carbia M, Dra Olascoaga A, Dr Noboa O
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela Centro de Nefrología ,Laboratorio Clínico, Servicio de Radiología

Introducción: El consorcio CRISP(Consortium for Radiologic Imaging Studies of Polycystic Kidney Disease) demostró que el volumen total renal predice el riesgo de desarrollar insuficiencia renal por lo que puede ser considerado como un biomarcador pronóstico. Se requieren herramientas rápidas y reproducibles que permitan seleccionar pacientes para ensayos clínicos o que potencialmente se beneficien de tratamientos específicos en el momento en que estos se encuentren disponibles. Para ello se ha desarrollado una aplicación online por la Clínica Mayo se basa en el volumen total renal / altura(TKV/h) . Estratifica a los pacientes en diferentes clases (1A hasta 1E), lo que se traduce en tasas variables y crecientes de pérdida del IFG. Esto permite identificar a los pacientes en riesgo de rápida progresión y estimar la edad a la que puede desarrollar un determinado estadio de ERC. **Objetivo:** realizar medida de volumen renal con tomografía axial computarizada. Estratificar a los pacientes en la categoría correspondiente.**Metodos:** Se realizó TCMD del abdomen y pelvis sin contraste oral ni endovenoso utilizando tomógrafo de 64 hileras Somatom Sensation utilizado modular de dosis automática (Care Dose). Se obtuvieron medidas a partir de reconstrucciones multiplanares (MPR) en los planos sagital, coronal y axial oblicuos Todos los estudios fueron analizados por el mismo médico imagenólogo introduciendo datos en Calculadora Mayo Clinic. **Resultados:** se incluyeron 6 pacientes, todos con criterios diagnósticos de poliquistosis renal de la policlinica de poliquistosis renal que funciona en el Hospital de Clínicas. Aplicamos el protocolo para el diagnóstico y seguimiento que se aplica habitualmente en la policlinica.

EDAD	Cr	Cr Cr(CKD/Epi-		TKV/h	CLASIFICACION
		1,73m2			
23	0,9	121	ml/min	378	1C
15	0,6	139	ml/min	268	1C
56	1	83	ml/min	890	1C
4b	0,98	69	ml/min	1065	1C
31	1,03	89	ml/min	330	1B
54	1,5	51,5		1001	1C

Conclusiones: el estudio de imagen requerido para estratificar a estos pacientes es realizable en nuestro medio y es reproducible. De los 6 pacientes estudiados 5 pueden ser categorizados como progresadores rápidos(1C) y 1 como progresador medio(1B).

30 PARICALCITOL EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Guerisoli A, Dominguez P, Poggi C, Lungo E, Poggio MV, Gadola L.
Centro de Diálisis Peritoneal, CASMU IAMPP.

Introducción. El Paricalcitol, análogo sintético del calcitriol que actúa a nivel de receptores de vitamina D en paratiroides, puede utilizarse por vía oral en los pacientes en Diálisis peritoneal (DP). **Objetivos.** Analizar la evolución de parámetros del metabolismo óseo-mineral en pacientes con hiperparatiroidismo secundario severo en DP, tratados con paricalcitol oral.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes en DP que recibieron paricalcitol vía oral por un mínimo de 6 meses, entre 4/2012 y 5/2016. Se registraron edad, sexo, calcemia, fosforemia, hormona paratiroidea intacta (PTHi) -promedio de semestre previo y final (tercer-cuarto semestre), presencia de calcificaciones vasculares y/o valvulares, otros tratamiento y dosis de paricalcitol. El Proyecto fue aprobado por Comité de Ética y los pacientes firmaron consentimiento informado.

Resultados. Se incluyeron 7 pacientes (de 67 pacientes asistidos en el periodo) que recibieron Paricalcitol por al menos 6 meses. Eran 4 hombres, con edad promedio 56±17 años y tiempo en DP prom 48±30 meses. Cuatro utilizaban sevelamer y uno carbonato de calcio como captor de fósforo. Todos recibían 25 (OH)D3 800-1000 U/día y 6 pacientes recibieron calcitriol previamente sin respuesta. La PTHi promedio inicial era 1134±286,1 pg/ml, todas > 800 pg/ml. Recibieron entre 6 ug-12 ug/en 3 dosis semanales, ajustadas a los niveles de PTHi, calcemia y fosforemia. En 2/7 pacientes no se logró un descenso significativo de PTHi, (uno de ellos fue el único que presentó calcificaciones extraóseas), por lo que se realizaron paratiroidectomías 7/8 con buena evolución. En 5/7 pacientes restantes se observó un descenso significativo de PTHi (promedio pre 1191±324 pg/ml vs final 519,6±269 pg/ml) (test de "t" pareado p<0.05), en 3 pacientes alcanzó niveles de 300 pg/ml y en otro cercana a 800 pg/ml, por lo que se coordinó PTX. Las calcemias (pre 8,9±0.85 vs final 9,4±0.9 mg/dl) y fosforemias (pre 5.3±1.1 vs final 5.5±0.9 mg/dl) no presentaron cambios significativos (test "t" pareados NS). No se observaron cambios significativos en las calcificaciones valvulares ni vasculares (excepto el caso mencionado).

Conclusiones. El uso de Paricalcitol vía oral fue efectivo en descender la PTHi en la mayoría de los casos a pesar de PTHi iniciales superiores a 800 pg/ml.

32 EVALUACIÓN DE CURSO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES PARA HEMODIÁLISIS CON SIMULADORES.

Tobal D, Astesiano R, Santiago J, Alberti M, Noboa O, Gadola L.
Centro de Nefrología, Cátedra de Anestesia Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina

INTRODUCCION La seguridad del paciente es una preocupación constante en el ejercicio profesional y más aún en el ámbito de la educación médica en un hospital universitario. El entrenamiento para la realización de maniobras invasivas se beneficia de una etapa introductoria realizada en simuladores. La cateterización de venas yugular interna y femoral son maniobras invasivas potencialmente asociadas a morbimortalidad.**OBJETIVOS** Reportar el desarrollo de la elaboración y evaluación de un curso para aprendizaje de la realización de vías venosas centrales con el apoyo de ecografía doppler con Maniqués Simuladores, para estudiantes de primer año del postgrado de Nefrología. Además evaluamos el nivel de satisfacción de los estudiantes y su autoconfianza, la adquisición de habilidades y destrezas y la tasa de complicaciones de la realización de vías venosas centrales por los participantes del Curso, en su desempeño profesional inmediato posterior. **METODOLOGIA** Se conformó un equipo con docentes de Nefrología, se definieron los objetivos de aprendizaje. Se adquirieron previamente los simuladores y el ecógrafo. **RESULTADOS** Se realizó una encuesta de satisfacción, voluntaria y anónima, fue respondida por todos los participantes (siete) y todos (7/7) consideraron que el Curso fue 'Muy Satisfactorio/Excelente' b) El nivel de autoconfianza al enfrentar la realización de las maniobras aumentó en 4/7 participantes c) Se compararon los ECOE inicial y final y se observó que la evaluación de las habilidades y destrezas adquiridas mejoró significativamente (Test de "t" muestras pareadas p < 0.05). Se realizó una retroalimentación (devolución) de la evaluación final y una instancia de reparación en el participante que no había alcanzado la suficiencia. d) Se analizaron las VVC realizadas por los participantes en el semestre siguiente con un registro de complicaciones del 11%. **CONCLUSIONES** El uso de simuladores en el aprendizaje de maniobras invasivas contribuye a la seguridad de los pacientes y es un imperativo ético. La evaluación del impacto fue positiva, con alto grado de satisfacción de los participantes, aumento de su autoconfianza, una mejora significativa en el aspecto técnico de las destrezas adquiridas y una tasa de complicaciones en el ejercicio profesional inmediato dentro de los rangos reportados a nivel internacional.

33 INFECCIÓN SISTÉMICA POR NOCARDIA RESISTENTE COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE VASCULITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: *Miranda V, Guerisoli A, Yandian F, Torres ME, Saez L, Sola L, Labella M, Gonzalez C, Ferreiro A.*

Introducción: La Nocardia es un patógeno oportunista, residente habitual del ambiente, de lento crecimiento y bajo potencial patogénico, que principalmente afecta a los pacientes con compromiso del sistema inmune.

Objetivo: Comunicar un caso de nocardiosis sistémica resistente en etapa de tratamiento de inducción de vasculitis sistémica ANCA/MPO+.

Métodos: Hombre de 44 años, tabaquista, debut con insuficiencia renal rápidamente progresiva (IRRP) con diagnóstico de vasculitis sistémica ANCA MPO(+), confirmación histopatológica por biopsia renal (glomerulonefritis proliferativa extracapilar con semilunas y necrosis de ovillo glomerular, paucimune). Se inició tratamiento con Metilprednisolona (MP) y Ciclofosfamida (CF) según Guías nacionales de tratamiento de la glomerulopatías. Se asoció profilaxis contra infecciones oportunistas con Trimetoprim-Sulfametoxazol e Isoniacida. A 3 meses de iniciado el tratamiento con corticoides y pulsos de CF endovenosa, asoció cefaleas y compromiso de III par craneano, objetivándose abscesos múltiples a nivel encefálico. El estudio de LCR fue negativo para bacterias específicas, inespecíficas y hongos, y se interpretó como actividad encefálica de la vasculitis, por lo que se asoció recambio plasmático terapéutico y gammaglobulina i/v. En la evolución agregó abscesos pulmonares bilaterales y derrame pleural que se biopsia, aislándose Nocardia Farinica, identificada mediante secuenciación de ADN ribosomal porción 16 S (Instituto Pasteur, Montevideo). El estudio de sensibilidad demostró resistencia al Trimetoprim-Sulfametoxazol. Recibió tratamiento prolongado (1 año) con imipenem intravenoso, suspensión del tratamiento inmunosupresor, con buena evolución en lo pulmonar y encefálico, dependiente de tratamiento hemodialítico, logrando rehabilitación completa y reintegro laboral.

Conclusiones: La Nocardiosis es una enfermedad poco frecuente, que afecta principalmente a la población inmunodeprimida. La profilaxis con Trimetoprim Sulfametoxazol en la inducción de la vasculitis puede determinar la selección de cepas resistentes.

34 HIPOKALIEMIA SEVERA COMO MANIFESTACION DE SJOGREN.

Autores: *Ferrari S, Coitiño R, Barcelo L, Flores R, Iglesias P, Morra A.*

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. (alvaromorra@gmail.com).

Métodos: 34 años, SF. Antecedentes personales de ITU's bajas desde la adolescencia con 3 episodios anuales. Portadora de nefrolitiasis conocida. Reiteradas Consultas por astenia, mialgias y debilidad muscular con pérdida de peso de meses de evolución, llegando a la consulta en urgencia la tetraplejia, hipotonía e hiporreflexia, agregando deterioro cognitivo requiriendo ARM mediante IOT e ingreso a CTI. Se constata al ingreso Na: 141meq/l; K: 1,5meq/l; Cl:100meq/l; Mg: 1,85meq/l y acidosis mixta con pH 6.90; PCO2 64; HCO 3: 15.3; BE -13, anión GAP normal, Diuresis: 4850 cc. Se inicia aporte de K por VVC y reposición con SB 1/6M, mejorando sintomatología. Es enviada para optimizar tratamiento y diagnosis.

Calciuria: 538mg/24hs Eco de ap. urinario: Litiasis de 13 mm, 6 y 3,6 mm. Sin dilatación de cavidades que se confirma con TAC. PH urinario: 7,0; potasuria 113meq/l; natriuria: 39 meq/l. DPCO2: 20

Con el planteo de ATR distal se inicia prueba de restricción hídrica que muestra elementos de diabetes insípida con respuesta parcial a ADH, con mecanismo nefrogenico principalmente. Destaca aparición de **Anti Ro** y **Anti La(+)** en lo inmunológico.

Resultados: los análisis orientan a un trastorno en la acidificación distal, con una diabetes insípida de componente nefrogénico, con una causa presente como es el Sd. Sjögren, cuya manifestación fue hipokaliemia severa.

Conclusiones: Nos encontramos ante una ATR distal con marcado compromiso electrolítico como manifestación de Sd.Sjögren. Se subraya el valor de la búsqueda etiológica en la nefrocalcinosis y en la diabetes insípida.

35 IMPACTO DEL CONTROL CLÍNICO EN EL PROGRAMA DE SALUD RENAL (PSRU) EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES

Mazzuchi N, *Rios B, Canzani O, De Souza, Gadola L, Lamadrid V, Sola L.*

En nombre de todos los Nefrólogos que reportan al Programa de Salud Renal del Uruguay.

La Enfermedad renal crónica (ERC) tiene elevada prevalencia y mortalidad, por lo que el objetivo del PSRU es prevenir esta evolución.

Objetivos: Analizar parámetros clínicos y evolución de los pacientes incluidos en el PSRU según el control clínico recibido.

Métodos. Estudio retrospectivo, de la cohorte del Registro del PSRU, que representan 58% de la población del país, entre 01/10/04 a 31/8/2014. Los criterios de inclusión son: personas ≥ 20 años, con alteraciones renales por más de tres meses, filtrado glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/1.73 m² y/o proteinuria > 300 mg/día o albuminuria > 30 mg/día en diabéticos, con seis o más meses en control. Se incluye registro de edad, sexo, diabetes, presión arterial, bioquímica inicial y periódica, y evolución (ingreso a tratamiento de sustitución renal (TSR) y fallecimientos). El Registro del PSRU completa la evolución con los datos del Registro Uruguayo de Diálisis y Trasplante y el Registro de fallecidos del Ministerio de Salud.

Resultados. Se incluyeron 12248 individuos, Edad media 68 ± 14 años, 56% hombres, $66,3\% \geq 65$ años y un tiempo de observación 34 (IC 33.3-34.7) meses. Se analizaron dos grupos: a) incluidos sin ningún control posterior (n=3109) y b) grupo controlado (al menos dos controles separados por 6 meses) (n=9139). En el grupo controlado, se observó mejoría de parámetros entre primer y último control (Test Mc Nemar $p < 0.05$): PA $< 140/90$ mmHg (53.2% inicial vs 62.9%), colesterolemia < 200 mg/dl (56.3% vs 66.4%), TG < 150 mg/dl (57 vs 63.2%). El riesgo de muerte ajustado fue significativamente menor en el grupo controlado (RR 0.57 (0.51-0.63) vs Ref no controlado, así como el riesgo de muerte + ingreso a TSR (RR 0.61 (0.55-0.67))

Conclusiones. La asistencia multidisciplinaria de los Equipos del PSRU logra mejoría de parámetros clínicos en los pacientes con ERC, así como disminuir el riesgo de muerte un 43%.

36 Proceso de Consentimiento informado visto desde la perspectiva del paciente en un Centro de Trasplante Renal en Uruguay

Cuñetti L, *Curi L, Orihuela S, Manzo G, Azcoytia I, and Gonzalez F*

El Consentimiento informado es un prerequisite imprescindible para ingresar a lista de espera de trasplante renal. Un Segundo consentimiento informado es requerido para realizarse el trasplante. Dado que el paciente voluntaria y activamente solicita consulta para ser estudiado para su ingreso a lista; asumimos que en esta situación se dan las condiciones óptimas para lograr un correcto proceso de consentimiento informado. El objetivo de este trabajo es evaluar el proceso de consentimiento informado desde la perspectiva del paciente.

Métodos: Encuesta telefónica que consistía en 7 preguntas cortas y concisas con 3 posibles respuestas. 2 juegos de preguntas dependiendo si el paciente estaba trasplantado o si se encontraba en lista. Solicitamos consentimiento verbal previo a la encuesta telefónica. El estudio fue aprobado para su realización por el Comité de Ética. De 817 pacientes trasplantados activos, seleccionamos en forma aleatoria 500 para encuestar. Incluimos a todos los pacientes de la lista de espera.

Resultados:

De 1519 pacientes trasplantados en el Instituto de Nefrología y Urología, 817 tenían un injerto funcionante; evaluamos 500 con una edad promedio de 51años (18-88), 195 (39%) mujeres y 305 (61%) hombres. En 448 (89,6%) su nefrólogo le recomendó ingresar a lista de trasplante, en 39(7,8%) ingresaron por interés personal y en 13 casos (2,6%) por recomendaciones de otros pacientes. Cuando se les preguntó acerca del consentimiento informado 245 (49%) recuerdan haberlo leído, de éstos 203 (40,6%) recuerdan haberlo entendido. Analizamos la respuestas según sexo, rango etario, estado civil, nivel de educación y tiempo de trasplantado.

De los 242 pacientes en lista de espera, 48 no contestaron la llamada, 6 fueron trasplantados en el último mes, 3 eran menores de 18 años, 15 estaban en exclusión y dos murieron. De los 168 encuestados con un promedio de edad de 53,6 años (20-79), 51 (30,4%) eran mujeres y 117 (69,6%) hombres. En 132 (78,5%) su nefrólogo le recomendó ingresar a lista de trasplante, 18 (10,7%) ingresaron por interés personal, en 8 (4,8%) por recomendaciones de otros pacientes y en 9(5,4%) por las 3 causas. Cuando se les preguntó acerca del consentimiento informado 167 (99,4%) recuerdan haberlo leído, de éstos 124 (73,8%) recuerdan haberlo entendido. Analizamos la respuestas según sexo, rango etario, estado civil, nivel de educación y tiempo en lista de espera.

Conclusión: Debemos reforzar el proceso de consentimiento informado que se da dentro de la relación médico paciente, en especial en los pasos previos a la firma.



37 INJURIA RENAL AGUDA POR BILIRRUBINOSTASIS TRAS CONSUMO DE ANABOLICOS

Ferrari A, *Banchero M*, Domínguez B, Rodríguez I, Alvarez A, Gonzalez- Martínez F
Casa de Galicia, Montevideo, Uruguay

IMPORTANCIA DEL TEMA: Es frecuente el consumo ilícito de esteroides anabólicos en gimnasios y centros deportivos. Es conocido el desarrollo de colestasis tóxica tras el consumo de estas sustancias. Las infecciones, la desnutrición y la injuria renal son sus principales complicaciones. La nefropatía por pigmentos biliares se presenta con diferente grado de afectación renal.

METODOLOGÍA: Se describe el caso clínico de un hombre de 37 años, portador de CIA en la infancia. Practica halterofilia amateur. Luego de 4 meses de policonsumo de anabólicos (Tamoxifeno, Etanozolol, Mesterolona, Durateston, Dianabol, Boldenona,) se presenta con ictericia universal, prurito intenso, coluria sin hipocolia, en apirexia. Al ingreso: BT 8.09,mg/dl, BD 5.43mg/dl, TGO 52 U/L, TGP 104 U/L, FA 689 U/L, yGT 52 U/L, PT 7.32g/dl, Alb 4.25g/dl, TP 84%. Creatininemia de 0.92 mg/dl. Exámen de orina: Pu 0.38g/l, Hb -, pigmentos biliares +++. Serología viral: Epstein Barr IgG (+), IgM (-), hepatitis C, B y A negativa; CMV IgG (-), IgM (-). Anticuerpos antinucleares y Ac antiML negativos. La tomografía computada descarta compresión extrínseca o patología litiasica de la vía biliar. Se realiza diagnóstico de bilirrubinostasis severa tóxica por abuso de anabólicos. El paciente discontinúa el consumo. Evolucionó con ascenso progresivo de la bilirrubina sérica. Agrega astenia, náuseas y vómitos. Reingresa con: BT 40g/dl, BD 30.5g/dl, TGO 64 U/L, TGP 66 U/L, PT 6.2g/dl, Alb 3.6g/dl. Az 1.83g/l, Cr 4.35mg/dl, Na+p 135 meq/l, K+p 4.1 meq/l, HCO3 15 mmol/l, Na+u 94mEq/l, K+u 14 meq/l. Diuresis de 3000 cc día. Se inicia hidratación y alcalinización urinaria. Requiere 3 sesiones de hemodiálisis con fibra PS 2.1, sin ultrafiltración. Se objetiva por sesión una tasa de reducción de bilirrubina de 32%, 17% respectivamente; y 0% cuando la bilirrubinemia es menor a 18mg/dl. Normaliza bilirrubinas al tercer mes luego de cesar el consumo. A los 48 días de la última hemodiálisis presenta creatininemia de 1.17mg/dl.

CONCLUSIONES: Es cada vez más frecuente el uso de anabólicos en personas jóvenes que intentan desarrollar su masa muscular. En esta población, frente a la presentación de una insuficiencia renal aguda en el contexto de bilirrubinostasis en apirexia, se debe sospechar el abuso de anabólicos.

39 NEFRECTOMÍA DEL DONANTE VIVO POR VÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS 2013-2016

Dres: *M Seija*, F García, R Astesiano, L Orihuela, O Noboa, R Puente, E. Montaña, M Nin, M Kurdian.

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

INTRODUCCIÓN: La nefrectomía de donante vivo por laparoscopia ha demostrado una menor morbilidad en el donante comparada con la cirugía a cielo abierto clásica permitiendo una menor estadía hospitalaria y más rápida inserción a las actividades diarias.

METODOLOGÍA: Estudio de cohorte retrospectiva. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Se analizaron todos los trasplantes de donante vivo por vía laparoscópica realizadas en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas entre 1/2013-4/2016. El proyecto fue presentado en el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

RESULTADOS: Se analizaron 20 trasplantes de donante vivo realizados entre 3/2013 y 4/2016. Se registraron las características basales de los donantes y las complicaciones vinculadas a la nefrectomía. En 15 de 20 pacientes se realizó la nefrectomía del riñón izquierdo. El tiempo medio de la cirugía del donante fue de 193±62 minutos, el promedio de episodios de hipotensión de 1,3±1. Se registró un evento intraoperatorio que fue un sangrado por lesión arterial que se cohibió. En un donante se registró un hematoma en el post-operatorio y en otro se observó infección de la herida quirúrgica. El tiempo medio de estadía fue de 5,5±1,5 días. La hemoglobina se mantuvo estable en la mayoría de los donantes, con una media preoperatoria y al alta de 13±1,4 g/dL y 12±1,9 g/dL respectivamente. Dos requirieron transfusión de glóbulos rojos. No se registró conversión a lumbotomía o muerte. Con respecto a la evolución del receptor, cuatro pacientes presentaron insuficiencia renal de inicio, tres de ellos por rechazo agudo y uno por injuria renal aguda hemodinámica. La mediana de creatinina al día 7 fue de 1.3 mg/dl.

CONCLUSIONES: El uso de la técnica laparoscópica se asoció a un tiempo de estadía hospitalaria y tasa de complicaciones similar al reportado en series internacionales. Actualmente constituye la técnica de elección en nuestro centro para la nefrectomía de donante vivo.

38 NEFROPATÍA ASOCIADA A BK VIRUS EN RIÑÓN TRASPLANTADO.

Dres: *Banchero M*, Astesiano R, Kurdian M, López P, Noboa O, Nin M.
Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

IMPORTANCIA DEL TEMA: La Nefropatía asociada al poliovirus BK (BKVN) es un problema emergente en trasplante, asociado a la inmunosupresión. Se produce hasta en el 10% de los receptores de trasplante renal (TR) y puede resultar en la pérdida del injerto hasta en el 50 % de los afectados. Reconocer los factores de riesgo y realizar monitorización de la replicación viral son fundamentales para anticiparse y minimizar el riesgo de desarrollo de BKVN cuyo diagnóstico confirmatorio requiere estudio anatómico patológico con técnica de inmunohistoquímica que identifica el poliovirus.

METODOLOGÍA: descripción de un caso clínico.

Hombre 47 años con hipoplasia renal que recibe su 1er TR de donante cadavérico, óptimo, con 3 incompatibilidades HLA y recibe inmunosupresión estándar sin inducción. Al mes 10 se realiza biopsia renal (PBR) por disfunción del injerto, se evidencia severo infiltrado inflamatorio mononuclear con tubulitis; venulitis; moderada a severa fibrosis intersticial y atrofia tubular (FI/AT). Con planteo de rechazo agudo (RA) celular recibe bolos de Metilprednisolona (MP), y luego anticuerpos antilinfocitarios por corticorresistencia, sin respuesta.

Al mes se reitera PBR: mantiene lesiones tubulointersticiales. Arteriolitis y trombosis de capilares peritubulares; C4d positivo focal en 30%. FI/AT moderada a severa. Recibe tratamiento para RA mixto con MP, Inmunoglobulina y Recambio plasmático terapéutico, sin mejoría. Viremia BKV: 279000 copias/ml - log 5,49. Ante probable BKVN se suspende Micofenolato, se inicia Everolimus y se disminuye Tacrolimus a pesar de lo cual progresa la insuficiencia renal.

3° PBR al mes 16: moderado infiltrado inflamatorio con tubulitis severa; arteriolitis y capilaritis. Evolucionó a la pérdida del injerto a los 22 meses. La técnica de inmunohistoquímica, realizada en diferido por no disponer del recurso previamente, resultó positiva para BKV en las 3 biopsias.

DISCUSIÓN: La BKVN puede presentarse como un rechazo o incluso concomitar con éste. El screening serológico hubiera permitido detectar replicación viral y realizar una biopsia precoz para la confirmación de BKVN. Esto habilita intervenir en forma temprana minimizando la inmunosupresión, que es la única medida efectiva para evitar el daño renal dado que no existe tratamiento específico.

CONCLUSIONES: El caso clínico ilustra la dificultad de diagnosticar esta entidad al no disponer en forma oportuna de las herramientas diagnósticas. Recientemente el Laboratorio del Hospital de Clínicas incorporó la detección de viremia BK, lo que permitirá un mejor abordaje de esta patología.

40 BIOPSIA RENAL DIAGNÓSTICA ECOGUIADA EN TIEMPO REAL EN RIÑONES NATIVOS Y TRASPLANTADOS. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE CLÍNICAS 2013-2016

Dres: *A Oyamburo*, M Seija, R Astesiano, J Santiago, C Baccino, M Garau, O Noboa, G Ottati.

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

INTRODUCCIÓN: La biopsia renal percutánea es el gold standard para el diagnóstico y predecir el pronóstico y respuesta al tratamiento de las nefropatías. El método guiado por ultrasonido en tiempo real tiene mejor rendimiento y menor tasa de complicaciones que el método a ciegas. **OBJETIVO:** Reportar la experiencia del uso de la biopsia ecoguiada en tiempo real en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, en el período 2013-2016.

METODOLOGÍA: Estudio de cohorte retrospectiva. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Se analizaron todas las biopsias ecoguiadas realizadas en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas entre 1/2013- 3/2016. El proyecto fue presentado en el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

RESULTADOS: Se analizaron 105 biopsias, 39 de riñones nativos y 66 de riñones trasplantados. Se registraron las características basales, motivo de la biopsia, creatinina sérica, hemoglobina, recuento de plaquetas y necesidad de hemodiálisis previo al procedimiento. En riñones nativos se observó una caída de la hemoglobina en 3/39 pacientes que fue en promedio de 1g/dl y 2 requirieron transfusiones. En relación a la biopsia de riñones trasplantados se observó una caída de la hemoglobina en 4/67, que en promedio fue 1 g/dl y 3 requirieron transfusiones. El promedio de glomérulos en la biopsia fue de 14±8, en riñones nativos y trasplantados. No se registró nefrectomía ni muerte en ninguno de los grupos. En una de las biopsias de riñones trasplantado no se obtuvo tejido renal. Si bien el grupo de pacientes que presentó sangrado tenía albuminemia y hemoglobinemia inferiores, en el análisis multivariado sólo la albuminemia resultó ser predictor independiente para esta complicación.

CONCLUSIONES: Las biopsias ecoguiadas en el diagnóstico de nefropatías resultó una maniobra segura tanto en riñones nativos como trasplantados. La tasa de complicaciones mayores fue baja, similar a la de series internacionales. El número de glomérulos en promedio fue suficiente y se arribó a un diagnóstico histológico en el 99% de las biopsias.



41 EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO DEL NIÑO

Caggiani M, Halty M, Cocchi V

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

El síndrome nefrótico idiopático (SN) es la glomerulopatía crónica más frecuente en niños. El objetivo fue describir la evolución de un grupo de niños con SN, respuesta al tratamiento y complicaciones.

METODOLOGÍA Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de niños de 1 a 15 años asistidos en la Policlínica Nefrológica del Centro Hospitalario Pereira Rossell con debut de SN entre 01/01/2009 – 31/12/ 2013, controlados hasta el 31/12/2015. Se analizaron edad, sexo, respuesta a corticoides; evolución en aquellos con seguimiento ≥ 12 meses. Se calcularon las frecuencias, promedios y desvío estándar. Se aplicó el test t Student para comparar edad de debut y score z de Índice de Masa Corporal (IMC) y talla al inicio y al final del seguimiento, siendo significativa con $p < 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN Se registraron 34 niños, relación M/F 2.4/1, 26 cortico sensibles (CS) (76.4%), un caso con remisión espontánea; la edad de inicio fue 4 años 4 meses \pm 2 años 5 meses, menor en los corticoresistentes (CR) en relación a CS ($p=0,027$). En 29 se analizó la evolución, la media del seguimiento fue 3 años 10 meses. De los 29, 23 (79,3%) eran CS y de éstos: 9 (39%) cortico dependientes (CD), 6 recaedores esporádicos (26%) y 8 (35%) no recaedores. Recibieron Ciclofosfamida 5 casos CD; en 4 se suspendieron los corticoides a los 6-12 meses. Un paciente CD recibió Ciclosporina (CsA) con remisión mantenida. De los 6 CR, 4 tuvieron remisión con CsA, 1 fue resistente, 1 tuvo remisión parcial y 1 resistencia secundaria; 3 de ellos recibieron MMF sin respuesta. La biopsia en todos mostró hialinosos focal y segmentaria. Al final del seguimiento: de los 29 casos, 25 estaban en remisión (los 23 CS y 2 CR), 15 sin tratamiento; 7/9 CD con tratamiento, 6 con Prednisona y uno con Prednisona y CsA y de los CR, 2 estaban en remisión con CsA, 3 con proteinuria nefrótica, uno de ellos con insuficiencia renal moderada, uno en hemodiálisis. Como complicaciones infecciosas se registraron: peritonitis en 4 casos, en 3 de ellos reiteradas, 2 con sepsis, 3 neumonías; la mayoría en los CR. Las diferencias de las medias de score z para el IMC fue significativa en los CD y CR con $p=0,008$ y $0,046$, no para la talla. Ningún paciente en seguimiento falleció. Las características de la población son similares a las descritas, con un aumento relativo de los CR. Dentro de los CS hay un menor porcentaje de recaedores que puede corresponder a la falta de detección de recaídas tardías; los CD tuvieron similar frecuencia relativa.

CONCLUSIONES Un alto porcentaje de los SN CS no recayeron, todos estaban en remisión, 65% sin tratamiento. Se ratifica el aumento de frecuencia relativa de los SN CR, con mayor número de complicaciones infecciosas graves y evolución a la insuficiencia renal en 33% de ellos en 5 años de seguimiento.

43 Medición de la calidad de la diálisis a través de un escore de puntuación (CPM)

Coria V, Rovira A, Olaizola I, Borghini P, Falchi B, Szpinak, Suarez G, Hekimian G, Cotelao A, Nin N

INTRODUCCION: La calidad es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que la misma sea comparada con cualquier otra de su misma disciplina.

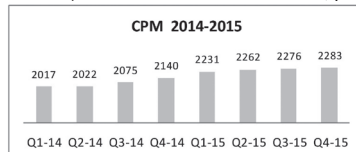
METODOLOGÍA:

El escore de CPM es una medición repetidas e independientes de medidas de performance clínica. Permite monitorizar la performance clínica en cada clínica y en cada área geográfica de una manera constante y reproducible. Son calculados por mes, y consolidados por cuartos y utilizados para identificar áreas críticas para mejorar. Toman en cuenta 11 indicadores de calidad, en los cuales Diaverum se basa en aceptados estándares internacionales para seleccionar un objetivo. Se basan en la mejor evidencia clínica hasta la fecha.

Los indicadores son: % de pacientes con FAV nativa, tiempo teórico de tratamiento semanal mayor de 720 min, KTV $> 1.4\%$, Hb 10-12 g/l %, Ferritina 200-800 ng/ml %, fosforo 2,5-5, Albumina ≥ 35 g/l, Ca X P ≤ 55 mg/dl, iPTH ≥ 150 y ≤ 600 pg/ml, PAM Predialisis < 105 mmHg y Ganancia interdialítica $< 4\%$ de peso seco

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Ha habido un aumento mantenido de la puntuación de calidad a lo largo de 2 años. Existen unas fases de meseta, con variabilidad, pero la tendencia es al aumento.

Como impacta esto en la sobrevida y en la mejor calidad de vida aún no está validado para Uruguay por separado. A nivel internacional cada 300 puntos de aumento de los CPM la mortalidad disminuye en 33% con un IC 95% 31-35%, $p < 0,001$.



CONCLUSIONES: Tener un escore de calidad permite la medición continua, realizar una comparación con otras clínicas o países, y realizar planes de acción para mejora. Este escore tiene que ser validado contra desenlaces como la mortalidad y los días de hospitalización a nivel nacional

42 Anticuerpos anti receptor de la fosfolipasa A2 (ac-PLA2R): una herramienta disponible para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con Nefropatía Membranosa (NM)

San Roman S, Baccino C, Luzardo L, Seija M, Liguori A, Cabrera J, Silvarino R, Ottati G, Rodriguez N, Zubillaga M, Ferreiro A, Gadola L, Noboa O.

Laboratorio Inmunología Hospital de Clínicas y Laboratorio de Análisis Clínicos. Centro de Nefrología Hospital de Clínicas

Introducción: Los pacientes con NM primaria tienen ac-PLA2R positivos en el 70-80% de los casos al momento de la biopsia¹. Un pequeño porcentaje de pacientes con NM presuntamente secundaria a virus hepatitis o cáncer tendrán test positivo para ac-PLA2R². En los pacientes con síndrome nefrótico y ac-PLA2R positivos prácticamente se descartan otras causas de nefropatías (LGM, EHYFS).³ En el seguimiento el descenso de los títulos predice la remisión, así como la persistencia de títulos altos se asocia con mala evolución⁴. **Objetivos:** reportar la experiencia clínica del uso de ac-PLA2R en nefropatía membranosa en el Uruguay. **Metodología:** Se analizaron de forma retrospectiva una cohorte de pacientes con diagnóstico histológico de NM con ac-PLA2R realizados en el laboratorio de análisis clínicos (LAC) y en el laboratorio del hospital de Clínicas (LHC) que expresaron su consentimiento. Se registraron datos demográficos, clínicos, y de laboratorio al momento de titular los anticuerpos. **Resultados y discusión:** se registraron 15 pacientes con diagnóstico histológico de NM primaria y dosificación de ac-PLA2R. Al momento de la determinación 11 se encontraban nefróticos, y 4 estaban en remisión. Los 11 pacientes con Síndrome Nefrótico tuvieron títulos positivos (> 14), los 4 en remisión tenían títulos por debajo del punto de corte. En 2 pacientes se dosificaron títulos en actividad y remisión, siendo estos positivos y negativos respectivamente. **Conclusiones:** En nuestra experiencia hubo concordancia entre la positividad de los ac-PLA2R y la situación clínica, siendo el resultado negativo en los pacientes en remisión. Estos resultados reproducen los hallazgos internacionales e introducen en nuestro medio una herramienta diagnóstica y de seguimiento en la NM primaria.

1. Autoantibodies, R. PLA 2 R Autoantibodies and PLA 2 R Glomerular Deposits in Membranous Nephropathy. 17–18 (2011).
2. Qin, W. et al. Anti-Phospholipase A2 Receptor Antibody in Membranous Nephropathy. 1137–1143 (2011). doi:10.1681/ASN.2010090967
3. Hofstra, J. M. & Wetzels, J. F. M. Phospholipase A 2 Receptor Antibodies in Membranous Nephropathy: Unresolved Issues. 1137–1139 (2014). doi:10.1681/ASN.2014010091
4. Kanigicherla, D. et al. Anti-PLA2R antibodies measured by ELISA predict long-term outcome in a prevalent population of patients with idiopathic membranous nephropathy. Kidney Int. 83, 940–8 (2013).

44 LA INJURIA RENAL AGUDA (IRA) LUEGO DE CIRUGÍA CARDÍACA (CC) SE ASOCIA A MORTALIDAD A CORTO Y MEDIANO PLAZO, PERO NO A LARGO PLAZO.

Ferreiro A, Lombardi R. Montevideo, Uruguay

Introducción. En los últimos años se ha demostrado la asociación de un episodio de IRA con efectos adversos a largo plazo: enfermedad renal crónica (ERC), eventos cardiovasculares y muerte prematura. Son escasos los estudios que han analizado el impacto tardío de la IRA ajustado a comorbilidades, segmentado en función de diferentes períodos de seguimiento y ninguno más allá de los 10 años del evento inicial. **Objetivos:** evaluar el impacto en la mortalidad a mediano y largo plazo de un episodio de IRA en CC. **Metodología.** Estudio observacional de la base de datos estructurada prospectiva del Instituto de CC-SMI, que incluyó a todos los pacientes (p) adultos operados entre el 1/1/2000 y el 31/12/2013, y seguidos hasta el 31/12/2014 (mínimo seguimiento de 1 año). Se excluyeron los (p) fallecidos durante la hospitalización, los ptes con ERC estadio 5, en diálisis o trasplantados, así como los casos de aneurisma/ disección de aorta torácica. El período de observación se extendió a 15 años, el cual fue estratificado en 5 etapas: 1) alta a 1 año, 2) 1 a 3 años, 3) 3 a 5 años, 4) 5 a 10 años, y 5) 10 a 15 años. La IRA se definió y categorizó de acuerdo al criterio KDIGO. La función renal basal se estableció por cálculo del FGe por la fórmula CKD-EPI. Se incluyeron variables relevantes asociadas a pronóstico, del pre, intra y post operatorio. Para el análisis de la asociación de variables con la mortalidad alejada se utilizó el modelo de riesgo proporcional de Cox ($p < 0.05$). **Resultados y discusión.** n: 7075. Sexo masculino 66.4%. Diabetes 26.5%.

Período	n casos	IRA (HR)	Comorbilidades asociadas (Cox) $p < 0,05$
Alta-1 año	6953	1.84	Edad, diabetes, FGe, ICC, EPOC, EVP, CC no coronaria, ACV PO.
1 a 3 años	6609	1.28	Idem
3 a 5 años	5543	1.32	Edad, diabetes, ICC, EPOC, EVP, CC no coronaria.
5 a 10 años	4589	NS	Edad, diabetes, FGe, EPOC, EVP, ICC, ACV PO
10 a 15 años	1981	NS	Edad, diabetes, ICC, ACV PO

Conclusiones: la IRA luego de CC se asocia a mortalidad en el corto y mediano plazo, de manera decreciente, la que desaparece a largo plazo. Luego de 5 años, la mortalidad se explica por la comorbilidad, la función cardíaca o la edad.

45 Evolución del Trasplante Renal de Donante Vivo en un centro de Trasplante de Uruguay.

Autores: Dres. F. García Rey, R. Astesiano, L. Orihuela, R. Coitiño, L. Gadola, M. Nin, O. Noboa, M. Kurdíán.

Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: El trasplante renal (TR) es la mejor opción para los pacientes con enfermedad renal crónica extrema dado que ofrece mayor supervivencia y mejor calidad de vida con menos costos sanitarios. El TR de donante vivo determina beneficios adicionales para los receptores sin mayores riesgos para los donantes. Nuestro objetivo es describir las características de donantes y receptores, y analizar la evolución del injerto y de los pacientes que recibieron un TR de donante vivo.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo, observacional, de revisión de historias clínicas de donantes y receptores en el período 1º Mayo 1987 - 30 Abril 2015. El proyecto fue presentado al Comité de Ética del Hospital de Clínicas **RESULTADOS:** Se realizaron 34 trasplantes en el período con una tasa creciente en los últimos años. De los receptores: 53% eran mujeres, la edad media fue de 26.8±9.2 años. Las glomerulopatías primarias fueron la nefropatía de base más frecuente. El tiempo medio en diálisis fue 13±28 meses y 3 trasplantes fueron anticipados. De los donantes el 50% eran mujeres, con edad media de 41.8±9 años, de los cuales 31 eran genéticamente relacionados (17 progenitores y 14 hermanos), 3 fueron cónyuges. Solo dos pacientes fueron histoi-dénticos.

El 47% recibió tratamiento inmunosupresor con inducción.

Presentaron insuficiencia renal de inicio 9/34. La mitad de los pacientes presentó rechazo agudo o crónico que fue la causa más frecuente de pérdida del injerto. El embarazo previo fue el único factor de riesgo independiente para el desarrollo de rechazo. Al finalizar el estudio 18 pacientes mantienen injerto funcionando con una creatinina media de 1.2±0.4 mg/dl, 13 reingresaron a diálisis y 3 fallecieron con injerto funcionando. La supervivencia a los 10 años es de 40% por el método de Kaplan Meier.

CONCLUSIONES: La supervivencia del injerto fue similar a otras series de donante vivo y la principal causa de pérdida del injerto fue el rechazo. Nuestra cohorte incluía pacientes más jóvenes que los de otras series. En nuestro análisis el único factor de riesgo inmunológico que se asoció con rechazo fue el antecedente de embarazo.

47 RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPEUTICO REALIZADO POR TECNICA DE PLASMAFILTRACION EN EQUIPO DE HEMODIALISIS.

Puesta a punto de la técnica y reporte de la primera experiencia clínica

Sarantes R, Urrestarazu A Tobal D, Olascoaga A, Rodriguez I, Rivas G, Ferreiro A
Centro de Nefrología - Cátedra de Medicina Transfusional - Depto. Laboratorio Clínico - UdelAR

Introducción: El intercambio plasmático terapéutico (RPT) es una alternativa de primera línea en patologías nefrológicas como: vasculitis, rechazo mediado por anticuerpos en trasplante renal, lupus, mieloma múltiple (MM), entre otras. El procedimiento puede realizarse mediante 2 técnicas: centrifugación con máquina de aféresis o plasmafiltración (PF) con plasmafiltro en equipo de hemodiálisis (HD). Este último permite alternar HD y RPT en tándem, con equipamiento ampliamente disponible en todo el país. **Objetivo:** describir la puesta a punto de la técnica de RPT mediante PF y reportar el primer uso clínico en nuestro país. **Métodos:** Se revisó bibliografía internacional. En conjunto con la Cátedra de Medicina Transfusional y Laboratorio Clínico se pautaron indicaciones, contraindicaciones, descripción del procedimiento, instructivo de trabajo, soluciones de reposición y controles de laboratorio. Se llevaron a cabo experiencias in vitro mediante simulación con hemoderivado (sangre entera) para ajustar equipamiento, validar ausencia de hemólisis y ajuste de anticoagulación. Se realizaron 4 sesiones de PF en paciente portadora de MM IgG, con riñón de mieloma confirmado por histopatología, dependiente de HD desde debut de la enfermedad. Se utilizó Dializador Fresenius PlasmaFlux P2 Dry, duración 90 minutos, anticoagulación (100UI-kg Heparina Sódica), solución de reposición: albúmina humana. Se solicitó analítica de laboratorio pre y post procedimiento en el paciente y en el efuente.

Resultados: Se objetivo: 1) una media de descenso por procedimiento fue de 22,8% del valor de cadenas livianas libres λ (CLL) con respecto al valor pre y post procedimiento 2) descenso total de 97,4% de la concentración de CLL (3414mg/L-88,6mg/L) 3) descenso de β_2 microglobulina de 58,6 % respecto al valor inicial luego de la 4ta sesión (39,9mg/L-16,5mg/L). Se observó excelente tolerancia clínica, sin evidencia de hemólisis. El efuente presentó concentración de albúmina y proteínas totales similares a los valores plasmáticos. **Conclusión:** Se describió la puesta a punto de la técnica y primera experiencia a nivel nacional de un procedimiento reportado como efectivo a nivel mundial para RPT con PF, obteniendo remoción eficaz de CLL. Resultó un procedimiento seguro no reportándose efectos adversos. Este recurso terapéutico puede ser considerado una herramienta viable en otras situaciones clínicas.

46 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS NIÑOS CON INJURIA RENAL AGUDA Y TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.

Deutsch J, Cocchi V, Halty M, Noria A, Giachetto G.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

La Injuria Renal Aguda (IRA) es una complicación frecuente y grave de los niños que ingresan a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), siendo un predictor independiente de mortalidad. La necesidad de Terapia de Reemplazo Renal (TRR) aumenta la morbi-mortalidad y la evolución a Enfermedad Renal Crónica (ERC). La sobrecarga hídrica es un factor modificable asociado a mortalidad y menor recuperación de la función renal. **Objetivos:** conocer las características clínicas y evolutivas de los niños con IRA que requirieron TRR, porcentaje de sobrecarga hídrica (%SH) al inicio de la TRR y su relación con la evolución. Evaluar el seguimiento nefrológico al alta. **METODOLOGÍA:** estudio descriptivo, retrospectivo, utilizando los datos de los registros clínicos. Se incluyeron los pacientes menores de 15 años con IRA ingresados en UCI que requirieron TRR entre 01/06/2010 y 30/05/2015. Se excluyeron aquellos con ERC en plan de TRR. Se registraron características clínicas y de laboratorio, etiología de la IRA; indicación, tipo y complicaciones de la TRR, %SH, días de internación, mortalidad, Filtrado Glomerular Estimado (FGe) al alta y evolución alejada. Se comparó %SH con mortalidad, días de TRR, días de internación. Se utilizó el test de comparación de proporciones (Z) y el test χ^2 con un α de 5%. **RESULTADOS:** Se incluyeron 18 pacientes. La mediana de edad fue 6.5 meses (1 - 168). La relación M/F fue 10/8. 3 pacientes tenían enfermedad renal previa, y 11 co-morbilidades. Etiologías más frecuentes: sepsis (39%), tos convulsa (33%), hipovolemia (22%), glomerular (17%), multifactorial (33%). La media de FGe fue 39,7 ml/min/1.73m² sc. (DS 30.7). La causa más frecuente de inicio de TRR fue la oligo-anuria (94%). Se indicó diálisis peritoneal (DP) en 14 pacientes (78%), hemodiálisis en 4. Tuvieron complicaciones dialíticas el 50%. La media de %SH al inicio de la TRR fue 32% (DS 21). La duración de TRR tuvo mediana de 3 días (1 - 110), la mediana de días de internación fue 20 (2 - 117). Fallecieron 9 pacientes (50%). 5 de 6 pacientes con tos convulsa fallecieron. El FGe medio al alta hospitalaria fue 60.4 (DS 70). No se encontró asociación significativa entre %SH y mortalidad, días de TRR y días en UCI. Tuvieron control nefrológico 4 de los 9 pacientes que sobrevivieron, 3 de ellos evolucionaron a ERC extrema, 2 ingresaron a DP crónica y una se trasplantó. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** se encontró alta tasa de mortalidad y secuelas. No hubo seguimiento adecuado en 67% de los sobrevivientes. No se encontró asociación significativa entre el %SH y evolución, a diferencia de lo descrito en la bibliografía, quizás determinado por el pequeño tamaño muestral.

48 SOBREVIDA SEGÚN EL TIPO DE ANGIOACCESO UTILIZADO EN LA PRIMERA HEMODIÁLISIS.

Ceretta Maria Laura, González-Bedat María Carlota, Ferreiro Fuentes Alejandro.

Se ha demostrado en múltiples estudios una mejor tasa de supervivencia en los pacientes que ingresan a tratamiento de Hemodiálisis Crónica (THDC) con una fistula arterio venosa nativa (FAVN) funcionando que en aquellos que tienen una fistula arterio venosa protésica (FAVP) o catéteres endovasculares centrales. Por tanto es de suma relevancia conocer el tipo de acceso vascular de los pacientes que ingresan a THDC en Uruguay y su probable impacto en la supervivencia. **OBJETIVOS:** Analizar la supervivencia al año y al final del período según el tipo de acceso vascular utilizado en la primera hemodiálisis en la población incidente en THDC durante el período 2005-2014 en Uruguay.

METODOLOGÍA: Estudio de cohorte retrospectivo observacional. Datos del Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). Se incluyeron pacientes incidentes entre 1 de enero de 2005 y 31 de diciembre de 2014. Tiempo de seguimiento 1-11 años. Se analizaron 4 categorías: catéter transitorio (CT), catéter permanente (CP), FAVN y FAVP. Caracterización de la población según las variables: edad y categorías de edad, sexo, raza, comorbilidades EL análisis de supervivencia no ajustada se realizó por el método de Kaplan-Meier y el de supervivencia ajustada mediante el modelo de regresión de Cox. Programa estadístico: SPSS.

RESULTADOS: n=4585

	FAVN	FAVP	CT	CP
Menores de 65 a n (IC95%)	612 (0,26-0,30)	134 (0,05-0,07)	1240 (0,55-0,59)	163 (0,065-0,088)
65 a 74 a n (IC95%)	304 (0,23-0,28)	107 (0,07-0,11)	636 (0,52-0,57)	116 (0,08-0,12)
75 a 84 a n (IC95%)	295 (0,23-0,32)	79 (0,06-0,1)	504 (0,47-0,54)	116 (0,1-0,14)
Mayores de 85 a n (IC95%)	42 (0,18-0,3)	14 (0,05-0,13)	69 (0,32-0,46)	51 (0,23-0,36)
C. Isquémica n (IC95%)	224 (0,25-0,31)	58 (0,06-0,09)	416 (0,48-0,55)	111 (0,12-0,16)
ACV n (IC95%)	49 (0,28-0,44)	14 (0,06-0,16)	73 (0,45-0,62)	11 (0,05-0,14)
AOC n (IC95%)	65 (0,23-0,35)	21 (0,06-0,13)	111 (0,42-0,55)	30 (0,09-0,18)
Diabetes n (IC95%)	479 (0,26-0,31)	119 (0,06-0,085)	885 (0,51-0,55)	181 (0,09-0,12)
EPOC n (IC95%)	53 (0,21-0,34)	15 (0,05-0,12)	108 (0,49-0,63)	16 (0,05-0,13)
SV a 1 año (método de K-M)	0,892	0,868	0,842	0,698
SV a los 5 años (método de K-M)	0,491	0,421	0,449	0,249
SV a los 10 años (método de K-M)	0,222	0,55	0,181	
SV al final (método de K-M)	0,123	0,55	0,17	0,091
SV 1 año (modelo de regresión de Cox)	Referencia	1,16 (p=0,395)	1,57 (p<0,000)	2,67 (p<0,000)
SV final (modelo de regresión de Cox)	Referencia	1,14 (p=0,132)	1,26 (p<0,05)	2,019 (p<0,000)

CONCLUSIONES: La supervivencia no ajustada y ajustada de los pacientes que iniciaron THDC con FAVN funcionando fue mayor que la de los que tenían FAVP, CT y CP, pero la diferencia tuvo significación estadística solamente en estos dos últimos grupos.

49 Registro y análisis de incidentes en diálisis

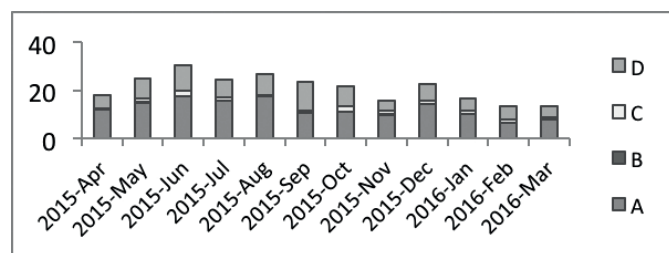
Suarez G, Coria V, Rovira A, Olaizola I, Borghini P, Falchi B, Szpinak, Hekiminan G, Cotelto A, Nin N

INTRODUCCIÓN: El registro de incidentes de manera voluntaria es una de las herramientas más utilizadas en la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA: Se registraron los incidentes durante la diálisis en todas las clínicas de hemodiálisis de Diaverm, durante un año consecutivo. El registro de incidentes fue voluntario. Dentro de los incidentes reportados, hay un grupo vinculado a los monitores de diálisis, otro vinculado a complicaciones de accesos vasculares, otro vinculado a acortamiento de la diálisis, y otra categoría de eventos adversos graves que causan daño al paciente o riesgo de vía.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Los incidentes más frecuentes fueron vinculados a desperfectos de los monitores de diálisis, seguidos de problemas de accesos vasculares y de faltas a la sesión de diálisis. En base al estudio de incidentes se realizan planes de acción para mejorar y disminuir estos incidentes.



CONCLUSIONES: Tener un registro de incidentes determina una mejora de calidad, al realizar planes de acción para mejora de la seguridad de los pacientes.

51 ENFERMEDAD CITOMEGALOVIRUS UN PROBLEMA TERAPÉUTICO

Dres Galarraga M, Gauronas P, Santiago J, Kurdian M, López P, Noboa O, Nin M. Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

IMPORTANCIA DEL TEMA: La Enfermedad por Citomegalovirus (ECMV) es una importante causa de morbilidad en los receptores de trasplante renal.

En la actualidad se encuentran disponibles agentes antivirales efectivos para su tratamiento Ganciclovir (GCV) o Valganciclovir (VGC), con una incidencia de resistencia a estas drogas 5-10%, provocada por mutaciones en genes virales.

Lo cual es una potencial causa de no respuesta al tratamiento.

METODOLOGÍA: descripción de un caso clínico

Mujer 46 años. Poliquistosis renal autosómica dominante con progresión a la ERC extrema. Inicia TRR en 2011. Recibe su 1er Trasplante renal el 28/3/2015. Donante cadavérico óptimo, 3 incompatibilidades HLA. Inmunosupresión (IS) estándar e inducción Basiliximab. Status CMV: D+/R+. Riesgo Intermedio. Recuperación funcional inicial. Cr 1 mg/dl. Al día 30 se diagnostica ECMV con manifestación digestiva. Carga viral CMV 283.000 copias. Buena respuesta al tratamiento con GCV, disminución de replicación (1.527 copias). Presentó varios episodios de recaída con replicación viral y manifestaciones severas (digestiva, respiratoria e inmunológica), vinculadas a la suspensión del antiviral. Se planteó ECMV persistente rotando IS de Tacrolimus a Everolimus. Mantuvo cargas virales elevadas (17.220 copias) a pesar del tratamiento con GCV, se agregó Inmunoglobulina e inició Leflunamida coadyuvante lográndose descenso de carga viral. Abril 2016 nueva reactivación pancitopenia con trombocitopenia severa lo que limita el tratamiento con GCV y consiguiente aumento de viremia al suspender el mismo. Sin otras manifestaciones sistémicas. Se inicia investigación de resistencia, en espera de Foscarnet. Evolución de cargas virales en ascenso: 18/05/2016 417 copias/ml, 28/05 2096 copias/ml, el 1/06 8325 copias/ml.

DISCUSIÓN: La ECMV resistente a GCV es un desafío clínico de interés creciente. Conlleva una elevada morbilidad y efectos indirectos que impactan en la sobrevida del injerto y calidad de vida del paciente. La presentación con alta carga viral y terapia antiviral prolongada con progresión de la ECMV y persistencia de replicación elevada hacen sospechar resistencia al tratamiento con GCV en nuestra paciente. Las mutaciones del gen de la quinas UL97 y de la polimerasa UL54, menos frecuentes, pueden conferir resistencia a ganciclovir.

CONCLUSIONES: Es importante comunicar la sospecha de emergencia CMV resistente a GCV en nuestro medio, dadas las dificultades actuales en contar con tratamientos alternativos. Debiendo contemplar subgrupos de riesgo particular.

50 INFORME DEL REGISTRO DE GLOMERULOPATIAS 2013-2015.

Garau M, Cabrera J, Otatti G, Acosta N, Aunchaina MH, Delfino L, Panuncio A, Coitiño R, Coria V, Caorsi H, Gonzalez F, Gadola L, Noboa O. en nombre del Programa de prevención y tratamiento de las Glomerulopatías (PTPG).

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

INTRODUCCIÓN: El registro uruguayo de glomerulopatías (RUG) recoge información acerca de las biopsias renales realizadas en Uruguay desde 1985. Su objetivo es brindar la información epidemiológica actualizada y ser fuente de datos para la investigación.

METODOLOGÍA: Recolectamos los datos clínicos e histológicos de todos los pacientes a los que se les realizó una primera biopsia de riñón nativo durante el período 2013-2015 en Uruguay. Comparamos los resultados con los datos reportados por el RUG en el Informe 2010-2012.

RESULTADOS: Analizamos 561 biopsias, de las cuales 503 (89%) correspondieron a pacientes mayores de 14 años. El 50% fueron de sexo femenino y la mediana de edad 44 años (3-90). En la población pediátrica (\leq de 14 años), las glomerulopatías más frecuentes fueron, la esclerosis focal y segmentaria (EHFS) (31%), Nef IgA (22%) y la glomerulonefritis membranoproliferativa (8%) y las principales formas de presentación clínica las alteraciones urinarias asintomáticas (41%), el síndrome nefrótico (33%) y la macrohematuria (16%). En los de 14 años, las glomerulopatías más frecuentes fueron la Nef IgA (18%), EHFS (14%) y membranosa (9%), y de las secundarias la nefropatía lúpica (LES) (12%) y las vasculitis (9%). Un 10% resultó inclasificable con las técnicas convencionales. En 345 casos (68%) contamos con datos sobre la forma de presentación clínica: el 36% presentó alteraciones urinarias asintomáticas, el 28% síndrome nefrótico y el 13% glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP). Comparando los resultados entre los trienios 2013-2015 vs 2010-2012, encontramos que en los adultos, la Nef IgA continúa siendo la glomerulopatía primaria más frecuente en Uruguay, el LES la secundaria y que se mantiene estable, en los adultos, el porcentaje de las glomerulopatías más frecuentes (Nef IgA, membranosa, EHFS, LES y vasculitis) y de las formas de presentación clínica al momento de la biopsia.

CONCLUSIONES: En Uruguay, las alteraciones urinarias asintomáticas fueron la principal indicación de biopsia en adultos y niños. En los adultos, la distribución en porcentaje de las glomerulopatías más frecuentes se mantiene constante en los últimos 5 años, la Nef IgA continúa siendo la glomerulopatía primaria más frecuente, el LES la secundaria y en la población pediátrica la EHFS. El RUG contribuye a la vigilancia epidemiológica y a la orientación diagnóstica en la práctica clínica.

52 Nefropatía intersticial autosómica dominante: primer caso diagnosticado en Uruguay.

Cabrera J, Varela F, Ayasreh Nadia², Pinatto M¹, Neffa F¹, Acosta N¹, Coitiño R¹, Coria V¹, Boghossian S¹, Canon A¹, Cha M¹, Delloca N¹, Marton S¹, Miller D¹, Murara E1, Rabaza V1, Robaina R1, Suarez G1, Torra R2.

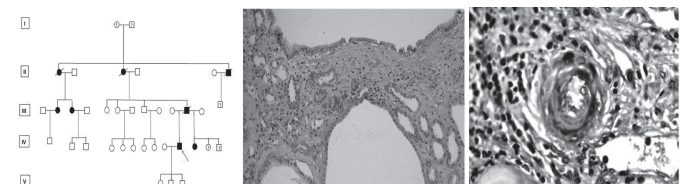
1) Servicios de Nefrología y genética del Hospital Militar, Montevideo, Uruguay.

2) Unidad de Nefropatías hereditarias, fundación Puigvert, Barcelona.

Introducción: La nefropatía intersticial autosómica dominante (NTIAD) es una enfermedad rara, que se presenta generalmente en la edad adulta y que puede evolucionar a la insuficiencia renal extrema. Es una enfermedad monogénica, existen varios genes implicados, y recientemente se ha identificado el gen MUC1 como uno de los causantes de la enfermedad (1).

Metodología: reporte de caso clínico. Varón de 32 años, MSECD, trabajador rural, cargados antecedentes de nefropatía, abuela paterna fallecida por insuficiencia renal, padre fallecido en diálisis, hermana con insuficiencia renal extrema, 2 primas del padre en diálisis. 3 hijos sanos. Consulta en junio del 2014 por cefalea intensa y ambliopía, en ese contexto le diagnosticaron Hipertensión arterial severa con cifras de PA de 180/120 mmHg e insuficiencia renal con Cr pl 2,1 mg/dl, le indican Losartan y controles. En Agosto 2015 consulta en nuestro servicio, asintomático, HTA 170/110, y de la valoración realizada destacamos: Cr de 2,8 mg/dl, uricemia 7,4 mg/dl, examen de orina sin alteraciones del sedimento. Ecografía de Aparato urinario con riñones de tamaño levemente disminuido, ecogenicidad aumentada y espesor cortical conservado. No se observan quistes, no presenta dilatación de cavidades. La biopsia renal confirma que se trata de una Nefropatía túbulo intersticial con microquistes medulares y elementos de microangiopatía trombótica probablemente asociados a HTA maligna. Solicitamos a la Fundación Puigvert de Barcelona el estudio genético para NTIAD, donde encuentran una mutación a nivel del gen MUC1, diagnosticándose entonces el primer caso de NTIAD en Uruguay. Evoluciona con deterioro progresivo de función a pesar de un adecuado control tensional y medidas de nefroprevención, actualmente CI de Cr de 22 ml/min por lo que está siendo valorado para trasplante inter vivo con su madre.

Conclusiones: La NTIAD es una enfermedad rara, en plena fase de reconocimiento, existen familias afectadas en Uruguay.





53 Complicaciones infecciosas en el trasplantado renal (TR) extremadamente añoso: principal causa de muerte

J Cabrera^{1,3}, M Fernández-Ruiz², M Molina¹, E Gonzalez¹, N Polanco¹, F Lopez-Medrano², JM Aguado², M Praga¹, A Andres¹

¹ Centro de Nefrología del Hospital 12 de octubre de Madrid, España.

² Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital Universitario "12 de Octubre", Instituto de investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid.

³ Servicio de Nefrología del hospital Evangélico y Hospital Militar de Montevideo, Uruguay.

Introducción: La incidencia y severidad de las complicaciones infecciosas aumentan con la edad en el trasplantado renal, probablemente asociado a un efecto combinado entre la comorbilidad, inmunosupresión e inmunosenescencia.

Metodología: Estudio retrospectivo unicentrico en el que analizamos 106 pacientes ≥ 75 años que recibieron un trasplante de riñón en el Hospital 12 de Octubre de Madrid en el período 2002- 2012. Analizamos las complicaciones infecciosas, incidencia, germen implicado, severidad, factores de riesgo para las necciones post trasplante, SV del injerto y del paciente así como factores de riesgo para muerte del paciente.

Resultados: La edad media para los receptores fue 77.6 ± 2.4 y 75.6 ± 5.4 para los donantes. El 32% era diabético y el 30,5% obeso. La IS de inducción fue con globulina anti linfocito en el 3,8% y anti CD 25 en el 89,6% y el mantenimiento con anticalcineurínicos, (91% Tacrolimus), micofenolato y corticoides. El 71% presentó alguna complicación infecciosa relevante, y 70 pacientes (65%) tuvieron 165 episodios de infección. La diabetes pre trasplante aumenta el riesgo de infección bacteriana [aHR]: 1.07; 95% confidence interval [CI]: 1.08-3.59; P-value = 0.026). El rechazo agudo confirmado por biopsia fue factor de riesgo para la infección para Enfermedad por CMV (aHR: 6.18; 95% CI: 1.38-27.77; P-value = 0.017). La SV del injerto a 5 años censurada por muerte fue 85,7%. La supervivencia del paciente al año fue de 85,4% y 76,1 % a los 5 años. Presentar un rechazo agudo en los primeros 90 días fue el principal determinante de la sobrevida del paciente en el primer año (HR 4,48 CI 1,33-15,1, p 0,016). Las infecciones fueron la principal causa de muerte (51.5% [19/37]), seguidas de las complicaciones cardiovasculares (26,7%). La mediana de seguimiento fue de 34 meses (IQR 14-63).

Conclusiones: Las infecciosas son frecuentes y la principal causa de muerte en los trasplantados de riñón extremadamente añosos. La diabetes pre trasplante y el rechazo agudo son factores de riesgo para las infecciones bacterianas y la enf por CMV. El rechazo agudo precoz disminuye la sobre vida del paciente. Una inmunosupresión adaptada a la edad así como el diagnóstico profilaxis y tratamiento precoz de las infecciones parecen necesarios.

54 EVOLUCION A LARGO PLAZO DE LA FUNCION RENAL DE 201 PACIENTES CON INJURIA RENAL AGUDA DIALIZADOS.

Ríos P, Flores J, Gelabert B, Fernandez C, Guadalupe M, Noboa A, Varela P. Servicio de Nefrología de Agudos del hospital Maciel.

Desde trabajos de Liaño en adelante se ha reportado que episodios de injuria renal aguda (IRA), pueden, ser a largo plazo, causa de enfermedad renal crónica. **Objetivo:** analizar la evolución a largo plazo de la función renal, de pacientes con IRA que requirieron diálisis en nuestra unidad.

Metodología: se seleccionaron aquellos pacientes (pts) que entre los años 2003 y 2015 sufrieron IRA grave que requirieron diálisis, recuperaron función renal y egresaron con vida del hospital. A través de Registro Uruguayo de Diálisis se determinó cuales evolucionaron a la insuficiencia renal extrema (IRE) después de los tres meses del alta. Se analiza cuales pueden ser factores de riesgo para la evolución a la IRE. Se utiliza χ^2 y test de student para comparar proporciones y medias respectivamente. **Resultados:** Se seleccionaron 201 pts, sexo masculino (70%), edad 62 ± 16 años (rango 15 a 82), diabetes 9%, HTA 8,5%, cardiopatía 11,4%. Las etiologías de la IRA fueron: obstructiva 59 (29,4%), quirúrgica abdominal 25 (12,4%), pre renal 21 (10,4%), infecciosa-sepsis 18 (10,1%), hemato-oncológicas 13 (6,5%), síndrome cardio-renal 10 (5%), nefritis túbulointersticial aguda, pigmenturia, contraste y fosfocol 12 (6,5%), cirugía vascular 7 (3,5%), politraumatizados 6 (3%), leptospirosis y hantavirus 6 (3%), causa no determinada 25 (12,4%). Evolución a IRE 12 pts (6%) en un período de 1243 ± 1032 días (rango 125 a 2716). Se compara grupo que evolucionó a IRE vs el que no: sexo masculino 70.4 vs 58,3 % (NS), edad 60,7 vs 62,2 años (NS), duración de diálisis por IRA 16,5 vs 10,1 días (p 0,084), requerimiento de CTI 8,3 vs 25% (NS) antecedente de diabetes 25 vs 7,9% (0,08), de HTA 16,7 vs 7,9% (NS), de cardiopatía 25 vs 10,6% (NS). Los pts con síndrome cardio-renal presentaron IRE en 20%, los de causa no aclarada 12%, obstructiva 8,5%, infecciosa 5,6% pre renal 4,8% y cero las otras causas de IRA. **Conclusiones:** El 6% de los pacientes con IRA evolucionaron a la IRE (población general con IRE 0,11%). Aunque no significativamente la IRE parece asociarse a la comorbilidad cardiovascular y a la duración de la IRA.

VIERNES 19 DE AGOSTO

BALL ROOM A		BALL ROOM B		BALL ROOM C	
08.00 - 10.00	CURSO Nefropatología. Trasplante Coordinadoras: <i>Dra. Jimena Cabrera, Dra. Melania Kurdián, Dra. Gabriela Ottati</i> Invitados: <i>Dra. Esther González (España), Dr. Josep Cruzado (España)</i> Expertos: <i>Dr. Oscar Noboa, Dra. Liliana Gadola, Dr. Francisco González, Dra. Hena Caorsi, Dr. Nelson Dibello, Dr. Marcelo Nin, Dr. Sergio Orihuela, Dra. Lilián Curi</i>	08.00 - 10.00	CURSO Nefrología intervencionista Coordinadores: <i>Dr. Diego Tobal, Dr. Arturo Altuna</i>	08.00 - 10.00	E-POSTERS ERC - Parte I Comentadores: <i>Dra. Patricia Larre Borges, Dr. Andrés Urrestarazu, Dr. Rodrigo Sarantes</i> Trabajos Nº: 2, 4, 8, 15, 17, 18, 20, 22
10.00 - 10.30	Descanso - Café	10.00 - 10.30	Descanso - Café	10.00 - 10.30	Descanso - Café
10.30 - 11.00	CONFERENCIA Recaída de la nefropatía IgA en el trasplante <i>Dr. Josep Cruzado (España)</i> Presentador: <i>Dr. Marcelo Nin</i>	10.30 - 12.30 VII JORNADAS DE NUTRICIÓN Evaluación y diagnóstico nutricional del paciente con insuficiencia renal a través de diferentes métodos Coordinadora: <i>Lic. Nut. Sonia Dergazarián</i> * Diferentes métodos de diagnóstico nutricional utilizados en Argentina: <i>Lic. Cristina Milano (Argentina)</i> * Parámetros antropométricos: ¿cuáles son y qué representan en el paciente renal: <i>Lic. Ana Elizabeth Franco</i> * Antropometría vs bioimpedancia: <i>Lic. Estela Arbiza</i> * VGS: uso y significancia: <i>Lic. Mirtha Díaz, Lic. Gabriela Carro</i> * Relevamiento de los métodos utilizados en el ROU: <i>Lic. Sylvia Bancoff, Lic. Mónica Fernández</i>	10.30 - 12.30	E-POSTERS ERC - Parte II Comentadores: <i>Dra. Soledad Ferrari, Dra. Rosalía Rodríguez, Dr. Xosé González, Dra. Laura Solá</i> Trabajos Nº: 23, 27, 30, 43, 47, 48, 49	
11.00 - 11.30	CONFERENCIA NTIA aspectos diagnósticos y terapéuticos <i>Dra. Esther González (España)</i> Presentador: <i>Dr. Andrés Urrestarazu</i>		12.30 - 14.00	Intervalo	
11.30 - 12.00	CONFERENCIA Tratamiento del hiperparatiroidismo después del trasplante <i>Dr. Josep Cruzado (España)</i> Presentadora: <i>Dra. Ema Burgstaller</i>		14.00 - 15.30	MESA Qué hay de nuevo en técnicas de depuración extracorpórea Coordinadora: <i>Dra. Patricia Larre Borges</i> Invitados: <i>Dr. Alejandro Ferreiro, Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina), Dr. Diego Tobal</i>	
12.00 - 14.00	Intervalo	14.00 - 16.00	V JORNADAS DE PSICONEFROLOGÍA Coordinadora: <i>Psic. Carla Francolino</i> 14,00 - 14,30: Abordaje de la psicología médica en enfermedad renal crónica <i>Lic. Cecilia Durán</i> 14,30 - 14,45: Preguntas 14,45 - 15,15: Equipo: comunicación, empatía y conflictos: <i>Lic. Mercedes Viera</i> 15,15 - 15,30: Preguntas 15,30 - 16,00: Calidad de vida y mecanismos de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis: <i>Psic. Carla Francolino, Lic. Hernán Voituret</i>	14.00 - 16.00	E-POSTERS MISCELÁNEAS Comentadoras: <i>Dra. Liliana Gadola, Dra. Sofía San Román, Dra. Leonella Luzardo</i> Trabajos Nº: 13, 19, 21, 29, 31, 32, 35, 40
15.30 - 16.00	CONFERENCIA Trasplante renal en asistolia <i>Dra. Esther González (España)</i> Presentadora: <i>Dra. Lucía Orihuela</i>	16.00 - 16.30	Descanso - Café	16.00 - 16.30	Descanso - Café
16.30 - 17.30	MESA Nefropatía lúpica más allá del tratamiento inicial Coordinador: <i>Dr. Ricardo Silvaniño</i> Invitados: <i>Dra. Ana Malvar (Argentina), Dra. Esther González (España)</i>	16.30 - 17.30	E-POSTERS DESTACADOS Moderadoras: <i>Dra. Melania Kurdián, Dra. Inés Olaizola</i> Trabajos Nº: 1, 10, 44, 53, 54		
17.30 - 18.00	CEREMONIA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS <i>Dra. Gabriela Ottati</i>				



X Congreso Uruguayo de NEFROLOGÍA



18 y 19 de Agosto | 2016

Montevideo – Uruguay

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador, desea expresar su agradecimiento a las empresas que hicieron posible la realización de este evento.

Abbvie

Bioerix S.A.

Ciame Ltda. (Fresenius)

Fármaco Uruguayo

Gamma Ltda.

Humana IT - Sisdia

Laboratorios Libra

Nipro Medical

Roemmers

Salus - Danone

Sanofi Uruguay

Sanyfico



Secretaría e Informes:

Atenea Eventos srl

Av. 8 de Octubre 2254 of. 205 -Montevideo – Uruguay

Telefax: ++598 2 4005444

E-mail: nefrologia2016@atenea.com.uy - Web: www.atenea.com.uy

NEFROLOGÍA