

XIX CONGRESO ARGENTINO DE NEFROLOGÍA

XII CONGRESO ARGENTINO PARA ENFERMEROS EN NEFROLOGÍA

1. ACCIONES ESTRATÉGICAS FRENTE A LA ERC

0084

DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN

F Reichel, A Arcamone, A Basilio, S Boubee, M Casas, C Corradino, C Emanuele, J García, P Peri, J Massota, A Rojas, C Vallvé, N Weisse, L Sintado.

Hospital Carlos G. Durand, Argentina.

La prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) está en aumento y es un creciente problema de salud pública que requiere programas de detección e intervención de bajo costo y realización sencilla.

Objetivos: ensayar métodos eficaces de detección de factores de riesgo (FR) de ERC.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal de la población concurrente al Hospital el Día Mundial del Riñón. Se evaluó presencia de FR de ERC con una encuesta, registro de datos antropométricos y tensión arterial. En el subgrupo positivo para diabetes (DM) e HTA se realizó examen de orina con *dipstick*. Los positivos para DM, HTA, obesidad o antecedentes familiares de ER se citaron para análisis bioquímico y consulta nefrológica. A todos se les brindó orientación médica e información referida a reducir el riesgo de ERC ("8 reglas de oro").

Resultados: concurren 343 personas. Mujeres 242 (71%). Edad media $56,9 \pm 15,5$ años (14-88). Del total, 310 (90.4%) presentaron al menos 1 FR de ERC. Mayores de 50 años, 249/343 (73%). DM 47/243 (23.8%), HTA 90/278 (32.3%), dislipémicos 117/262 (44.6%), sedentarios 150/329 (45.6%), tabaquistas 37/338 (11%), índice de masa corporal ≥ 25 : 245/343 (71.4%) de los cuales sobrepeso: 130 (38%), obesos 115 (34%), bajo peso 7(2%). Antecedentes familiares de enfermedad renal 35 (10.2%). De los hipertensos, 18/90 (20%) no logra control, y de estos, 16 (89%) estaban submedicados (esquema monodroga). De los positivos para FR, solo 40/310 (13%) habían consultado a una nutricionista, y 76/310 (24%) nunca realizaron colesterolemia. De los dislipémicos, 21 (18%) no recibe tratamiento. En los >65 años, 28/71 (39%) tomaba DAINÉ y 35/145 (24%) estaba polimedica (4 o más drogas).

Conclusión: se identificó una alta prevalencia de los FR de ERC y CV en la población estudiada. La realización de estos eventos en un hospital público puede ser un valioso método para su detección y el control de resultados, con una distribución rápida y controlada de los recursos diagnósticos de la ERC.

0087

LA INFORMACIÓN COMO EJE ESTRATÉGICO EN EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

G Ellena¹, L Martínez², E Ferreira Centeno¹, C Franzolin¹, M Daduch³, N Ferrieres⁴, M Giraud¹, L Luque¹.

1. Ecodaic. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina. 2. Fresenius, Argentina. 3. Diaverum, Argentina. 4. Hospital Italiano de Córdoba, Argentina.

En el marco del desarrollo del Programa Red Provincial de Trabajadores Sociales en Trasplante (Tx), conformado por Trabajadores sociales del ámbito público y privado, se diseñó un proyecto de investigación a cumplimentarse en dos etapas. El eje que atraviesa esta investigación es el acceso a la información de todos los pacientes (P) con ERC del ámbito provincial, con el fin de promover la autonomía y adherencia al tratamiento de la población objetivo. Esta presentación abarca la primera etapa de la investigación.

Objetivo: conocer la información que los P tienen acerca del proceso de Tx.

Método: de modo aleatorio se seleccionó una muestra para la aplicación de una encuesta a fin de determinar con qué información cuentan los P con ERC. Posteriormente se confeccionó una guía pensada como una herramienta del proceso educativo para ser entregada a todo P en diálisis del ámbito provincial.

Universo: 2400 P; con residencia en capital 48% y 52% interior; según financiación 23,5% pública y 76,5% privada. Tamaño de muestra 330. Muestreo aleatorio por cuotas proporcionales. Encuesta estructurada autoadministrada sobre los temas: donación de órganos, lista de espera, trasplante y cuidados postrasplante.

Resultados: sobre 156 encuestas receptadas, el 53% de la muestra obtenida no identifica al trasplante como tratamiento crónico; 56,9% sabe que se ingresa a lista de espera una vez finalizada la evaluación; el 89,5% sabe que los cuidados postrasplante son numerosos. El 45,1% no sabe que debe actualizarse su situación clínica una vez al año.

Conclusión: alrededor de la mitad de la población encuestada no cuenta con información específica a cerca de su enfermedad y del proceso de ingreso a LE. Igualmente resulta relevante que los P tienen un amplio conocimiento de los cuidados post-Tx. Por la tanto la guía se convierte en un instrumento válido para el acceso a la información por lo que la efectividad de la misma será evaluada en la segunda etapa de esta investigación.

0103

TIPO DE ACCESO VASCULAR AL INICIO DE HEMODIÁLISIS EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS, SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS

LJ Andrade, D Manzor, S Depine, M Grizzo, O Ferraro, J Fochi, L Cavallero, O Román, A Carlevaro, B Cruz.
Nefrología Argentina, Argentina.

Introducción: la tardía derivación del paciente al nefrólogo y el desconocimiento de su enfermedad renal crónica repercuten directamente en la falta de preparación del paciente a nivel vascular.

Materiales y métodos: estudio multicéntrico retrospectivo de una población de 412 pacientes en diálisis, seleccionando una muestra no aleatorizada de diabéticos e hipertensos. Se evaluó el tipo de acceso vascular al ingreso en relación a lugar de derivación, ya sea emergencia o consultorios.

Resultados: sobre 412 pacientes de la base de datos seleccionamos una muestra de 267 pacientes, 148 DBT (55,43%) y 119 HTA (44,56%). De los 267 pacientes, se recibieron 81 de los servicios de emergencias y 186 de consultorios. Del total 168 ingresaron con catéter transitorio (62,92%) y 99 con FAV (37,07%). De los 168 pacientes con catéteres, 81 provenían de unidades de emergencia y 87 de consultorios, mientras los 99 pacientes con FAV fueron derivados todos desde consultorios. El porcentaje de diabéticos que iniciaron diálisis con catéter fue 72,29% (107) y con FAV 27,70% (41). El porcentaje de hipertensos con catéteres fue 51,26% (61) y con FAV 48,73% (58).

Conclusiones: en los pacientes ingresados desde servicios de emergencia, su primer contacto con el nefrólogo fue durante la internación, justificando el inicio con catéteres transitorios. Sin embargo, también se puso en evidencia un predominio de catéteres como acceso inicial en los pacientes derivados desde consultorios. La etiología no tuvo relación con la elección del acceso vascular, en ambos predominaron catéteres.

Consideramos muy importante este hallazgo, dado que la evidencia muestra que la morbilidad de los pacientes en diálisis se relaciona con los cuidados en etapa predialítica y la mortalidad de los primeros 3 meses se asocia a ingreso no programado.

0147

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN UNA PACIENTE DIALIZADA

N Pires¹, R Cavoduro¹, J Paciaron², G Nicola¹, M Salamano³.

1. Hospital Provincial Centenario, Argentina. 2. Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe Segunda Circunscripción, Argentina. 3. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR, Argentina.

Objetivo: identificar las oportunidades de intervención farmacéutica para la optimización de la farmacoterapia en un caso de una paciente dializada con hipertensión e hiperfosfatemia.

Materiales y métodos: el presente caso forma parte del proyecto "Oportunidades de Optimización de la Farmacoterapia en pacientes dializados" que aún se encuentra en desarrollo. El punto de partida del seguimiento farmacoterapéutico es la entrevista inicial a la

paciente, fuente primaria de información. A partir de los datos obtenidos en la entrevista, los aportados por la historia clínica y los registros del servicio de farmacia, se construye la historia farmacoterapéutica de la paciente. El equipo interdisciplinario que integra la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia de Rosario evalúa la terapia farmacológica a través de un seguimiento farmacoterapéutico. Tras el análisis del caso se identifican oportunidades de optimización de la farmacoterapia (OOF) que se correlacionan con las categorías/dimensiones de la clasificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) de Hepler & Strand.

Resultados: se presentan al médico 12 OOF asociados con 11 PRM que se corresponden con las dimensiones de seguridad, efectividad, indicación y adherencia. De este modo, se consensúa con el profesional las modificaciones de terapia farmacológica de acuerdo con los problemas y necesidades de la paciente. Por último, se diseñan dos nuevos esquemas farmacoterapéuticos, diferenciando los días que la paciente asiste a diálisis de los restantes.

Conclusión: tras la intervención se observa una disminución de 30-40 mmHg en los valores de presión arterial y de 2 mEq/l en la fosfatemia. Además, se registra un aumento en la adherencia y cumplimiento del paciente. Esta intervención farmacéutica, simple y de fácil aplicabilidad, se piensa como efectiva en cuanto a prevenir y resolver los PRM y colabora con la mejora en la adherencia y efectividad del tratamiento.

2. AFÉRESIS

0067

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL INGRESO A HEMODIÁLISIS

D Bueno

DIAPERUM. Sede Jujuy, Argentina.

Objetivos: evaluar la prevalencia de HTA al ingreso a hemodiálisis.

Materiales y métodos:

- Población: se estudiaron 366 pacientes (130 masc - 1666 fem) que ingresaron a hemodiálisis.
- Período evaluado: enero del 2005 a enero del 2015.
- Edad promedio: 56 años.
- Los criterios de inclusión: pacientes que ingresaron a diálisis en el período de enero del 2005 a enero del 2015.
- Criterios de exclusión: pacientes que no ingresaban a hemodiálisis, pacientes en hemodiálisis de otro servicio que se cambiaban de instituto.
- No hubo criterios de eliminación.
- Lugar: DIAVERUM. Sede Jujuy

Resultados: la población estudiada fue 366 pacientes (130 masc - 1666 fem). Las causas de ingreso a diálisis fueron: ingresaron a hemodiálisis por nefropatía hipertensiva (31%), nefropatía diabética (28%), causa desconocida (21%), glomerulonefritis (7%), nefropatía obstructiva (4%) y otros (9%).

El método utilizado fue retrospectivo y observacional. Todos los pacientes fueron evaluados por mi persona antes de ingresar al tratamiento de hemodiálisis. El 63% de los ingresos presentaban HTA a predominio del sexo masculino (71%), solo el 61% de ellos recibía medicación antihipertensiva (1 medicación 32%, 2 medicamentos 47%, 3 medicamentos 18% y 4 medicamentos: 3%); de ellos solo el 29% se encontraba controlado.

Conclusiones: se observó que el 63% de los ingresos presentaban HTA, a predominio del sexo masculino. Solo el 29% de los pacientes con HTA se encontraban controlado.

3. ALTERACIONES DEL METABOLISMO ÓSEO Y MINERAL EN LA ERC

0073

PREVALENCIA Y VARIACIÓN ESTACIONAL DE VITAMINA D EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO

N Ferragut, N Domínguez, L González, J Marín, M Rodenas, H Hidalgo, K Giudice, L Monje, D Sarano.

Carrera Universitaria de Nefrología. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Hospital Provincial del Centenario, Argentina.

Introducción: se reconoce que la hipovitaminosis D es frecuente en IRC, siendo un factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular y de alteraciones del metabolismo osteo-muscular.

Objetivos: describir la prevalencia de hipovitaminosis D, su variación estacional y correlación con el aporte suplementario de vitamina D2 (72.000 UI/semanal) en población en hemodiálisis crónica en un hospital público.

Materiales y métodos: se analizaron retrospectivamente mediciones de vitamina D en posinvierno (noviembre) y en el posverano (mayo) consecutivo, junto a la administración o no de suplemento de vitamina D2 en pacientes en HD crónica con un rango de tiempo en HD de entre 7 y 123 meses.

Se define como hipovitaminosis D a valores séricos de 25-OHD (25 hidroxivitamina D) menores de 30 ng/ml.

Resultados: 94 pacientes (53 hombres y 41 mujeres) con IRCT en HD con una mediana de edad de 50 (14-79) años, de los cuales 72 (76,5%) tenían hipovitaminosis D en posinvierno con una mediana de 25-OHD de 15,4 (5,1-29,9) ng/ml. En el dosaje posverano, 69 (95,8%) de estos pacientes tuvieron una mediana de incremento de 14,6 (1,2-44,3) ng/ml; 34 pacientes (49,2%) habían recibido aporte de vitamina D2, presentando un ascenso promedio de 15,6 ng/ml comparado con 35 (50,8%) que sin recibir aporte presentaron un ascenso promedio de 17 ng/ml. Se encontró que existe una variación estacional de vitamina D con valores significativos mayores en verano ($p < 0,0001$), siendo estos independientes del suplemento de vitamina D2 suministrado ($p = 0,16$).

Conclusiones: existe una alta prevalencia de hipovitaminosis D en invierno donde la fotobiosíntesis cutánea es insuficiente para compensar las necesidades en este período. Esta variabilidad estacional implica que la evaluación del status de vitamina D debería realizarse durante el período de mínima irradiación solar ya que las reservas replecionadas de vitamina D durante el período estival pueden dar lugar a interpretaciones erróneas.

0080

UTILIDAD DE ÍNDICES RADIOLÓGICOS COMBINADOS Y SU CORRELACIÓN CON ECOCARDIOGRAMA PARA EVALUACIÓN DE CALCIFICACIONES VASCULARES Y VALVULARES EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

ML Benítez^{1,2}, O Rodenas¹, G Nicola¹, L Domínguez¹, S Marinovich², M Stur³, L Micheletti³, L Carbone³, JM Loureiro⁴, L Gastald⁴.

1. Servicio de Nefrología, Hospital Provincial del Centenario, Argentina. 2. Instituto Integral de Nefrología, Argentina. 3. Servicio de Radiología, Hospital Provincial del Centenario, Argentina. 4. Servicio de Cardiología, Hospital Provincial del Centenario, Argentina.

Con el objetivo de demostrar la prevalencia de calcificaciones vasculares-valvulares y su relación con factores influyentes en la morbimortalidad en hemodiálisis crónica (HD), se evaluaron 90 pacientes prevalentes estables en HD, con edad promedio de 50,0 ($\pm 12,7$) años y un tiempo en tratamiento sustitutivo de 40,6 ($\pm 39,5$) meses. Con Rx lumbosacra lateral se les determinó el índice de Kauppila (IK) y con Rx de manos y pelvis, la escala de Adragao total (EAT) para constatar calcificaciones vasculares. Se consideró paciente con calcificación vascular a aquel que presentara 1 punto o más en IK o EAT. La detección de calcificaciones valvulares se realizó mediante ecocardiograma bidimensional y se estimó un *score* (0-22 puntos) de acuerdo al grado de severidad.

El IK promedio resultó en 2,54 ($\pm 4,92$), la EAT en 1,89 ($\pm 2,67$) y el 57% de la población presenta algún grado de calcificación vascular. El *score* promedio de ecocardiograma resultó en 2,80 ($\pm 2,68$) y el 79,3% de la población presenta algún grado de calcificación valvular cardíaca. Por regresión logística múltiple se constató que 4 factores influyen para una mayor prevalencia de calcificaciones vasculares (IK+EAT=0 vs. ≥ 1): edad (OR=1,16; IC95%: 1,08-1,24; $p=0,000$), la historia de enfermedades cardiovasculares (OR=12,71; IC95%: 1,73-93,20; $p=0,012$), el tiempo en tratamiento sustitutivo (OR=1,02; IC95%: 1,01-1,04; $p=0,015$) y la PTHi (OR=1,003; IC95%: 1,000-1,006; $p=0,040$). El género, el estado diabético, el producto fosfo-cálcico, la calcemia y la fosfatemia no mostraron significación estadística. Existe correlación significativa entre IK+EAT y el *score* de ecocardiograma: r de Pearson 0,361 ($p=0,001$).

Se concluye que, no obstante tratarse de una población joven en HD, existe una alta prevalencia de calcificaciones vasculares-valvulares, siendo dependientes de la edad, de la patología cardiovascular, del tiempo en tratamiento sustitutivo y del nivel de PTHi.

0162

ENFERMEDAD RENAL ASOCIADA A TRATAMIENTOS DE ESTÉTICA CORPORAL CON METACRILATO. ¿EL PRECIO A PAGAR?

N Flores¹, A Negr², G Bratti¹, G Rosa Diez¹, S Christiansen¹, P De la Iglesia¹, F Varela¹, G Greloni¹.

1. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 2. IDIM, Argentina.

Introducción: recientemente reportamos en mujeres sometidas a tratamientos de estética corporal (TEC) con metacrilato (M) la asociación de una disregulación en la homeostasis del calcio y enfermedad granulomatosa (EG). Analizamos ahora el compromiso clínico patológico renal al consultar en el Servicio de Nefrología del HIBA (SN) en 5 pacientes que realizaron TEC con M y que exhibieron hipercalcemia (HC) en relación a EG, con elevados niveles de calcitriol y supresión de PTH sérica.

Métodos: analizamos las HCE de pacientes que realizaron TEC con M y fueron estudiadas por el SN. Se analizó edad, sexo, tiempo de enfermedad (TE) y nefrotóxicos hasta el momento de la consul-

ta, la presencia de hipertensión arterial (HTA), nivel de creatinina sérica (Cs), TGF_e por MDRD, análisis de orina (AO) y las características anatomopatológicas de aquellas estudiadas con biopsia renal (BR). Se reportaron los tratamientos empleados y evolución de la función renal en relación con ellos.

Resultados: los pacientes eran 5 mujeres (100%) con una edad media de 41 (29-53) años. El TE fue de 13 (4-29) meses y todas estuvieron expuestas a potenciales nefrotóxicos. Las medias para Cs fue de 3,0 (2,0-5,6) mg/dl, TGF_e 20 (9-25) ml/min y en ninguna se registró HTA. En el AO ninguna de las pacientes exhibió una proteinuria >1 g/24 hs, densidad ur >1015, ni pH ur < 6. Las BR efectuadas mostraron nefritis túbulo-intersticial crónica (NTIC) con depósitos de fosfato de calcio. El control de la HC (utilizando esteroides, ketoconazol o denosumab) mejoró las TGF_e pero en ningún caso las normalizó.

Discusión: este grupo homogéneo de pacientes desarrolló falla renal progresiva, y aunque mejoró parcialmente luego del tratamiento de la hipercalcemia, las TGF_e evaluadas resultaron siempre inferiores a los valores estimables para mujeres de esa edad. Las BR evidenciaron una NTIC, objetivando un daño parenquimatoso estructural no reversible.

Conclusión: la realización de TEC con M puede ser causa de ERC severa.

0164

INFLUENCIA DEL MAGNESIO PLASMÁTICO SOBRE LA PROGRESIÓN DE LA ERC

S Serrano, A Peñalba, A Aróz, P Rodríguez Benegas.
Hospital Angel C. Padilla, Argentina.

El objetivo del estudio fue establecer la relación entre los valores de magnesio plasmático y la progresión de la ERC.

Materiales y métodos: se incluyeron pacientes ERC E3-5 con seguimiento de un año. Se registró edad, sexo, DBT e HTA, calcificación vascular (CV), calcio, fósforo, PTH, FAL, proteinuria/24 hs, calciuria, fosfatúria, excreción fraccional de fósforo (EFP), FG por CKD EPI y Mg al inicio y a los 12 meses, tratamiento con calcitriol, quelantes del fósforo, furosemida e inhibidores de la bomba de protones (IBP). Se definió progresión de ERC al descenso FG >5 ml/min en 12 meses y/o a la pérdida >25% del FG. Se definió Mg bajo <2,1 mg% y se estratificó en 3 cuartiles, cuartilo 1: Mg <1,8 mg%, cuartilo 2: Mg 1,8-2 mg% y cuartilo 3: Mg >2 mg%.

Resultados: se incluyeron 55 pacientes, 60% varones, edad 57±12,5 años, DBT 61,8%, HTA 80%, CV 36,4%. Los estadios de ERC fueron: 34,5% E3, 61,8% E4 y 3,6% E5, calcio 9,4±0,5 mg/dl, fósforo 3,3±0,6 mg/dl, PTH 136,4±62 pg/ml y proteinuria/24 hs 1524±1661 mg. Los niveles de Mg inicial y 12 meses fueron 2,2±0,3 mg/dl y 2,4±0,3 mg/dl (p<0,01), Mg bajo 38,2% y 14,5% respectivamente (p<0,003) y cuartiles 3 de Mg aumentó al finalizar (p<0,003). El FG basal fue 32±13,5 ml/min y 12 meses 28±12,7 ml/min (p<0,001). El 36,4% descendió >5 ml/min FG y 20% >25% en 12 meses. Los pacientes con descenso del FG >5 ml/min (p<0,01) y pérdida >25% (p<0,003) tuvieron valores de Mg más bajos. El tratamiento fue 47% quelantes del fósforo, 43,6% calcitriol, 40% IBP y 23,6% furosemida. El Mg bajo fue determinante del descenso FG >5 ml/min ajustado por fósforo (p<0,02), FG (p<0,001) y calcitriol (p<0,04) y de la pérdida >25% FG ajustado por estadio ERC (p<0,006), fósforo (p<0,04), EFP (p<0,02) y furosemida (p<0,03).

Conclusiones: en esta población se observó una elevada prevalencia de valores bajos de Mg, los cuales se asociaron con mayor progresión de la ERC. Futuros estudios serán necesarios para determinar objetivos de Mg y la suplementación desde estadios tempranos de ERC.

0169

¿CUÁNDO ES NECESARIO EL TRATAMIENTO CON VITAMINA D ACTIVA EN ESTADIOS TEMPRANOS DE ERC?

A Aróz, A Peñalba, S Serrano, P Rodríguez Benegas
Hospital Angel C. Padilla, Argentina.

El propósito fue evaluar la prevalencia de pacientes en estadios tempranos de ERC que requieren tratamiento con vitamina D3 y correlacionarlo con parámetros del MOM.

Materiales y métodos: se incluyeron 96 pacientes ERC E3-4-5-Nodialis. Se registró sexo, edad, FG por CKD-EPI, diabetes, HTA y calcificaciones vasculares (CV). Se evaluó calcio (Ca), fósforo (P), PTH, fosfatasa alcalina, magnesio, hemoglobina, proteinuria/24 hs pretratamiento y a los 60 días de iniciar calcitriol, calciuria, fosfatúria y excreción fraccional de fósforo (EFP). Se consignó tratamiento con quelantes de fósforo, calcitriol, niveles de PTH al inicio de tratamiento y dosis.

Resultados: se incluyeron 96 pacientes: edad 56±12 años, 40,6% mujeres, 59% diabéticos, FG 29±12,4 ml/min/1,73m², 39,6% ERC E3, 53,1% E4, 7,3% E5-Nodialis y CV 40,6%; P 3,4±0,65 mg/dl, Ca 9,39±0,53 mg/dl, PTH 121,9±128,1 pg/ml, FAL 113±51,7 U/l, proteinuria 1686±2010 mg/24 hs, EFP 32±15,9%. A medida que avanza la ERC, el Ca+ disminuye (p<0,017), fósforo (p<0,01), PTH (p<0,02) y EFP (p<0,003) aumentan. La PTH correlacionó positivamente con EFP (p<0,01), FAL (p<0,03) y negativamente con calcemia (p<0,001). El 44,8% recibieron quelantes y 36,5% calcitriol. Los pacientes con quelantes presentaron >PTH (p<0,03) y más CV (p<0,006). La PTH pretratamiento con calcitriol fue 260,6±177,7 pg/ml vs. 77,6±50 pg/ml los no tratados (p<0,001), dosis 0,54±0,26 µg trisemanal, siendo mayor a medida que progresa la ERC (p<0,003) y mayor los tratados en E4-5 (p<0,007). Los pacientes con calcitriol tuvieron >EFP (p<0,0001) y la proteinuria descendió (p<0,0001). El tratamiento con calcitriol fue determinante en el descenso de proteinuria, ajustado por TAS, FG y diabetes (p<0,02).

Conclusiones: en la población estudiada más de un tercio requirió tratamiento con calcitriol a dosis bajas, a medida que avanza el estadio de ERC la dosis y la frecuencia de pacientes tratados fue mayor. Los efectos adicionales del calcitriol fue un aumento de la EFP y disminución de la proteinuria.

0181

¿ES LA PARATIROIDECTOMÍA LA SOLUCIÓN DEFINITIVA PARA LOS PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO 2º SEVERO?

P Rodríguez Benegas¹, A Peñalba^{1,2}, S Serrano¹, A Aróz¹.

1. Hospital Angel C. Padilla, Argentina. 2. Diaverum Tucumán, Argentina.

El propósito del estudio fue evaluar el impacto de la paratiroidectomía (PTx) a corto y largo plazo en el cumplimiento de objetivos del MOM.

Materiales y métodos: se incluyeron 46 pacientes con ERC E5-dialisis con seguimiento de 2 años post-PTx subtotal ampliada. Se registró edad, sexo, DBT, tiempo en TRR, calcio; fósforo; FAL y PTH 6 meses previos a la cirugía y posteriores: 72 horas, 7 días, 6, 12 y 24 meses. Se estableció como persistencia a PTH >130 pg/ml 72 hs post-PTx y recaída a PTH >250 pg/ml después de 6 meses. Se determinó enfermedad ósea de bajo recambio (EOBR) a PTH <130 pg/mL y se registró el cumplimiento de objetivos MOM de la SAN. Luego se excluyeron del análisis los pacientes con persistencia (PTH>130 pg/ml a las 72 hs post-PTx). Se registró trasplante renal y muerte post-PTx.

Resultados: se incluyeron 46 pacientes, edad 42,4±10,7 años, 56,5% mujeres, 4,3% diabéticos, tiempo en HD 116,8±54 meses. A las 72 hs post-PTx: calcio 8,7±1,04 mg/dl, fósforo 4,3±1,07 mg/dl, PTH mediana 128,5 pg/ml. Comparando el cumplimiento de objetivos quirúrgico con su evolución post-PTx el objetivo de Ca disminuyó de 74% a 33%, 38%, 37%, y 48% (p<0,05), el de P aumentó de 27% a 89%, 72%, 41%, 39% (p<0,04) y el cumplimiento de PTH fue 35%, 37%, 47%, 44% y 48% a las 72 hs, 7 días, 6, 12 y 24 meses, respectivamente. Los pacientes con persistencia fueron 35,9%. La PTH aumentó progresivamente desde 72 hrs de 46,7±34 pg/ml a 107±148 pg/ml 6 meses (p<0,04), 164±205 pg/ml 12 meses (p<0,05) y 216±358 pg/ml 24 meses (p<0,04). Los pacientes con recidiva (33,3%) tuvieron >Ca (p<0,001) y >P (p<0,004) a los 6, 12 y 24 meses. La EOBR fue 42% en población total y 78,3% en el grupo sin persistencia, presentando a los 24 meses <calcio (p<0,004).

Conclusiones: en la población estudiada, el cumplimiento de objetivos de MOM post-PTx fueron disminución de objetivo de calcio, aumento de cumplimiento de fósforo y de PTH. Sin embargo, un tercio recidivó y se observó una elevada frecuencia de EOBR a largo plazo.

0194

INCIDENCIA DE CALCIFILAXIS EN EL POSTRASPLANTE RENAL

HE Arias, SN Lazzeri, LM Gutiérrez, FA Mos, RM Fortunato, PM Raffaele.

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

Objetivo: analizar la incidencia de calcifilaxis (CFX) postrasplante (Tx) renal, evolución y relación con los factores de riesgo habituales en diálisis (DS) para esta enfermedad (hiperPTH, hiper-Ca, años en DS, hipoalbuminemia, DBT, obesidad, anticoagulación).

Materiales y métodos: se analizaron 500 Tx renales entre el año 2006 y 2014.

Resultados: de 500 pacientes 3 presentaron CFX (0.6%). El promedio de años en DS de la población estudiada fue de 9,92 años (0,25-14 años), PTH pre-Tx 700,33 pg/ml (7,4-3597) y PTH post-Tx 440.68 pg/ml (10-2880). Al año post-Tx 64 (12,8%) pacientes presentaron hiper-Ca (promedio 11,05 mg/dl). Los pacientes con CFX presentaron: 2/3 hiper-Ca (12 mg/dl). El tiempo en DS fue de 2, 7 y 10 años. Respecto a la función paratiroidea, uno presentaba PTH de 2 pg/ml (paratiroidectomizado), otro 62,3 pg/ml (hueso adinámico) y el tercero 3561 pg/ml (hiper-PTH severo), 2/3 eran diabéticos, 1/3 anticoagulado y obeso, 3/3 hipoalbuminémicos. Las lesiones cutáneas tuvieron confirmación por biopsia de CFX, siendo siempre distales. Cr pro-

medio 1,4 mg/dl (0,8-2 mg/dl) al diagnóstico y el promedio de tiempo entre el Tx y la CFX fue de 85 meses. Las lesiones evolucionaron en forma progresiva y tórpida. Se trataron con tiosulfato de sodio al 25% por 6 meses o hasta la desaparición de las lesiones. La evolución fue exitosa en 2/3; disminuyendo el Ca (promedio 9,4 mg/dl a los 6 meses) y controlando las manifestaciones cutáneas, conservando la fx renal y la viabilidad del Tx. El tercer paciente falleció por shock séptico con lesiones por CFX.

Conclusión: la CFX debe ser pensada en Tx renal, aún con fx renal normal, y su tto. debe incluir los criterios empleados para los pacientes en DS ya que la fisiopatología microvascular continúa siendo la misma. Nuestra incidencia fue del 6%. Dentro de los factores de riesgo descriptos para la CFX en IRC, 3/3 presentaron hipoalbuminemia y enfermedad paratiroidea no resuelta en el momento del trasplante, 2/3 hiper-Ca post-Tx y DBT.

0210

TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO 2º EN DIABÉTICOS ERC ESTADIO 3-4 CON ACTIVADOR SELECTIVO DE VITAMINA D

A Peñalba, S Alonso, F Lafuente, R Cejas, J Romano, S Serrano, G Roldán.

Hospital Angel C. Padilla, Argentina.

El propósito fue comparar el efecto de paricalcitol *vs.* calcitriol sobre la PTH en diabéticos tipo 2 con ERC estadio 3-4 y sobre la disfunción endotelial, el proceso aterogénico y la hipertrofia del VI.

Materiales y métodos: prospectivo, de grupos paralelos, abiertos, y aleatorizado. Se estudiaron 36 pacientes, se incluyeron 19 con diabetes tipo 2 y ERC E3-4 con PTH entre 70-500 pg/ml. Se aleatorizaron en 2 grupos: paricalcitol o calcitriol durante 6 meses de tratamiento. Se determinó: calcio, fósforo, PTH, 25 (OH) vitamina D, FG por MDRD, índice Ca/creatinina, P/creatinina, PCR, microalbuminuria, proteinuria/24hs, HBaC1, homocisteína, APO B, Hb, colesterol, HDL, LDL y triglicéridos. Se realizó eco-Doppler carotídeo y braquial al ingreso, 3 y 6 meses para evaluar placa aterosclerótica y daño endotelial respectivamente, y Doppler cardíaco para masa VI. Se evaluó la vasodilatación mediada por flujo (VMF) de arteria braquial (VN <7%) y espesor íntima media de carótida (anormal <8mm). Se registraron eventos cardiovasculares, causas de muerte e internación, duplicación de creatinina y proteinuria >50% del basal o >3 g/24 hs.

Resultados: se incluyeron 19 pacientes, 9 al grupo paricalcitol y 10 al grupo calcitriol. La PTH disminuyó en ambos grupos: basal PTH 145±64 pg/mL, y al finalizar PTH 96,8±48pg/mL (p=0,04), descendiendo más precozmente en el grupo paricalcitol, a la 8ª semana PTH 78±28pg/mL vs 123±50pg/mL (p<0,05). Los pacientes del grupo paricalcitol tuvieron <calcemia (p<0,05) y <fósforo (p=0,06). La 25 (OH) vitamina D aumentó (p<0,005), la microalbuminuria (p=0,03) y proteinuria >3g disminuyó, con tendencia a disminuir HVI en ambos grupos. A los 6 meses, hubo menor frecuencia de disfunción endotelial <7% en grupo paricalcitol (p=0,05).

Conclusiones: en la población estudiada, descendió la PTH durante los 6 meses de tratamiento en ambos grupos, siendo más precoz en el grupo paricalcitol, con ventaja sobre la disfunción endotelial, y albuminuria, independientemente de la presión arterial.

4. ALTERACIONES METABÓLICAS DEL PACIENTE DIABÉTICO Y NO DIABÉTICO

0221

HALLAZGOS CLÍNICOS DE COMPROMISO RENAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN 45 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE FABRY

S Jaurretche¹, N Antongiovanni², F Perretta³, G Lavenia⁴.

1. Instituto Universitario Italiano de Rosario, Argentina. 2. Instituto de Nefrología de Pergamino, Argentina. 3. Fresenius Pilar, Argentina. 4. Nefrosur S.A. Rosario, Argentina.

Objetivos: describir en una población de 45 pacientes con enfermedad de Fabry (EF):

1. La prevalencia de hallazgos clínicos de nefropatía.
2. Discriminar la presencia de dichas alteraciones entre sexo, edad, genotipo, fenotipo y casos índices.
3. Observar la prevalencia de factores de mal pronóstico renal (proteinuria >1 g/24 hs, FG <60 ml/min o esclerosis glomerular >50% en biopsia renal).

Material y métodos: se estudiaron 45 pacientes con diagnóstico de EF. La actividad α -galactosidasa-A (α -gal-A) se realizó en papel de filtro por método fluorométrico, considerando valor normal >4 nmol/h/l. Estudio mutacional mediante MPLA y secuenciación. Se calculó filtrado glomerular (FG) por fórmulas MDRD y CKD/EPI en los pacientes adultos y Schwartz en pediátricos. Se consideró albuminuria valores > a 18 ug/min en orina minutada o > a 30 ug/mg de creatinina en orina al azar y proteinuria valores > a 150 mg/24 hs en al menos dos muestras diferentes.

Resultados: evaluamos 45 pacientes de 8 genotipos diferentes, 28 mujeres y 17 varones (edad promedio: 28,6 años). Valores disminuidos α -gal-A fueron identificados en el 100% de los varones y en 6 mujeres. Se identificaron 6 CI: 5 varones con fenotipo clásico, 2 de ellos con proteinuria > a 1g/24 Hs. y FG < a 60 ml/min y 2 varones en hemodiálisis. De los 36 pacientes adultos evaluados: 4 varones (11,1%) presentaron IRCT al momento del diagnóstico, 3 varones y 1 mujer presentaron FG < a 60 ml/min (11,1%), 15 mujeres y 3 varones (50%) presentaron función renal normal y 8 mujeres y 4 varones (33,33%) valores de hiperfiltración glomerular. Microalbuminuria fue detectada en 16 mujeres (44%) y 2 varones. Siete varones y 3 mujeres presentaron proteinuria. En los 9 pacientes pediátricos evaluados el FG promedio fue 63,48 ml/min y ninguno de ellos presentó albuminuria ni proteinuria.

Conclusión: nuestros resultados coinciden con los datos de otros autores, donde se muestra el compromiso renal más temprano y severo en varones con EF.

6. CALIDAD EN DIÁLISIS

0028

INDICADORES DE CALIDAD EN DIÁLISIS: EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE GESTIÓN PÚBLICA

C Merlo, Z Aguad, J Torino.

Hospital Regional Ushuaia, Argentina.

Objetivos: conocer las características de nuestra población prevalente en hemodiálisis y evaluar indicadores de tratamiento.

Materiales y métodos: se evaluó la población prevalente del Servicio desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014. Se cuantificaron indicadores globales como prevalencia, incidencia, ingreso programado y tasa bruta de mortalidad e indicadores demográficos: sexo, edad, etiología y antigüedad en el tratamiento. Las variables en relación al tratamiento comprenden: anemia, adecuación, nutrición, accesos vasculares, riesgo cardiovascular, enfermedades víricas, trasplante renal y calidad del agua.

Resultados: la incidencia fue 30,5%, con 36% de ingreso programado. La tasa bruta de mortalidad fue 10,87%. Prevalencia 46 pacientes/año, con un promedio de 38 pacientes/mes. Un 67,4% pertenecen al sexo masculino. Edad promedio 59,13 años. La etiología predominante fue nefropatía diabética en el 41,3% de los casos. Los pacientes con una antigüedad entre 1 y 6 años corresponden al 59%. Variables en relación al tratamiento: anemia: 63,6% alcanzan hemoglobina >10,5 g/dl, ferritina <100 mcg/l 0,83% y uso de eritropoyetina en el 100%. Adecuación: Kt/v >1,3 en el 85,25%; 93,5% dializa en forma trisemanal, con promedio de 237 minutos/sesión. Nutrición: albúmina >3,5 g/dl en el 54%. Accesos vasculares: 43% con fístula nativa y 8% catéter tunelizado. Tasa de trombosis de fístula nativa 0,08 y protésica 0,38. Riesgo cardiovascular: 61% con fosfatemia <5,5 g/dl y 21% con PTH entre 150 y 300 pg/ml. Hepatitis: tasa de seroconversión VHC 0% y 36% con títulos de anti-S >10 mU/ml. Trasplante renal: 32,6% en lista de espera y 13% trasplantados. Calidad del agua: 72% de cultivos <100 UFC/ml y 100% determinaciones con conductividad y niveles de aluminio en rango.

Conclusiones: trabajar en virtud de un programa de gestión de calidad a aplicar en nuestro Servicio con la finalidad de ajustar el uso eficiente de los recursos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

0062

MORTALIDAD DE PACIENTES DIABÉTICOS EN HEMODIÁLISIS

D Bueno.

Diaverum. Sede Jujuy, Argentina.

Objetivos: evaluar la mortalidad de pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica (IRC), comparando los resultados con pacientes no diabéticos.

Materiales y métodos:

- Población estudiada: 490 pacientes en diálisis
- Duración del estudio: enero del 2010 a febrero del 2015
- Tiempo de diálisis: no menor de tres meses
- Factores evaluados: prevalencia de diabetes, causa de mortalidad comparada con el resto de los pacientes, estado nutricional y nivel educacional de los mismos.

Resultados: del total de 490 pacientes estudiados, el 36% fueron diabéticos (39% tipo I, 61% tipo II). La edad media 59 años (18-73) en pacientes diabéticos *vs.* 56 años en pacientes no diabéticos (18-82). El tiempo de diálisis fue menor en pacientes diabéticos (36 meses promedio) *vs.* pacientes no diabéticos (64 meses). Los pacientes diabéticos presentaron mayores complicaciones que los no diabéticos (retinopatía diabética, amputaciones, neuropatías). La causa de mortalidad en pacientes diabéticos fueron: infecciosas 43%, cardiovasculares 40%, digestivas 10%, cerebrovascula-

res 7%, mientras que en los pacientes no diabéticos fueron: infecciosas 33%, cardiovasculares 55%, digestivas 8% y cerebrovasculares 4%. La obesidad fue mayor en los pacientes diabéticos (55%) *vs.* no diabéticos (34%), la desnutrición fue mayor en pacientes diabéticos mayores de 65 años (60%) *vs.* no diabéticos (43%). El nivel sociocultural fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: la mortalidad en pacientes diabéticos podría estar relacionada con complicaciones propias de la diabetes, amputaciones, neuropatías, etc. Las causas infecciosas, la falta de normas higiénico-dietéticas, niveles sociales, educacionales podrían influir en su mortalidad.

0070

DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO METODOLÓGICO DE MEJORA DE PROCESOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

NS Grinberg, S Depine, E Díaz Williams, L Gasparori, E Hernández, G Villalba, S Bartolomei.
CADRA, Argentina.

Objetivo: desarrollar un instrumento metodológico evaluador de procesos de manera sistemática y en tiempo real, como estrategia de educación permanente que fortalezca acciones preventivas y de control de eventos adversos.

Materiales y métodos: se diseñó un instrumento "lista de observación" para aplicarlo en sala de hemodiálisis para la observación sistemática basada en indicadores de transmisión de enfermedades virales validados y acreditados en estudios previos en Argentina. Discrimina 22 hechos de observación, de procedimientos, adherencia del personal y pacientes, planta física e insumos imprescindibles, cuyo objetivo es la detección de brechas de seguridad atribuibles al factor humano.

Resultados: instrumento "lista de observación" con 22 ítems y escalamiento tipo Likert.

Conclusiones: la implementación del instrumento, sistematizará la observación en tiempo real, identificando y corrigiendo los desvíos, minimizando riesgos, educando de manera permanente y empoderando al equipo de salud con la seguridad del paciente. No implica un incremento de trabajo. Por el contrario genera un cambio paradigmático en la cultura organizacional orientando la educación en servicio a las competencias globales en los profesionales de la salud.

0115

EL OBSERVATORIO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE CADRA COMO INSTRUMENTO DE CONTROL DE CALIDAD EN TIEMPO REAL

E Hernández, S Depine, N Grinberg, E Díaz Williams, G Villalba, L Gasparotti, D Dianda, S Luján, S Bartolomei, G Petroni.
CADRA, Argentina.

Objetivo: evaluar la evolución en el cumplimiento de los requisitos impuestos sobre los indicadores de calidad prestacional en hemodiálisis y diálisis peritoneal del Programa de Incentivos Nacional.

Materiales y métodos: la base de datos del Sistema de Incentivos Integrales para la Gestión de la Calidad del Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal presenta los resultados de los laboratorios de

los pacientes ingresados a CADRA en el período agosto 2009 a junio de 2014. A partir de dicha información el Observatorio de Enfermedad Renal Crónica de la CADRA, a través de su Programa de Control de Ingresos al Tratamiento Renal Crónico y el Centro de Informática e Investigación Clínica (CIIC) generan estadísticas de gestión global e individual de los centros. En particular se analiza, para cada centro y en períodos trimestrales, el cumplimiento de los requisitos para el cobro de incentivos, a través de una serie de indicadores. La información de cumplimiento individual fue combinada para obtener una medida resumen del cumplimiento promedio de cada requisito a través de todos los centros incluidos en la red CADRA. El análisis fue realizado de manera anual para evaluar la evolución temporal del cumplimiento, tomando como referencia de cada año la información correspondiente al primer período trimestral.

Resultados: los resultados muestran que, desde la implementación de los indicadores, los centros mostraron una leve mejoría en el cumplimiento de los requisitos a través de los años.

Conclusión: la implementación del Observatorio de Enfermedad Renal Crónica ha permitido tener una visión global e individualizada de las mejoras en la calidad prestacional de los centros CADRA, evidenciada a través de una tendencia creciente en el porcentaje de centros que cumplen los requisitos de calidad impuestos a lo largo de los años.

0117

UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE AUTOAUDITORÍA DE CALIDAD DE DIÁLISIS (SACADIA) PARA CONSULTA DEL ESTADO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA RED CADRA

E Hernández, S Depine, N Grinberg, S Bartolomei, G Villalba, L Gasparotti, E Díaz Williams, D Dianda, S Luján, G Petroni.
CADRA, Argentina.

Objetivo: documentar el uso del Sistema de Autoauditoría de Calidad de Diálisis (SACADIA) y evaluar la evolución en el tiempo de las consultas desde su implementación.

Materiales y métodos: el sistema SACADIA fue implementado a mediados del año 2013 como herramienta de autoevaluación para los centros de la red CADRA, en referencia al cumplimiento de los indicadores de calidad prestacional en hemodiálisis y diálisis peritoneal, considerados por el programa de incentivos existente en nuestro país desde el año 2009. Se trata de un sistema informático que ofrece una vista global del rendimiento de los centros mediante gráficos de percentiles, permitiendo además individualizar el rendimiento de cada centro en relación al comportamiento global. El sistema cuenta además con un control de accesos (en el que los centros están identificados mediante códigos especiales que aseguran su anonimato), a través del cual es posible contabilizar las consultas de cada uno de los centros de la red, información que es utilizada para el monitoreo de la utilización de la herramienta documentado en este trabajo.

Resultados: durante el período completo desde su implementación hasta la actualidad, sólo 50 de los centros activos de la red CADRA han realizado al menos un ingreso a la herramienta para consultar el estado de sus indicadores.

Conclusión: el desarrollo de este sistema informático permite en tiempo real acceder a los datos referidos a indicadores de calidad en

diálisis. Los gráficos de percentiles permiten evaluar el rendimiento de los centros, así como también realizar comparaciones entre ellos. Aunque el uso de esta herramienta es bajo aún, inferimos que el incremento de las consultas en el segundo semestre de 2014 coincidió con las capacitaciones en terreno efectuadas en el país para los equipos de salud que integran la red CADRA.

0209

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DIALÍTICO

M Pievaroli, S Liziardi.

Centro Caroya Renal Privado SRL, Argentina.

Objetivo: comprender la percepción que tiene el paciente del impacto del tratamiento dialítico sobre su vida.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, transversal con una muestra de 56 pacientes en diálisis. Para hacer la valoración de la calidad de vida usamos el cuestionario de salud Anexo SF 36 con modificaciones hechas por las autoras.

Todos los pacientes participaron del cuestionario realizado por personal del servicio. Se valoró edad tiempo en HD. Número de patologías por las que el paciente cumple tx. Si trabaja, es jubilado o pensionado.

El nivel de escala se valoró con estadística descriptiva. Los puntajes por escala de transformación en una puntuación de 0 a 100. Se calculó la frecuencia de cada ítem del cuestionario SF36.

Resultados: la edad medias es 73 años en un rango de 14 a 82 años. El tiempo promedio de diálisis es de 3,6 años y el 73% (41 pacientes) tienen más de un año en diálisis. Los pacientes que tienen entre 18 y 65 años, el 8% (5 pacientes) trabajan. 14% (8 pacientes) están jubilados, pero trabajan y 3% (2 pacientes) son pensionados y trabajan, el 44% (25 pacientes) son jubilados y 3% pensionados. El resto cuenta con seguridad social por estar casada.

El 8% (16 pacientes) independiente de la edad cumple tx médico por tres patologías diferentes, además de diálisis y 10,7% (6 pacientes) tienen dx de neoplasia y 3,5% (2 pacientes) tienen dos tipos de cáncer. Según el formulario SF36 modificado. En un 51% (29 pacientes) su salud es buena, 3 pacientes de una escala de 1 a 5 y el 57% (32 pacientes) su salud actualmente es mejor o más o menos igual que previo a su ingreso a diálisis, sin considerar los años que llevan en diálisis. El 7,1% (4 pacientes) no tiene limitaciones físicas, 51% (25 pacientes). Se sienten poco limitados por su salud y el 42% siente mucha limitación. En el desempeño en lo emocional, el 30% (17 pacientes) no vio afectado su trabajo o muy poco en su actividad por problemas emocionales.

Conclusión: el 62,5% de los pacientes no tiene limitaciones físicas o se siente poco limitado en su trabajo o actividad cotidiana.

7. DIÁLISIS PERITONEAL

0025

REENTRENAMIENTO GRUPAL CONTINUO EN DIÁLISIS PERITONEAL

MM Alba, DO Villalba, C Montivero, C Tecles, M Traverso.

Unidad Renal Cipolletti, Argentina.

El reentrenamiento del paciente es una pieza clave en cualquier programa de diálisis peritoneal pero no hay consenso acerca de cómo y cuándo efectuarlo. Desde el inicio de nuestro programa en

2009 hemos realizado reentrenamiento grupal continuo y con el fin de mostrar nuestra experiencia efectuamos esta comunicación.

Métodos: todos nuestros enfermos en DP son convocados mensualmente a participar en modo voluntario de una reunión que incluye a todo el equipo de salud y a algunos familiares. Ocasionalmente participan profesionales externos, dependiendo de la temática a abordar. La reunión inicia con el relato de las complicaciones que los enfermos presentaron en el mes, se comunican luego los resultados de laboratorio y finalmente se aborda algún tema específico que surja del interés grupal. Elaboramos una encuesta de 16 preguntas para valorar el grado de conocimiento de nuestros pacientes acerca de: infecciones, dieta, medicamentos, condiciones del hogar y toma de decisiones.

Resultados: la asistencia a las reuniones incluyó generalmente un 50% de enfermos, la mitad de los cuales asistió en compañía de un familiar. Veintiún enfermos que llevaban entre 6 meses y 9 años en DP completaron la encuesta (11 varones, 10 mujeres). El porcentual de respuestas correctas osciló entre 31,2 y 87,5% (un tercio de enfermos respondió correctamente más del 75%, otro tercio entre 60 y 70% y el tercio restante 56% o menos). El rubro mejor respondido fue el referido a las condiciones en el hogar y el que más dificultades presentó fue el relacionado con la toma de decisiones. Las puntuaciones más bajas se obtuvieron en enfermos que llevaban menos de 1 año en DP y en un enfermo que había reiniciado DP luego de 20 meses en HD.

Concluimos que el reentrenamiento grupal continuo podría ser una herramienta útil en mantener frescos los conocimientos necesarios para una terapia de DP segura, siendo necesaria una mayor experiencia que involucre un número más importante de enfermos.

0026

DERMATITIS EXFOLIATIVA POR ICODEXTRINA: REPORTE DE UN CASO

MM Alba, C Montivero, DO Villalba.

Unidad Renal Cipolletti, Argentina.

La icodextrina, un polímero de la glucosa, fue introducida hacia fines del siglo XX como una alternativa a la dextrosa como agente osmótico en diálisis peritoneal. Posee innegables ventajas respecto a las soluciones tradicionales, destacándose su mayor capacidad de ultrafiltración y un mejor perfil metabólico, con pocos efectos adversos entre los que se destaca la hipersensibilidad cutánea.

Informamos aquí un caso de dermatitis exfoliativa de severidad moderada.

Una mujer de 81 años con una historia de hipertensión arterial de 30 años de evolución desarrolla insuficiencia renal terminal y luego de un corto período en hemodiálisis es transferida a diálisis peritoneal. Su función renal residual se deteriora rápidamente pasando de una diuresis de 880 ml a 160 ml dos meses más tarde. Su plan de diálisis incluía 4 cambios diarios de 2 l al 2,5% de dextrosa con lo que su ultrafiltración diaria era de 800 ml, su KTV semanal de 2,28, su *clearance* de creatinina de 81 l y su PCRn de 0,8 g/kg/d. Consulta por caída de ultrafiltración a 165 ml/d e incremento de 2 kg de peso sin causa evidente por lo que se indica utilizar icodextrina al 7,5% en la noche, obteniéndose una ultrafiltración nocturna entre 650 y 700 ml, regresando a su peso seco. Veinte días más tarde consulta por lesiones dérmicas extensas. Se diagnostica dermatitis exfoliativa por icodextrina suspendiéndose la misma con lo que se obtiene progresiva regresión de lesiones de piel.

Concluimos que las soluciones de icodextrina constituyen un importante recurso terapéutico para los enfermos en plan de diálisis peritoneal con una excelente capacidad de ultrafiltración, pero que ocasionalmente pueden observarse efectos adversos como el aquí reportado, que revierte con la suspensión del medicamento.

0048

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE QUE PERMANECIÓ DURANTE 12 AÑOS Y 5 MESES EN DPCA.

CS Sola, OR Avila, EA Alabart, DR Fleitas.
Fresenius Medical Care Concordia, Argentina.

Objetivo: presentar paciente que estuvo 12 años 5 meses en DPCA sin presentar fallo de ultrafiltración ni signos de esclerosis peritoneal encapsulante.

Materiales y métodos: paciente de 45 años que reingresa a HD post rechazo crónico de trasplante renal con donante vivo relacionado en 12/1999, cambiando de modalidad a DPCA en 06/2002 por agotamiento de accesos vasculares, donde permanece hasta 11/2014 que presentó peritonitis fúngica, siendo transferida a HD en forma definitiva.

Resultados: se muestran datos clínicos (peso, TA, BCM,) y de laboratorio (PET, KTV, ETC), objetivando que a pesar de los años de diálisis, habiendo ingresado por selección negativa, comórbidas (hep C+, anemia crónica, fractura de cadera derecha, paratiroidectomía) e infecciones (presentó 6 episodios de peritonitis); la paciente no perdió la capacidad de UF y dializancia, sin presentar evidencias de esclerosis peritoneal encapsulante a los 8 meses de pasar a HD.

Conclusión: el promedio de permanencia en la técnica es de 7 años, aumentando con el tiempo de diálisis el riesgo de presentar fallo de UF y esclerosis peritoneal encapsulante debido al uso de glucosa, como factor desencadenante de daño de la membrana. Esta paciente luego de estar 12 años y 5 meses (149 meses) se mantuvo con buena calidad de diálisis y a pesar de las infecciones y los años de exposición a soluciones dextrosadas (realizó 4 cambios día de 2,3%), habiendo salido por peritonitis micótica. No presenta a la fecha signos clínicos ni imágenes compatibles con esclerosis peritoneal encapsulante.

0057

WHATSAPP COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y EL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL

MG Sturla, JC Alegre, S López, MO Ecke.
FMC LOMAS, Argentina.

Whatsapp (WA) es una forma de comunicación asincrónica que permiten los smartphones; una herramienta sencilla, eficaz y económica. Su inmediatez, acceso a contactos de la agenda telefónica, envío de archivos (fotos, videos, audios, links), sin importar la localización geográfica de los usuarios, resaltan entre sus ventajas.

Objetivo: evaluar si la utilización del whatsapp optimiza la comunicación entre el paciente y el equipo de DP.

Materiales y métodos: se efectuó una encuesta a cerca de los beneficios del uso del WA, en 16 pacientes en DP, relevando los siguientes

datos: edad, sexo, nivel de educación, situación laboral, acceso a celular y utilización whatsapp.

Resultados: 16 pacientes: 10 hombres (62,5%) y 6 mujeres (37,5%); mediana de edad 56 años (DS 13,4); nivel de estudio: 9 primario (56%), 3 secundario (18%) y 4 terciario (25%); situación laboral: sólo 3 trabajan (18%); acceso a celular 16 (100%) y utilizan WA 12 (75%), los 4 restantes no lo usan: 1 por carecer de smartphone y 3 por desinformación. Los 16 pacientes (100%) respondieron que comunicarse por celular les evitó concurrir al centro de diálisis en forma innecesaria, 11 pacientes (92%) afirmaron sentirse más seguros enviando una imagen de la consulta en cuestión, por haber recibido una respuesta casi inmediata a su demanda. Tres de los que no lo utilizan se sentirían más seguros si pudieran enviar una imagen.

Conclusión: a pesar de tratarse de una población heterogénea, el WA como herramienta de comunicación está ampliamente generalizado: brinda percepción de seguridad, confianza y satisfacción en el paciente, proporciona además un beneficio económico (ahorro en transporte y tiempo) tanto para el paciente como para los profesionales y agiliza la resolución de las situaciones planteadas.

0088

DIÁLISIS PERITONEAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE EISENMENGER

J Camacho¹, M Biain¹, S Rodríguez², G Valencia¹, G Laham¹, M Pattin³, C Díaz¹

1. Sección Nefrología, CEMIC, Argentina. 2. Fresenius Medical Care, Argentina. 3. Servicio de Cirugía, CEMIC, Argentina.

Introducción: el síndrome de Eisenmenger (SE) es el estadio final de diversas cardiopatías congénitas caracterizadas por un cortocircuito de izquierda a derecha con el consiguiente aumento de las presiones pulmonares. Afecta la funcionalidad de múltiples órganos, presentando disnea, cianosis, síncope, fatiga, eritrocitosis y falla ventricular derecha.

La insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) es una patología de difícil manejo en este tipo de pacientes, requiriendo altas dosis de diuréticos y drogas vasoactivas, tornándose en ocasiones refractario al tratamiento.

Caso clínico: masculino de 31 años con antecedentes de trisomía 21; ductus arterioso persistente y SE; ERC estadio 3 secundario a síndrome cardiorenal tipo 2; múltiples internaciones por ICD.

Medicación: sildenafil, bosentan, espironolactona, furosemida.

Ingresa el 06/05/2015 por cuadro clínico de ICD. Ecocardiograma evidencia dilatación de cavidades derechas con disfunción sistólica del VD de grado moderado a severo, PSAP 90 mmHg y bajo gasto cardíaco (GC). Inició tratamiento con diuréticos EV e inotrópicos sin mejoría, por lo que se decide realizar tratamiento de diálisis peritoneal automatizada (DPA) para manejo de sobrecarga hídrica. Inicia el 18/05 con adecuado volumen de UF y mejoría de signos y síntomas de insuficiencia cardíaca. Se objetiva mejoría del GC y de la función sistólica del VD.

Discusión: el SE es una entidad grave e irreversible poco frecuente, debido al diagnóstico precoz de cardiopatías congénitas y el avance de la cirugía cardiovascular. Generalmente pueden sobrevivir hasta la 4ª década de la vida, de 10 a 20 años desde su diagnóstico: una de las alternativas al tratamiento médico es el trasplante pulmonar o cardiopulmonar, la sobrevivida al año del trasplante se aproxima al 70-80% y a los 4 años es <50%.

Conclusión: la DPA surge como una alternativa para el manejo de la insuficiencia cardíaca en este tipo de pacientes, mejorando la calidad de vida y disminuyendo la tasa de hospitalizaciones.

0097

LÍQUIDO PERITONEAL TURBIO ACELULAR ASOCIADO AL USO DE ANTAGONISTAS CÁLCICOS: REPORTE DE DOS CASOS

A De Brum¹, M Biain¹, S Rodríguez², M Pattin¹, C Díaz¹.

1. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC), Argentina. 2. Fresenius Medical Care, Argentina.

Introducción: el líquido peritoneal turbio acelular (LPTA) es una entidad infrecuente en diálisis peritoneal (DP). Se define como líquido turbio con recuento celular normal, por la presencia de triglicéridos (TG). Las causas son traumatismos, neoplasias, cirrosis, pancreatitis, amiloidosis, obstrucción linfática, síndromes nefróticos y fármacos como los antagonistas del calcio dihidropiridínicos (AC).

Casos:

1°: Femenina de 70 años que a los 25 días luego del ingreso concurrir con LPTA. La paciente tomaba lecanidipina (LC) 20 mg/día. Se toman muestras para el análisis físico-químico: TG 225 mg/dl, leucocitos 46 mcl; TG plasmático 150 mg/dl. Se indica la suspensión de LC. Se citó a control en 24 horas, el líquido peritoneal aclaró y el dosaje de TG en el líquido bajó a 8,5 mg/dl.

2°: Femenina de 66 años en tratamiento con LC, durante la cirugía de colocación del catéter de DP se drena líquido turbio, físico-químico: TG 176 mg/dl. Continuó con drenaje de líquido turbio por 48 horas hasta que se suspendió el fármaco. A las 24 horas el líquido aclaró y el dosaje de TG descendió.

Discusión: la LPTA asociado al uso del LC tiene una incidencia del 57% en algunos reportes. Es importante realizar un diagnóstico diferencial para descartar otras causas, potencialmente graves. El principal indicador es el aumento de la concentración de TG en el líquido peritoneal y valores normales de TG en plasma. Todos los pacientes responden a la suspensión del fármaco en un promedio de 24 horas. Los AC de 3ª generación son los que se asocian con LPTA. La causa no es bien conocida, pero se plantea que por su composición lipofílica los AC penetran la membrana peritoneal y actúan en las células musculares lisas de los vasos linfáticos del aparato digestivo dificultando el retorno de linfa. El factor genético y la predisposición étnica podrían influir en este fenómeno.

Conclusión: los AC deben ser considerados como causa de LPTA. Limitar el uso de estos fármacos en DP no se justifica por este fenómeno.

0107

INICIO URGENTE A DIÁLISIS PERITONEAL

J Camacho¹, M Biain¹, G Laham¹, M Pattin¹, S Rodríguez², C Díaz¹.

1. Sección Nefrología. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno CEMIC, Argentina. 2. Enfermería FMC Saavedra, Argentina.

Introducción: la diálisis peritoneal (DP) es subutilizada en muchos países. A pesar de las ventajas de esta modalidad, la mayoría de los pacientes que requieren tratamiento sustitutivo renal ingresan

a hemodiálisis (HD) y de éstos, un gran porcentaje ingresan con catéteres venosos centrales (CVC), a pesar de haber tenido seguimiento nefrológico. Tradicionalmente en DP la colocación del catéter y el entrenamiento para inicio de la diálisis lleva 4 semanas.

En la última década el inicio urgente a DP (IUDP) ha ganado considerable interés entre los nefrólogos. El IUDP se refiere a un enfoque que implica iniciar la terapia antes de las 2 semanas de colocación del catéter. Numerosas publicaciones han sido reportadas en la literatura con resultados favorables cuando se le compara con HD o el inicio convencional a DP (ICDP).

Objetivos: evaluar la seguridad y efectividad del IUDP y la incidencia de complicaciones.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, observacional que compara los pacientes de IUDP con los de ICDP luego de 4 semanas. Se analizaron 12 pacientes (n=12), 6 iniciaron en forma urgente y 6 en forma convencional. Todos los pacientes eligieron de forma electiva la DP.

Resultados: la edad media de todo el grupo fue de 55,8±12 años. El 75% de los pacientes era de sexo femenino. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos para: edad, sexo, volumen de inicio, KTV, albúmina, urea, Ca, fósforo, ferritina, PCR y tipo de catéter. La PTH fue significativamente menor en los pacientes de IUDP. Para el grupo de inicio urgente la media de días desde la colocación del catéter hasta el inicio fue de 8,33±4,63.

En cuanto a las complicaciones se registraron 2 fugas y 1 hematoma de pared en los pacientes de IUDP, estas no fueron causas de cambio de modalidad.

Conclusión: la modalidad de IUDP es segura cuando se compara con el ICDP, las complicaciones fueron menores y se resolvieron. Esta estrategia podría disminuir el uso de CVC e incrementar el número de pacientes en DP.

0112

DESCRIPCIÓN DE UN MÉTODO DE EVALUACIÓN DIGITAL DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS PERITONEAL

C Musso¹, J Aguilera¹, D Comas², G Meschino², V Ballarin², M Vilas¹, G Rosa Diez¹, D Luna¹, F González Bernaldo Quirós¹.

1 Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 2 Universidad de Ingeniería de Mar del Plata, Argentina.

La telemedicina es el intercambio de información médica a través de una vía de comunicación electrónica. El desarrollo progresivo en la captura, procesamiento e interpretación inteligente de las imágenes fotográficas digitales permite cada vez mejores aplicaciones al telediagnóstico. Es posible utilizar algoritmos específicos para poder comparar imágenes tomadas por distintos dispositivos y en distintas condiciones de luz y eventualmente distintas distancias. En los pacientes en diálisis peritoneal el diagnóstico por observación directa del líquido peritoneal permite la detección precoz de la peritonitis, aunque esta no alcanza la exactitud de su análisis bioquímico. Se decidió entonces describir un método que asegurase lograr una evaluación del LP mediante la observación de su imagen digital.

Material y métodos: se evaluó la performance diagnóstica para detección de infección peritoneal de la evaluación automática de las imágenes de LP (n: 400) mediante un método de clasificación automático de imágenes según descriptores de simple cómputo, utilizando el citológico y cultivo como *gold standard*. Las muestras de

LP y sus imágenes se obtuvieron mediante una cámara digital en la unidad de diálisis peritoneal de nuestro Servicio.

Resultados: se obtuvo un algoritmo basado en cuatro etapas (pre-procesamiento, definición de zonas de interés, selección y clasificación de imágenes digitales) que permitió distinguir exitosamente el LP normal del patológico mediante la observación de la imagen digital del mismo.

Conclusión: el método propuesto permitió discriminar la imagen normal de la patológica en regiones de interés de las fotografías de LP.

0143

FRECUENCIA DE PERITONITIS EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA: 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

H Sarzuri, G Gutiérrez, R Vavich, C Forlano, J Daza, A Marini, F Fuentes.

Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Introducción: a pesar de los avances en DPCA la peritonitis sigue siendo la complicación más frecuente y con mayor comorbilidad, como así también causa de *drop out*.

La frecuencia de esta complicación fue disminuyendo a través del tiempo desde 1,3/episodio/12 meses a 1 episodio/40-60 meses /pacientes en la actualidad.

Objetivos: comparar la frecuencia y la tasa de peritonitis en dos grupos de pacientes (1) 1994 - 1997 y (2) 2011 - 2014.

Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo retrospectivo. En ambos grupos todos los pacientes recibieron un gramo de vancomicina como profilaxis ATB prequirúrgica el día previo a la colocación de catéter. El sistema utilizado para la diálisis fue de doble bolsa. La población estudiada del Grupo 1 fue de 23 pacientes (11 mujeres y 12 varones) con una edad media 51,6 años (rango 18 a 85 años) y 7 fueron DBT, 30% selección positiva. El catéter se implantó por laparotomía mínima. El Grupo 2 fueron 14 pacientes (8 mujeres y 6 varones) con una edad media 37,9 (rango de 23 a 59 años), 1 paciente DBT, 100% selección positiva. El catéter se implantó por laparoscopia

Resultados: en el Grupo 1 se observaron 12 episodios de peritonitis (1 episodio/paciente/27,3 meses) con una tasa de 0,35 episodios/paciente/año. El *S. aureus* estuvo involucrado como agente etiológico en un 41,6 % de los casos. En dos pacientes fueron polimicrobianos.

En el Grupo 2 se observó 6 episodios de peritonitis (1 episodio/paciente/75 meses) con una tasa de 0,16/episodio/año.

El *S. aureus* en un 66% y en dos pacientes polimicrobianos.

Conclusiones: se observó una disminución de la frecuencia de peritonitis en el grupo de pacientes del año 2014 en comparación con el año 1994.

La menor frecuencia de peritonitis en el Grupo 2 asumimos que se debe a la mayor selección positiva, grupo etario más joven y menor número de DBT.

0156

QUILOPERITONEO SECUNDARIO AL USO DE LERCADIPINA EN DIÁLISIS PERITONEAL

A Heredia Martínez¹, N Flores¹, C Musso¹, M Galarza¹, F García², G Rosa Díez¹.

1 Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina. 2 Hospital Regional Río Gallego, Argentina.

Introducción: el quiloperitoneo (QP) es una rara complicación en diálisis peritoneal (DP). Se define cuando la concentración de triglicéridos es mayor a 200 mg/dl. La lercadipina, un antagonista cálcico del grupo dihidropiridínicos, ha sido reportada como causa QP en pacientes en DP. Reportamos dos pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) que luego de iniciar lercadipina como antihipertensivo, presentaron líquido peritoneal (LP) quiloso.

Caso 1: varón de 51 años, ERC secundaria a glomerulopatía. En DPCA desde enero 2015. Inicia lercadipina para manejo de su HTA. A los 5 días presenta bolsa de aspecto lechoso, acompañado de leves molestias abdominales, sin fiebre. Se realiza citológico de LP: 330 células/mm³ (90% mononucleares); triglicéridos 439 mg/dl. Tomografía abdominal sin hallazgos patológicos. El cultivo de 2 muestras de LP fue negativo. Inició tratamiento empírico con antibiótico intraperitoneal. Se suspende lercadipina evolucionando favorablemente sin repetir episodio de QP.

Caso 2: mujer de 29 años, ERC de causa desconocida. En DPCA desde el 2013. Presentaba como complicaciones previas dos episodios de tunelitis con evolución favorable. Desarrolla bolsa con LP turbio de aspecto lechoso. Había aumentado dosis de lercadipina 1 semana atrás por HTA. Se realiza citológico de LP: 20 células (95% mononucleares). Cultivo negativo en dos muestras de LP. Se suspende la droga y no vuelve a repetir QP.

Conclusión: los antagonistas cálcicos son ampliamente utilizados en el tratamiento de la HTA en pacientes en DP. Se han reportado varios casos QP a los pocos días del inicio de lercadipina, como reacción adversa. No se conoce su causa. El LP turbio desaparece luego de la suspensión de la droga y recurre si se reintroduce nuevamente. Los nefrólogos que frecuentemente prescriben antagonistas cálcicos en pacientes en DP deben estar advertidos de la posibilidad de que estas drogas pueden causar LP turbio de causa no infecciosa.

0179

RHODOTORULA MUCILAGINOSA EN DIÁLISIS PERITONEAL

A Heredia Martínez¹, K Almeida¹, C Musso¹, V Stanek², M Galarza¹, G Rosa Díez¹.

1. Servicio de Nefrología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 2. Servicio de Infectología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la peritonitis fúngica (PF) es una complicación infrecuente y grave en diálisis peritoneal (DP), siendo aquellas no causadas por *Candida albicans* sumamente inusuales. Reportamos el caso de una PF secundaria a *Rhodotorula mucilaginosa* (Rm) en un paciente en diálisis peritoneal automatizada (APD), que requirió decanulación y tratamiento con anfotericina para su resolución.

Caso clínico: varón de 49 años, ERC secundaria a nefritis intersticial por abuso de anabólicos. En APD desde el año 2010. Nunca presentó como complicación peritonitis. Consulta por cuadro compatible con peritonitis. Se decide comenzar con vancomicina 1 g endovenoso (EV) y ceftazidima 1 g EV. La lectura del primer y segundo cultivo de líquido peri-

toneal (LP) informa levaduras en tipificación. Se decide iniciar fluconazol 200 mg día. Se interpreta como PF y se decide decanulación inmediata. Presenta recuperación del estado general rápidamente posdecanulación. Se tipifica hongo como Rm en 3 cultivos seriados de LP y en punta de catéter de Tenckhoff, que era resistente a fluconazol y solo sensible a anfotericina. Cumplió tratamiento con anfotericina liposomal por 30 días resolviendo la infección.

Conclusión: la Rm es un patógeno emergente oportunista, especialmente presente en pacientes inmunodeficientes. Este microorganismo está involucrado en numerosos casos de fungemia asociada a catéteres, endocarditis, peritonitis, meningitis y endoftalmítis. Pocos casos de peritonitis fúngicas causadas por esta levadura han sido reportados. El tratamiento generalmente es la decanulación inmediata más antifúngicos. La mortalidad es elevada y generalmente lleva al *drop out* definitivo. Concluimos que la PF por Rm debe tenerse en cuenta con diagnóstico diferencial en pacientes con cuadros de peritonitis refractarias.

0233

PH DEL LÍQUIDO PERITONEAL EN PERITONITIS: ¿SE RELACIONA CON EL TIPO DE GERME?

T Gilabert, N Marchetta, G Blunno, H Buttazzoni, S Ortega. Nefrología Rennius. Salta, Argentina.

Objetivo: demostrar si existe relación entre el pH del líquido peritoneal y el tipo de germen responsable de la peritonitis.

Materiales y métodos: se realizó un estudio prospectivo, de los líquidos peritoneales de 16 pacientes que presentaron 21 episodios de peritonitis, diagnosticados según la tríada clásica de efluente turbio, recuento celular 100 leucocitos con 70% neutrofilia y cultivo positivo; entre diciembre de 2011 y marzo de 2013, la muestra se tomó del cambio nocturno de 8 horas de permanencia, todos realizaban DPCA. Se midió el pH del efluente. Los mismos pacientes fueron utilizados como grupo control ya que a todos ellos se les midió el pH en el líquido peritoneal en forma basal.

Resultados: se recuperó germen en el 100%.

De los 22 episodios evaluados, 8 desarrollaron *E. coli*, y el pH fue 6,5; 6 resultaron en *S. aureus* pH 7; en 3 se obtuvo *S. epidermidis* con pH 7; en 2 ocasiones se cultivó *Proteus mirabilis* con pH 9; y 1 cultivo a *Klebsiella pneumoniae* cuyo pH resultó en 6,5. En 1 caso se hallaron levaduras y pH 7.

En el control basal se hallaron rangos de pH que oscilaban entre 7,0 y 8.

Conclusiones: según nuestros resultados, los pH ácidos medidos en la muestra de líquido utilizada para el diagnóstico de peritonitis se relacionaron con dos tipos de bacilos Gram negativos que tienden a acidificar los líquidos biológicos, que son la *E. coli* y *Klebsiella pneumoniae*. Por el contrario, las familias *Proteus* y *Morganella* tienden a alcalinizar los mismos, llevando el pH a 9.

S. aureus MS o MR y *S. epidermidis* tienden a mantener un pH basal (7,0-8).

Discusión: si bien el número de casos y de pacientes es limitado, los datos obtenidos son muy sugerentes de la relación entre pH y agente causal por lo que futuras investigaciones serán necesarias para corroborar estos hallazgos.

8. EDUCACIÓN MÉDICA

0058

EDUCACIÓN PERMANENTE EN COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES Y MEJORA DE LA AUTOGESTIÓN, COMUNICACIÓN, GESTIÓN EMOCIONAL, CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN UNA RED DE CENTROS DE DIÁLISIS

S Depine^{1,3}, D Manzor², L Andrade², O Ferraro², A Carlevaro², J Foch², L Cavallero², M Grizzo², O Román², D Fele².

1. Facultad de Ciencias de la Administración. USAL, Argentina. 2. Nefrología Argentina, Argentina. 3. Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina. CADRA, Argentina.

Históricamente las universidades han impartido conocimientos técnicos y no han incorporado la enseñanza en competencias genéricas transversales (CGT). En las organizaciones se desarrollan programas de educación continua, que; paradójicamente, carecen de la continuidad de la educación permanente.

Objetivos: evaluar el grado de mejora individual en la escucha, la gestión emocional y la autogestión del equipo director de una red de Centros de Diálisis y su impacto en el clima y la cultura organizacional, como resultado de un programa de educación permanente en servicio, en competencias genéricas transversales.

Materiales y métodos: en una red de Centros de Diálisis se realizó para su equipo director un programa de educación permanente en CGT. Se realizó una investigación experimental, con *pre-test*, *postest* y grupo control similar al de investigación. Se realizaron encuestas con escalas de medición tipo Likert sobre: escucha, gestión emocional, autoevaluación de las competencias, cultura organizacional (liderazgo, motivación, comunicación, toma de decisiones, metas de la organización y mediciones de control) y clima organizacional (generalidades organizacionales, jefe-superiores, ergonomía y condiciones ambientales, consideraciones sobre su autonomía, ubicación laboral, compañeros de trabajo y reconocimiento). El grupo de investigación recibió educación en CGT con foco en gestión emocional y estrategias comunicacionales. Los datos obtenidos se confrontaron con los del grupo control.

Resultados: los *test* de Barlett, Student, análisis discriminante simple (ADS), mostraron la mejora global en la escucha y la gestión emocional y del aporte individual a la organización ($p < 0,05$), lo cual mejoró significativamente el clima y la cultura organizacional. (dendrograma de Análisis de Conglomerados).

Conclusiones: estos resultados demuestran la importancia de la educación en CGT y permiten inferir que deben ser agregados a los currículos de grado y posgrado en Medicina.

0090

FINANCIADOR DE SALUD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN HEMODIÁLISIS EN CEMIC

A de Brum, G Laham, J Sleiman, C Díaz. CEMIC, Argentina.

La financiación del ingreso a diálisis crónica en Argentina descansa en 2 sectores: estatal (sector público, PAMI y Obras Sociales) y pri-

vado (prepagas). Según registros del INCUCAI, existen diferencias en cuanto a mortalidad entre prestadores, 8% mayor en estatales considerando únicamente al PAMI.

Objetivo: evaluar el impacto de la cobertura social en las condiciones de ingreso de pacientes (ptes) incidentes en hemodiálisis (HD) y en supervivencia en nuestro centro.

Métodos: entre 1/1995 y 6/2012, 322 ptes incidentes iniciaron HD en CEMIC. Se evaluaron datos demográficos (edad, sexo, DBT), laboratorio (FGe por MDRD-EPI, Hb, albúmina, calcio, fósforo [P], PTHi) y acceso vascular (AV) (catéter o FAV/prótesis) al ingreso. Las comorbilidades fueron valoradas usando el índice de Khan. Los ptes fueron divididos en 2 grupos según la cobertura médica (CM): CM privadas (CMP) (n=230) y CM estatal (CME) (n=92).

Resultados: la edad media fue 60 años, 60% masculino, 23,3% DBT, la mediana de tiempo en HD fue 32,6 meses (15-53). El FGe medio fue 7,7 ml/min 39,8%, 28,9% y 31,4 % fueron Khan bajo, mediano y alto respectivamente. El 53,4% ingresó con una FAV/prótesis, 145/322 (45%) murieron durante el seguimiento. En el grupo CME los pacientes fueron mayores, 66 vs. 58 años ($p<0,001$), y mayor proporción tuvo índice de Khan alto ($p<0,03$); mientras, en CMP el P (6,1 vs. 5,5 mg/dl; $p<0,04$), la FAV/prótesis de ingreso ($p<0,002$) y la proporción de ptes trasplantados ($p<0,0001$) fueron mayores. El análisis multivariado mostró que el índice de Khan mediano [OR=3,6 (2-6,4)], alto [OR=9,1 (5-15)] y el FGe [OR=1,066 (1,02-1,11)] fueron predictores de mortalidad. Si bien observamos una diferencia en la supervivencia a partir de los 36 meses en favor de CMP de 92,9% vs. 74%, esta no fue significativa ($p=0,141$).

Conclusiones: el grupo CME tuvo mayor edad, índice de Khan más alto, menor número de FAV/prótesis al ingreso a HD. En la supervivencia no se encontró diferencia estadística entre ambos grupos.

0203

FÍSTULA ARTERIOVENOSA ASOCIADA A HEMATURIA SEVERA POST PUNCIÓN BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA TRATADA CON COILS EN FORMA ENDOVASCULAR

JA Andrews, T Rengel, M Paulero, M Forrester, F Lombi, V Pomeranz, R Iriarte, H Trimarchi.

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la incidencia de complicaciones de las biopsias renales es muy variada, siendo muy frecuentes hematomas perirrenales presentes en 80%, hasta fístulas AV asociada a sangrado en riñones nativos presente en el 0,1 al 0,5%. En pocos casos el sangrado puede ser de difícil control.

Caso clínico: masculino de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica estadio III. Presentó cuadro de proteinuria severa 4,5 g/día, sin estigmas de hematuria, por lo cual se realizó punción biopsia renal. A las 48 horas de la misma acudió por dolor abdominal y hematuria. En el laboratorio presentó deterioro de la función renal y caída del hematocrito de 10 puntos. Se realizó una ecografía renal y uro tac que evidenciaron dilatación pielocalicial de 18 mm en riñón izquierdo.

Se decidió conducta expectante y soporte transfusional. Ante la persistencia de hematuria y mayor deterioro de la función renal se efectuó una cistoscopia que evidenció sangrado proveniente del

meato ureteral izquierdo, ecografía Doppler color que evidenció a nivel del polo inferior del riñón izquierdo flujo turbulento asociado con arterialización de la vena.

Por persistencia del sangrado se llevó a cabo un estudio por hemodinamia a través de la cateterización supraseductiva de la arteria renal izquierda, donde se visualizó una arteria renal que irrigaba el polo inferior del riñón izquierdo y nacía de la aorta en forma independiente a la arteria renal principal, la cual alimentaba una fístula arteriovenosa. Por tal motivo se procedió a la colocación de coils deteniéndose el flujo hacia la fístula sin involucrar otras ramas arteriales del polo inferior.

Evoluciona con disminución del sangrado cediendo totalmente al 3er día posprocedimiento.

Conclusiones: la embolización de la arteria renal tiene una tasa de complicaciones mínimas y representa una técnica efectiva, menos invasiva y de mejor pronóstico en los casos en que está indicada la nefrectomía o ligadura de arteria renal.

0206

NGAL COMO MARCADOR DE INJURIA TUBULAR RENAL ASOCIADA A PROTEINURIA

F Lombi, R Iriarte, JA Andrews, T Rengel, M Forrester, V Pomeranz, R Canzonieri, A Murayan, M Dicugno, A Karl, S Raña, P Young, M Alonso, H Trimarchi.

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el NGal es un biomarcador de daño tubular renal que se encuentra elevado en plasma y orina. La proteinuria es un marcador de daño glomerulotubular y de progresión de enfermedad renal. El objetivo es establecer si existe relación entre diferentes concentraciones de NGal plasmático y el grado de proteinuria.

Métodos: estudio observacional, transversal, unicéntrico, en el que se dosaron NGal en plasma, el *clearance* de creatinina de 24 hs y proteinuria de 24 hs. Se incluyeron pacientes con *clearance* de creatinina > 60 ml/min y proteinuria > 2 g/día. Se establecieron 2 grupos (G) según niveles de NGal: G1, NGal < 150 ng/ml; G2, NGal > 150 ng/ml. Los resultados están expresados como la media \pm desvío estándar (DE).

Resultados: G1 (n=8): filtrado glomerular (FG) 96,5 \pm 34,74 ml/min; proteinuria 24 hs (Prot 24 hs) 2,26 \pm 2,6 g/día; creatinina (Cr) 0,75 \pm 0,15; albúmina (Alb) 3,42 \pm 0,53; hematocrito (HTO) 38 \pm 4,3; edad 42,75 \pm 17,73; NGal 94,50 \pm 31,96; peso 56,25 \pm 5,85. Todas las variables tienen distribución normal. Se aplicó el *test* estadístico Shapiro-Wilks obteniéndose $p>0,05$ en todas las variables de este grupo. G2 (n=10): NGal > 150 ng/ml, FG 60,50 \pm 22,43; Prot 24 hs mediana 6,08 con P(05) 1,07 y P(95) 19,08; Cr 1,55 \pm 0,45, Alb 3,24 \pm 0,72; HTO 38,90 \pm 5,07; edad 54,33 \pm 18,82; NGal 335 \pm 103,72; peso 78 \pm 14,78. La Prot 24 hs de este grupo es la única variable con distribución no paramétrica, aplicando el *test* estadístico Shapiro-Wilks se obtuvo una $p=0,0440$.

Al comparar variables se utilizó la prueba de Wilcoxon y se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en FG ($p=0,0153$), Cr ($p=0,0002$), NGal ($p<0,0001$) y Prot 24 hs ($p=0,0417$).

Conclusiones: el NGal representaría un potencial marcador de injuria tubular renal relacionado con los niveles proteinuria moderada-severa.

9. ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

0012

CONSULTA DE ENFERMERÍA EN POLICLÍNICA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MJ Morales, E Cerrón.

Hospital Maciel, Uruguay.

Este estudio se desarrolló en el Hospital Maciel, policlínica de diálisis peritoneal, en el período 2014 - 2015. En este trabajo se enfatiza, principalmente, la utilización de un instrumento de recogida de información del paciente durante la consulta de enfermería, buscando optimización y la integración de la educación a la asistencia prestada.

Los objetivos fueron: describir la experiencia práctica en las consultas de enfermería a los pacientes de diálisis peritoneal en la policlínica del Hospital Maciel y conocer el grado de satisfacción de los usuarios asistidos.

La presente corresponde a una investigación de tipo observacional de diseño descriptivo. La población en estudio fue un grupo de pacientes asistidos en policlínica de diálisis peritoneal del Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay. Se incluyeron todos los pacientes que concurrieron a control médico en dicha policlínica en el período comprendido entre los meses julio 2014 - febrero 2015.

Para estudiar el problema planteado se instrumentaron dos diseños metodológicos: estudio de prevalencia y seguimiento y se realizó una encuesta preestructurada.

Este trabajo dejó en evidencia que:

Se comprobó una disminución de la tasa de peritonitis del Servicio, si comparamos los resultados obtenidos en el año 2013 de 1 episodio cada 25,5 pacientes/mes y 1 episodio cada 31,8 pacientes/mes en el año 2014.

Los diagnósticos de enfermería más utilizados fueron los correspondientes a los dominios: Promoción de la salud, Nutrición, Actividad/Reposo, Afrontamiento/Tolerancia al estrés, Seguridad/Protección.

La percepción de los usuarios con respecto a la atención de enfermería fue en un 100% satisfactoria y el 85% la califica como muy buena.

Se logró fortalecer el reentrenamiento de los pacientes en DP.

Se logró cumplir con las visitas domiciliarias de acuerdo a la valoración realizada en la consulta.

Se logró fomentar el autocuidado en el paciente a través de la educación continua.

0044

FACTORES ASOCIADOS AL AUMENTO DE DESCARTE DE FILTROS DE HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA CORRIENTES DESDE MAYO DEL 2014 A MAYO DEL 2015

GE Casafús, AI Meza

Instituto de Cardiología de Corrientes Juana Francisca Cabral, Argentina.

Previo observación se notó que en algunos pacientes el descarte de filtro se presentaba prematuramente y no superaba el tercio de lo esperado, lo que motivó a la comparación entre el grupo total de pacientes del Servicio, siendo muy evidente las características pos-

hemodiálisis tales como presencia de coágulos, cuerpos amarillos, bajo volumen residual.

Habiendo realizado una búsqueda bibliográfica, se encontraron escasos materiales sobre causas que disminuyan la duración de los filtros de polisulfona usados en nuestro Servicio. Ello orientó la búsqueda de causales comunes tales como valores de hematócrito, triglicéridos, proporcionados por los laboratorios mensuales; además se consideró edad, sexo y una constante presente en el 50% de nuestros pacientes: la diabetes.

Se buscó detectar factores comunes asociados al descarte de los filtros en forma anticipada, para luego de identificados poder ajustar el tratamiento y los cuidados a los pacientes. Se realiza un estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, retrospectivo con un grupo de 16 pacientes con ERCT.

Del análisis, 13 (81%) de los 16 pacientes utilizaron más de 9 filtros en el período de 12 meses considerando además a dos pacientes que no cumplen el año total preestablecido, pero se los incluyó al notar que fueron los 2 pacientes de mayor reusos del grupo.

Se concluye que los factores mayormente asociados en los 13 pacientes con descarte mayor a 9 filtros por año, se destacaron 4 pacientes con mayor usos de filtros, entre 14 a 26 por año, de los cuales 2 poseen colesterol elevado y 3 de ellos son diabéticos, pero los cuatro comparten 4 variables en común: triglicéridos elevados, hematócrito por encima de lo ideal, sexo masculino y edad mayor de 50 años.

0051

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL CENTRO DE DIÁLISIS - VISIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

ME Van Derworden¹, L Zacarias¹, G Voronovitsky^{1,2}, PE Bevione¹, F Perretta¹, A Cerioni², M Banega¹

1. Fresenius Medical Care Pilar, Argentina. 2. Fresenius Medical Care - Área Rehabilitación y Calidad de Vida, Argentina.

Introducción y objetivos: a medida que avanza los tratamientos sustitutos renales, emerge la necesidad de focalizar en la calidad de vida de las personas en diálisis.

Déficits funcionales, limitaciones en la actividad y la participación social son obstáculos para la calidad de vida de pacientes en HD.

El tiempo insumido por la sesión de HD brinda la oportunidad de desarrollar actividades rehabilitativas que aporten a su calidad de vida por lo que, como prueba piloto, se han incluido durante las sesiones en un Centro de Diálisis.

El objetivo de este trabajo fue conocer la opinión de enfermería acerca de estas actividades.

Material y métodos: 17 enfermeros del centro de diálisis respondieron una encuesta anónima autoadministrada de 10 preguntas (9 cerradas/1 abierta). Estadística: análisis de frecuencias y de las respuestas a la pregunta abierta.

Resultados:

- 100% de los enfermeros encuestados responden que mejoró el ánimo de los pacientes y que se modificó el clima de la sala.
- 100% perciben beneficios para los pacientes y que las actividades realizadas no han interferido con su trabajo no han causado complicaciones infectológicas, ni en accesos vasculares
- 92% refieren que hay mejor socialización entre pacientes y enfermeros
- 58% opinan que ha mejorado la predisposición de los pacientes al tratamiento

- 50% refieren que disminuyó la demanda a enfermería durante las actividades y que estas contribuyen al trabajo del staff de enfermería
- 25% perciben que han disminuido los eventos en sala (hipotensión, calambres, dolor, etc.)

La opiniones/percepciones/valoraciones de la pregunta abierta están relacionadas con beneficios psicosociales para los pacientes (participación, vínculos, predisposición, bienestar, cognitivos).

Conclusiones: la incorporación de actividades para la rehabilitación psicosocial durante la sesión de HD no sólo no interfiere en las tareas propias de enfermería, sino que son percibidas por el *staff* como beneficiosas tanto para el paciente como para el equipo.

0059

USO DE SUPLEMENTO NUTRICIONAL (SN) EN PTES EN HD. NUESTRA EXPERIENCIA.

P Recanatini, M Cabo, V Burgatte, C Burgatte, G Schinner, A Dominici, M Bertello, H Hidalgo, M Giudice

Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. Sanatorios Integrados. Gálvez. Santa Fe, Argentina.

Objetivo: la malnutrición proteico-calórica es frecuente en los pacientes (pts) en HD y comprobado ha sido su rol en la morbimortalidad. La ingesta inadecuada es una de las causas más importantes. Por tal razón, en ocasiones está indicada la utilización de SN. Decidimos evaluar nuestra experiencia en la implementación de un plan de SN en pacientes en HD en nuestro Servicio.

Materiales y métodos: se evaluó nutricionalmente a los pacientes en HD en nuestro Servicio y se recabaron diversas variables. A los que presentaban alguna alteración nutricional, se les indicó SN (Diben Drink®, Fortisip® o Supportan®). Se explicó al paciente y a la familia cómo y por qué debía cumplirse el tratamiento. La entrega de los SN se hizo por el personal de enfermería para su mejor control. Se evaluó lo sucedido luego de la provisión del SN.

Resultados: 20 pacientes, edad 71,3 a (r: 44-85), Tpo en HD 64,6 m (r: 5-20), 11/9 masc/fem. Parámetros de HD similares y adecuados. Doce pts decían no saber lo que tomaban (5 con enfermedad vascular cerebral, 1 oligofrenia); 3 referían tomarlo para mejorar su alimentación; 2 que lo tomaban porque se lo daban; 2 porque aporta vitaminas y aumenta su apetito, y 1 dijo que no se le dio información. De los 20 pacientes, 9 lo solicitaban regular y espontáneamente; en 2 casos era pedido por sus familiares en forma irregular y 9 no lo solicitaban, tampoco su familia.

Se consulta a los familiares para evaluar consumo y tolerancia; como resultado se obtuvo que 11 lo tomaban, 2 de ellos regularmente como estaba indicado, y 9 de manera irregular.

Los 9 que no lo ingerían fue por diferentes motivos, 3 por intolerancia, 2 porque se lo daban a la familia y 4 se negaban a recibirlo (1 oligofrenia, 1 por "engordar" y 2 sin razón).

Conclusiones: según lo que observamos se debe:

Ser claro, concreto y explícito en la indicación al paciente y a la familia.

Solicitar la colaboración y el compromiso familiar.

Seguir de cerca al paciente en tratamiento debido a la falta de adhesión.

Evaluar diferentes fórmulas y forma de administración con el fin de mejorar la tolerancia.

0061

EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA EN PTS AL INGRESO A HD. TEST DE BARTHEL

M Cabo, C Burgatte, V Burgatte, P Recanatini, G Schinner, A Dominici, M Bertello, H Hidalgo, M Giudice.

Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. Sanatorios Integrados. Gálvez. Santa Fe, Argentina.

La mayor sobrevida y edad, y la morbilidad asociada, trae aparejado un aumento en la incapacidad y dependencia de los pts IRCT al ingreso a HD, ocasionando así un aumento en los cuidados de enfermería necesarios. Decidimos analizar el grado de dependencia física utilizando el *test* de Barthel en pacientes ingresados a HD en nuestro Servicio.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, donde se evaluaron 83 pts ingresados a HD en nuestro Servicio. Se recabaron diversas variables (edad, sexo, causa de IRCT) y se utilizó el *test* de Barthel que mide el grado de dependencia física asignando una puntuación en relación con actividades de la vida diaria. Se valora con una puntuación de 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango varía entre 0 (dependiente total) y 100 (independiente total).

Resultados: se evaluaron 83 pacientes, 49/34 V/M, edad 62,26 (r: 16-90). Del total de los pacientes, 44 (53,03%) son independientes, 27 (32,53%) son dependientes leves, 1 (1,2%) son dependientes moderados, 7 (8,43%) son dependientes graves y 4 (4,81%) son totalmente dependientes.

Según el sexo. Varones (n=49): independiente 26 (53%), leve 13(26,5%), moderado 1 (2%), grave 5 (10,2%), total 4 (8,3%). Mujeres (n=34): independiente 18 (53%), leve 14 (41%), moderado 0, grave 2 (6%), total 0.

Según la edad. Menores de 40 (n=9): 9 (100%) independientes. De 40 a 65 (n=26): independiente 18 (69,2%), leve 6 (23,1%), moderado 0, grave 2 (7,7%), total 0. Mayores de 65 (n=48): independiente 17 (34,5%), leve 21 (43,8%), moderado 1 (2,1%), grave 5 (10,8%), total 4(8,8%).

Causa de ingreso. DBT (n=28): independiente 11 (39%), leve 10 (36%), moderado 0, grave 5 (18%), total 2 (7%). No DBT (n=55): independiente 33 (60%), leve 17 (31%), moderado 1 (2%), grave 2 (3%), total 2 (4%).

Conclusión: un gran número de pts presenta algún grado de incapacidad al ingreso a HD (47%), siendo mayor la dependencia en los hombres. 00Es más frecuente en DBT y ancianos, y también mayor el grado de dependencia.

Esto demuestra que es necesario un trabajo importante de enfermería para llevar adelante el tratamiento de estos pacientes.

0096

USO DEL TEST DELTA COMO HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL GRADO DE DEPENDENCIA EN PTS AL INGRESO A HD

M Cabo, P Recanatini, C Burgatte, V Burgatte, G Schinner, A Dominici, M Bertello, H Hidalgo, M Giudice.

Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. Sanatorios Integrados. Gálvez. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: los pacientes (pts) que ingresan actualmente a HD son en su mayoría de edad avanzada o con compromiso sistémico severo, lo que trae aparejado menor capacidad para su desenvolvimien-

ro. Esto requiere de mayor cuidado de enfermería durante las sesiones. Decidimos evaluar el grado de dependencia y las características a través del *test* Delta en los pts que ingresaron a nuestro Servicio.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, donde se evaluaron 83 pacientes ingresados a HD. Se utilizó el *test* Delta que mide el grado de dependencia como indicativo de la necesidad de cuidados, clasificando al paciente como válido, asistido leve, moderado o severo. Consta de una escala principal (dependencia general) y otras dos subescalas (dependencia física y psíquica). Estas son independientes entre sí y orientan sobre el origen de la dependencia.

Resultados: 34 mujeres y 49 hombres, edad 62,26 (r: 16-90). Causa de ingreso a HD: DBT 28 y no DBT 55. El 59% de los pacientes no requieren asistencia; 24% asistencia leve; 11% moderada y 6% severa. Los *subtests* revelan que la dependencia es principalmente física (35% de los pts), mientras que el 19% muestra algún grado de dependencia psíquica.

Según el sexo. Mujeres (n=34): válido 23 (67,6%), leve 7 (20,6%), moderado 4 (11,8%), severo 0. Hombres (n=49): válido 26 (53,1%), leve 13 (26,5%), moderado 5 (10,2%), severo 5 (10,2%).

Según la edad. Menores de 40 (n=9): válido 7 (77,7%), leve 2 (22,3%), moderado y severo 0. De 40 a 65 (n=26): válido 20 (77%), leve 3 (11,5%), moderado 3 (11,5%), severo 0. Mayores de 65 (n=48): válido 22 (45,8%), leve 15 (31,2%), moderado 6 (12,6%), severo 5 (10,4%).

Causa de ingreso. DBT (n=28): válido 13 (46,4%), leve 7 (25%), moderado 6 (21,4%), severo 2 (7,2%). No DBT (n=55): válido 36 (65,6%), leve 13 (23,6%), moderado 3 (5,4%), severo 3 (5,4%).

Conclusión: según esta evaluación, ingresa a HD un porcentaje alto de pts con algún grado de dependencia (41%), siendo más frecuente la física y más severa en hombres, añosos y DBT.

Esta situación redundaría en mayor trabajo de enfermería para llevar adelante el tratamiento de estos pacientes.

0170

LA ADHERENCIA COMO CONSECUENCIA MULTIFACTORIAL EN EL TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO

M Berloni, N Ruozzi, C Mengarelli, L Sintado, C Najun Zarazaga. FME Mansilla, Argentina.

Objetivos: la hemodiálisis tiene como principal objetivo prolongar la vida, con adecuada calidad de la misma. Un factor involucrado es que adhieran, con el fin de disminuir las complicaciones que pueden surgir con la enfermedad. Se propone analizar la relación de qué factores pueden estar involucrados en la adherencia al tratamiento.

Método: se realizó un estudio descriptivo de 110 pacientes en hemodiálisis, definiéndose adherencia como el cumplimiento de los siguientes parámetros: frecuencia, tiempo de sesión, ganancia de peso interdialítica (menos del 3% del peso) y fosfatemia (menor a 5,5). Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de patología mental o que presentaron hospitalizaciones.

Resultados: la edad media de la población fue de 61 años (DE: 16,5), 65% de hombres. El 90% de los pacientes recibían traslado programado a cargo del centro de diálisis o seguro social. Los pacientes con mayor adherencia al tratamiento fueron los mayores de 65 años (62%), sexo masculino (59%), pacientes que viven a menos de 12 km del centro de diálisis (57%), los que presentan comorbilida-

des medidas con el *score* Charson mayor de 6 (38%). No se encontraron diferencias en la adhesión según el nivel de educación del paciente ni ocupación, la antigüedad en hemodiálisis, ni estar inscriptos en lista de espera.

Conclusión: la adherencia al tratamiento depende de múltiples causas. La edad y la distancia al centro son factores relevantes, siendo los pacientes mayores con comorbilidad asociada que viven cerca de donde se tratan los que más adherencia presentan.

0187

TÉCNICAS DE CONEXIÓN DE CATÉTERES PARA HEMODIÁLISIS. SU IMPACTO SOBRE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER (IAC)

I Leocadio, A Peñalba.

Diaverum Tucumán, Argentina.

El propósito del estudio fue comparar la técnica estéril con la técnica aséptica de no tocar (TANT) en la conexión de catéteres de HD crónica y su impacto en la infección asociada a catéter (IAC).

Materiales y métodos: se incluyeron 87 pacientes en HD con catéter (transitorio o permanente). Se registró: edad, sexo, DBT, tiempo en diálisis, tipo de catéter, *de novo* o secundario a trombosis, localización, Tegaderm en sitio de salida, días de exposición, días al evento, técnica utilizada en la conexión (TANT o estéril), tipo de infección (infección de sitio o bacteriemia), germen, sensibilidad, antibiótico utilizado, días de tratamiento y, como punto final, retiro de catéter o resolución de infección.

Resultados: se incluyeron 87 pacientes, edad 57,2±16 años, 50% varones, 32,6% DBT, con tiempo en HD 39±51 meses. Las técnicas de conexión utilizadas fueron: 44% estéril y 56% TANT. Los catéteres implantados fueron: 46% *de novo*, 58,9% transitorio, 73,7% localización yugular, y 41% con Tegaderm en sitio de salida. La mediana de días de exposición fue 71 días. El 25% de los pacientes presentó IAC y 2,1% infección de sitio de salida. La frecuencia de IAC fue mayor en pacientes con catéter secundario a trombosis, incluidos los permanentes (p<0,01) que en catéteres *de novo*. Los pacientes con catéteres permanentes tuvieron mayor tiempo en diálisis que los de transitorios (p<0,001). La IAC fue a Gram positivos en 54%, los antibióticos utilizados fueron vancomicina en SAMR 46% y al 33% de los pacientes se retiró el catéter (p<0,01). Ambas técnicas de conexión de catéteres fueron iguales en relación a IAC ajustada por DBT, tipo de catéter, localización y utilización de Tegaderm (p NS).

Conclusiones: la técnica de conexión de catéter estéril y la técnica aséptica de No tocar son similares en sus resultados de infección asociada a catéter, siendo la TANT una alternativa válida para su utilización en hemodiálisis con personal entrenado y menor costo en descartables estériles.

0190

EL AUSENTISMO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA COMO CONSECUENCIA DE MÚLTIPLES FACTORES

N Ruozzi, M Berloni, C Mengarelli, L Sintado, C Najun Zarazaga. FME Mansilla, Argentina.

Objetivos: el ausentismo laboral puede llegar a ser identificado como una problemática tanto para las empresas, las condiciones de

productividad y competitividad, como para los trabajadores, pueden llegar a reducir sus ingresos laborales. El objetivo es evaluar los factores asociados al ausentismo laboral.

Método: se realizó un estudio descriptivo de 25 enfermeros que trabajan en una unidad de hemodiálisis. Se evaluó cuáles pueden ser los factores por los cuales un empleado se ausenta en un período de doce meses. Se define ausentismo a aquella persona que en el período de un año presentan la sumatoria de ausencias laborales en más de dos meses (52/313). Se excluyeron las ausencias por enfermedades prolongadas de más de tres semanas.

Resultados: la edad media de los empelados fue de 47 años, mujeres 84%, la antigüedad 18 años (rango: 6-30), 26% eran auxiliares de enfermería, la distancia al lugar de trabajo era de 16 km en promedio, el 62% concurre con transporte propio. Hubo un 30% (7/23) de ausentismo laboral con un promedio de 11,4 días por enfermero, con una media de 5 ausencias en el año. La totalidad de las ausencias tenían un justificativo (médico, familiar). Un 42% del personal que se ausentó presentaba una antigüedad media de 10 años, 50% eran auxiliares de enfermería, 71% vivían a más de 21 km de distancia.

Conclusiones: el ausentismo laboral definido como ausencia de un personal no programado, afecta el funcionamiento de las Unidades de Diálisis. En todos los casos las ausencias tuvieron una justificación. El factor que más se asoció fue la distancia entre domicilio de residencia y el lugar de trabajo, la menor antigüedad y los más jóvenes. Asimismo se evidenció una menor tasa de ausentismo en aquellos que poseen un nivel de formación profesional.

0217

EXPERIENCIA EN COLOCACIÓN DE CATÉTERES PARA DIÁLISIS PERITONEAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA

A Martínez, C Vavich, L Alle, C Forlano, A Marini.
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Introducción: la técnica de colocación de catéteres más usadas son por laparotomía mínima o vía laparoscópica.

La cirugía laparoscópica permite una visión óptima de la cavidad peritoneal, lo que le otorga entre otros beneficios asegurarse la posición correcta del catéter en la cavidad pelviana y en uso precoz del mismo.

Objetivos: evaluar las complicaciones inmediatas infecciosas o mecánicas relacionadas al implante del catéter por vía laparoscópica.

Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se estudiaron 11 pacientes, de los cuales 6 comenzaron el tratamiento con bajo volumen antes de cumplir el mes del implante. A los 11 pacientes (6 varones y 5 mujeres) con edad entre 26 y 58 años se colocaron catéteres *swann neck* (cuello de cisne), 4 rectos y 7 *coil double cuff* por vía laparoscópica. Todos los implantes fueron realizados por el mismo cirujano.

Resultado: el tiempo de internación de los 11 pacientes fue menor a 24 horas. Ningún paciente presentó infección dentro de las 48 horas poscirugía, ninguno requirió analgésicos, como tampoco refirió dolor excepto distensión relacionada con el procedimiento. Durante la evolución, 6 pacientes (42%) presentaron migración del catéter durante el mes del implante, que se reestableció con deambulación y mejoría del tránsito intestinal. Ninguno requirió corrección quirúrgica. No hubo migración del *cuff* en el túnel subcutáneo. Un paciente presentó atrapamiento del catéter por el epiplón, por lo que se necesitó la liberación quirúrgica.

Ningún catéter presentó obstrucción, evaluado por el flujo mecánico. No hubo episodios de fugas de líquido peritoneal, ni hernias dentro del mes del implante. La sobrevida del catéter a los 2 años fue del 100%.

Conclusiones: la colocación de catéter peritoneal por vía laparoscópica es efectiva, mínimamente invasiva, sin complicaciones de importancia en cirujanos con experiencia. Tiene la ventaja de poder en forma precoz, con una rehabilitación inmediata.

10. EPIDEMIOLOGÍA

0041

INFECCIÓN POR *STRONGILOIDES STERCOLARIS* EN PACIENTE LÚPICA EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

M Semorile, L Andrade, I García, R Martínez.
Hospital Churruca, Argentina.

Objetivos: presentamos un caso de eosinofilia por *Strongiloides stercolaris* (SS) en mujer lúpica en hemodiálisis crónica con sintomatología compatible con reagudización de su enfermedad de base.

Material y métodos: mujer de 44 años nacida en Paraguay donde vivió hasta hace 20 años. En diálisis desde el 2008 con diagnóstico de nefropatía lúpica, confirmado por PBR, tratada con hidroxycloquina y metilprednisolona. Evoluciona con cuadros bronquiales y reagudización de los mismos con tos y expectoración, broncoespasmo y disnea. Rx de tórax y TAC muestran compromiso pulmonar intersticial bilateral. Presenta diarrea, dolor abdominal, anemia y eosinofilia moderada, la mayor de 64% de eosinófilos. Se reciben resultados de parasitológico seriado solicitado, confirmando la presencia de SS. Infectología indica tratamiento con ivermectina 2 comprimidos y medio por dos días y por única vez, negativizando el parasitológico con remisión clínica.

Conclusión: paciente proveniente de zona endémica, lúpica en tratamiento con corticoides y hemodiálisis. El SS es un nematodo que tiene un ciclo de vida libre en tierra y un ciclo parasitario en el humano, penetrando a través de la piel, transportando las larvas a los pulmones y a la faringe donde son deglutidas. La autoinfección con SS puede explicar las infecciones persistentes durante muchos años en personas que no han estado en un área endémica.

La infección por SS puede desarrollarse de manera asintomática en individuos portadores de enfermedades reumáticas tratados con corticoides o inmunosupresores. El uso crónico de corticoides acelera y transforma las larvas de este parásito en formas sistémicas y agresivas.

Controversia: ¿Qué tiempo debe transcurrir entre la negativización de los parasitológicos y la posibilidad de trasplante renal? Se deben realizar parasitológicos seriados y que ellos sean negativos, mantener el conteo de eosinófilos normales y una clínica negativa y evaluar la posibilidad de quimioprofilaxis.

0063

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

D Bueno¹, J Ríos², R Najar³.

1. DIAVERUM. Sede Jujuy, Argentina. 2. CAD Jujuy, Argentina. 3. BIOLAB, Argentina.

Objetivos: identificar los grupos de riesgo entre la población en diferentes lugares de Jujuy.

Materiales y métodos: estudio descriptivo y retrospectivo sobre el perfil de los pacientes asistidos por el programa. Tipo de estudio: consultas médica, laboratorio y entrega de medicamentos en forma gratuita. Período estudiado 2003-2004. 2008-2009. 2013. Población estudiada: 1580 personas (980 mujeres, 600 varones). Edad promedio: 46 años (18-78).

Resultados: en diferentes campañas fueron atendidos 1580 personas, algunas en consultorio y otras en su lugar de origen en Jujuy (Perico, Palapalá, Alto Comedero, Purmamarca, Tilcara, Volcán, Humahuaca, San Salvador de Jujuy), se estudiaron familiares de pacientes en diálisis, pacientes con HTA o antecedente de HTA, pacientes con diabetes o antecedentes familiares de diabetes, pacientes con antecedentes de insuficiencia renal y pacientes que concurrían a la consulta programada. Todos fueron atendidos gratuitamente, se les realizó análisis bioquímicos para evaluar anemia, función renal, dislipemia y diabetes. De la población estudiada, 380 presentaron dislipemia, 120 algún grado de insuficiencia renal, 99 diabetes, 610 algún grado de HTA, 900 fumadores, 900 con algún antecedente de diabetes o/y insuficiencia renal o/y HTA. La facilidad en la programación de las consultas permitió a muchos participantes realizar su primer control, la facilidad otorgada para el laboratorio y entrega de resultados junto con la medicación permitieron positivamente al seguimiento de los mismos.

Conclusiones: se observó un grupo importante (410 pacientes) que consultaron por primera vez a un médico. El 30% de la población nunca se había tomado la presión, el 48% nunca se realizó un laboratorio de sangre. Fue importante la intervención de acciones para promover la salud y detectar enfermedades que intervienen en la morbilidad y mortalidad de la población.

0069

CONTROL DE HTA EN PACIENTES CON IRC

D Bueno.

DIAPERUM. Sede Jujuy, Argentina.

Objetivos: evaluar la prevalencia de control de HTA en pacientes con IRC en estadios 3 y 4.

Material y métodos:

- Población estudiada: 2.820 pacientes (1470 fem - 1350 masc).
- Edad media de 56 años.
- Lugar de evaluación: consultorio externo, tres veces o más.
- Duración del estudio: marzo del 2005 a diciembre del 2014.
- Factores que fueron evaluados: edad, sexo, causa de insuficiencia renal, factores de riesgo,

Laboratorio:

- Tipo de estudio: retrospectivo. Observacional.
- Criterios de Inclusión: pacientes con HTA con o sin tratamiento, con o sin control de HTA.
- Criterios de exclusión: pacientes sin insuficiencia renal crónica.

Resultados:

De la población estudiada: 540 (65%) presentaban diabetes; 380 (46%) dislipemia; 100 (12%) tabaquismo; 370 (45%) obesidad; 630 (75%) hipertensión arterial.

Para el control de hipertensión arterial se utilizaron 2 o más drogas. Se observó mayor control de la presión sistólica que diastólica. Las causas más frecuentes de nefropatía fueron; HTA, diabetes, poliquistosis.

Conclusiones: solo en el 46% se logró un control de TA menor de 130/80 mmHg.0

0081

TASA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADA POR ECUACIONES, SEGÚN SEXO, EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, 2014-2015

C Brissón¹, A Pedro¹, P Prono Minella¹, V Cuestas¹, R Bonifacio Belzarena¹, V Fernández², S Marsil², ME Brissón³.

1. Facultad de Bioquímica y Cs. Biológicas, UNL, Argentina. 2. Facultad de Cs. Médicas, UNL, Argentina. 3. UNLa, Argentina.

Objetivo: establecer la prevalencia de individuos por sexo y categoría G de tasa de filtrado glomerular (TFG) estimada por fórmulas en una muestra de estudiantes de una carrera de bioquímica, en el marco de un proyecto de investigación acreditado.

Estudio descriptivo de corte transversal. Muestra: 58 estudiantes: 19% varones, 81% mujeres; edades 18-37 años. TFG se estimó por Cockcroft-Gault corregida (CG), MDRD-4, MDRD-4 IDMS y CKD-EPI. Determinación de creatinina: método Jaffé cinético, no trazable a IDMS (manual) y trazable a IDMS (automatizado). Los valores de TFG se clasificaron en las categorías G (ml/min/1,73m²): G1 (≥90); G2 (60-89); G3a (45-59); G3b (30-44); G4 (15-29); G5 (<15 o diálisis) según KDIGO 2012. Procesamiento estadístico: MedCalc, IC95%, p<0,05.

Resultados: proporciones porcentuales halladas según ecuación: Estadio G (totales; varones; mujeres).

CG: G1 (82,76; 91,67; 80,43) G2 (17,24; 8,33; 19,57).

MDRD-4: G1 (44,83; 41,67; 45,65) G2 (55,17; 58,33; 54,35).

MDRD-4 IDMS: G1(60,35; 66,67; 58,70) G2 (37,93; 25,00; 41,30) G3a (1,71; 8,33; 0,00).

CKD-EPI: G1 (79,34; 66,67; 82,60) G2 (20,68; 33,33; 17,40).

Diferencias significativas en la proporción entre varones y mujeres en G3a por MDRD-4 IDMS (IC 95%, p=0,049).

Conclusiones: en G1 se observa mayor proporción de varones cuando se estima TFG por MDRD-4 IDMS y CG y mayor proporción de mujeres al utilizarse MDRD-4 y CKD-EPI y relación inversa en G2 si bien no se hallaron diferencias significativas para las proporciones para cada ecuación usada. Se halló diferencia significativa según sexo en G3a estimando con MDRD-4 IDMS. La ecuación recomendada por KDIGO 2012 es la CKD-EPI, según la cual se observa mayor proporción de mujeres que de varones con TFG ≥90 ml/min/1,73m² en la muestra. Estos hallazgos deben confirmarse con mayor número de individuos, mayor proporción de varones y validarse frente a un método de referencia.

0109

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA FÓRMULA HUGE EN ARGENTINA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CORTE TRANSVERSAL

C Musso, G Bratti, F Varela, S Terrasa, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: conociendo el sexo del individuo, su hematocrito y su uremia, la regla de predicción clínica (RPC) HUGE, desarrollada sobre una población predominantemente española, permite detectar insuficiencia renal crónica (IRC) con alta sensibilidad (92,8%) y especificidad (93,2%), sin emplear estimaciones del filtrado glomerular.

Objetivo: evaluar su desempeño en una población atendida en un Hospital Universitario de Argentina y explorar si existe correlación entre su resultado y el estadio de IRC.

Métodos: fueron revisadas las historias clínicas (HC) de una selección aleatoria de 225 pacientes de los 2000 que habían consultado a un Servicio de Nefrología durante 2013 y contaban con información completa para aplicar dicha RPC. El *test* de referencia fue una revisión manual de cada HC por un médico nefrólogo, ciego al resultado de la RPC. Cada individuo fue clasificado como portador o no de enfermedad renal crónica, y eventualmente categorizado en su estadio correspondiente de IRC.

Resultados: la sensibilidad de la RPC HUGE en nuestra muestra fue 72% (IC95%: 64-78) y la especificidad, 79% (66-89); observándose asociación directa entre los quintiles de resultado de la RPC y los estadios de IRC ($p < 0,001$, prueba no paramétrica de tendencia).

Conclusión: la RPC HUGE mostró una aceptable sensibilidad y especificidad en nuestra población, aunque algo menor que en el estudio original que la desarrolló.

0128

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS VALORES DE TASA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ARGENTINOS

C Brissón¹, A Pedro¹, V Cuestas¹, P Prono Minella¹, R Bonifacio Belzarena¹, V Fernández¹, S Denner¹, ME Brissón².

1 Facultad de Bioquímica y Cs. Biológicas, UNL, Argentina. 2. UNLa, Argentina.

Objetivos: describir en el marco de un proyecto de investigación acreditado, valores de TFG estimada, totales y por categoría G de TFG, en una muestra de estudiantes de bioquímica.

Estudio descriptivo, corte transversal. Muestra: 58 estudiantes: 19% varones, 81% mujeres; 18-37 años. TFG se estimó por fórmulas: Cockcroft-Gault corregida (CG), MDRD-4, MDRD-4 IDMS y CKD-EPI y *clearance* de creatinina (ClCr). Determinación de creatinina: método Jaffé cinético, no trazable a IDMS (manual) y trazable a IDMS (automatizado). Rechazo: 7 valores de ClCr. Procesamiento estadístico: MedCalc, IC95%, $p < 0,05$.

Resultados: TFG medias mínima y máxima obtenida y método por que se obtuvo. T: totales | V: varones | M: mujeres. Valores medios; desvío estándar (ambos ml/min/1,73m²); n

Todos los valores de TFG- T: MDRD-4: 90,7; 16,9; 58 -ClCr: 107,0; 30,6; 51 | V: MDRD-4: 89,8; 13,4; 12 -ClCr: 112,1; 45,7; 11 | M: MDRD-4: 90,9; 16,9; 46 -CKD-EPI: 107,7; 13,5; 46

G1- T: MDRD4-IDMS: 104,6; 12,6; 35 -ClCr: 119,7; 25,1; 37 | V: MDRD-4: 101,9; 7,8; 5 -ClCr 134,3; 41,1; 7 | M: MDRD4-IDMS: 102,6; 9,4; 27 -ClCr: 116,3; 19,3; 30

G2- T: ClCr: 77,3; 9,3; 12 -CKD-EPI: 84,9; 7,0; 12 | V: CG:74,5; -; 1 -ClCr: 81,8; 12,6; 3 | M: ClCr: 75,8; 8,4; 9 -CKD-EPI: 87,2; 2,4; 8 G3a- T: ClCr: 49,6; 3,1; 2 -MDRD4-IDMS: 57,5; -; 1 | V: ClCr: 47,4; -; 1 -MDRD4-IDMS: 57,5; -; 1 | M: ClCr: 51,80; -; 1

Se halló diferencia significativa (IC95%; $p < 0,05$) según sexo en G3a con MDRD-4 IDMS.

Conclusiones: según el método de estimación los valores medios enteros de TFG, en mL/min/1,73m², varían entre 91-107 para el total y 90-112 y 91-108 para el total de varones y mujeres respecti-

vamente. En G1 las medias totales oscilan entre 105-120, 102-134 para varones y 103-116 para mujeres, en G2 entre 77-85 para el total, 75-82 para varones y 76-87 para mujeres. Para todo el rango de TFG, MDRD-4 arroja los valores medios inferiores y en G1 ClCr los superiores. Si bien estos hallazgos deben ser confirmados en una muestra mayor, con mayor cantidad de varones, aportan a la descripción de los estadios superiores de TFG en la muestra.

0173

ASPECTOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL USO, LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE DE ABORDAJE Y LAS COMPLICACIONES MEDIATAS E INMEDIATAS DE LOS CATÉTERES DOBLE LUMEN TRANSITORIOS PARA HEMODIÁLISIS

D Paredes, L Valdez, C Vallvé, A Arcamone, J Massota, J Tello Hosp. Durand, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la inserción de catéteres para hemodiálisis (CHD) puede presentar complicaciones inmediatas o tardías. Su utilización se ha extendido por constituir un acceso fácil y rápido de lograr. Las complicaciones precoces observadas son: la punción arterial, el hematoma, el daño del nervio laríngeo, el neumotórax, la mala posición del catéter y las arritmias, entre otras.

Objetivos: La amplia frecuencia de colocación de CHD en el Servicio de Nefrología del Hospital Durand, entre pacientes agudos en su mayoría en unidad cerrada y pacientes en hemodiálisis crónica; nos ha llevado como objetivo a establecer cuáles fueron las complicaciones más frecuentes.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte retrospectivo. El universo fueron pacientes con diagnóstico de IRA, IRCT con necesidad de CHD, atendidos en el Hospital entre enero de 2014 hasta marzo de 2015. Se utilizó una tabla de datos donde se incluyó: lugar de colocación, número de punciones, vía de acceso, complicaciones inmediatas y tardías.

Resultados: se colocaron un total de 196 catéteres. La vía de abordaje más utilizada fue la YPD (39,5%), seguida de la FD (20,8%). La complicación inmediata más frecuente fue la multipunción (2,1%), punción accidental de la arteria carótida interna (8%), hematoma cervical (3%). Complicaciones tardías la infección asociada a catéter fue la más frecuente (23,3%), y el recambio por mal funcionamiento (12%). En 7,3% de los pacientes la colocación del catéter fue guiada por vía ecográfica sin complicaciones inmediatas.

Conclusión: la vía de abordaje de primera elección fue YPD ya sea en casos de ERCT o IRA en pacientes en unidades cerradas, que por las comorbilidades asociadas presentan mayor riesgo de infección relacionada al catéter, siendo esta la principal complicación tardía que tuvimos. El riesgo de multipunción se ve disminuido, cuando el procedimiento ha sido guiado por ecografía.

0174

ENFERMEDAD RENAL EN MIELOMA MÚLTIPLE. EVALUACIÓN Y PRONÓSTICO

C Ríos, L Sintado, G Flores, N Weisse, M Canalis, E García. Hospital Durand, CABA, Argentina.

El mieloma múltiple (MM) es un trastorno de células plasmáticas que representa el 10% de todos los cánceres hematológicos. La pre-

sencia del 10% o más de células plasmáticas clonales en el examen de médula ósea, proteína M en el suero u orina asociado a lesión de órgano diana hace diagnóstico. El 50% de los pacientes evolucionan a ERC y el 2%-12% requerirá tratamiento sustitutivo renal (TSR).

Objetivo: la función renal predice fuertemente la supervivencia de los pacientes con MM. Describiremos la relación entre la afectación renal y la carga de masa tumoral.

Materiales y métodos: análisis descriptivo de los casos de MM del Servicio de Nefrología y Hematología del Hospital Durand entre enero 2010-enero 2015. Evolución de enfermedad renal con TFG por CKD-EPI y TSR en relación a carga tumoral estimada con el Sistema de Estadificación Durie-Salmon (D-S). Esta clasifica a los pacientes en estadio (E) I, II o III, según el grado de anemia, calcemia, proteína M y lesiones óseas.

Resultados: 35 casos, 63 años promedio, 14 casos D-S EI, de los cuales 5 casos (35%) al momento del diagnóstico de MM presentaban una TFG < 60 ml/min, 3 casos (21%) mantuvieron TFG < 60ml/min al mes de observación, ningún paciente requirió TSR. 12 casos D-S E II, 11 casos (91%): TFG < 60ml/min, de los cuales 3 (25%) requirió TSR. De los 9 D-S III, 5 (55.5%) con una TFG < 60 ml/min, siendo 4 los que mantuvieron una TFG disminuida al mes de observación y uno en TSR.

Conclusión: la insuficiencia renal es una complicación frecuente en MM activo como causa importante de ERC. Encontramos que de los pacientes D-S II al momento del diagnóstico de MM el 91% presentaba TFG < 60ml/min, permaneciendo todos estos casos con deterioro de función renal al mes de observación, siendo un 25% los que requirieron TSR. En estadio D-S III: el 55.5% presentaba una TFG < 60ml/min, el 44% mantenía dicho deterioro al mes de observación y de los mismos solo el 11% requirió TSR.

11. FISIOLÓGIA RENAL

0110

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA FÓRMULA DE ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR HUGE-FG
C Musso, L Jakimczuk, S Terrasa, C Schreck, G Rosa Diez

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: conociendo el sexo del individuo, su hematocrito y su uremia, la regla de predicción clínica (RPC) HUGE (Álvarez-Gregori et. al, 2011) tiene alta sensibilidad y especificidad para detectar insuficiencia renal crónica (IRC) en ancianos. Basándose en la misma población (mayoritariamente española), sus autores desarrollaron una fórmula para estimar el filtrado glomerular (HUGE-FG), todavía sin validación externa.

Objetivo: comparar el desempeño de la fórmula HUGE-FG en individuos sanos contra filtrado glomerular minutado (glod standard) y contra las fórmulas CKD-EPI y BIS1.

Materiales y métodos: estudio observacional retrospectivo de concordancia de dichas formulas contra el promedio de tres mediciones consecutivas del FG minutado usando como test de referencia (TR) al clearance de creatinina con cimetidina. Fueron incluidos 39 potenciales donantes renales (17 mujeres, edad media 43 años, rango 19 a 76) durante su evaluación pre-trasplante.

Resultados: la diferencia media entre la medición de FG con el TR y la estimación con la fórmula HUGE-FG fue -22.8 mL/min (IC95% -33.4 a -12.3); con la formula BIS1, 13 mL/min (-4.3 a 30.37); y con la formula CKD-EPI, 2.6 mL/min (-14.3 a 9.1). La concordancia entre cada una de las estimaciones realizadas y el gold standard fue moderada, con un mejor desempeño de la HUGE-FG, sobre todo en rangos de FG < 75 mL/min (evaluado por el método gráfico de Bland y Altman).

Conclusión: la fórmula HUGE-FG podría ser una buena opción para la estimación del FG en ancianos.

12. GLOMERULOPATÍAS

0010

LA GRAN SIMULADORA

NG Aguirre, A Vacca, C Vitale, ML Zunino, JC Ziella, L Klanjscek, M Conci, M Alarcón, P Yupanqui, S Flores.

Hospital Luis Guemes, Haedo, Buenos Aires, Argentina.

Paciente femenina de 22 años, antecedentes de SUH a los 4 meses, requirió diálisis peritoneal hasta casi el año, luego buena evolución y controles escasos.

Dos meses antes de la consulta, comenzó con disuria, tenesmo vesical, sangrado vaginal escaso y gastroenterocolitis, analítica de sangre normal y sedimento urinario patológico, se medicó con TMS a dosis habitual. intercurrió con rash cutáneo generalizado, se suspendió el ATB, y comenzó tratamiento con antihistamínicos sin respuesta. El cuadro gastrointestinal se autolimitó.

Por persistencia del rash fue evaluada por Dermatología con indicación de prednisona en dosis crecientes de 8 a 32 mg/día.

Continuó con rash a pesar del tratamiento y 3 semanas después se le agregó edemas generalizados, orinas espumosas, ganancia de peso de 12 kg, es derivada entonces a Nefrología.

Al examen físico, presentó edema generalizado, normotensión, rash cutáneo que respetaba cara, afebril, sin adenopatías.

Antecedentes: ritmo menstrual regular, G1P1A0 sin complicaciones a los 16 años, TBQ: no, DBT: no, drogas: no, enfermedades infecciosas: no.

Sedimento urinario: proteinuria: +++++, hematíes: 1a2 p/c, leucocitos: 10a20 p/c. ecografía renal normal.

Lab: Hto 40, Hb 13.6, GB 10900 PlaQ 445000 Ca 8.6, C3yC4 normales, urea 32, Cr 0.7 Na 141 K 3.6 FAN +débil, Anti DNA neg, Alb 2.5, ColT 301, HDL 47, VDRL reactivo 128 dils, proteinuria 24 hs 3,9 g. serología viral neg, TSH normal.

Por síndrome nefrótico se indicó tratamiento con antiproteinúricos y estatinas.

Se realizó PBR: cilindro renal con glomerulopatía membranosa estadio 1.

Con la confirmación por FT-abs positivo se realizó diagnóstico de GN secundaria a sífilis, se trató con penicilina benzatínica con excelente respuesta.

El presente caso demuestra que la VDRL sigue siendo un elemento de gran importancia a la hora del diagnóstico de síndrome nefrótico, que la sífilis sigue siendo una patología prevalente en nuestros tiempos y que un diagnóstico temprano evitó tratamientos agresivos y costosos innecesarios.

0019

REPORTE DE CASOS: HEMORRAGIA ALVEOLAR EN NEFRITIS LÚPICA Y VASCULITIS ASOCIADO A ANCA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL. ASUNCIÓN, PARAGUAY

J Acosta.

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Caso 1: JZ, femenino, 37 años, LES 10 años tratamiento irregular con hidroxycloquina 400 mg/día, prednisona 10 mg/día. Abandonó un año. Ingresó con oliguria, edema MMII, disnea, leucopenia, anemia, hepatograma alterado, test de Coombs ++/++++. ANA: 1/160 patrón moteado. Anti DNA: +. C3: disminuido. C4: normal. CLE: +. Hematuria microscópica. TAC tórax compatible hemorragia alveolar. Recibe bolos de metilprednisolona 5 g, bolo de ciclofosfamida, mala evolución, requiriendo ARM, ascenso perfil renal, TSR HDI 11 sesiones, NAV a A. baumannii, falleciendo a los 20 días.

Caso 2: FM, masculino, 57 años, hipertenso 5 años, telmisartán 80 mg/día, TBC pulmonar (1993). Disnea, hemóptisis, anemia, VSG 130, PCR: 24 mg/l, hipoalbuminemia. ANA: -. Anti DNA: -. C3: normal. C4: normal. ANCA P: + 100 U/ml. PCR TBC: -. Hematuria microscópica. GNRP. TAC Tórax compatible Hemorragia alveolar. Recibe bolos metilprednisolona 5 g, bolo ciclofosfamida, TSR trisemanal, buena evolución.

Caso 3: LS, femenino, 20 años, nefritis lúpica IIIA, tratamiento irregular, prednisona 10 mg/día, azatioprina 150 mg/día. Convulsiones, tónicos clónicos, leucocitosis, neutrofilia, anemia, uremia. ANA: + 1/160 patrón moteado, AntiDNA: +, C3: disminuido, C4: normal. Hematuria microscópica. ARM. TAC Tórax: infiltrado radiopaco difuso bilateral, aspecto alvéolo intersticial, fibrobroncoscopia, mucosa eritematosa abundantes costras, restos hemáticos. bolos metilprednisolona 5 g, inmunoglobulina Humana. TSR. Evolución tórpida.

Discusión: la hemorragia alveolar difusa, emergencia, requiere diagnóstico oportuno, tratamiento agresivo, factores asociados a mortalidad, ventilación mecánica, gravedad APACHE II, procesos infecciosos.

Alta mortalidad en Nefritis Lúpica, añadiendo, reto diagnóstico, terapéutico multidisciplinario. Asociada a ANCA menor mortalidad.

Conclusión: la hemorragia alveolar presenta pronóstico desfavorable, coincidiendo con los casos presentados, vasculitis asociada a ANCA evolucionó favorablemente.

0022

ESTEROIDES, PSICOSIS Y NEFRITIS LÚPICA

MM Alba.

Unidad Renal Cipolletti, Argentina.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas (NP) son frecuentes en el lupus eritematoso sistémico (LES) aún sin actividad de la enfermedad y con serología negativa, alcanzando entre el 14 y el 80% de adultos enfermos. Los esteroides en sí mismos pueden inducir trastornos NP especialmente con dosis mayores o iguales a 40 mg/d. El

LES se ha relacionado con un mayor riesgo de trastornos NP inducidos por esteroides.

Con el objetivo de destacar el posible compromiso NP en pacientes bajo tratamiento por nefritis lúpica y evitar un potencial daño a terceros, presentamos este inusual caso clínico.

Una mujer de 24 años con LES de reciente diagnóstico es derivada por compromiso renal (proteinuria y hematuria con clearance preservado). Antecedentes patológicos: hipotiroidismo y celiaquía. Biopsia renal: glomerulopatía lúpica tipo III. Tratamiento indicado: esteroides y micofenolato mofetil. Buena evolución, retoma estudios universitarios dos meses después y a los seis meses se encontraba en remisión completa. Un año más tarde continuaba en remisión, había subido 20 kg de peso y presentaba francos signos de hipercortisolismo; estaba bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico recibiendo 20 mg de citalopram, 2.5 mg de lorazepam, prednisona 20 mg y 1 g de micofenolato. Se indica descenso de esteroides que la enferma no respeta aduciendo artralgias. Empeoramiento de síntomas psiquiátricos que no comunica en la consulta. Dos años luego del diagnóstico y en una crisis psicótica da muerte a su progenitora. Los estudios efectuados no mostraron actividad lúpica. Es declarada inimputable e internada en un instituto NP

Conclusiones: las elevadas dosis de esteroides usadas en el tratamiento de la nefritis lúpica sumadas al frecuente compromiso NP de estos enfermos, determinan que los nefrólogos debemos estar muy atentos a la detección precoz de estos trastornos que en ocasiones no son comunicados por el enfermo o su familia y pueden derivar en conductas riesgosas para el paciente o sus allegados.

0040

GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO CON GLOMERULOPATÍA CRÓNICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

F Martínez¹, I Hendel¹, G Stein¹, I Poggi¹, P Raña², S Pérez Marra³.

1. FMC DPCA Neuquén, Argentina. 2. Laboratorio Hematológico Raña, Argentina. 3. Cons. Dermatológico Neuquén, Argentina.

Objetivo: presentamos un paciente con una Glomerulonefritis Membrano-Proliferativa (GMN MP) en el contexto de una Gammapatía Monoclonal de Significación Incierta (GMSI) de larga data; hicimos una revisión de ambas patologías.-

Resumen: paciente que comenzó en 2004 con poliglobulia; en 2009 se detectó una banda monoclonal (BM) kappa en sangre y orina y apareció proteinuria en rango nefrótico, microhematuria, HTA y deterioro progresivo de FG. En Ene 2014 una PBR (MO e IF) mostró una GMN MP con Depósitos de IgG, IgM. Nueve meses después nos fue derivado para inicio de DP. Médula ósea siempre normal y sin lesiones óseas. En el intento de disminuir la producción de γ globulinas, ya colocado el catéter, se comenzó con bortezomib, ciclofosfamida y prednisona; efectuó DP entre diciembre y febrero, suspendiéndose por leve mejoría del FG. En abril de 2015, luego de episodios de herpes zóster y vasculitis leucocitoclástica, se diagnosticó sarcoma de Kaposi y se suspendió la inmunosupresión, desapareciendo las lesiones. Terminó en abril internado por sepsis sistémica secundaria a tunelitis, debiendo retirarse el catéter peritoneal e iniciando hemodiálisis de urgencia por mayor deterioro de FG.

Conclusiones: la GMSI es la Gammapatía causal más frecuente de daño renal (situación que ha sido llamada gammapatía Monoclonal de Significación Renal) a través de varios mecanismos (depósitos glomerulares y tubulares, toxicidad de las proteínas anómalas, inmunocomplejos), siendo la causa más frecuente de GMN MP en adultos; a su vez, esta última suele ser secundaria. En el momento y la instancia en que lo conocimos: ¿cuál era el papel lesional de las cadenas livianas? ¿cómo podíamos saber el riesgo/beneficio del tratamiento utilizado? ¿habría respondido si se trataba más precozmente?

0052

NEFROPATÍA POR C1Q ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN EL EMBARAZO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

C Merlo, Z Aguad, J Torino.

Hospital Regional Ushuaia, Argentina.

Introducción: la nefropatía por C1q es una entidad poco conocida, con características distintivas inmunopatológicas. Se manifiesta con inmunofluorescencia + para C1q con distribución predominante en mesangio. Si bien los cambios glomerulares semejan a la nefritis lúpica tiene anticuerpos séricos negativos, complemento normal sin evidencia clínica de LES.

Caso clínico: mujer 38 años, cursa embarazo de 34 semanas, ingresa por disnea de 8 días, afebril, medicada por presunta infección respiratoria. Ingres a normotensa, edemas y derrame pleural bilateral, oligoanuria. Creatinina 3,77mg/dl, HCO3 18, lactato 1mmol/l, Na 130, Hto 27%, sedimento urinario proteinuria +++, hemáties 1-2, cilindros granuloso e hialinos. Eco renal normal. Sin respuesta a diuréticos iniciales, se realiza cesárea pretérmino. Inicia terapia de reemplazo renal diaria. Cultivos negativos. IRA con índices urinarios de daño renal mixto, EFN a 2.7%, Osm 232, U/P urea 3.1, U/P Creat 18.1, proteinuria aislada 3 g/l. Albúmina 1.6 g/dl, creatinina 5mg/dl. Aumento progresivo del infiltrado pulmonar. TAC derrame pleural bilateral con infiltrados basales bilaterales en parches no concluyente para hemorragia alveolar. Sin parámetros de hemólisis. Inicia corticoides+ciclofosfamida EV+ plasmáferesis. Broncoscopia con lesiones petequiales bilaterales sin hemosiderófagos. Complemento normal, FAN, anti DNA, ANCA c y p, ENA, AntiMBG negativos, PCR >20. Serologías negativas. Recupera función ad integrum luego de 19 días de anuria. Biopsia renal NTA 20%. Aumento de la matriz mesangial, distribución segmentaria. Depósitos de C1q en mesangio en forma de coma ++/4. IgG, IgA depósitos idem. C3 similar a C1q pero de menor intensidad +/4. Fibrinógeno similar a C1q.

Conclusión: la ausencia de hipocomplementemia, de enfermedad sistémica y de lesiones microscópicas de membranoproliferativa completan la definición de nefropatía por C1q de nuestra paciente que en este caso mostró respuesta a tratamiento corticoideo e inmunosupresor.

0072

REMISIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA EN LA NEFRITIS LÚPICA (NL) CLASES IVG Y IVS LUEGO DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN: EVALUACIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO

A Malvar¹, B Lococo¹, V Alberton¹, D Morales¹, B Rovin².

1 Hospital Fernández, Argentina. 2 Ohio State University, Estados Unidos.

La clasificación ISN/RPS de la NL divide la clase IV con lesiones segmentarias (IV S) de aquella con globales (IV G). Se sugirió que la IV S podría responder menos al tratamiento dado que histológicamente se parece a una vasculitis. Sin embargo numerosos estudios no demostraron diferencias entre ambas a largo plazo.

Evaluamos la evolución entre las subclases S y G de la NL difusa en una cohorte de pacientes con biopsias renales seriadas.

Se incluyeron 43 pacientes cursando el primer episodio de NL a quienes se les realizó biopsia (Bx1), que se repitió al finalizar la inducción (Bx2). Todos presentaban NL Clase IV G o S en la primera biopsia, siendo tratados con corticoides y ciclofosfamida o micofenolato. Se compararon los índices de actividad (IA) y de cronicidad (IC), la proteinuria y creatinina sérica (CrS). Se definió respuesta clínica completa (RCC) a valores de CrS normal y proteinuria < 500 mg/d y remisión histológica completa a la IA=0 en la Bx2.

Se determinaron CrS y proteinuria luego de una media de seguimiento de 54±7 meses.

Evolución clínica e histológica:

Bx1RCC Bx2 CrS ≤1 final proteinuria (g/d) final IA Bx1 IA Bx2 IC Bx1 IC Bx2

IVG (n=33) 39% 87% 0.32±0.24 10.3±2.9 3.7±2.8 3.5±1.9 4.9±1.9

IVS (n=10) 90% 89% 0.26±0.19 8.5±2.2 0.1±0.3 2.6±1.8 4.4±0.7

P 0.031.00 0.43 >0.05

La NL clase IV S tiene excelente y rápida respuesta clínica e histológica a la inducción. La clase IV G tarda más, pero a largo plazo, no habría diferencias en respuesta entre las subclases teniendo en cuenta la CrS y la proteinuria. Esto sugiere que ambas podrían recibir el mismo tratamiento, pero que los pacientes con NL IV S que alcanzan respuesta completa clínica e histológica luego de la inducción, podrían recibir un mantenimiento más breve.

0076

GLOMERULOPATÍA FULL HOUSE NO LÚPICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS

L Puello, G Gutiérrez, F Fuentes, M Abuchanab, A Marini

Hospital de Clínicas "José de San Martín" - División Nefrología, Argentina.

En las glomerulopatías el patrón de inmunofluorescencia de "full house" (GPFH) hace referencia a la detección simultánea de depósitos de IgA, IgM, IgG, C1q y C3. La mayoría de los pacientes con GPFH padecen lupus eritematoso sistémico (LES), aunque hay un grupo de patologías que presentan GPFH no lúpicas (GPFHNL) como algunas enfermedades hepáticas, la diabetes mellitus, enfermedades primarias glomerulares e infecciones.

Objetivo: describir la forma de presentación clínica, los hallazgos histológicos, las comorbilidades asociadas y la evolución clínica de los pacientes con GPFHNL.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se realizó la revisión de todas las biopsias renales (BR) realizadas entre enero de 1990 y diciembre de 2014 en el Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Resultados: de un total 1761 BR se detectaron 25 casos (13 mujeres) de GPFHNL. La edad media fue de 32,5 años (rango 17-68). Respecto a la forma de presentación clínica, en 13 pacientes fue proteinuria + hematuria, en 12 síndrome nefrótico, en 6 insuficiencia renal y en 9 hipertensión arterial. En cuanto a los diagnósticos histopatológicos, hubo 6 casos de nefropatía por IgA, 7 de glomerulonefritis membranoproliferativa, 3 de nefropatía membranosa, 3 de glomerulonefritis extracapilar tipo II y 6 casos de otras glomerulopatías. Como comorbilidades, 1 paciente tenía esclerodermia, 1 vitiligo, 1 padecía ERC y otro infección crónica por HCV. En el seguimiento posterior, 2 pacientes desarrollaron otros criterios diagnósticos de LES.

Conclusiones: el patrón de IF full house se relaciona habitualmente con la nefritis lúpica, pero hay otras entidades glomerulares primarias o secundarias que también presentan dicho patrón. No se sabe aún si esto tiene alguna implicancia pronóstica en el comportamiento clínico de dichas patologías. Se destaca la importancia del seguimiento a largo plazo de estos pacientes a fin de detectar la evolución a LES.

0078

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO. DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

ML Benítez¹, S Marinovich¹, MF Toniolo².

1. Instituto Integral de Nefrología, Argentina. 2. Centro de Diagnóstico Patológico, Argentina.

Introducción: las MAT incluyen la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) y el síndrome urémico hemolítico atípico (SUHa), ambas condiciones potencialmente fatales y que requieren rápido diagnóstico y tratamiento. Se definen por anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia con fallo renal asociado en el caso de SUHa, y neurológico en la PTT. Su fisiopatología es diferente así como su tratamiento: en la PTT hay una deficiencia de ADAMTS13 y el SUHa se produce por desregulación del sistema del complemento, genética o adquirida, que causa una activación excesiva.

Materiales y métodos: mujer de 34 años con ERC estadio III-IV. Antecedentes: macrohematuria a los 8 años. Obstétricos: G3 P2 A1: año 2000 s/p; aborto del primer trimestre en 2002 y en 2004 parto vaginal complicado por hemorragia. Padre en HDC desde 2005 de etiología no filiada.

Consultó en 2007 con crp 1.6 mg/dl, HTA y proteinuria nefrótica con microhematuria. Laboratorio inmunológico negativo. Se realizó PBR: trombosis intracapilar en 2 glomérulos (2/8) sugestivo de microangiopatía trombótica. Arterioesclerosis leve. Arteriolesclerosis moderada a severa. IFTA 30%. Se suspendieron ACO y se medicó con enalapril + AAS.

Reaparece en 2013: crp 2,03 mg/dl con proteinuria de 800 mg e hipocomplementemia de C3. Ante sospecha clínica de SUHa se comienzan estudios.

Resultados: ADAMTS13 en rango normal. Análisis genético evidenció haplotipo de riesgo para el gen CFH en heterocigosis. 2da PBR: MAT crónica con IFTA 35%. Se vacunó contra neumococo, haemophilus y meningococo. Comenzó con eculizumab 1200 mg cada 14 días. Solo presentó elevación transitoria de transaminasas pos segunda dosis. La función renal y la proteinuria se mantienen estables: CKD-EPI 29,8 ml/min con prot menor a 1g/día.

Conclusiones: el uso del eculizumab podría prevenir el fallo renal irreversible cuando se instaura precozmente, así como también la

recurrencia de la enfermedad en el caso de TX renal. Se necesitan más estudios que así lo validen.

0091

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LES, A PROPÓSITO DE UN CASO

ER Mojico, ME Nicolini, MH Serrano, PR Martínez Allo, MM Papaginovic Leiva, RD Martínez.

Hospital Churrucá, Argentina.

Mujer de 28 años con antecedentes de cesárea, aborto espontáneo, formación papilomatosa en pilar posterior izquierdo laríngeo y anemia. Laboratorio previo: ER elevada, PCR elevada, anemia.

Ingresa a Obstetricia para cesárea. Evolucionó en puerperio inmediato con fiebre (VDRL -, sedimento: proteinuria ++, hematuria, Hb ++++). Se rescata E. coli en urocultivo y loquios.

Continúa febril con anemia y leucopenia. PCR 6.5 ERS 137. Presenta formación verrugosa en pilar posterior asociada a adenopatía submaxilar.

Agrega poliartralgias, edemas, adenomegalias inguinales, lesión ulcerada dolorosa en dorso y punta de lengua. Hepatoesplenomegalia. Laboratorio: albúmina 1.9, proteinuria 4.5g/24hs, CMV IGM+ (descartándose infección aguda).

Por sospecha de LES se comienza tratamiento con meprednisona. Luego se recibe laboratorio: C3 41, C4 14, Anti DNA +, FAN 1/2000, Csl 70 -, FR -, Anti RHO ssb y ssm -, anti centrómero 140, anti RNP -, proteínas totales 5.7, albumina 2.09, α 1 0.22, α 2 0.89; β 1 0.46, β 2 0.26, 1.78. Proteinuria 2.12 g.

Comienza con disglusia, disfagia y úlceras dolorosas en cara lateral de lengua, mucosa yugal, labio superior y disfonía. Se visualiza lesión ulcerada en tercio posterior de cuerda vocal izquierda con parálisis asociada a fijación de articulación cricoaritenoides. Videodeglución: trayecto con menor calibre y alteración de la peristalsis esofágica. Inicia azatioprina, hidroxycloquina.

Evoluciona con estridor laríngeo y obstrucción de vías aéreas superiores requiriendo traqueostomía. Edema de ambas cuerdas vocales y parálisis de cuerda vocal izquierda. Recibe 3 pulsos de solumedrol. Biopsia renal: nefritis lúpica proliferativa difusa clase 4 S A/C (ISN/RPS 2003) IA: 12/24 IC: 2/12.

Conclusión: estar atento a las formas atípicas de presentación del lupus tanto clínicas como nefrólogos. En este caso no solo se trató de una forma laríngea rara de presentación sino que además debutó con proteinuria.

0098

GLOMERULOPATÍA COLAPSANTE. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

M Rossi, B Busto, M Villaruel, N Dolce, H Hidalgo, D Sarano, M Giudice, L Monje.

Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. Hospital Provincial del Centenario Rosario. UNR, Argentina.

Introducción: la glomerulopatía colapsante (GC) es una entidad poco frecuente inicialmente reportada dentro de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria, pero actualmente diferenciada. Se asocia a drogas e infecciones virales con una patogenia no clara; se manifiesta con síndrome nefrótico e insuficiencia renal de rápida evo-

lución a la cronicidad. Histológicamente presenta colapso de asas capilares, hipertrofia, hiperplasia podocitaria y compromiso túbulo intersticial.

Objetivo: evaluar presentación clínica, respuesta terapéutica y evolución de pacientes (pts) con GC en el período 2/2009 a 2/2015 en Hospital Provincial del Centenario de Rosario.

Materiales y métodos: se recabaron datos de HC, laboratorio y biopsia renal (BR) en 7 pts con GC diagnosticadas en un período de 6 años (a).

Resultados: 7 pacientes varones, edad 37.59 ± 6.16 (27 – 50 a). 1(14.29%) presentó serología VIH (+) y 2 (28.57%), parvovirus B19 (+), el resto serologías (-). Presentación clínica fue en 6 (85.71%) síndrome nefrótico (SN) y 1 (14.29%) proteinuria nefrótica. De los pts con SN 4 (57.14%) asociaron insuficiencia renal aguda (IRA) con diuresis conservada y 2 (28.57%) IRA oligúrica. 5 (71.42%) recibieron corticoides altas dosis y 2 (28.57%) no, por extensa esclerosis en BR.

De los 5 tratados (71.42%), 2 (28.57%) respondieron a la terapéutica, los cuales presentaban serología parvovirus B19 (+). Uno de ellos requirió hemodiálisis (HD) al ingreso, disminuyó proteinuria al 50% y evolucionó a IRC sin requerimiento HD. El otro no requirió HD y presentó remisión completa de la proteinuria.

Conclusión: remarcamos la incidencia encontrada de GC a lo largo de 6 años en nuestra institución y la predominancia en sexo masculino. Como es habitual, la evolución no fue favorable, sólo en dos con causa infectológica asociada a parvovirus B19 sugiriendo considerar en estos casos una probable mejor evolución la cual no se puede definir por el escaso número de pacientes.

0104

BIOPSIA RENAL EN EL ADULTO MAYOR

J Robaina, A Fernández, M De Rosa, A Beltrán, F Fuentes, A Marini.

Hospital de Clínicas "José de San Martín".UBA. División Nefrología, Argentina.

Objetivo: analizar la forma de presentación de las enfermedades renales que requirieron biopsia (BR) y las formas histológicas predominantes en una población de adultos mayores.

Métodos: se revisaron retrospectivamente las BR de los pacientes ≥ 65 años, en el período 2003-2014. Todas las BR fueron estudiadas con MO e inmunofluorescencia.

Resultados: del total de las BR del período estudiado (871), el 12.5% (109) correspondieron al grupo seleccionado. 56 hombres (51.4%) y 53 mujeres (48.6%), con edad promedio 71.3 ± 5 años.

Las glomerulopatías (GP) más prevalentes fueron: extracapilar pauciinmune (GPEx) (21.1%), membranosa (GPM) (21.1%), esclerosis focal y segmentaria (GEFyS) (16.5%) y mesangiales (GPMs) (6.4%). Las formas de presentación clínica más frecuentes fueron: síndrome nefrótico (SN) (36.7%), insuficiencia renal de rápida progresión (IRRP) (12.8%) y el grupo de proteinurias de cualquier rango c/s hematuria y/o insuficiencia renal (IR) (31.2%). Anomalías urinarias asintomáticas (AUA) en el 8.3% y fundamentalmente en relación a las GPMs (42.9%). SN: en el 55.6% de las GEFyS, el 74% de la GPM, el 66.7% de las N. DBT y el 40% de las GPM prolife-

rativas. El 91,3% de las GPEx se presentaron con IR, pudiendo comprobarse en ellas un 60.9% que se caracterizaron como IRRP, y el 75% de las NTI como IRA. La HTA constaba en el 62.4% de los pacientes.

Conclusión: como habíamos observado y presentado en trabajos anteriores, y como se describe en la bibliografía, persiste una alta prevalencia de SN, IRPP/IRA, proteinuria y algo menor de AUA. En cuanto a las patologías; las GNEx continúan destacándose en comparación con adultos de menor edad. La GPM y la EGFyS también son altamente prevalentes en este grupo etáreo. Como vemos la enfermedad glomerular en pacientes ≥ 65 años se manifiesta de forma similar a la población general. La biopsia percutánea ha permitido conocer la prevalencia de las GP en este grupo a los efectos de implementar las medidas terapéuticas adecuadas para esta población.

0119

NEFRITIS LÚPICA (NL). 60 MESES DE EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE ARGENTINA. REMISIÓN PRECOZ DE LA PROTEINURIA Y FUNCIÓN RENAL

PG Alvarez¹, M De Rosa², LA Touceda¹.

1. Higa San Martín, La Plata, UNLP, Argentina. 2. Hospital de Clínicas José de San Martín, CABA, UBA, Argentina.

Introducción: la remisión de la proteinuria (Upro) predice buena evolución en la NL; describimos la evolución de la Upro y la función renal en un grupo de pacientes con NL en un período de 60 meses intentando observar si una remisión precoz (6 meses) se asociaba con una buena función renal a los 60 meses.

Métodos: obtuvimos datos de 55 pt NL; mostramos Upro, creatininas (cr) al T0 (momento de la biopsia renal), 6 y 60 meses; las biopsias se clasificaron siguiendo las clases de la ISN-RPA 2003. Dividimos los pacientes en 2 grupos de acuerdo a la Upro 60 m.: G1 Upro < 1g/d y G2 Upro > 1g y comparamos sus cr T0, T6 y T60, tabla 3. Todos los pacientes recibieron al menos 6 g de ciclofosfamida IV + meprednisona como inducción micofenolato sódico hasta el mes 60 (mantenimiento). 4 pacientes excluidos, 1 óbito y 3 por ESRD.

Resultados: en Tabla 1 se muestran los datos demográficos; en Tabla 2, la evolución de las Upro y cr. en G1 y G2.

Tabla 1. Datos demográficos

N	55
Age	31,2
Sex f/m	52/3
Bx class II	1
Bx class III	7
Bx class IV	40
Bx class V	1
Bx class V + III/IV	7

Tabla 2. Evolución Upro y cr G1 and G2.

G1 n=38 pt	T0	6 m	60 m	p
Upro d	4,19	1,32	0,18	<0,001
Cr mg/dl	1,25	1,04	0,98	<0,008
G2 n=13				
Upro g/d	3,83	3,61	2,73	
Cr mg/dl	1,06	1,11	2,47	<0,04

Conclusiones: 1- observamos una sostenida declinación de Upro con buena función renal en la mayoría de los pt; 2- los pacientes G1 con Upro < 1 g/d al mes 60 (74,5%), mostraron una buena respuesta temprana a T6 de la Upro T0 (reducción > 50 %) con mejor función renal al término del estudio.

0120

UN NUEVO CASO DE ENFERMEDAD DE FABRY LUEGO DE UNA BIOPSIA RENAL

G Valencia, ME Biain, G Laham, R Iotti, CH Díaz.

CEMIC, Argentina.

Introducción: la enfermedad de Fabry es una rara enfermedad de origen genético, ligada al cromosoma X.

Se caracteriza por la deficiencia de la enzima alfa-agalsidasa A en los lisosomas. La deficiencia de esta enzima conduce a la progresiva acumulación celular de glucoesfingolípidos especialmente globotriasilceramidas (GL3) en varios tejidos del organismo. Las manifestaciones clínicas incluyen complicaciones renales, cardíacas y cerebrovasculares que conllevan riesgo de vida.

Caso clínico: paciente de 44 años que consultó por proteinuria.

Antecedentes familiares: madre con depresión y demencia.

Antecedentes personales: acroparestesias, dolores abdominales recurrentes, síndrome febril y bronco espasmo.

Examen físico: normotenso, telangiectasias faciales, angioqueratomas en abdomen y genitales, deformidades en dedos de manos.

Laboratorio: creatinina 1,2 mg/dl; *clearance* de creatinina 78 ml/min/1,73 m²; proteinuria: 3 g/día; sedimento de orina: sin alteraciones.

Biopsia renal: microscopía óptica: Esclerosis focal y segmentaria.

Inmunofluorescencia: depósitos de IgG y C3. Microscopía electrónica (ME): depósitos hialinos laminares (cuerpos cebroides) en citoplasma podocitario y tubulares.

Dosaje de alfa agalsidasa: 0,4 uml/l/h.

Estudio genético: mutación D155H.

Ecocardiograma: espesores parietales del ventrículo izquierdo aumentados. Septum 14,8 mm, pared posterior 14,8 mm. Índice de masa 163,7 g/m².

Holter: sin arritmias.

Examen oftalmológico: córnea verticillata.

RNM cerebro: lesiones isquémicas a nivel supratentorial a predominio periventricular en prolongaciones posteriores. Angiorresonancia de cerebro: dolicoectasia basilar.

Se indicó terapia con doble bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona, terapia de reemplazo enzimático con agalsidasa beta 1mg/kg/ cada 15 días.

En el *screening* familiar su madre y hermana fueron (+) para la mutación D155H.

Conclusión: La enfermedad de Fabry es infrecuente y cabe destacar la importancia de la biopsia renal con ME para el diagnóstico.

0122

VASCULITIS DE PEQUEÑOS VASOS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS. ESTUDIO EN 84 PACIENTES

G Duarte, V Scaglioni, G Bratti, F Varela, G Rosa Diez, S Christiansen, M Scolnik, G Greloni.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: la epidemiología de las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo) no es conocida en Latinoamérica. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, serológicas y evolutivas de pacientes con vasculitis ANCA en el HIBA.

Materiales y métodos: se incluyeron las HCE del período 2000-2013 de pacientes con diagnóstico de granulomatosis con poliangeitis (GPA), granulomatosis con poliangeitis y eosinofilia (GPAE), poliangeitis microscópica (PAM) o vasculitis limitada a riñón (VLR) (criterios diagnósticos: Chapel Hill 2012).

Resultados: resultaron: GPA (n=34) PAM (n=12) GPAE (n=14) VLR (n=24); mujeres, n (%): 20 (58,8) 10 (83,3) 11 (78,6) 17 (70,8), edad al diagnóstico: 58,4; 65,7; 60,9; 66,3, respectivamente. Exhibieron ANCA C +, n (%): 26 (78,8) 1 (8,3) 2 (15,4) 2 (8,3) y ANCA P +, n (%): 3 (9,1) 10 (83,3) 6 (42,3) 21 (87,5). Resultaron portadores de IRC, n (%): 9 (26,5) 2 (16,7) 2 (14,2) 15 (62,5) y ERT, n (%): 4 (11,8); 0; 1 (7,1); 3 (12,5). Obtuvieron remisión luego de inducción, n (%) (No remisión, parcial, completa, actualmente en inducción) GPA: 7 (20,6); 10 (29,4); 15 (44,1); 2 (5,9); PAM: 1 (8,3); 6 (50); 4 (33,3); 1 (8,3); GPAE: 1 (7,1); 8 (57,1); 4 (28,6); 1 (7,1); VLR: 4 (16,7); 8 (33,3); 11 (45,8); 1 (4,2).

Presentaron recaídas: 13 (39,4); 4 (33,3); 7 (50); 4 (16,6), duración de la enfermedad, media años (DS): 5,5 (6,1); 2,8 (2,3); 4 (2,9); 4,1 (3,8), y muerte bajo nuestra atención 3 (8,8); 3 (25); 1 (7,1); 2 (8,3), respectivamente.

Conclusiones: la GPA fue la más frecuente y aquellas VLR fue en donde se observó una mayor progresión a IRC en comparación con el resto de las vasculitis (p=0,008 vs GPA). La ciclofosfamida fue el fármaco más utilizado en la inducción. La sobrevida a 10 años fue similar a la reportada por otros autores. Las recaídas resultaron frecuentes y un porcentaje menor no logró la remisión luego de la fase de inducción.

0123

VALOR DE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA EN LAS GLOMERULONEFRITIS ASOCIADAS A ANCA COMO PREDICTOR DE LA SOBREVIVENCIA RENAL.

H Pérez, V Scaglioni, F Varela, G Bratti, G Rosa Diez, M Scolnik, S Christiansen, G Greloni.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: analizar una nueva clasificación (NC) histopatológica para GN ANCA asociadas (GN ANCA) que divide las biopsias renales (BR) en 4 categorías (C) de acuerdo al daño en los glomerulos (G): C I) FOCAL (≥ 50% G normales), C II) extracapilar (≥50% G con semilunas celulares), C III) mixta (<50% G con semilunas, <50% G normales, <50% G globalmente esclerosados) y C IV) esclerosante (≥ 50% de los G globalmente esclerosados). Intentamos demostrar, si como se ha sugerido, estas categorías se correlacionan en forma independiente con la función renal y la sobrevida a 1 y 5 años de seguimiento.

Metodología: se incluyeron retrospectivamente los pacientes con diagnóstico de ANCA GN entre 1/2002 y 5/2013 con al menos 1 año de seguimiento. Se clasificaron las BR de acuerdo con la NC. Se correlacionó con la creatinina sérica y el filtrado glomerular estimado (FGe) al momento de la BR, y con la mortalidad, el requeri-

miento de diálisis, y el uso de inmunosupresión y plasmaféresis en el seguimiento.

Resultados: cuarenta y cuatro pacientes (77,2% mujeres) fueron incluidos. La mediana para la edad fue de 63,7 años (DE: 17,5). Resultaron 25 pacientes pANCA positivos (56,8%), 14 cANCA positivos (31,8%) y 5 ANCA negativo (11,3%). Cuatro pacientes murieron en el primer año de seguimiento (1 en cada categoría). Entre los que sobrevivieron, mejoró el FGe a 1 año en 13,2 ml/min/1,73 m². Esta mejoría no se relacionó con la edad y el sexo, pero sí con las C de la NC. La C I se asoció con el más alto FGe en la presentación, mientras que las otras 3 se asociaron con FGe inferiores. La CII se asoció con la mayor mejoría del FGe a 1 año mientras que la C IV no mostró una mejoría significativa.

Conclusión: nuestro estudio muestra la asociación entre CII y la mejoría de la FGe y la asociación entre C IV y la reducción de la TFGe a 1 año. Estos resultados apoyan el uso de esta NC histopatológica para determinar el pronóstico renal de pacientes con GN ANCA.

0124

VASCULITIS ANCA-C ASOCIADA CON GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA CON DEPÓSITOS DE INMUNOCOMPLEJOS

ML Ocampo, CF Varela, GI Bratti, M Capotondo, S Christiansen, M Vallone, G Greloni, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: es infrecuente la presencia de vasculitis asociada a ANCA con compromiso renal junto a un rico depósito de múltiples inmunoglobulinas y complemento a nivel glomerular. Como causas se mencionan la endocarditis, la nefropatía IgA y la nefritis lúpica. Mostramos una paciente con estos hallazgos, sin la concurrencia de las entidades mencionadas.

Caso Clínico: una mujer de 55 años con cirrosis alcohólica fue evaluada en el nuestro centro para trasplante hepático. No presentaba complicaciones por sus vórices esofágicas y consumía diuréticos diariamente. Antes de su internación presentó púrpura palpable en piernas. La biopsia de piel mostró vasculitis leucocitoclástica con inmunofluorescencia (IF) negativa. Agregó hemoptisis y artralgias. En guardia se constató: Hto 18%, creatinina de 2.8 mg/dL (previa 0.8) y hematuria y proteinuria glomerulares. Completaban sus datos un C3 de 35 mg/dL, C4 de 8 mg/dL (bajos) y ANCA-C y Anti-PR3 positivos. Se constató hemorragia alveolar (HA) y cultivos negativos. Comenzó hemodiálisis (HD). La biopsia renal (BR) mostró 7 glomérulos normales, 2 con incremento de celularidad mesangial y una semiluna fibrocelular. La IF mostró positividad difusa para IgG (4+), IgA (3+), IgM (2+), C3 (3+) y C1q (3+) en mesangio y paredes capilares. Recibió esteroides, ciclofosfamida y plasmaféresis, mejorando la HA pero no la función renal. 40 días después, la segunda BR mostró 17 glomérulos, 11 con semilunas circunferenciales fibrocelulares y celulares y similar IF. Se agregó rituximab. EL descenso alejado de la creatinina sérica permitió discontinuar la HD. La mejoría clínica persistió 5 meses. Durante una internación posterior por celulitis, la paciente falleció en el contexto de una hemorragia cerebral.

Comentarios: esta presentación es una excepcionalidad en la práctica clínica. Demuestra la posibilidad de la concurrencia, de dos mecanismos fisiopatológicos que habitualmente no se expresan juntos.

0126

GLOMERULONEFRITIS ASOCIADA A ANCA. ¿SIEMPRE PAUCIINMUNE?

L Ocampo, G Barrera Hugalde, M Scolnik, V Scaglioni, SB Christiansen, CF Varela, G Bratti, G Rosa Diez, G Greloni.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: las glomerulonefritis asociadas a ANCA suelen referirse también como pauciinmunes (GN-p). Sin embargo, no infrecuentemente podemos ver presencia de depósitos de inmunoglobulinas (IG) o fracciones de complemento (FC) en biopsias renales (BR) analizadas por inmunofluorescencia (IF).

Objetivo: evaluar la prevalencia e importancia clínica de depósitos de IG y/o FC en GN ANCA.

Métodos: se incluyeron todos los pacientes con BR con GN ANCA entre 1 / 2002 y 5 / 2013. Se dividieron 2 grupos: Grupo A: "GN-p típica" o BR sin depósitos de IG y/o FC (<2+) y grupo B: BR con depósitos de IG (IgG, IgA e IgM) y FC (C3 y C1q) >2+. Se analizó creatinina sérica, filtrado glomerular estimado, presencia de hematuria, niveles de proteinuria, requerimiento de diálisis y daño de otros órganos al momento de la biopsia.

Resultados: se registraron 53 pacientes (75% mujeres). Edad media al momento de la BR 66,3 (DE: 14,3). Se encontró GN-p típica en 39 pacientes (73,6%, grupo A). Se observaron depósitos de IG y/o FC en el mesangio y/o pared capilar glomerular de 14 pacientes (26,4% grupo B). El depósito de C3 en la pared capilar fue el hallazgo más frecuente (64,2%), seguido de IgG más C3 (21,4%) y solo IgG (14,2%). Ningún paciente presentó C1q. Se observó IgM e IgA en 2 pacientes junto con C3. Los integrantes del grupo A, mostraron proteinuria de 24 horas significativamente menor 0,8 g (DE: 7,6) vs 1,6 g (DE: 10,7 p = 0,0036). No se encontraron diferencias entre los grupos en relación a edad, sexo, función renal, afectación de otros órganos además del riñón en el momento de la BR, y en la respuesta a la terapia de inducción.

Discusión: especulamos que la presencia aislada de C3 se explicaría por la activación la vía alterna del complemento y la de IG y/o FC podría, en forma análoga a las GNRP con IG y/o FC, justificar proteinurias mayores.

Conclusión: se observaron depósitos IG y/o FC en un 26,4% de BR con GN ANCA. En este grupo, el depósito de IG y/o FC se asoció con mayor grado de proteinuria.

0129

GLOMERULONEFRITIS POR INMUNOCOMPLEJOS EN UN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

L Jakimczuk, L Ocampo, CF Varela, G Bratti, G Rosa Diez, SB Christiansen, G Greloni.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el requerimiento de terapia de reemplazo renal (TRR) en el mieloma múltiple (MM) suele deberse al compromiso tubulointersticial del riñón de mieloma. La glomerulopatía (G), aunque menos frecuente, está relacionada con la enfermedad de

origen monoclonal. Presentamos aquí el primer reporte de una G por inmunocomplejos en un paciente con MM.

Caso: Paciente de 50 años masculino. Antecedentes de HTA, DLP y durante 6 meses hematuria y proteinuria glomerular. Ingresó en HIBA con signos de sobrecarga hidrosalina. Laboratorio con Hb 7.5 g%, creat 3,1 mg/dl, albumina pl 3 g/dl, gammaglobulinemia 0.23 g con banda M. IEF sérica: componente monoclonal (CM) tipo IgA k. beta 2 microglobulina (B2M) 1.06g. PAMO plasmocitos con fenotipo patológico. Cadenas livianas libres (CLL): kappa/lamba (K/L) 176/32, relación (R) 5,5. Ca 8.3 g/dl. C3 62 mg/dl. IEFu: IgA k. Inició TRR y se efectuó PBR diagnosticándose una GNMP en la ML y en la IF: IgM +++, IgG ++, IgA + C3 +++, y C1q ++. Descartamos causas secundarias de glomerulopatía. Inició tratamiento con dexametasona, bortezomib más ciclofosfamida por MM a IgA, permaneciendo con TRR. A los 6 meses se efectuó trasplante antólogo de MO (TAMO), suspendiéndose luego TRR por recuperación de función renal (FR). Al año del TAMO presentaba Hb 11.4 g. creat 1.9, cistatina C 2.8 mg/dl, albúmina 3.9 g/d. CLL K/L: 33.8/34.7 R 0.9. B2M 0.75, IEF sérica y ur normal. Orina 1-2 GR x cpo y relación prot/creat (rP/C): < 0.5, recibiendo sólo ENL 10mg. En los meses siguientes elevó creat >2 mg/dl, proteinuria rP/C > 1 y GR10-15 GR, repitiéndose PBR con similares hallazgos a la previa y ausencia de monoclonalidad sérica, urinaria y tisular. Se inició tratamiento con esteroides y MMF. Evolucionó con buena respuesta clínica con disminución de proteinuria y estabilización de su FR.

Discusión: la presencia de una G con depósitos policlonales es excepcional y genera dudas sobre la causa del daño renal, su adecuado tratamiento y evolución.

0135

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO, CON MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA Y LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*
JC Paz Velaz, GB Maule, FA Mos, RM Fortunato, PM Raffaele.
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

Objetivo: reportar un caso de SHU atípico con MAT confirmada por biopsia renal, secundario a infección por Cl. difficile

Materiales y métodos: paciente de 74 años que ingresa por síndrome confusional, dolor abdominal y diarrea. TC de encéfalo normal. Se interpretó inicialmente como secundario a alteraciones del medio interno en contexto de diarrea. Se realiza TC de abdomen con contraste oral y endovenoso que informó cambios compatibles con colitis. Reporte de toxinas positivas para Cl. difficile. Se inicia tratamiento con metronidazol vía oral. Intercurre con disfunción renal (Cr 2 mg/dl), persistencia de la colitis, caída del hematocrito con parámetros de hemólisis positivos (LDH 663, haptoglobina <8 mg/dl, PQT124000/mm³, frotis de sangre periférica con esquistocitos) interpretándose como anemia hemolítica microangiopática junto con albúmina de 2,4 g/dl y proteinuria de 6.38g/24 hs. Se realiza RMN de cerebro donde se observaron múltiples imágenes compatibles leucoencefalopatía posterior reversible. Por síndrome nefrótico se realiza biopsia renal. Serologías para HBV, HCV, HIV, VDRL negativas, TSH normal. Por progresión de los síntomas se rota tratamiento a vancomicina vía oral.

Resultados: el resultado de la biopsia renal informa: microangio-

patía trombótica, necrosis tubular aguda leve y nefritis túbulointersticial. Dado que con el cambio de tratamiento antibiótico mejoran los parámetros de hemólisis y la función renal (Cr 1,3 mg/dl) se decide tomar conducta expectante en cuanto a la plasmaféresis y el tratamiento con corticoides. La paciente nunca requirió diálisis y revirtió su síndrome confusional. El dosaje y actividad del ADAMTS 13 resultaron normales.

Conclusión: el reporte de este caso y de otros de la literatura internacional sugiere que la infección por Clostridium Difficile puede causar disfunción renal secundario a síndrome urémico hemolítico junto con microangiopatía trombótica y compromiso neurológico y debería ser considerado como diagnóstico diferencial de SUH típico

0136

GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA, CRIOGLOBULINEMIA TIPO II Y TRIPLE TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C: REPORTE DE UN CASO PERSISTENCIA DE LA CRIOGLOBULINEMIA A PESAR DE LA CURACION DE LA HEPATITIS C

Y Morelo Fuentes, JA De Francesco, A Martín, LM Gutiérrez, FA Mos, RM Fortunato, PM Raffaele
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

Objetivo: reportar un caso de persistencia de crioglobulinemia mixta (CM) tipo II en una paciente con HCV y GNMP que realizó tratamiento antiviral curando su HCV.

Materiales y métodos: paciente de sexo femenino de 42 años derivada a nuestro centro en enero/2013, por HCV y síndrome nefrítico (Cr 1.7 mg/dl, proteinuria 3.2 g/24 hs e HTA). Carga viral de HCV genotipo 1b1.040.000 copias, crioglobulinas + y biopsia renal que informa GNMP crioglobulinémica tipo II con semilunas y biopsia hepática con estadio II-III de fibrosis. Inicia tratamiento con telaprevir, ribavirina y peginterferon durante 12 semanas, completando 6 más de pegInterferon y ribavirina

Resultados: la paciente evolucionó con respuesta rápida de la triple terapia antiviral con negativización de la carga viral. No presentó efectos colaterales renales asociados a la terapia anti HCV y mejoró la función renal pero intercorre con mononeuritis múltiple (plejía del MSI y paresia del MID) secundaria a la crioglobulinemia. Se administraron 4 dosis de rituximab con clara mejoría. A pesar de la negativización de la viremia la paciente persistió con crioglobulinemia + (criocrito del 3%), pero ya con función renal normal (Cr 0,88 mg/dl. y proteinuria negativa en agosto/2014).

Conclusiones: el presente reporte no avala el concepto de que la triple terapia antiviral por sí sola puede suprimir la respuesta de los linfocitos B (LB) en la CM tipo II y tratamientos adicionales deberían ser considerados como el tratamiento con rituximab. Existe evidencia de la proliferación de los LB gatillada por el estímulo antigénico de la HCV en asociación a crioglobulinemia mixta tipo II. El tratamiento de la HCV probó ser efectivo en la CM tipo II. Reducción de las crioglobulinas fue reportada, en particular, en el subgrupo de pacientes que negativizan la carga viral ARN de HCV luego del tratamiento. Sin embargo, clones de LB pueden ser estimulados por inmunocomplejos con IgG unida a diferentes antígenos y demostrarían la persistencia de crioglobulinas a pesar de la negativización viral.

0138

ESTUDIO DE BIOMARCADORES URINARIOS EN LA NEFROPATÍA LÚPICA ACTIVA

AL Monje¹, B Balb², E Pezzarin², HF Pelusa², CL Basiglio², SM Daniele², M Rossi¹, M Rodenas¹, D Sarano¹, H Botta², SM Arriaga².

1. Servicio Nefrología Hospital Provincial del Centenario. UNR, Argentina. 2. Area Bioquímica Clínica, Area Matemática y Estadística, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR, Argentina.

Introducción: la lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilo (NGAL) tiene un efecto protector sobre los túbulos renales por lo cual se la propuso como un biomarcador para la nefropatía lúpica activa (NLA). Por otro lado se encontró un aumento significativo de la transferrina urinaria (Tf) en pacientes con NL asociada a la recaída renal. La $\beta 2$ microglobulina ($\beta 2$ MG) atraviesa la membrana glomerular y es reabsorbida y degradada en el túbulo proximal. La disfunción tubular asociada al proceso inflamatorio inmune y a la proteinuria glomerular produce elevaciones en su concentración urinaria.

Objetivo: evaluar los niveles urinarios de NGAL, Tf y $\beta 2$ MG en pacientes con NL activa (NLA) y cuál de estos parámetros bioquímicos exhibe mayor correlación con la actividad de la enfermedad.

Materiales, métodos y resultados: se trabajó con pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Provincial del Centenario con diagnóstico de NLA (n=9) y como grupo control pacientes con NL no activa (NLNA; n=22). Los biomarcadores urinarios se determinaron en orina aislada por EIA de origen comercial y se expresaron en relación a la creatinina urinaria (método cinético). Los resultados obtenidos (media \pm DE) para NGAL (ng/gCr), Tf (ng/gCr) y $\beta 2$ MG (μ g/gCr) fueron respectivamente: NLA: 190 \pm 147, 564 \pm 553 y 38 \pm 48; NLNA: 100 \pm 72, 878 \pm 548 y 39 \pm 64. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas para NGAL entre ambos grupos (p<0,05). Además, se observó una asociación levemente significativa entre NGAL y Tf para el grupo NLA (r=0,6; p=0,0897).

Conclusión: en la muestra analizada, de los tres biomarcadores estudiados, NGAL sería el mejor indicador de actividad renal en el lupus. La correlación positiva entre NGAL y Tf obtenida en el grupo con NLA sugiere la presencia de un daño glomerulotubular en estos pacientes, el cual no se vio corroborado por la $\beta 2$ MG.

0139

EVALUACIÓN DE MARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN LA NEFROPATÍA LÚPICA

M Rodenas¹, B Balb², E Pezzarin², HF Pelusa², CL Basiglio², SM Daniele², M Rossi¹, D Sarano¹, H Botta², SM Arriaga², AL Monje¹.

1. Servicio Nefrología Hospital Provincial del Centenario. UNR, Argentina. 2. Area Bioquímica Clínica, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, U.N.R., Argentina. 3. Area Matemática y Estadística, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR, Argentina.

Introducción: el estrés oxidativo (EO) se caracteriza por una producción excesiva de especies reactivas del oxígeno (ERO) que reaccionan con lípidos, ADN y proteínas originando injuria celular.

Si bien se ha reportado que el EO está aumentado en los pacientes lúpicos y que la actividad del lupus eritematoso sistémico (LES) se correlaciona positivamente con el EO, el efecto del EO sobre la nefropatía lúpica (NL) ha sido poco estudiado hasta el momento.

Objetivo: caracterizar el perfil redox de individuos con NL activa (NLA) con un grupo control inactivo durante el período junio del 2014 a junio 2015.

Materiales y métodos: pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Provincial del Centenario con diagnóstico de NLA (n=8) y como grupo control pacientes con NL no activa (NLNA; n=13). Como marcadores de EO, se determinaron la actividad de la enzima antioxidante superóxido dismutasa (SOD) en hemolizados mediante una técnica enzimática comercial y la concentración de productos finales de peroxidación lipídica en plasma como las sustancias reactivas al ácido tiobarbitúrico (TBARS).

Los resultados obtenidos (media \pm DE) para SOD (U/gHb) y TBARS (pmol/ml malonildialdehído) fueron respectivamente: NLA: 1149 \pm 724 y 30 \pm 32; NLNA: 996 \pm 661 y 17 \pm 31. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los marcadores de EO estudiados entre ambos grupos (p>0,05), los niveles de lipoperoxidación tenderían a ser más elevados en el grupo con NLA.

Conclusión: estos resultados indicarían que en los pacientes con NLA predominaría un estado redox prooxidante y que las defensas antioxidantes no serían suficientes para mitigarlo o que su aumento aún no se ha evidenciado al momento de la toma de muestra. Esto ameritaría continuar estudios para valorar medidas terapéuticas con fármacos antioxidantes con un posible efecto beneficioso en estos pacientes.

0140

AMILOIDOSIS RENAL. 13 AÑOS DE REGISTRO

R Luxardo, F Varela, K Almeida, G Bratti, E Nucifora, G Greloni, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

La amiloidosis renal representa el 1.8% de las patologías diagnosticadas por biopsia renal en nuestro país. (SAN-ANBA). Es una enfermedad infrecuente que compromete órganos vitales llevando a la insuficiencia terminal de estos lo que la torna de relevancia diagnóstica. Por lo que en base al Registro Institucional de Biopsias Renales, estimaremos prevalencia de amiloidosis renal. Describiremos mortalidad, síndrome nefrológico de presentación más frecuente y la evolución de la enfermedad.

Materiales y métodos: retrospectivamente se analizaron biopsias renales realizadas en nuestra institución desde 2002 hasta 2015. Se realizó análisis epidemiológico, forma de presentación clínica, tratamiento y evolución.

Amiloidosis renal: 62,8% mujeres, edad 60 años al diagnóstico. La presentación clínica más frecuente fue el síndrome nefrótico. (68,6%), seguida de IRC(17%). El Cl. de creatinina promedio calculado por MDRD fue 39 ml/min/1,73m². Las AL representaron el 63% (n 22) de los casos. De las secundarias la causa más frecuente fue artritis reumatoide (18%). Un paciente permanece sin clasificar, siendo no AL no AA. La tasa de mortalidad fue 31,3% (n 11) y no se encontró una diferencia significativa entre mortalidad entre AL y AA. 6 pacientes requirieron hemodiálisis crónica. Este mismo paciente recibe un trasplante renal con buena evolución a la fecha.

Conclusiones: característicamente la afectación renal por amiloidosis presenta una baja incidencia en nuestro centro y la presentación clínica más frecuente fue el síndrome nefrótico. No observamos diferencias significativas entre AL y AA y el porcentaje de muertes aunque nuestro número de pacientes es reducido. En conjunto con el Grupo Institucional Multidisciplinario de amiloidosis intentamos fortalecer el Registro de Amiloidosis con el fin de optimizar el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

0144

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA GUIADA CON ECOGRAFÍA

E Lupi, M Córdova, V Saenz Benítez, C Jesser, M Colombo, F Aperti, P Quieto, A Cuffini, J Mamberti.
HIGA Rossi, Argentina.

Introducción: la biopsia renal es uno de los procedimientos que más ha contribuido al conocimiento de las enfermedades renales. Es una técnica invasiva y aunque en la mayoría de los casos no hay complicaciones, siempre existe un cierto riesgo.

Objetivos: presentar la experiencia del Servicio de Nefrología del HIGA Rossi de La Plata, en la realización de punciones biopsia renal percutánea con dispositivo automático bajo control ecográfico, desde diciembre 2005 a diciembre del 2014.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo donde se evalúa la experiencia de 10 años (diciembre del 2005 - diciembre del 2014) en el seguimiento de punción biopsia renal (PBR) percutánea, con guía ecográfica. Se utilizó el dispositivo automático "Manan" pro mag 2,2 con agujas 14 g x 16 cm. Consideramos muestra representativa la que contaba con al menos 5 glomérulos o aquellas en las cuales el patólogo fue capaz de efectuar diagnóstico. Se adoptó como criterio clasificar las complicaciones mayores a las que produjeron descompensación hemodinámica, que requirieron transfusión de sangre o cirugía, con o sin nefrectomía.

Resultados: se realizaron un total de 168 PBR, guiadas con ecografía. Se descartaron 8: 2 fueron informadas como músculo esquelético y 6 se obtuvo una muestra insuficiente (4 glomérulos).

Discusión: estadísticamente del año 1990 -2004, realizamos 146 PBR. En 142 se obtuvo muestra representativa. Cuatro de las biopsias presentaron complicaciones mayores, 3 de las cuales requirieron nefrectomía. 133 (93,66%) correspondieron a glomerulopatías, 92 (69%) fueron primarias y 41 (31%) secundarias. En 9 no se detectaron patología glomerular.

Conclusión: la biopsia renal es un procedimiento invasivo indispensable en el diagnóstico de muchas enfermedades renales, ayuda a establecer el pronóstico y contribuye a modificar el tratamiento. Posee una tasa de complicaciones baja, para este trabajo fue menor (1,19%) en la observada en el trabajo previo (2,81%).

0145

TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA LÚPICA, EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHERENCIA AL CONSENSO ARGENTINO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA LÚPICA

N Di Lella, M Biain, C Pisoni, C Diaz, R Iotti, A Eimon, A Longo, V Di Castelnuovo, N Antoniol, A Alvarez, L Lecchini, S Muñoz.
CEMIC, Argentina.

Objetivo: revisar el tratamiento de la nefropatía lúpica (NL) en nuestra institución y evaluar el grado de adhesión al Consenso Argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la NL.

Pacientes y métodos: se evaluaron las biopsias de riñón realizadas en nuestra institución desde el 2008 al 2013. Se incluyeron 40 pacientes con diagnóstico de LES y NL que se seguían en CEMIC. e compararon los tratamientos realizados en nuestra institución con los sugeridos el consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la NL.

Resultados: la edad media fue 35 ± 10.5 años; 31 (77.5 %) de sexo femenino. Tiempo de evolución del LES 8 (rango 1-36) y la mediana de criterios ACR fue de 6 (3-9). Índice de actividad fue 8.5 ± 5.1 y la media del índice de cronicidad fue 2.7 ± 2.9 .

El tratamiento de inducción consistió en ciclofosfamida NIH (CF) (n=7), CF eurolupus (n=6), micofenolato (n=13), azatioprina (n=2) y tacrolimus (n=1). Cinco pacientes recibieron inducción solo con esteroides [NL tipo II (n=1), tipo III (n=3) y tipo V (n=2)]. Dos pacientes ingresaron en hemodiálisis, dos pacientes estaban trasplantados y dos pacientes no reciben tratamiento (tipo III=1, tipo IV=1).

El tratamiento de inducción fue acorde a las guías en 27/36 (75%) pacientes.

El tratamiento de mantenimiento fue con ciclofosfamida endovenosa trimestral 2 pacientes, con azatioprina en 4 y con micofenolato en 19 pacientes, un paciente recibe tacrolimus, tres pacientes reciben esteroides solamente [NL tipo II (n=1), tipo III (n=1), tipo IV (n=1)]. El tratamiento de mantenimiento fue acorde a las guías en 26/34 (76%) pacientes que tenían indicación de tratamiento. Tres pacientes ingresaron en HD, cinco pacientes no recibieron tratamiento inmunosupresor de mantenimiento, una paciente murió y 2 fueron trasplantados.

Conclusión: nuestro trabajo demostró que el tratamiento de la NL por reumatólogos y nefrólogos de nuestra institución tuvo un elevado grado de adhesión a las guías de tratamiento propuestas por consenso.

0154

GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA: EXPERIENCIA DE UNA SERIE DE CASOS

M Bina, ME Cordi, C Zaguirre, S Carbel, A Quinteros, M Rodriguez, S Peralta, C Idoria, RA Maldonado.
Servicio de Nefrología y Trasplante, Clínica Privada Velez Sarsfield, Córdoba, Argentina.

La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) se define como un grupo heterogéneo de patologías glomerulares que comparten un patrón histopatológico común en la microscopía óptica, con una presentación clínica muy variable, existiendo escasa información de las características clínicas y evolución en nuestro medio.

Objetivos: describir las características clínicas, patológicas y evolución de pacientes con GNMP incluidos en la base de datos de biopsias de Clínica Privada Velez Sarsfield (CPVS).

Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo tipo serie de casos. Se analizaron todos los casos de GNMP que se diagnosticaron en la CPVS sobre un total de 148 biopsias de riñón nativo y trasplante realizadas, durante el período de enero/2009 a diciembre/2014. Se estudió la base de datos de biopsias renales e historias clínicas de cada caso registrando características de manifestaciones clínicas y anatomopatológicas de la enfermedad.

Resultados: se estudiaron 9 casos, 4 mujeres (44.4%) y 5 varones (55.6%), edad mediana 57 años (42 y 68). La HTA estuvo presente 88.8%, disfunción renal 77.7%, proteinuria rango nefrótico 66.6% y hematuria microscópica 44.4% de los casos. Las etiologías pudieron ser detectadas solo en 2/9 (23%) catalogadas como secundarias: síndrome de superposición y síndrome de Goodpasture. El resto (77%) fue considerada como primarias. Los depósitos observados mediante microscopia de inmunofluorescencia presentaron la siguiente distribución: IgM 33.3%, IgG 77.7%, IgA 22.2%, C3 55.5% y C1q 22.2%. La evolución clínica de GNMP fue 88.8% a ERC III-IV y 44.4% a ERC V con requerimiento de hemodiálisis (HD).

Conclusiones: resaltamos que en 5 años de registro de biopsias renales nativas en CPVS se detectaron GNMP en un 77% primarias. El perfil de estos pacientes fueron >55 años, con evidencia HTA, disfunción renal y síndrome nefrótico-nefrítico al momento de presentación; evolucionando en su mayoría a ERC avanzada y HD.

0157

LA BIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES

V Claras, D Morales, R Tais, A Sarabia, A Espejo, M Ciocchini, V Alberton, A Malvar, B Fazzini, B Lococo.

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Argentina.

Objetivo: el paciente con historia de diabetes (DBT) y manifestaciones renales secundarias a una posible glomerulopatía genera controversias en el momento de decidir la realización de la biopsia (Bx) renal. La ausencia de retinopatía no excluye la nefropatía diabética (ND), existiendo nefropatías no diabéticas frecuentemente diagnosticadas en pacientes diabéticos. Ilustrando estos conceptos se describe una cohorte de pacientes con diagnóstico de DBT biopsiados en la Unidad Nefrología del Hospital. Fernández.

Materiales y métodos: fueron evaluadas retrospectivamente 1331 Bx renales realizadas desde junio 2008 hasta mayo de 2015. De las mismas, 42 pacientes (18 hombres, 24 mujeres) presentaban diagnóstico de DBT. Ninguno presentaba retinopatía DBT.

Resultados: los parámetros de laboratorio al realizarse la biopsia fueron los siguientes:

	Hematuria dismórfica	Proteinuria >3,5	Síndrome nefrótico	Creatinina >1,2	HTA
ND 16	8	12	4	11	8
NND 26	19	17	8	11	16

De los pacientes Bx y tiempo conocido de DBT mayor a 10 años el 83% (n:6) presento ND y aquellos con menor tiempo en enfermedad solo el 26%. La biopsia informo ND en todos los pacientes con DBT 1 y en el 35% de los DBT 2. Los hallazgos más frecuentes en los DBT 2 fueron: glomerulopatía membranosa en 7 casos, EFS en 3, IgA en 3 y vasculitis anca+ en 3.

Conclusión: en el momento de ser biopsiados, la mayoría de los pacientes con ND presentaban proteinuria en rango nefrótico y no síndrome nefrótico completo. La disminución del filtrado glomerular se observó en el 68,7% de las ND. Encontramos una alta frecuencia nefropatías no diabéticas (62%). La hematuria dismórfica no debe alejar la presunción diagnóstica de ND, así como el diagnóstico de DBT no debe detener al nefrólogo en la búsqueda de otras nefropatías a través de la Bx renal.

0161

ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO DEL ADULTO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

N Zabala, G Greloni, CF Varea, GI Bratti, ML Ocampo, G Barrera Hugalde, G Duarte, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: se menciona en el síndrome urémico hemolítico atípico la desregulación de la vía alterna del complemento como su etiología principal. El eculizumab (Ecz) es un anticuerpo monoclonal humanizado que impide la formación del complejo de ataque de membrana. Presentamos dos pacientes bajo este tratamiento.

Caso 1. Mujer de 33 años sana, consulta por astenia marcada constatándose insuficiencia renal (IR) (creatinina 12.5 mg/dl), hipertensión arterial (HTA) y anemia microangiopática (AM) (Hto: 22%, LDH elevada). Se inició tratamiento con esteroides hasta el resultado de la biopsia renal (BR) que mostró microangiopatía trombótica (MAT). Inició hemodiálisis (HD) y plasmaféresis (PF) y fue derivada a nuestro centro, sin presentar mejoría de la IR. En nuestro hospital descartamos otras causas de MAT, sin realizar análisis genéticos para SUHa y se realizó una nueva BR que confirmó los hallazgos, persistiendo con hemólisis, IR y consumo de C3 sérico. Continuamos con PF llegando a realizar 40 sesiones y observamos mejoría de la IR que permitió discontinuar la HD. Comenzó tratamiento con Ecz que sostuvo los logros mencionados por 18 meses con una creatinina actual de 1.9 mg/dl.

Caso 2. Mujer de 29 años cursó su primer embarazo hasta la semana 38 sin complicaciones. En día 30 del puerperio consultó IR, HTA y AM. La BR confirmó MAT iniciando HD y PF. Esta última se suspendió luego de 10 sesiones sin mejoría de la IR. Requiriendo HD consultó en nuestro centro. Una nuevo BR mostró lesiones vasculares compatibles con MAT, reuniendo criterios también de glomerulonefritis por C3. Durante 6 meses no requirió HD sin mediar tratamiento específico para luego reactivar la hemólisis y la falla renal. Esto se revertió con PF y luego continuamos con Ecz presentando 20 meses después creatinina de 1 mg/dL. Comentario: el Ecz fue efectivo inhibiendo la reaparición de fenómenos microangiopáticos y consolidando mejoría sostenida y estabilidad en la función renal.

0167

COMPROMISO RENAL EN EL SÍNDROME INFLAMATORIO DE RECONSTITUCIÓN INMUNE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

G Duarte, CF Varela, G Greloni, ML Ocampo, GI Bratti, G Barrera Hugalde, C Nemirovsky, CJ Boschetti, MJ Labanca, S Christiansen, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI) describe un paradójico empeoramiento clínico secundario a una infección oportunista preexistente, en pacientes infectados por VIH que comenzaron terapia antiretroviral (TARV). El compromiso renal descrito en estos pacientes, fue principalmente tubulointerstial. Presentamos un paciente que durante el curso de SIRI presentó insuficiencia renal y síndrome nefrótico (SN).

Caso clínico: hombre de 38 años con diagnóstico de VIH en abril 2015, con alta carga viral (CV) y bajo recuento de CD4 (CV: 1.200.000 copias; CD4 93). El 24/04/15 comenzó con TARV con emtricitabina, tenofovir y efavirenz sin previas alteraciones renales o hepáticas.

El 01/05 presenta fiebre, rash generalizado y anuria, comenzando hemodiálisis en otra institución. A su ingreso en nuestro hospital presentaba anasarca y encefalopatía con Hto de 23%, creatinina de 9.98 mg/dL, hipoalbuminemia, hipercolesterolemia, proteinuria en muestra aislada de orina (MAO) de 12.7g/L, hematuria glomerular (HG) y cilindruria. La nueva CV fue 17.560/copias y los CD 4 de 760. Constatamos también tres infecciones oportunistas: CMV sistémico, Chagas cerebral e histoplasmosis en cultivos de sangre. Luego de dos semanas de oligoanuria presentaba 23 g/L en MAO y HG. La biopsia renal mostró necrosis tubular y nefritis tubulointersticial aguda (NTI) sin depósitos inmunes. Interpretado como SIRI inició tratamiento con meprednisona 60 mg con lo que se obtuvo, de modo abrupto, recuperación del volumen urinario y resolución de la proteinuria.

Comentario: el SIRI podría cursar con distintas formas de afectación intersticial renal dependiendo del agente oportunistas. Interpretamos que nuestro paciente presento NTI y SN secundario a Cambios Mínimos. El compromiso glomerular ha sido infrecuente relatado.

0186

NEFRITIS LÚPICA EXTRACAPILAR

JL Daza, H Sarzuri, F Segovia, M De Rosa.

Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Aunque la nefritis lúpica proliferativa focal y difusa con patrón extra capilar, no es una entidad infrecuente en las biopsias renales, poco se conoce acerca de su evolución. Este estudio correlaciona los hallazgos clínicos, histológicos y de laboratorio con la evolución de estos pacientes

Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, unicéntrico, donde se incluyen 147 pacientes en un período de 25 años. Se subdividieron en base al grado de compromiso extra capilar en grupo 1 (10 - <25% semilunas, n=33), grupo 2 (25- <50% semilunas, n=34), grupo 3 (>50% semilunas, n= 20). Los pacientes sin compromiso extra capilar con proliferación focal y difusa se consideró grupo control (n=60). Se compararon las características clínicas, de laboratorio y evolución en cuanto alcanzar la remisión completa entre los grupos.

Resultados: 124 mujeres (84,35%) y 23 hombres (15,65%). Edad media fue 35±10 años, grupo control 32±10. En comparación con el grupo control, pacientes con NLec tenían una evolución más corta de la enfermedad al momento de la consulta, con una mediana tanto en proteinuria y creatinina, mayor en todos los grupos de NLec. Se hizo un análisis univariado con regresión logística en cuanto a la remisión y no remisión en ambos grupos, siendo ésta mayor en el grupo control, con una Odds Ratio 0.28(0.14-.056) y valor p 0.001, y menor remisión completa en los que tenían compromiso extra capilar con Odds Ratio 3.6 (1.45-9.09) con una p 0.006. Se hizo un análisis multivariado con regresión logística donde la persistencia del complemento (valor de p 0.004) y el compromiso extra capilar (valor de p 0.014).

Conclusión: paciente con NLec con inicio agudo de la enfermedad tuvieron manifestaciones renales graves, no hubo diferencia

significativa en el tratamiento en los subgrupos, encontrando que la hipocomplementemia persistente y el hallazgo de compromiso extra capilar en la biopsia renal es un marcador independiente para no alcanzar la remisión completa.

0192

ASOCIACIÓN ENTRE VASCULITIS ANCA Y CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

P Gallón, G Bratti, R Luxardo, G Barrera, C Varela, S Christiansen, G Rosa Diez, G Greloni.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la asociación de vasculitis ANCA (VA) y carcinoma de células renales (CCR) resulta excepcional. Presentamos aquí 2 casos de esta rara asociación y discutimos los potenciales mecanismos.

Caso 1: varón de 61 años con astenia, adinamia, pérdida de peso y dolor en flanco derecho. Por diagnóstico de tumor renal derecho se nefrectomiza, evolucionando con falla renal aguda (FRA) anúrica con requerimiento de diálisis. El informe histopatológico (IH) demostró un CCR y una glomerulonefritis (GN) proliferativa extracapilar. Se verificó al alta la presencia en plasma de ANCA+ 1/1280. Inició tratamiento inmunosupresor plasmáferesis, corticoides (CE) y ciclofosfamida (CF) endovenosos. Al mes desarrolló sepsis y falleció.

Caso 2: varón de 63 años, ex tabaquista, que ingresó al HIBA por insuficiencia respiratoria y FRA con hematuria. Desarrolló insuficiencia respiratoria con neumopatía bilateral que no mejoró con tratamiento antibiótico. Por persistencia de FRA se realizó biopsia renal observándose una GN necrotizante paucimune y proliferación tumoral constituida por células epiteliales atípicas, sin masa renal. Se inició tratamiento con CE y CF. Evolucionó con recuperación absoluta de la FRA.

Discusión: presentamos dos casos de vasculitis asociada a carcinoma de células renales. En el primer caso la GN como expresión renal de una VA renal en paciente con masa renal resultó un hallazgo reportado en el IH de la lesión neoplásica ya conocida. En el segundo las células neoplásicas fueron reportadas en el IH de la glomerulopatía del paciente con diagnóstico ya establecido de vasculitis sistémica. Las vasculitis asociadas a CCR como expresión paraneoplásica es excepcionalmente reportada y se ha sugerido la posibilidad de vincular ambas entidades a través de la producción de mediadores químicos producidos por células neoplásicas que generarían reacciones inflamatorias, como las descritas en vasculitis clásicas.

0196

GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE EVOLUTIVA (GNRE) POR NEFRITIS LÚPICA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTIMIELOPEROXIDASA (ANTI-MPO)

N Mora, F Lizárraga, S Grimoldi, D Di Tulio, R Schiavelli.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, División de Nefrología y Trasplante Renal. CABA, Argentina.

Introducción: aproximadamente 20% de los pacientes con lupus son ANCA (+) por inmunofluorescencia indirecta (IFI), la positividad por ELISA es menos frecuente y algunos la relacionan a un

compromiso renal más severo. La presentación de GNRE en lupus tampoco es frecuente (0,5-10%), casi siempre se asocia a glomerulonefritis con semilunas y parece presentar mayor frecuencia de ANCA positividad (30%, la mayoría anti-MPO) que las otras clases de nefritis lúpica.

Caso Clínico: se presentan 2 pacientes masculinos con GNRE con nefritis lúpica clase IV con proliferación extracapilar, uno de ellos paucimune y el otro con inmunocomplejos glomerulares y proliferación endocapilar, los 2 con altos títulos de anti-MPO. Ambos tenían características comunes como el corto tiempo entre el comienzo del cuadro clínico y la realización de la biopsia renal, el grado avanzado de insuficiencia renal, la ausencia de hipocomplementemia y anti-DNA, la marcada cronicidad hallada en la biopsia y la escasa recuperación de la función renal a pesar del tratamiento.

Conclusión: ambos pacientes presentaron compromiso renal temprano y severo correlacionando con lo descripto en la literatura, debiendo considerarse fundamental en estos casos un diagnóstico precoz y quizás un tratamiento inmunosupresor más agresivo.

0201

DAPSONA, ¿UNA DROGA SEGURA PARA LA PROFILAXIS POR *PNEUMOCYSTIS CARINII*?

P Gallón, G Bratti, N Flores, H Pérez Teysseyre, CF Varela, G Greloni, G Rosa Díez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la metahemoglobinemia es una entidad en la cual el hierro que contiene la hemoglobina se oxida de su estado ferroso a su estado férrico. Cuando la concentración de metahemoglobina (MHb) se eleva, existe anemia e hipoxia tisular. En etapas avanzadas existe falla cardíaca, crisis convulsivas y coma. Presentamos dos casos de esta entidad, secundarios a Dapsona utilizado como profilaxis de *Pneumocystis carinii* en pacientes alérgicas a la sulfonamida.

Caso 1: femenina 78 años tratada con ciclofosfamida por glomerulonefritis (GN) extracapilar tipo IV ANCA+ que presenta 60 días posteriores al inicio de dapsona (100 mg/día), disnea, somnolencia, livideces, taquicardia, taquipnea e hipoxemia. Se constata Hto:17%, hb:5.6, oxihemoglobina 85%, cr: 2,26 mg/dl y niveles de metahemoglobina plasmática de 9.4%. Requirió tratamiento con azul de metileno y vitamina C.

Caso 2: femenina 23 años en tratamiento con ciclofosfamida por GN extracapilar difusa a IgA. con creatinina de 2.5 mg/dl. Presenta 15 días posteriores al inicio de la dapsona (100 mg/día), cr: 3.06 mg/dl, HTO:15% y Hb:4.8 gr/dl con lactatodeshidrogenasa aumentada, haptoglobina normal y metahemoglobina 20%, saturación de O₂ 94% aire ambiente, coombs negativa. Requirió transfusión de glóbulos rojos y posterior uso de eritropoyetina. Ambas pacientes presentan una evolución favorable luego de la suspensión de la droga y tratamiento respectivo.

Discusión: si bien la metahemoglobinemia no es una entidad frecuente es preciso conocerla, sospecharla y diagnosticarla precozmente en pacientes que reciben Dapsona debido a la gravedad del cuadro clínico que puede presentar. Dada la gravedad de esta entidad, creemos en la importancia de realizar un estudio con mayor número de pacientes para evaluar la necesidad de dosar metahemoglobina.

0204

GLOMERULONEFRITIS CON DEPÓSITOS DE C3

G Duarte, F Varela, G Bratti, S Christiansen, G Barrera Hugalde, R Luxardo, G Rosa Díez, G Greloni.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la glomerulopatía C3 (GC3) es una entidad caracterizada por el depósito de C3 glomerular en inmunofluorescencia, con ausencia de inmunoglobulinas y marcadores del complemento (Cto). Los patrones histológicos (PH) descriptos corresponden a glomerulopatías proliferativas (GnP): mesangial (M), membrano-proliferativo (MP) o extracapilar (Ex). Describimos aquí nuestra experiencia en el diagnóstico (Dx) y tratamiento (Tto) en esta entidad en los últimos 5 años.

Metodología: analizamos retrospectivamente las HCE del HIBA entre 1/7/2010 al 30/6/2015 con Dx de GC3 en pacientes con GnP con depósitos exclusivos o predominantes de C3 glomerular en la biopsia renal (BR), y marcadores de enfermedad renal (ER). Analizamos su prevalencia (Pv), forma clínica de presentación (FC), sus medias para creatinina (Cr), proteinuria (Pr), hematuria (Ht), valores séricos de Cto, la presencia de HTA, otros Dx y Tto que tuviesen en etapas previas y luego del Dx de GC3, enfermedades asociadas (EA) y evolución.

Resultados: hallamos una Pv del 2,2% para 16 pacientes con GC3 en 725 BR. Edad media: 49 ±12 años, siendo el 56 % mujeres. La FC más frecuente fue la ERC en 1/3 de los pacientes. Al diagnóstico la media de Cr fue 2,40 mg/dl ± 1,3, la Pr de 3.5 g/24 hs, el C3 de 73 mg/dl ± 37 y la Ht fue un hallazgo en el 87% de los pacientes. La HTA estaba presente en el 60%, el 41% tenía una EA, el 75% autoanticuerpos (Ac) y más de la mitad de los pacientes recibió otro Tto por su ER. El PH correspondió en el 44% de los casos a MP, y el 31% a Ex. El Tto luego del diagnóstico de GC3 consistió en bloqueo del RAAS e inmunosupresión en el 73% de los casos. La media de Cr en el seguimiento fue de 1.6 mg/dl ± 0,90.

Discusión: en este grupo de pacientes con diagnóstico de GC3, evidenciamos la presencia casi constante de diferentes Ac. Otras entidades clínicas definidas se diagnosticaron junto con esta alteración. El nuevo tratamiento inmunosupresor modificó sólo parcialmente su evolución.

0208

VASCULITIS SISTÉMICA CON FALLO RENAL IRREVERSIBLE. ACERCA DE UN CASO

D Feler¹, D Manzor¹, A Locatelli¹, L Andrade¹, A Carlevaro¹, L Cavallero¹, O Ferraro¹, J Fochi¹, M Grizzo¹, O Román², N Dáz Prieto³.

1. Nefrología Argentina, Argentina. 2. Nefrología Argentina, Argentina. 3. Terapia Intensiva S. Colegiales, Argentina.

Introducción: la vasculitis necrotizante sistémica, grupo heterogéneo caracterizado por inflamación y necrosis de la pared vascular con o sin infiltrados inflamatorios. El subgrupo más importante son las vasculitis ANCA asociadas

Material y métodos: femenina de 17 años internada el 13/12/13 por proteinuria de 15 g/24 hs, creatinina de 15mg% y urea 290%, sin antecedentes clínicos ni bioquímicos. Por movimientos lateralizados de cabeza y desviación de la mirada, se realiza RMN y TAC cerebral normales, inicia hemodiálisis. Los únicos datos positivos fueron

ANCA-P y Ac. antimieloperoxidasa. Se realiza PBR iniciando pulsos de metilprednisolona/ciclofosfamida. El 4/1 convulsiva, se realiza punción lumbar normal y RMN cerebral con lesiones hiperintensas en Flair y T2 con sospecha de absceso cerebral/vasculitis, descartando biopsia estero atáxica por coagulopatía. Febril en ARM. Se suspende inmunosupresión, quedando con dexametasona, meropenem y vancomicina ajustada a función renal, aciclovir y plasmaferesis. Evolucionan con depresión miocárdica. Se recibe PBR: glomerulonefritis esclerosante focal, proliferación endo y extracapilar con depósito de inmunoglobulinas. Se reinstala ciclofosfamida mensual por 6 meses, y luego trimestral por 9 meses. La RMN muestra mínimas lesiones. Al examen clínico persisten lesiones severas motoras del paciente crítico. Actualmente recibe azatioprina.

Discusión: este caso plantea la importancia de la celeridad en el actuar médico.

La utilización de distintos esquemas inmunosupresores fue motivo de controversia en el plantel de especialistas. La intercurencia infecciosa altera el esquema inmunosupresor, la coagulopatía impidió tener diagnóstico etiológico de las imágenes cerebrales.

Conclusión: después de 18 meses no remitió la falla renal y mantiene su tratamiento sustitutivo renal. Con escasos efectos adversos por las distintas terapias recibidas.

0218

NEFROPATÍA IGA SEGUIDA DE SÍNDROME DE GOODPASTURE. ¿HAY RELACIÓN PATOGENÉTICA EN ESTAS DOS GLOMERULOPATÍAS?

G González¹, MA Nadal¹, D Knese², V Chávez Tobar², R Iotti¹, A Iotti¹, G Sierra¹.

1. CIN DAOMI, Argentina. 2. Sanatorio San Cayetano, Argentina.

Caso. Hombre de 41 años que en febrero de 2014 presentó HTA, proteinuria y microhematuria, Hto 44% creatinina 0.81 mg/dl, Ccr 135 ml/min y proteinuria 1,73 g/24 hs, serología para enfermedades sistémicas, VHB, VHC, VIH negativos. Ecografía renal normal. El 27/10/14 se realiza PBR que muestra 20 glomérulos, 2 obleas, 2 esclerosis segmentaria y 16 con aumento de células mesangiales. IF: IgA e IgG arborescente en mesangio +++++/4. Oxford: M1,E0,S1,T1. Enero 2015 edemas en MMII, disnea, y hemoptisis. PS 160/100 mmHg. BAL: macrófagos cargados de hemosiderina. Creatinina 1 mg/dl, Ccr 94 ml/min. Hb 9 g/dl, leucocitos 4640/mm³, proteinuria 9 g/24 hs, albuminemia 2 g/dl, hematuria glomerular. Anticuerpos anti MBG negativos. Recibió 1 g metilprednisolona IV por 3 días sucesivos, 1 gr IV de ciclofosfamida y 80 mg/día de metilprednisolona oral. PBR 20 glomérulos, 12 con proliferación epitelial circunferencial y los restantes con aumento de células mesangiales y endoteliales. IF imagen lineal continua de IgG en paredes capilares glomerulares (PCG) y C3 ++/4 en mesangio. Microscopía electrónica: depósitos densos en el mesangio.

Comentario: en este paciente se destaca una NIgA primaria que tres meses después es seguida por un síndrome de Goodpasture (SGP), sin IgA glomerular, con depósitos densos ultraestructurales mesangiales que podrían corresponder a inmunocomplejos de IgA. Los depósitos de IgA pueden asociarse con MBF, nefritis lúpica, cambios glomerulares mínimos, y glomerulopatía diabética. Hay escasas referencias de NIgA y SGP con depósitos lineales de IgG en PCG y granulares de IgA en PCG y mesangio. También se ha descrito en una GNRP depósitos lineales en PCG de IgA, con

anti-MBG circulantes de IgA. Si bien la relación entre anti-MBG y NIgA es oscura e infrecuente, en el diagnóstico diferencial de una NIgA con GNRP debe considerarse al SGP.

0220

VARONES CON ENFERMEDAD DE FABRY CLÁSICA: CUÁNDO CONSIDERAR TERAPIA DE REEMPLAZO ENZIMÁTICA (TRE) TEMPRANA (PRIMERA INFANCIA). A PROPÓSITO DE UN CASO

N Antongiovanni¹, F Gómez Pizarro¹, N Lago².

1. Centro de Infusión y Estudio de Enfermedades Lisosomales. Pergamino, Argentina. 2. Departamento de Patología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la enfermedad de Fabry es una patología rara, hereditaria, ligada al cromosoma X, por lo cual todo varón será fenotípicamente afectado. La evolución de la enfermedad estará signada por la mutación presente (hay más de 900), con escasa o nula actividad enzimática de α -Gal A (enzima afectada). Hace más de 12 años que contamos con tratamiento específico, la Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE). Sin embargo, no existe consenso, sobre cual es el momento adecuado para iniciar tempranamente la Terapia en niños; y la sugerencia es aguardar la evidencia clínica o de biopsia.

Objetivo: mostrar que algunas mutaciones, por sus características, permiten predecir la evolución de la enfermedad. Estos varones se beneficiarían iniciando TRE desde muy temprana edad.

Materiales y métodos: se presenta el caso de un paciente varón de 3 años de edad, con diagnóstico de enfermedad de Fabry (mutación E398X, mutación sin sentido), quien no presenta signos ni síntomas característicos de la enfermedad, a quien se le realiza una biopsia renal cuyo informe se detalla a continuación:

Resultados:

Biopsia: 14 glomérulos completos;

Microscopía óptica de alta resolución (MOAR): glomérulos: vacuolas densas en células endoteliales, mesangiales y epiteliales. **Intersticio:** fibrosis focal. **Vasos:** engrosamiento de la capa media leve a moderado, presencia de vacuolas densas en células endoteliales y musculares.

Microscopía electrónica (ME): fusión pedicular segmentaria, hipertrofia podocítica, cuerpos lamelares en citoplasma podocítico. El resto de las estructuras estudiadas evidencian lesiones descritas en la MOAR.

Conclusión: actualmente se conocen mutaciones (un 20%) que, por sus características, permiten predecir la evolución de la enfermedad desde muy temprana edad. En estos casos, esperar la evidencia clínica, (incluso la anatomía patológica), para decidir la TRE, sólo retrasa el momento ideal de inicio de tratamiento. En el paciente presentado los podocitos, no sustituibles, ya estaban afectados.

0223

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO EN LA NEFROPATÍA POR IGA A LO LARGO DE 30 AÑOS EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

E Zoppi, G Bratti, F Varela, G Gallo, S Christiansen, P De la Iglesia, G Rosa Diez, G Greloni.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la nefropatía por IgA (NIgA) es la glomerulopatía más frecuente en registros de biopsias renales (BR). En un análisis previo observamos una prevalencia (Pv) mayor a la reportada en nuestro país, que la mitad de nuestra población tenía predictores clínicos de mal pronóstico y que la clasificación histológica de Lee (CHL) de 2005, era adecuada para su evaluación. Analizamos ahora que variables (V) se modificaron a lo largo de 30 años.

Metodología: se analizó retrospectivamente las BR con diagnóstico de NIgA efectuadas entre 1/1/1985 y el 31/06/2014. Analizamos edad (E) y sexo (S), su Pv, las formas clínicas de presentación (FC): anomalías urinarias asintomáticas (AUA), macrohematuria recurrente (MHR), insuficiencia renal crónica (IRC), formas atípicas (FA), a la BR. Presencia de hematuria (Hem), hipertensión arterial (HTA), proteinuria (Pr) en g/24hs y función renal estimada por creatinina plasmática (Cr) y MDRD, y luego comparativamente en 3 décadas (Dc): (I: 1985-1994, II: 1995-2004 y III: 2005-2014) y correlacionando los datos clínicos con la CHL. Se utilizó Chi2 para V categóricas y Anova o Kruskal Wallis para las continuas.

Resultados: de 2651 BR efectuadas en los últimos 30 años, 262 (9.8%) correspondieron a NIgA. Las Pv en las 3 Dc resultaron: I: 5.1%, II: 12.7%, III: 10.7%. Las AUA resultaron las FC más comunes (43% del total). La hem fue constante e HTA se registró en 46% de los pacientes al momento de la BR. Observamos valores medios de Cs: 1.2 mg/dl y Pr: 1.0 g. La E fue significativamente inferior y la MHR más frecuente durante la 1ª Dc.

Conclusión: la mayor prevalencia, así como el incremento en la edad y la menor frecuencia de MHR observadas hacia la segunda Dc creemos que están vinculados más probablemente a cambios en las decisiones en la implementación de la BR (introducción de los dispositivos automáticos para la realización de BR, asociados a menor frecuencia de complicaciones) que a reales modificaciones en las FC de los pacientes con NIgA.

0224

DIEZ AÑOS DE REGISTRO DE BIOPSIAS RENALES DE UN HOSPITAL DE LA ARGENTINA

G Bratti, R Luxardo, L Ocampo, G Duarte, K Almeida, G Barrera, P Gallon, S Christiansen, F Varela, G Greloni, G Rosa Diez. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

La biopsia renal (BR) es una práctica cada vez más frecuente debido a la importante información que brinda sobre las enfermedades renales y las bajas complicaciones actuales. Resultan escasos los datos sobre BR en nuestro país

Materiales y métodos: se realiza un estudio de prevalencia analizando 1400 biopsias de riñones nativos realizadas entre 2005 y al 2015. Se utilizó el formulario establecido en 1997 por el consejo de glomerulopatías de la ANBA. Los datos se expresan como media y DS o proporción según corresponda. Se efectuó análisis univariado considerando los 3 trienios para todas las variables consideradas. Test de Anova o Kruskal Wallis para las variables continuas paramétricas o no paramétricas respectivamente, Chi2 para las variables categóricas. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$

Resultados: 51% eran hombres, edad media 50 ± 18 años. La indicación más frecuente fue las anomalías urinarias

asintomáticas (AUA), seguida del síndrome nefrótico en el primer trienio mientras que la IRC en el último ($p < 0.01$). El MDRD al momento de la biopsia es significativamente menor en el último período con respecto a los previos ($p < 0.005$). Fueron más frecuentes las causas secundarias (48%) y dentro de ellas las asociadas a enfermedad autoinmune (LES), vasculares (nefroangioesclerosis benigna) y las gammopatías monoclonales. Dentro de las enfermedades glomerulares primarias (29%) la de mayor frecuencia es la IgA (44%) seguida de N. membranosa (23%) y cambios mínimos (13%).

Discusión: siguen siendo las AUA el primer motivo de BR pero cabe destacar la tendencia a biopsiar cada vez más pacientes en estadios avanzados de ERC. La nefropatía por IgA sigue siendo nuestra primera causa de enfermedad glomerular primaria.

Conclusión: encontramos en nuestra población datos diferentes a los publicados, tanto por registros internacionales como a nivel nacional por lo que creemos importante la actualización del Registro Nacional donde podamos analizar la realidad de nuestros pacientes adultos.

0226

BIOPSIA RENAL EN PACIENTES HIV POSITIVOS

M Ciochini¹, MB Fazzini¹, A Malvar¹, B Lococo¹, V Albetton², H Pérez³.

1. Unidad de Nefrología, Htal. Juan A. Fernández, CABA, Argentina. 2. Servicio de Anatomía Patológica, Htal. Juan A. Fernández, CABA, Argentina. 3. División de Infectología, Hospital Juan A. Fernández, CABA, Argentina.

Objetivo: determinar la prevalencia de los distintos tipos de nefropatías en los pacientes HIV positivos.

Materiales y métodos: análisis retrospectivo de las PBR realizadas en los pacientes HIV positivos desde enero de 1987 hasta febrero de 2015. Se emplearon MO e IF y se consideraron variables nefrológicas e infectológicas.

Resultados: de las 2615 PBR efectuadas entre enero de 1987 y febrero de 2015, 47 (1.79%) correspondieron a pacientes HIV positivos. El 66% fueron varones, la edad promedio fue 42.6 años (DS ± 10.6); el tiempo promedio entre el diagnóstico de HIV y la PBR fue 7.8 años (DS ± 5.3). El 27.62% recibía HAART y el 27.65 % tenía coinfección por HCV y/o HBV. El 91.48% presentaba con algún tipo de proteinuria, el 65.95% tenía IR y el 51.1% tenía MH. Solo 2 casos fueron HIVAN, (1 asociado a glomerulopatía membranosa, GMB). Entre los No HIVAN, 22 fueron HIVICK; como coexistieron distintas nefropatías, las más frecuentes fueron las GEFS variantes no colapsantes (10), seguidas por 8 GMB (1 as. a HIVAN y 1 as. a MAT), la mayoría as. a HBV o HCV, y 8 NTI (5 as. a Glomerulolaptías no HIVAN y 1 as. a NTA), la mitad as. a HAART. Hubo 4 NL, 4 ND (1 as. a NAS), 3 MAT (1 as. a HIVAN) y 3 GNMP por Ig.

Conclusiones: las HIVAN fueron muy infrecuentes, lo que podría deberse a la ausencia de población de origen africano y de afrodescendientes así como a la instauración de la HAART. El alto porcentaje de GEFS variantes no colapsante podría adjudicarse, en parte, al diagnóstico tardío, ya que puede ser la forma terminal de otras glomerulopatías. Dado el espectro de las patologías encontradas, todo paciente HIV positivo con enfermedad renal no filiada debe biopsiarse.

0227

GLOMERULOPATÍAS POR C3

M Ciochini¹, A Malvar¹, B Lococo¹, V Alberton², A Quevedo¹, MB Fazzini¹.

1. Unidad de Nefrología, Htal. Juan A. Fernández, CABA, Argentina.
2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juan A. Fernández, CABA, Argentina.

Objetivos: establecer la prevalencia de las C3G así como sus patrones morfológicos por MO. Las C3G son un grupo de entidades nosológicas, descritas en el último lustro, caracterizadas por depósitos dominantes de C3 en los glomérulos consecuencia de la desregulación de la vía alterna del complemento de causa hereditaria o adquirida. La ME permite subclasificarlas en DDD (depósitos osmiofílicos densos) y C3GN (por exclusión).

Material y métodos: se realizó el análisis retrospectivo de las PBR analizadas por MO e IF. En base a la IF se definió glomerulopatía con depósitos dominantes de C3 y con la historia clínica y/o de los hallazgos de laboratorio que confirmaron la activación de la vía alterna, se definieron las C3G.

Resultados: entre enero de 1985 y abril de 2015 se punzaron 2636 paciente, de los cuales 11 (0.41%) fueron C3G. El 54.54% fueron mujeres, la edad promedio fue 34.4 años, rango 17 a 61 y DS +/- 14.93. Los patrones que presentaron por MO fueron: 8 (72.72%) proliferativo mesangial; 2 (18.18%) membrano proliferativo y 1 (9.09%) proliferativo endocapilar (con semilunas focales), ninguno fue normal. Del total de la PBR, 19 (0.72%) fueron GNMP, de éstas, 17 (89.47%) correspondieron a medias por Ig (excluidas las NL) y 2 (10.52%) a C3G.

Conclusiones: la nueva definición permite identificar casos que antes se omitían, dado que puede adoptar distintos patrones morfológicos por MO. Es de suma importancia reconocer esta entidad ya que su historia natural y mecanismos patogénicos requieren individualizar cada caso para tratarlo en forma adecuada.

13. HEMODIÁLISIS

0009

EFICACIA DE LA VACUNACIÓN DE HEPATITIS B POR VÍA INTRADÉRMICA VS. VÍA INTRAMUSCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS QUE NO RESPONDIERON AL PRIMER ESQUEMA DE VACUNACIÓN

G Gómez Quiroga, C Iglesias, G Iglesias, P Novoa.
Hospital Córdoba, Argentina.

Introducción: en la administración intradérmica, el antígeno de la vacuna se mantiene atrapado durante largos períodos en la dermis, lo que conduce a una estimulación más prolongada de los macrófagos que estimulan las células T y por ende una mayor respuesta inmunitaria consiguiente, con la ayuda de las células de Langerhans (células dendríticas inmaduras).

Objetivos: demostrar si la vacunación para hepatitis B por vía intradérmica es más efectiva que la vía intramuscular en pacientes en hemodiálisis que no respondieron al primer esquema de vacunación.

Materiales y métodos: este es un estudio prospectivo, randomizado, controlado en el que se incluyeron todos los pacientes del servicio de nefrología de hemodiálisis crónica. Fueron sometidos a un primer esquema de vacunación consistente en 3 dosis de 40 microgramos de vacuna para la hepatitis B: Engerix B a los 0, 1 y 6 meses la cual fue administrada de manera intramuscular en la región del músculo deltoides contralateral del brazo del acceso vascular.

Resultados: de los 105 pacientes que recibieron el esquema inicial. 18 pacientes (17,15%) no demostraron anticuerpos luego de la vacunación, clasificándose como no respondedores separándolos en dos grupos; grupo A (intramuscular) y grupo B (intradérmica).

Al 12mo mes; en el grupo A 6 pacientes presentaron anticuerpos mayores de 10 UI/l (66,66%), los cuales se encontraban entre 10-999 UI/l (media 140) y los 3 pacientes (33,33%) presentaron anticuerpos menor de 10 UI/l. En el grupo B; 7 pacientes (77,77%) presentaron dosaje mayor de 10 UI/l (media 137) y los 2 pacientes (22,22%) restantes tenían dosaje menor de 10 UI/l, uno de los cuales era el que no respondió desde el inicio.

Conclusión: igual eficacia de seroconversión al segundo ciclo de vacunación por vía intradérmica e intramuscular, aunque la vía intradérmica presenta títulos mayores de ac y seroprotección más prolongada.

0036

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS REALIZADO POR NEFRÓLOGOS

R Pedrazzi, G Flores, C Laiolo, A Lanza, R Barril, F Hissa, W Ferrer, D Leroy, G Moretta.

Centro Nefrológico del Noroeste-RTS, Junín, Argentina.

El tema de realización de accesos vasculares (AV) definitivos es un problema que se enfrentó el nefrólogo desde siempre y la dependencia de los cirujanos vasculares.

Por ello uno de nuestros colegas del Servicio se entrenó para realizarlo.

En este trabajo se comparan tiempo de ingreso del paciente a hemodiálisis y la confección del AV, resultados como fallo primario, infecciones y sobrevida del mismo a corto plazo. Se analizan dos períodos uno que va entre mayo (2013-2014) donde los AV los realizaba un cirujano vascular y otro período mayo (2014-2015) donde dichos AV son realizado por nefrólogos.

El estudio es de tipo retrospectivo, transversal.

Los resultados fueron los siguientes: acortamiento del tiempo de realización del AV en comparación el primer período con el segundo (31.5 días vs. 15.2 días).

Los resultados con respecto a los fallos primarios y otras complicaciones fueron no fueron significativos estadísticamente.

También se realizó un nuevo AV protésico arteria y vena humeral que únicamente se puede confeccionar con la evaluación previa de un ecografía Doppler del árbol vascular del miembro superior. Esto no se realizaba ya que dependíamos de la evaluación clínica del cirujano.

Por ello concluimos que es muy importante que el nefrólogo realice los AV para los pacientes que después va a tratar y conoce las necesidades de flujo, duración de los mismos.

0049

DISCAPACIDAD: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

PE Bevione¹, F Perretta¹, G Voronovitsky^{1,2}, JL Silva¹, G Magrin¹, AC Martorell^{1,2}, M Lugo².

1. Fresenius Medical Care Pilar, Argentina. 2. Fresenius Medical Care, Área Rehabilitación y Calidad de Vida, Argentina.

Objetivos: medir la carga de discapacidad en pacientes en diálisis es relevante por la creciente prevalencia de enfermedades crónicas discapacitantes y su impacto sobre la calidad de la sobrevivida.

La definición de discapacidad que adoptó la OMS resulta pertinente por el enfoque que abarca dificultades de movilidad y autocuidado así como limitaciones en actividades cotidianas y en participación social.

El objetivo de este trabajo fue explorar las características de una población en HD y establecer si discapacidad es predictora de mortalidad.

Materiales y métodos: se aplicó el cuestionario WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule) a 97 pacientes, registrando durante un año las bajas por óbitos, trasplante y otros motivos.

El cuestionario WHODAS permite establecer el grado de dificultad en 6 dominios de actividad y participación así como un puntaje global en una escala 0-100 que representa niveles crecientes de discapacidad. Estadística descriptiva, Kaplan Meier, regresión de Cox.

Resultados: N=97; hombres 55%; edad 56,4 (17,6) años; mediana años diálisis 4,4; DBT 40%; Alb. 3,8 (0,3), Hb 10,7(1,6); Charlsson 3,5 (1,6); Mediana años escolaridad 7.

Dificultades moderadas, severas o extremas en movilidad 52%, autocuidado 18%; actividades cotidianas 38%; comprensión 29%; participación social 44%; relacionarse 29%.

N según puntaje WHODAS: < 20=50; entre 20-40 =24; entre 40-60 =13; > 60=10.

Mortalidad bruta al año según puntaje WHODAS: < 20=4%; entre 20-40 =12,5%; entre 40-60 =23,1%; > 60=50%.

La regresión de Cox indica factores de multiplicación de riesgo, en relación a quienes tienen un puntaje WHODAS < 20: 3,16 (95%CI, 0,53-19); 7,98 (95%CI, 1,32-48,1); 17,8 (95%CI, 3,41-92,8) para los estratos indicados.

Conclusiones: la carga de discapacidad según WHODAS es un fuerte predictor de mortalidad.

El monitoreo periódico permitiría elaborar estrategias de intervención adecuadas para esta población que presenta una prevalencia de discapacidad de aproximadamente el 50%.

0050

INCORPORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE DIÁLISIS

G Voronovitsky^{1,2}, NG Micheloud^{1,2}, PE Bevione², M Lugo¹

1. Fresenius Medical Care, Área Rehabilitación y Calidad de Vida, Argentina. 2. Fresenius Medical Care Pilar, Argentina.

Introducción y objetivos: la calidad de vida de las personas en tratamiento de hemodiálisis (HD) se ve afectada por restricciones a su independencia funcional, asociadas a: dificultades de movilidad y autocuidado, limitaciones en las actividades y en la participación social, alteración en las rutinas cotidianas.

En un programa piloto de rehabilitación biopsicosocial se incorporó al equipo de salud de un centro de diálisis un especialista en terapia ocupacional.

El objetivo del trabajo fue evaluar, con una métrica apropiada, el resultado de la intervención del Terapeuta Ocupacional.

Materiales y métodos: se aplicó la escala FIM+FAM de independencia funcional a 14 pacientes al comienzo y al año de las intervenciones del terapeuta ocupacional.

La escala FIM+FAM va de un puntaje mínimo que representa asistencia completa, pasando por distintos niveles de asistencia o adaptaciones, hasta un máximo que indica independencia completa.

Las intervenciones del profesional abarcaron dificultades en:

- alimentación, vestido, y aseo
- locomoción y transferencias del cuerpo
- déficits cognitivos
- organización de rutinas

Estadística descriptiva: porcentajes.

Resultados: población: N=14; hombres 60%, media edad 59 (14,7) años; mediana tiempo en diálisis 4,4 años; DBT 60%; otras discapacidades 60%.

Proporción de población según categorías de dependencia funcional FIM+FAM (Basal / 1 año de tratamiento TO): Requiere asistencia (28,6% / 0,0%); Independiente con adaptaciones (57,1% / 28,6%); Independencia completa (14,3% / 71,4%).

Conclusiones: partiendo de una situación en la que el 85% requería asistencia o adaptaciones, al año de tratamiento más de 70% consiguió independencia completa.

La inclusión de un terapeuta ocupacional en el equipo de salud, aprovechando el tiempo que insume la sesión de diálisis, aporta significativamente a la rehabilitación para reducir la carga de la discapacidad en esta población de pacientes en HD.

0064

TALLER DE MEMORIA PARA PACIENTES EN DIÁLISIS - ALGO PARA RECORDAR

N Alonso¹, AC Martorell^{1,2}, NG Micheloud^{1,2}, G Voronovitsky^{1,2}, P Bevione¹, M Lugo².

1. Fresenius Medical Care Pilar, Argentina. 2. Fresenius Medical Care - Área Rehabilitación y Calidad de Vida, Argentina.

Introducción y objetivos: las quejas por trastornos mnésicos aparecen con frecuencia en pacientes sujetos a tratamiento de HD. Estos olvidos comprometerían las actividades de la vida diaria y las rutinas necesarias para lograr buena adherencia al tratamiento.

La escasa reserva cognitiva es señalada como factor de riesgo de padecer un síndrome demencial, influyendo también en la capacidad de reconocimiento de la pérdida de memoria.

En el marco de actividades de rehabilitación psicosocial incorporadas durante las sesiones de HD, se implementó un taller de memoria coordinado por psicóloga, terapeuta ocupacional y musicoterapeuta.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar los efectos de la intervención.

Materiales y métodos: se aplicó cuestionario de quejas mnésicas a 21 pacientes al comenzar y al finalizar el taller de memoria (15 encuentros).

El cuestionario presenta 12 quejas mnésicas que puntúan de 0 (ninguna) a 10 (máximas) sumándose los puntos para obtener el score. Las intervenciones utilizaron recursos musicales para las diferen-

tes técnicas: Agrupación / Asociación / Visualización / Series / Listados.

Estadística: descriptiva

Resultados: población: N=21; hombres 57%, media edad 59,9 (14,9) años; mediana tiempo en diálisis 4,4 años; DBT 42%; discapacidad visual 24%.

· Al finalizar el taller se constató que el 57% mejoró el puntaje, empeoró el 24% y el resto no lo modificó. En el segmento de los mayores de 60 años la mejora alcanzó al 70%.

· Se verificó una mejora entre la media del score basal y el final del 23,8%.

· Las quejas mnésicas en que más pacientes mejoraron fueron: “no encontrar la palabra, perder el hilo de la conversación, olvidar lo acabado de decir y perder objetos”.

Conclusiones: el taller de memoria mejoró el desempeño de más de la mitad de los pacientes

Sería conveniente indagar a futuro si las técnicas aprendidas son utilizadas en las rutinas asociadas al tratamiento, y si aquellos pacientes que mejoraron el score mejoran ciertos aspectos de la adherencia al mismo.

0065

¿ES LA BIOIMPEDANCIA ESPECTROSCÓPICA UNA HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS NUTRICIONALES EN PTS EN HD?

P Avalle, G Lavenia, M Siculo, H Hidalgo.

NEFROSUR Terapias Renales. Rosario. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: la desnutrición es una de las complicaciones con alta prevalencia en HD y está asociada a un aumento de la morbimortalidad. Decidimos evaluar el estado nutricional (EN) de los pacientes en HD valorando la evolución del Índice de tejido magro (ITM) con el Body Composition Monitor (BCM) y comparar los valores con el IMC.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional evaluando el EN de 26 pacientes en HD.

Se analizaron dos mediciones con el BCM con diferencia de 6 meses, estimando la composición corporal.

Se utilizaron el índice de tejido magro (ITM) y el índice de tejido graso (ITG). Además, se incluyó el IMC según fórmula y otras variables (edad, sexo, causa IRCT).

Resultados: se evaluaron 26 pacientes. Edad 61,15 a (r27-87). Tpo en HD 44,81 m (r7-192). Causa IRCT DBT 15%, no DBT 85%. IMC 27,19 kg/m² (15,84-40,52); <23=26%, 23-30=33,33%, 30-35=33,33% y >35=7,69%.

Sexo. Mujeres n=9 (34%), IMC (kg/m²) 25,77-25,35; ITM (kg/m²) 8,73-8,17; ITG (kg/m²) 16,87-17,08. Hombres n=17 (66%), IMC (kg/m²) 27,94-28,2; ITM (kg/m²) 10,83-10,41; ITG (kg/m²) 17,15-17,53.

Causa de ingreso. DBT n=4 (15%), IMC (kg/m²) 34,18-34,14; ITM (kg/m²) 10,5-10,23; ITG (kg/m²) 24,08-23,73. No DBT n=22 (85%), IMC (kg/m²) 25,92-25,95; ITM (kg/m²) 10,03-9,52; ITG (kg/m²) 15,77-16,22.

Edad. <40 n=4 (15,4%), IMC (kg/m²) 26,41-26,66; ITM (kg/m²) 10,48-9,46; ITG (kg/m²) 15,84-17,09. 40-65 n=7(26,9%) IMC (kg/m²) 26,88-26,69; ITM (kg/m²) 9,83-9,29; ITG (kg/m²) 17,18-17,23. >65 n=15(57,7%) IMC (kg/m²) 29,34-29,47; ITM (kg/m²) 10,08-10,76; ITG (kg/m²) 18,9-18,24.

Conclusiones: según lo recomendado para los pacientes IRCT en

HD, en nuestra serie, el 26% tenía un IMC menor a lo deseado y en solo el 33,33% era adecuado.

A pesar de ver una tendencia a que disminuya el ITM y aumente el ITG, sin cambios en el IMC, no pudimos corroborarlo estadísticamente, lo que no permitió que demostramos la utilidad del BCM en la detección precoz de malnutrición en pacientes en HD.

Probablemente con mayor tiempo de seguimiento y una población más grande se logre ese objetivo.

0066

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y ALBÚMINA (ALB) AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON HD Y SU RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN. ANÁLISIS EN 2 SERVICIOS DE NEFROLOGÍA

H Hidalgo¹, G Lavenia¹, M Giudice².

1. NEFROSUR. Terapias Renales. Rosario. Santa Fe, Argentina. 2. Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. Sanatorios integrados. Gálvez. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: probado está el rol que juegan el IMC y la Alb como marcadores nutricionales en pts en HD y su relación con la morbimortalidad. Evaluamos los valores al inicio del tratamiento y su relación con la evolución.

Materiales Y métodos: 124 pacientes en HD. Se recolectaron diversas variables (sexo, edad, causa IRCT, tpo HD, evolución) y se determinó Alb e IMC según fórmula (peso/alt²) al ingreso a tratamiento. Se realizó análisis de la variancia a un criterio y comparaciones múltiples (prueba de Tukey).

Resultados: edad 61,55 a(r16-94), varones 74 (59,7%), mujeres 50 (40,3%). Causa IRCT DBT 37 (29,8%), desc. 29 (23,4%), NAE 20 (16,1%), PQR 11 (8,9%), otras 27 (21,8%). IMC 26,46 (r17,36-43,26), Alb.3,76 (r2,5-5).

IMC <23 n=29 (23,5%), 23-30 n=68 (54,8%), 30-35 n=24 (19,4%) y >35 n=3 (2,4%).

Alb <3,5 n=29 (23,5%), 3,5-4 n=52 (41,9%) y >4 n=43 (34,6%).

No hubo significancia estadística evaluando IMC o Alb en relación con sexo ni con edad, aunque pareciera haber una tendencia a que el IMC fuera mayor en la edad avanzada (<40 22,86 vs >65 26,76).

En relación a DBT/noDBT, se encontró significancia estadística en que los DBT tuvieron mayor IMC (p=0,000006) y menor Alb (p=0,0033).

Se perdió el seguimiento de 22 pacientes (17,7%) por Tx, DPCA y cambio de centro.

De los 102 restantes, 42 (33,9%) siguen HD y 60 fallecieron (48,4%).

Once óbitos en el 1° año (IMC 23,59 Alb 3,37); 14 en el 2° año (IMC 25,18 Alb 3,60); 35 después del 2° año (IMC 27,09 Alb 3,87) y 42 siguen en HD (IMC 27,71 Alb 3,83). Encontramos significancia estadística en IMC y Alb entre los fallecidos en el 1° año y los que fallecieron después de los 2 años y los que aún siguen en HD (ambas p<0,005).

Conclusión: en nuestra serie, según lo recomendado para pts en HD, la mayoría ingresó con IMC y Alb adecuados, esto quizás se deba a la intervención del nefrólogo en el tratamiento del paciente con IRC pre HD.

Como era de esperar por su enfermedad de base, los DBT tenían mayor IMC y menor Alb que los no DBT.

El IMC y la Alb al ingreso a HD tuvieron relación estadísticamente significativa con la evolución en tratamiento.

0079

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CALCIFILAXIS EN HEMODIÁLISIS: REPORTE DE UN CASO

S Priori, V Vázquez.

Centro Nefrológico de La Costa, Argentina.

Objetivos: describir la sintomatología clínica y antecedentes médicos de un paciente en hemodiálisis con calcifilaxis.

Materiales y métodos: se estudió un paciente hombre de 62 años en nuestra institución con diagnóstico clínico de calcifilaxis.

Resultados: paciente hipertenso, diabético, obeso en hemodiálisis hace 6 años. A los 59 años es sometido a angioplastia coronaria, discontinúa estudios pretrasplante. Dos años después nueva angioplastia debido a reestenosis. Simultáneamente comienza con dolores óseos a predominio de cintura escapular y pélvica. La calceemia y la fosfatemia se mantuvieron dentro de parámetros normales con parathormona elevada. Se implementó tratamiento con calcitriol en pulso oral y carbonato de calcio intradiálisis, con posterior rotación a carbonato de sevelamer. A los 61 años amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo y angioplastia exitosa del derecho.

A principios del 2015 aparece dolor repentino en pulpejos de dedos de mano derecha y luego en la izquierda, en zona de trauma repetido por control glucémico. Evolucionan a mácula violácea puntiforme en dedo índice derecho con reticulado cianótico periférico que se repiten en más dedos y progresan rápidamente a úlceras necróticas. Se toma biopsia con insuficiente material para diagnóstico. Se administra pamidronato en infusión mensual endovenosa con mínimo retraso en la progresión de lesiones, no se consiguió tiosulfato de sodio. Paciente con deterioro general, dolor incrementado en diálisis. Pendiente resolución quirúrgica de tejidos desvitalizados.

Conclusión: el conocimiento de la sintomatología de calcifilaxis es clave para su diagnóstico. La asociación de obesidad, diabetes, zona de politraumas y eventos cardiovasculares ha sido previamente descrita. Si bien la biopsia es confirmatoria, el riesgo de infección es alto y puede llevar al empeoramiento del caso. No hay descrito un tratamiento específico, aunque la detección temprana de las lesiones es la medida que mejora el pronóstico.

0085

DERMATOSIS PERFORANTE ADQUIRIDA Y SU PREVALENCIA EN PACIENTES DIALIZADOS

C Merlo, Z Aguad, J Torino.

Hospital Regional Ushuaia, Argentina.

Introducción: la dermatosis perforante adquirida es un trastorno poco frecuente que se caracteriza por la eliminación transepidérmica folicular o no folicular de distintos componentes de la dermis superior, habitualmente colágeno alterado. Se asocia a enfermedades sistémicas como diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica. Ocurre en el 5-11% de los pacientes en diálisis.

Caso clínico 1: varón 44 años, diabético tipo II e hipertenso sin control, en diálisis desde 2010. Presenta lesiones nodulares, pruriginosas que evolucionan en costra en ambas piernas y brazo derecho. Biopsia: hiperplasia acantomatosa con infundíbulo folicular relleno de material córneo; inflamación granulomatosa en der-

mis. Área de abscedación con detritus celulares que migran hacia el epitelio infundibular. Las lesiones se autolimitan sin tratamiento.

Caso clínico 2: varón 48 años, diabético tipo I, hipertenso severo, sin controles. Otros antecedentes: absceso glúteo por stafilococo y artritis séptica de cadera izquierda. En diálisis desde febrero 2015. Presenta lesiones nodulares, algunas costrosas otras hiperpigmentadas en cuero cabelludo, dorso, brazos y piernas de 2 años de evolución, pruriginosas. Sin respuesta a tratamiento local. Biopsia: paraqueratosis en áreas foliculares y adyacentes, con tapones córneos, severo infiltrado inflamatorio linfohistiocitario perivascular.

Ambas biopsias compatibles con dermatosis perforante.

Conclusión: las alteraciones dermatológicas de la enfermedad renal muchas veces son inespecíficas y pasan inadvertidas o subdiagnosticadas en estos pacientes. Los trastornos perforantes de la piel son desordenes de etiología aun incierta y relativamente frecuente en los pacientes en diálisis; siendo la biopsia cutánea típicamente diagnóstica. Consideramos de importancia plantear su realización ante la sospecha de los mismos. Es una patología de manejo terapéutico dificultoso, y que en ocasiones altera la calidad de vida del paciente por el intenso prurito que produce.

0101

MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA CON LCR NORMAL EN PACIENTE IRCTHD

M Mamberti, C Barabani, J Salomone, F Carriquiry, R Garzon, L Malinar, S Maltas, J Ferrigno, M Del Amo.

HIGA San Martin, Argentina.

Paciente masculino de 64 años, con nefropatía diabética, IRCTHD. Se presenta refiriendo cefalea incapacitante, holocraneana de 15 horas de evolución, náuseas, vómitos y mialgias.

Examen físico: RGE, lúcido, TA: 210/100 mmHg, FC: 90 lpm, SAT 96%, FR 12 cpm, T 36,4°C. Buena mecánica ventilatoria, roncus difusos, rales bibasales. Presenta rinorrea y expectoración mucosa. Sin signos de fallo de bomba. Abdomen blando, depresible, indoloro, RHA positivos, catarsis conservada. Glasgow 15/15 sin signos de irritación meníngea, foco sensitivo ni motor. Laboratorio: HTO 23,6%; GB 4.800; PLT 293.000; U 0,65; Cr 4,89. Se solicita RX de tórax y TC de encéfalo, sin datos patológicos. Internación en sala general.

Evoluciona con deterioro del nivel de conciencia y signos de compromiso extrapiramidal. Se realiza nueva TC (sin signos de sangrado) y punción lumbar (LCR: cristal de roca; leucocitos 0 mm³; hematíes 31 mm³; glucorraquia 0,5 g/l; proteínas 0,27 g/l). Ingresó a UCI para control evolutivo y tratamiento. Requiere ARM por deterioro severo del nivel de conciencia. Se recibe informe bacteriológico de LCR que informa BGN. Ante la incongruencia entre LCR y cultivo realizamos nueva punción lumbar (LCR: cristal de roca; leucocitos 5 mm³; hematíes 256 mm³; glucorraquia 0,58 g/l; proteínas 0,28 g/l).

Inicia tratamiento empírico con cefepime.

En ambas muestras de LCR se aísla *Pseudomonas stutzeri* sensible a cefepime. Cumple 21 días de tratamiento antibiótico dirigido con buena evolución clínica. Luego de 10 días de internación se extuba. Pasa a sala general y es dado de alta sin secuelas.

Conclusión: se expone este caso por la particularidad de su presentación clínica; un paciente IRCTHD con meningoencefalitis y LCR anodino, causada por un germen no habitual. A la fecha no hemos encontrado reportes de casos similares en la literatura.

0105

SIGNOS Y SINTOMAS DE APEGO Y DEPRESIÓN DE PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

C Schnidrig², F Repepe¹, A Tecchioli¹, C Castellano², JL De Armas², E Bruno¹.

1 NEFROREAL SRL, Argentina. 2 CEPER Unidad Renal Las Varillas, Argentina.

La depresión es la anomalía psiquiátrica más común en los pacientes con IRCT en hemodiálisis. Puede ser respuesta ante una pérdida y en este caso de rol (familiar, laboral, de las habilidades físicas, cognitivas y sexual, entre otras).

El presente tratado, tiene como objetivo valorar la capacidad del paciente como gestor de su tratamiento, y la capacidad de llevar a cabo el cumplimiento de indicaciones clínicas, como así también identificar signos y síntomas de desapego y depresión; ya que estos últimos son prevalentes en los centros de diálisis. La metodología utilizada fue realizar un estudio prospectivo de cohorte de 24 meses de duración, con población de 57 pacientes de dos centros de diálisis, 34 de sexo masculino y 23 de sexo femenino, cuya edad promedio es de 65 años.

Durante este período de tiempo se realizaron entrevistas personales entre los pacientes y sus nefrólogos, enfermeros y psicólogos de ambas instituciones intervinientes para diagnóstico multidisciplinario y conocer las cifras de morbilidad relacionados a la temática.

El 60% mostró sintomatología depresiva luego de 2 años de tratamiento; aunque alrededor del 40% de esta fracción se encontraba en tratamiento psicoterapéutico y el 60% restante con medicación antidepressiva.

Al momento se puede enunciar que los pacientes con mayor independencia y apoyo familiar demandan menos intervenciones y no deben realizar tratamiento antidepressivo.

La población con signos y síntomas depresivos, son más trasgresores en la ingesta de líquidos, dieta, descuidados en su aseo personal, cumplimiento de la medicación asociada.

La sintomatología depresiva es superior en el sexo masculino y en aquellos pacientes con más de 60 años.

Del punto de vista observacional y tras las intervenciones realizadas nos obliga a utilizar a la educación continua, como una herramienta especializada para replantear los tratamientos impartidos e involucrar a la familia en el acompañamiento de la terapia de diálisis y en tratamiento psicológico.

0106

APLICACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN CEPER UNIDAD RENAL LAS VARILLAS UTILIZANDO EL MODELO DE LA OCUPACION HUMANA

F Repepe¹, C Schnidrig², C Castellano², JL De Armas², A Tecchioli¹, V Lascano².

1 NEFROREAL SRL, Argentina. 2 CEPER Unidad Renal Las Varillas, Argentina.

Introducción: la terapia ocupacional tiene como objetivo promover la salud y el bienestar de las personas a través de la ocupación. El MOHO (Modelo de la Ocupación Humana) considera a la ocupación como un aspecto central en la vida del ser humano, formado por tres elementos interrelacionados, volición, habituación y capa-

cidad de desempeño, los cuales están en constante interacción con el ambiente y se reflejan en lo que las personas hacen.

Objetivos: de acuerdo con estos principios, surge hacer un trabajo en pacientes en hemodiálisis, para describir la causalidad personal, el grado de percepción que poseen de su sentido de capacidad y la percepción de autoeficacia que poseen durante el desempeño ocupacional de actividades que le gustan y/o interesan.

Materiales y métodos: el estudio de tipo exploratorio – descriptivo de corte transversal, tiene un alcance cuali-cuantitativo, no experimental (variables a estudiar nominales y ordinales) y para describir la causalidad personal se aplica estadística descriptiva.

En una población de 24 pacientes en HD se efectuó una entrevista estructurada, utilizando como base algunos aspectos del MOHO.

Resultados y conclusiones: todos los pacientes entrevistados pudieron identificar actividades de interés. A pesar de esto, un 54% (edades entre 45 y 61 años), expresó que actualmente realiza menos actividades de interés que antes de enfermarse y un 25% (edades entre 77 y 90 años), refiere que actualmente no realiza ninguna actividad de interés.

Un porcentaje considerable, opina que actualmente al realizar una actividad piensa que la va a realizar bien. Si bien gran parte de los entrevistados expresan que siempre y ocasionalmente realizan las mismas actividades, un 40% Siempre intentar aprender cosas nuevas.

Este estudio se considera como el punto inicial para continuar indagando y generar estrategias de intervención para la ocupación de los pacientes en diálisis.

0114

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS (CONSIDERACIONES SOBRE LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS)

JG Villalba, LE Gasparotti.

CADRA, Argentina.

Introducción: la dosis de diálisis es un buen marcador de diálisis adecuada y no es un factor aislado sino que influye sobre la corrección de la anemia, el estado nutricional, el control de la hipertensión arterial (HTA) y, lo que es más importante, con la supervivencia global en diálisis. Se ha atribuido a la dosis de diálisis como la causa principal de la mayor mortalidad de los enfermos de USA en comparación con Europa o Japón. En conocimiento de este hecho se realizó un trabajo en el ámbito de la provincia de Córdoba.

Objetivo: conocer la existencia, la magnitud y las causas de la falta de cumplimiento de la dosis de diálisis en la población de pacientes hemodializados de los centros de diálisis de la provincia de Córdoba durante un período de 2 meses en el año 2.014.

Resultados: de un total de 884 pacientes, 803 cumplían con la dosis completa de diálisis. Quedando un remanente de 81 que no cumplían con la dosis total de diálisis con la siguiente distribución: pacientes salteadores: 3,3% y acortadores: 5,5%.

Conclusión: el registro a gran escala muestra que la prevalencia de salteo de sesiones varía de un 0,6% del total en Europa Occidental a casi un 8% en EEUU, mientras que el acortamiento de las sesiones oscila entre un 5,7% de las sesiones en Japón hasta un 20% en EEUU.

En nuestro medio, la provincia de Córdoba, encontramos porcentajes de salteo del 3,3% y con respecto a los acortamientos es del 5,5% por lo que nos encontramos levemente por debajo del mínimo internacional.

En general podemos concluir que nuestras cifras locales, en relación a los centros de diálisis de la provincia de Córdoba, coinciden en general con los menores porcentajes de “no adhesión” al tratamiento dialítico que se cita en estudios multicéntricos.

Y con respecto a las causas, se equilibran en un aproximado 50 y 50% entre las relacionadas a causas relacionadas estrictamente al equipo de salud y las relacionadas estrictamente al paciente.

0118

ESTUDIO GEMEPO: COMPARACIÓN DE UNA ERITROPOYETINA RECOMBINANTE HUMANA (RHUEPO) ALFA BIOSIMILAR CON LA DROGA ORIGINAL EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA (HDC). RESULTADOS PRELIMINARES

A Cusumano, C Cusumano, MP Guerrero, L Leit, A Torriginio.
Instituto de Nefrología Pergamino, Argentina.

Introducción: en Argentina y en Latinoamérica se utilizan varias rHuEpo alfa biosimilares. GEMEPO, estudio en fase IV (registrado en la Comisión Conjunta de Investigación en Salud (CCIS), Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Expte 2919-730/13R), se propuso comparar la efectividad terapéutica, seguridad e inmunogenicidad de una rHuEpo alfa biosimilar producida en el país vs la original en el tratamiento de la anemia de la ERC en pacientes (ptes) en HDC. Se presentan resultados preliminares.

Materiales y métodos: tipo de estudio: piloto, prospectivo, randomizado, simple ciego. Población: 40 pacientes dializados en un solo centro, divididos en 2 grupos para alternativamente recibir biosimilar o droga original (7 meses c/u). Hemoglobina (Hb) objetivo: 10,5-12 g/dl. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba de chi2 de Pearson, la prueba t y ANOVA, según correspondiera.

Resultados: Se randomizaron 48 pacientes (edad media 58,8 años (24-85), 35,4% mujeres, tiempo en HDC 38±46 meses, 27% diabéticos). Siete salieron del estudio por razones no vinculadas.

No se observaron diferencias significativas al momento de rotar la rHuEpo entre ambos grupos (28 pacientes) con respecto a: hematocrito, Hb, dosis de rHuEpo, % saturación transferrina, ferritina sérica, proteína C reactiva, tasa de reducción de urea, tiempo de sesión de diálisis, N° de reusos del filtro; sólo el índice de resistencia a la Epo, pareciera ser < en el grupo con biosimilar (p=0,048). Ningún paciente desarrolló anticuerpos antiHuEpo.

En el grupo total, en seguimiento a 1 año, 27 pacientes presentaron eventos adversos serios, todos no relacionados.

Conclusión: la comparación de un biosimilar de rHuEpo alfa vs la droga original no mostró diferencias significativas en los resultados preliminares con respecto a efectividad e inmunogenicidad en el análisis al momento de rotar la medicación, y a seguridad a 1 año de iniciado el estudio.

0127

HEMODIAFILTRACIÓN DE ALTO VOLUMEN (HVHDF): OPTIMIZACIÓN DEL VOLUMEN CONVECTIVO PROPORCIONADO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA (HDC)

C Najun Zarazaga, C Mengarelli, J Lazzaro, L Sintado, R Silva, A Vinokur, S Mura, R Juárez, L Carranza, S Vignola, A Gautos.
Instituto de Diálisis FME Mansilla, Argentina.

Introducción: en HDF, la depuración de moléculas pequeñas y medianas proporciona, en los pHDC, un tratamiento eficaz. Los beneficios obtenidos en los estudios, controlados y randomizados (RCT) –en especial reducción de la mortalidad– se correlacionan con un alto (VC) volumen convectivo (HVHDF). Nuestro objetivo, fue identificar factores que favorecerían la obtención de dicha “dosis convectiva”.

Materiales y métodos: de acuerdo a los RCT los VC encima de los cuales se obtuvo beneficio en la sobrevida de los pHDC fueron en Contrast > 21.95 l de VC (Sustit±UF), Turkish > 17.4 l de volumen de infusión (VI) y ESHOL >23 l de VC. Entre setiembre 2006 y junio 2015 (0.5 a 7.6 años) se realizaron 19.254 sesiones de HDF en 66 pHDC prevalentes, vintage > de 5 años en 45% de los p, frec. trisemanal 4 hs, varones 65%, edad 62±16.5 años, peso 74±18 kg, sup.corp (BSA) 1.84±0.26 ms, 25% DBT y B2m basales 28.1±12.5 mg/l. Primero con Fresenius 4008 hdf (28 p) y desde octubre 2013, 5008 Cordiax con AutoSub Plus (38 p) para la optimización continua del líquido de sustitución, en forma posdilucional, dializadores Fresenius de alto flujo de diferentes superficies, 73% FAV y agujas 16G. Se analizaron factores que intervendrían en la obtención del VC establecido como dosis mínima convectiva en 22 l.

Resultados: el 80.3 % de los pHDC obtuvieron la dosis convectiva (VC) propuesta. La media de VC fue de 23.8±3.6 l (16 a 31) equivalentes a 13.03±1.88 l/m² de BSA. Los pacientes que obtuvieron dicho VC fueron: hombres 71%, < de 5 años de HDC 62%, > de 60 años de edad 60% y con FAV 76%. Se correlacionó el VC inversamente con el peso, la talla y sup. corporal y positivamente con la superficie del dializador, QB y tiempo de diálisis (p < de 0.05 en todos). El n de p no permitió realizar una regresión logística múltiple.

Conclusiones: considerar las características del paciente, del procedimiento y el equipamiento permiten obtener en HDF la dosis convectiva adecuada.

0130

BUSCANDO EL PESO SECO EN PTS EN HD. EVALUACIÓN CLÍNICA Y USO DE LA BIOIMPEDANCIA ESPECTROSCÓPICA

M Sicolo, P A Valle, H Hidalgo, G Lavenia.

NEFROSUR Terapias Renales. Rosario. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: los pacientes en HD están sometidos a la variación constante en su estado de hidratación lo que tiene repercusiones en la morbimortalidad. El Peso Seco (PS) hasta el momento se había basado principalmente en el examen clínico, a lo que actualmente se agregó la bioimpedancia, la cual es un método no invasivo que permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación. Decidimos evaluar nuestra experiencia en el uso del Body Composition Monitor (BCM) y comparar los resultados del PS obtenido con este dispositivo, con el PS evaluado clínicamente.

Materiales y métodos: se estudiaron retrospectivamente 27 pacientes en los cuales se utilizó el BCM posHD, bimestralmente en tres ocasiones y se comparó con el PS estimado clínicamente, según definición. Además, se evaluaron otras variables (sexo, edad, tpo HD, causa de ingreso).

Resultados: fueron 27 pacientes; 18 varones (66,6%). Edad 60 a (r25-86). Tpo HD 48m (r7-180). DBT 5(18,5%) Desc. 4(14,8%) NAE 8 (29,6%) y otras 10 (37,1%).

Se evaluó el PS clínicamente (prom 74,03 Kg, +28,9) y se realizaron 81 mediciones con el BCM (prom 73,65 Kg, +28,56).

Se comparó el PS clínico y el obtenido por BCM y encontramos, en contra de lo que suponíamos, que en 30 mediciones (37%) el PS BCM estaba por encima del PS clínico; en 17 (21%) había concordancia (PS BCM = ><0,2 PS clínico) y en 34 (42%) el PS BCM era menor.

Conclusión: en nuestro estudio, en el 63% de las mediciones (n 51) vimos lo que esperábamos, que el PS BCM fuera menor o igual que el PS clínico y que nos orientara en el "real" PS del pt; mientras que en el 37% (n 30) no se cumplió lo esperado y el PS BCM fue mayor. Por lo tanto, el uso del BCM en el manejo de los pts en HD es una herramienta de utilidad que se suma a la hora de objetivar el PS, pero en cierta forma comprobamos, que no debe reemplazar a la evaluación clínica, si complementarla.

Muy probablemente, con el tiempo, aprenderemos a utilizar todas las posibilidades que nos brinda el uso de esta tecnología.

0141

SALVATAJE DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS NATIVAS (FAVN) TROMBOSADAS

R Luxardo, L Gómez Rasjido, N Zabala, G Bratti, A Heredia, C Mombelli, M Bedini R, C Schreck, JM Rabellino, S Crucelegui, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

La pérdida de la FAVn es un problema frecuente en los pacientes en hemodiálisis y está asociado a un aumento de la morbi-mortalidad. En la actualidad, el tratamiento endovascular (tromboaspiración manual con catéter, dispositivos de trombectomía mecánica, fibrinólisis) y la cirugía a cielo abierto, son las modalidades terapéuticas de elección. Sin embargo, cuando la trombosis es extensa, en general, se abandona el acceso.

Objetivo: describir una técnica endovascular innovadora para el tratamiento de FAVn con trombosis extensa mediante la colocación de stents autoexpandibles descubiertos de nitinol (*Stent Tunnel Technique* STT). Estos generan un túnel de flujo, cubriendo la totalidad de los sitios de punción del acceso para las sesiones de hemodiálisis.

Resultados: se colocó STT a 6 pacientes. Edad 63 años. 4 mujeres. La localización del acceso vascular fue 2 radiocéfálico, 2 braquiocéfálico, 1 húmero-cefálico y en el restante basilico-humeral. La mediana de tiempo de permeabilidad primaria (desde el momento de la confección del acceso hasta la oclusión y realización del procedimiento endovascular) fue de 42 meses. PRU promedio previo a la realización del procedimiento fue 78. Ninguno de los 6 pacientes presentó complicaciones inmediatas relacionadas al procedimiento. PRU promedio posterior al procedimiento 78. La mediana de tiempo de permeabilidad secundaria fue de 15 meses, 2 pacientes presentaron oclusión del acceso vascular intrastent. En ambos casos se encontró en la evaluación angiográfica fractura del stent en el sitio de punción. Luego de realizarse tromboaspiración se recolocó un nuevo stent sin complicaciones. A la fecha la totalidad de los pacientes presentan sus accesos permeables.

Conclusión: El tratamiento con *Stent Tunnel Technique* constituye alternativa para el tratamiento de FAVn trombadas, cuando otros procedimientos terapéuticos no pueden ser llevados a cabo, ya que nos permite prolongar la vida del acceso con elevada permeabilidad y baja tasa de complicaciones.

0149

SEGURIDAD Y EFICACIA DEL USO DE PROMETHEUS EN PACIENTES CRÍTICOS CON FALLA HEPÁTICA.

REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

H Pérez Teyseyre, D Fabriani, S Crucelegui, F Varela, G Greloni, G Bratti, ML Coli, R Bergounian, L Ríos, A Gadano, S Giannasi, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: las enfermedades hepáticas afectan a un 10% de la población y la falla hepática aguda (FHA) compromete alrededor de 5 millones de pacientes/año en occidente. La escasez de órganos para trasplante hepático (TH) y la alta mortalidad obligan a buscar nuevos tratamientos. Las técnicas de soporte hepático son alternativas terapéuticas como "puente" al TH o como tratamiento sustitutivo hasta la recuperación de la función hepática, las mismas combinan los principios de hemodiálisis con difusión facilitada, adsorción y/o fésis. Dentro de estas técnicas se destaca el soporte hepático extracorpóreo por adsorción fraccionada (Prometheus).

Objetivo: describir nuestra experiencia de 4 años con el uso de Prometheus.

Materiales y métodos: estudio observacional y retrospectivo. Para determinar la eficacia se evaluaron los valores de bilirrubina, TGO, amonio y lactato antes y después del procedimiento. Para evaluar la seguridad se determinaron los valores de albúmina, recuento de plaquetas, RIN y tiempo de protrombina, así como los valores de TAM. Se realizó T test pareado para los valores antes y después de cada procedimiento.

Resultados: se incluyeron 31 pacientes, edad 45 ± 18 años, 10 mujeres, MELD 37 ± 8 ; 59% en ARM, 67% con inotrópicos, internados en la UCI. Las causas de FHA fueron hepatitis viral 33%, hepatitis tóxica 19%, hepatitis isquémica 16%. Un 34% de los pacientes recibieron un TH. La mortalidad fue del 48%. Se realizaron 48 tratamientos. Se observó un descenso significativo de los valores de bilirrubina, TGO, amonio y lactato. El RIN, el tiempo de protrombina y los valores de plaquetas no mostraron descenso significativo. La albúmina mostró un descenso promedio de 0.2 ± 0.1 mg/dl ($p < 0.05$). No se detectó descenso significativo de la TAM.

Conclusión: este es el reporte de serie de casos más grande de nuestro país con el uso de Prometheus. Demostramos su efectividad bioquímica y seguridad en los pacientes con insuficiencia hepática y estado crítico.

0152

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A COLESTASIS POR CONSUMO DE ESTANOZOLOL. A PROPÓSITO DE UN CASO

H Pérez Teyseyre, L Jakimeczuk, D Fabriani, L Ocampo, G Barrera, G Bratti, CF Varela, G Greloni, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el estanozolol pertenece al grupo de los andrógenos. Es un anabólico que actúa estimulando la síntesis proteica, si bien su uso está prohibido para deportistas profesionales, en el ámbito amateur su consumo es habitual para mejorar el rendimiento físico. No hay estudios controlados que demuestren su utilidad para tal fin. Dentro de los efectos adversos se describe la colestasis

hepática no obstructiva. Dentro de las causas de insuficiencia renal aguda (IRA) la nefrosis colémica representa un espectro de lesión renal que abarca desde tubulopatía proximal hasta la formación de cilindros biliares intrarrenales encontrado en pacientes con disfunción hepática grave.

Caso: Paciente masculino de 46 años, previamente sano, que realiza ejercicio físico en forma deportiva. Para mejorar el rendimiento utilizó anabólicos, corticosteroide, testosterona y estanozolol intramuscular durante 2 meses. Consulta por cuadro de colestasis e insuficiencia renal (IR) progresiva, evoluciona con falla hepática fulminante. Se inicia tratamiento con Prometheus considerado un procedimiento de reemplazo de la función renal y hepática, continuando con hemodiálisis de paso simple de albúmina, logrando el descenso de los niveles de bilirrubina total (50 a 8 mg/dl). Luego de 17 días de mantener niveles Bilirrubina total en 8 mg/dl presenta mejoría de la función renal, encontrándose luego de 33 días de internación sin requerimiento de terapia de reemplazo renal. Intercurre con shock séptico con falla multiorgánica, requerimiento de hemodiálisis para sustituir la función renal falleciendo luego de 3 meses de internación.

Conclusión: la IRA se observa asociada a colestasis grave y severa disfunción hepática secundaria al uso de esteroides anabólicos. Este caso presenta recuperación de la función renal asociada al descenso de los valores de bilirrubina. Presentamos el siguiente caso por la infrecuente asociación entre IRA y colestasis no obstructiva asociada a estanozolol.

0160

ESTUDIO DE ERITROBLASTOPENIA POR ANTICUERPOS ANTIERITROPOYETINA EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS

ME Cordi¹, A Quinteros¹, M Bina¹, C Zaguirre¹, S Carbel¹, S Peralta¹, A Berterech¹, M Rodriguez², C Idoria¹, RA Maldonado¹, M Salguero², E Gonzalez².

1. Servicio de Nefrología y Trasplante, Clínica Privada Vélez Sarsfield, Córdoba, Argentina. 2. Servicio de Hematología, Clínica Privada Vélez Sarsfield, Córdoba, Argentina. 3. Centro de Diagnóstico Molecular S.A, CABA, Argentina.

La aplasia pura de células rojas mediada por anticuerpos anti-eritropoyetina (Ac Anti-EPO) es una condición muy rara pero devastadora, que afecta a pacientes que reciben tratamiento con eritropoyetina recombinante humana (EPO) o agentes estimuladores de la eritropoyesis (ESA) con anemia repentina a pesar del tratamiento. Los pacientes afectados son politransfundidos sin lograr beneficios y los exámenes de la médula ósea muestran ausencia de células progenitoras eritroides.

Objetivos: detectar la incidencia de eritroblastopenia pura por Ac Anti-EPO en un centro de hemodiálisis de alta complejidad y reportar un paciente detectado en nuestro programa de HD.

Materiales y métodos: se realiza el análisis 7/59 pacientes de nuestro centro de HD que fueron seleccionados para investigar Ac Anti-EPO mediante la técnica de inmunoprecipitación de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: >8 semanas de EPO o ESA, caída de Hb de 0.7-1 g/dl/sem sin transfusiones o necesidad de transfusión IUGRS /semana o mas para mantener Hb adecuada con uso continuo de EPO en progresivo incremento, reticulocitos

<10.000/μL, leucocitos y plaquetas normales, saturación de transferrina y ferritina serica elevada.

Resultado: del total de 59/7 ptes (11.8%) cumplieron criterios de inclusión y solo uno fue positivo para Ac Anti-EPO (14.3%) a títulos de 1/5000.

Caso clínico: hombre de 75 años con antecedentes de HTA, ex-tabaquista, CIT, en HD desde enero/2013 con Hb promedio 8.4 g/dl y Hto 25%. En noviembre/2013 se objetiva caída brusca Hb 4.5g/dl con requerimiento de >20 UGRS, descompensación e internación en UTI, se realiza biopsia MO: aplasia eritroide total. TAC tórax y parvovirusB19 normales.

Conclusiones: resaltamos a la aplasia pura de células rojas que persiste como evento adverso extremadamente raro del tratamiento con agentes ESA. A pesar de ello debemos pensarlo y realizar una pesquisa rápida y tratamiento inmunosupresor oportuno para evitar su alta mortalidad.

0165

HIPOMAGNESEMIA EN LOS PACIENTES EN DIÁLISIS: EL ION OLVIDADO

S Crucelegui, Y Sarabia, H Loor Navarrete, R Philippi, M Bedini Rocca, C Mombelli, R Luxardo, A Heredia Martínez, H Pérez Teyseyre, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el magnesio (Mg) es el cuarto catión más abundante en el cuerpo y el segundo en el intracelular. Interviene en reacciones bioquímicas, juega un rol importante en el metabolismo fosfocálcico. No se incluye en el laboratorio de diálisis.

Objetivo: evaluar prevalencia de hipomagnesemia en diálisis y factores relacionados.

Materiales y métodos: estudio prospectivo, observacional en pacientes en diálisis. Se registraron: datos demográficos, causa de ERC, alimentos fuente de Mg, diuresis, deposiciones, medicación recibida, tratamiento dialítico, laboratorio y composición corporal por bioimpedanciometría. Las variables continuas paramétricas y no paramétricas expresadas como media y desvío estándar o mediana y rango respectivamente. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencia y porcentaje. Se determinó la prevalencia de hipomagnesemia.

Considerando esta última como variable dependiente se realizó estudio univariado y multivariado. Se realizó T test, Wilcoxon, Chi2 o regresión logística según corresponda. Se consideró significativa una p<0.05.

Resultados: se incluyeron 151 pacientes, 54% hombres, edad 53 ± 23 años, tiempo diálisis 66 (3-840) meses. 20 pacientes en HDF, el resto con High Flux diálisis. 46% presentaron hipomagnesemia (1.6 ± 0.19 mg/dl). 4.6% tenían hipermagnesemia. En el modelo univariado la hipomagnesemia estuvo asociada a: más de 7 deposiciones por semana, la diuresis ≥ 500 ml, flujo de diálisis > 500 ml/min, ultrafiltración > 3000 ml, HDF, creatinemia ≤ 6 mg/dl, calcemia < 8.5 mg/dl y fósforo < 2.5 mg/dl, el no uso de sevelamer, consumo de alimentos fuentes < 90 mg/d. En el modelo multivariado las variables asociadas fueron: HDF, deposiciones aumentadas y presencia de diuresis.

Conclusiones: la hipomagnesemia es una complicación muy frecuente en diálisis, y debe ser monitoreada periódicamente. Debe considerarse el debate de cambiar las concentraciones de Mg en el baño de diálisis particularmente en los pacientes en HDF on line.

0166

ESTADO DE HIDRATACIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON PARÁMETROS DE INFLAMACIÓN Y DE COMPOSICIÓN CORPORAL

R Philippi, S Crucelegui, H Pérez Teyseyre, G Escalante, Y Sarabia, M Bedini Rocca, C Mombelli, R Luxardo, A Heredia Martínez, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la sobrehidratación es frecuente en hemodiálisis, y ocasiona complicaciones cardíacas. Estos pacientes presentan un estado inflamatorio crónico que repercute su estado nutricional y composición corporal, elevando el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Objetivo: analizar asociación entre sobrehidratación e inflamación, y su impacto en la composición corporal.

Métodos: estudio transversal, descriptivo en pacientes en hemodiálisis. Se analizó la composición corporal e hidratación por bioimpedanciometría. El estado inflamatorio se evaluó con análisis de laboratorio. Se definieron dos niveles de hiperhidratación como una relación entre la sobrehidratación (OH) y el agua extracelular (AEC) >15% ó >10%. Las variables continuas paramétricas y no paramétricas fueron expresadas como media y desvío estándar o mediana y rango respectivamente. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencia y porcentaje. Considerando hiperhidratación como variable dependiente se realizó un estudio univariado. Se realizó Ttest, Wilcoxon, Chi2. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: se incluyeron 124 pacientes, 51% hombres. Media de edad: $59,4 \pm 20$ años. Meses de tratamiento: 66,7 (1-286). Pacientes con hiperhidratación >15%: 20%. Este grupo presentó diferencias significativas en hemoglobina (Hb) ($p < 0.01$), albúmina ($p < 0.01$) y en el índice de resistencia a la eritropoyetina (IRE) ($p < 0.01$). Esta cohorte presentó un índice de tejido magro menor ($p < 0.01$), pero no se hallaron diferencias significativas en cuanto al IMC y al índice de tejido graso. Con punto de corte >10%, ascendió a 37%. Solo persistió la diferencia en albúmina ($p < 0.01$). Se halló diferencia en cuanto al IMC ($p < 0.01$), el índice de tejido graso ($p < 0.05$) e índice de tejido magro ($p < 0.01$).

Conclusiones: consideramos que debemos establecer un punto de corte más estricto para la sobrehidratación (<10%) ya que esta cohorte presenta mejoría de la inflamación y con esto menor riesgo cardiovascular.

0168

CATÉTERES TRANSITORIOS PARA HEMODIÁLISIS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

LN González, M Rodenas, N Domínguez, J Marín, N Ferragut, HD Sarano, H Hidalgo, A Monje, MA Giudice.

Hospital Provincial del Centenario, Argentina.

Objetivos: estudio descriptivo, diseño de campo no experimental y retrospectivo para evaluar eficacia y complicaciones asociadas a la colocación de catéteres para hemodiálisis durante un periodo de dos años en un hospital público de la ciudad de Rosario.

Materiales y métodos: se evaluaron pacientes adultos en quienes se colocó catéter central doble lumen transitorio para hemodiálisis en el período comprendido desde 1 junio de 2013 hasta 31 mayo 2015. Se colocaron un total de 205 catéteres en 130 pacien-

tes. Todas las instrumentaciones fueron realizadas por residentes en formación en el área de Nefrología. Los catéteres yugulares fueron colocados bajo guía ecográfica. Se analizaron las complicaciones tempranas y tardías, así como las eventuales causas de retiro.

Resultados: se colocaron 205 catéteres, 104 yugulares (50,7%), 101 femorales (49,3%) en un total de 130 pacientes, 83 varones (64%) y 47 mujeres (36%), edad promedio 51,3 (15 a 86). 82 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal (63%) y 48 con insuficiencia renal aguda (37%). Se dividió a las complicaciones en dos grupos: tempranas y tardías. Tempranas: punciones arteriales 14, 8 en accesos yugulares (7,6%) y 6 femorales (7,6%), neumotórax 1 (0,9%). Tardías: infecciones 44, 25 yugulares (24%) y 19 femorales (18,8%); trombosis 10, 4 yugulares (2,8%) y 6 femorales (5,9%); mala dinámica 64, 29 yugulares (27,8%) y 35 femorales (34,6%). Como causa de retiro más frecuente se observó la infecciosa 43, 24 yugulares (23%) y 19 femorales (18,8%) seguida de mala dinámica 37, 16 yugulares (15,4%) y 21 femorales (20,8).

Conclusión: revisando los datos publicados en bibliografía internacional, los resultados no difieren de los obtenidos por nuestro Servicio.

0176

VALORACIÓN DE ORINA COMPLETA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN EL HOSPITAL SAN BERNARDO, SALTA

L Corredor, G Ramos, B Galli, N Cacciabue, V Sabluk.

Hospital San Bernardo de Salta, Argentina.

Objetivo: valorar el examen de orina como herramienta para diagnóstico y futuro seguimiento de enfermedad renal en familiares de pacientes con ERC estadio V.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y prospectivo en familiares de pacientes con ERC estadio V de noviembre de 2014 a mayo de 2015. Consignamos las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales del familiar (clínica nefrológica, factores de riesgo) y sus alteraciones en el examen de orina. La muestra se obtuvo por técnica aséptica y adecuada, siendo enviada antes de una hora al laboratorio.

Resultados: se evaluaron 56 muestras de orina de los familiares correspondientes a 24 pacientes. Los familiares tenían edades comprendidas entre 11 y 40 años. De los cuales 58% (33) de sexo femenino y el 43% (23) de sexo masculino. El parentesco más frecuente: hijos 75% y hermanos 14%. El 93% no refería signos ni síntomas urinarios. Los factores de riesgo más frecuentes fueron ITU a repetición y cólico renal. En cuanto al examen físico los hallazgos fueron: Ph de la orina entre 4.95 a 6.5 (100%) y la densidad oscilo entre 1010 y 1030 en el total de las muestras. En el examen químico se encontró proteinuria en rango no nefrótico 7% (4) y hemoglobulinuria 3% (2). El examen citológico evidenció: leucocituria 20% (11), piuria 14% (8) y hematuria no glomerular en el 14%(8).

Conclusión: el trabajo nos permitió determinar población de riesgo y realizar seguimiento y prevención de enfermedades renales.

Hallazgos en el examen de orina completa		
pH orina	4.95-6.51	100%
Densidad	1010-1030	100%
Proteínas	4	7%
Leucocituria	11	20%
Piuria	8	14%
Hematuria no glomerular	8	14%

0177

RELACION ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS Y SU PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS

E Müller, A Peñalba.

Diaverum Tucumán, Argentina.

Introducción: Guías de Práctica Clínica recomiendan FAV como mejor acceso vascular para hemodiálisis, dependiendo su realización del árbol vascular del paciente. El propósito fue establecer prevalencia de FAV como primer AV en diabéticos y factores asociados comparados con No diabéticos

Materiales y métodos: se incluyeron 50 pacientes al ingreso a HD. Se registró edad, sexo, DBT, tiempo desde el diagnóstico de DBT, complicaciones crónicas de DBT: retinopatía, amputaciones, cardiopatía isquémica, HTA, control diabetológico previo al ingreso, tratamiento con insulina, control nefrológico prediálisis, ingreso desde internación o ambulatorio, acceso vascular definitivo (PTFE o FAV), y antecedente de catéter transitorio previo. Se registró PTH, Ca, P y filtrado glomerular por CKD EPI al ingreso.

Resultados: se incluyeron 50 pacientes, edad 55 ± 18 años, 56% varones, 48% DBT, con seguimiento nefrológico 24% e ingreso desde internación 74%. Subpoblación diabética presentó: tiempo de evolución de DBT 13 ± 5 años; 87% retinopatía, 48% amputación de miembros inferiores, cardiopatía isquémica 22%, control diabetológico 66%, insulinizados 78%. Al ingreso a HD, HTA 32% con TAS 133 ± 21 mmHg y TAD 80 ± 11 mmHg. FG por CKD EPI $8,4 \pm 3$ ml/min. PTH $30,4 \pm 32,3$ pg/mL; Ca $8,7 \pm 0,6$ mg/dL; P $4,7 \pm 0,9$ mg/dL. El primer AV fue 68% FAV y 32% PTFE. El 84% ingresó con catéter transitorio antes de su AV definitivo; no hubo diferencia entre DBT y no DBT con frecuencia de FAV (pNS). Pacientes con PTFE tuvieron mayor frecuencia de catéter previo que con FAV ($p < 0,04$), PTH más elevada $472,9 \pm 418$ vs $228,6 \pm 239$ pg/mL ($p < 0,05$) y mayor nivel de fósforo $4,5 \pm 0,9$ mg/dL vs $5,2 \pm 0,5$ mg/dL ($p < 0,03$) ajustado por DBT. Cardiopatía isquémica fue más frecuente en DBT y determinante del primer AV con menos FAV ($p < 0,05$), resto de comorbilidades no fueron factores de riesgo determinantes en el 1° AV (pNS).

Conclusiones: En la población estudiada, no se encontró que DBT y sus complicaciones crónicas sean factor de riesgo determinante para FAV autóloga como primer AV.

0180

PANICULITIS PANCREÁTICA EN HEMODIÁLISIS

CA Castellano, M Castellano, A Lonatti.

CEPER San Francisco, Argentina.

Objetivos: exponer caso clínico de paniculitis pancreática en una paciente en hemodiálisis crónica, considerando que es una entidad poco frecuente y en ocasiones mortal. Diferenciar lesión de paniculitis pancreática de otras paniculitis que podrían afectar a un paciente en diálisis.

Materiales y métodos: presentación de caso clínico descriptivo con recolección estudios complementarios (laboratorio, TAC, anatomía patológica).

Resultados: paciente de 53 años de edad, sexo femenino con poliquistosis renal en hemodiálisis crónica iterativa desde hace cinco meses que presenta pancreatitis aguda con amilasa y lipasa séricas elevadas. Después de 48 horas de realizada TAC de abdo-

men con contraste (meglumina) presenta dolor en zona posterior del tobillo derecho con aparición progresiva de nódulos en abdomen, miembros superiores e inferiores con eritema e intenso dolor que le ocasiona impotencia para deambular debiendo utilizar apoyo para desplazarse. Febrícula y astenia como manifestaciones concurrentes. Dolorida, se indica reposo, miembros extendidos y analgésicos, con descenso de valores enzimáticos. Se biopsia lesión de tipo nodular de la pierna derecha que confirma el diagnóstico (paniculitis lobular con áreas focales de necrosis). Evolución favorable de sus lesiones, siendo seis meses después trasplantada con donante vivo relacionado.

Conclusión: la paniculitis pancreática es una complicación rara y en ocasiones grave de la enfermedad pancreática tanto benigna como maligna. En ocasiones precipitada por distintas drogas (corticoides, AINE, azatioprina, ciclosporina, medios de contraste, etc). La patogenia se atribuye principalmente a la lipasa como responsable de la necrosis de los adipocitos. Es importante distinguir estas lesiones de las producidas por calcifilaxis y eritema nodosa entre otras.

0182

DETERIORO COGNITIVO SIN DEMENCIA EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL. DATOS DE UN CENTRO ARGENTINO

M Castellano, M Bernarte, CA Castellano, ML Favaro, V Mateo. CEPER San Francisco, Argentina.

Objetivos: evaluar el desempeño cognitivo en una población hemodialítica. Conocer relación entre IRCT y la presencia de deterioro cognitivo, así como la influencia del tratamiento hemodialítico. Identificar otras variables que podrían influir en el desempeño cognitivo.

Materiales y métodos: estudio de diseño cuasiexperimental, de corte transversal. Se incluyeron 25 sujetos adultos, con IRCT en hemodiálisis. Grupo control compuesto por 4 sujetos sanos. Se registraron los antecedentes clínicos, información sobre diálisis y análisis de laboratorio. Se realizaron entrevistas individuales aplicando el test Neuropsi, siendo realizados por un único operador.

Resultados: el 36% de los pacientes presentaban alteraciones en atención y funciones ejecutivas y el 24% presentaban alteración en Memoria. Los pacientes con resultados alterados en Atención y funciones ejecutivas presentaba mayor edad y proporción de mujeres aunque sin significación estadística, además mayor porcentaje de HTA, cardiopatía isquémica y tabaquismo. Este grupo tenía niveles más bajos de hematocrito ($32,11 \pm 4,96$ vs $35,69 \pm 1,40$, $p = 0,01$) y hemoglobina ($10,67 \pm 1,55$ vs $11,98 \pm 0,51$, $P < 0,01$) y una tendencia a valores de colesterol total y triglicéridos más bajos. Los pacientes con resultados alterados en memoria presentaban una mayor cantidad de episodios de hipotensión ($5,83 \pm 2,64$ vs $2,63 \pm 3,29$; $p = 0,04$), una mayor proporción de pacientes con HTA ($66,7\%$ vs $26,3\%$; $p = 0,07$) y niveles más bajos de hemoglobina ($10,72 \pm 1,75$ vs $11,76 \pm 0,84$, $P = 0,05$); sin presentar diferencias significativas en cuanto a niveles de metabolismo fosfocálcico, PTHi, albúmina, glucemia ni lípidos.

Conclusiones: los pacientes en HD son una población de alto riesgo y con mayor prevalencia de trastornos cognitivos. Tanto las causas comórbidas asociadas con enfermedad vascular crónica como los trastornos de inflamación y malnutrición son factores que se encuentran asociados a peores resultados.

0185

CARGA DE DISCAPACIDADES EN POBLACIÓN ARGENTINA EN DIÁLISIS

G Voronovitsky, M Lugo.

Fresenius Medical Care, Área Rehabilitación y Calidad de Vida, Argentina.

Objetivos: en la población en diálisis hay una creciente presencia de multimorbilidad, edad avanzada y bajo nivel socioeconómico.

La medición de la carga de discapacidad asociada importa por su impacto sobre la calidad de la sobrevivida que proporciona la diálisis. El objetivo del trabajo fue establecer la asociación de discapacidad con diabetes (DBT), edad y nivel de instrucción en población argentina en diálisis

Materiales y métodos: se aplicó el cuestionario WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule) a 4454 pacientes. WHODAS establece el grado de dificultad en 6 dominios de actividad y participación social - movilidad, autocuidado, comprensión, actividades, participación social, relaciones - así como un puntaje global (Score) en una escala 0-100 que representa niveles crecientes de discapacidad.

Estadística descriptiva: Chi cuadrado, Riesgo Relativo (RR), Odds Ratio [OR]

Resultados:

Población: hombres 55,3%; diabetes 28%; mediana edad 60 años; mediana años en diálisis 3; mediana años de escolaridad 7.

La carga de discapacidad - entendida como dificultades moderadas, severas o extremas - está asociada a Scores WHODAS superiores a 20.

- En esta población 41,4% tiene Score >20.
- Diferencias significativas de Scores WHODAS (Pearson < 0,05) según DBT, edad >6<= a 60 años y años de escolaridad >6<= a 7 años.
- Riesgo de discapacidad en pacientes DBT y > 60 años y <7 años de escolaridad respecto a pacientes No DBT y <= 60 años y > 7 años escolaridad RR = 4,02 OR = 11,31
- Efecto nivel educativo: RR=2,04 y OR=2,63 para No DBT y <= 60 años y <=7 años escolaridad respecto a NoDBT y <= 60 años y >7 años escolaridad.

Conclusiones: WHODAS detecta que más del 40% de nuestra población en diálisis ve afectadas sus posibilidades de desplegar actividades y participación social por la carga de discapacidad que soportan.

Diabetes y/o edad avanzada y/o escaso nivel de instrucción son factores de riesgo, ascendiendo a 70% la incidencia de discapacidad cuando se suman los tres factores.

0197

CATÉTERES INTRAURICULARES, UNA OPCIÓN ANTE EL AGOTAMIENTO DE ACCESOS VASCULARES

R Hoyos, M Ayala, M Grizzo, S Belforte, M Raño, D Di Tulio, R Schiavelli.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, División de Nefrología y Trasplante Renal. CABA, Argentina.

Introducción: el número de pacientes con enfermedad renal terminal con requerimiento de diálisis aumenta cada año en todo el mundo, la falta de un acceso vascular adecuado impide obtener un buen tratamiento dialítico

Los problemas relacionados con el acceso vascular representan las principales causas de hospitalización y mortalidad en pacientes bajo este tipo de tratamiento.

Existen tres tipos de accesos vasculares: la fístula arteriovenosa autóloga, acceso de mayor supervivencia por contar con escasas complicaciones y una permeabilidad elevada; las prótesis de poli-tetrafluoroetileno; y los catéteres venosos centrales con una supervivencia y permeabilidad inferior debido a trombosis, infecciones y mal funcionamiento, por ello su uso sólo debe considerarse como accesos transitorios.

Se presenta el caso de una paciente con último acceso vascular y sin posibilidades de realizar diálisis peritoneal.

Caso Clínico: paciente de sexo femenino, 56 años de edad, con antecedentes de ERC en HD desde 2013 secundario a nefropatía diabética, con enfermedad vascular periférica, amputación de MMID y retinopatía diabética, con múltiples accesos venosos (fallas secundarias por obstrucciones, mal funcionamiento e infecciones) FAV en ambos miembros superiores, catéteres permanentes en 4 miembros y múltiples catéteres transitorios. Se colocó catéter semipermanente en aurícula derecha, a través de mini oracotomía anterior derecha bajo anestesia general habiéndose realizado previamente ecografía Doppler y venografía de 4 miembros demostrando obstrucción de todos los lechos vasculares.

Luego de la colocación exitosa del catéter y su buen funcionamiento, se indicó el alta hospitalaria, continuando actualmente en hemodiálisis sin complicaciones reportadas.

Conclusión: la colocación de catéteres intrauriculares se consideraran técnicas de última opción en aquellos pacientes que presentan agotamiento de accesos vasculares, no aptos para la diálisis peritoneal o trasplante renal.

0216

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CRÓNICO DE HEMODIÁLISIS

M Gini.

Nefrología HIG Rosario, Argentina.

El propósito de la investigación fue recabar datos acerca de la situación de los pacientes crónicos en hemodiálisis del Hospital Italiano Garibaldi de la ciudad de Rosario. El estudio fue realizado durante el primer semestre del año 2015 y permitió describir primeramente indicadores acerca de la calidad de vida de aquellas personas en tratamiento de hemodiálisis. Como objetivo a largo plazo, se espera poder transferir información que habilite estrategias de intervención, y posibilidades de trabajo interdisciplinario.

Analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), autopercebida, entendida como el bienestar físico, emocional y social de los pacientes crónicos de hemodiálisis interesa a la Psicología para ampliar el horizonte de trabajo en instituciones considerando a los pacientes integralmente. La población de esta investigación está constituida por pacientes de más de 3 meses de tratamiento de hemodiálisis quienes respondieron el cuestionario *Kidney Disease Quality of Life - 36 ítems (KDQOL-36)* de manera anónima, voluntaria y gratuita.

Los resultados obtenidos en relación a limitaciones generales de actividades y tiempo de trabajo son los más sobresalientes con un 71,4%, también podemos remarcar los resultados aparentes de una salud buena arrojan un 45%, y el 40% refiere a una carga para su familia entre otros.

En los resultados este equipo de investigación se enfrenta a repensar respecto de la CVRS, las dimensiones que son modificables y nuevas estrategias de abordaje para la contención de la cronicidad como forma de vida de estos pacientes.

0219

PAPEL DE LA BIOIMPEDANCIA COMO HERRAMIENTA EN EL CONTROL HÍDRICO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

C Recalde, M Bello, C Arruabarrena, A Herou, S Gonzalez, Z Pastorini, F Cano, J Diaz, L Solá.

CASMU, Uruguay.

Objetivo: evaluar si la bioimpedancia puede ser una herramienta para optimizar el control hídrico en ptes en hemodiálisis.

Materiales y métodos: se registraron edad, sexo, DM, IMC, peso seco estimado (PSE), promedio en el mes previo de: PAS, PAD, ganancia de peso interdialisis (GID), volumen de ultrafiltración (UF VOL), episodios de hipotensión y uso de fármacos antihipertensivos. Se usó equipo de bioimpedancia multifrecuencia (BCM Fresenius Medical Care).

Se clasificaron: sobrecarga de líquido posdiálisis y analizados respecto PAS, PAD, episodios de hipotensión y uso de drogas.

Se calculó la diferencia entre PSE clínicamente y el brindado por bioimpedancia como ΔPESO. Se catalogó según éste: deshidratado (< -1 kg), normohidratado (entre -1 y 1 kg) sobrehidratado (> 1 kg). Los datos cuantitativos se expresan: media ± desviación estándar, se compararon mediante la prueba t y las variables categóricas se comparan mediante chi cuadrado.

Se consideraron diferencias significativas p < 0.05.

Resultados: N: 83 pacientes, 62,6% hombres, edad 67,8±7,9 años, 32,5 % DM, IMC 29,6 ± 8.4.

La media de la PAS 132±15, PAD 73±8,5, GID 2,67±0,95 kg y el UF VOL 2,0±0,9 l.

El 50.6% tuvieron al menos un episodio de hipotensión intradiálisis y 55.1% estaban con antihipertensivos.

Sólo 19 pacientes tuvieron PAS≥140, 4 PAD≥90.

La mediana de ΔPESO -1.3 (IQ: -2.8-0.00). Cuarenta y seis pacientes estaban deshidratados, 28 normohidratados y 9 sobrehidratados.

Los episodios de hipotensión fueron significativamente más frecuentes en los pacientes deshidratados vs el resto (60.9 vs 37.8 %).

Los pacientes deshidratados tenían mayores GID (3.10±0.11 vs 2.20±0.14) menor edad (65.3±1.9 vs 70.8±2.1) mayor UF (2428 ±116 vs 1532 ±129 ml) y mayor IMC (31.5±1.46 vs 27.2 ±0.83).

Conclusiones: En esta población los pacientes llegan a deshidratación posdiálisis acompañado de buen control de PA y ocasionando episodios de hipotensión intradiálisis.

El ajuste del peso seco de acuerdo a la bioimpedancia podría mejorar la tolerancia a la diálisis.

0225

RESPUESTA A LA PRUEBA DE TUBERCULINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V

GV Ramos¹, L Corredor¹, A Echazú¹, B Galli¹, M Canteros², R Franco², J Medrano².

1 Hospital San Bernardo, Argentina. 2 Hospital Señor del Milagro, Argentina.

Objetivos: determinar respuesta a la prueba de tuberculina (PPD) en pacientes con ERC estadio V de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Bernardo y valorar su proyección como herramienta complementaria para el diagnóstico de TBC.

Material y métodos: se registró edad, sexo, IMC, causas ERC, tiempo en hemodiálisis, antecedentes de contacto y tratamiento previo TBC, PPD 1° y 2° aplicación (BOOSTER) y lectura a las 48 horas (PPD dosis 0,1 ml/ concentración 2 UT intradérmica).

Resultados: evaluamos 71 pacientes, 48% de sexo femenino y 52% masculino. La edad promedio fue de 53 años. Las causas más frecuentes de ERC se repartieron entre DBT e HTA. En cuanto a IMC el 45% presentaron sobrepeso, 2% bajo peso. Tiempo promedio en HD fue de 60 meses. Sólo 5 pacientes evidenciaron contacto previo y 1 caso cumplió tratamiento para TBC ganglionar. El 11,2% no presentó cicatriz de BCG. Los datos acerca de la PPD, se muestran en Tabla.

Valor de PPD	N° de pacientes	% de pacientes
PPD ≥5 mm	16	22,53
PPD ≤5 mm	18	25,35
PPD ≥ 5 mm con BOSTER	5	7,04
PPD ≤ 5 mm con BOOSTER	6	8,45
PPD 0 c/s BOOSTER	26	36,61

Conclusión: en pacientes con ERC la determinación de la PPD mostró datos positivos con PPD ≥5 mm significativos, y constituye una herramienta complementaria no desestimable para proyectar la presencia de TBC. Surge de esto, ahora, definir que conducta tomar frente a estos pacientes en quienes la Prueba se inclina a decidir iniciar o no profilaxis, que podremos dilucidar en próximos trabajos apoyándose con otros métodos complementarios.

0228

EL ÍNDICE DE VELOCIDAD DE LA ONDA DEL PULSO AÓRTICO-PERIFÉRICA SE ASOCIA CON LA SOBRECARGA DE VOLUMEN EN FORMA INDEPENDIENTE DE LA TENSIÓN ARTERIAL

CN Galli¹, D BiA², R Valtuille³, Y Zócalo², R Armentano¹, El Cabrera Fischer¹.

1. UTN-BA, AIDUF CONICET, Argentina. 2. Universidad de la República del Uruguay. 3. FME-Burzaco, Argentina.

Objetivos: se ha reportado un aumento de la rigidez arterial en pacientes hemodializados. Sin embargo, este aumento no es generalizado y se encontró un desacople entre la elasticidad aórtica y las arterias periféricas. Ello ha sido caracterizado con un nuevo índice que relaciona la velocidad de la onda del pulso (VOP), carótido femoral (c-f) con la carótido radial (c-r). Este índice, que asocia la VOP aórtica con la periférica (VOPa-p), tiene alto valor pronóstico. Dado que rigidez arterial se relaciona con los fluidos corporales, los objetivos de este estudio fueron: a) determinar la VOPa-p en una población de pacientes hemodializados, y b) evaluar la asociación potencial entre VOPa-p, parámetros hemodinámicos, variables antropométricas y el estado de hidratación cuantificado por impedancimetría

Materiales y métodos: la VOPa-p fue evaluada en 65 pacientes hemodializados durante 65.35±60.53 meses. A todos ellos se les cuantificó el agua corporal total (TBF), intra y extracelular (ICF y ECF; respectivamente), mediante impedancimetría multifrecuen-

cial. La asociación entre la rigidez arterial y los parámetros hemodinámicos fue analizada, así como las variables antropométricas y estado de hidratación.

Resultados: en la cohorte analizada se encontraron pacientes con valores de tensión arterial altos (26%), sobrepeso (31%), obesidad 29% y sobre hidratación (18.5%). La VOPc-f se encontró aumentada en 27 pacientes (10.74 ± 3.09 m/s). La VOPa-p tuvo una asociación lineal con la edad ($p < 0.001$) y también se asoció con: TBF ($p < 0.05$), ICF ($p < 0.01$), ECF/ICF ($p < 0.001$) y ECF/TBF ($p < 0.001$). En tanto que los valores de VOPc-f y VOPc-r, además de asociarse a parámetros hídricos y antropométricos lo hicieron con la tensión arterial.

Conclusiones: la VOPa-p se asoció significativamente con la edad y con el estado de hidratación pero no con la tensión arterial. Por lo que se trataría de un índice presión arterial independiente que depende de la edad y de la hidratación.

0230

ACCESOS VASCULARES EN HEMODIÁLISIS Y SU INFLUENCIA A LARGO PLAZO SOBRE LA MORBIMORTALIDAD

MF Fernández, M Sículo, M Villaruel, M Cabrera, FR Acosta, CA Mascheroni.

Servicio de Nefrología San Pedro, Argentina.

Introducción: el acceso vascular (AV) es fundamental en hemodiálisis crónica (HDC) y puede tener influencia en la morbimortalidad (MM) de los pacientes.

Objetivos: analizar la influencia de los diferentes tipos de AV y de variables habituales en la MM a largo de plazo en una población en HDC.

Materiales y métodos: incluimos todos los pacientes ingresados a HDC en 14 años. Registramos todos los AVs (catéteres transitorios (CT), permanentes (CP) y FAVs), los episodios de infecciones asociadas a catéter (IAC), variables de laboratorio habitual y de adecuación dialítica, internaciones (Int), causas de muerte y sus interrelaciones por diferentes métodos estadísticos.

Principales resultados: analizamos 170 pacientes (101/69 M/F), 51 (30%) DBTs. con edad M de $57,68 \pm 18,1$ años. 122 pacientes tuvieron 326 Cat, 264 CT (81%) y 62 CP (19%). De estos, 69 no tuvieron IAC, 36 tuvieron 1 episodio y 17 tuvieron más de 1 IAC. Los días y el número Int no fueron diferentes entre los grupos, pero las infecciones fueron causa de muerte frecuente. Los pacientes que requirieron Cat solo al ingreso a HD con FAV posterior como únicos AVs (G1), tuvieron menos Int que los pacientes con Cat por disfunción de FAVs en su evolución (G2). El KT y los niveles de alb. plasm. del G1 fueron $>$ a los del G2 (50.13 vs 46.24 , $p = 0.01$, 3.76 vs 3.56 g/dl, $p = 0.0007$, respectivamente). La sobrevida de los pacientes con Cat fue $<$ al resto ($p = 0.003$). Los pacientes que requirieron CP por imposibilidad de confeccionar FAVs tuvieron la peor sobrevida en todos los modelos. En un análisis global de la población, la etiología DBT, la mayor edad al ingreso, un KT $<$ a 50 y haber tenido Cat distintos que al ingreso, influyeron negativamente en la sobrevida.

Discusión: el uso de Cat parece tener una influencia negativa en la MM de pacientes en HDC y generar mayor predisposición a infecciones, con influencia negativa sobre variables de adecuación y nutrición. El CT de ingreso seguido por FAV no parece afectar el resultado general de los pacientes.

0234

EMBARAZO GEMELAR EN PACIENTE CON IRC. COMUNICACION DE UN CASO

T Gilabert, N Marchetta, G Blunno, M Borgatta, O Gonza. Nefrología RENNUS. Salta, Argentina.

Presentamos un caso clínico de una paciente mujer de 33 años que acude a la consulta nefrológica derivada por ginecología cursando embarazo de 14 semanas gemelar por presentar una insuficiencia renal avanzada de causa desconocida con filtrado glomerular 18 ml/min/24horas. Ingresando en cuidados obstétricos y nefrológicos de alto riesgo.

Tenia antecedentes de proteinuria nefrótica HTA y IRC el año previo en el Hospital zonal de referencia abandonando las consultas sin realizar tratamiento ni biopsia. Pérdida peso 20 kg en 8 meses. Dos cesáreas previas. Gestas 2 Abo0 Para 0.

Estado al ingreso:

Ecografía obstétrica: fetos 2. Con LF + y crecimiento adecuado a EG. HTA moderada medicada con labetalol.

Filtrado glomerular 17.38l/min. Urea 84 Cr 4.5 HCO₃ 18 Hto 28% Hb 9 proteinuria 6.88 g 24 hs.

Colagenograma (-) Serología para HIV HVB HVC negativas.

Ecografía renal: RD 60 mm RI 56 mm marcadamente disminuidos de tamaño de aspecto atrófico, de forma y posición normal. Importante adelgazamiento del espesor parenquimatoso y borramiento de la relación cortico medular (compatibles con IRC).

Se intensifica dieta, EPO, medicación hipotensora se agrega alfa metil dopa.

Evolución: cursa con filtrado estable y buen desarrollo fetal hasta la semana 28.

Desarrolla HTA persistente y caída del filtrado requiriendo hemodiálisis diaria a la semana 29.

ECO ginecológica SEM 30: FETO 1 1200 g (adecuado a EG) FETO 2 800 g bajo peso EG. Signos de esclerosis placentaria.

Semana 32: Cesárea de urgencia por HTA no controlada.

RN 1 1500 g con buena evolución en Neonatología.

RN 2 950 g, con distres respiratorio no sobrevive en Neonatología.

Madre cursa puerperio con HTA controlada en UTI.

Conclusión: a pesar de los cuidados de alto riesgo se obtuvo un recién nacido prematuro y buena evolución materna aunque a la fecha permanece en diálisis crónica (DPCA).

Existen escasos casos descritos en la literatura de este tipo de embarazos con IRC avanzada.

14. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

0021

¿FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA?

MM Alba, E Hoffman.

Unidad Renal Cipolletti, Argentina.

El tabaquismo como factor de riesgo para el desarrollo o progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) ha sido claramente establecido con un mecanismo de daño predominantemente vascular. Sin embargo, otras formas de lesión renal son menos reconocidas. La fibrosis retroperitoneal idiopática es una enfermedad poco frecuente que clásicamente se ha relacionado a desórdenes de tipo in-

mune, pero en los últimos años se ha vinculado al tabaco y se ha reportado su asociación con lesiones vasculares.

Con el objetivo de atraer la atención del nefrólogo hacia otros riesgos renales relacionados al tabaco, presentamos el siguiente caso clínico

Un varón de 57 años, consulta dos años atrás por lumbalgia derecha e hidrocele homolateral. Una tomografía mostró uropatía obstructiva bilateral secundaria a fibrosis retroperitoneal y aneurisma de aorta abdominal. La función renal estaba severamente deteriorada con clearance de 12 ml/min. Se implantaron sendos catéteres ureterales derivativos y se inició tratamiento esteroideo con lo que la función renal comienza a recuperarse hasta estabilizarse en torno a los 50 ml/min. Adicionalmente el enfermo refería tabaquismo activo con una carga tabáquica de 40 paquetes-año por lo que fue derivado a especialista en cesación tabáquica. Las tomografías de control mostraron retroceso del proceso fibrótico que permitió la retirada de los catéteres derivativos pero aparecieron importantes efectos secundarios de esteroides: cataratas bilaterales y desmineralización ósea con microfracturas a nivel de cuerpos vertebrales con importante compromiso de calidad de vida.

Un radiorenograma con DTPA en el presente año mostró un clearance de 36 ml/min con 29.8 ml/min correspondientes al riñón derecho y 6.1 ml/min al riñón izquierdo. El enfermo ha continuado fumando a pesar de todo.

Conclusión: la fibrosis retroperitoneal "idiopática" podría no serlo tanto debiendo el nefrólogo estar atento a la condición de fumador de estos enfermos como en todo paciente con ERC.

0189

MONITOREO DOMICILIARIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

F Inserra, E Dorado, R Canale, P Bevione, D Mana, MS Meregone, D Moran, C Marelli...
Fresenius Medical Care, Argentina.

Introducción: el adecuado control de la presión arterial (PA) es una de las estrategias más importantes para reducir la progresión de la enfermedad renal crónica. En etapa dialítica su manejo es igualmente relevante para reducir la morbimortalidad cardiovascular. Sin embargo, el momento oportuno de su medición en pacientes en hemodiálisis es controvertido dada las variaciones tensionales secundarias principalmente a cambios de volemia. El monitoreo domiciliario de la PA (MDPA) comparado con registros en consultorio es un mejor predictor de evento cardiovascular fatal y no fatal en población general y ha sido validado para pacientes con ERC estadios 3 a 5 D.

Objetivos: evaluar concordancia entre los registros promedios de PA prediálisis y los obtenidos con MDPA.

Se incluirán pacientes \geq de 18 años en plan de hemodiálisis trisemanal por más de 3 meses, clínicamente estables y sin cambios terapéuticos en el último mes. Se excluirán aquellos con fibrilación auricular crónica, obesidad mórbida, consumo de drogas ilícitas, ansiedad extrema.

Se utilizarán tensiómetros validados para el control en hemodiálisis durante 3 sesiones consecutivas y equipos Microlife BPA Home para el MDPA en la misma semana.

Resultados preliminares de 15 pacientes.

Edad 56 ± 14 años. Femenino 10. Etiología: poliquistosis 4 casos, glomerulonefritis 3, nefroangioesclerosis 2, nefropatía diabética

3, otras 3. Tiempo en diálisis 6.3 ± 4 años. IMC 30. Antecedentes de enfermedad vascular 4 casos, uso drogas antihipertensivas en 7. Peso seco por BCM 79 kg, incremento intervalo interdialítico 1.9 ± 0.4 kg.

PA prediálisis sistólica 138 ± 23 mmHg, diastólica 78 ± 16 mmHg
MDPA sistólica 143 ± 20 mmHg, diastólica 84 ± 12 mmHg

Conclusiones: se observan mayores valores promedios de PA sistólica y diastólica (5 y 6 mmHg respectivamente) con MDPA comparado con prediálisis. Se requiere completar el estudio para contar con suficientes datos que nos permitan evaluar adecuadamente los resultados.

16. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

0005

INSUFICIENCIA RENAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA SARCOIDOSIS SISTÉMICA

NG Aguirre, A Vacca, C Vitale, ML Zunino, JC Ziella, L Klanjscek, M Conci, M Alarcón, P Yupanqui.

Hospital Interzonal General de Agudos Luis Guemes Haedo, Pcia de Buenos Aires, Argentina.

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida caracterizada por la presencia de granulomas epiteloideos no caseificantes.

La afectación renal como primera manifestación es poco habitual y más aun con una presentación rápidamente evolutiva.

Se presenta un caso de un hombre de 42 años sin antecedentes médicos y examen prelaboral normal 3 meses antes, que consulta por dolor en epigastrio, astenia e intolerancia digestiva de días de evolución, en la analítica de sangre se constata deterioro de la función renal por lo que se interna para estudio.

Laboratorio de ingreso: Alb 4; GB.6.800; Hto31%; Hb11 g/dl; Pla.413.000;Glu 96; Urea139 mg/dl; Creat 6,6 mg/dl; Iono138/3,5/107 meq/L;PCR>;VSG 100; Ca 11,9; Pi 4,3; Serología viral neg; LDH 283. Orina: Prot 0.5 g/d. Ecografía renal normal. Fondo de ojos s/p.

Evoluciona con mayor elevación de urea y creatinina e hipercalcemia por lo que se decide tratamiento con hemodiálisis de urgencia.

Se realizó TAC de T,AbyP: patrón nodulillar bilateral a predominio de lóbulos superiores; pequeña afección con patrón de vidrio esmerilado sobre segmento basal del lóbulo inferior derecho;en mediastino múltiples imágenes ganglionares. En retro peritoneo imágenes ganglionares pericavo aórticas. Espirometría normal.

Dada la etiología desconocida de la enfermedad renal se realiza PBR cuyo resultado fue: cilindro renal con nefritis tubulointersticial de tipo granulomatosa no caseificantes.

Lab: colagenograma neg; 25-OH VitD16 ng/dl; PTHi 8 pg/ml; ECA 224.8 UI/l.

Con diagnóstico de sarcoidosis comienza tratamiento con Prednisona 1mg/k/d por 8 semanas y reducción gradual con buena respuesta.

Actualmente clínicamente estable, creat 1.7 mg/dl sin requerimiento de diálisis.

El caso aquí presentado demuestra que ante un cuadro de insuficiencia renal rápidamente evolutiva con hipercalcemia, el diagnós-

tico diferencial de sarcoidosis también debe ser tenido en cuenta aún en ausencia de manifestaciones clínicas pulmonares de la enfermedad.

0006

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR TUMORES PRIMARIOS SINCRÓNICOS

NG Aguirre, A Vacca, C Vitale, ML Zunino, JC Ziella, L Klanjscek, M Conci, M Alarcón, P Yupanqui.

Hospital Interzonal General de Agudos Luis Guemes de Haedo, Pcia de Buenos Aires, Argentina.

La presencia de tumores primarios múltiples en un mismo paciente constituye una condición clínica que se manifiesta con cierta frecuencia, si estos son diagnosticados simultáneamente se denominan sincrónicos.

La insuficiencia renal secundaria a obstrucción tampoco es una entidad rara cuando hay invasión local (pelvis congelada).

Se presenta una forma inusual de IRA obstructiva:

Paciente femenina de 61 años con antecedente de HTA, consulta por dolor lumbar, examen clínico; PPL derecha+, TA 160/100 resto normal, en analítica de sangre: valores en rango normales; orina 10-15 GR p/c; ecografía renal: RD formación sólida irregular de 90x55 mm.

TAC: riñón izquierdo normal y permeable, derecho formación sólida heterogénea de 88x75 mm sin alteración del flujo de sus vasos ni cava. En FII se observa imagen de 50x40 con centro necrobiótico que infiltra el colon sigmoideo sin adenopatías retroperitoneales (proceso atípico de origen renal con secundarismo en mesenterio). A la paciente se le practicó nefrectomía radical derecha, hemicolectomía de sigmoides con anastomosis T-T+anexectomía bilateral sin complicaciones. En el POP presenta anuria con rápida evolución a la insuficiencia renal por lo que requirió diálisis de urgencia. No se evidencia dilatación pielocalicial ni alteración de la estructura renal, tratamiento médico sin respuesta diurética. Se realiza ureteroscopia observándose a nivel alto proceso englobante que no permite el pasaje del catéter por lo que se realiza nefrostomía con recuperación de diuresis, poliuria tras la destrucción y mejoría de la función renal.

AP: RD: Carcinoma de células renales (células claras), GN3, que no infiltra cápsula ni márgenes de resección.

Colón: adenocarcinoma poco diferenciado de colon.

Resección ureteral: metástasis de adenocarcinoma poco diferenciado.

La paciente continúa seguimiento y tratamiento oncológico y nefrológico. Si bien hubo mejoría de la función renal y recuperación de la diuresis aún no es posible discontinuar tratamiento sustitutivo.

0034

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO (SHUA) – NUESTRA EXPERIENCIA

N Aran, A Canale, M Baran, S Di Pietrantonio, O Amoreo, P Jara, L Costan.

Hospital El Cruce, Argentina.

Objetivos: realizar la presentación de tres casos clínicos contribuyendo a la casuística nacional de una enfermedad ultrarrara.

Materiales y métodos: paciente 1: masculino de 10 años y siete

meses. Abril 2011: anemia hemolítica, plaquetopenia e injuria renal aguda. Se diagnostica SHUA, iniciando plasmaféresis. Mejoría clínica y del laboratorio mayo 2011: 1º recaída bajo plasmaféresis, quedando con infusión semanal de plasma fresco (PF). Septiembre de 2011: 2º recaída con requerimiento de PF y hemodiálisis. Diciembre de 2012: eculizumab cada 15 días en esquema ininterrumpido hasta la fecha y el paciente se mantiene libre de recaída con función renal normal.

Paciente 2: masculino de 17 meses. 26/02/2015 injuria renal aguda e hipertensión arterial severa. Actividad de Adams-13: 83% Injuria renal aguda con requerimiento de terapia dialítica aguda, 28 días. Eculizumab: 300 mg/bisemanal. Paciente libre de recaídas. Paciente 3: femenino de 18 años. cursando puerperio. Injuria renal aguda, Insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia cardíaca. Se estabiliza su microangiopatía trombótica (MAT) con plasmaféresis y eculizumab. Complicada por sepsis micótica y obito.

Consideraciones y resultados: el síndrome hemolítico urémico (SHUA) es una entidad clínica definida por la tríada anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, en la que las lesiones subyacentes están mediadas por un proceso de microangiopatía trombótica (MAT) sistémica. Pese al tratamiento estándar con terapia plasmática, frecuentemente evoluciona a la insuficiencia renal crónica terminal, con elevada mortalidad.

Eculizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que ha demostrado la interrupción rápida y sostenida del proceso de MAT, inhibiendo la activación del C5.

Conclusiones: el SHUA es una enfermedad asociada a una alteración genética del complemento. De los tres pacientes presentados, dos han obtenido mejoría significativa debiendo permanecer con tratamiento de mantenimiento.

0047

EL USO DE ESTATINAS SE ASOCIA CON MENOR OCURRENCIA DE NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE EN PACIENTES CON INTERVENCIONES CORONARIAS PERCUTÁNEAS

RM Huguilen¹, MM Fescina¹, M Payaslian³, AR Bernasconi⁴.

1. Unidad de Nefrología Hospital Juan A Fernández, Argentina. 3. Unidad de Hemodinamia. Hospital Juan A Fernández, Argentina. 4. Departamento de Medicina. Hospital Juan A Fernández, Argentina.

La ocurrencia de nefropatía por contraste (NIC) aumentó en paralelo al aumento de procedimientos que requieren uso IV de yodo. Hoy representa el 10% de los casos de injuria renal aguda (IRA) adquirida en el hospital. Si bien los mecanismos de agresión renal no se dilucidaron; vasoconstricción, radicales libres, hiperosmolaridad y toxicidad directa pueden jugar un papel. Las estatinas incrementan la producción renal de óxido nítrico (ON) reducen el estrés oxidativo y previenen la IRA.

En este estudio se analizó la asociación entre uso de estatinas y desarrollo de NIC, definida por aumento >25% de la creatinemia 48-72 hs después del uso de contraste yodado en pacientes (Ps) en riesgo de NIC sometidos a intervenciones coronarias percutáneas (ICP).

Se analizaron datos de 190 adultos consecutivos con Scr >1,25 mg/dL sometidos a ICP programadas en un periodo de 28 meses. Todos habían recibido profilaxis con expansión salina y N-acetil

cisteína (NAC). Los datos de 40 Ps se descartaron por ausencia de valores de laboratorio de seguimiento o falta de información respecto del uso de estatinas. Las variables continuas se expresan como media (SD) y las categóricas como frecuencia. Se usó prueba "t" no apareada, o chi cuadrado. Las covariables con significativa asociación con NIC en análisis univariado se incluyeron en un modelo logístico multivariado. Se asumieron significativos valores de $p < 0,05$.

Registros de 150 Ps (76 recibían estatinas previo a ICP) reunieron las condiciones para análisis. Ambos grupos eran similares en condiciones basales clínicas y de laboratorio. 20Ps (13,3%) habían desarrollado NIC; la ocurrencia de NIC fue menor en quienes recibían estatinas (3,95%) vs 23,0% en quienes no ($p: 0,0014$).

El análisis logístico multivariado ajustando por covariables con asociación significativa con NIC en el análisis univariado reveló que las estatinas resultaron ser predictores independientes de riesgo reducido para NIC (OR: 0,138; IC: 0,038 - 0,493; $p: 0,002$).

0071

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA) CON REQUERIMIENTO DIALÍTICO EN UN HOSPITAL DE 3er NIVEL DE ATENCIÓN

N Domínguez, J Marín, H Hidalgo, A Monje, M Giudice, L González, N Ferragut, M Rodenas, H Sarano.
Hospital Provincial del Centenario, Argentina.

Objetivo: la IRA se presenta frecuentemente en pts hospitalizados, con elevada morbi-mortalidad. Se analizaron los casos de IRA con requerimiento dialítico (RHD).

Materiales y métodos: se evaluaron 123 pacientes ingresados en el periodo de abril 2013-abril 2015 con IRA con RHD, en los cuales se analizaron: sexo, edad, origen de la interconsulta (IC), antecedentes, causa, forma de presentación, tiempo desde ingreso hasta IC e inicio de diálisis (HD), N° de HD, evolución. Se utilizaron técnicas estadísticas: tasa de prevalencia, chi cuadrado, test de diferencia de media

Resultados: n123 UCI 88(71,5%) - Sala 35(28,5%)

Tasa: 0.73% ingresos hospitalarios - 3.48% UCI

Hombres: 83 (67.4%)

Edad: 51.2 años (15-86)

Antecedentes: cardiovasculares 77 (62.6%), hepatopatía 20 (16.3%), neoplasia 13 (10.6%), HIV 11 (8.9%), urológicos 8 (6.5%), sin antecedentes 8 (6.5%), enfermedad sistémica 2 (1.6%), coexistencia de 2 o + más antecedentes 16 (13%).

Causas: sepsis 72 (58,5%), posQx 20 (16,2%), nefrotóxicos 19 (15,4%), otros 25 (20,3%), coexistencia de 2 o + causas 13 (10.5%).

IC Precoz (< 48 hs)/Tardía (> 72 hs): 56/44%

Creatinina (Cr) al inicio HD: 3,7mg/dL (0,6-18,7)

Formas de presentación (FP): oligúrica 88 (71,5%), no oligúrica 35 (28,5%)

N° HD: 5 sesiones (1-32)

PBR: 5/123 (glomerulopatía/vasculitis)

Evolución: mortalidad 71(57,7%), recupera función 45 (36,6%), no recupera 7(5,7%).

Se encontró dependencia: evolución con Cr al inicio HD $p=0,01$; N° HD $p=0,002$. Mortalidad con sexo $p=0,01$; Origen de IC $p=0,0002$; FP $p=0,01$; IC precoz $p=0,0004$.

No encontramos relaciones ($p>0,05$): Mortalidad con tiempo de ingreso a inicio de HD; edad; DBT; Cr al ingreso

Conclusión: la frecuencia de IRA fue mayor en hombres, procedentes de UCI y de etiología séptica. La mortalidad fue elevada 57.7% y presento mayor prevalencia en las formas oligúricas. Este porcentaje es semejante a la mayoría de las publicaciones pero no observamos asociación de mortalidad con causa, edad, diabetes ni creatinina al ingreso.

0083

ENFERMEDAD POR EMBOLIA DE CRISTALES DE COLESTEROL: UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE O SUBDIAGNOSTICADA QUE ORIGINA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

N Núñez, M Velásquez, C González, M Rumiz, R Scarsi, C Blanco, N Lago.

Hospital Aeronáutico Central, Argentina.

Objetivos: destacar la importancia de la presunción diagnóstica precoz de la enfermedad por embolia de cristales de colesterol (EECC). La posibilidad de minimizar complicaciones, implementar con rapidez un seguimiento clínico estricto así como generar medidas de sostén permanentes son los factores que en conjunto mejoran la calidad de vida y la sobrevida de estos pacientes.

Materiales y métodos: caso clínico: Paciente masculino de 78 años de edad con antecedentes de enfermedad vascular, HTA, enfermedad coronaria e IRC estadio III, que luego de ser sometido a CCG, reagudizó en forma significativa su IRC (creatinina sérica 7 mg /dl) y presentó lesiones en piel compatibles con livedo reticularis.

Resultados: biopsia cutánea (BC) en dedo de pie que informó hallazgos histológicos compatibles con EECC. No hubo recuperación de la función renal, por lo cual el paciente continúa en hemodiálisis pero con una buena calidad de vida luego de 4 años del diagnóstico.

Conclusión: en la EECC la severidad del compromiso visceral determina la irreversibilidad de la IRA, provocando un gran impacto en la sobrevida de los pacientes (mortalidad elevada al año). La sospecha clínica precoz acelera el diagnóstico, previene la posibilidad de ocasionar mayores complicaciones (evitando el uso de heparina, anticoagulantes o procedimientos endovasculares), y posibilita instaurar terapéuticas que estabilicen la placa. Estas medidas junto con la corrección de aquellos factores que potencialmente aumentan la inflamación y el daño vascular del paciente en hemodiálisis, contribuirían en esta afección a mejorar la sobrevida y su calidad, como en el caso de nuestro paciente.

0089

DAÑO RENAL Y METABÓLICO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON LITIO. EVOLUCIÓN TRAS LA SUSPENSIÓN DEL FÁRMACO

A de Brum¹, V Sellares Lorenzo², P Delgado².

1. CEMIC, Argentina. 2. HUC, España.

El tratamiento crónico con litio (Li) se ha asociado al desarrollo de diabetes insípida nefrogénica (DIN), insuficiencia renal (IR), hipercalcemia (HiperCa), hipotiroidismo y cistogénesis renal. La magnitud y reversibilidad de estos efectos es objeto de controversia.

Objetivo: estudiar la evolución y potencial cronicidad de los efectos adversos del Li tras la suspensión del tratamiento.

Método: a partir de 2010, 13 pacientes en tratamiento con Li (durante 8-30 años) fueron remitidos a la consulta de Nefrología, solo 9 (edad media 54 ± 8 años, 6/9 hombres) fueron válidos para el análisis (2 pérdida seguimiento, 1 continuó con Li y 1 no contaba con analíticas). Tras la suspensión del Li, fueron seguidos durante un período de 33 ± 18 meses (rango 12-58). Se recogieron datos clínicos (años con Li, motivo de derivación al nefrólogo), bioquímicos pre y tras la suspensión del Li (creatinina, Ca, PTHi, hormonas tiroideas, parámetros urinarios) y ecografía renal. No se realizó test de concentración de orina ni test con desmopresina.

Resultados: 7 pacientes fueron remitidos por IR (CICr 47 ± 29 ml/min), 1 por poliuria y 1 por hiperCa. Todos tenían clínica sugerente de DIN (diuresis $5,2 \pm 2,2$ L/d, OsmS 315 ± 183 mOsm/kg; OsmU 183 ± 63 mOsm/kg), 7 hiperCa ($10,1-13,1$ mg/dl), 4 con PTH elevada. Durante el seguimiento, todos permanecieron con hipostenuria (197 ± 53 mOsm/kg). Ninguno desarrollo IR terminal. En 3/7 con HiperCa se normalizó el calcio. No hubo casos de hipotiroidismo. La ecografía mostró microquistes renales en 7 pacientes.

Conclusiones: el daño renal, el síndrome poliúrico y la hiperCa asociada al tratamiento prolongado con Li son frecuentes, de carácter crónico y potencialmente irreversible a pesar de la suspensión del tratamiento. La presencia de microquistes es una asociación frecuente. La progresión a fallo renal terminal no ha sido verificada en nuestra serie tras seguimiento prolongado.

0094

IMPORTANCIA DEL ASCENSO DE LA CREATININA Y SU RELACIÓN CON LA CONSULTA NEFROLÓGICA

PR Martínez Allo, ER Mojico, ME Nicolini, MH Serrano, MM Papaginovic Leiva, RD Martínez.
Hospital Churruca, Argentina.

Objetivos: pesquisar el número de pacientes con creatininas elevadas en una población de internados en un período en el hospital y el porcentaje de los mismos que consultan a Nefrología.

Materiales y métodos: total de pacientes internados en el período julio-setiembre 2014. Se definió creatinina elevada a aquella superior a 1.2 mg/dl con el método de Jaffe. Se agrupó a los pacientes por especialidades. Se hicieron porcentajes del total de pacientes internados con las creatininas elevadas en total y por especialidad. Se evaluó el porcentaje de consultas por creatininas elevadas realizadas al Servicio de Nefrología.

Resultados: el total de pacientes internados en ese período fue 2021. De estos, 178 presentaron creatininas elevadas. De estos 178 pacientes, 21 fueron consultados a Nefrología. Se comparó el porcentaje de creatininas elevadas consultadas por cada Servicio en forma individual: CM de 88, consultó 10 (11.36%); Cardiología de 16, 3 consultas (18.75%); Proctología de 18, 3 (16.66%); TO de 7, hizo 1 (14.28%); Cirugía de 23, 2 (8.69%); Urología de 26, 2 (7.69%)

Conclusiones: teniendo en cuenta los datos obtenidos se evidencia que el porcentaje de creatininas elevadas consultadas al Servicio de Nefrología es bajo en todo el hospital. Cuando comparamos el porcentaje de consultas de cada Servicio, con el total de creatininas elevadas consultadas. Las especialidades clínicas parecen consultar más que las quirúrgicas, pero cuando se comparan las consultas rea-

lizadas con el número de creatininas elevadas de cada servicio en forma individual, la relación se invierte y las especialidades que más consultan son las quirúrgicas.

A pesar de ser bien conocido que el deterioro de la función renal, medido por ascenso de creatinina, es factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal crónica, la relevancia de este ascenso sigue siendo subvalorado. Por lo cual se debería implementar conductas dirigidas a estimular la referencia al especialista.

0108

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR ACICLOVIR. CASO CLÍNICO

M Tolosa, L Steenbeke, L Rivero, G Eckhardt.
Hospital Misericordia Córdoba, Argentina.

Objetivos: discutir un caso de IRA producida por aciclovir, su presentación, diagnóstico y tratamiento.

Materiales y métodos: caso clínico: mujer de 38 años con un único antecedente patológico, diagnóstico de talasemia tratada con hierro. Ingres a UTI en insuficiencia respiratoria por neumonía varicelosa, 72 horas antes habían aparecidos las lesiones ampulares y 48 horas previas disnea y fiebre, un médico le indicó antipiréticos y amoxicilina. En UTI recibe tratamiento con aciclovir IV 500mg c/8 horas diluido en 60'. Evolucion a distress respiratorio shock y FMO. A las 48 horas duplica la creatinina sérica (Cr.s) entra en anuria que durará 30 días, se la hemodializa durante ese período y posteriormente. Requiere inotrópicos y respiración mecánica. Recibe además cefalosporina y piperazilina. La serología viral y el test de embarazo son negativos. Se realiza biopsia renal y tratamiento con prednisona 1mg/k/día con disminución progresiva. Se la continúa dilaizando de modo trisemanal hasta que recupera función renal, Cr.s 1.79 mg/dl se le prescribe furosemida 40 mg VO. Actualmente Cr. s 1.12 mg/dl sin medicación.

Resultados: Biopsia renal: glomerulos conservados. Túbulos revestidos por células cúbicas, en sectores edematizados, en otros esfacelados y con material eosinófilo heterogéneo y en sectores adoptando morfología de cristales en sus luces. Las membranas basales se encuentran conservadas, el intersticio presenta marcado edema con infiltrado linfomonocitario polimorfonuclear neutrófilo y eosinófilo. En el algoritmo de Naranjo et al. para establecer la asociación de causalidad medicamento-reacción adversa la paciente calificó como probable (8 puntos).

Conclusiones: el modo de presentación de la IRA permitió sospechar NIA y obstrucción tubular por aciclovir. La firme sospecha avaló el tratamiento. La biopsia renal confirmó el diagnóstico y objetivó los diferentes tipos de lesiones que puede ocasionar el aciclovir.

0121

AKI POR LEPTOSPIROSIS, DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN

C Barabani, M Mamberti, F Carriquiry, M Mallinar, J Salomone, R Garzon, S Maltas, M Del Amo.
HIGA San Martín, Argentina.

En el estudio epidemiológico provincial sobre leptospirosis publicado por Seijo y col. sobre 31 casos de NAC, 8 cursaron con AKI, 5 de los cuales se asociaron con NAC grave.

Se describen tres casos confirmados de leptospirosis que presentaron AKI.

Caso 1: masculino, 59 años, tareas de limpieza. Presenta sme Weil: REG, diarrea, mialgias, fiebre, ictericia, petequias, confusión, flapping, leucocitosis, plaquetopenia, hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, U: 3,38 g/l, Cr: 5,74mg/dl, K 4,67 mEq/l y microhematuria. Evoluciona con FOM. Requiere ARM e inotrópicos. AKI oligoanúrica inicia HD. Evoluciona al óbito sin recuperación de la función renal.

Caso 2: masculino, 36 años, empleado de frigorífico. Consulta por fiebre, cefalea, diarrea y dolor abdominal. Se constatan U: 0,64 g/l; Cr: 1,95 mg% e hipertransaminasemia. Se deriva a nuestro nosocomio. Ingresa asintomático, con examen físico normal. U: 2,03 g/l; Cr: 8,83 mg%; BIC 17,2; Na: 130; K: 3,7, SU: cilindros granulados gruesos. Se decide tratamiento conservador y ATB. Persiste asintomático sin requerimiento de hemodiálisis. A los 10 días se otorga el alta con FG: 91ml/min, proteinuria negativa, SU: normal.

Caso 3: masculino, 49 años, dedicado al transporte de cereales. Derivado de Hospital municipal. Consultó por fiebre, náuseas, dolor abdominal, mialgias y hemoptisis. HTO 41; PLT 132000; U 0,32; FAL 404; TGO 114; TGP 82; leucocituria. Ingresa HDI con hemoptisis masiva, requiere ARM, inotrópicos y múltiples transfusiones. HTO 25%; GB 18700; U 0,89; Cr 1,93. Inicia ATB y pulsos de esteroides. Si bien mantiene buen ritmo diurético presenta hiperkalemia, no responde a tratamiento médico, requiriere HD. A los 10 días intercorre con shock séptico. Óbito

Conclusión: es una de las zoonosis más prevalentes en nuestro medio. La diversidad de las manifestaciones clínicas dificulta el diagnóstico diferencial con otras causas de AKI.

0151

EVALUACIÓN DE LA EXCRECIÓN FRACCIONAL DE UREA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ASOCIADA A CIRUGÍA CARDÍACA

H Pérez Teysseyre, CF Varela, G Bratti, L Ocampo, M Galarza, C Schreck, G Greloni, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la injuria renal aguda (IRA) es una complicación en pacientes sometidos a cirugía cardíaca (CC). Se define como el aumento de la creatinina sérica u oliguria. Su diagnóstico se retrasa debido al lento ascenso de la creatinina. Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin (NGAL) es un marcador de lesión tisular. Se detecta a horas de iniciada la lesión, pero no es utilizado en la práctica clínica. La excreción fraccional de urea (EFU) es una herramienta útil para discriminar entre IRA prerrenal y parenquimatosa. **Objetivo:** evaluar la sensibilidad y especificidad de la EFU, en el diagnóstico precoz de IRA en pacientes con CC.

Materiales y métodos: estudio prospectivo. Se definió IRA por los criterios de la Acute Kidney Injury Network (AKIN). Se excluyeron los pacientes con filtrado menor a 60 ml/min/1,73m². Se evaluó la sensibilidad y especificidad de la EFU para el diagnóstico de IRA, en muestras tomadas a la hora, a las 6 y 24 horas de la CC. La misma evaluación se llevó a cabo para la NGAL urinaria y la excreción fraccional de sodio. Se determinó el área bajo la curva (ABC) de cada uno.

Resultados: se incluyeron 66 pacientes de 68 ± 11 años, 26% mu-

jes. La prevalencia de IRA fue del 24% y la mortalidad del 3.28%. Presentaron AKIN1 el 56%, AKIN2 el 25% y AKIN3 el 19%. El 35% recibieron diuréticos las primeras 48 horas. Los pacientes con IRA presentaron una EFU significativamente menor, en comparación con el grupo que no desarrollo IRA (23,89 ± 0,67% vs 34,22 ± 0,58%; p<0.05) exclusivamente en la evaluación realizada a las 6 horas luego de la CC. NGAL también mostró una diferencia significativa entre ambos grupos. La EFU presentó una sensibilidad del 75%, una especificidad del 79,5%, el ABC fue de 0,786 y el punto Yunden fue 27,57. El análisis de las curvas ROC no mostraron diferencias entre EFU y NGAL.

Conclusión: los resultados sugieren que la EFU medida tempranamente luego de la CC, podría predecir el diagnóstico de IRA, de modo comparable al nuevo biomarcador.

0153

CISTATINA C COMO PREDICTOR DE SÍNDROME CARDIORRENAL TIPO 1 Y MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA Y FUNCIÓN RENAL NORMAL

CF Varela, I Constantin, G Greloni, GI Bratti, ML Ocampo, P Citterio, E Guzzetti, C Belziti, R Pizarro, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el desarrollo de síndrome cardiorrenal tipo 1 (SCR1) durante la internación predice mal pronóstico. La creatinina sérica (Cs) presenta limitaciones en el diagnóstico de SCR1. La cistatina C (CisC) ha surgido como un biomarcador precoz en estos pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de CisC como predictor de SCR1, en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda (IC) y sin disfunción renal al ingreso, evaluada por Cs.

Materiales y métodos: estudio prospectivo en pacientes internados por IC, sin disfunción renal, definida por un valor de Cs menor a 1,3mg/dL al ingreso. La muestra de CisC se tomó en las primeras 24 horas. Se definió SCR1 al incremento de al menos 0,3 mg/dL de Cs dentro de los primeros 5 días.

Resultados: incluimos 166 pacientes, mediana edad de 85 años (RIC 77,7-89). La incidencia de SCR1 fue 29,7%; la mortalidad hospitalaria (MH) fue 3,1%; la mortalidad total (MT) fue 24,4%. La mediana de seguimiento fue 193 días.

La CisC fue significativamente mayor en quienes desarrollaron SCR1, respecto de los que no lo hicieron (1,72±0,58 mg/dL vs 1,51±0,41 mg/dL, p=0.03) y en quienes murieron (MT) respecto de quienes no lo hicieron (1,76±0,49 vs 1,51±0,46, p=0.004). No obstante no fue predictor de MH (1,69± vs 1,57±0,48, p=0.58) ni reinternaciones (1,47±0,4 vs 1,6±0,5 p=0.58). En el análisis multivariado la CisC resultó un predictor independiente de muerte (OR 3,31, IC 1,38-7,93), mientras que la Cs no tuvo esta significancia estadística (OR 0,48, IC 0,05-3,48). El análisis ROC mostró un área bajo la curva para SCR1 y MT de 0.6 y 0.65 respectivamente. El punto de corte óptimo para ambos objetivos fue 1.6 mg/dL, con sensibilidad y especificidad de 61,2% y 60,34% para SCR1 y 61,5% y 61,9% para MT respectivamente.

Conclusión: la CisC al ingreso fue un predictor de SCR1 y MT, en esta población. Un punto de corte de 1,6 mg/dL, tiene una aceptable sensibilidad y especificidad para identificar pacientes con peor pronóstico.

0172

INTOXICACIÓN POR ERGOTAMINA E IRA

D Faifer, P Peri, C Hiza, S Boubee, L Sintado.

Htal. Durand, Argentina.

Introducción: la intoxicación por ergotamina en la actualidad se debe al consumo excesivo de fármacos que contienen este alcaloide semisintético derivado del cornezuelo de centeno. De baja incidencia (0,01%), con elevada morbimortalidad. Se caracteriza por vasoconstricción generalizada, con isquemia de órganos afectados.

Objetivo: se describe un caso clínico de ergotismo agudo, que evoluciona con isquemia de múltiples órganos, insuficiencia renal aguda oligúrica.

Caso Clínico: paciente de 56 años, antecedentes de tabaquismo, cefalea migrañosa diagnosticada hace 7 años, en tratamiento con ergotamina. Comienza con cefalea intensidad 9/10, consumiendo 8 comprimidos de Migral® (en 24 horas), lumbalgia, hipertensión arterial, miembros inferiores cianóticos con impotencia funcional, sin pulsos periféricos, oliguria de 12 horas de evolución, laboratorio: creatinina 3.56mg/dl Urea 89mg/dl. Se inicia nitroprusiato de sodio, nifedipina, heparina en infusión continua y terapia de sustitución renal diaria. Evoluciona en 48 horas con isquemia mesentérica, tendencia al sueño y fallo multiorgánico requiriendo asistencia respiratoria mecánica y dobutamina. Al quinto día intercorre con paro cardiorespiratorio y óbito.

Diagnóstico: ergotismo agudo e IRA oligúrica con isquemia mesentérica y fallo multiorgánico por vasoconstricción generalizada. Al quinto día intercorre con paro cardiorespiratorio desencadenando el óbito.

Conclusiones: el compromiso renal del ergotismo puede deberse a múltiples mecanismos. La fibrosis retroperitoneal con compresión de uréteres y el vasoespasmio de la arteria renal con insuficiencia renal aguda, son las complicaciones más frecuentes de la intoxicación con este fármaco. Se describieron casos de nefritis túbulo-intersticial aguda. La insuficiencia renal causada por ergotamina es poco frecuente.

El tratamiento indicado consta de las medidas terapéuticas: suspensión de las drogas implicadas, hidratación amplia, nitroprusiato de sodio o nifedipina 30 mg cada 8 horas.

0191

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA) CON REQUERIMIENTO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (TRR) EN ÁREA CRÍTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

D Wojtowicz, L Bailone, M Raño, F Margulis, R Schiavelli.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, División de Nefrología y Trasplante Renal. CABA, Argentina.

Objetivo: describir la incidencia de IRA con TRR y su evolución en pacientes en área crítica.

Materiales y métodos: revisión de pacientes desde agosto 2014 a junio 2015 con IRA, definida como aumento de creatinina (Cr) >0,3 mg/dl en 48 horas. Análisis estadístico según mediana, rango intercuartil (RIQ), métodos de Mann-Whitney y Fisher.

Resultados: de 122 P se excluyeron 16 con IRC, del resto 24 recibieron TRR (164 sesiones), promedio de sesiones/P: 5,63; 4 realizaron TRR continua, 17 intermitente y 3 métodos combinados. La edad promedio fue 55 años, 66% hombres. En cuanto a anteceden-

tes, 42% tenía hipertensión, 46% diabetes, 8% insuficiencia cardíaca, 8% cardiopatía isquémica y 13% obstrucción urinaria.

La Cr basal fue $0,85 \pm 0,29$ mg/dl; la Cr ingreso $2,13$ mg/dl RIQ (0,71, 2,71); Cr a la consulta $3,47 \pm 2$ mg/dl, y Cr inicio TRR $3,93 \pm 1,9$ mg/dl. La causa de IRA se distribuyó en sepsis 54%, cardiogénico 21%, post quirúrgico 21%, otros 4%.

La mortalidad general fue 71%, siendo 12 de ellos hombres.

No se encontró asociación entre mortalidad y sexo ($p=0,647$), aunque el riesgo de morir del sexo masculino fue 1,8 veces más alta. La mediana y el RIQ de edad para el grupo que murió comparado con el que no murió fue 61 años (52,66) y 51 años (26,68) ($p=0,804$).

Al comparar si existe asociación entre las causas de IRA agrupadas según sepsis u otras no se encontró ningún tipo de asociación ($p=0,386$); tampoco se encontró mayor riesgo de mortalidad por sepsis comparada con otras causas en general.

En el grupo que murió no se encontraron diferencias estadísticamente significativas comparado con el que sobrevivió en Cr basal ($p=0,639$), Cr ingreso ($p=0,727$), ni Cr inicio TRR ($p=0,114$).

Conclusión: la IRA es una complicación común en pacientes internados. Debe considerarse como marcador independiente de evolución dada su alta mortalidad.

0199

PROMETHEUS COMO TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA (IHA) SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR AMANITA PHALLOIDES (AP)

G Duarte, Y Sarabia, R Luxardo, G Barrera, G Bratti, CF Varela, G Greloni, S Crucelegui, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la intoxicación con AP tiene una alta tasa de mortalidad de hasta el 20%. AP contiene 2 tipos de toxinas, amatoxinas y falotoxinas, la primera es 10-20 veces más potente y se considera que desempeñan un papel crítico en la inducción de la lesión hepática. La α -amanitina bloquea la síntesis de ARN y la síntesis de proteínas, fundamentalmente en el hígado y el riñón. En los cursos fatales, se produce una insuficiencia hepática fulminante que requiere trasplante hepático como única terapéutica. Presentamos el caso de una paciente con intoxicación con AP en la cual se implementó precozmente soporte hepático extracorpóreo por adsorción fraccionada (Prometheus).

Caso clínico: paciente femenina de 33 años, comienza a las 48 hs de la ingesta de hongos con náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. Derivada de otro centro a las 60 horas de iniciado el cuadro con diagnóstico confirmado de intoxicación por *Amanita phalloides* habiéndose iniciado tratamiento con penicilina G y carbón activado. Laboratorio de ingreso hematocrito 39%, creatinina 0.48 mg/dl, bilirrubina total 0,9 mg/dl, bilirrubina directa 0,2 mg/dl, GOT 305 UI/l, GPT 380 UI/l, FAL 32 U/l, TP 38 %, KPTT 32", factor V 66, amonemia 55, MELD de 14. Evoluciona con incremento de enzimas hepáticas, mayor caída del TP e hiperamonemia por lo que se decide realización de desintoxicación extracorpórea con Prometheus como tratamiento de la IHA. Realiza 2 sesiones de Prometheus. Presenta laboratorio TP 60%, GOT 65 U/l, GPT 211 U/l, factor V 115, amonio de 85, MELD de 12. Completa penicilina G 5 días. Al 4º día de haber sido admitida en el hospital fue dada de alta con recuperación total de la función hepática.

Conclusión: el tratamiento con Prometheus de la IHA debido a

la intoxicación con la toxina AP es un método seguro y que evita el trasplante hepático cuando es implementado de manera precoz.

0207

NILOTINIB E INJURIA RENAL AGUDA

T Rengel, JA Andrews, F Lombi, V Pomeranz, M Forrester, R Iriarte, H Trimarchi.

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el nilotinib es un inhibidor de la actividad de la enzima tirosina cinasa utilizada como tratamiento de segunda línea de la leucemia mieloide crónica. A la fecha no hay reportes que asocien su uso a injuria renal aguda.

Caso clínico: masculino de 75 años con antecedentes de leucemia mieloide crónica en tratamiento de segunda línea con nilotinib se interna por dolor torácico atípico. Ecocardiograma con patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo relajación retardada. A las 48 horas evoluciona con oliguria, deterioro agudo de la función renal con sedimento y ecografía renal normales. Se inició medidas de reanimación, y pese a ello persistía oligúrico con signos de sobrecarga hídrica. Se efectuó la medición de la presión intrabdominal, la cual fue de 24 mmHg. Asimismo se efectuó una tomografía de tórax, abdomen y pelvis que mostró presencia de derrame pericárdico moderado a severo y derrame pleural bilateral. Nuevo ecocardiograma que evidenció derrame pericárdico moderado a severo sin signos de taponamiento. Se decidió iniciar tratamiento vasopresor con noradrenalina con el objetivo de elevar la TAM, para así aumentar la presión de perfusión renal. Inició diuréticos de asa y suspensión del nilotinib. El paciente mejoro su ritmo diurético, disminuyendo el valor de creatinina a 1.28mg/dl, con franca mejoría del derrame pericárdico en ecocardiograma control.

Conclusiones: la injuria renal aguda se produciría por mecanismos vinculados al patrón restrictivo exacerbado, generando incremento de la precarga del ventrículo izquierdo, con aumento consecuente de la presión hidrostática en la vena renal y caída de la Presión de perfusión renal.

Los inotrópicos mejorarían la presión de perfusión renal a expensas del incremento de la tensión arterial media. A la fecha no existen reportes que involucren al nilotinib en la génesis de IRA. Creemos que los cambios hemodinámicos descriptos anteriormente serían los responsables del desarrollo de IRA asociada al nilotinib.

0214

EXPERIENCIA DE UNA RED DE CENTROS DE DIÁLISIS INDEPENDIENTE EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UNIDADES CRÍTICAS

D Feler, D Manzor, A Locatelli, L Andrade, A Carlevaro, L Cavallero, O Ferraro, J Fochi, M Grizzo, O Román, S De Pine, P Rojas.

Nefrología Argentina, Argentina.

Resumen: la insuficiencia renal aguda condición habitual y consecuencia de la enfermedad crítica, marca el pronóstico del enfermo en unidades de cuidados intensivos. dado el frecuente requerimiento de hemodiálisis. analizamos su presencia y evolución.

Materiales y métodos: estudio observacional, analítico, durante enero 2013 a diciembre 2014, de una población heterogénea de pacientes críticos que recibieron hemodálisis en 26 salas de cuidados

intensivos (12 sanatorios y 14 hospitales) de CABA y Gran Buenos Aires. Para la identificación de pacientes con IRA se utilizó la clasificación de Akim y se les determinó el Apache II. Se diagnosticó IRA. considerando ascenso de creatinina y disminución de la diuresis. Se recogieron variables como edad, sexo, etiología y mortalidad. la técnica dialítica empleada fue hemodiálisis convencional y/o extendida acorde a las características que imponía la población.

Conclusiones: durante el período se realizaron 9503 sesiones de hemodiálisis en un total de 2030 pacientes. El 40% fueron enfermos renales crónicos (ERC), ya en TSR internados por otras comorbilidades y 60% (1218) pacientes portadores de IRA. Del total del grupo IRA, la edad media fue 49 años (27 -78), prevaleciendo el sexo masculino en el 67% de los casos. La mortalidad fue elevada, ascendiendo al 70% (20-90%), acorde a estadísticas internacionales, mayor aun cuando se asociaba a fallo multiorgánico y sepsis.

Discusión: la insuficiencia renal aguda (ira) es una entidad que ocupa mucho tiempo y elevados costos en los grupos de trabajo, por incluir recurso humano y tecnología de avanzada al no existir un consenso operacional, y diversidad en los criterios de inclusión motivada por las distintas escuelas de cuidados críticos, se torna muy difícil estandarizar el manejo de la entidad, que muchas veces excede el terreno del nefrólogo. Sumado a ello el difícil acceso a biomarcadores. Es entonces un desafío pendiente para el grupo nefrológico.

0215

MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN ESCLERODERMIA LIMITADA

V Vargas, C Marín, A Marini, F Segovia, M Abuchanab.

Hospital de Clínicas, Argentina.

Introducción: la esclerosis sistémica es una entidad autoinmune de etiología desconocida, caracterizada por fibrosis en piel y otros órganos asociada a alteraciones vasculares incluyendo fenómeno de Raynaud. Predomina en mujeres. Típicamente se presenta entre los 30 y los 60 años. Clasificándose en esclerodermia limitada cutánea comprometiendo cara manos pies faneras y cutánea difusa que compromete región proximal tronco, rodilla y hombros.

Caso clínico: masculino de 62 años con antecedentes de consumo tabaco y marihuana. Síndrome de CREST. Carcinoma espinocelular en pabellón auricular. Inicia una semana previa al ingreso con disnea progresiva y hemoptisis. se constata HTA hipoxemia. Laboratorio: Hto:33% gb: 25800 p: 65000 urea:118 creat: 3,25 LDH: 622 ac Lact:2,4. bt: 0,33 bd: 0,23. Sed urinario: hematuria isomórfica, cilindros granulados oscuros prot:++. Tac tórax: áreas en vidrio esmerilado bilateral predomina en lóbulos superiores. Ecocardiograma derrame pericardico moderado a severo. Bal: hemorragia alveolar difusa. Inmunoserologías negativas.

Durante su evolución ingresa a UTI presenta IRA anúrica requirió TSR, hemorragia alveolar difusa y necrosis intestinal. Se decide ante los posibles diagnósticos diferenciales crisis renal esclerodermica vs vasculitis sistémica asociada a esclerodermia limitada, iniciar tratamiento con enalapril pulsos corticoides y ciclofosfamida sin respuesta, falleciendo a las 72 horas de instaurado el tratamiento. En la autopsia se informa MAT en todos los tejidos evaluados.

Comentario: ante las características atípicas y la rápida evolución del cuadro clínico y habiéndose descartado causas secundarias de MAT se asume como probable etiología esclerosis sistémica.

0222

INJURIA RENAL AGUDA (IRA): PREVALENCIA Y PRONÓSTICO EN INTERNACIÓN

C Callegari¹, J Camacho¹, P Rodríguez², C Díaz¹.

1. Sección Nefrología CEMIC, Argentina. 2. Sección Terapia Intensiva CEMIC, Argentina.

Introducción: la IRA es una condición prevalente en pacientes internados y se asocia a mayor número de complicaciones, estadia hospitalaria y mortalidad. A pesar de ser una patología ampliamente estudiada carecemos de datos locales.

Objetivos: determinar la incidencia de IRA en pacientes hospitalizados en un hospital polivalente, su impacto en mortalidad y tiempo de estadia hospitalaria.

Métodos: realizamos un estudio de cohorte retrospectivo en pacientes mayores de 18 años de edad internados por razones médicas en sala general, unidades de cuidados críticos de los dos hospitales universitarios de CEMIC, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2013. Se definió IRA según los criterios de AKIN. Se estimó mortalidad al alta, tiempo de estadia hospitalaria global y en el grupo con IRA.

Resultados: se registraron 681 internaciones de las cuales fueron excluidas 50 por falta de datos y 125 por enfermedad renal crónica estadio 5 o trasplante renal. El 52.2% del total fueron hombres, la edad promedio fue de 69 años (56 - 79) y la creatinina promedio fue de 0,89 mg/dl (0,7 - 1,06). La mortalidad global en internación fue de 42 casos (8,3%).

De las internaciones incluidas (506) 82 presentaron AKI 1 (60,3%), 25 AKI 2 (18,3%) y 29 AKI 3 (21,3%).

La incidencia global de IRA trimestral fue de 26,9%, la incidencia de IRA intrahospitalaria fue de 12,5% en tanto que de IRA adquirida en la comunidad de 16,4%.

La mediana de internación expresada en días, en pacientes con IRA es de 9,5 (5 - 17) y de 4 (2 - 8) en los pacientes sin IRA. La mortalidad asociada a IRA fue de 16,2%, asociada a AKI 1 8,5%, asociada a AKI 2 12% y a AKI 3 41,4%. El riesgo relativo de mortalidad asociado a IRA fue de 1,57 (IC 1,01-2,45 P: 0,06).

Conclusión: la incidencia de IRA en pacientes hospitalizados por causas médicas es de 26,9%. Haber cursado con IRA se asocia con mayor mortalidad al alta y mayor tiempo de estadia hospitalaria, hecho que condice con otros reportes

17. LITIASIS RENAL

0082

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE UROLITIASIS EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS. 2014

V Fernández, C Brissón, S Sobrero, N Marsili, A Pedro, R Bonifacino Belzarena, L Vera Candiotti, M Mockert, B Pantaley. Fac. de Bioquímica y Cs. Biológicas. UNL, Argentina.

Objetivo: evaluar el riesgo de urolitiasis (UL) en alumnos universitarios utilizando el Programa Informático (EQUIL-AT).

Materiales y métodos: muestra: 50 alumnos universitarios (11 H, 39 M, 18-28 años). Se excluyeron 9 alumnos con TFG < 90 mL/min/1,73m².

Se determinó la diuresis (D), el pH urinario (pHu) y analitos vinculados a UL en suero y orina: calcio, úrico, sodio, potasio, citrato,

magnesio, oxalato, sulfato, amonio, fósforo y creatinina. Los métodos utilizados fueron enzimáticos, colorimétricos y electrodos de iones selectivos.

Se utilizó el evaluador de riesgo de UL: EQUIL-AT.

Se aplicó un cuestionario de frecuencia de consumo dietario, semicuantitativo.

Resultados: el 54% (4H, 18M) presentó alteración metabólica y riesgo de UL para algún tipo de cálculo. En los alumnos con alteraciones se halló: 68% hipocitruuria, 27% hipercalcúria, 18% hipomagnesiuria, 18% hipernatriuria, 18% hiperuricosuria, 19% hiperoxalaturia. El 41% tuvo más de una alteración. Los pHu: 5 (41%); 5,5 (23%); 6 (18%); 6,5 (9%) y 7 (9%). Diuresis (mL/24h): <1000 (18%), 1000-1500 (46%), <1500 (64%), >1500 (36%), 1/22 >2000). De los alumnos con pHu=5 el 11% tuvo D < 1000; 56% entre 1000 y 1500; y 33% D > 1500. El riesgo de UL fue de 59% para cálculos de ácido úrico (AU), 32% para cálculos de urato ácido de sodio (NaHU), 4,5% para cálculos de brushita y AU, y 4,5% para cálculos de AU y NaHU. Todos los alumnos tenían una alta (3 veces/semana) a muy alta (diario) frecuencia de consumo de carnes, hidratos de carbono, lácteos, sal, y líquidos.

Conclusiones: en la muestra estudiada se halló un elevado riesgo de UL y alto porcentaje de hipocitruuria e hipercalcúria, pudiendo vincularse al consumo muy frecuente de dietas con predominio de proteína animal, sal e hidratos de carbono. La incidencia de riesgo de cálculos de AU y NaHU, tiene relación con la dieta acidificante y la baja a moderada diuresis. Se instruyó a los alumnos sobre la necesidad de cambio de hábitos dietarios para prevenir la formación de cálculos.

0231

ESTUDIO POBLACIONAL DE LITIASIS RENAL EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, ARGENTINA

AM Ruiz Pecchio¹, P Pérez¹, MG Ponte¹, E Meunier¹, AM Sesin².

1. Laboratorio de Nefrología y Medio Interno, Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. 2. Servicio de Nefrología, Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Introducción: la litiasis es una afección muy recurrente, por lo que debe enfrentarse no sólo en el episodio agudo, sino también en su prevención de la reincidencia, para lo cual es indispensable un estudio metabólico apropiado. Su incidencia varía según la región geográfica, costumbres socioculturales y desarrollo socioeconómico. Sin contar con registros sobre su prevalencia en la provincia de Córdoba, clasificamos a nuestra población y comparamos según cita la literatura americana.

Materiales y métodos: se analizaron 745 pacientes con nefrolitiasis en debut o recurrencia que llegaron laboratorio entre 2000 y 2012, provenientes de centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Córdoba e interior de la provincia. Sobre una "dieta libre y habitual" y sin restricción acuosa ni sobre-hidratación, se indicó recolección de orina de 24 horas y se tomó muestra de sangre en ayunas para la determinación de variados analitos. Se llevó a cabo un análisis descriptivo, distinguiendo la presencia de alteraciones metabólicas puras y mixtas.

Resultados: se observaron alteraciones metabólicas en el 92,48% de los pacientes: hipercalcúria renal, hipercalcúria absorptiva, hipercalcúria resortiva, hiperuricosuria, hipocitruuria, hiperoxaluria, hipomagnesiuria, cistinuria y ATR. En el 7,52% no se encon-

tró ninguna alteración metabólica. En el primer grupo, el 40% presentó una única alteración, el 35,84% dos, el 13,83% tres y el 2,82% cuatro alteraciones conjuntas.

Conclusión: en nuestra región, los condicionantes del proceso litogénico se deberían a: alto contenido de calcio; sodio y purinas en la dieta habitual (quesos; embutidos; conservas; carnes rojas); contenido mineral del agua potable; inadecuada hidratación y genética proclive. Los resultados obtenidos son comparables con los de Levy y col. en USA. Consideramos que un estudio metabólico integral para nefrolitiasis es indispensable para decidir el tratamiento en cada paciente y evitar recurrencias para ERC.

20. NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA

0092

IMPACTO EN EL FILTRADO GLOMERULAR EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA CON O SIN CLAMPEO VASCULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO ONCOLÓGICO

F Caumont¹, G Villoldo¹, J Camean¹, M Tegl², ME Nicolin², A Villaronga¹.

1. Instituto Oncológico Alexander Fleming, Argentina. 2. Hospital Churruca Visca, Argentina.

Introducción y Objetivos: la nefrectomía parcial laparoscópica es el método de elección para el tratamiento de las masas renales pequeñas, pero uno de los principales inconvenientes de la técnica, es la necesidad de realizar clampeo vascular durante la resección tumoral, para control de la hemostasia y la correcta visualización de los márgenes quirúrgicos pudiendo producir alteración de la función renal. La nefrectomía parcial laparoscópica sin clampeo se ha popularizado para evitar daño renal. El objetivo de nuestro trabajo es analizar los cambios en el filtrado glomerular de las nefrectomías parciales laparoscópicas con y sin clampeo vascular.

Materiales y métodos: se evaluaron en forma retrospectiva 40 pacientes. Se realizó un modelo de regresión lineal evaluando el cambio de creatinina, MDRD y CKD-EPI pre y posoperatorios. El clampeo se introdujo en el análisis uni y multivariado como la principal variable predictor. Se calculó los coeficientes beta y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). En todos los casos se considera significativo una p de valor menor a 0,05.

Resultados: de los pacientes estudiados, encontramos que no hubo diferencias significativas de los resultados pre y posoperatorios en los valores de creatinina, del MDRD y de CKD-EPI en los pacientes a los que se realizó clampeo vascular (variación de creatinina de 0.08, de MDRD 7.13, de CKD-EPI 6.2) de a los que no se les realizó el mismo (variación de creatinina de 0.04, de MDRD 2.59, de CKD-EPI 4.6), encontrándonos con una P no significativa (P=0.438; P=0.527; P=0.756). El tiempo promedio de isquemia caliente en el grupo de pacientes sometidos a clampeo fue de 22.4 minutos.

Conclusión: no logramos evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos analizados. Esto es debido quizás al número de pacientes evaluados, a que el clampeo no superó los 30 minutos o al tiempo desde la cirugía y la evaluación realizada.

0155

TRATAMIENTO COMBINADO ENDOVASCULAR Y QUIRÚRGICO DE ANEURISMA DE FAV ASOCIADO A SEVERA HIPERTENSIÓN VENOSA

G González, MA Nadal, R Vavich, J Antonelli, E Mendaro, A Copa, A Gubergrit, M Casas.
CIN DAOMI, Argentina.

Reporte de un caso: paciente de 71 años, con antecedentes de IRC. Inicia 9/11 HD por catéter transitorio. Le confeccionan en 10/12 una FAV húmero mediana cefálica de MMSS der. En 1/2012 presenta cianosis, eritema, edema y signos de robo en la FAV. En 2/12 inició DP por severas complicaciones en la FAV. En 3/13 le realizan flebografía ingresando por la vena femoral y una vía venosa periférica. Se constata obstrucción de la vena subclavia derecha, sin lograr progresar la vía ni efectuar angioplastia. Le realizaron una ligadura de la vena cefálica para aliviar la hipertensión. Evolucionó con progresión del edema de MMSS, dolor y dilatación aneurismática. El 23/9/2014 presenta hemorragia por una lesión granulomatosa de la piel sobre la FAV, requiriendo internación con transfusión de sangre. Se planteó anular la FAV por un procedimiento endovascular. Se realizó angiografía de MMSS que mostró un voluminoso pseudoaneurisma (PA) de la arteria humeral. Se efectuó punción anterógrada de la arteria y se colocó un balón que fue insuflado en el origen del PA para aislarlo. Se punzó el PA y se inyectó 500 UI de trombina humana en forma percutánea. El control angiográfico mostró exclusión total del PA. Este procedimiento fue ambulatorio, con anestesia local y sin complicaciones, mejorando el MMSS con la desaparición del edema, disminución del tamaño del PA a 1/3 del basal y parcial cicatrización de las heridas en 10 días, persistiendo una escara adyacente al PA trombosado. Considerando esta escara un lecho no apto para la cicatrización completa, se decidió la resección quirúrgica de la misma y del PA, conservando la permeabilidad del eje vascular y lograr un cierre definitivo de la lesión.

Discusión: el tratamiento endovascular con trombina facilitó la resolución parcial del PA y el abordaje quirúrgico en condiciones tisulares más favorables.

0171

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA E HIPONATREMIA POSANGIOPLASTIA RENAL EN PACIENTE MONORRENO

R De Rosa, A Salmista, G Ferricher, S Peralta, M Mera, J David, R Fruttera.
Clínica San Camilo, Argentina.

Objetivo: comunicar el caso de una presentación atípica, no descrita en la literatura, de hipertensión e hiponatremia severa post angioplastia renal en paciente monorreno.

Material y método: se presenta una paciente femenina de 71 años con antecedentes de cirugía renal a los 27 años pos traumática, HTA de 20 años de evolución (medicada con Valsartan, amlodipina, bisoprolol y espirinolactona) y endarterectomía carotídea hace 2 meses, con hallazgo prequirúrgico en Doppler renal de obstrucción 100% RD y estenosis 80% en RI. Eco: RD:65mm RI:98mm Normal. RRG RD excluido, RI Normal. Creatinina 1.1

mg/dl MDRD 52 y sin proteinuria. Se realiza angiografía lesión crítica suboclusiva ostial y proximal de arteria renal izquierda. En diferido se realiza angioplastia con stent y evoluciona en pos operatorio inmediato con HTA severa que requiere titulación endovenosa de hipotensores e hiponatremia severa de 120mmol/l con deterioro del sensorio. TAC cerebro normal. Se corrige hiponatremia con aportes de sodio con difícil recuperación. Na urinario 105 mmol/l. Al sexto día de tratamiento EV + oral se logra estabilizar sodio sin necesidad de aportes mayores a los habituales y luego disminuir nitroglicerina. Sin modificación de función renal durante la internación y asintomática es dada de alta. Se realizó nuevo RRG y centello renal buscando áreas de hipocaptación que justifiquen microembolias distales durante el procedimiento que pudieran justificar isquemias con la activación del SRAA y no se evidenciaron cambios salvo una mejoría en el tiempo al pico del Tc99.

En la actualidad la paciente se encuentra con disminución de drogas antihipertensivas e igual función renal.

Resultados y conclusiones: se presenta dicho reporte ya que en la literatura no se encontró presentación similar alguna, siendo esta la primera y obligaría a tomar recaudos al momento de realizar angioplastias renales en monorrenos.

21. NEFROPEDIATRÍA

0100

PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN NIÑOS NACIDOS PREMATUROS DE ≤ 32 SEMANAS ≤ 1500 G. ESTUDIO LONGITUDINAL A PARTIR DE LAS 40 SEMANAS HASTA LOS 3 AÑOS

S Miceli¹, L Rodríguez¹, ME Caram¹, MI Martinini¹, MZ Pérez¹, M Djivelekian¹, F Ferraris¹, M D'Urso².

1 Hospital del Niño Jesús, Argentina. 2 Dpto. Bioestadística FM-UNT, Argentina.

Los niños nacidos prematuros (NNP) pueden presentar HTA en la adolescencia y edad adulta.

Objetivos: evaluar y realizar seguimiento de la PA de cada niño nacido prematuro de alto riesgo que ingrese a control ambulatorio. Comparar los valores medios de PA desde 40 semanas a los 36 meses. Analizar asociación con datos de nacimiento y del momento del control. Estudiar la prevalencia de hipertensión arterial en cada instancia de control. Analizar el comportamiento de la PA en los niños diagnosticados hipertensos al año de edad.

Material: población. NNP (≤ 32 s \leq de 1500g). 2 grupos: G1) controlados desde las 40s y G2) comienzo de controles ≤ 12 m. Variables estudiadas: sexo, edad, peso (P), talla (T), PAS y PAD.

Método: tensiómetro oscilométrico automático. Curvas de PA de Task Force. Consentimiento. Aprobación del Comité del Hospital. Diseño de cohorte prospectivo. Asociación simple y múltiple. Significancia 5%. Resultados. 525 NNP. En G1, 227 niños, controlados cada 3 m, aumentaron progresivamente la PA con diferencias entre controles. Clasificaron $> P95$ (HTA), la media de PAS de 12 meses y PAD a los 12, 18, 21 y 24 meses. La prevalencia de HTAS y HTAD entre 1° y último control disminuyó de 23 a 15% y 22 a 19%, respectivamente. HTAS asoció con PN ($p=0,02$); con P y T al momento de control ($p=0,002$ y $p=0,008$) e HTAD a P y T ($p=0,01$). En G2, 298 niños (con-

trol anual) desde 12 meses, PAS y PAD sin diferencias, entre controles. PAS clasificó HTA, a 12 meses y 24 meses y PAD a 12, 18, 24 meses. Prevalencia de HTAS e HTAD disminuye a los 3 y 4 años.

Conclusiones: PA variaciones con la (ambos sexos). Las medias clasificaron como HTA después de los 12 hasta 36 meses NNP tuvieron alta prevalencia de HTA. PA asociaron a PN, P y T de los controles. Los niños con HTA al año normalizaron a los 2 y 3 años.

22. NUTRICIÓN

0023

EL REGRESO DE LOS CETOANÁLOGOS

MM Alba, M Traverso.

Unidad Renal Cipolletti, Argentina.

El tratamiento nutricional de la IRC perdió terreno en las dos últimas décadas del siglo XX con la popularización de las terapias dialíticas. En los últimos años, dado el creciente número de enfermos con ERC y el envejecimiento de esta población, se asiste a un renovado interés por estas terapias que han probado ser eficaces y seguras en retardar la etapa final de la IRC.

Con el objetivo de mostrar nuestra experiencia con esta "nueva" opción de tratamiento de la IRC, presentamos el siguiente caso clínico.

Una mujer de 20 años, consultó en 1989 por síndrome nefrótico diagnosticándose glomeruloesclerosis focal y segmentaria recibiendo tratamiento esteroideo. Concluido el mismo prosiguió bajo control nefrológico periódico, dieta hiposódica con 1 g/k/d de proteínas e inhibidores ACE.. Su clearance estaba preservado y su proteinuria oscilaba entre 0.3 y 2 g/d. A partir de 1997 se objetiva lento pero progresivo deterioro de la función renal por lo que su ingreso proteico se reduce a 0.8 g/k/d que la enferma cumple estrictamente. En 2014 su clearance cae a 16 ml/min indicándose consulta para transplante con donante vivo relacionado o preparación para ingreso a diálisis, que la enferma rehúsa. Se propone entonces reducción de ingreso proteico a 0.6 g/k/d suplementado con cetanoálogos más vitaminas B,C y D, hierro, ácido fólico y bicarbonato de sodio (1.5 g/d). Luego de 8 meses de tratamiento la función renal se ha mantenido estable como asimismo el estado nutricional de la enferma, con buena tolerancia a cetanoálogos y mejoría subjetiva (refiere aumento de capacidad laboral). Su peso y su IMC se han mantenido estables con proteinemia de 7.2 g/dl, albuminemia 4.1 g/dl, transferrina 290 con 47% de saturación y recuento linfocitario normal.

Conclusiones: el tratamiento nutricional de la IRC avanzada es otra opción disponible en enfermos reticentes a las terapias dialíticas que hayan dado muestras de adherencia a los tratamientos prescritos.

0132

MALNUTRICIÓN E INFLAMACIÓN SUBCLÍNICA EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

M Gini.

Hospital Italiano Garibaldi Rosario, Argentina.

Objetivo: evaluar la relación existente entre estado de inflamación; masa grasa (MG) y evento cardiovascular en pacientes en HDC.

Material y métodos: estudio de corte transversal, prospectivo y descriptivo, incluyendo pacientes en hemodiálisis crónica HDC con mínimo 6 meses de tratamiento (n=60). Dichos pacientes fueron evaluados en abril del 2013. Al año se evalúan los ecocardiogramas, eventos cardiovasculares y muerte por causa cardiovascular. El grado de inflamación se estimó mediante PCRh, IL-6, TNF α , leptina y T3. Para la valoración nutricional se utilizó el Score de Bilbrey-Cohen modificado por Milano-Cusumano, albúmina, TCP (tasa de catabolismo proteico), ecocardiograma bidimensional. Para la evaluación estadística se utilizaron correlaciones, prueba t para muestras independientes, ANOVA y chi-cuadrado.

Resultados: se encontró una relación inversa (P<0,003) entre la albúmina y modificaciones en el ecocardiograma; se observó una relación inversa (P<0,023) entre TNF α y modificación del ecocardiograma. Correlación directa (P<0,05) entre la leptina y el perímetro de cintura al igual que entre la PCRh y el % de MG. Relación directa entre TCP (P<0,01) y PCRh (P<0,03) con muerte cardiovascular. Relación inversa entre albúmina y muerte cardiovascular (P<0,049). Existe una correlación positiva entre el perímetro de cintura y el % de grasa (P<0,01).

Conclusiones: en esta población cuyos indicadores de inflamación corroboraron dicho estado presentaron al año de seguimiento modificaciones en el ecocardiograma y el 13% fallecieron de causa cardiovascular. La obesidad abdominal representa un factor de riesgo cardiovascular independiente al igual que en la población en general.

0133

COMPOSICIÓN CORPORAL EN DIALIZADOS: RELACIÓN CON INFLAMACIÓN Y MALNUTRICIÓN

M Gini.

Hospital Italiano Garibaldi Rosario, Argentina.

Objetivo: evaluar el exceso de masa grasa (MG) y el grado de hidratación mediante la técnica de bioimpedancia (BIA) y su posible relación con parámetros inflamatorios y nutricionales.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal, descriptivo, incluyendo pacientes en HDC con mínimo 6 meses de tratamiento (n=17). El grado de inflamación se estimó mediante PCRh, IL-6, TNF α , leptina. Para la valoración nutricional se utilizó albúmina, TCP (tasa de catabolismo proteico). Para la evaluación estadística se utilizaron correlaciones, prueba t para muestras independientes y chi-cuadrado.

Resultados: El 65% de los pacientes cumplen criterios de sobrepeso (IMC>25) y el 15% están sobrehidratados (OHrelativa=>15%). Los pacientes con IMC normal tienen mayor grado de hidratación (p<0,044). Relación directa entre sobrepeso y MG (p<0,037). Pacientes sin sobrehidratación presentan menor TCP (p<0,044). Correlación directa entre MG y IL6 (0,506) e inversa entre la albúmina y leptina (0,501). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grado de hidratación y los parámetros inflamatorios.

Conclusión: este estudio destaca la prevalencia de sobrepeso y su relación con la grasa acompañada de mayor inflamación. La BIA es una técnica que permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación en HDC complementando la evaluación clínica.

0202

ERROR EN LA ESTIMACIÓN DE LA ALTURA A PARTIR DE LA LONGITUD DE DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES EN PACIENTES EN HDC

R Valtuille¹, M Casos¹, M Giménez², A Egoñe¹, H Moretto².

1. FME Burzaco, Argentina. 2. FME Quilmes, Argentina.

Una correcta medición de la altura (A) resulta de suma importancia para normalizar diferentes componentes corporales (masa magra (MM) y masa grasa (MG), así como para calcular el índice de masa corporal (IMC).

Sin embargo, la medición de la A en pacientes HDC puede ser difícil debido a la frecuente presencia de osteopatías, sarcopenia, desnutrición, etc.

La estimación de la A a partir de diferentes segmentos corporales como la longitud del brazo extendido (BE), del cúbito (C) o de la pierna (P) han sido propuestos en ptes en HDC. El propósito de esta estudio fue comparar la A medida en posición de pie con los predictores de A basados en la longitud del BE, C y P para determinar si existen discrepancias entre ellos así como su utilidad para normalizar el peso (índice de masa corporal = peso/A² (IMC)) MM y MG definidos por un monitor de la composición corporal (CC) (BCM). Para ello medimos 302 pacientes prevalentes (44% mujeres, 24% diabéticos) de 2 centros con al menos una medición de CC realizada. Al 91% se les realizó 2 veces con operadores diferentes.

En nuestro estudio el error porcentual (E%) interoperador para A y predictores fue del 2%. Todos los predictores de A sobreestimaron y fueron significativamente diferentes de la A medida en ambos centros. A estimada usando BE mostró el menor % (4.9±4.4%) y la mayor exactitud con análisis de Bland Altman (-0.019(-0.027-0.012)). E fue mayor con la edad (r=0.27) y correlacionó inversamente (r=-0.30) con el índice de MM (MM/A²) y difirió entre centros y generos. Cuando se usaron C y P como estimadores IMC, IMM e IMG (MG/A²) fueron significativamente menores. El E en la estimación de A de aprox 10% con C y P se traduce en > 20% cuando se utilizan para normalizar IMC, IMM e IMG.

La estimación de la A basada en BE mostró menor E y mayor exactitud. El E de los predictores basados en C y P se acentuó cuando fueron utilizados para normalizar CC y no es explicable por E operador-dependiente.

23. PSICOLOGÍA Y ASISTENCIA SOCIAL

0053

POLO EDUCATIVO EN EL CENTRO DE DIÁLISIS

ML Escribano, JP Fernández, L Lef.

Fresenius Medical Care, Argentina.

Objetivo: análisis de la incidencia de las actividades educativas intradiálisis en el diario desempeño de los pacientes.

Materiales y métodos: las actividades educativas que se desarrollaron en el centro durante el período 2012-2015 son:

- Plan FINES (Plan Provincial de Finalización de Estudios Secundarios).

- Formación profesional con clases de idioma y Microemprendimientos.
- Alfabetización informática.

Las tres actividades se realizan en la sala de diálisis durante el tratamiento. Las clases son: grupales, semanales, intradiálisis, realizadas por profesores especializados. Encuestas para evaluar el impacto de las actividades sobre los pacientes.

Resultados: participantes: 42 pacientes convocados voluntariamente: 32% varones, 68% mujeres.

Percepción de síntomas intradiálisis (mareos, presión, calambres). El 58% refiere sentir menos síntomas en las sesiones que tienen actividades.

En relación al aspecto cognitivo se pudo observar que el 74% refiere haber mejorado su capacidad de concentración y el 21% haberla conservado.

El 84% refiere haber mejorado su estado emocional y el 16% refiere estar tan bien como estaba antes.

El 58% de los pacientes refiere aprovechar el tiempo en la sala de espera para realizar tareas de aprendizaje.

En cuanto a los aspectos sociales el 58% refiere haber mejorado la relación con sus compañeros de sala y el 52% con el personal.

Posdiálisis: el 74% de los pacientes manifiestan que pueden afrontar mejor sus tareas habituales los días que tienen actividades educativas en diálisis.

El 68% se sienten más activos y vitales los días que tienen actividades intradiálisis.

Conclusiones: las actividades intradiálisis mejoran sustancialmente el diario desempeño del paciente: su estado cognitivo y emocional manteniendo activas sus capacidades mentales y sus funciones sociales.

24. TRASPLANTE RENAL

0007

EVOLUCIÓN HISTOLÓGICA DE BIOPSIAS PROTOCOLO EN INJERTOS RENALES DE DONANTES CON CRITERIO EXPANDIDO

MJ Ramat, G Iglesias, M Herrero, V Bengio, P Novoa.

Hospital Córdoba, Argentina.

El uso de riñones provenientes de DCE aumenta significativamente el número de órganos disponibles para los pacientes en lista de espera.

Determinar los hallazgos histológicos de biopsias protocolo en injertos renales de donantes con criterio expandido.

Determinar la función renal en el período de seguimiento de los pacientes trasplantados.

Trabajo observacional retrospectivo de 83 pacientes trasplantados en el Servicio de Nefrología del Hospital Córdoba, de ambos sexos y mayores de 18 años.

A todos los pacientes se les realizó una biopsia de protocolo al primer año del trasplante.

Se realizaron cortes de 3 a 5 micras, y posteriormente se colorearon con hematoxilina-eosina, PAS y Masson. A todos se les realizó score de Banff.

De los 83 pacientes estudiados los receptores de injertos de DCE fueron en total 18 (21.68%) y los restantes 65 de DCS (correspon-

diente al 78,32%) fueron considerados "grupo control". La edad promedio del donante fue de 57.8 años, en comparación con los DCS que fue de 34.5 años ($p=0.002$); fueron de sexo masculino 44% y 43%, respectivamente. El tiempo de isquemia fría (IF) fue menor en el primer grupo: 13.8 vs 16.2 horas.

La edad promedio del receptor de DCE fue de 40 años (44% hombres). El receptor del grupo control presentó en promedio 41.6 años (46% fueron hombres). Previo al implante los pacientes del grupo en estudio (DCE) estuvieron menor tiempo en diálisis que el grupo control (4.2 vs 5.9 años). El retardo en la función del injerto (d_{gf}) fue de 50.00% vs 42.00%. El matching inmunológico (HLA) fue de 2.7 vs 3.1.

El score de fibrosis en las biopsias preimplante fue en promedio de 2.5 en DCE y de 0.83 en DCS ($p=0.023$); dentro del año de seguimiento el score de fibrosis se incrementó en el primer grupo a 2.83 y en el segundo a 1.34.

La creatinina sérica fue en el 1° mes de 1.92 vs 2.05. El 6° mes de 1.63 vs 1.48. Al año 1.72 vs 1.48 y al 3° año 1.57 vs 1.2 ($p=0.045$).

El uso de DCE permite una fuente de órganos importante con muy buenos resultados.

0008

RELACIÓN DE DIABETES MELLITUS PREVIA AL TRASPLANTE RENAL, POST TRASPLANTE RENAL Y PACIENTES SIN DIABETES CON LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS DE BIOPSIAS RENALES DE PROTOCOLO

M Alvarez, G Iglesias, P Novoa.

Hospital Córdoba, Argentina.

Introducción: el impacto de cualquiera de la diabetes, la diabetes pos-trasplante, preexistente, o de otras alteraciones del metabolismo de glucosa en la progresión o implicancia en los cambios histopatológicos en biopsias de protocolo de serie durante el primer año después del trasplante no se han descrito en detalle.

Objetivo: es describir el impacto de las alteraciones del metabolismo de la glucosa en la progresión de los cambios histopatológicos en biopsias renales.

Materiales y métodos: se estudió retrospectivamente la totalidad de los pacientes trasplantados renales en el Hospital Córdoba entre 2001 hasta 2013. Se utilizaron los criterios diagnósticos para NODAT extraídos de la Asociación Americana de la Diabetes (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Resultados: se incluyeron 137 pacientes. Se observó que el 24% de los pacientes en quienes se utilizó tacrolimus desarrollaron posteriormente diabetes pos trasplante renal, con un riesgo relativo de 5,1 para los pacientes expuestos a tacrolimus. La PTOG realizada, en pacientes que recibieron trasplante renal donante vivo se vio alterada en un 80% en los pacientes que desarrollaron NODAT, obteniendo una sensibilidad del 67% y una especificidad del 71%. En comparación con los pacientes que recibieron trasplante donante cadavérico en los que se también se registró un 75% en la PTOG alterada en el grupo de pacientes con diabetes pos trasplante. En las biopsias se observó que la diferencia entre el 2° y 12° mes, fueron estadísticamente significativas en la progresión de los cambios histológicos entre NODAT y el grupo control.

Conclusión: podemos establecer que tacrolimus es un factor de riesgo del desarrollo de diabetes mellitus post trasplan-

te renal e identificar a la PTOG alterada como predictor de dicha enfermedad. Los hallazgos encontrados en las biopsias renales de protocolo pudieron comprobar que los trastornos de la glucosa tienen una implicancia sobre la progresión cambios histopatológicos.

0013

RENDIMIENTO DE LAS BIOPSIAS DE PROTOCOLO EN LA DETECCIÓN DEL RECHAZO AGUDO, VALORADO A TRAVÉS DE DOS REGÍMENES INMUNOSUPRESORES: TACROLIMUS VS CICLOSPORINA

C Ceruti, G Iglesias, P Novoa.

Hospital Córdoba, Argentina.

El examen histológico de la biopsia renal sigue siendo el método de excelencia y de mayor precisión para la identificación diagnóstica de la patología del injerto renal que influye a corto y a largo plazo en la supervivencia del mismo.

Evaluar el rendimiento de las biopsias de protocolo en trasplantados renales durante su primer año de seguimiento con dos regímenes de diferentes Tac vs CsA. Biopsia al 2, 6 y 12 meses.

72 pacientes recibieron tacrolimus y 70 pacientes ciclosporina. Edad promedio fue de $32,92 \pm 9,74$ años, la mitad era de sexo masculino y la causa más frecuente de la enfermedad renal crónica fue en el 37,3% desconocida, en segundo lugar por glomerulonefritis 14,8% y, el tercero por nefroangioesclerosis 9,2%.

El 50% de los pacientes recibió trasplante con donante vivo y el tiempo promedio en diálisis antes del trasplante fue de 3 años.

Rechazo agudo en el 10,6% de las realizadas en el segundo mes.

Biopsias normales (41,5%) el 22,9% eran del grupo de CSA Y 18,6% de FK.

IF/TA en el 7,8% de los pacientes que recibían CSA y en 12,1% de los que recibían FK.

IF/TA se incrementó al 50% (23,2% para el de CSA y 26,8% para el de FK).

Al año rechazo agudo en el 12,7% de los casos y en un porcentaje también mayor en el grupo de FK (8,5% para el mismo y 4,2% para el de CSA). Las biopsias normales sólo en 6,3% de los pacientes con CSA y en 0,7% de los que recibían FK, presentando IF/TA ya el 75% de los casos (n=107) de los cuales 37,4% pertenecían al grupo de CSA y 38% al de FK.

La función renal en los grupos comparados de pacientes con RSC vs no RSC al año fue de $1,44 \pm 0,45$ vs $1,27 \pm 0,47$ MDRD $55,83 \pm 22,70$ vs $68,02 \pm 22,85$ $p=0,005$.

Es importante destacar que a los pacientes a los que se diagnosticó RSC, fueron tratados y a pesar de eso presentaron peor función renal al año.

Este estudio demuestra la utilidad y la eficacia de las Biopsias de Protocolo como herramienta diagnóstica en la detección de patología subclínica.

0020

ARRITMIA ASOCIADA A HIPONATREMIA EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL

MM Alba¹, L Pérez², B Rizzo³, E Guerrero³.

1 Unidad Renal Cipolletti, Argentina. 2 Sanatorio Juan XXIII, Argentina. 3 Unidad de Trasplante renal de Neuquén, Argentina.

La arritmia es frecuente en los desórdenes hidroelectrolíticos pero es poco común en las hiponatremias donde la sintomatología predominante se refiere al SNC. Sin embargo, hay escasos casos reportados de síndrome de Brugada (supradesnivel de ST en precordiales derechas, arritmia ventricular compleja y síncope), en contexto de bajo sodio sérico. Nuestro objetivo es mostrar un inusual caso de arritmia asociada a hiponatremia.

Métodos: una mujer de 50 años, portadora de su segundo trasplante renal desde 2005 y con función renal conservada, consulta en diciembre de 2014 por "sensación de que algo no estaba bien en su cuerpo". Al examen físico se observa una enferma en buen estado general, normotensa, normohidratada y con pulso irregular. Un ECG mostró extrasistolia ventricular frecuente y su laboratorio una natremia de 123 mEq/l con osmolaridad calculada de 268 mOsm, sodio urinario de 82 mEq/l, osmolaridad urinaria de 183 mOsm y una FE Na del 4%. Un Holter mostró extrasistolia SV aislada pero ventricular muy numerosa aislada y agrupada con bi y trigeminismo. La enferma atravesaba situación de stress emocional con escasa ingesta y dieta hiposódica estricta.

Se indicó restricción de agua libre y suplementar dieta con 2 g diarios de sodio. ADH, ACTH y TSH arrojaron resultados normales. El sodio sérico fue ascendiendo paulatinamente en los días subsiguientes hasta normalizarse al igual que la osmolaridad, comprobándose desaparición de arritmia. Un nuevo Holter mostró sólo extrasistolia ventricular esporádica (< 1 EV/h) con una natremia de 137 mEq/l. La enferma se ha mantenido asintomática y no ha requerido tratamiento antiarrítmico. Un nuevo ECG efectuado 6 meses más tarde no identificó arritmias ni patrón de Brugada con un sodio sérico de 136 mEq/l.

Conclusión: si bien el síndrome de Brugada se ha descrito en relación a hiponatremia, no se pudo reconocer su patrón electrocardiográfico en esta enferma. Otros tipos de arritmia compleja son posibles en relación a hiponatremia.

0024

TRASPLANTE RENAL DE URGENCIA POR ÚLTIMO ACCESO VASCULAR EN PACIENTE HIPERSENSIBILIZADO CON TROMBOFILIA

G Fragale, P Lovisolo, V Beitia, A Spiazzi, M Pattin, O Trabadelo. Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: el trasplante renal de urgencia constituye una forma de trasplante infrecuente con una elevada morbi-mortalidad. Presentamos el caso de un paciente hipersensibilizado que recibió trasplante renal de urgencia y tratamiento desensibilizante con evolución favorable.

Caso clínico: paciente masculino de 23 años con IRC reflujo vesico-ureteral. Primer trasplante renal con donante cadavérico en 1998. Antecedentes: politransfundido, síndrome antifosfolípido. Después de 20 días de ingresar a la lista de urgencia para trasplante recibe en julio 2013 segundo trasplante renal con donante cadavérico por agotamiento de accesos vasculares en el 5º día de tratamiento con vancomicina por infección asociada a catéter. Cross-match contra panel pretrasplante ELISA Anti-Clase I 10% Anti-Clase II 33%. Cross-match por citotoxicidad dependiente de complemento y citometría de flujo contra donante negativos. Mismatch A2 B2 DR1. Tipificación

de anticuerpos Anti-HLA mostró anticuerpos contra donante HLA-A3 21149 MFI (Median Fluorescence Intensity) en el pretrasplante. Recibió tratamiento de desensibilización previo al trasplante: 8 sesiones de plasmaferesis seguidas de gammaglobulina hiperinmune 100mg/kg. Inducción de inmutipresión Basiliximab 20 mg día 1 y 4 postrasplante. Se completa gammaglobulina hiperinmune 2gr/kg en la primer semana postrasplante, segundo y tercer mes postrasplante. Evolucionó con recuperación de la función renal sin requerimiento de diálisis. Biopsias renales en los meses 1-2-4-12 postrasplante sin evidencia de rechazo. El monitoreo de anticuerpos específico anti HLA-A3 mostro descenso del título al año del trasplante. Función renal al año: Cr 1.2 mg/dl.

Conclusión: si bien nuestro caso muestra una evolución favorable más estudios son necesarios para evaluar el beneficio del uso de tratamiento desensibilizante en este grupo de pacientes con alta morbi-mortalidad, altos costos y que plantea un dilema ético ante la actual escasez de órganos.

0032

PRINCIPALES NECESIDADES SOBRE EL AUTOCUIDADO VINCULADAS AL TRASPLANTE RENAL, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL, QUE SE ENCUENTRAN EN LISTA DE ESPERA EN EL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES

RS Avalos Enriquez, CV Bendersky.

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral", Argentina.

El trasplante renal es la terapia de elección para el tratamiento de la enfermedad renal. Hoy en día la Enfermería tiene un papel esencial, como encargada de la preparación pre quirúrgica con un rol educativo esencial, dirigido tanto al paciente como a su familia.

Existen dos objetivos fundamentales para educar en salud: permitir a los pacientes tomar decisiones informadas y conseguir su participación mediante una actitud crítica y toma de decisiones que favorezcan la salud. Según Dorotea Orem, el autocuidado no es innato, pacientes con ERC, muchas veces no son capaces de autocuidarse, no tienen los conocimientos necesarios, voluntad o la fuerza para ello, sin embargo la necesidad de aprender es importante. A fin de satisfacer estas necesidades, se desarrollaron un total de 54 talleres. Se contó con una participación de 489 pacientes y familiares, con un promedio de asistencia por taller de 9 pacientes. Con una asistencia máxima de 26 pacientes y una mínima de 0 pacientes. Durante el transcurso de los talleres se realizaron un total de 705 preguntas las cuales fueron distribuidas en las correspondientes categorías según Virginia Henderson a fin de determinar, cuales son las principales necesidades informativas para el auto cuidado de los pacientes y familia vinculados al trasplante renal.

Del análisis de los resultados se puede concluir que la necesidad N° 14 (Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad) con un 39.8% es la de mayor significancia, seguida por la necesidad N° 9 (evitar los peligros del entorno y evitar dañar los demás) con un 13%. También se obtuvo que las necesidades N° 13 (participar en actividades recreativas) y N° 2 (comer y beber adecuadamente) con valores porcentuales muy cercanos entre sí.

0039

PREVALENCIA DE INFECCIÓN CHAGÁSICA EN CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL Y EVOLUCIÓN EN EL POSTRASPLANTE

YS Nuccetelli, MF Taylor, A Martinoia, S Di Pietrantonio, HS Petrone.

CRAI Sur -CUCAIBA, Argentina.

Objetivos: evaluar la prevalencia de infección chagásica en candidatos a trasplante renal y la evolución en el postrasplante.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo de pacientes trasplantados en nuestra unidad. Se consideraron receptores con infección chagásica (RCH) y pacientes trasplantados con donantes chagásicos (DCH) durante el período comprendido entre enero 1996 y junio de 2015. En ningún caso los pacientes candidatos a trasplante habían recibido tratamiento antiparasitario excepto en un donante vivo relacionado. Se definió infección chagásica a la presencia de 2 o más serologías positivas para el *Tripanosoma* que incluían ELISA, HAI y CLIA. En los casos positivos se realizó parasitemia.

En el momento del trasplante se realizó strout y se solicitó consentimiento informado en receptores que iban a recibir un donante chagásico. El seguimiento se realizó con strout semanal x 2 meses luego quincenal y mensual y ante manifestaciones clínicas.

Resultados: se realizaron 681 trasplantes en el periodo estudiado. Nueve pacientes recibieron órgano de donante DCH (1,3%). Se trasplantaron 38 RCH (5,58% de los trasplantados). en un sólo caso hubo DCH+RCH (0,14%). No hubo casos de primoinfección clínica o de laboratorio en receptor negativo de DCH. En RCH se observaron 3 reactivaciones. Una de ellas precoz y asintomática detectada por parasitemia. Otra también precoz con adenopatías y fiebre y 1 tardía con manifestaciones cardiológicas y adenopatías. Todas fueron tratadas con benznidazol con buena respuesta.

Conclusión: se destaca la elevada seroprevalencia en nuestro medio (5.58% de RCH). Si bien están descritas las complicaciones graves como encefalitis, paniculitis, etc, no ocurrió en nuestros pacientes.

0054

HEMATURIA GLOMERULAR Y FALLA RENAL AGUDA EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL ASOCIADO A ANTICOAGULANTES ORALES

G Valencia, J Camacho, N Dilella, J Sleiman, C Díaz, G Soler, Y Suárez, G Laham

CEMIC, Argentina.

Introducción: la nefropatía por anticoagulantes orales (ACO) se define como la injuria renal aguda secundaria al inicio de ACO. Según reportes, los factores de riesgo serían el RIN > 3 y la enfermedad renal crónica (ERC).

Historia clínica: reportamos el caso de un paciente masculino de 59 años de edad, trasplantado renal como parte de tratamiento de una ERC secundaria a glomerulonefritis extracapilar, hipertensión arterial, tabaquista severo.

Medicación: tacrolimus, meprednisona, micofenolato, eritropoyetina (EPO), carvedilol, amlodipina, AAS, B2 agonista (salbutamol y salmeterol).

Al mes del trasplante intercorre con trombosis venosa profunda (TVP) con requerimiento de ACO con acenocumarol, evoluciona con macrohematuria, deterioro de la función renal con valores de creatinina de 4,5 mg/dl (basal de 1,4 mg/dl) y un RIN de 2,9. Se realiza biopsia renal en la cual se observó presencia de hemáties en los túbulos renales, interpretándose como nefropatía secundaria a ACO, los mismos se suspenden con posterior mejoría parcial de su función renal (2,5 mg/dl).

Discusión: el tratamiento con ACO se asocia con varios efectos adversos, entre ellos hematuria macroscópica e injuria renal aguda. Esta entidad se ha denominado nefropatía asociada a ACO y los mecanismos fisiopatológicos son motivo de estudio. La ERC y el RIN >3 son factores de riesgo para su desarrollo. Se ha observado que la interacción con fármacos que aumentan la presión intraglomerular incrementan el riesgo de padecerla. El pronóstico es desfavorable observándose un 66% de irreversibilidad, sobre todo con aumentos de creatinina >3 mg/dl. En la actualidad no se cuenta con reporte de casos en pacientes trasplantados.

Conclusión: en los pacientes trasplantados renales en tratamiento con anticoagulantes, se debe tener en cuenta la nefropatía por ACO como diagnóstico diferencial ante la presencia de hematuria y deterioro funcional agudo; sugiriendo que la intervención precoz puede mejorar el pronóstico.

0074

RESOLUCIÓN POR VÍA ENDOVASCULAR DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A BIOPSIA DE INJERTO RENAL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

H Petrone¹, S Di Pietrantonio¹, F Taylor¹, M Bayón².

1. CRAI Sur, Argentina. 2. Servicio Hemodinamia. HIGA San Martín La Plata, Argentina.

Objetivo: presentación de tres casos de pacientes trasplantados renales con complicaciones vasculares post biopsia que fueron diagnosticadas y tratadas por vía endovascular.

Materiales y métodos: paciente 1: F 74 años. Tx renal el 15/07/99. IS:FK. Se realizó biopsia del injerto a 10 días del tx por DGF. El 30/05/07 se realiza ecografía del injerto (por soplo a ese nivel), se constata FAV de 2 cm de diámetro intraparenquimatoso. Creatinina 1,08 mg%. FG(MDRD) 55,4 ml/min. 5/08/2010: FAV 4 cm de diámetro. 18/03/2014 se realiza procedimiento que es oclusión con coil por cateterismo. TAC control: oclusión completa de FAV. Paciente 2: F 53 años. Causa de IRCT sepsis pos aborto. 2° trasplante el 20/11/2008. Donante 63 años. Causa de muerte TEC. IS: FK+MMF+EST. Biopsia renal: 28/01/2010 por aumento de la creatinina. No rechazo agudo. 2° biopsia el 29/07/2010. Rechazo agudo. Debido a ITU repetidas se realiza ecografía del injerto constatándose: FAV a nivel del seno renal (13/05/2014). Estudio hemodinámico: se constata psudoneurisma (08/07/2014). Se realiza colocación de plug por hemodinamia con oclusión del mismo. Creatinina 1,83 FG (MDRD) 30 ml/min. Paciente 3: M 62 años. Tx renal el 10/02/2015. Causa de IRCT: PQ. Donante M 25 años. Causa de muerte TEC. IS:MMF+FK+EST. Creatinina 1,41 mg%. FG(MDRD) 55,2 ml/min. El día 25/05 biopsia de vigilancia de 3 meses. Hematuria persistente luego de la misma, con hipotensión arterial. Estudio hemodinámico: FAV en región hilar. Se emboliza con coils. Cese de hematuria y déficit de perfusión del 15% del parénquima renal. Creatinina actual 1,83 mg%. FG 39 ml/min.

Resultado: en los tres casos, 2 FAV y 1 psudoneurisma, se realizó diagnóstico y tratamiento endovascular con solución de la patología y conservación del injerto funcionante.

Conclusión: el acceso por vía endovascular permitió diagnóstico y tratamiento sin necesidad de intervención quirúrgica y con conservación de la función del injerto en los tres casos.

0075

TASA DE MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL EN ARGENTINA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

H Petrone, C Ureña, G Frapiccini, F Taylor.

Servicio Trasplante Renal CRAI Sur, Argentina.

Objetivo: evaluar en un período determinado de tiempo la tasa de mortalidad de pacientes activos en lista de espera (LE) para Tx renal y sus causas.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo observacional, en un período de tiempo comprendido entre 01/01/2009 y 31/12/2013. Fuente de información Sintra y base de datos CRAI SUR. Se evaluaron: pacientes activos totales en LE, total de pacientes fallecidos en LE, etiología de IRCT, fecha de ingreso a LE, tiempo medio desde el ingreso hasta la muerte, diferentes causas de mortalidad y tasa de mortalidad.

Resultado: durante el período de estudio evaluamos 1.020 pacientes activos en LE, de los cuales 142 fallecieron (30 fueron excluidos porque habían pasado a LE de otros centros o se habían excluido temporariamente), dejando un total de 112 pacientes para el análisis. El 60,56% (86) eran hombres y el 39,44% (56) eran mujeres. El rango de edad fue de 21 a 80 años, y la mediana de edad de 60 años. La etiología de la enfermedad renal terminal fue: desconocido 30,36% (34), 20,54% glomerulonefritis (23), nefrosclerosis 18,75% (21), 13,39%, poliquistosis (15) 8,93%, diabetes (10), otras 8,04% (9). El tiempo promedio de ingreso a LE fue 1062 días (2,91 años) y la mediana de 870 días (+/- 663,94 días), el tiempo medio en diálisis fue 8,16 años y la mediana de 7,67 años (rango de 0,65 a 16,18 años), y el tiempo hasta la muerte en LE fue 5,28 años con una mediana de 5,02 años. Las causas de muerte más frecuente fue: cardiovascular 52,68% (59). La tasa de mortalidad para cada año fue: 2009: 7,02%, 2010: 4,91% de 2011: 5,47%, 2012: 5,82%, 2013: 3,77%, y la incidencia fue de 4,73 episodios por 100 persona-años.

Conclusión: la incidencia de mortalidad en los últimos 5 años fue de 4,73 por 100 personas año y la causa más común de muerte fue la enfermedad cardiovascular. En nuestro país el promedio de tiempo en LE es de 8 años, casi el 5% de los pacientes en lista de espera mueren durante este período sin acceso al trasplante renal.

0095

BUSCANDO EL "POR QUÉ" DE LA NEGATIVA A TRASPLANTARSE (C25)

V Alvarez Cendón, A Colombo, G Reglero, J Fernández, E Zeliz, M Alario, A Tessey, R Tanús.

Fresenius Medical Care Argentina, Argentina.

Introducción: el equipo de salud, promueve la inscripción en lista de espera (LE) de todos los pacientes que lo ameritan. Los estu-

dios pre-trasplante (TX) pueden ser para algunos pacientes un difícil recorrido, que en algunos casos, genera el abandono del proceso. También existe un grupo que no acepta iniciar estudios. Se presume que estas motivaciones se encontraban relacionadas a cuestiones económicas y falta de redes de contención.

Objetivo: conocer las características, motivaciones y dificultades en relación a la situación en que se encuentran los pacientes en tratamiento de diálisis, potencialmente trasplantables, que rechazan la posibilidad de iniciar estudios para ingresar en LE para Tx. renal. Situación definida en SINTRA como C25.

Materiales y métodos: muestra conformada por 534 pacientes C25 registrados entre agosto y setiembre de 2013. Se confeccionó un instrumento de recolección de datos con preguntas cerradas. Diseño cuantitativo de carácter exploratorio-descriptivo. La misma fue administrada por los trabajadores sociales de cada centro. Se obtuvieron 423 encuestas respondidas, de 34 centros en 11 provincias argentinas.

Resultados: la socialización de la encuesta antes de su aplicación generó un cambio de situación en 61 pacientes en SINTRA. 84% tenía grupo familiar conviviente. El 40% de nivel educativo > al primario, 82% no conocía el SINTRA. El 73% recuerda haber firmado la negativa. El 23% pensó en revisar su situación y podría revocar el C25. Un 33% requería nuevo asesoramiento.

Conclusión: se observó que la causa que más prevaleció fue el miedo y la 2º en importancia fue considerar que no se encontraban en edad para TX, evidenciando desconocer los límites de edad. Reflejaron confianza en el sistema de Tx en la Argentina y en su cobertura de salud. Los pacientes no se han apropiado del SINTRA. Se evidenció la necesidad de plantear nuevas estrategias de comunicación que permita a los pacientes la toma de esa decisión sin condicionamientos, errores de interpretación o desconocimiento.

0134

ANEURISMA MICÓTICO EN ARTERIA DE INJERTO RENAL POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* TRANSMITIDO POR LIQUIDO DE TRANSPORTE EN TRASPLANTE RENAL: REPORTE DE UN CASO

Y Morelo Fuentes, MA Lizarraga Villagran, FA Mos, LM Gutiérrez, RM Fortunato, PM Raffaele.

Hospital Universitario Fundación Favalaro, Argentina.

Objetivo: reportar un caso de aneurisma micótico por *P. aeruginosa* secundario a infección transmitida por líquido de transporte contaminado del órgano ablacionado.

Materiales y métodos: paciente de 52 años de edad, con ERCT secundaria a PQT. Recibe trasplante (tx) renal con donante cadavérico de 21 años, con TIF de 15 horas, T. anastomosis 15 minutos, inducción con timoglobulina y esteroides. El cultivo sistemático de líquido de transporte del riñón ablacionado fue + para *P. aeruginosa* multisensible. El paciente recibió tratamiento con ceftazidima EV por 8 días, completando 14 días con cefixime y ciprofloxacina vía oral externándose al día 8 posttx con una Cr de 2,7 mg/dl en descenso. Se reinterna a los 33 días por bacteriemia sin foco por *P. aeruginosa* con igual sensibilidad que la *P. aeruginosa* aislada en el líquido de transporte con una Cr de 1,7 mg/dl. Inicia tratamiento con ceftazidima + amikacina EV. Junto a Infectología se decidió realizar angio-TAC renal en busca de foco infeccioso constatándose injerto renal con múltiples imágenes hipodensas a

nivel cortical y aneurisma de arteria renal (11.74 mm x 10.63 mm) que no se había objetivado en los eco Doppler post-Tx inmediato. Continuó con tratamiento antibiótico EV y control por angio-TAC que confirma aumento de tamaño del aneurisma (14.46 mm x 13.23 mm) a los 7 días.

Resultados: se realizó tratamiento quirúrgico del aneurisma con resección del mismo y reconstrucción de la arteria renal. El cultivo del aneurisma resecaado confirma la presencia de la misma *Pseudomonas* aislada inicialmente en el líquido de transporte. A pesar de la resección quirúrgica persistió con SIRS y 21 días después TAC que mostraba signos de hipoperfusión y rarefacción del riñón. Se decidió la transplantectomía.

Conclusión: los cultivos rutinarios del líquido de transporte de los órganos ablacionados para Tx son importantes para el diagnóstico temprano de una eventual contaminación que contribuya a un tratamiento precoz y eficaz de las complicaciones.

0137

SÍNDROME DE FANCONI COMO MANIFESTACIÓN DE RECHAZO AGUDO DE RIÑÓN TRASPLANTADO

C Musso, L Ocampo, R Cejas, C Schreck, C Mombelli, C Giordani, R Groppa, N Imperiali, G Rosa Diez.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Paciente femenina, 24 años de edad, con antecedente de glomerulonefritis focal y segmentaria (GNFS) en la infancia que evoluciona a requerimiento dialítico a los 4 años de edad. Diez años después recibe trasplante renal donante cadavérico, presentando en el post-trasplante inmediato síndrome nefrótico secundario a recurrencia de su GNFS, el cual es resuelto con plasmáferesis + inmunoglobulina endovenosa. En el 2011 presenta insuficiencia renal aguda secundaria a toxicidad por inhibidores calcineúricos. Finalmente, en octubre de 2014, se interna por cuadro de severa hipokalemia (1.9 mmol/l) y marcada acidosis metabólica hiperclorémica (pH: 7.28, bicarbonatemia: 11 mmol/l, cloremia: 112 mmol/l). Es inicialmente tratada con un elevado aporte oral de potasio y bicarbonato. Se realiza un estudio fisiológico renal que evidencia una paciente urinaria sugestiva de síndrome de Fanconi (glucosuria y excreciones fraccionales excesivamente altas de sodio, potasio, magnesio, calcio, fósforo y ácido úrico), y una biopsia renal que documenta un rechazo celular agudo por células T. Su tratamiento mediante tres pulsos de 750 mg de solumedrol se traduce en una mejoría de la kalemia (4.8 mmol/L), de la acidosis metabólica (pH:7.37, bicarbonatemia: 23 mmol/L, cloremia: 102 mmol/L), así como de las pérdidas urinarias de electrolitos, y en consecuencia en una significativa reducción del requerimiento de potasio y bicarbonato por parte del paciente.

Conclusión: el síndrome de Fanconi debe tenerse presente como una de las formas de presentación del rechazo celular agudo del trasplante renal.

0158

RENOPROTECCION CON ALISKIREN EN PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS Y TRASPLANTE RENAL

S Carbel, M Bina, ME Cordi, C Zaguirre, M Rodríguez, C Idoria, RA Maldonado

Servicio de Nefrología y Trasplante, Clínica Privada Velez Sarsfield, Córdoba, Argentina.

La proteinuria (PrU) es un factor de riesgo independiente de progresión de ERC. Los inhibidores directos de la renina como Aliskiren, demostraron una reducción significativa de la presión arterial pero más aún de la PrU; ejerciendo así un efecto renoprotector y disminuyendo la progresión de la ERC. La renoprotección se potencia cuando se asocian otros inhibidores del sistema renina angiotensina (SRA) como IECA o ARA II. Existen evidencias en nefropatía diabética no concluyentes, con escasa evidencia en glomerulonefritis (GN) y trasplante renal (TxR).

Objetivos: analizar de forma retrospectiva los efectos a largo plazo de Aliskiren combinado con ARA II o IECA en pacientes TxR o con GN.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con GN (7) y TxR (9) de los cuales el 71% fueron mujeres, edad media 37 años, PrU basal 0.9 g% y filtrado glomerular estimado MDRD4 (eGFR) 68 ml/min/1.73m² para el 1º grupo. En el 2º grupo 55.6% fueron hombres, edad media 48 años, PrU basal 2.14g% y eGFR 43 ml/min/1.73m². Se realizó el análisis estadístico de PrU, eGFR y TAS a los 6, 12 y 24 meses en ambos grupos. Se consideraron el potasio sérico (K⁺) y la Hb como factores para establecer perfil de seguridad.

Resultados: del análisis realizado sobre los dos grupos se objetiva en el los pacientes con GN una reducción de la PrU de 46%, 44% y 83% a los 6, 12 y 24 meses. No se observa un descenso significativo en la TAS. El incremento del eGFR fue de 3% a los 6 y 12; y del 32% a los 24 meses.

Para el grupo de TxR la disminución de la PrU fue de 93% y 94% a los 12 y 24 meses. La TAS disminuyó 2% a los 6m, 8% a los 12m y 17% a los 24 meses. El eGFR se mantuvo estable.

Solo un paciente presentó hiperkalemia sin necesidad de suspender tratamiento.

Conclusiones: el uso de Aliskiren en combinación con IECA o ARA II en pacientes con GN y en TxR mostró efectos renoprotectores con importante reducción de PrU a largo plazo y estabilización del eGFR con buen perfil de seguridad.

0159

EMBARAZO Y TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

ME Cordí, M Bina, C Zaguirre, S Carbel, A Quinteros, S Peralta, M Rodríguez, C Idoria, RA Maldonado

Servicio de Nefrología y Trasplante, Clínica Privada Vélez Sarsfield, Córdoba, Argentina.

El embarazo posterior a un Tx renal es el objetivo de muchas mujeres luego de normalizar la función del injerto, sabiendo que es un reconocido factor de riesgo de rechazo sobretodo en los primeros 12 meses. La gestación se debería planificar a partir del segundo año, con Cr < 1.5 mg, sin proteinuria y con TA normal.

Objetivos: describir 6 pacientes Tx renales embarazadas: características del embarazo, evolución de función renal, ajuste de inmunosupresión, complicaciones y evolución del producto de la gestación.

Pacientes y métodos: estudio observacional, retrospectivo, en el período diciembre 2001/mayo 2015 sobre un total de 295 Tx renales en nuestro Servicio se analizaron 6 pacientes que cursaron 9 embarazos, con una edad promedio 31,7 años, solo 1 paciente fue donante fallecido. El tratamiento inmunosupresor (IS) fue tacrolimus

(TAC), azatioprina, prednisona, observando dosajes TAC variables 5 ng/ml (2-14), eGFR por MDRD 71 ml/min, (35-100).

Resultados: se analizó el período de gestación, observando que todas las pacientes tuvieron recién nacido a término por cesárea, 1 aborto espontáneo y 1 huevo anembrionado. La TA se incrementó al final la gestación y 4/6 (67%) pacientes requirieron > dosis IS. El seguimiento de la función del injerto y proteinuria permaneció estable a lo largo del embarazo, solo 1/6 (17%) tuvo sospecha de rechazo a las 28 semanas y fue tratada con pulsos de metilprednisolona con buena respuesta. En relación a la IS, la mayoría requirió incremento de dosis de TAC. El parto se produjo en todas las pacientes entre 35-41 semana, con 2 embarazos gemelares. El peso promedio: 2763 g (1950-3350) sin complicaciones de los recién nacidos. Se destacan 2 pacientes con LES que cursaron 2 y 3 embarazos.

Conclusiones: nuestra experiencia en embarazo posTx renal muestra buena función renal, sin proteinuria, cursando embarazos sin complicaciones, nacimientos a término, sin bajo peso. Todas las pacientes requirieron aumento de dosis de TAC.

0178

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO Y TRASPLANTE RENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

E Zoppi, N Zabala, M Giordani, R Groppa, C Mombelli, N Imperiali, G Rosa Diez

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el síndrome urémico hemolítico (SHU) se define por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal. En el SHU atípico (SUHa) los fenómenos de MAT (microangiopatía trombótica) son consecuencia de la desregulación de la vía alterna del complemento (C), secundarios a polimorfismos genéticos de los factores. La recidiva postrasplante con pérdida del injerto es frecuente.

Un anticuerpo monoclonal, el eculizumab se une a C5, impidiendo la generación de complejo terminal de ataque de membrana evitando el mecanismo microangiopático.

Objetivo: paciente de 32 años, sexo masculino, oriental, que consulto por cefalea, visión borrosa e hipertensión. Laboratorio: hematócrito 16%; plaquetas 57.000/ml; LDH 650 mg/dl; creatinina 11.4 mg/dl, haptoglobina y C3 disminuido. Frotis en sangre periférica: sin esquistocitos, actividad de ADAMS 13 normal. Orina: micohematuria dismórfica; proteinuria +++.

Fondo de ojo: trombosis bilateral de vena retiniana, edema de papila. Se interpreta el cuadro como MAT. Inicia plasmaféresis y hemodiálisis. Biopsia renal: glomerulopatía compleja, con patrón membranoproliferativo, con depósito de inmunocomplejos y trombos arteriolares e hiperplasia miointimal. Tratamiento con meprednisona, azatioprina, enalapril, amlodipina, carvedilol. Recupera función renal a los dos años, reingresando a hemodiálisis nueve meses después.

En el 2015 se realiza trasplante renal con donante fallecido. Laboratorio: Hto. 33%; plaquetas y LDH normal, y haptoglobina < 5,8, C3 58mg/dl. Inducción: metilprednisolona, eculizumab, timoglobulina, mantenimiento con micofenolato y tacrolimus. Biopsia: necrosis tubular aguda. Evolución estable con creatinina de 0.9 mg%, normaliza complemento persistiendo haptoglobina baja. Continúa con eculizumab cada 15 días.

Conclusión: en la actualidad, el tratamiento con eculizumab podría prevenir la recidiva de la microangiopatía postrasplante en el SHUa, permitiendo el acceso al trasplante en estos pacientes.

0188

MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA CATASTRÓFICA EN EL TRASPLANTE RENAL JA Andrews, T Rengel, M Paulero, M Forrester, F Lombi, V Pomeranz, R Iriarte, H Trimarchi. Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: paciente con antecedentes de trasplante vivo relacionado recaída clínica e histológica de su enfermedad de base, una nefropatía por IgA. Luego del tratamiento de su glomerulopatía se desencadena un cuadro de anemia hemolítica microangiopática severa.

Caso clínico: masculino de 18 años de edad, se interna por cuadro de dolor abdominal asociado a deposiciones diarreicas con insuficiencia renal crónica reagudizada y pancitopenia. A nivel del laboratorio se objetivó, trcitopenia, LDH 1368 U/l; haptoglobina < 24 mg/dL, creatinina 3,5 mg/dL C3 y C4 bajos, frotis con presencia de 5 esquistocitos por campo. Cultivo de materia fecal negativo. Biopsia renal Cambios glomerulares isquémicos focales y rechazo agudo borderline.

Intercurio con hipoacusia, interpretándose secundario a MAT, iniciándose plasmaferesis.

Evoluciona con hemorragia digestiva identificándose en videocolonoscopia a nivel de ciego 3 úlceras con sangrado activo y sangrado abundante proveniente del intestino delgado. Recibió amplio soporte transfusional (233 unidades de hemocomponentes: glóbulos rojos, concentrado de plaquetas, plasma modificado, plasma fresco, crioprecipitados). Se decide iniciar eculizumab 900 mg, asumiendo el cuadro como una MAT secundaria a (SUHa). Dada la persistencia del sangrado, se decide aumenta dosis de eculizumab a 1200 mg con una periodicidad de 2 veces por semana. Teniendo en cuenta volumen de distribución de la droga aumentado, objetivándose en bioimpedancia 12.5 litros +, y pérdidas digestivas aumentadas. Evolucionó con mejoría del sangrado hasta llegar a desaparecer por completo. Así como la normalización en los parámetros de hemólisis y de los valores del complemento.

Conclusiones: en este paciente tanto la enfermedad glomerular de base, así como la inmunosupresión y la diarrea pudieron haber sido factores desencadenantes de SUHa. La dosis de eculizumab debe

adecuarse a cada caso en particular, y no debe dilatarse su indicación hasta conocerse la causa genética del SUHa.

0195

HISTOPLASMOSIS PULMONAR AGUDA Y BELATACEPT EN TRASPLANTE RENAL

T Rengel, J Andrews, M Paulero, F Lombi, V Pomeranz, M Forrester, R Iriarte, A Iotti, J Martínez, I Agorio, H Trimarchi. Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la histoplasmosis es la enfermedad granulomatosa más frecuente del mundo y está causada por el hongo *Histoplasma capsulatum*. En Argentina las zonas más afectadas son la Pampa húmeda y la cuenca del río Paraná. El betatacept se asocia a mayor riesgo de padecer infecciones. Se presenta, a nuestro entender, el primer reporte de histoplasmosis relacionada a la infusión de belatacept en trasplante renal.

Caso Clínico: paciente femenina de 59 años, oriunda de Tierra del Fuego con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial, cáncer de mama con tratamiento quirúrgico e insuficiencia renal crónica estadio V secundaria a glomeruloesclerosis focal y segmentaria. En 2012 requiere hemodiálisis crónica por 9 meses y posterior trasplante renal con donante vivo no relacionado. Recibió terapia inmunosupresora de inducción con basiliximab-belatacept-micofenolato sódico y meprednisona con buena evolución funcional. En 2015 consulta por cuadro de 5 días de evolución de fiebre vespertina, astenia, adinamia y cefalea que cede espontáneamente. Hemocultivos y urocultivo negativos. Tomografía de tórax con infiltrado tipo vidrio esmerilado bilateral con presencia de adenomegalias mediastinales. Se realiza lavado broncoalveolar con resultado positivo para *Histoplasma capsulatum*. Mediastinoscopia y biopsia ganglionar con presencia de granulomas con necrosis y tinción positiva para *Histoplasma capsulatum* por lo que inicia tratamiento con anfotericina B liposomal y suspensión transitoria de belatacept.

Conclusión: el belatacept se une a los CD80 y CD86 en las células presentadoras de antígenos y como consecuencia bloquea la coestimulación de los linfocitos T mediada por los CD28, inhibiendo su activación. La disfunción de la reacción inmune mediada por las células T predisponen al desarrollo de infección por *Histoplasma capsulatum*. A la fecha no existen estudios que reporten la asociación entre el uso de belatacept y desarrollo de histoplasmosis pulmonar en la trasplantología.