

XI CONGRESO URUGUAYO DE NEFROLOGÍA V JORNADAS RIOPLATENSES DE NEFROLOGÍA

I Jornada Rioplatense de Enfermería en Nefrología

VIII Jornadas de Nutrición en Nefrología

VI Jornadas de Psiconefrología

"En homenaje al Prof. Dr. Nelson Mazzuchi y a la Prof. Dra. Emma Schwedt"

30 y 31 de Agosto de 2018

Radisson Montevideo

Victoria Plaza Hotel



SLANH



PROGRAMA OFICIAL



SLANH

ISN

AUTORIDADES

Comité Organizador

Dra. María Carlota González
Presidente

Dra. Ana María Díaz
Secretaría

Dra. Liliana Chifflet
Tesorera

Dra. María García
Dra. Margarita Halty
Dra. Alicia Sans
Vocales

Lic. Sandra Figueroa
Lic. Soledad Fumero
Coordinadoras Enfermería

Lic. Nut. Sonia Dergazarián
Coordinadora Nutrición

Mag. Cecilia Durán
Coordinadora Psiconefrología

Comité Científico

Dr. Alejandro Ferreiro
Presidente

Dra. Hena Caorsi
Dr. Juan Fernández Cean
Dra. Liliana Gadola
Dr. Francisco González
Dra. Margarita Halty
Dr. Raúl Lombardi
Dr. Marcelo Nin
Dr. Oscar Noboa
Miembros

INVITADOS EXTRANJEROS

Dra. Marta Adragna
(Argentina)

Dr. Guillermo Alvarez
(República Dominicana)

Dra. Mabel Alvarez Quiroga
(Argentina)

Dr. Bernard Canaud
(Francia)

Lic. María Colli
(Argentina)

Dr. Javier De Arteaga
(Argentina)

Dr. Gustavo Greloni
(Argentina)

Dr. Gustavo Laham
(Argentina)

Dra. Adeera Levin
(Canadá)

Dr. Fernando Lombi
(Argentina)

Lic. Susana Marcos
(Argentina)

Dr. Ricardo Martínez
(Argentina)

Lic. Nut. Cristina Milano
(Argentina)

Dr. Guillermo Rosa Díez
(Argentina)

Dra. Milagros Somaniego
(USA)

Dr. Rafael Selgas
(España)

Dr. Gervasio Soler Pujol
(Argentina)

Dr. Hernán Trimarchi
(Argentina)

AUSPICIOS

Academia Nacional de Medicina

AUDYN

Colegio Médico del Uruguay

Escuela de Graduados

Facultad de Enfermería

Facultad de Medicina

Federación Médica del Interior

FEPREMI

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
según Expediente
N° 2018-9-1-0001003



UruguayNatural
Ministerio de Turismo

JUEVES 30 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM A

07.30 - 08.00 **Inscripciones y Acreditaciones**

08.00 - 10.00 **Mesa**

Nefrología clínica

Coordinan: *Dra. Laura Miedzowicz, Dra. Beatriz Gelabert*

08.00 - 08.20 **Curso clínico de la nefropatía lúpica en el hombre**
Dr. Andrés Urrestarazú

08.20 - 08.40 **Abordaje diagnóstico de las nefropatías fibrilares**
Dr. Rubén Coitiño

08.40 - 09.00 **Diagnóstico y control de la HTA: implicancias para el tratamiento**
Dr. José Boggia

09.00 - 09.20 **La biopsia renal en el paciente diabético y síndrome metabólico**
Dr. Gustavo Greloni (Argentina)

09.20 - 09.35 **Tema libre N°36**

Efecto de células estromales de médula ósea y medio
condicionado en nefropatías experimentales

*Pizarrosa AC, Santelli A, Echarte L, Coitiño R, Aunchayna MH, Suarez A, Romeo C,
Sánchez MF, Tauriño Cristina, Gadola Liliana.*

Departamento Básico de Medicina, Departamento de Fisiopatología, Facultad
de Medicina, Universidad de la República.

09.35 - 10.00 **Discusión**

10.00 - 10.30 **Descanso - Café**

10.30 - 12.00 **Mesa**

Situaciones de difícil manejo

Coordinan: *Mag. Cecilia Durán, Lic. Psic. Ana García Pérez*

10.30 - 10.50 **Cuidados paliativos como opción de tratamiento
en la ERC estadio V y al fin de la vida.**
Dra. Natalia Bernardi

10.50 - 11.10 **Muerte digna en el paciente con IRA**
Dr. Raúl Lombardi

11.10 - 11.30 **La comunicación en toma de decisiones**
Dr. Juan Dopueto

11.30 - 12.00 **Discusión**

12.00 - 12.30

Conferencia

Rechazo del injerto por anticuerpos

Dra. Milagros Samaniego (USA)

Presenta: *Dr. Marcelo Nin*

12.30 - 14.00

Símpoio

Aplicación clínica de las nuevas tecnologías de la información

Coordinan: *Dra. Alicia Petraglia, Dra. Graciela Baldovinos*

- **Herramientas para limitar la incertidumbre en la toma de decisiones**
Dr. Alejandro Ferreira

- **Tecnologías de la información y salud**

Msc. Ing. Macarena Remedi

Auspicio: *Biofast*

Lunch cupos limitados



SLANH

ISN

14.00 – 16.00

Mesa**Tratamiento sustitutivo renal**

Coordinan: Dra. Patricia Larre Borges, Dra. Nieves Campistrú

14.00 – 14.20

Hiperparatiroidismo persistente en el trasplante renal

Dr. Gustavo Laham (Argentina)

14.20 – 14.40

Preservación de la membrana peritoneal a largo plazo

Dra. Mabel Alvarez Quiroga (Argentina)

14.40 – 15.00

Evaluación funcional de la membrana peritoneal: importancia pronóstica y en la adecuación del tratamiento

Dra. Liliana Gadala

15.00 – 15.20

Tratamiento del HPT secundario en el siglo XXI

Dr. Guillermo Rosa Díez (Argentina)

15.20 – 15.35

Tema libre N°44

Capacidad funcional y masa muscular en pacientes en terapia de remplazo renal
Baccino C, San Román S, Moliterno P, Rojas L, Core L, Moirano M, Tihista S,
Poggio MV, Armand Pilon A, Bentancor MJ, Echeverría C, Pereira S, Taglioretti V,
Zeballos S, Gadala L, Silvaniño R.

Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina y Centro
de Diálisis Peritoneal CASMU-IAMPP. Departamento de Nutrición Clínica,
Escuela de Nutrición, Montevideo, Uruguay.

15.35 – 16.00

Discusión

16.00 – 16.30

Descanso – Café

16.30 – 18.30

Mesa**Injuria renal aguda**

Coordinan: Dra. Pilar Varela, Dr. Xosé González

16.30 – 16.50

Decalage y sobrecarga de fluidos en IRA

Dr. Fernando Lombi (Argentina)

16.50 – 17.10

Indicación y oportunidad de inicio de TSR:**¿lugar de la medicina de precisión?**

Dr. Alejandro Ferreira

17.10 – 17.30

IRA en el Río de la Plata. ¿Bajo el yugo de la nefroplutocracia?

Dr. Fernando Lombi (Argentina)

17.30 – 17.50

¿Qué lugar tienen las terapias extracorpóreas en el tratamiento de las intoxicaciones?

Dr. Guillermo Rosa Díez (Argentina)

17.50 – 18.05

Tema libre N°59

Diálisis extendida (SLED) asociada a hemodiafiltración
de alto volumen con reposición en línea, para el
tratamiento de la injuria renal aguda severa.

Guerisoli A, Yandian F, Miranda V, González A, Miedzowicz L, González C, M,
Ferreiro A.

Departamento de Nefrología. CASMU-IAMPP.

18.05 – 18.30

Discusión

18.30 – 19.00

Conferencia y Ceremonia de Apertura**Enfermedad renal y metabolismo oxidativo: desarrollo de terapéutica dirigida a la mitocondria**

Dr. Rafael Radi

Presenta: Dr. Alejandro Ferreira

Palabras de Bienvenida: Dr. Pablo Ríos – Presidente S.U.N.

Dr. Ricardo Martínez – Presidente A.N.B.A.

19.00

Brindis de Bienvenida

JUEVES 30 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM B

08.00 - 10.00 Mesa de Casos Clínicos

Trasplante

Coordinan: Dra. Melania Kurdian, Dra. Ema Burgstaller

08.00 - 08.20 Aspectos psicológicos en la selección del donante vivo
Lic. Psic. Carla Francolino

08.20 - 10.00 Casos Clínicos

10.00 - 10.30 Descanso - Café

10.30 - 12.00 Mesa

Trasplante renal

Coordinan: Dr. Gonzalo Acuña, Dra. Laura Manzo

10.30 - 10.50 Trasplante de páncreas en pacientes con diabetes: indicaciones y resultados
Dr. Gervasio Soler Pujol (Argentina)

10.50 - 11.10 Nefropatía por virus BK
Dra. Milagros Samaniego (USA)

11.10 - 11.30 Indicaciones y experiencia nacional en trasplante simultáneo hepato renal
Dr. Marcelo Nin

11.30 - 11.45 Tema libre N°55

Nefropatía asociada a virus BK en riñón trasplantado.

Implementación del diagnóstico en Uruguay

Banchero M, López P, Aunchayna MH, Astesiano R, Carbia M, Santiago J, Seija M, Ferrari S, Nin M, Noboa O, Gadola L, Kurdian M.

Unidad de Trasplante, Centro de Nefrología - Laboratorio de Biología Molecular - Laboratorio de Anatomía Patológica - Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR

11.45 - 12.00 Discusión

12.00 - 12.30 Actividad en Ball Room A



SLANH



ISN

12.30 - 14.00 **Intervalo**14.00 - 16.00 **Mesa****Epidemiología de la ERC en Uruguay**Coordina: *Dra. Laura Ceretta*14.00 - 14.20 **Cambio de la frecuencia de glomerulopatías en el Uruguay: ¿mito o realidad?***Dra. Gabriela Ottati*14.20 - 14.40 **Programa de salud renal. Análisis crítico de resultados e inequidades***Dr. Pablo Ríos*14.40 - 15.00 **TSR en Uruguay. ¿Un modelo para compartir?***Dra. María Carlota González*15.00 - 15.20 **Estado actual de la procuración de órganos en Uruguay***Dr. Raúl Mizraji*15.20 - 15.35 **Tema libre N°47**

Control de factores de riesgo vascular en ERC, 11 años de seguimiento

Silva G, Tolstoi N, Saez L, Cotejo A, Silvariño R, Lamadrid V, Gadola L, Solá L, Ferreiro A, Ríos P.

Programa de Salud Renal. Montevideo, Uruguay

15.35 - 16.00 **Discusión**16.00 - 16.30 **Descanso - Café**16.30 - 18.30 **Mesa de Casos Clínicos****Nefrología clínica**Coordinan: *Dra. Jimena Cabrera, Dra. María Aunchayna*16.30 - 16.45 **Tema libre N°5**

Glomerulopatía membranosa secundaria a enfermedad injerto contra huésped

Figueroa MP, Bica A, Lorduguin MN, Luzardo L, Coitiño R, Urrestarazú A, Aunchayna MH, Boada M, Grille S, Ottati G, Gadola L, Noboa O.
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay16.45 - 17.00 **Tema libre N°6**

Biopsia renal en pacientes con diabetes mellitus 2

Raboina J, De Rosa G, Vavich R, De Rosa M.

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires.

17.00 - 17.15 **Tema libre N°10**

Nefritis tubulointersticial aguda (NTIA) en paciente bajo tratamiento con mesalazina. Caso clínico

San Román S, Silvariño R, Acle S, Baccino C, Ottati G, Vazquez S, Noboa O.
Servicio de Nefrología, Cooperativa de Servicios Médicos (COSEM).17.15 - 17.30 **Tema libre N°14**

Glomerulonefritis crioglobulinémica: una forma inusual de presentación de la endocarditis infecciosa (EI) subaguda

Giovanoni E, Zulberti C, Boggia J, Ottati G, Ferreiro A.

JUEVES 30 DE AGOSTO

18.30 - 19.00 Actividad en Ball Room A

SALA: BALL ROOM C

08.00 - 10.00 E-posters

Coordinan: Dr. Daniel Pérez, Dra. Alejandra Cannon

Nº7 PERITONITIS A ACINETOBACTER EN DIALISIS PERITONEAL

Lecueder S, Guadalupe M, San Román S, Baccino C, Silvareña R, Sans A, Gadola L.
Hospital de Clínicas, Hospital Maciel, CASMU, Montevideo, Uruguay

Nº8 ERITROPOYETINA ENDOGENA Y SU RELACION CON LA DEFICIENCIA DE HIERRO

Díaz J.C., González S., Yandián F., Leyú M, Bello M., Parodi K., Herro R., Alallón W Sold L.
Centro de Diálisis CASMU- IAMPP, Montevideo, Uruguay

Nº11 HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y VALVULOPATÍAS EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

González-Cancela X, Parma G, Larre-Borges P, Florio L, Gadola L.
Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

Nº13 TUBERCULOSIS DE PARED TORÁCICA EN HEMODIÁLISIS

Lecueder S, Urrestarazú A, Domínguez P, López M, López P, Alvarez A.
Casa de Galicia, Montevideo, Uruguay.

Nº16 ASOCIACIÓN ENTRE PRURITO CUTÁNEO Y DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ERC 5D

Ferrari S, Benítez G., Fraga A., Fraygoia A., Locher J., Niell W, Larre Borges P, Noboa O.

Nº17 PERITONITIS EN DIÁLISIS PERITONEAL EN URUGUAY: CAMBIO EN LA PREVALENCIA DE GÉRMENES (2004-17).

Sans A, Gadola L, Orihuela L, Rebori A, Domínguez P, Pérez D, Saez L, Orihuela N, Gómez T, Mautone M, Ríos A, San Román S, Lungo E, Ghelfi G, Mastandrea F, Laborda R, Vieira M, Garau M.
Grupo de Diálisis Peritoneal Sociedad Uruguaya de Nefrología, Uruguay.

Nº18 ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL INICIO URGENTE DE DIALISIS PERITONEAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Domínguez P, Gadola L, Lungo E, Cardozo C.
Servicio de Diálisis Peritoneal, CASMU-IMAPP, Montevideo, Uruguay

Nº22 CATÉTER DE HEMODIALISIS EMPLAZADA EN VENAS SUPRAHEPÁTICAS. UNA DECISIÓN EXCEPCIONAL

Díamant M, Rath S, Garra G, Larre Borges P, Tobal Diego
Servicio de Nefrología, Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Pasteur

Nº26 HIPERPARATIROIDISMO 2º SEVERO (HPT2): ¿NO SON MÁS NECESARIAS LAS PARATIROIDECTOMIAS (PTX)?

Carlino C, Alles A, Dip L, Moribigo C, Torales S, Cuestas M.
¹Dirección provincial de calidad y evaluación sanitaria, ²PAIER-CUDAIO, ³Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR) -Provincia de Santa Fe -Argentina

10.00 - 10.30 Descanso - Café



SLANH

ISN



10.30 – 12.00

E-posters

Coordinan: Dra. Cecilia Baccino, Dra. Saledad Ferrari

N°1 NEFROPATÍA Y LESIÓN ULCERADA CRÓNICA

Lorduguin N, Bica A, Izaguirre L, Zulberti C, Boggia J

N°4 COCAÍNA, HIPERTENSIÓN MALIGNA Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA

Lorduguin N, Bica A, Izaguirre L, Coitiño R, Boggia J

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay

N°21 GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA SECUNDARIA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Rath S, Garra G, Larre Borges P, Tobal D

Servicio de Nefrología Hospital Pasteur

N°23 LESIÓN BILATERAL DE ARTERIAS RENALES. SU

PRESENTACIÓN COMO INJURIA RENAL AGUDA

Rath S, Garra G, Ferreiro A, Larre Borges P, Tobal D

Servicio de Nefrología Hospital Pasteur

N°30 HALLAZGOS EN BIOPSIA RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS

Lorenzo MJ, Luna DA, Guadalupe M, Fernández C, Gelabert B, Ríos P, Ríos A, Rabaza V, Ceretto L, Aunchayna MH.

Hospital Maciel - ASSE, Montevideo, Uruguay.

N°43 DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Halty M, Cotelio A, Aleman A, Pimiento I, Carames A, Perdomo S.

Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades

Raras (CRENADECER). Montevideo, Uruguay.

N°45 PRESENTACIÓN CLÍNICA E HISTOLOGÍA EN LA PRIMER Y LA

SEGUNDA BIOPSIA RENAL EN LA NEFROPATÍA LÚPICA.

Parnizari P, Luzardo L, Boggia J, Aunchayna MH, Gadola L, Noboa O, Ottati G.

Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay

N°46 INFORME DEL REGISTRO URUGUAYO DE GLOMERULOPATIAS 2016-2017.

Garau M, Cabrera J, Acosta N, Aunchayna MH, Delfino L, Ríos P, Coitiño R, Coria V, Ottati G, Gadola L, Coors H, GonzalezMartinez F, Alvarez A, Baccino C, San Roman S, Silvariño R, Noboa O en representación del Registro Uruguayo de Glomerulopatías.

Programa de prevención y tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG), Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo-Uruguay.

12.00 – 12.30

Actividad en Ball Room A

12.30 – 14.00

Intervalo

14.00 – 16.00 **E-posters**

Coordinan: Dra. Leonella Luzardo, Dr. Federico García

- Nº9** CREACIÓN DE UN BIOBANCO DE PATOLOGÍA GLOMERULAR
Luzardo L, Ottati G, Tesore C, González P, Parnizari P, San Román S, Baccino C, Cabrera J, Ghelfi C, Silvariño R, Olascoaga A, Aunchayna MH, Noboa O.
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay
- Nº20** EL CUIDADO NEFROLÓGICO RETRASA EL INGRESO A DIÁLISIS
Silvariño R, Ríos P, Gadola L, Sola L, Lamadrid V, Ferreira A, Saona G, Tobal D
Comisión Asesora de Salud Renal
- Nº25** PERCEPCIÓN DE LA ERC EN EL PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA
Carlino C, Alles A, Airasca F, Ameriso J, Panozzo S, Donadio M, Valentini S, Dip L, Torales S
PAIERCUDAI0: Sub dirección de redes bioquímicas
- Nº28** IRA (INJURIA RENAL AGUDA) CON REQUERIMIENTO DE TRR (TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL) ¿ESTAMOS IGUAL QUE EN 2001?
Carlino MC, Avila R, Monje L, Mantello C, Taurizano N, Ferragut N, Fernández M, Bragado J, Josa P, De Prato J, Dip L, Chapelet A, Fiorilli F, Cuestas M, Alles A
PAIER-CUDAI0 | Hospital Provincial de Rosario; Hospital Dr. José María Cullen; Hospital Provincial del Centenario; Hospital Escuela Eva Perón; SAMCO Dra. Gutiérrez, Ventado Tuerto; Hospital Dra. O. Stuky, Reconquista; PAIER-CUDAI0; Ministerio de Salud
- Nº38** EL FRACASO RENAL AGUDO DIAGNOSTICADO POR CRITERIOS KDIGO SE ASOCIA DE FORMA INDEPENDIENTE CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS
Nin N, Martins J, Peñuelas O, Muriel A, Abril J, Lorente JA
- Nº39** DIFERENTE GRAVEDAD DE LOS ESTADIOS DE FRACASO RENAL AGUDO SEGÚN CRITERIO DIAGNÓSTICO UTILIZADO
Nin N, Martins J, Peñuelas O, Muriel A, Abril J, Lorente
- Nº50** INTOXICACIÓN SEVERA POR VALPROATO – ROL DE LA HEMODIALISIS
Curbelo A, Pinato M, Arigon J, Acuña G, Gonzalez S, Menoni R, Kurdian M, Alvarez A, Hurtado J.
Hospital Español J. J. Crottogini – Montevideo, Uruguay
- Nº51** NEFROPATÍA AGUDA POR FOSFATOS: A PROPÓSITO DE UN CASO
Lorenzo R, Aunchayna MH, Alvarez A, Pinato M, Acuña G, González S, Menoni R, Noboa O, Kurdian M.
Servicio de Nefrología, Hospital Español "J.J. Crottogini" – Laboratorio de Anatomía Patológica, H. Maciel, ASSE – Centro de Nefrología, H. de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR.

16.00 – 16.30 **Descanso – Café**

16.30 – 18.30

E-posters

Coordinan: Dra. Mercedes Chá, Dr. José Valiño

- N°31** MONITORIZACION CONTINUA DEL "DROP OUT"(SALIDA DE LA TÉCNICA DE DIÁLISIS PERITONEAL), PUEDE INCREMENTAR LA SOBREVIVENCIA DEL PACIENTE Y LA TÉCNICA.
Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A¹, Pesca F¹, Cerrón E¹, Hastein N¹, Fratucchello A¹, Sequeira S¹, Carlazo P¹, Gadea C¹, Nin N¹, Marrón B¹, Hegbrant J¹, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).

¹SEINE Diaverum Clinic, Montevideo, Uruguay ²Diaverum Medical Office, Montevideo, Uruguay ³Diaverum Home Therapies, Medical Office, Madrid, España ⁴Diaverum Medical Office, Lund, Suecia

- N°32** EL USO DEL "DROP OUT" (DO) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN UNA RED ASISTENCIAL LATINOAMERICANA, EN DIÁLISIS PERITONEAL

Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A¹, Pesca F¹, Cerrón E¹, Hastein N¹, Fratucchello A¹, Sequeira S¹, Carlazo P¹, Gadea C¹, Nin N¹, Marrón B¹, Hegbrant J¹, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).

¹SEINE Diaverum Clinic, Montevideo, Uruguay ²Diaverum Medical Office, Montevideo, Uruguay ³Diaverum Home Therapies, Medical Office, Madrid, España ⁴Diaverum Medical Office, Lund, Suecia

- N°33** INDICADORES DE CALIDAD EN UNA RED INTERNACIONAL DE CLÍNICAS DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP) COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA.

Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A¹, Pesca F¹, Cerrón E¹, Hastein N¹, Fratucchello A¹, Sequeira S¹, Carlazo P¹, Gadea C¹, Nin N¹, Marrón B¹, Hegbrant J¹, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).

¹SEINE Diaverum Clinic, Montevideo, Uruguay ²Diaverum Medical Office, Montevideo, Uruguay ³Diaverum Home Therapies, Medical Office, Madrid, España ⁴Diaverum Medical Office, Lund, Suecia

- N°34** ESTUDIO DE LA RIGIDEZ ARTERIAL EN HEMODIÁLISIS

Sarantes R, Pecora M, Larre Borges P, Noboa O, Boggia J
Centro de Nefrología, Hospital de Clínica, Montevideo – Uruguay

- N°37** ANÁLISIS DE LA TENDENCIA Y EL IMPACTO PRONÓSTICO DEL PRIMER ACCESO VASCULAR PERMANENTE EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Ceretta M L, González M C, Ferreira A, Ottati G, Noboa O.
Registro Uruguayo de Diálisis, SUN. Cátedra de Nefrología, Hospital de Clínicas, UdelaR.

- N°40** IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE UNA OSMOSIS REVERSA DE DOBLE PASO CON DESINFECCIÓN AUTOMÁTICA POR CALOR

Coria V, Santos Y, Alonso D, Hekimian G, Nin N

- N°41** IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACCESOS VASCULARES

Santos Y, Coria V, Hekimian G, Fajardo L, Suarez G, Rovira A, Borghini P, Falchi B, Perez D, Paz F, Nin N

18.30 – 19.00

Actividad en Ball Room A

VIERNES 31 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM A

- 07.00 – 08.00 **Desayuno con Expertos**
Aspectos prácticos de la hemodiafiltración en el tratamiento de la ERC
Auspicio: Bioerix
Experto: Dr. Guillermo Rosa Díez (Argentina)
- 08.00 – 10.00 **Mesa**
Factores de riesgo de ERC
Coordinan: Dra. Ana María Díaz, Dra. Alicia Sans
- 08.00 – 08.20 **Factores de riesgo de ERC adquiridos en la infancia**
Dra. Marta Adragna (Argentina)
- 08.20 – 08.40 **ERC de etiología no tradicional: el caso de la Nefropatía Mesoamericana**
Dr. Guillermo Alvarez (República Dominicana)
- 08.40 – 09.00 **ERC de origen desconocido como causa de ingreso a TSR en Argentina**
Dr. Guillermo Rosa Díez (Argentina)
- 09.00 – 09.20 **ERC en trasplantes de hígado, pulmón y corazón**
Dra. Milagros Samaniego (USA)
- 09.20 – 09.40 **Factores de riesgo no inmunológicos de progresión en TR: lo que el nefrólogo debe conocer**
Dra. Rossana Astesiano
- 09.40 – 10.00 **Discusión**
- 10.00 – 10.30 **Descanso - Café**
- 10.30 – 12.00 **Mesa**
Nefrología integrada
Coordinan: Dra. Cristina Fernández, Dra. Liliana Chifflet
- 10.30 – 10.50 **Transición de la atención del paciente pediátrico con ERC a la atención en centros de adultos**
Dra. Marta Adragna (Argentina)
- 10.50 – 11.10 **Regreso a diálisis por falla de trasplante**
Dr. Gustavo Laham (Argentina)
- 11.10 – 11.30 **Desafíos en el trabajo multidisciplinario e impacto en los resultados en salud**
Lic. Psic. Mercedes Viera
- 11.30 – 11.50 **Cáncer de riñón: lo que el nefrólogo debe conocer**
Dr. Javier De Arteaga (Argentina)
- 11.50 – 12.00 **Discusión**
- 12.00 – 12.30 **Conferencia**
Estado actual del conocimiento en nefropatía IgA
Dr. Hernán Trimarchi (Argentina)
Presenta: Dr. Ricardo Martínez (Argentina)



SLANH

ISN



- 12.30 – 14.00 **Simposio**
Abordaje nutricional del paciente con enfermedad renal
Coordinan: Dra. Mariana Seijo, Dr. Ricardo Martínez (Argentina)
- 12.30 – 12.55 **Soporte nutricional del paciente con IRA séptica**
Dr. Alejandro Opertti
- 12.55 – 13.20 **Cómo manejar el estado nutricional en pacientes en diálisis**
Dr. Bernard Canaud (Francia)
- 13.20 – 14.00 **Discusión**
Auspicia: Libra
Lunch cupos limitados
- 14.00 – 16.00 **Mesa**
Lesión endotelial en nefropatías
Coordinan: Dra. Asunción Alvarez, Dr. Nelson Acasta
- 14.00 – 14.20 **SUH típico**
Dra. Marta Adragna (Argentina)
- 14.20 – 14.40 **SUH atípico**
Dr. Hernán Trimarchi (Argentina)
- 14.40 – 15.00 **Microangiopatías trombóticas en el embarazo y puerperio**
Dr. Gustavo Greloni (Argentina)
- 15.00 – 15.20 **Algoritmo diagnóstico en GP membranoproliferativa**
Dr. Oscar Noboa
- 15.20 – 15.40 **Nefropatía asociada a síndrome antifosfolipídico**
Dr. Ricardo Silvareña
- 15.40 – 16.00 **Discusión**
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café**
- 16.30 – 18.30 **Mesa**
Nuevos horizontes en nefrología
Coordina: Dra. Hena Caorsi
- 16.30 – 16.55 **La perspectiva global en la enfermedad renal crónica: oportunidades y desafíos**
Dra. Adeera Levin (Canadá)
- 16.55 – 17.20 **Futuro y desafíos del trasplante de órganos**
Dr. Francisco González
- 17.20 – 17.45 **¿De qué forma la revolución digital cambiará la práctica clínica y mejorará los resultados en diálisis?**
Dr. Bernard Canaud (Francia)
- 17.45 – 18.10 **IRA, el nuevo paradigma: desde el hospital al primer nivel de atención**
Dr. Raúl Lombardi
- 18.10 – 18.35 **Horizontes de investigación y desarrollo en diálisis peritoneal**
Dr. Rafael Selgas (España)
- 18.30 – 19.00 **Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios**
Dra. María Carlota González: Presidente XI Congreso Uruguayo de Nefrología
Dr. Pablo Ríos: Presidente de la SUN
- 19.00 – 19.30 **Conferencia de Clausura**
¿Es la hemodiafiltración de alto volumen la respuesta para mejorar el pronóstico de los pacientes en diálisis?
Dr. Bernard Canaud (Francia)
Presenta: Dra. María Carlota González

VIERNES 31 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM B

- 08.00 – 10.00 **I Jornada Rioplatense de Enfermería en Nefrología – Parte I**
Cuidados de calidad en la atención de las personas con afecciones renales
Coordinan: Lic. Soledad Fumero, Lic. Sandra Figueroa
- 08.00 – 08.45 **Apertura**
Dra. María Carlota González
Presidente XI Congreso Uruguayo de Nefrología
Lic. Susana Marcos (Argentina)
Representante SAEN
Lic. Sandra Figueroa
Comité Organizador. Div. Enf. Hospital de Clínicas
- 08.45 – 09.15 **Modelos de cuidados crónicos innovadores centrados en la persona enferma y su familia**
Lic. Susana Marcos (Argentina)
- 09.15 – 09.30 **Proyecto de mejora de la calidad de vida en usuarios asistidos en hemodiálisis crónica**
Lic. Uber Amador, Lic. María Olivero
- 09.30 – 09.45 **Nefroconversa. Hacia una nueva cultura de trabajo**
Lic. Patricia González, Aux. Gerardo Núñez, Aux. Alberto Pérez, Lic. María Miotti,
Lic. Andrea Caltieri, Dr. Alejandro Ferreira
- 09.45 – 10.00 **Modelización de la contribución de la disciplina enfermera a la mejora de la calidad de vida del usuario con patologías crónicas**
Lic. Sandra Figueroa, Lic. Soledad Fumero
- 10.00 – 10.30 **Descanso - Café**
- 10.30 – 12.30 **I Jornada Rioplatense de Enfermería en Nefrología – Parte II**
- 10.30 – 11.00 **Terapia de reemplazo renal en pacientes críticos**
Lic. María Colli (Argentina)
- 11.00 – 12.30 **Mesa Redonda**
Escenarios de calidad en servicios de nefrología
Coordina: Lic. Valeria Quintero
- **Habilitación y fiscalización**
Lic. Miriam Tritten
 - **Gestión de calidad en los Centros de Hemodiálisis**
Lic. Graciela Leiva
 - **Experiencia en certificación de calidad en el servicio de nefrología**
Lic. Rocío Bentancor, Lic. Patricia Rodríguez, Lic. Marcelo Martínez
 - **Acreditación de calidad**
Lic. María Colli (Argentina)
- 12.30 – 13.45 **Intervalo**



SLANH

ISN

13.45 – 16.00 VIII Jornadas de Nutrición en Nefrología – Parte I

Coordina: Lic. Nut. Sonia Dergazarián

13.45 – 15.00 Desafíos de la alimentación parenteral eficiente en diálisis

Coordina: Lic. Nut. Sonia Dergazarián

- » Rol de la alimentación parenteral
Dra. Estela Olano
- » Lugar de la alimentación parenteral en diálisis: indicaciones y limitaciones
Dr. Alejandro Ferreiro
- » Tratamiento de la desnutrición con NPID. 20 años de experiencia
Lic. Nut. Mario Pereira
- » Evolución de la parenteral intradialítica en la República Argentina: donde estamos hoy
Lic. Nut. Cristina Milano (Argentina)
- » Rol de enfermería en la administración de la AI parenteral en HD
Lic. Patricia Urrutia

15.00 – 16.00 Nuevos enfoques nutricionales en nefroprevención pediátrica y adulto mayor

Coordina: Lic. Nut. Silvia Bancoff

- » Programa en salud renal pediátrica
Dra. Anabella Rébori, Lic. Nut. Gabriela Carro
- » Cambio de paradigma en el adulto mayor con enfermedad renal crónica avanzada
Lic. Cristina Milano (Argentina)

16.00 – 16.30 Descanso – Café

16.30 – 18.00 VIII Jornadas de Nutrición en Nefrología – Parte II

Hiperfosforemia: sus múltiples factores y el abordaje del equipo tratante

Coordina: Lic. Nut. María del Verdún Poggio

- » Uso eficiente de los captadores de fósforo
Dra. Laura Fajardo
- » Dpto. de Alimentos Escuela de Nutrición UdelaR: Ingesta de fósforo a través de alimentos y bebidas (materias primas y aditivos)
Lic. Nut. Estela Fernández
- » Investigación: cuantificación del contenido de fósforo en harinas
Mag. Q. Teresa Pagano
- » Adherencia al fósforo: resolución de casos clínicos: enfoque nutricional y psicológico
Lic. Nut. Mónica Fernández, Psic. Carla Francofina

18.30 – 19.30 Actividad en Ball Room A

VIERNES 31 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM C

08.00 – 10.00 E-posters

Coordinan: Dra. Sofía San Roman, Dra. Catherine Zilberti

- N°2** RITUXIMAB EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICOSENSIBLE (SNCS) DEL ADULTO: EXPERIENCIA EN NUESTRO MEDIO.
Baccino C, San Román S*, Luzzardo L*, Ottati G, Silvaniño R, Gadola L y Noboa O.*
C. de Nefrología. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.
- N°24** INFECCIONES OPORTUNISTAS EN INMUNODEPRIMIDOS. HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
Silva G, Figueroa S, Mizraji R, Limongi G. Montevideo, Uruguay 2018.
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (AEPSM).
- N°27** MEJORAS ALENTADORAS EN LOS INDICADORES DE UN PLAN PROVINCIAL DE SALUD RENAL
Carlino C, Alles A*, Dip L*, Torales S*, Anchart E*, Airasca F*, Werner D*, Van Der Thüser E*, Donadio M*, Panozzo S*, Cuestas M*.*
¹PAIER-CUDAIO (Santa Fe), ²Ministerio de Salud, ³Sub Dirección provincial de redes de laboratorio, ⁴Sectorial informática
- N°29** PARADAS SALUDABLES (PS) 2015-2017: OPORTUNIDAD PARA DETECTAR LESIÓN RENAL Y FACTORES DE RIESGO (FR) RENAL Y CARDIOVASCULAR.
Carlino MC, Ameriso J*, Davini B*, Mannino L*, Turdo V*, Belmonte E*, Henchoz R*, Dip L*, Anchart E*, Cuestas M*, Alles A*.*
¹PAIER-CUDAIO; ²Sub Dirección provincial de redes de laboratorio; ³Dirección provincial de promoción y prevención de la salud; ⁴Laboratorio CEMAR -Rosario; ⁵Centro de Estudiantes Facultad de Medicina UNR
- N°48** EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA.
Dufort y Álvarez M, Rebori A, Carro G, Glachetto G, Gonzalez C, Ferreira A.
SENNIAD. Montevideo- Uruguay.
- N°52** PROGRAMAS DE SALUD RENAL DE SANTA FE Y URUGUAY. PRIMEROS PASOS DE TRABAJO CONJUNTO EN LA PREVENCIÓN DE NEFROPATÍAS
Carlino C, Dip L*, Torales S*, Lamadrid V*, Silvaniño R*, Gadola L*, Solá L*, Ferreira A*, Ríos P*, Alles A*.*
¹Programa de Salud Renal de Santa Fe, Argentina. ²Programa de Salud Renal de Uruguay.
- N°53** SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD EN HEMODIÁLISIS: UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA.
Chifflet L, Leiva G, Bazzano J, Gambogi R.
Fondo Nacional de Recursos (FNR). Uruguay.
- N°57** OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ASISTENCIA NEFROLÓGICA NACIONAL
Ríos P, Silvaniño R, Gadola L, Lamadrid V, Solá L, Ferreira A.
Comisión Asesora de Salud Renal. Programa de Salud Renal de Uruguay.

10.00 – 10.30 Descanso – Café



SLANH

ISN

10.30 – 12.00

E-posters

Coordinan: Dr. Rodrigo Sarantes, Dra. Lucía Orihuela

N°19 ENFERMEDAD DE FABRY: REPORTE DE UN CASO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO*Parrizari P, San Román S, Aunchayna MH, Luzardo L, Baccino C, Ottati G, Gadola L, Noboa O.*
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, UdelAR. Montevideo. Uruguay**N°42 IMPACTO DE LOS ACCESOS VASCULARES EN LOS DESENLACES DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS***Nin N, Coria V, Santos Y, Fajardo L, Suarez G, Ravira A, Borghini P, Falchi B, Hekimian G, Perez D, Paz F.***N°49 COMPARACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE PACIENTES INGRESADOS A HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL***Ferreiro A, González M C, Chifflet L, Ceretta M L.*
Registro Uruguayo de Diálisis (RUD).**N°54 INJURIA RENAL AGUDA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO***Kurdián M, Nin N, Pinato M, Acuña G, Gonzalez S, Menoni R, Oyamburo A, Perez G, Priario A, Hurtado J, Alvarez A.*
Servicio de Nefrología y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Español "J.J.Crotogini" – ASSE**N°56 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA***Compistrú N, Petroglia A, Cha M, Márquez M, Pinato M, Zinno E, Iglesias S.*
Centros de Diálisis: INU, Uruguayana, CAMOC. Uruguay.**N°58 CREANDO CONCIENCIA SOBRE INJURIA RENAL AGUDA: UNA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA***Raúl Lombardi^{1,2}, Alejandro Ferreiro^{1,2}, Guillermo Rosa-Diez^{1,3}, Álvaro Margolis⁴, Luis Yu^{1,2}, Mauricio Younes-Ibrahim^{1,4}, Emmanuel A. Burdmann^{1,5}, Fátima Oeyen⁶, Walter Douthat⁷*
¹Comité de IRA, Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. ²Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. ³Departamento de Nefrología, Instituto Universitario del Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina. ⁴EviMed, Montevideo, Uruguay. ⁵División de Nefrología, Escuela de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil. ⁶Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Río de Janeiro, Brasil. ⁷Sociedad Latinoamericana de Nefrología, Presidente. Departamento de Nefrología, Hospital Universitario Privado, Córdoba, Argentina.**N°61 HEMODIAFILTRACIÓN-EN LÍNEA (HDF-L) CRÓNICA. SEGUIMIENTO DE LOS PRIMEROS 17 PACIENTES***Flores R, Guerisoli A, Yosi C, Gauronas P, Iglesias P, Baccino C, Larreborges P, Gadola L, Noboa O, Silvariño R*
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas (HC), Facultad de Medicina, UdelAR**N°62 INJURIA RENAL AGUDA SEVERA SECUNDARIA A RABDOMIÓLISIS NO TRAUMÁTICA.***Yandian F, Miranda V, Guerisoli A, González A, Miedzowicz L, González C, Labello M, Ferreiro A.*
Departamento de Nefrología. CASMU-IAMPP. Uruguay

12.00 – 12.30

Actividad en Ball Room A

12.30 – 14.00

Intervalo

14.00 – 16.00

E-posters Enfermería

Coordina: Lic. Soledad Fumero

- N°1 ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA**
Mg. Josefina Verde – Lic. Paola Lemaire
Facultad de Enfermería-Centro de Posgrado
- N°2 EXPERIENCIA DOCENTE ASISTENCIAL EN ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA**
Lic. Soledad Fumero – Lic. Gianella Ghelfi – Lic. Sandra Figueroa – Lic. Alicia Ratti
Hospital de Clínicas
- N°3 CASO CLÍNICO POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA**
Lic. Cecilia Tapié
- N°4 DIÁLISIS PERITONEAL DOMICILIARIA EN UN MEDIO SOCIO-ECONÓMICO DEFICITARIO**
Lic. Ana Ferreira, Lic. Paola Galilea
SEINE
- N°5 ENFOQUE DE RIESGO EN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**
Lic. Carmen Pintos, Lic. Claudia Cardozo, Lic. Andrea Caltieri, Dr. Alejandro Ferreiro
CASMU-IAMPP
- N°6 BIOSEGURIDAD EN HEMODIÁLISIS**
Lic. María Colli
Hosp. Italiano. Bs. As
- N°7 IMPACTO DE LAS ACCIONES PARA CONTROLAR LA DISEMINACIÓN DE GÉRMENES RESISTENTES EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS**
Lic. Marcelo Martínez, Lic. Patricia Rodríguez, Lic. Rocío Bentancor, Dr. Alejandro Ferreiro
AMSJ- IAMPP
- N°8 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR DEL USUARIO TRASPLANTADO RENAL**
Lic. Natalia Fogasa, Lic. Cecilia Nogueira, Lic. Cecilia Tapié.
Hospital Evangélico
- N°9 CALIDAD DE CUIDADOS -USO DE PLATAFORMA ENFERMERA E-CUIDADOS**
Lic. Daniela Álvarez
Caso clínico Postoperatorio de Trasplante Renal – Hospital de Clínicas
- N°10 CALIDAD DE CUIDADOS -USO DE PLATAFORMA ENFERMERA E-CUIDADOS**
Lic. Paula Búcalo, Lic. Eliana López, A.E. Johana Cabrera, A.E. Sandra Álvarez, A.E. Marcelo Suárez
Caso Clínico Embarazo en Hemodiálisis- Hospital de Clínicas
- N°11 IMPLANTACIÓN DE HEMODIAFILTRACIÓN DE ALTO VOLUMEN CON REPOSICIÓN EN LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SEVERA CASMU IAMPP**
Lic. Paola Donati, A.E. Silvana Rodríguez, A.E. Carina Soria, A.E. Liliana Pérez, A.E. Nadia Larrosa, Lic. Andrea Caltieri, Dr. Alejandro Ferreiro

6 BIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2:

Baboina J, De Rosa G, Vovich R, De Rosa M.

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires.

OBJETIVOS: Evaluar nuestros resultados en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) con nefropatía, describiendo las indicaciones más frecuentes de la biopsia renal (BR) y correlacionar la forma de presentación renal con los hallazgos histológicos.

MÉTODOS: Se revisaron las BR de pacientes con DM2 entre 2010-2016, para determinar si presentaban una Enfermedad Renal Diabética (ERD), u otra Enfermedad renal no diabética (ERN) en forma exclusiva o asociada. Los datos registrados incluyeron edad, sexo, tiempo del diagnóstico de la enfermedad (< 10 o > 10 años), indicación de la BR, formas clínicas de presentación y los diagnósticos histopatológicos (MO, IF y en el 46.7% ME). Para la ERD se utilizó la clasificación de 2010. Análisis estadístico: las variables continuas fueron expresadas en medias y desviaciones estándar, las categóricas en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: Se analizaron 10 BR, sobre un total de 1178 realizadas en ese período (2.5%). Edad promedio: 59.9 años, 60% hombres, 90% hipertensos, 53.3% con diagnóstico < 10 años, FGe (C/D-E/M): 52.3/32.7 ml/min/7.2mm, proteinuria 7.5 $\pm$ 6.1 g/24 horas. Entre los que tenían examen ocular documentado (21/30) el 52.4% presentaban retinopatía por DM. **Formas clínicas de presentación:** El síndrome nefrótico (SN) fue la más frecuente 53.3% (n/14), en dos casos con IRRP asociado. En el resto las indicaciones de la BR fueron su aparición súbita y/o hematuria glomerular, insuficiencia renal, diagnóstico de DM < 10 años, ausencia de retinopatía, y otra enfermedad asociada. Proteinuria de diferentes grados, sin SN y similares condiciones clínicas, se observó en el 30% (n/9). La IRA fue la indicación de BR en 13.3% (n/4) y la IRRP 3.3% (n/1). **Diagnósticos histopatológicos:** ERD: 9 (30%) (Clases III: 1, III: 5 y IV: 3). ERND: 13 (43.3%) (GEFS: 6, Ent. Ateroesclerótica: 2, GEFS: 1, Extracapilar paucicelular: 1, GN crioglobulinémica tipo 1: 1, Nigra: 1, N.Membranosa: 1). **ERND + ERD:** 8 (26.7%) (GEFS: 2, N.Membranosa: 1, Mesangial por inmunocomplejos: 1, NTA-NTI: 3, Nigra: 1). **Correlación:** El SN acompañó el 89% de la ERD exclusiva (Clases III y IV) y el 38% del resto de las BR. Proteinuria en grados variables con o sin hematuria e insuficiencia renal fue la característica dominante en el 30% de las formas histológicas. La IRA se correlacionó en un caso a una enfermedad ateroesclerótica con GEFS asociada, en otro a una nefropatía por cristales más NTA y ERD (Clase II), y las dos restantes ERD (Clase III), una con NTA y otra con NTA/NTI. La IRRP correspondió a una vasculitis paucicelular. **CONCLUSIONES:** A pesar del limitado número de BR realizadas en DM2, la ERND presentó una ligera prevalencia, 43.3%. La ERD exclusiva representó el 30% y un 26.7% tuvo otra nefropatía superpuesta. La indicación de la BR basada en criterios clínicos más restrictivos explicaría estos resultados, con una alta probabilidad de detectar otra nefropatía (70%).

7 PERITONITIS A ACINETOBACTER EN DIALISIS PERITONEAL

Lecander S, Guadalupe M, San Román S, Baccino

C, Silvino R, Sans A, Gadala L.

Hospital de Clínicas, Hospital Maciel, CASMU, Montevideo, Uruguay

Introducción: En Uruguay la incidencia global de peritonitis es 0.47 episodios/paciente/año, con una incidencia de 0.09 paciente/año para Gram negativos. Acinetobacter (ACT) es un bacilo gran negativo poco frecuente como causa de peritonitis.

Objetivo: Analizar presentación, tratamiento y evolución de las peritonitis a ACT en el período 2008-2016 provenientes de tres centros. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con peritonitis a ACT en el período analizado. Tiempo de exposición total > 13 meses. Se registró edad, sexo, comorbilidades, índice de Charlson, tiempo en DP al episodio, sensibilidad antibiótica, tratamiento y evolución. **Resultados y discusión:** Fueron 7 episodios en 7 pacientes, edad promedio fue 56.4 $\pm$ 13 años, 5 sexo femenino. Se destaca como factores de riesgo que 4 pacientes eran diabéticos y 4 con índice de Charlson mayor o igual a 6. El tiempo en DP > 22 meses, 4 tuvieron peritonitis previas alejadas. La mayoría fueron ACT multiresistentes (6/7) que respondieron al tratamiento empírico inicial (5/7) que incluye el cambio de vancomicina por ceftazidima (3/7) o ciprofloxacina (3/7) (ver tabla). El único fallecimiento fue un ACT intrahospitalario multiresistente. Hubo 1 retiro de catéter por refractariedad que requirió cambio de técnica.

	Especie	Sensibilidad	Tratamiento	Duración	Evolución
1	Lineal	Multiresistente	Amik+Ceftriaxona	21	Buena
2	S.P.	Multiresistente	Amik+Ciprofloxacina	21	Buena
3	Baumannii	Multiresistente	Amik+Ceftriaxona	21	Refractaria
4	Baumannii	Resistente	Colistin	2	Muere
5	Baumannii	Multiresistente	Amik+Ceftriaxona	21	Buena
6	Unigrid	Multiresistente	Amik+Ciprofloxacina	21	Buena
7	Baumannii	Multiresistente	Amik+Ciprofloxacina	21	Buena

Multiresistente: Ampicilinasulbactam, Ceftazidima, Ciprofloxacina, Colistin, Gentamicina, Imipenem, Meropenem, Piperacilina, Tobramicina, Tigeciclina. Resistente: sensible solo a Colistin.

Conclusiones: La peritonitis a Acinetobacter es infrecuente en nuestro medio. La mayoría de los casos tuvieron perfil multiresistente. A pesar del escaso número de pacientes, se destaca como factores de riesgo la diabetes y un índice de Charlson elevado.

Daubler-Hedot H, C, Fossas-Huertas A, C. B. L. (2017). RUC Informe anual 2016. J. Hay, H, Cho, Y., Ponce, E. M., Hawley, C. M., Clayton, P. A., Barton, M. Johnson, G. W. (2018). Outcomes of Acinetobacter peritonitis in Peritoneal Dialysis Patients: a 10-Year Retrospective Analysis. Peritoneal Dialysis International. Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis, 18(1), 1-10.

8 ERITROPYETINA ENDOGENA Y SU RELACION CON LA DEFICIENCIA DE HIERRO

Díaz J.C., González S, Vandián F, Leylín M, Bello

M., Parodi K, Herro R., Alarín W Sold L.

Centro de Diálisis CASMU- IAMPP, Montevideo, Uruguay.

El objetivo de este estudio fue medir la eritropoyetina endógena (EPOe) y su relación con la deficiencia de hierro (Def-Fe), niveles de hemoglobina (Hb) y la suplementación de eritropoyetina (EPOsup) en los pacientes en hemodiálisis (HD).

MÉTODOS: Se midió EPOe en el Centro de Diálisis del CASMU-IAMPP en noviembre/17. Se registraron edad, sexo y función renal residual (FRR). EPOe, sideremia, saturación de transferrina (SATT), ferritina, eritrocitos hipocrómicos (ERHIP), proteína C reactiva (PCR) y Hb fueron medidos en sesión de mitad de semana, después de 9 días sin EPOsup y 3 semanas sin suplementación de Fe.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Se estudiaron 160 pacientes (pts), 104 hombres (65%) edad media 71 años (IQ 59-78), 64 diabéticos (40%), tiempo en HD 25.2 meses (IQ 13.7-47.3) y FRR de 4.5 ml/min (IQ 2.5-7.5). EPOe media fue 8.7 mU/ml (5.9-13.3). EPOe baja en 19 (11.9%), normal en 134 (83.8%) y alta en 7 pacientes (4.30%). De acuerdo al valor de EPOe: 1º tercil menor 6.81 en 53 pts, 2º tercil 6.81-10.97 y 3º tercil mayor 10.97 mU/ml.

37 pts no recibieron EPOsup. No difirieron en edad, sexo o EPOe de los que recibían, y además tuvieron más altos niveles de Hb (11.2 vs 10.6), sideremia (82 vs 61) y SATT (37.1 vs 29.9) y niveles más bajos de PCR (7.8 vs 16.1). Los pacientes del 1º tercil no difirieron en edad, sexo, diabetes o niveles de Hb de los otros terciles, pero tuvieron menos tiempo en diálisis (29 vs 43 meses), ERHIP (3.8 vs 33.6%), EPOsup (55 vs 80 U/kg/semana) y más altos de sideremia (91 vs 62), SATT (44 vs 29) y diuresis (1116 vs 571).

CONCLUSIÓN: Pocos pts tienen EPOe baja. Los pts en los 2 terciles superiores mostraron sideremia y SATT bajas y necesitaron más EPOsup. Se necesita más investigación del mecanismo de modulación del Fe en la eritropoyesis. El aumento de EPOsup en los 2 terciles superiores no parece la estrategia apropiada, en cambio sí es preferible el aumento del suplemento de Fe.

9 CREACIÓN DE UN BIOBANCO DE PATOLOGÍA GLOMERULAR

Luzardo L, Ochoa G, Tesere C, González P, Parnizari P,

San Román S, Baccino C, Cabrera J, Ghaffi C, Silvino R,

R, Olscoaga A, Aunchoyana MH, Noboa O.

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

Introducción: La nefrología uruguaya tiene una importante tradición de registro y análisis de sus diversas áreas de competencia. En particular, en el área de las glomerulopatías (GP), el Registro Uruguayo de GP y el Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías (PPGTG) registran todo nuevo diagnóstico de GP, así como su evolución, cubriendo la totalidad del territorio nacional. Los biobancos constituyen una plataforma que adquiere, valida, procesa, almacena, gestiona y distribuye material biológico de origen humano para investigación básica, traslacional y epidemiológica. El objetivo del proyecto es crear un biobanco de muestras biológicas (suero, orina y parénquima renal) de pacientes con enfermedad glomerular diagnosticados por función biopsia renal (PBR).

Metodología: Reportamos el inicio del proyecto. El día previo a la PBR, se recoge el consentimiento informado. Se incluyen todos los pacientes que son sometidos a una punción de riñón nativo. El protocolo incluye la recolección de datos patrimonios, antecedentes personales y características clínicas y paracéntricas de la patología renal. Se almacenan muestras del momento del diagnóstico histológico (Mes 0), y en los meses 4, 8 y 12. A partir del segundo año, los cortes se realizarán cada 6 meses. En cada contacto, se recaban datos vinculados a la evolución clínica paracéntrica y al tratamiento recibido. El proyecto cuenta con financiación proveniente del Fondo de Investigación en Nefrología y fue aprobado por el Comité de Ética del HC. Los datos y eventualmente aliquotas del material biológico estarán disponibles para cualquier actor local que plantee una hipótesis de trabajo y cuente con el aval del comité de ética correspondiente.

Resultados: El reclutamiento de pacientes comenzó en febrero de 2018. Al momento de elaborar este reporte, llevamos reclutados 12 pacientes, lo que implica el 92% de las PBR realizadas en el Centro de Nefrología. Ningún paciente ha rechazado participar en el estudio. En un caso, no se pudieron recoger las muestras de forma apropiada y el paciente no se incluyó.

Conclusiones: El contar con una cohorte prospectiva de pacientes con glomerulopatía, que incluya datos y muestras biológicas confiables, nos permitirá en un futuro realizar análisis de manera rápida y confiable.

RESÚMENES TRABAJOS

10 Nefritis tubulointersticial aguda (NTIA) en paciente bajo tratamiento con mesalazina. Caso clínico

San Román S, Silvani R, Acle S, Baccino C, Ottati G, Vazquez S, Noboa O

Servicio de Nefrología, Cooperativa de Servicios Médicos (COSEM).

Caso clínico. Mujer, 50 años, con diagnóstico crónico (CUC) (2 años de diagnóstico), tratamiento con sulfasalazina que se cambió por mesalazina por anemia. Consulta por dolor lumbar bilateral, fiebre (39°C Ax) e ictericia renal aguda con creatinemia (Cr) de 1.8 mg/dl (previo 0.9 mg/dl). Se trató con antibióticoterapia empírica (ceftriaxona) (V) con plan de hidratación. Urocultivos (2) y hemocultivos (2) sin desarrollo. Proteinuria de 24 hs 0.5 g, proteinuria/creatinuria 0.67 g/g. Albuminemia 3.07 g/dl. Sedimento urinario 120 GR/campo. Sin litiasis en la TC abdomen-pelvis. Se mantuvo tratamiento antibiótico durante 7 días persistiendo creatinemia elevada (1.75 mg/dl) sin factores corregibles, leucocitosis, y proteinuria/creatinuria de 0.7 g/g. Se realizó biopsia renal: glomerulos (4, 5) normales, vello capilar amplio y permeable, escasa mono o PWN en las luces, mesangio y membrana basal normales. Sector tubulointersticial con severa inflamación linfomonocitaria que invade túbulos con imagen de túbulos. Células gigantes multinucleadas, atrofia tubular focal con fibrosis intersticial. Arterias interlobulillares y arteriolas (10) normales. Depósitos de IgG en intersticio. Con plan de NTIA secundaria a mesalazina se suspendió el fármaco y se administró metilprednisolona (IV) seguida de prednisona (VO). En el seguimiento a 12 semanas presentaba Cr(1) de 1 mg/dl y sedimento urinario sin alteraciones. **Discusión y conclusiones.** La mesalazina es un fármaco del grupo de los 5-aminosalicilatos (5-ASA). Su uso en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha vinculado al desarrollo de nefritis tubulointersticial (NTI) aguda (1)(2)(3) y crónica (4)(5) en 1/500 pacientes (6). A diferencia de otros fármacos el desarrollo de NTI, en un elevado porcentaje de casos, es rinde con una mediana de 3 años luego de iniciado el fármaco (7)(8). Reciente evidencia sugiere la asociación entre algunos tipos de HLA y susceptibilidad idiosincrática a desarrollar NTI frente a 5-ASA (9). Los reportes evidencian adecuada respuesta a la suspensión del fármaco asociada a tratamiento corticosteroideo (10)(11). Hasta 60% puede desarrollar enfermedad renal crónica (en algunos hasta 15% de los casos con TRR) (8). De ese caso y los reportes previos surge la necesidad de valorar periódicamente la presencia de nefrotoxicidad en pacientes bajo tratamiento con 5-ASA.

Referencias: 1. Acute interstitial nephritis due to 5-aminosalicylic acid (5-ASA). *Intern Med*. 1990; 29: 1009-1010. 2. Saito H, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1992; 31: 1009-1010. 3. Takeda T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1993; 32: 1009-1010. 4. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1994; 33: 1009-1010. 5. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1995; 34: 1009-1010. 6. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1996; 35: 1009-1010. 7. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1997; 36: 1009-1010. 8. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1998; 37: 1009-1010. 9. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 1999; 38: 1009-1010. 10. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 2000; 39: 1009-1010. 11. Matsuoka T, et al. Acute interstitial nephritis associated with the use of 5-aminosalicylic acid. *Intern Med*. 2001; 40: 1009-1010.

13 TUBERCULOSIS DE PARED TORÁCICA EN HEMODIÁLISIS

Lecueder S, Urrestarain A, Domínguez P, López M, López P, Álvarez A, Casa de Galicia, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La tuberculosis de la pared torácica (TBPT) es una localización extrapulmonar poco frecuente, presentándose habitualmente como absceso frío, y representa entre el 1 a 5% de los casos de tuberculosis osteoarticular¹. En Uruguay la incidencia anual de tuberculosis en la población general según la CHLA en los últimos años, es de 26.7 por 100 hab. En pacientes en tratamiento sustitutivo renal la incidencia es 5 veces superior, y de las formas extrapulmonares, la localización osteoarticular es la tercera en frecuencia². **Metodología:** Descripción de un caso clínico. Hombre, 42 años, procedente de Montevideo, administrativo. Enfermedad renal crónica extrema secundaria a glomerulopatía crónica sin estudio histológico. En tratamiento sustitutivo renal, diálisis peritoneal (2013-2015) y hemodiálisis (2015-2018), con cambio de técnica por mala adherencia. Hipertensión arterial secundaria severa. Marcadores virales VIH, VHC, VIH no reactivos. Es tabaquista, hipertensión arterial crónica. Consulta por tumoración en cara posterior de hemitorax izquierdo, de aparición insidiosa, límites netos, 8cm de diámetro, redondeada, lisa, consistencia gelatinosa, movilidad limitada por adherencia a planos profundos, sin signos fúlsos. El resto del examen físico es normal. Tomografía computada informa: arcos costales izquierdos 7°, 8° y 9°, sobre línea axilar posterior lesiones líticas expansivas de comportamiento quístico, densidad inhomogénea, con áreas hipodensas, fino realce periférico y calcificaciones. En borde externo, se colinda a partes blandas adyacentes, donde se observa colección de 14cm de diámetro. Comprime ligeramente el pulmón presentando comportamiento de lesión extrapulmonar. La pleura adyacente se encuentra discretamente engrosada. Pequeño granuloma calcificado basal derecho. Adenopatías calcificadas lótero-basales derecha, pre y subcarinales. Drenaje de la colección con contenido purulento. Cultivo bacteriológico inespecífico negativo. Búsqueda de gérmenes específicos positivo a *Mycobacterium tuberculosis* complex. Inicio tratamiento antituberculoso: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol durante 3 meses. Buena evolución con resolución clínica radiológica. **Conclusiones:** Dada la alta incidencia de tuberculosis extrapulmonar en pacientes en hemodiálisis, debemos mantener un alto índice de sospecha de las formas atípicas de presentación. La expresión clínica radiológica de la TBPT en este paciente es similar a las escasas series reportadas. Para evitar la recurrencia el tratamiento es el anti-tuberculoso y drenaje quirúrgico precoz.

Referencias: 1. García H, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 2. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 3. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 4. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 5. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 6. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 7. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 8. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 9. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 10. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 11. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 12. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 13. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 14. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 15. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 16. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 17. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 18. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 19. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 20. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 21. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 22. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 23. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 24. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 25. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 26. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 27. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 28. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 29. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 30. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 31. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 32. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 33. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 34. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 35. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 36. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 37. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 38. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 39. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 40. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 41. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 42. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 43. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 44. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 45. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 46. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 47. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 48. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 49. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 50. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 51. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 52. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 53. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 54. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 55. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 56. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 57. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 58. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 59. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 60. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 61. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 62. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 63. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 64. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 65. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 66. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 67. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 68. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 69. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 70. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 71. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 72. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 73. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 74. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 75. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 76. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 77. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 78. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 79. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 80. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 81. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 82. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 83. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 84. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 85. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 86. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 87. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 88. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 89. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 90. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 91. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 92. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 93. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 94. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 95. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 96. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 97. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 98. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 99. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 100. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 101. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 102. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 103. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 104. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 105. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 106. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 107. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 108. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 109. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 110. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 111. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 112. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 113. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 114. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 115. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 116. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 117. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 118. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 119. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 120. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 121. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 122. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 123. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 124. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 125. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 126. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 127. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 128. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 129. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 130. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 131. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 132. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 133. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 134. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 135. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 136. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 137. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 138. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 139. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 140. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 141. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 142. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 143. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 144. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 145. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 146. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 147. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 148. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 149. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 150. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 151. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 152. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 153. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 154. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 155. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 156. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 157. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 158. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 159. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 160. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 161. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 162. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 163. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 164. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 165. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 166. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 167. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 168. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 169. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 170. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 171. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 172. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 173. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 174. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 175. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 176. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 177. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 178. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 179. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 180. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 181. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 182. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 183. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 184. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 185. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 186. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 187. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 188. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 189. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 190. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 191. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 192. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 193. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 194. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 195. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 196. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 197. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 198. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 199. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 200. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 201. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 202. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 203. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 204. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 205. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 206. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 207. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 208. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 209. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 210. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 211. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 212. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 213. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 214. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 215. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6. 216. Baccino C, et al. Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Medicina*. 2010; 24: 1-6

16 Asociación entre prurito cutáneo y deficiencia de vitamina D en pacientes con ERC 5D

Ferrari S, Benítez G, Fraga A, Fraygola A, Lacher J, Nelli W, Larre Borges P, Noboa O.

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones del metabolismo mineral y óseo se inician tempranamente en la ERC. Los niveles de Ca^{2+} , P y PTH¹⁻³ son factores independientes de riesgo cardiovascular y mortalidad. Hasta el 85% de los pacientes con ERC tienen deficiencia de vitamina D. El prurito cutáneo asociado a la ERC es un síndrome que afecta la calidad de vida, cuya etiología no se ha establecido completamente. El prurito se asocia al grado de ERC que presenta el paciente.

OBJETIVOS: GENERAL: Determinar la relación entre los niveles en sangre de vitamina D y la prevalencia e intensidad sintomática del prurito cutáneo en pacientes con ERC estadio 5D, en HD y DP. ESPECÍFICOS: Determinar prevalencia y magnitud de prurito cutáneo en pacientes con ERC estadio 5D; evaluar diferencias en la prevalencia de prurito en pacientes en HD vs. DP; correlacionar los niveles de vitamina D en sangre con la intensidad del prurito cutáneo; establecer una relación entre la intensidad del prurito cutáneo y niveles plasmáticos de Calcio, Fosforo, PTH y Urea.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo, n= 39 pacientes con ERC estadio 5D. **Variables primarias:** - Cuantitativas: Edad, tiempo en diálisis, niveles séricos de Ca^{2+} , P, urea y PTH. Cualitativas: Sexo, modalidad de diálisis, presencia de prurito, intensidad de prurito y cirugía paratiroidea previa. **Formularios utilizados:** Consentimiento informado, formulario datos del paciente, escala EVA. La paratiroidea fue obtenida en el marco de las extracciones previo al inicio de diálisis. **Software utilizado:** Software STATA V 12.0.

RESULTADOS

Variable	Frecuencia (%)	Intervalo de Confianza (%)	IC 95% (%)
Edad	63.7 ± 12.2	63.6 ± 12.7	63.7 ± 12.2
Sexo	47.6 ± 1		
Manos	51.4 ± 0.2		
Sexo HD (%)	59.1 (20.4%)	59.1 (20.4%)	59.1 (20.4%)
Sexo en DP (%)	63.4 (13.0)	63.4 (13.0)	63.4 (13.0)

Correlación de Pearson entre variables

Variable	Edad	Sexo	Manos
Edad	1		
Sexo	0.17	1	
Manos	0.13	0.13	1

CONCLUSIÓN: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre presencia e intensidad de prurito y niveles de vitamina D. El tiempo promedio en diálisis fue mayor en las que presentaron prurito leve; si bien la asociación no fue estadísticamente significativa podemos inferir que a mayor tiempo en diálisis disminuye la intensidad del síntoma.

18 ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL INICIO URGENTE DE DIÁLISIS PERITONEAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Dominguez P, Gadolo L, Lungo E, Cordozo C.

Servicio de Diálisis Peritoneal, CASMU-IMAPS, Montevideo, Uruguay.

El inicio urgente de Diálisis Peritoneal (DP) es infrecuente. Los objetivos del estudio fueron: evaluar la eficacia y complicaciones del inicio urgente de diálisis peritoneal. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados al Centro del 1/1/2013 al 31/03/2018 con seguimiento mínimo de un mes. Se registró evolución hasta el 30/4/2018.

Se analizaron los datos de la población almacenados en formato electrónico: edad, sexo, nefropatía, comorbilidades, plan de DP, parámetros clínicos y parámetros y evolución del primer mes. Se analizaron tres grupos: pacientes coordinados que inician DP a los 30 días de cobrado el catéter peritoneal (DPC); 2. incidentes a DP o transferidos de HD de necesidad, que requirieron inicio de Tratamiento de sustitución renal (TSR) en las primeras 48 hs posteriores a la colocación de catéter peritoneal e iniciaron DP (DPU); 3. incidentes a DP que requirieron inicio de TSR en las primeras 48 hs post colocación de catéter peritoneal, pero operaron por iniciar con Hemodiálisis transitoria (HDT). Las variables continuas se expresan en mediana y pc 25-75 y las categorías en porcentajes. Se utilizaron test no paramétricos para el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes, 34 mujeres (45%), edad 61 años, 24 Diabéticos (32%) 43 con Ind de Chanson < 4 (57.3%), 69 con I. Graffar < 2 (92%). Cuarenta pacientes en grupo DPC, 22 en DPU y 13 en HDT. El FGe inicial fue $9_{(0.1-11)}$ ml/min/1.73 m², Azeemia $145_{(120-160)}$ mg/dl, K $4.6_{(4.1-5.1)}$ mEq/L, Hb $10.4_{(9.1-11.7)}$ g/dl, Albuminemia $3.7_{(3.2-4.2)}$ g/dl, sin diferencias entre los grupos, excepto azeemia inicial que fue significativamente mayor en grupo DPU. Al mes la Azeemia global era $131_{(104-158)}$ g/dl, FGe $6.4_{(5.2-7.6)}$ ml/min/1.73 m². El grupo HDT presentó un descenso significativo del FGe (inicial vs mes, test Wilcoxon para muestras pareadas, p<0.05 (pero no el grupo DPU). Los días de internación, fueron significativamente mayores en el grupo DPU $13.5_{(9.0-18.0)}$ días, vs DPC $6_{(4.0-8.0)}$ y HDT $3_{(1.0-5.0)}$ días. No presentaron complicaciones infecciosas y no hubo diferencia significativa en la frecuencia de otras Complicaciones (3 dislocaciones, 3 hernias, 2 fugas) y 8 sangrado periorficio/hematoma de pared y 2 hemoperitoneos. Las complicaciones hemorrágicas fueron más frecuentes en los paciente anticoagulados/ antiagregados (2/31 vs 6/21, test Fisher p = 0.0054).

Conclusión: El inicio urgente de DP es factible, sin mayores complicaciones, mejor preservación de función residual y buen control metabólico.

17 PERITONEAL EN URUGUAY: CAMBIO EN LA PREVALENCIA DE GÉRMENES (2004-17).

Saiz A, Gadolo L, Orihuela L, Rebari A, Dominguez P, Pérez D, Saiz L, Orihuela N, Gómez T, Moutone M, Ríos A, San Román S, Lungo E, Ghelfi G, Mastandrea F, Laborda R, Viera M, Garau M, email: aficlosans@gmail.com

Grupo de Diálisis Peritoneal Sociedad Uruguaya de Nefrología, Uruguay.

Objetivo: Analizar la tendencia de cambios en la incidencia de peritonitis en diálisis peritoneal (DP), gérmenes causantes, su sensibilidad antibiótica (ATB) y evolución. **Materiales y métodos:** Se analizaron los episodios de peritonitis (según definición internacional SPD) en los 8 Centros de DP del Uruguay, en el periodo 1/1/2004 al 31/12/2017 del Registro de Infecciones en DP. Se analizaron tiempo de exposición en el periodo, episodios de peritonitis, gérmenes y sensibilidad ATB y evolución. Todos los Centros utilizaron el protocolo ATB empírico inicial recomendado (vancomicina + amikacina en adultos y + cefazidime en niños) ajustado al identificar germen. Se define "Cura primaria" a la curación con antibióticos. Análisis estadístico: Mann-Whitney U test, test Chi² y Poisson, significativo p < 0.05. El Registro se realiza desde 2004 y fue aprobado por Comité de Ética.

Resultados: Se analizaron 3133 episodios de peritonitis en el periodo 1/2004-12/2017, con tiempo de exposición total de 31630 meses en adultos. La incidencia global de peritonitis 2004-5 fue de 0.46 y en 2016-17 de 0.33 (test de Poisson p<0.05). Se observó una incidencia estable de Gram negativos 2004-5 (0.09 peritonitis/pac-año) y 2016-17 (0.08 peritonitis/pac-año) (Poisson NS) y un descenso de la incidencia de global de peritonitis, de Gram + y en particular St CoN (Enterococcus coagulans negativo) y St Aureus (Enterococcus Aureus) (0.2 vs 0.09 peritonitis/pac-año) (Poisson p<0.05) con tendencia decreciente significativa anual en todo el periodo (Mann-Whitney U test p<0.05) vinculado probablemente a la educación terapéutica realizada. Las micosis aumentaron de 1 a 4 episodios/año (incidencia 2016-17 de 0.035 epis/pac-año). En el periodo 2016-17 se observaron 4/30 Staph Aureus/ St CoN meticilino y/o ampicilina resistentes. El 100% de Gram negativos eran sensibles a ampicilina y 7/48 (14.6%) gérmenes testados eran resistentes a ciprofloxacina. Se observó Cura primaria en 645 episodios: 316/443 (71.5%) de Gram+ y menos en Gram negativos: 88/245 (39.1%) (Chi² p<0.05). En la población pediátrica (2009-2017) se registraron 69 peritonitis, 42% Gram positivos, con descenso de incidencia global de 0.54 (2009-11) a 0.39 (2016-17) epis/pac-año.

Conclusiones: Se observa un descenso sostenido y significativo de la incidencia global de peritonitis, en particular St Au y St CoN en adultos, pero estable de Gram negativos, con peor evolución, lo que justifica mantener Igual Protocolo empírico inicial, asociar tratamiento antifúngico según Pautas y extender las medidas de prevención.

19 ENFERMEDAD DE FABRY: REPORTE DE UN CASO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

Parmiani P, San Román S, Aunchayna MH, Luzardo L, Boccia C, Ottati G, Gadolo L, Noboa O.

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

La enfermedad de Fabry es hereditaria ligada al X, caracterizada por depósito lisosomal de glucosaminolípidos, secundario al déficit de enzima alfa galactosidasa A. El debut es típicamente en la infancia, sin embargo el diagnóstico es habitualmente en la edad adulta. Se reporta un caso clínico diagnosticado en 2016, previo consentimiento, SM, 52 años. En estudio por cardiomiopatía hipertrofica, enviado a nefrología por creatinemia (Cr) elevada previo a realización de cardiocoronariografía. Asintomático, sin antecedentes familiares. Creatinemia (Cr) 1.64 mg/dl, IFG CKDPI 47ml/min, azemia 70 mg/dl, proteinuria 2.03 g/día, 90% albúmina. En la infancia: acroparestias, hipoaquia, y anhidrosis. Al examen destacan angioqueratomas; polineuropatía sensitivo-motora; disautonomía; asintomática. Fondo de ojo con vasos tortuosos y depósitos verticilados en cápsula. Ecografía: riñones: tamaño conservado, múltiples quistes. PRR: MO: podocitos hiperplásicos, con citoplasmas amplios microvacuolados. Evidencia de depósitos lisosómicos. ME: inclusiones lipídicas en los lisosomas con aspecto lamelar (patrón en "zebra").



La Cardioresonancia confirmó hipertrofia ventricular izquierda simétrica, severa, FEVI supranormal: 80%, áreas de fibrosis en músculo papilar anterolateral. Test de gata seca y dosificación enzimática, confirmaron déficit de alfa-galactosidasa A: 0.19 umol/h. Análisis de ADN: mutación en el exón 6 del gen GLA (c.897A>G). Diagnóstico de Enfermedad de Fabry fenotipo clásico con compromiso multi-sistémico: cardíaco, nefrológico, neurológico, oftalmológico y cutáneo, avanzada por compromiso cardíaco severo y enfermedad renal crónica estadio IIIA. Tratamiento: Enoxaparin 10mg/día con disminución de la proteinuria 0.4 g/día. Inició terapia de reemplazo enzimático, con alfa galactosidasa 0.2 g/kg cada 15 días. A los 10 meses: Cr 1.46 mg/dl, IFG CKDPI 54.5ml/min/1.73 m². Conclusión: Paciente con manifestaciones inespecíficas en la infancia con diagnóstico tardío de déficit de alfa-galactosidasa A, con compromiso renal avanzado, a pesar de ello inició reemplazo enzimático con buena evolución.

RESÚMENES TRABAJOS

20 EL CUIDADO NEFROLÓGICO RETRASADO EL INGRESO A DIÁLISIS

Silvarito R, Ríos P, Gadola L, Solo L, Lomadrin V, Ferreiro A, Soano G, Tobal D
Comisión Asesora de Salud Renal

Introducción: El ingreso al Programa de Salud Renal (PSR) se vinculó a mejores condiciones al inicio de terapia de reemplazo renal (TRR) y mejor supervivencia. **Objetivo:** Valorar si el cuidado estructurado en el PSR retrasa el ingreso a TRR. **Metodología:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados al Registro Uruguayo de Diálisis (RUD) desde 1-01-2005 hasta el 31-05-2016. Se clasificó la población de acuerdo a los cuidados nefrológicos previos en: provenientes del PSR, ingresados entre 1/01/2005 y 31/05/2010, con permanencia ≥ 1 año y al menos un control nefrológico (GRUPO 1), pacientes no provenientes del PSR, con cuidado nefrológico ≥ 1 año (GRUPO 2) y pacientes sin cuidado nefrológico previo al ingreso al RUD (GRUPO 3). Se registró edad de ingreso a TRR y nefropatía. **Estadística:** La edad se expresa como mediana y percentiles 25-75. Se utilizó test de Kruskal Wallis y Mann Whitney con corrección de Bonferroni. **Resultados y discusión:** Se incluyeron 2600 pacientes. En la tabla se expresa la edad mediana de ingreso a TRR según nefropatía en cada grupo de cuidado nefrológico.

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Glomerulopatías			
Edad	68 (56-72)***	55 (44-66)	47 (38-62)***
n	270	888	838
Nefropatía diabética			
Edad	64,1 (56-72,4)**	59 (54-70,7)	52 (51-68)
n	41	150	100
Nefropatía en DM-1			
Edad	49 (35,9-65,3)	43,5 (34,7-57,3)	48 (39-66,7)
n	10	88	80
Nefropatía vascular			
Edad	75 (68-81)**	74 (61-80)**	68 (59-76)***
n	30	104	89
Patología renal			
Edad	54 (47-64)	55 (48-66)	52 (41-61)***
n			
TOTAL			
Edad	68 (57-74)**	65 (51-74)**	61 (45-74)***
n			

Mediana de edad expresada en años (Percentil 25-75)
Test de Kruskal Wallis y Mann Whitney con corrección de Bonferroni
p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Conclusiones: Los pacientes que recibieron cuidado nefrológico estructurado en el marco del PSR presentaron una edad de inicio de TRR significativamente mayor.

22 CATÉTER DE HEMODIÁLISIS EMPLAZADA EN VENAS SUPRAHEPÁTICAS. Una decisión excepcional

Diamant M, Rath S, Garra G, Larre Borges P, Tobal Diego
Servicio de Nefrología, Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Pasteur

Introducción

El acceso vascular es un requerimiento básico para la TRR mediante HD. En ocasiones el agotamiento de los territorios venosos tradicionales, la imposibilidad de transferir a DP y de concretar a TR obliga a recurrir a soluciones vasculares poco frecuentes.

Objetivos

Describir el caso clínico de un paciente en hemodiálisis con agotamiento del terreno venoso para emplazar un catéter de hemodiálisis

Metodología

Paciente de SM de 21 años portador de una ERC desde la infancia, 10 años de HD, transferencia a DP, varios episodios de peritonitis última fúngica, TR con DV. Abandona medicación IS, ingresa con sintomatología urémica comprobándose una IR Severa. Valorado con ecodoppler y flebografía sector venoso cava inferior y vena cava superior obstruidos. Se decide colocación de catéter de Cannad en venas suprahepáticas con abordaje transhepático. Ecocardiograma y TAC -ramas de catéter en AD.

Evolución

El paciente a los 6 meses, se encuentra en TRR desde 12/17 en un centro de HD, buen funcionamiento del CC. El control metabólico nitrogenado es correcto y la dosis de diálisis adecuada

Conclusión

En casos puntuales, esta alternativa vascular excepcional permite hemodializar a pacientes que de otra manera con agotamiento del capital venoso no presentan otras opciones terapéuticas.

21 GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA SECUNDARIA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Rath S, Garra G, Larre Borges P, Tobal D
Servicio de Nefrología Hospital Pasteur

Introducción: En el reporte del RUG, la nefropatía membranosa es la 3ra glomerulopatía primaria biopsiada en Uruguay. Dependiendo de algunas características del paciente y presentación clínica es necesaria la búsqueda de causas secundarias para su valoración.

Objetivo: describir presentación clínica de GNM en un paciente con dificultad diagnóstica

Metodología: Se describe un caso clínico de un pte. sexo masculino de 62 años, con AP de hipertenso, tabaquista EPOC, resección de pólipo intestinal con displasia de bajo grado hace 2 años, que consulta por edemas y orinas espumosas comprobándose Sd. Nefrótico impuro por HTA y microhematuria. Parámetros infecciosos y autoinmunes sin alteraciones

PBR glomerulopatía Membranosa.

Anti PLA2R en sangre e IHQ de la biopsia negativas

Vistas necesidad de descartar causas secundarias y considerando los antecedentes digestivos se decide TC: ganglios paratraqueales mayor 11mm, FCC: pólipo intestinal con AP displasia de bajo grado. Considerando el problema terapéutico ante la necesidad eventual indicación inmunosupresor en este paciente se decide solicitar PET

PET informa ganglios hipercaptantes a nivel traqueal con SUV 8.6. por lo que se decide realizar biopsia mediante mediastinoscopia.

Biopsia: Carcinoma de células claras

Conclusión: La presentación de GNM en este grupo etario y con este tipo de antecedentes implica un desafío en la toma de decisiones. Actualmente contamos con un mayor número de herramientas que usadas con criterio clínico pueden auxiliar a dilucidar de mejor manera el tratamiento de manera individualizada y adecuada para cada paciente.

23 LESIÓN BILATERAL DE ARTERIAS RENALES.

Su presentación como Injuria Renal Aguda

Rath S, Garra G, Ferreiro A, Larre Borges P, Tobal D
Servicio de Nefrología Hospital Pasteur

Introducción: La lesión traumática de las arterias renales es una complicación poco frecuente pero en aumento del trauma abdominal. Habitualmente son pacientes jóvenes luego de accidentes de tránsito. Clásicamente el diagnóstico es tardío.

Objetivos: Describir un caso de lesión de arterias renales bilaterales post traumática

Metodología: Describimos el caso de una paciente de SF 21 años, sin antecedentes a destacar, embestida en accidente de tránsito, se precipita de altura de 6 mts, pérdida fugaz de conocimiento en el lugar es trasladada a CTI. Body TAC: fractura temporal izquierda con compromiso de mastoides, resto sin alteraciones. En evolución, dolor lumbar intenso con náuseas y vómitos, edema pulmonar hipertenso, oligoanúrica, creatinemia de 6mg/dl y azotemia 1.4 g/dl. Se inicia HD de urgencia. Nueva TAC: Isquemia Renal bilateral extensa, Angio TC 72 hs posterior a siniestro- amputación de ambas arterias renales. Angio TC control 6 días posterior a siniestro: Persiste imagen amputación de arterias renales, fuga de contraste. Ambos riñones, con áreas parcheadas, con escasa diferenciación. Riñones hipodensos y globulosos. Día 7 post siniestro se realiza Angiografía aórtica la cual muestra oclusión de ambas arterias renales a nivel truncal secundaria a diseción traumática, imposible de atravesar con microcatéter y microguía.

Evolución: La paciente persiste anúrica, dependiente de hemodiálisis, continúa hemodiálisis en centro del interior.

Conclusion: La lesión de las arterias renales traumáticas se presenta con escasa frecuencia. Debe de ser tomada en cuenta para su diagnóstico precoz antes de las 12 hs para intentar maniobras terapéuticas potencialmente efectivas

24 INFECCIONES OPORTUNISTAS EN INMUNODEPRIMIDOS. Histoplasmosis diseminada en Trasplante de Órganos.

Silva L, Figueroa S, Milnarij R, Limongi G. Montevideo, Uruguay 2018. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (AEPISM).

La inmunosupresión (IS) farmacológica aumentó la incidencia de infecciones oportunistas. La IS celular y la incapacidad funcional de los macrófagos parece ser el defecto clave para el desarrollo de una enfermedad diseminada. La infección en Trasplante de Órganos Sólidos puede ocurrir como nueva infección o por reactivación de enfermedad quiescente e incluso se han reportado raros casos de transmisión por donante.

Objetivo: Analizar un caso clínico de Histoplasmosis sistémica.

Métodos: Sexo Femenino, 30 años. Enfermedad Renal Crónica secundaria a Poliquistosis Renal. En Hemodiálisis (HD) 2 años. Trasplante Renal 05/2014 (donante cadavérico, óptimo). IS con Tacrolimus, Micofenolato y Prednisona. Rechazo agudo celular el 09/2017 con buena respuesta a Metilprednisolona (MP). 18/01/18 ingreso a Hospital Italiano por insuficiencia renal (IR) aguda (Cr 5mg/dl, Azot 1,40g/l) y fiebre. Punción Biopsia Renal (18/01) Rechazo agudo celular y humoral sobre lesiones crónicas severas. Recibe 3 bolos de MP. No foco clínico-imagenológico. Microbiológico (UC y HC sin desarrollo. Antígeno pneumocócico en orina negativo). Se realiza Antibiograma empírico con Cefazidime (18/01). Persiste fiebre, hiperleucocitosis, Proteína C Reactiva y Procalcitonina elevadas. El 23/01 se rota terapéutica a Meropenem, Vancomicina, Metronidazol y Ganciclovir. Complicaciones: Hematológica: Pancytopenia. Gastrointestinal: IR severa, 25/01 inicia HD. Recibe Gammaglobulina (25g) y MP 2 bolos. 26/01 Derivada a AEPISM: Pancytopenia. Polipnea. Desaturación. IR oligúrica. Se profundiza búsqueda etiológica, se asocia antifúngico a terapéutica. El 29/01 se realiza mielograma. Parasitólogo informa: Pequeñas estructuras levemente intracelulares correspondiente a Histoplasma Capsulatum. Evolución: Piora clínica progresiva, deterioro del intercambio gaseoso, piora radiológica con infiltrado bilateral de los 4 cuadrantes. Ascenso de bilirrubinas. Mala perfusión, taquicardia, hipotensión sin respuesta a Noradrenalina, Terlipressina y Adrenalina. Hiperleucocitosis 7. Fallece 02/02/18 hora 00:40.

Conclusiones: En todo paciente trasplantado IS con fiebre se debe mantener siempre una sospecha clínica alta hacia gérmenes oportunistas. Es vital balancear riesgo/beneficio de la terapia inmunosupresora. Uruguay necesita mejorar las herramientas diagnósticas para una rápida identificación etiológica y tratamiento oportuno.

26 HIPERPARATIROIDISMO 2º SEVERO (HPT2): ¿NO SON MÁS NECESARIAS LAS PARATIROIDECTOMÍAS (PTX)?

Corlino C, Alles A, Dip L, Morfígo C, Torales S, Cuestas M.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE CALIDAD Y EVALUACIÓN SANITARIA, PAER-CUDAD, INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO (ICR) - PROVINCIA DE SANTA FE-ARGENTINA

Objetivo: Analizar la prevalencia y características de los ptes. con HPT2* (PTH>1000pg/ml) en la población en TSR de la Pcia. de Santa Fe, así como poder identificar a aquellos potencialmente susceptibles de indicación de PTX.

Materiales y Métodos: Se obtuvieron los datos de MOM del SINTRA correspondientes a ptes. prevalentes en diálisis crónica, años 2010 a 2015.

Resultados: La población expuesta en el año 2015 fue de 2416 ptes. Edad promedio 59.6 años, masculinos 58.6%, tiempo de exposición TSR= 4.21 años, 94% en HD y 6% en DP, Ca 8.66 mg/dl, P 5.27 mg/dl, PTH 461.7 pg/ml; 38.2% recibían uno o varios tratamientos (calcitriol, paracalcitol y/o calcimiméticos). El 10.2% (247 ptes.) tenían valores de PTH> 1000 pg/ml, similares a todos los porcentajes desde el año 2010 hasta el 2015 (11.53 %, rango 8.86 - 12.7%). Cuando se compararon PTH >1000 vs <1000 pg/ml, la edad promedio fue menor: 51.9 vs 60.4 años (P< 0.001), el tiempo en TSR mayor: 6.07 vs 4.04 años (P< 0.001), los valores de Ca: 9.31 vs 8.61 mg/dl (P< 0.001) y de P: 6.05 vs 5.18 mg/dl (P< 0.001) fueron mayores, pero la cantidad de ptes en tratamiento fue menor: 110 (44.1%) vs 1356 (62%) (P< 0.001). Los 137 (55.4 %) que no recibían ningún tratamiento presentaron diferencias significativas en los valores de P (6.34 mg/dl vs 5.71 mg/dl) P< 0.001 y el sexo masculino (65 vs 40%) P< 0.001 vs el grupo con tratamiento.

Conclusiones: Persiste un elevado y preocupante número de HPT2 en ptes en TSR (10.5% promedio en los últimos 6 años). De ellos un 55.4% (5,6% de la población expuesta) no recibe ningún tto, pudiendo ser susceptibles de PTX de persistir dichas alteraciones en el tiempo. Ante el reclamo generalizado por parte de los nefrólogos por no contar con un equipo entrenado para la práctica quirúrgica y su seguimiento en el postoperatorio inmediato, hace un año diseñamos y pusimos en práctica en la Pcia. un módulo de PTX para atender a esta elevada prevalencia, que hasta el momento actual ha posibilitado la realización de PTX en el 38% de los pacientes sin tratamiento y/o que habían sido resistentes al mismo.

25 PERCEPCION DE LA ERC EN EL PERSONAL DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA

Corlino C, Alles A, Airasca F, Ameriso P, Panozzo S, Donadio M, Valentini S, Dip L, Torales S

PAER-CUDAD, SUB DIRECCIÓN DE REDES BIOQUÍMICAS

Objetivo: Evaluar el grado de conocimiento sobre la ERC en el personal de salud de atención primaria en la Pcia. de Sta Fe. Brindar capacitación e información sobre la importancia de un correcto diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y derivación al nefrólogo en el momento oportuno.

Materiales y Métodos: Desde el 5/2015 hasta el 5/2017, se realizaron 42 capacitaciones presenciales en subregiones de los 5 nodos de la Pcia, abarcando a 250 Centros de atención primaria, es decir el 47% de los 570 provinciales existentes. Participaron 764 agentes de salud. Previo a la capacitación se realizó una encuesta sobre distintos aspectos relacionados con la ERC.

Resultados: Completaron la misma 520 (68%): 250 Médicos de atención Primaria (MAPI), 270 no médicos: enfermeros, bioquímicos, asistentes sociales, nutricionistas. 439 (84,5%) trabajaban exclusivamente en la salud pública y 376 (72,4%) habían recibido alguna información sobre ERC. Edad 39.70 años ($\pm$ 12.79), sexo femenino 62.9%, años de graduados 14.76 ($\pm$ 10.88). ENCUESTA: 1) ¿cómo diagnosticar la ERC?: urea+crp 52.8%; crp 14.0%;

11.5 e IFGe por una fórmula 20.66 %. 2) ¿cuándo derivar al nefrólogo? 26.2% con IFGe < 30; 27.1 % IFGe 30-45 y 46.5% IFGe 45-60. 3) causa de la derivación: 60% por IFGe y/o Crp bajos, 21 % por uremia elevada, 18% por pensar en que necesitará diálisis a breve plazo y 6.01% por síntomas urémicos. 4) 95.4% y 86.6 % consideran importante averiguar la función renal antes de la administración de GAIINE y de contraste iodado, respectivamente.

Conclusiones: Una importante proporción del personal de salud había recibido información sobre ERC. Sin embargo, no tenía conocimientos actualizados sobre cómo efectuar el diagnóstico de IRC y de la oportunidad de derivación al nefrólogo en tiempo y forma, aunque sí tenían actualizados las precauciones a tomar ante situaciones clínicas que podrían agravarla. Estos datos son de utilidad para priorizarlos en las siguientes capacitaciones.

27 MEJORAS ALENTADORAS EN LOS INDICADORES DE UN PLAN PROVINCIAL DE SALUD RENAL

Corlino C, Alles A, Dip L, Torales S, Anchart E, Airasca F, Werner D, Von Der Thüser E, Donadio M, Panozzo S, Cuestas M.

PAER-CUDAD(Santa Fe), MINISTERIO DE SALUD, SUB DIRECCIÓN PROVINCIAL DE REDES DE LABORATORIO, SECTORIAL INFORMÁTICA

Objetivo: Desarrollar un Plan de Salud Renal desde políticas sanitarias públicas que permita diagnosticar precozmente pacientes con ERC y establecer estrategias que logren una derivación y seguimiento adecuados.

Materiales y métodos: Informa automático y obligatorio del índice de filtrado glomerular estimado (IFGe) por MDRD₄ a todos los pedidos de creatinina plasmática (Crp) en los hospitales públicos de la Pcia. de Santa Fe desde 5/11. Incorporación del cociente proteinuria/creatininuria (CPC) desde 12/16. Capacitaciones en terreno que abarcaron al 45 % de los CAPs (Centros de Atención Primaria) de los 5 Nodos de la Pcia.

Resultados: Entre 05/14 y 05/17 los médicos solicitaron 293454 Crp. IFGe >60 ml/min: 275723 (93,85%) y < 60 ml/min: 17731 (6,15%); 60-45 ml/min: 11315 (3,85%), 30-45 ml/min: 3557 (1,21%) y <30 ml/min: 2858 (0,97%). Se observó un aumento del 73,7% en los pedidos de Crp de 5516/mes de promedio en 2014 a 9542/mes en 2016. Sobre datos del 2017, las estrategias de referencia/contrareferencia y geolocalización lograron que los pacientes con ERC fueran controlados una o más veces por sus médicos de cabecera y/o por nefrólogos: las consultas de la especialidad aumentaron un 77% (2993 en 2014 vs 5298 en 2016). CPC: 57744 muestras, 2%(1434) fueron (+) y de ellas 470 (32,7%) > 2 300 mg/gr. Además el 100% de las fistulas arteriovenosas (FAV) indicadas a pacientes con IFGe < a 15 ml/min se efectuaron dentro de los 12 días de ser indicadas.

Conclusiones: con estrategias masivas de capacitación y diagnósticas en marcha, que abarcan IFGe y crp se consiguió detectar y acercar a la consulta médica a una importante cantidad de ptes. con ERC, lo que permitió una correcta atención y evolución de los mismos, así como reducir notablemente los tiempos para la confección FAV

RESÚMENES TRABAJOS

28 IRA (INJURIA RENAL AGUDA) CON REQUERIMIENTO DE TRR (TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL) ¿ESTAMOS IGUAL QUE EN 2001?

Carlina MC (1), Avila R (2), Manje L (3), Mantella C (3), Taurizano N (3), Ferragut N (3), Fernández M (4), Bragado J (5), Josa P (6), De Prato J (6), Dip L (7), Chapelet A (8), Fiorilli F (8), Cuestas M (7), Alles A (7)
PAIER-CUBAID (1); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (1); HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN (2); HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO (3); HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN (4); SAWCO DRA. GUTIERREZ, VENADO TUERTO (5); HOSPITAL DRA. O. STURY, RECONQUISTA (6); PAIER-CUBAID (7); MINISTERIO DE SALUD (8)

Objetivos: Recabar información sobre IRA que requiere TRR en efectores públicos provinciales de la provincia de Santa Fe. Comparar con datos de estudio similar realizado en 2001.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, transversal, observacional, multicéntrico en pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de IRA que requirieron TRR en 2017.

Resultados: Total 125 ptes., frecuencia 0,27% de internaciones totales en mayores de 14 años, varones 72%, edad 48,66 años (188,4); 74% presentaba comorbilidades, internación en cuidados críticos (UCC) 90%, compromiso extra renal (CER): 80,6%, infraestructura: 100% UF controlada, agua tratada y membrana biocompatible. Técnica de TRR utilizada: HD 76%, SLED 17%, Continuo 13%, DRI 0%. Evolución vital: 49,6 %, ERC grado IV de sobrevivientes: 15,87%, mortalidad última sesión: 50,4%, a 30 ds: 55,2%, a 370 ds: 62,4%. No se encontró diferencia significativa en mortalidad según edad, técnica empleada, sitio de internación, presencia de comorbilidades ni creatinemia en la 1er diálisis. Se encontró diferencia significativa (valor de $p < 0,05$) en mortalidad en IRA aislada (16,67%) vs CER (55,36%). Respecto a los resultados del estudio de 2001, actualmente aumentaron la cantidad de efectores que realizan TRR (2 vs 6), la cantidad de ptes tratadas (18,3 vs 85,18 ppm) y la proporción de ptes. más graves (UCC: 90,4% vs 59,68% $p=0,05$) y con mayor compromiso de órganos extra renal (IRA aislada 10,4% vs 34% $p=0,05$). La mortalidad en el año 2017 fue menor en los subgrupos de ptes. totales (49,6% vs 65,65% $p=0,05$) y ptes más graves (UCC) 54,87% vs 81,68% $p=0,05$; CER: 55,36% vs 88,57% $p=0,05$. Se incorporaron técnicas lentas y continuas, siendo únicamente intermitentes en 2001. Mejorando la calidad de esta última: 100% UF controlada y membrana biocompatible vs 77% y 38% en 2001, respectivamente.

Conclusiones: En el año 2017 aumentó la cantidad de ptes. atendidos por millón de habitantes y entre otros más graves y con mayor proporción de compromiso de órganos extra renal, sin embargo se evidenció un descenso en la mortalidad respecto a 2001. Además, aumentó el número de efectores con TRR, mejoró la infraestructura y se incorporaron técnicas continuas.

30 HALLAZGOS EN BIOPSIA RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS

Lorenzo M, Luna DA, Guadalupe M, Fernández C, Gelabert B, Ríos P, Ríos A, Robaza V, Ceretta L, Auchayno MH, Hospital Maciel - ASSE, Montevideo, Uruguay. deboluna@gmail.com

Introducción: La nefropatía diabética (ND) es la causa más frecuente de afectación renal en la diabetes mellitus (DM). Se ha descrito que otras causas de nefropatía en estos pacientes no son despreciables. **Objetivo primario:** Evaluar la incidencia de nefropatía no diabética (NND) en las biopsias renales de pacientes diabéticos. **Objetivos secundarios:** Identificar los criterios más frecuentes para indicar una biopsia renal en pacientes diabéticos, dilucidar la causa más frecuente de NND y analizar las características clínicas.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico. Se revisó la histología de las biopsias renales (PBR) realizadas en el Servicio de Nefrología del Hospital Maciel - ASSE en el período comprendido entre 01/06/2002 y 31/05/2018 a pacientes diabéticos. Se valoró: edad, sexo, tiempo de diagnóstico de la DM, presencia de retinopatía diabética, hematuria, proteinuria, filtrado glomerular, justificación para realizar la PBR y resultado histológico.

Resultados y discusión: Se realizaron 349 PBR. De éstas 39 (8,3%) fueron a pacientes diabéticos. Un caso fue excluido por tratarse de una biopsia de injerto renal. Del resto, la histología informó 6 ND y 22 NND. El descenso de filtrado glomerular mayor a lo esperado en el tiempo para la ND fue el criterio más frecuente para indicar PBR (45,5%). De los pacientes con NND, los hallazgos más frecuentes fueron: 5 casos de nefroangioesclerosis (22,7%), 5 glomerulonefritis rápidamente progresiva (22,7%). De los casos con ND confirmada se destacó mayor frecuencia de hombres (66,7%), mayor tiempo de diagnóstico de DM (66 meses) y mayor frecuencia de retinopatía (33,3%) comparado a los casos de NND.

Conclusiones: Existe una alta frecuencia de NND en los pacientes con DM con evolución atípica de su nefropatía. Por lo que se impone la realización de PBR en éstos con potencial impacto en el tratamiento y pronóstico.

29 PARADAS SALUDABLES (PS) 2015-2017: OPORTUNIDAD PARA DETECTAR LESIÓN RENAL Y FACTORES DE RIESGO (FR) RENAL Y CARDIOVASCULAR.

Carlina MC¹, Ameriso J², Davini B³, Mannino L⁴, Turdo V⁵, Belmonte E⁶, Henchoz R⁷, Dip L⁸, Anchort E⁹, Cuestas M¹⁰, Alles A¹¹
¹PAIER-CUBAID; ²SUB DIRECCIÓN PROVINCIAL DE REDES DE LABORATORIO; ³DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD; ⁴LABORATORIO CEMAR-ROSARIO; ⁵CENTRO DE ESTUDIANTES FACULTAD DE MEDICINA UNR

Objetivos: Recabar información sobre FR, ECNT y ERC. Comparar con datos de Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 (ENFR 2013). Promover hábitos saludables y el control de FR de ECNT y ERC.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal en mayores de 14 años participantes de 24 PS, años 2015, 2016 y 2017. Se realizaron: encuesta autoadministrada, mediciones antropométricas (MA) y de TA. Se recolectaron muestras de sangre y orina para determinar glucemia (GLU), hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol total (COL), creatinemia (C), FGe y proteinuria (PR).

Resultados: sobre 1460 encuestas, MA (1132) y de TA (1216) se encontró: varones 37,22%, edad 44,23 años, actividad física baja 53,66%, agrega sal 16,86%, fumador 25,14%, sobrepeso 33,39%, obesidad 36,93%, HTA 31,99% (autoinformada), 24,75% (medido); DBT 11,98%, dislipidemia 26,22%. Mayor proporción de personas con FR para ECNT y ERC respecto a la media nacional (ENFR 2013): agrega sal 17%, tabaquismo 25,10%, obesidad 20,8%, DBT 9,8%. De 756 muestras para laboratorio se obtuvo: IFGe > 60 ml/min en 99,71%, GLU > 200 mg/dl en 3,44%, HG > 6,5% en 9,67%, COL > 240 mg/dl en 13,21%, PR en 7,25% de la población total, en 9% de IMC > 30, en 17% de DBT y en 17% de HTA. Se realizó test de hipótesis (chi cuadrado) entre PR y FR para ERC encontrándose asociación entre PR e IMC > 30 ($p=0,02$), DBT ($p=0,005$) e HTA ($p=0,0002$).

Conclusiones: Existe una alta proporción de personas con FR para ECNT y ERC y presencia de marcadores de daño renal y riesgo cardiovascular en aquellos con FR. Aunque los datos presentados no pueden extrapolarse a la población general dado que la selección no siguió un diseño muestral sino que se enfocó en una actividad de promoción de la salud, cobran relevancia debido a la baja edad promedio de los encuestados (44,23 años) y la posibilidad de mayor tiempo de exposición a FR. A pesar del escenario desalentador, estas enfermedades son prevenibles controlando los principales FR para ECNT y ERC. Son necesarias la promoción de un estilo de vida saludable y medidas de salud pública que hagan de las combates preventivas una opción accesible.

31 MONITORIZACIÓN CONTINUA DEL "DROP OUT" (salida de la técnica de diálisis peritoneal), PUEDE INCREMENTAR LA SOBREVIVENCIA DEL PACIENTE Y LA TÉCNICA.

Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Gálvez P¹, Robaina M¹, Ferreira A¹, Pesca F¹, Cerrón E¹, Hostein N¹, Fracuchello A¹, Sequiera S¹, Carazo P¹, Godea C¹, Nin N², Marrón B³, Hegbrant J⁴, en representación del grupo de DP (Diavium, 9 países).

¹ SERIE Diavium Clinic, Montevideo, Uruguay; ² Diavium Medical Office, Montevideo, Uruguay; ³ Diavium Home Therapies, Madrid Office, Madrid, España; ⁴ Diavium Medical Office, Lund, Suecia

Introducción: Los programas de diálisis peritoneal (DP) se ven afectados en su crecimiento por la gran pérdida anual de pacientes "Drop out" (DO) de hasta 40-75%. Con frecuencia, el impacto no es bien medido ni está establecido.

Objetivos: Realizar en una red de clínicas internacionales, las pérdidas anuales de pacientes (pt.) durante 2015-2016 y sus causas.

Métodos: Registro prospectivo, observacional, en 6 países de Europa (EU) (Francia, IT, Alemania, DE, Hungría (HU), Polonia (PL), Rumanía (RO), Suecia (SE)) y 3 latinoamericanos (Argentina (AR), Chile (CL), Uruguay (UR)). Solo los países de EU con prevalencia > 100 pt./año se incluyeron en análisis (RO, DE, PL, HU). Registro mensual de incidentes, prevalentes y DO por: trasplante renal (TX), recuperación de la función renal residual (FRR), paso a HD (peritonitis, problemas en el oficio de salida o en el catéter, fallo de UF, falta de adecuación u otros), transferencia a otros centros y mortalidad. Los resultados se presentan como resultados/pt. en riesgo/año.

Resultados: 665 pt. (372 prevalentes, 193 incidentes) de 47 clínicas en 2015 y 813 (623 prevalentes, 190 incidentes) de 61 cl. en 2016. Crecimiento neto prevalentes +251 pacientes (230 en RO) el 1/1/2016. Resultados 2016 vs 2015: DO total (41% vs. 48%), DO controlable (18,3% vs. 19,4%), TX (5,9% vs. 9,3%), FRR (0,3% vs. 0,5%), transferencia a otros centros (1,3% vs. 2,0%), mortalidad (14,9% vs. 18,3%) y transferencia a HD (14,8% vs. 15,4%). La mortalidad cardiovascular descendió del 50 al 47,6% (n=42) y las peritonitis fatales de 6 a 4,8% (n=4). Causas para HD en 2016: peritonitis 5%, baja adecuación 3,4%, fallo de UF 2%, catéter 1,7%, hemotoma 0,3% y otros 3%.

Los resultados mejoraron en todos los países, en DO total y controlable, en mortalidad y en transferencia a HD. Contrariamente, la FRR disminuyó en todos los países menos en PL y el TX también disminuyó. PL y DE redujeron su DO controlable al 12%, límite que ya había conseguido previamente HU, 2015. Datos específicos/país no incluidos en abstract.

Conclusiones: La monitorización anual del DO incrementa la calidad y permite realizar comparaciones homogéneas para el propio servicio y entre los diferentes países. La primera actuación en las causas resultó en un descenso de la mortalidad y de la transferencia a HD.

32 EL USO DEL "DROP OUT" (DO) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN UNA RED ASISTENCIAL LATINOAMERICANA, EN DIALISIS PERITONEAL

Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A², Pesca F³, Cerrón E⁴, Hasten N¹, Frattucchio A¹, Sequeira S¹, Carazo P¹, Gadea C¹, Nin N², Marrón B³, Hegbrant J⁴, en representación del grupo de DP (Díverum, 9 países).
1. SEINE Díverum Clínic, Montevideo, Uruguay; 2. Díverum Medical Office, Montevideo, Uruguay; 3. Díverum Home Therapies, Medical Office, Madrid, España; 4. Díverum Medical Office, Lund, Suecia

Introducción: Algunas referencias, muestran como planes específicos de manejo (ej. para peritonitis) podrían mejorar los resultados en diálisis peritoneal (DP) y así, frenar el gran "turnover" anual de pacientes.

Objetivo: Analizar en el seno de una red de clínicas latinoamericanas, las pérdidas anuales de pacientes en DP (drop out,) y sus causas, entre 2015-2017. 2. Evaluación comparativa de resultados durante el periodo.

Métodos: Registro prospectivo, observacional, realizado en 3 países latinoamericanos (Argentina (11 clínicas), Chile (2 cl.), Uruguay (2 cl.)) durante 3 años. CL no registró en 2016. Se monitorizaron mensualmente a todos los pacientes incidentes y prevalentes durante el periodo, así como, el DO positivo (trasplante renal(TX) y recuperación de la función renal residual (FRR)) y DO negativo (paso a HD (por peritonitis, problemas en el oficio de salida o en el catéter, falta de ultrafiltración, falta de adecuación u otros), transferencia a otros centros y mortalidad). Aquellas causas potencialmente controlables (transferencia a HD y a otros centros) se presentan como DO controlable. Los resultados se indican como resultados/paciente en riesgo/año (P/R).

Resultados: (Ver tabla.). Todos los resultados mejoraron, mostrando una reducción progresiva del DO total, del DO controlable, de la mortalidad (cardiovascular e infecciosa) y de la transferencia a HD. Positivamente, las salidas por TX se incrementaron.

Conclusiones: La monitorización anual del DO y la actuación sobre causas específicas (con planes de implementación por procesos individualizados por clínica/país) han permitido obtener una mejora llamativa de los resultados en DP para nuestra institución en Latinoamérica, con una reducción de la mortalidad y una mejor supervivencia en la técnica.

34 ESTUDIO DE LA RIGIDEZ ARTERIAL EN HEMODIALISIS.

Sarantes R, Pecora M, Larre Borges P, Noboa O, Boggio J
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Montevideo
- Uruguay rsarantes@hotmail.com

Introducción: La mortalidad cardiovascular (CV) representa más del 50% de las muertes en pacientes en tratamiento dialítico. La evaluación no-invasiva de la rigidez arterial (RA) permitiría la detección precoz de daño vascular pudiendo ser de utilidad en estos pacientes. El objetivo fue caracterizar parámetros de RA en forma no-invasiva en pacientes en hemodialisis.

Metodología: estudio descriptivo transversal, aprobado por comité de ética institucional. Se midieron variables antropométricas, clínicas, bioquímicas y de hemodinámica central por tonometría de apilamiento. Se categorizó a los pacientes según RA aumentada (velocidad de onda de pulso [PWV]>10 m/s). Se analizó la asociación entre parámetros de RA y factores de riesgo cardiovascular tradicionales (FRT) y no tradicionales (FRNT) por correlación de Pearson, Spearman o Regresión Logística según correspondiera.

Resultados: Se estudiaron 27 pacientes, edad promedio 57±14 años, sin diferencias entre sexos (P=0,21). Dentro de los FRT se observó una media de IMC de 26,3±5,9 y de colesterol total de 155,0±32,4 mg/dl, 6/27 tenían obesidad, 4/27 diabetes, 10/27 eran fumadores, 18/27 hipertensión arterial, 12 de ellos estaban bajo tratamiento anti-hipertensivo y 2/27 tenían antecedentes de enfermedad CV. Los promedios de presión arterial (PA) periférica pre-díalisis y post-díalisis fueron 119,4±23,1/69,1±13,9 mmHg y 109,3±20,4/64,8±13,6 sistólica/diastólica respectivamente. Dentro de los FRNT el promedio de fosforemia 5,31±1,05 mg/dl, hematocrito 36,5±4,8%, la bicarbonatemia venosa 21,6±2,4 mEq/L, la azotemia predíalisis 1,12±0,39 g/L. La mediana de albuminemia 4,1 (3,6-4,3) g/dl, PTH 293(158-434) pg/ml y el Adrogo Score fue de 0 (0-2). La mediana de tiempo en diálisis fue 75 (16-225) meses. La PA central mediana fue de 115 mmHg (106-133) 77 mmHg (69-85) sistólica/diastólica respectivamente, 10/27 presentaron valores de PA sistólica central superiores a 130 mmHg. La mediana de amplificación de pulso fue 1,30 (1,25-1,48), índice de aumentación promedio 27,4±10,9 y PWV 8,75±2,70 m/s. Finalmente, 7/27 pacientes presentan PWV >10 m/s. Con excepción de la obesidad (P=0,02) ninguno de los FRT o FRNT se asoció con rigidez arterial aumentada (P>0,05).

Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de RA aumentada, la obesidad fue el único factor asociado con aumento de la rigidez arterial.

33 INDICADORES DE CALIDAD EN UNA RED INTERNACIONAL DE CLÍNICAS DE DIALISIS PERITONEAL (DP) COMO HERRAMIENTA DE GESTION PARA LA MEJORA CONTINUA.

Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A², Pesca F³, Cerrón E⁴, Hasten N¹, Frattucchio A¹, Sequeira S¹, Carazo P¹, Gadea C¹, Nin N², Marrón B³, Hegbrant J⁴, en representación del grupo de DP (Díverum, 9 países).
1. SEINE Díverum Clínic, Montevideo, Uruguay; 2. Díverum Medical Office, Montevideo, Uruguay; 3. Díverum Home Therapies, Medical Office, Madrid, España; 4. Díverum Medical Office, Lund, Suecia

Introducción: La práctica de la diálisis peritoneal (DP) no es universalmente homogénea, las referencias de práctica clínica se extraen de poblaciones pequeñas y los indicadores de calidad y objetivos (targets), son frecuentemente extrapolados de poblaciones en hemodiálisis o con enfermedad renal crónica (ERC) grado 4-5.

Objetivo: Evaluar el grado de cumplimiento de varios indicadores de calidad (ICs) en el primer año de seguimiento, tras la re-definición y estandarización de nuevos ICs en una red internacional de clínicas de DP.

Métodos: Se revisaron todos los guías de ERC 4-5 en lengua española e inglesa, tras lo cual se re-definieron nuevos estándares de calidad y objetivos. Un total de doce ICs (entre otros) se consideraron relevantes (ver tabla). Análisis descriptivo retrospectivo.

Resultados: Un total de 858 pacientes (82% de la población total de DP) de 8 países (Argentina (AR), Rumanía (RO), Alemania (DE), Hungría (HU), Polonia (PL), Uruguay (UR), Chile (CL, 19 pt.) y Suecia (SE)) se registraron en el 2017. Demográficos: edad media: 54 años, hombres: 51,5%, diabetes: 18,4%, Índice de Charlson: 4,4, abdomen seco: 26%, tiempo medio en DP 41,7m, y DPCA: 75%. Los resultados de cumplimiento (con la excepción de CL cuyos datos fueron incompletos) se muestran en la tabla.

Conclusiones: Existió una gran variabilidad en el grado de cumplimiento de los ICs entre los países, que posiblemente sea el reflejo de la existencia de distintos modelos sanitarios y/o de reembolso y/o de acceso a la medicina. En general, más del 75% de los pacientes alcanzaron los objetivos de Kt/V total semanal, de eliminación diaria de líquido, de presión arterial media y de niveles séricos de albumina y potasio. Esta gran serie puede ayudar a entender la práctica de la DP en distintos contextos.

36 EFECTO DE CELULAS ESTROMALES DE MEDULA OSEA Y MEDIO CONDICIONADO EN NEFROPATÍAS EXPERIMENTALES.

Pizarrosa AC, Santelli A, Echarte L, Caltini R, Aunchayna MH, Suarez A, Romeo C, Sánchez MF, Touriño Cristina, Gadoña Liliana.
Departamento Básico de Medicina, Departamento de Fisiopatología, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Diversas investigaciones demuestran que la administración de células estromales de médula ósea (CEM) promueve la recuperación renal. **Objetivos:** Evaluar el efecto de CEM o el Medio Condicionado (MC) en atenuar el daño parenquimatoso en los modelos a) nefrectomía 5/6 y b) de obstrucción (ligadura) unilateral unilateral y en el riñón contralateral no ligado. **Métodos:** En ratos Wistar machos (bajo anestesia y mínima asepsia) se realizaron 8 grupos (4 de cada modelo): 1. Sham operados: incisión y cierre por planos (SHAM), 2. Ligadura unilateral unilateral (OUU) o nefrectomía 5/6 (NFX), 3. OUU o NFX + administración inmediata de 1x10⁶ CEM, por punción de vena caudal inferior (OUU+CEM) o vía retro peritoneal (NFX + CEM) (7 ratos) y 4. OUU o NFX + administración de 400 µl MC (OUU+MC) y NFX + MC). Las CEM se obtuvieron previamente por cultivo primario de médula ósea de ratos Wistar machos, y se inyectaron en pasajes 2 a 6. A las 2 semanas (modelo OUU) o 10 semanas (modelo NFX), bajo anestesia, se extrae sangre de aorta (creatininemia) y riñones. Se analizaron los scores histológicos semi-cuantitativos (PAS) e inmunohistoquímicos (IHQ, anticuerpos anti-alfa actina de músculo liso - αSMA-, E-caderina y nitroxisina) para evaluar transición epitelio-mesénquima e injuria nitro-oxidativa. El proyecto fue aprobado por CEUA, Facultad de Medicina. El análisis estadístico se realizó con ANOVA post test Tukey. **Resultados:** Se observó que el grupo OUU+CEM presentó una creatinemia menor vs OUU (0,48±0,07 vs 0,59±0,06 mg/dl) (ANOVA, p<0,05). No se observaron diferencias significativas en los scores histológicos ni IHQ en los riñones obtenidos del grupo OUU+CEM ni OUU+MC vs OUU. En los riñones contralaterales se observó menor score NO tubulointersticial en OUU+CEM (0,03±0,05) vs OUU (0,10±0,06) y una menor injuria nitro-oxidativa en grupo OUU+CEM vs OUU (0,05±0,05 vs 0,21±0,1) (p<0,05). No se observaron diferencias significativas en otros parámetros histológicos. En el grupo NFX+CEM se observó menor score tubulointersticial (PAS) e injuria nitro-oxidativa tubulointersticial (ANOVA, p<0,05). En el grupo NFX+MC se observó menor score glomerular, tubulointersticial (PAS), αSMA tubulointersticial e injuria nitro-oxidativa glomerular y tubulointersticial y mayor expresión de E-caderina (ANOVA, p<0,05).

Conclusiones: La administración de CEM en el modelo OUU se asoció a menor creatinemia e injuria nitro-oxidativa en el riñón contralateral y en el modelo NFX, CEM o MC se asociaron a menor TEM e injuria nitro-oxidativa.

RESÚMENES TRABAJOS

37 ANÁLISIS DE LA TENDENCIA Y EL IMPACTO PRONÓSTICO DEL PRIMER ACCESO VASCULAR PERMANENTE EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Correia M.L., González M.C., Ferreira A., Ottati G., Naboa O.
Registro Uruguayo de Diálisis, SUN. Cátedra de Nefrología, Hospital de Clínicas, Udelar. Contacto: m.l.correia@gmail.com

OBJETIVO: conocer las características de la población incidente en tratamiento de hemodiálisis crónica (HDC) según el acceso vascular (AV) permanente con el cual ingresan, la tendencia en el uso de cada AV y su impacto en la supervivencia de los pacientes. **METODOLOGÍA:** Estudio de cohorte retrospectivo, a partir de los datos de los pacientes incidentes en HDC en Uruguay entre los años 2005 y 2014, proporcionados por el Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). Se realizó análisis descriptivo de acuerdo a las características de las variables. Para el análisis de tendencia se utilizó el método de regresión de Poisson mediante Joinpoint regression program (versión 4.5.0.1, junio 2017). Para el análisis de mortalidad atribuible se estimó la supervivencia mediante las curvas de Kaplan Meier y se realizó análisis multivariado según el modelo de regresión de Cox (SPSS versión 21). **RESULTADOS:** Los pacientes que iniciaron HDC con una fistula arteriovenosa nativa (FAVN), fueron más jóvenes (edad 61.4 ± 16.7 años), con mejor nivel funcional de actividad diaria (59.3%) y menor carga de comorbilidades (CISQ 16.6%, AOC 4.3%, DM 35.8%), al compararlos con aquellos que tenían fistula arteriovenosa protésica (FAVP) o catéter permanente (CP). El ingreso con FAVN disminuyó durante los diez años de estudio (-2.5% anual, IC 95% -4.9 a 0), mientras que a partir del 2008 hubo un aumento significativo del uso de CP (11.5% anual, IC 95% 0.2 a 2.4). Los pacientes de menor edad (< 45 años) mostraron el mayor aumento porcentual anual de CP (26.6% anual, IC 95% 12 a 41.2) y un aumento significativo de los casos de FAVN (7.7% anual, IC 95% 1.5 a 11.2). La FAVN mostró beneficio en la supervivencia a 10 años ajustado a sexo, edad y comorbilidades (HR ajustado FAVN 1.19, IC 95% 1.1 a 1.3; HR ajustado CP 1.86, IC 95% 1.6 a 2.1). El impacto positivo en la supervivencia de la FAVN en comparación con CP, se mantuvo para todas las categorías de edad, incluso en los mayores de 75 años (HR ajustado CP 1.57, IC 95% 1.3 a 1.9). **CONCLUSIONES:** el uso de CP al inicio de HDC ha aumentado en el período estudiado, sobre todo en los pacientes más jóvenes, con disminución global del uso FAVN. El impacto negativo en la supervivencia del inicio de diálisis mediante un CP versus FAVN, ajustado a las variables consideradas en el estudio, se mantiene en todas las edades incluso en los pacientes mayores de 75 años.

39 DIFERENTE GRAVEDAD DE LOS ESTADIOS DE FRACASO RENAL AGUDO SEGÚN CRITERIO DIAGNÓSTICO UTILIZADO

Nin N, Martins J, Peñuelas O, Muriel A, Abril J, Lorente JA

INTRODUCCIÓN: Los criterios que definen cada estadio son heterogéneos (definen el estadio según la concentración sérica de creatinina y la diuresis). Plantearnos en el presente estudio el objetivo de demostrar que el riesgo de desarrollar desenlaces durante la estancia en la Unidad de Grandes Quemados (UGQ) (mortalidad, necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS)) difiere dentro de cada estadio (I, II, III) según el criterio diagnóstico de FRA utilizado: criterio analítico (A), basado en la concentración sérica de creatinina; criterio de diuresis (D); o mediante ambos criterios (A+D).

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en que se incluyeron pacientes consecutivamente ingresados en nuestra Unidad de Grandes Quemados (UGQ). Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en UGQ con estancia > 3 días. Criterios de exclusión: ausencia de datos para diagnosticar FRA. Se diagnosticó FRA de acuerdo con los criterios KDIGO (Kidney Int 2012; 2: Suppl 1: 1-138) durante los primeros 7 días de ingreso en UGQ. Se consideraron los criterios que definen los estadios I, II y III, excluyendo la necesidad de TRS para el diagnóstico de estadio III. Se compararon mediante el test de la Chi cuadrado la mortalidad y la necesidad de TRS en tres grupos de pacientes según el criterio diagnóstico (A, D, A+D). Se consideró significativo un valor de p < 0.05. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética.

RESULTADOS: Estudiamos 840 pacientes (edad 44 [31-61] años; superficie corporal quemada (SCQ) 24% (15%-40%) [mediana y rango intercuartil]; sexo masculino 72%; mortalidad 13%; 466 (56%) desarrollaron FRA según KDIGO (estadio I, 395 pacientes; estadio II, 52 pacientes; estadio III, 19 pacientes). Considerando los 3 estadios, la mortalidad (n, %) de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue 55 (17%), 18 (15%), 4 (24%) (p=0.801); y la necesidad de TRS en los 3 grupos fue 11 (4%), 5 (4%), 3 (18%) (p=0.017). En el estadio I, la mortalidad y necesidad de TRS de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue, respectivamente, 48 (16%), 15 (16%), 1 (20%) (p=0.972); y 8 (3%), 3 (3%), 0 (0%) (p=0.891). En el estadio II, la mortalidad y necesidad de TRS de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue, respectivamente, 8 (43%), 2 (7%), 2 (20%) (p=0.022); y 2 (14%), 1 (4%), 2 (20%) (p=0.250). En el estadio III, la mortalidad y necesidad de TRS de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue, respectivamente, 1 (17%), 1 (33%), 1 (50%) (p=0.632).

CONCLUSIONES: Los criterios KDIGO en pacientes quemados críticos definen estadios que incluyen poblaciones de pacientes de diferente gravedad, identificadas por el tipo de criterio (analítico, diuresis) utilizado.

38 EL FRACASO RENAL AGUDO DIAGNOSTICADO POR CRITERIOS KDIGO SE ASOCIA DE FORMA INDEPENDIENTE CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS

Nin N, Martins J, Peñuelas O, Muriel A, Abril J, Lorente JA

INTRODUCCIÓN: Kidney Disease: Improving Global Outcomes criteria (KDIGO) es un conjunto de criterios para el diagnóstico de FRA en pacientes críticos. Los criterios KDIGO no han sido validados en pacientes quemados. Los objetivos del presente estudio en pacientes quemados críticos son (1) validar los criterios KDIGO; (2) demostrar la asociación independiente entre fracaso renal agudo (FRA) y desenlaces desfavorables.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en que se incluyeron pacientes consecutivamente ingresados en nuestra Unidad de Grandes Quemados (UGQ). Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UGQ con estancia > 3 días. Criterios de exclusión: ausencia de datos para diagnosticar FRA. Se diagnosticó FRA según criterios KDIGO (Kidney Int 2012; 2: Suppl 1: 1-138) durante los primeros 7 días de ingreso. Los enfermos con FRA se compararon con los enfermos sin FRA utilizando análisis univariante (test de la t de Student o de la Chi cuadrado para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente) y mediante un análisis multivariante de regresión logística estimativo para analizar la asociación del diagnóstico de FRA con desenlaces durante la estancia en UGQ (mortalidad, infección y necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS)). La fuerza de la asociación se midió mediante la odds ratio (OR). Se consideró significativo un valor de p < 0.05. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Estudiamos 840 pacientes (edad 44 [31-61] años; superficie corporal quemada (SCQ) 24% (15%-40%) [mediana y rango intercuartil]; sexo masculino 72%). Fallecieron 109 pacientes (13%), y 466 (56%) desarrollaron FRA según KDIGO (cualquier estadio). Los pacientes con FRA, en comparación con los pacientes sin FRA, presentaron una mayor mortalidad (17% vs. 8%, p=0.001). En análisis multivariante (ajustando en el modelo máximo para edad, sexo, SCQ, necesidad de ventilación mecánica, SAPS, SOFA cardiovascular y SOFA respiratorio al ingreso) el diagnóstico de FRA se asoció de forma independiente con la mortalidad (OR 2.32 [1.31-4.08], p=0.001), infección (OR 1.36 [1.01-1.84], p=0.044) y TRS (OR 6.29 [1.37-13.39], p=0.013) [los valores son OR, intervalo de confianza 95%].

CONCLUSIONES: Los criterios KDIGO en pacientes quemados críticos identifican una condición asociada a desenlaces desfavorables, resultado que apoya la validez de estos criterios para el diagnóstico de FRA en esta población de pacientes críticos. (2) El diagnóstico de FRA se asocia de forma independiente con la mortalidad en pacientes quemados críticos.

40 IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE UNA OSMOSIS REVERSA DE DOBLE PASO CON DESINFECCIÓN AUTOMÁTICA POR CALOR

Loria V, Santos Y, Alfonso D, Helimion G, Nin N

INTRODUCCIÓN: La calidad de agua de diálisis es uno de los componentes más importantes para la calidad y seguridad del paciente. Existe poca experiencia del efecto de la utilización de una osmosis por calor de última generación en nuestro medio.

METODOLOGÍA: Se analizó en el período 2014-2015 el efecto del cambio de osmosis (previa doble paso química vs. doble paso calórica en línea automática con LOOP de aislamiento técnico) en los cultivos del agua, incidentes por bacteriemia y en la calidad química del agua.

La desinfección de la osmosis calórica es automática, 3 veces por semana el LOOP y 2 veces por semana las membranas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: En el período previo a la osmosis calórica se asistió en el agua en varios oportunidades la presencia de *Ralstonia Picketti* y 7 pacientes presentaron hemocultivos a este germen pese a 2 cambios de LOOP, colocación de ozono en el LOOP sumado a desinfecciones químicas semanales.

Tras el cambio de osmosis no hubieron más cultivos en el agua ni en los pacientes hasta la fecha. La calidad química del agua mejoró significativamente. La utilización de químicos disminuyó significativamente así como la carga de trabajo al equipo técnico.



CONCLUSIONES: La utilización de una osmosis calórica mejoró significativamente la calidad microbiológica y química del agua de un centro de diálisis.

RESÚMENES TRABAJOS

41 Impacto de la utilización de un programa de accesos vasculares

Santos Y, Coria V, Hekimian G, Fajardo L, Suarez G, Rovira A, Borghini P, Falchi B, Perez D, Paz F, Nin N

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de catéteres y prótesis en los pacientes en diálisis en Uruguay ha aumentado en los últimos años. Se realizó un programa de accesos vasculares para mejorar esta situación en el 2017.

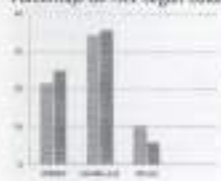
METODOLOGÍA:

El proyecto consiste en la creación de un equipo multidisciplinario con la participación de un coordinador (Nurse Y. Santos), cirujano vascular (P. Paz) y un responsable en cada clínica. Se realizaron reuniones trimestrales. A su vez un formulario de monitoreo del acceso vascular con protocolos con clasificación de color verde, amarillo o rojo por la sumatoria de varios ítems (dificultad en la punción, flujo de bomba alcanzado, presiones venosas, recirculación) del estado de acceso vascular. Se galitan planes de acción para pacientes con accesos en amarillo y rojo incluyendo consultas de cirujanos vasculares entre otros. Concomitantemente se comenzó un programa de sensibilización y educación.

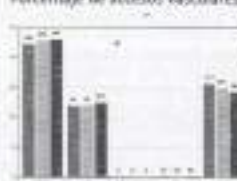
RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

El número de accesos en rojo disminuyó significativamente con respecto al semestre anterior. El porcentaje de catéteres no siguió en aumento y presentó un leve decremento a través de los últimos trimestres.

Porcentaje de FAV según color



Porcentaje de accesos vasculares



CONCLUSIONES: El desarrollo de un programa de accesos vasculares multidisciplinario y abordado varias áreas es una herramienta que puede mejorar los resultados a mediano plazo de la situación de los accesos vasculares.

42 Impacto de los accesos vasculares en los desenlaces de los pacientes en hemodiálisis

Nin N, Coria V, Santos Y, Fajardo L, Suarez G, Rovira A, Borghini P, Falchi B, Hekimian G, Perez D, Paz F

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de catéteres y prótesis en los pacientes en diálisis en Uruguay ha aumentado en los últimos años. El efecto sobre la mortalidad y los días de hospitalización se desconocen.

METODOLOGÍA:

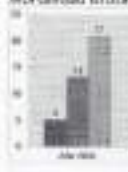
Se analizó en el periodo 2016 y 2017 el efecto del tipo de acceso vascular sobre desenlaces, incluyendo los días de hospitalización, el número de hospitalizaciones por año y la mortalidad en los pacientes en diálisis de los centros Claverum. La mortalidad fue corregida por varios factores incluyendo la edad, sexo, enfermedad cardiovascular, diabetes, el score de Charlson y el tiempo en diálisis. Se tomó como referencia el tener como acceso la fístula nativa.

Los datos fueron expresados como promedio y desvío estándar. Se consideró como significativos un $p < 0.05$.

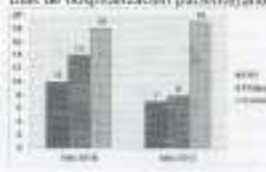
RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

El número de catéteres y de fístulas protésicas ha aumentado en los últimos años. Tener una prótesis o un catéter comparado con una fístula nativa y corregido por los factores se asoció con un aumento en la mortalidad y los días de hospitalización.

Mortalidad Bruta



Días de hospitalización paciente/año



CONCLUSIONES: Los pacientes que tienen como acceso prótesis o catéteres duplican o triplican la mortalidad y los días de hospitalización comparados con tener una fístula nativa de manera independiente.

43 Descripción de una población de pacientes con enfermedad renal crónica

Molloy M, Catella A, Aleman A, Pimiento J, Corrales A, Perdomo S, Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADER), Montevideo, Uruguay

Aproximadamente 70% de los niños y alrededor del 10% de los adultos con enfermedad renal crónica (ERC) extrema en el mundo tienen una enfermedad renal congénita o hereditaria. El objetivo de este estudio es describir las características demográficas, la evolución funcional y los factores de riesgo de progresión de los pacientes niños y adultos con ERC en seguimiento en la políclínica nefrológica del CRENADER del Uruguay.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con ERC asistidos al menos en una oportunidad en la políclínica nefrológica entre el 15/08/2017 y el 14/05/2018. Se extrajeron datos de: edad, sexo, procedencia, estado nutricional, patología de base, estado de la ERC, hipertensión arterial, anemia, proteinuria, necesidad de cateterismos vesicales, filtrado glomerular y antecedentes de infecciones. Los resultados se informaron como proporciones, medias, desvío estándar, mediana, rango e intervalos de confianza según el tipo de variable.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Consultaron 138 pacientes, 124 presentaban ERC. El rango de edad fue de 0-36 años (mediana 13); 58% de sexo masculino y 35% de Montevideo. La frecuencia de etiologías de la ERC fue: 57.3%, 16.1%, 6.5%, 8.9% y 8.9% del 1 al 5 respectivamente. La etiología malformativa, sola o combinada con patología genética o adquirida fue 73.5%; defectos nefrourológicos 49.2%, del tubo neural 24.3%. La causa genética aislada o con otra patología asociada se observó en el 23% de la población. El 52.4% de la población estudiada presentaba alteraciones nutricionales, 33% hipertensión arterial, 30% proteinuria y 31% anemia. De los 11 pacientes en estadio 5 de ERC, 9 presentaban malformaciones, 6 estaban en hemodiálisis, 4 en peritoneo diálisis y uno tenía un trasplante funcionando.

La mayoría de los pacientes que consultaron en ese período presentaban ERC. En la población general de niños y adolescentes, los defectos congénitos son la principal causa de ERC pero en esta muestra la frecuencia hallada fue aún mayor, dada la forma de ingreso de los pacientes a la cobertura asistencial del CRENADER, lo que genera un sesgo de selección.

CONCLUSIONES: En la población descrita predominaban las malformaciones nefrourológicas y 33% tenía factores de riesgo de progresión. Deben planificarse medidas para el diagnóstico precoz y seguimiento multidisciplinario de esta población joven para enlentecer la progresión de la ERC.

44 CAPACIDAD FUNCIONAL Y MASA MUSCULAR EN PACIENTES EN TERAPIA DE REMPLAZO RENAL

Borger C, San Román S, Moliterno P, Rojas L, Core L, Moirano M, Tihista S, Poggio MV, Armand Pilon A, Bentancor MJ, Echegarria C, Pereiro S, Tagliaretti V, Zeballos S, Godola L, Silvareña R, Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina y Centro de Diálisis Peritoneal CASMU-IAMPP.

Departamento de Nutrición Clínica, Escuela de Nutrición, Montevideo, Uruguay.

Fundamentación: La enfermedad renal crónica (ERC) en estadios avanzados (4-5) condiciona declinación funcional progresiva, y ésta se asocia a mayor riesgo de hospitalización y muerte.

Objetivos: Analizar la capacidad funcional de los pacientes en Terapia de Reemplazo Renal (TRR) y su relación con la medida de masa muscular.

Materiales y Métodos: Estudio transversal de pacientes con ERC 5D en Hemodiálisis (HD) y diálisis Peritoneal (DP) del Hospital de Clínicas y CASMU. Se registraron edad, sexo, medidas antropométricas, composición corporal por bioimpedancia eléctrica multifrecuencia, albuminemia y colesterolemia. Se determinó capacidad física por medida de fuerza de presión, test "Up & Go" y escala de Barthel. Se calculó índice de masa muscular (IMM) en kg/cm² por bioimpedancia.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (18 mujeres), 13 en HD y 16 en DP, con edad media 61.4 ± 12 años, 9/29 diabéticos. La media de IMC fue 27.1 kg/m². De la analítica se destaca media de colesterol de 179 mg/dL, y media de albúmina de 4.06 mg/dL. El test de Barthel fue superior a 10 en todos los pacientes. El test de fuerza de presión fue débil en 7/29, no existiendo diferencias entre grupos HD vs DP (Chi²: no significativo [NS]). El área muscular braquial por antropometría fue percentil <25 en 9/27 pacientes (Chi²: NS) y el IMM por bioimpedancia fue percentil <25 (<7.1 kg/m² mujeres) y (<9.2 kg/m² hombres) en 7/29 pacientes (Chi²: NS). Los pacientes "débiles" por test de presión tuvieron menor IMM que quienes tenían fuerza conservada (9.4 vs 10.7 kg, Test de Mann Whitney p=0.06). El test "Up & Go" de los pacientes con fuerza conservada fue significativamente mejor que en los "débiles" (16.7 vs 6.29 seg. Mann Whitney p=0.02).

Conclusiones: La valoración de la capacidad funcional y las medidas de la masa muscular permitieron detectar que la cuarta parte de la población estudiada en TRR presenta disminución de la capacidad física y/o disminución de la masa muscular. Los instrumentos utilizados permitieron detectar una subpoblación vulnerable que amerita intervenciones multidisciplinarias específicas.

RESÚMENES TRABAJOS

45 PRESENTACIÓN CLÍNICA E HISTOLOGÍA EN LA PRIMER Y LA SEGUNDA BIOPSIA RENAL EN LA NEFROPATÍA LÚPICA.

Pamizani P, Luzardo L, Baggio J, Auchayna

MH, Gadola L, Noboa O, Ottati G.

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

Introducción: La nefritis lúpica (NL), suele experimentar transformaciones de una clase histológica a otra con el paso del tiempo y no es infrecuente que los pacientes requieran más de una punción biopsia renal (PBR) en su evolución. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, humorales e histológicas al momento de la primera y de la segunda PBR en la población asistida en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas (HC).

Métodos: Se realizó un relevamiento de las historias clínicas de los pacientes asistidos regularmente en la policlínica de Nefrología del HC, con diagnóstico de NL, que contasen con más de una PBR.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, 9 de sexo femenino, con una media de edad de 22,5±8,9 años al diagnóstico de su enfermedad lúpica. En 5 pacientes, la PBR se realizó al debut de su enfermedad. La tabla 1 muestra las características clínicas y humorales y la tabla 2 las características histológicas más relevantes al momento de las PBR. Luego de la primera PBR 6 pacientes recibieron ciclofosfamida (C); no contamos con datos de 2 pacientes que debutaron en la edad pediátrica. Con respecto a la respuesta, en los 6 pacientes en que se encontraba la información disponible, la respuesta fue de 3 con respuesta completa y 3 con parcial. El tiempo promedio entre las dos PBR fue de 3,0±4,5 años.

Tabla 1. Características clínicas		Tabla 2. Características histológicas	
n=10	n=10	n=10	n=10
Sexo, n(%)	7 Femenino, 3 Masculino	No. de glomerulos, n	13±7
Comorbilidad, n(%)	1 Diabetes, 1 HTA, 1 Enfermedad autoinmune	Glomerulos (glomerulos, n)	10±1
Medicación, n(%)	5 Corticoides, 5 Inmunosupresores	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1
Alimentación, n(%)	5 Dieta, 5 Dieta	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1
Tratamiento, n(%)	5 Ciclofosfamida, 5 Ciclofosfamida	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1
Tratamiento, n(%)	5 Ciclofosfamida, 5 Ciclofosfamida	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1
Tratamiento, n(%)	5 Ciclofosfamida, 5 Ciclofosfamida	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1
Tratamiento, n(%)	5 Ciclofosfamida, 5 Ciclofosfamida	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1
Tratamiento, n(%)	5 Ciclofosfamida, 5 Ciclofosfamida	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1
Tratamiento, n(%)	5 Ciclofosfamida, 5 Ciclofosfamida	Proteinuria (proteinuria, n)	10±1

Nota: n= número de pacientes, n(%) = número de pacientes con la característica.

Conclusiones: Con respecto a la clase histológica, de dos pacientes clase II en la 1ª PBR, uno se mantuvo así en la segunda y otro cambió a clase IV. Tres pacientes con NL clase III en la 1ª PBR, tenían clase IV en la segunda. Con respecto al componente membranoso, dos pacientes (clase IV) agregaron componente V en la 2ª PBR y otros dos agregaron doble contorno en la segunda biopsia. Destacamos que ninguno de ellos alcanzó remisión completa previo a la 2ª PBR.

47 Control de factores de riesgo vascular en ERC, 11 años de seguimiento.

Silva G, Tolstoi N, Saez L, Catelo A, Sivarito R, Lamadrid

V, Gadola L, Soñé L, Ferreira A, Ríos P. Programa

de Salud Renal, Montevideo, Uruguay

Introducción: El Programa de Salud Renal (PSR) registra pacientes con ERC derivados por médicos del primer nivel de atención (PNA). Dentro de sus principales acciones están la elaboración de guías y actividades educativas para los equipos asistenciales del PNA. Además se han establecido políticas de salud nacionales dirigidas al control de los factores de riesgo vascular (ej. ley antitabaco, antihipertensivos y antidiabéticos orales a menor costo).

Objetivo: valorar como ha variado el control de los principales factores de riesgo vascular al ingreso al PSR, de pts con ERC referidos desde el PNA.

Metodología: Entre 1/1/2006 y el 15/9/2017 ingresaron al PSR 19011 pacientes (pts). Se seleccionaron 13385 (68,3%) sin control nefrológico previo. Se analizó en cada año el porcentaje de pts con Presión Sistólica < 140 mmHg, presión diastólica < 90 mmHg, colesterol < 200 mg/dl, índice de masa corporal normal, glicemia < 126 g/l, hemoglobina glicosilada menor 7%, uricemia, leucopenia y hemoglobina normales, no fumadores, número de drogas antihipertensivas y estatinas. Se analizaron tendencias de proporciones mediante Chi² Linear by Linear Association (SPSS-5.0). **Resultados:** El promedio de pts por año fue 1115, sin mayores variaciones interanuales de edad sexo, etapas de ERC y proteinuria. Mediana de 70 años (IQT 60-78), hombres 57,6%, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) mediana 40,7 ml/min/1,73m² (IQT 30,5-53,2), proteinuria > 0,3 g/día 18,4%, diabéticos 38,4%. Se encontró un mejor control con una tendencia estadísticamente significativa de: presión arterial sistólica y diastólica, colesterol y tabaquismo. Resultados de primer y último año muestran estas diferencias: PAS<140 mmHg: 62 vs 83%, PAD<90 mmHg 45 vs 66%, Colesterol < 200 mg/dl 50 vs 63%, No fumadores 82 vs 96%. Estas tendencias se mantienen en ambos sexos, grupos etarios, asistencia pública y privada y Montevideo e interior. No se encontraron cambios en el control glucídico, de uricemia, ni estado nutricional. En pts que ingresaron con FG < 30 ml/min se encontró una tendencia significativa a ingresar con menos hiperfosforesmia y más anemia. No se demostró un aumento significativo del uso de estatinas ni del número de drogas antihipertensivas.

Conclusiones: Se evidencia un mejor control de presión arterial, tabaquismo y colesterol en los pacientes referidos a Nefrología durante el período analizado. Pero sin mejora en el control glucídico y nutricional, factores a los que se debe prestar especial atención desde el sistema nacional de salud.

46 Informe del registro URUGUAYO de glomerulopatías 2016-2017.

García M, Cabrera J, Acosta N, Auchayna MH, Delfino L, Ríos P,

Caitiño R, Coria V, Ottati G, Gadola L, Coarsi H, Gonzalez-Martinez

F, Alvarez A, Baccino C, San Roman S, Sivarito R, Noboa O en

representación del Registro Uruguayo de Glomerulopatías.

Programa de prevención y tratamiento de las Glomerulopatías

(PPTG), 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 que se realizan en el Uruguay desde hace más de 20 años. Su objetivo es brindar la información epidemiológica actualizada en referencia a este grupo de enfermedades y ser fuente de datos para la investigación.

METODOLOGÍA: Recolectamos los datos clínicos e histológicos de los pacientes en los que se les realizó una primera biopsia de riñón nativo en el período 2016-2017.

RESULTADOS: Analizamos 481 biopsias, de ellas 11 fueron biopsias en blanco, en 7 casos no contamos con el diagnóstico, y 37 no correspondieron a glomerulopatías (GP). De las 424 biopsias que correspondieron a GP, 234 se realizaron en 2016 y 192 en 2017; la tasa de biopsia de GP fue de 54,1 biopsias por millón de población (pmp), valor similar al del período 2010-2014 (65,6 GP pmp). El 48% se presentaron en personas de sexo femenino, el 3% a menores de 15 años. La mediana de edad fue de 46 años (5-87). Entre las 403 biopsias correspondientes a pacientes mayores a 14 años, las GP primarias más frecuentes fueron la nefropatía IgA (17,4%), esclerosis focal y segmentaria (EHFS) (16,1%) y membranosa (11,4%), y las secundarias la nefropatía lúpica (LES) (10,2%) y las vasculitis (15,4%). Un 11,7% resultó indistinguible con las técnicas convencionales. La tasa de biopsia de GP en mayores de 14 años fue de 75,9 GP pmp. En esta subpoblación las tasas de biopsia de las GP más frecuentes fueron: IgA 13,2 pmp, la de EHFS 12,2 pmp, vasculitis 11,7 pmp, GP membranosa 8,7 pmp, lupus 7,7 pmp.

CONCLUSIONES: La tasa de biopsia de GP en Uruguay continúa en ascenso desde el inicio del RUG (p<0,001, Test de Mann Kendall para tendencias). La nefropatía a IgA es la glomerulopatía primaria más frecuente en Uruguay y su incidencia continúa en aumento. En comparación con el período 2010-2014, este bienio se caracteriza por un aumento significativo de la tasa de diagnóstico de EHFS (que alcanza cifras similares a las del período 1995-1999) y de vasculitis, mientras que la GP membranosa presenta un ascenso lento pero constante.

48 EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA.

Dufort y Alvarez M, Rebore A, Corra G,

G. Giachetto, Gonzalez C, Ferreira A.

SENNIAD, Montevideo- Uruguay. m-dufort@hotmail.com

La falta de crecimiento es un problema frecuente en pacientes (pts) en diálisis peritoneal crónica (DPC). El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución de los parámetros antropométricos de niños y adolescentes en DPC en Uruguay.

METODOLOGÍA: se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recabaron datos de 19 pts, asistidos en el programa de DPC pediátrica desde el ingreso hasta su último control en junio 2018. Se obtuvieron los parámetros antropométricos talla/ edad, peso/edad y se estandarizaron según Z score. Se vincularon con edad de ingreso a plan de diálisis peritoneal crónica, duración del tratamiento, dosis diálisis y función renal residual (FRR). Se analizó la relación entre el crecimiento y valores de PTHrP, la implementación de un soporte nutricional y la administración de hormona de crecimiento. Para el análisis estadístico se aplicó el coeficiente de Pearson (r) considerando significativo un valor de p < 0,05.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: 19 pts, edad de 1,5 y 18 años, (x= 12a, DE= 4,1a). Sexo: 11M/8F. Nefropatía de base: glomerulopatías=8, malformaciones nefrológicas=9, nefronoptosis=1, desconocida=1. Edad de ingreso a DPC fue de 1m a 14 a (x= 8,1a, DE= 4,8a). El tiempo en DPC fue de 8 m a 10 a (x= 4,1a, DE= 3a). 7/19 pts no presentaban FRR. La dosis de diálisis fue adecuada en 15/19. La PTHrP fue superior al valor límite aceptable en 13/19. Presentaban soporte nutricional: 15/20, 5 de éstos con sonda nasogástrica. Solo un paciente recibía hormona de crecimiento recombinante. 14/19 pts presentaban talla baja para la edad, predominando los valores de severidad en 11/14. En 18/19 se observó un delta Z de talla negativo en el período en DPC (x= -1,34, DE= 1,50). A menor edad de ingreso a diálisis mayor delta Z de talla negativo (p=0,012) y a mayor tiempo en diálisis mayor delta Z negativo (p=0,052). La ausencia de FRR se correlaciona con mayor delta Z negativo (chi cuadrado= 2,06). Si bien se pudo observar una tendencia entre dichas variables los resultados no fueron estadísticamente significativos. No se observó correlación estadísticamente significativa entre los valores de PTHrP, soporte nutricional y la administración de hormona de crecimiento y crecimiento longitudinal.

CONCLUSIONES: Las tendencias observadas concuerdan con los datos internacionales coincidiendo en que el fallo de crecimiento continúa siendo un problema sustancial en pts en diálisis peritoneal.

RESÚMENES TRABAJOS

49 COMPARACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE PACIENTES INGRESADOS A HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL

Ferreiro A, González M, Chifflet L, Ceretto M L.

Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). Contacto: aleferrero@hotmail.com

Introducción: se ha descrito diferencias de supervivencia de pacientes prevalentes portadores de insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo renal (TSR), entre las modalidades de diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD) en favor de la DP. Estas diferencias pueden estar relacionadas con sesgo de selección, transferencia de técnica, diferencias de comorbilidad entre modalidades y desarrollo local de cada técnica. El análisis de la supervivencia ajustada de pacientes incidentes en HD o DP, permitiría evaluar el pronóstico vital de cada técnica a largo plazo en nuestro país, y contribuir a la toma de decisión informada al momento de elegir la técnica.

Objetivo: comparar la supervivencia a largo plazo (10 años) ajustada a variables de confusión, de pacientes en diálisis, según la modalidad de TSR.

Métodos: se evaluó la comorbilidad, la modalidad de tratamiento y la supervivencia de todos los pacientes nuevos en DP y HD en Uruguay, desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2016 e ingresados a la base de datos del RUD, que recopila información prospectiva sobre la comorbilidad, la calidad y los resultados del tratamiento de todos los pacientes en TSR. El análisis de supervivencia a largo plazo (10 años) se realizó según intención de tratamiento, y fue analizado por el método de Kaplan-Meier, la prueba de rango logarítmico, y el ajuste a covariables mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox. HD fue rechazado con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: 5364 pacientes ingresaron al TSR dialítico en el periodo, 548 (10,2%) en DP. La mediana de supervivencia global fue de $4,9 \pm 9,06$ años, mayor en DP (5,8 años) que en HD (4,9 años) ($p < 0,05$). En el análisis multivariado (Cox), los factores de riesgo asociados con la mortalidad a largo plazo fueron (OR): cardiopatía isquémica (1,24); Diabetes (1,32); enfermedad vascular isquémica (1,17); enfermedad pulmonar obstructiva (1,28); rendimiento físico (4 categorías de Karnofsky: 1,12); neoplasia (1,23); edad en años (1,034); sexo masculino (1,14). La modalidad de TSR no se asoció de manera independiente con la mortalidad remota en esta población.

Conclusiones: la modalidad de tratamiento no fue determinante del pronóstico vital a largo plazo de los pacientes que inician diálisis en Uruguay, cuando los resultados se ajustan a la edad y la comorbilidad. Esta información debe incorporarse al proceso de selección y asesoramiento de la modalidad de tratamiento en pacientes sometidos a diálisis.

51 NEFROPATÍA AGUDA POR FOSFATOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lorenzo B, Aunchayna MH, Alvarez A, Pinato M, Acuña G, González S, Menoni R, Noboa O, Kurdian M.

Servicio de Nefrología, Hospital Español "J. J. Ortogirini" - Laboratorio de Anatomía Patológica, H. Maciel, ASSE - Centro de Nefrología, H. de Clínicas, Facultad de Medicina, Udelar.

La nefropatía aguda por fosfatos (NAF) es una entidad clínicopatológica causada por la ingesta de purgantes que contienen fosfato de sodio utilizado en la preparación para la fibrocolonoscopia (FCC).

Se trata de una paciente de 60 años, sexo femenino, antecedentes de resección de adenoma villoso colónico. Se realiza FCC por PSI positivo. Posteriormente a la ingesta de fosfato de sodio (48 gr monobásico y 18 gr dibásico) presenta alta tasa de diarrea. Al mes aparece sintoma de urtemia y disminución de la diuresis. Al examen físico se destaca deshidratación moderada e hipotensión. Laboratorio: Creatinemia (Cr) 8 mg/dl, Azotemia 1,4 g/L, Na 132, K 4,1, Cl 90 mEq/L, Ca 8 mg/dl, P₀₄ 8,2 mg/dl; examen de orina sin alteraciones. Ecografía: Ríones de tamaño normal, espesor parenquimatoso y ecogenidad conservadas, sin dilatación ni litiasis. Se descartaron causas de insuficiencia renal rápidamente progresiva: Anticuerpos antinucleares, Anticardiolipinas y Anti-MBG negativos. Complemento normal, PEF normal. Cadenas filamentosas en sangre negativas. Hemograma y hematograma normales. Doppler de arterias renales sin estenosis. Recupera función renal parcialmente con Cr de 3,4 mg/dl. Al mes reingresa con Cr 5,8 mg/dl y P₀₄ 3,5 mg/dl, sin factores corregibles quedando dependiente de hemodiálisis. Ecografía: Ríones de tamaño normal y ecogenidad aumentada. Histología renal: Glomerulos sin alteraciones. Fibrosis intersticial y atrofia tubular del 30 % con infiltrado inflamatorio. Necrosis tubular aguda. Depósitos tubulares de cristales de fosfato de sodio con tinción de van Kossa positivo. Inmunofluorescencia negativa. Esclerohialinosis vascular. Discrasia. La incidencia de NAF sigue siendo desconocida y se presenta con 2 patrones clínicos de lesión: uno agudo reversible y otro -tardío generalmente irreversible que puede determinar una enfermedad renal crónica - extrema que requiere sustitución de la función renal. Se han identificado factores de riesgo: edad avanzada, hipertensión arterial, enfermedad renal previa, uso de IECA y/o ARA II y depleción de volumen como en este caso. El diagnóstico es de sospecha clínica y confirmación histológica caracterizada por la precipitación de cristales de fosfato de sodio a nivel de la luz tubular, células tubulares e intersticio y activación de la respuesta inmune como consecuencia del aumento del fosfato sérico. **Conclusiones:** Varios reportes confirman la necesidad de evaluar con precisión el riesgo/beneficio del uso de Fosfato sódico oral como preparación para FCC e identificar poblaciones de riesgo. La única estrategia efectiva en evitar su administración ya que existen disponibles otras alternativas como el polietilenglicol.

50 INTOXICACIÓN SEVERA POR VALPROATO - ROL DE LA HEMODIÁLISIS

Curbelo A, Pinato M, Arigon J, Acuña G, González S, Menoni R, Kurdian M, Alvarez A, Hurtado J.

Hospital Español J. J. Ortogirini - Montevideo, Uruguay

Introducción: La sobredosis por valproato puede causar intoxicaciones severas. Es de bajo peso molecular y alta unión a proteínas plasmáticas. En niveles tóxicos, la saturación de proteínas plasmáticas por la droga aumenta su fracción libre y esto permite su eliminación por técnicas de depuración extracorpórea. La metabolización es hepática y su rango terapéutico es 50 - 100 µg/ml. Con niveles > 450 µg/ml aparece depresión del sensorio y con > 850 µg/ml inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica, hipercamoteria, edema cerebral y coma. Su tratamiento se basa en soporte vital, corrección de alteraciones metabólicas, carbón activado, L-carnitina. Se recomienda hemodiálisis intermitente, si presenta depresión de conciencia, hipotensión arterial refractaria, disfunción renal, alteraciones metabólicas severas o niveles mayores de 850 µg/ml.

Objetivo: Presentar 2 casos de intoxicación severa por Valproato, tratamiento y evolución.

Pacientes y Métodos: Análisis retrospectivo de 2 casos, SF, 22 y 41 años, asistidos en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Español entre 1/2017 y 2/2018 por intoxicación severa con Valproato. Evaluación de variables demográficas, clínicas y de laboratorio. Su tratamiento y evolución.

Resultados: Caso 1 - 22 años, alcoholista, patología siquiatrica. IAE previo. Ingreso por IAE con Valproato. Tratamiento: Inicial con Carbón activado y L-carnitina. Depresión de conciencia, ingreso a UCI. Ácido valproico (AV) 1028 µg/ml. Función renal, hepática, ionograma y gaseometría sin alteraciones. Hipercamoteria. Crisis alterada y plaquetopenia. Hemodiálisis (2 sesiones) y descenso de AV. Mejoría clínica y paraclínica. Se egresa al 4º día y alta a sala.

Caso 2 - 41 años, patología siquiatrica. IAE previo. Ingreso por IAE con Valproato, tratamiento con lavado gástrico y carbón activado. Depresión de conciencia, ingreso a UCI. Hipotensión arterial / vasopresores. Hipoglucemia, acidosis metabólica, hiperamoniemia e hiperlactacidemia. AV 1340 µg/ml. Función renal, hepática, ionograma, hemograma y crisis sin alteraciones. Hemodiálisis de urgencia con descenso de AV. Rápida mejoría clínica y paraclínica. Se egresa al 2º día y transfiere a sala.

Conclusiones: En intoxicaciones severas por Valproato con manifestaciones clínicas de gravedad o concentraciones séricas mayores a 850 µg/ml, debe iniciarse hemodiálisis.

52 PROGRAMAS DE SALUD RENAL DE SANTA FE Y URUGUAY. Primeros pasos de trabajo conjunto en la prevención de nefropatías

Carlino C, Dip L, Torales S, Lamadrid V, Silveira R, Godola L, Sold L, Ferreira A, Ríos P, Alles A.

Programa de Salud Renal de Santa Fe, Argentina. Programa de Salud Renal de Uruguay.

Introducción: El 13 marzo de 2017 se firmó un Convenio de Cooperación en Salud Renal entre los Programas de Santa Fe (PSRF) y Uruguay (PSRU), y entre los Ministerios de Salud de ambos países. En este marco se han realizado jornadas científicas, de intercambio de experiencias sobre registros de pacientes, formas de comunicación con la población y equipos de salud, criterios de ingreso al programa de acuerdo a los recursos humanos e infraestructura disponibles, análisis epidemiológico de la ERC en cada país.

Objetivo: Analizar conjuntamente las características de los pacientes al ingreso a ambos programas.

Metodología: El PSRF abarca pacientes del sector público, con P₀₄ estimado (CKD-EPI) menor de 45 ml/min. El PSRU incluye pacientes en todas las etapas de ERC, del sector público y privado. Se describen los pacientes con ERC en etapas III a V (no en diálisis) de ambos PSR. **Resultados:**

	SANTA FE	URUGUAY
	Nov 2015 a Jun 2016	Nov 2016 a Jun 2016
Nº personas	489	1389
Edad (años) (SD)	66,8 (16,0)	70,1 (15,1)
Sexo Masculino %	65,4	65,7
ERC etapa III (n%)	118 (24,3)	1070 (76,1)
ERC etapa IV (n%)	148 (30,3)	2348 (16,9)
ERC etapa V (n%)	16 (3,3)	347 (2,5)
Proteína (mg > 300 mg/dl) (n%)	38 (7,8)	2624 (19,0)
Diabetes (n%)	114 (23,3)	6094 (43,9)
P ₀₄ < 30 ml/min (n%)	77 (15,7)	1770 (12,8)
N. Glóbulos (n%)	14 (2,9)	689 (5,0)
N. Vólvulos (n%)	18 (3,7)	977 (7,0)
Esclerohialinosis	39 (8,0)	481 (3,5)
Dislipidemia	181 (37,0)	1444 (10,4)
Enzimas (n%)	138 (28,2)	1048 (7,6)
Nº drogas antidiabéticas	137	133

Conclusiones: El desarrollo de PSR y la cooperación entre nuestros países posibilita oportunidad de análisis y de mejora de la atención nefrológica.

RESÚMENES TRABAJOS

62 INJURIA RENAL AGUDA SEVERA SECUNDARIA A RABDOMIÓLISIS NO TRAUMÁTICA.

Yandian F, Miranda V, Guerisoli A, González A,
Miedziwik L, González C, Lobello M, Ferreira A.
Departamento de Nefrología, CASMU-IMPP, Uruguay.

Introducción: La rabdomiólisis es la ruptura y necrosis de las fibras musculares estriadas, liberando al torrente sanguíneo elementos del estroma y la membrana celular. La etiología más frecuente de la rabdomiólisis grave o masiva, se relaciona a trauma (físico, químico, eléctrico, radiante, ejercicio intenso, golpe de calor), y menos frecuentemente a causas no traumáticas. Tiene consecuencias clínicas severas con elevada morbilidad y mortalidad. La injuria renal aguda (IRA) es una de las complicaciones más graves de esta entidad. **Objetivo:** Comunicar casos de IRA severa secundaria a rabdomiólisis de causa no traumática, describir el curso clínico y su pronóstico.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo que incluye todos los pacientes con IRA severa (KDIGO, 2012) diagnosticada en el contexto de rabdomiólisis de causas no traumáticas (tóxicas, infecciosas y metabólicas) que se asistieron en la institución en un período de 10 años (01/2008 a 05/2018). Los resultados se expresaron en media, mediana y frecuencia absoluta, con medidas de dispersión, según las características de las variables. **Resultados:** Se identificaron 9 pacientes, 7 hombres y 2 mujeres, edad media de 29,6 años (19-55 años). La creatinemia (Cr) máxima fue $7,63 \pm 4,64$ mg/dl y la azotemia máxima fue de $1,28 \pm 0,78$ mg/dl. La mediana de creatinquinasa (CK) fue de 13.623 U/L (rango: 1.812-4.000.000). Seis pacientes recibieron tratamiento de hemodiálisis (HD), por un período de $13,3 \pm 2,1$ días. Las indicaciones de HD fueron IRA KDIGO III. Las causas de rabdomiólisis fueron: a) consumo de drogas: 6 casos (5 cocaína y 1 efedrina), b) hipopotasemia severa ($<1,5$ mEq/l): 1 caso y c) infecciosa: 2 casos (leptospirosis y viral no identificada). El 100% de los pacientes recuperaron función renal sin necesidad de diálisis al alta. La Cr al alta fue de $1,54 \pm 0,68$ mg/dl. No se registraron episodios posteriores de IRA en estos pacientes. **Conclusión:** La rabdomiólisis no traumática es una causa poco frecuente de IRA. Se desarrolla en una población joven y la causa más frecuente se relacionó con el consumo de drogas. La mayoría de los casos requirió HD con recuperación de la función renal, en un período corto de tiempo en todos los pacientes.